

Dr. Karl Blum/Dr. Matthias Offermanns

# Krankenhäuser zwischen Innovations- und Kostendruck

## Die stationäre Versorgung seit dem Jahr 2000

*Im Jahr 2009 begeht die DKG den 60. Jahrestag ihres Bestehens. Kein Grund für einen weiteren allgemeinen historischen Rückblick, wie er anlässlich des 60-jährigen Bestehens der Bundesrepublik Deutschland zurzeit landauf, landab präsentiert wird. Umso mehr aber ein Anlass für einen Rückblick insbesondere auf die letzten zehn Jahre der Krankenhausentwicklung, die sich als ein intensives Jahrzehnt der Strukturveränderungen präsentieren, in denen die Krankenhäuser große Anpassungsleistungen erbracht und zahlreiche unternehmerische Innovationen umgesetzt haben, die insgesamt zu einer enormen Erhöhung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung bei gesteigerter Qualität geführt haben. Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat hierzu im Auftrag der DKG einen empirischen Überblick zu Entwicklungen und Fortschritten im Krankenhausbereich seit dem Jahr 2000 erstellt. Ausgewählte Ergebnisse werden in dem nachfolgenden Artikel präsentiert. Die Analysen basieren insbesondere auf zahlreichen Primärerhebungen des DKI seit 2000, daneben auf Routinedaten der amtlichen Statistik.*

**D**as erste Jahrzehnt des neuen Jahrtausends war für die Krankenhäuser durch große Herausforderungen gekennzeichnet. Infolge vieler rechtlicher Neuregelungen von Politik und Selbstverwaltung hat der Innovations- und Kostendruck auf die Krankenhäuser deutlich zugenommen. In diesem Spannungsfeld mussten die Krankenhäuser agieren.

### Innovations- und Kostendruck

Die wichtigste Innovation im Krankenhaus bildet dabei das neue Entgeltsystem. Die Einführung des DRG-Systems ist die größte Strukturreform im Krankenhausbereich seit über 30 Jahren. In den Krankenhäusern bedingte die Umsetzung des DRG-Systems eine strategische Neupositionierung, eine Neuausrichtung des Leistungsportfolios, eine Restrukturierung von Aufbau- und Ablauforganisation sowie veränderte Kooperationsbeziehungen zu Zulieferern, Zuweisern und Mitbewerbern. Darüber hinaus ist in den letzten Jahren eine Reihe neuer Versorgungsformen im Krankenhaus eingeführt worden, zum Beispiel die Integrationsversorgung, Disease-Management-Programme und Medizinische Versorgungszentren. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind auch die Anforderungen an das externe und interne Qualitätsmanagement der Krankenhäuser in diesem Jahrzehnt sukzessive gestiegen, etwa durch die Etablierung des BQS-Verfahrens, die Veröffentlichung von Qualitätsberichten oder Bestimmungen der Selbstverwaltung zum Qualitätsmanagementsystem von Krankenhäusern.

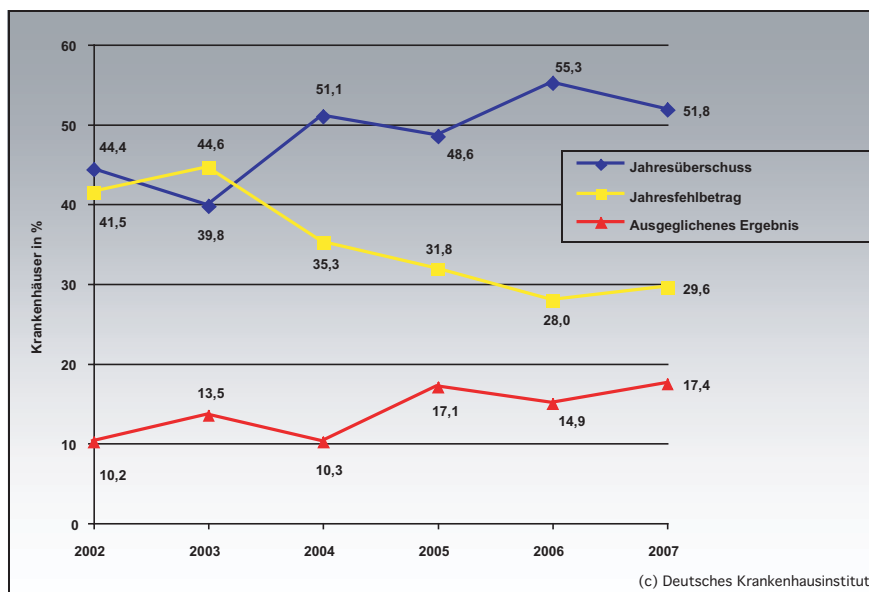
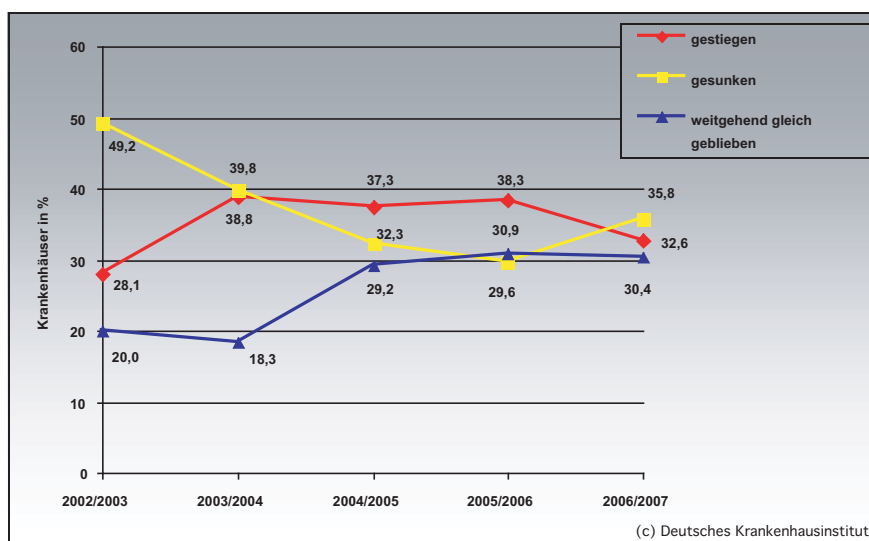
Die zahlreichen Innovationen im Krankenhaussektor mussten unter schwierigen finanziellen Rahmenbedingungen durchgeführt werden. So waren die Budgets im gesamten Betrachtungszeitraum gedeckelt bzw. Budgetsteigerungen an die

Grundlohnentwicklung gekoppelt, welche die tatsächliche Kostenentwicklung im Krankenhaus schon lange nicht mehr widerspiegelt. Wie schon in den 90er Jahren, haben die Bundesländer ihre Krankenhausinvestitionen auch in diesem Jahrzehnt kontinuierlich zurückgefahren, sodass sich der Investitionsstau auf geschätzt bis zu 50 Mrd. € beläuft. Mit Blick auf die Betriebskosten kamen gesetzlich oder tariflich induzierte Mehrbelastungen bzw. Kostensteigerungen in Milliardenhöhe hinzu, etwa durch den Sanierungsbeitrag für Krankenhäuser, die Anschubfinanzierung für die Integrationsversorgung, die Mehrwertsteuererhöhung sowie Mehrkosten aufgrund des novellierten Arbeitszeitgesetzes oder Tariflohnsteigerungen weit über der Grundlohnrate.

Wie die nachfolgenden Analysen zeigen, haben die Krankenhäuser den Innovationsdruck hervorragend bewältigt. Auch Wirtschaftlichkeitspotenziale der stationären Versorgung wurden weitgehend ausgeschöpft. Qualität und Wirtschaftlichkeit im stationären Sektor haben sich seit dem Jahr 2000 deutlich verbessert. Allerdings sind die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit für die meisten Krankenhäuser mittlerweile erreicht oder überschritten. Weitere Belastungen drohen damit auf Kosten von Patienten und Mitarbeitern zu gehen.

### Wirtschaftliche Lage

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser seit Beginn des Jahrzehnts lässt sich in drei Phasen unterteilen: Im Vorfeld bzw. mit Einführung des DRG-Systems hat sich die wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser merklich verschlechtert. In den ersten Jahren des DRG-Systems ist eine gewisse Erholung eingetreten, wenngleich auf niedrigem bzw. kritischem

**Abbildung 1: Jahresergebnisse 2002 bis 2007 – Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten****Abbildung 2: Entwicklung der Jahresergebnisse 2003 bis 2007 im Vergleich zum Vorjahr – Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten**

■ 2007 ist infolge gesetzlich und tariflich induzierter Mehrbelastungen eine Trendwende zu beobachten, insofern der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss rückläufig und der Anteil der Häuser mit einem ausgeglichenen bzw. negativen Ergebnis gestiegen ist. Angesichts zusätzlicher Belastungen, etwa aufgrund von Tarifierhöhungen, ist in den nächsten Jahren mit einer weiteren Verschärfung der Situation zu rechnen.

Aufschlussreich für die Beurteilung der wirtschaftlichen Situation ist auch die Entwicklung der Jahresergebnisse im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahren. Im Jahr 2003, dem Jahr der optionalen Einführung des DRG-Systems, ist es hier zu einem deutlichen Einbruch bei den Jahresergebnissen gekommen. In den Folgejahren haben sich die Krankenhäuser zunehmend auf das DRG-System eingestellt. Dagegen ist 2007 wiederum eine Trendumkehr zu beobachten. Erstmals seit 2004 ist der Anteil der Häuser mit verschlechtertem Jahresergebnis wieder größer als der Anteil der Häuser mit verbessertem Ergebnis.

Insgesamt ist die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser seit dem Beginn des Jahrzehnts äußerst schwierig. Dies lässt sich insbesondere daran ablesen, dass im gesamten Beobachtungszeitraum mindestens rund ein Drittel der Krankenhäuser Verluste gemacht hat bzw. mindestens rund die Hälfte der Einrichtungen keine Überschüsse erzielen konnte. Die Finanzierungsprobleme in der stationären Versorgung

Niveau. Dagegen ist in den letzten Jahren wieder eine Trendumkehr festzustellen, insofern sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser abermals verschlechtert hat. Im Einzelnen entwickelten sich die Jahresergebnisse wie folgt:

■ Im Jahr 2002, also noch vor Einführung der DRGs, und in 2003, dem Jahr der optionalen Einführung des DRG-Systems, war der Anteil der Häuser mit einem Jahresüberschuss bzw. mit einem Jahresfehlbetrag mit jeweils rund 40 Prozent etwa gleich groß. Verglichen damit hat sich die wirtschaftliche Lage von 2004 bis 2006 etwas verbessert, insofern rund die Hälfte der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland einen Jahresüberschuss erzielte und ein Drittel der Häuser Verluste schrieb.

konnten insofern nicht grundsätzlich gelöst werden.

## Kapazitätsentwicklung

Volkswirtschaftlich bildet der Krankensektor den größten Bereich des deutschen Gesundheitswesens. ► **Tabelle 1** zeigt eindrücklich den Umfang der vorgehaltenen Kapazitäten. Gleichwohl ist es infolge des wirtschaftlichen Drucks auf die Krankenhäuser, eines politisch intendierten Kapazitätenabbaus sowie einer verbesserten Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung seit dem Jahr 2000 zu einem teilweise merklichen Kapazitätsabbau gekommen.

Ende 2007 gab es in Deutschland knapp 2 100 Krankenhäuser mit rund 507 000 aufgestellten Betten. Die Anzahl der

**Tabelle 1: Kapazitätsentwicklung 2000 bis 2007**

	Jahr 2000	Jahr 2007	Änderung in %
<b>Krankenhäuser und Betten</b>			
Krankenhäuser gesamt	2.242	2.087	-6,9
KH unter 100 Betten	632	671	6,2
KH mit 100-299 Betten	954	836	-12,4
KH mit 300-599 Betten	495	430	-13,1
KH ab 600 Betten	161	150	-6,8
Öffentliche Krankenhäuser	844	677	-19,8
Freigemeinnützige Krankenhäuser	912	790	-13,4
Private Krankenhäuser	486	620	27,6
Betten	559.651	506.954	-9,4
<b>Belegung und Personal</b>			
Fallzahl	17.262.929	17.178.573	-0,5
Pflegetage	167.789.000	142.893.000	-14,8
Verweildauer in Tagen	9,7	8,3	-14,2
Anzahl Fälle über 65 Jahre	5.922.262	7.367.394	24,4
Anteil Fälle über 65 Jahre in %	36,1	41,9	16,1
Vollkräfte	834.585	792.299	-5,1
Beschäftigte	1.100.471	1.067.287	-3,0

Quelle: Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, Wiesbaden, 2000 ff.

Allein zwischen 2000 und 2007 nahmen sie um fast 15 Prozent ab. Dies ist primär auf eine sukzessive Verkürzung der Verweildauern zurückzuführen (-14,2 Prozent). Die Wirtschaftlichkeitsreserven konnten mobilisiert werden, obwohl sich die Fallschwere im Beobachtungszeitraum merklich erhöht hat. Dies lässt sich indirekt daran ablesen, dass die Anzahl älterer Patienten mit größerer Komorbidität und längeren Verweildauern merklich zugenommen hat (24,4 Prozent).

Seit dem Jahr 2000 ist die Anzahl der Vollkräfte im Krankenhaus um rund 5 Prozent auf gut 792 000 Vollkräfte gesunken. Eine weitgehende konstante Zahl von – zusehends älteren und multimorbiden – Patienten mit steigendem Versorgungsbedarf wird somit von kontinuierlich weniger Beschäftigten in immer kürzerer Zeit behandelt. Dies belegt nachdrücklich die gestiegene Arbeitsproduktivität im Krankenhaus.

Krankenhäuser bzw. Krankenhausbetten ist bereits seit Jahrzehnten rückläufig. Allein seit dem Jahr 2000 nahm die Anzahl der Krankenhäuser (rechtlich eigenständige Betriebsstätten) um rund 7 Prozent und die Bettenzahl um fast 10 Prozent ab. Die Marktkonzentration im stationären Sektor geht tendenziell eher zulasten einer wohnortnahen Basisversorgung.

Der Marktanteil von Häusern in privater Trägerschaft hat im letzten Jahrzehnt stark zugenommen. Gemessen an der Anzahl der Krankenhäuser konnten die privaten Krankenträger ihren Marktanteil seit dem Jahr 2000 um mehr als ein Viertel erhöhen, während er bei den anderen Trägergruppen merklich rückläufig ist. Diese Entwicklung hat im Wesentlichen zwei Ursachen: Zum einen ist die Zahl öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser aufgrund von Krankenhausschließungen und Fusionen überproportional rückläufig. Zum anderen werden Häuser dieser Trägergruppen zunehmend privatisiert, also von privaten Klinikbetreibern aufgekauft.

Im Jahr 2007 gab es in den deutschen Krankenhäusern insgesamt 17,2 Mio. vollstationäre Krankenhaussfälle. Bei leichten jährlichen Schwankungen blieben die Fallzahlen zwischen 2000 und 2007 nahezu konstant. Ein Abgleich von Kapazitäts- und Fallzahlentwicklung belegt, dass die deutschen Krankenhäuser kontinuierlich effizienter wirtschaften. Während die Zahl der stationären Krankenhauspatienten in etwa stagniert, vollzieht sich parallel dazu ein beträchtlicher Abbau von Versorgungskapazitäten.

Auch andere Belegungsindikatoren zeigen deutliche Steigerungen der Wirtschaftlichkeit. So ist trotz konstanter Patientenzahlen die Anzahl der Pflegetage seit Jahren rückläufig.

## Umsetzung des DRG-Systems

Im Jahr 2003 wurde in Deutschland, zunächst optional, das DRG-System eingeführt und damit das System tagesgleicher Pflegesätze abgelöst. Die Umstellung von der tages- zur fallbezogenen Vergütung gilt als die einschneidendste Änderung in der Geschichte der Krankenhausfinanzierung. Bisher wurde das DRG-System in keinem anderen Land der Welt so umfassend zur Finanzierung von Krankenhäusern umgesetzt. Das DRG-System hat die Krankenhäuser vor neue und große Herausforderungen hinsichtlich der Leistungsstruktur und der Ablauforganisation gestellt:

So hat mehr als die Hälfte der Krankenhäuser seit 2003 Veränderungen im Leistungsspektrum vorgenommen. Die häufigsten Änderungen waren dabei neue Leistungsschwerpunkte sowie die Ausweitung des stationären Leistungsspektrums. Veränderungen der Ablauforganisation sind ein wirksames Mittel zur Erhöhung der Kunden- und Mitarbeiterorientierung, zur Reduktion von Durchlaufzeiten und Prozesskosten und damit zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses.

Rund 90 Prozent der Krankenhäuser führten seit der Einführung des DRG-Systems kleine wie größere Veränderungen im Betten- und Belegungsmanagement, dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung und in der Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern durch. Bei über drei Viertel der Häuser fanden Optimierungsmaßnahmen im OP-Management und bei der Zusammenarbeit zwischen Fachabteilungen und Funktionsbereichen statt.

Größere Veränderungen ergaben sich bei fast der Hälfte der Krankenhäuser durch die Schaffung neuer Organisationseinheiten (zum Beispiel Aufnahmestation, Kurzliegerstation, Intermediate-Care-Bereich). Bei über einem Drittel der Krankenhäuser wurden wesentliche Optimierungsmaßnahmen im Betten- und Belegungsmanagement, im OP-Management, im Aufnahme- und Entlassungsmanagement sowie in der Patientendurchlaufsteuerung durchgeführt. Seit der Einführung des DRG-Systems wurden damit fast alle Schlüsselprozesse der Krankenhäuser einer zum Teil vollumfänglichen Neuorganisation unterzogen.

Trotz der mit den Veränderungen verbundenen großen Herausforderungen trifft das neue Entgeltsystem seitens der Krankenhäuser auf eine hohe Akzeptanz. Fast die Hälfte der Krankenhäuser ist insgesamt eher oder sehr zufrieden mit dem neuen Vergütungssystem. Lediglich eine Minderheit von rund 15 Prozent äußert sich eher unzufrieden. Die hohe Zufriedenheit der Krankenhäuser mit dem DRG-System schließt eine kritische Bewertung einzelner Bestandteile nicht aus. So werden insbesondere mit Blick auf die Leistungsdefinitionen im Fallpauschalenkatalog, die Abrechnungsbestimmungen, die Kodierrichtlinien oder die Zusatzentgelte teilweise noch Verbesserungspotenziale gesehen.

Gleichwohl zeugen die Ergebnisse insgesamt durchaus von einer Anerkennung der derzeitigen Systemqualität. Die Krankenhäuser haben den Umstieg auf das neue System gut gemeistert. Das DRG-System ist auf einem weitgehend akzeptierten Stand, muss aber in einzelnen Bestandteilen noch weiterentwickelt werden.

Abbildung 3: Prozessoptimierungen seit Einführung des DRG-Systems



## Qualitätsmanagement

Die Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Eine jüngste Repräsentativerhebung des DKI belegt insgesamt einen sehr hohen Verbreitungsgrad: So kommen in jeweils rund 90 Prozent der Krankenhäuser ab 100 Betten systematische Problem- und Prozessanalysen, Qualitätszirkel und Qualitätsverbesserungsprojekte zum Einsatz. Schriftlich fixierte Qualitätsziele und (evidenzbasierte) Leitli-

**Wir finanzieren  
Gesundheit!**



### Ihr Partner für Mobilen-Leasing im Gesundheitswesen

Die Hannover Mobilen Leasing blickt auf über 20 Jahre Erfahrung in der Finanzierung von Medizintechnik, IT und mobilen Wirtschaftsgütern im Gesundheitswesen zurück.

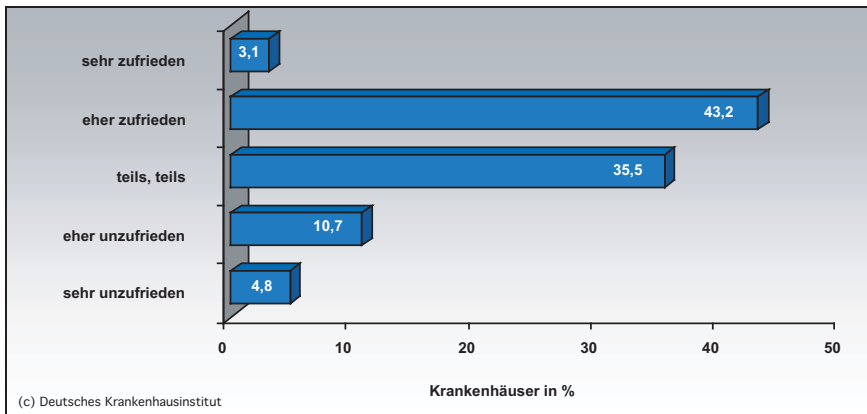
Ob für Krankenhäuser, Kliniken, Reha-Einrichtungen, Ärzte oder Apotheken, wir entwickeln bedarfsgerechte Finanzierungslösungen für Ihre medizinischen Einrichtungen.

### Nutzen Sie unser Know-How!

HANNOVER MOBILIEN LEASING GmbH  
Bavariafilmpfad 8, 82031 Grünwald  
Tel.: 089/21104-171 / Fax: 089/21104-130  
E-Mail: [gesundheit@hannover-leasing.de](mailto:gesundheit@hannover-leasing.de)

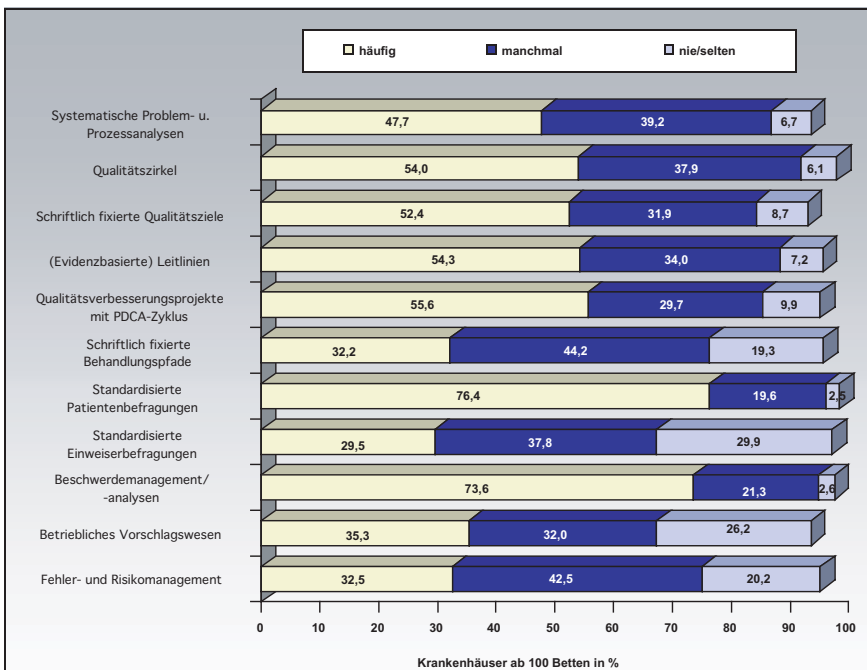
**HANNOVER MOBILIEN LEASING**

Abbildung 4: Zufriedenheit mit dem derzeitigen Stand des DRG-Systems



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

Abbildung 5: Maßnahmen und Instrumente des Qualitätsmanagements



(c) Deutsches Krankenhausinstitut

gebnisse dokumentieren. Im Jahr 2007 waren 194 Qualitätsindikatoren für 20 Leistungsbereiche seitens der Krankenhäuser zu erfassen. Darüber wurden insgesamt rund 3,6 Mio. Fälle aus gut 1 600 Krankenhäusern erfasst. In keinem anderen Leistungsbereich sind vergleichbar viele Fälle Gegenstand der externen Qualitätssicherung.

Eine weitere wichtige Entwicklung im Bereich des Qualitätsmanagements bildet die Etablierung eines krankenhausspezifischen Zertifizierungsverfahrens gemäß der *Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ®)*. Das KTQ-Verfahren hat mittlerweile einen hohen Etablierungsgrad erreicht. Bundesweit sind rund 600 Häuser nach diesem Verfahren erstzertifiziert und etwa 200 Häuser rezertifiziert. Damit verfügt bereits etwa jedes zweite Allgemeinkrankenhaus ab 100 Betten über ein KTQ-Zertifikat.

Darüber hinaus liegen nach einer jüngsten Repräsentativerhebung des DKI in jedem dritten Krankenhaus ab 100 Betten Zertifizierungen nach der DIN EN ISO vor. In fast jedem zweiten Krankenhaus werden externe Audits oder peer reviews durch Fachkollegen durchgeführt. In fast jedem zehnten Krankenhaus erfolgen Selbstbewertungen nach dem EFQM-Modell. Nach krankenhausbbezogener Aufsummierung führen insgesamt 86 Prozent der Krankenhäuser ab 100 Betten mindestens eine der vier genannten Qualitätsbewertungen durch, 40 Prozent sogar zwei oder mehr Bewertungen. Freiwillige Verfahren der internen und externen Qualitätsbewertung kommen im

nien sind ähnlich weit verbreitet. Auch Befragungen von Mitarbeitern und Kunden gehören mittlerweile zum Standard in vielen Krankenhäusern. Das betriebliche Vorschlagswesen und Fehlermanagement befinden sich gleichfalls auf dem Vormarsch.

Die Ergebnisse dokumentieren somit insgesamt einen – nicht zuletzt im Vergleich mit anderen Leistungssektoren – bemerkenswert hohen Umsetzungsgrad des Qualitätsmanagements im Krankenhaus sowie diesbezüglich mittlerweile eine relative Homogenität zwischen den Krankenhäusern.

Über den Aufbau eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements hinaus sind die Krankenhäuser auch zur Teilnahme an Maßnahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung verpflichtet. So müssen sie im BQS-Verfahren für definierte Leistungsbereiche und Qualitätsindikatoren ihre Er-

Krankenhaus also mittlerweile nahezu flächendeckend zum Einsatz.

Des Weiteren sind die Krankenhäuser verpflichtet, turnusmäßig im Abstand von zwei Jahren einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen, in dem der Stand der Qualitätssicherung dargestellt wird, erstmals 2006 für das Jahr 2005. Im Mittelpunkt der Qualitätsberichte stehen die Struktur- und Prozessqualität der stationären Versorgung. Im Qualitätsbericht 2008 mit dem Berichtszeitraum 2007 waren erstmalig auch ausgewählte Indikatoren der Ergebnisqualität für die externe vergleichende Qualitätssicherung nach dem BQS-Verfahren zu veröffentlichen. Der Krankenhausbereich bildet somit den einzigen Leistungssektor des deutschen Gesundheitswesens, der standardmäßig und flächendeckend seine Versorgungsqualität offenlegt und darstellt.

## Neue Versorgungsformen im Krankenhaus

Seit dem Jahr 2000 ist im Krankenhaus eine Reihe neuer Versorgungsformen entweder eingeführt oder weiterentwickelt worden. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Integrationsversorgung, Disease-Management-Programme, Medizinische Versorgungszentren sowie das ambulante Operieren zu nennen. Die Entwicklung zeigt, dass sich das Leistungsspektrum der Krankenhäuser zusehends diversifiziert:

- Integrierte Versorgungsformen ermöglichen eine sektor- oder fachübergreifende Versorgung. Zu diesem Zweck schließen die Krankenkassen spezifische Versorgungsverträge mit ausgewählten Leistungserbringern. Ende 2008 gab es 2 993 Verträge zur Integrierten Versorgung mit Krankenhausbeteiligung. Das große und frühzeitige Interesse der Krankenhäuser an einer interdisziplinären und fachübergreifenden Versorgung wird durch diese Zahlen nachdrücklich belegt.
- Durch strukturierte Behandlungsprogramme oder Disease-Management-Programme (DMP) bei chronischen Krankheiten soll die Behandlung chronisch Kranker verbessert werden. Bislang hat der Gemeinsame Bundesausschuss nur wenige Krankheitsbilder für DMP benannt (Diabetes, Brustkrebs, Herzkrankheiten, Asthma, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen). Das Bundesversicherungsamt hat

für Ende 2008 eine Statistik veröffentlicht, aus der hervorgeht, dass insgesamt 18 130 DMP-Verträge bundesweit vorliegen. Legt man die Ergebnisse von zwei DKI-Repräsentativerhebungen aus den Jahren 2004 und 2005 zugrunde, dann nimmt etwa jedes dritte Krankenhaus an den DMP teil.

- Neben den Vertragsärzten sowie den ermächtigten Ärzten und Einrichtungen nehmen seit 2004 auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Dabei handelt es sich nach § 95 SGB V um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Auch Krankenhäuser können Medizinische Versorgungszentren gründen oder an ihnen teilnehmen.

Im 3. Quartal 2008 gab es 429 MVZ mit Krankenhausbeteiligung. Damit verfügt etwa ein Fünftel aller Krankenhäuser über eine Möglichkeit, im Rahmen eines MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Die Krankenhäuser haben die Medizinischen Versorgungszentren gut angenommen und übernehmen damit eine immer wichtiger werdende Funktion im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Die Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbe- reich wird damit verbessert.

Im Jahr 1993 wurde die strenge Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung grundlegend aufgebrochen. Den



**Überzeugen Sie sich von dem neuen SMS-Service von Tieto**

Bessere Auslastung medizinischer Leistungsstellen, wirksame Unterstützung bei der Termin-Verwaltung und guter Patienten-Service.

**conhIT**  
21. bis 23. April in Berlin

Möchten Sie mehr über den SMS-Service sowie weitere iMedOne-Module erfahren? Wir freuen uns auf Sie!

**Halle 2.2, Stand B 101**

[www.tieto.de/healthcare](http://www.tieto.de/healthcare)

**tieto**

**Tabelle 2: Entwicklung der ambulanten Operationen gemäß § 115 b SGB V**

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
367.000	448.000	575.613	724.310	1.160.573	1.371.708	1.513.716	1.638.911

Quelle: 2000 und 2001 Hochrechnungen des Deutschen Krankenhausinstituts, ab 2002 Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe, 6.1.1, verschiedene Jahrgänge

Krankenhäusern wurde erstmals ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, ausgewählte Operationen ambulant durchzuführen.

Nach anfangs zögerlicher Umsetzung sind die Fallzahlen seit dem Jahr 2000 deutlich gestiegen. Zwischen 2000 und 2007 erhöhte sich die Zahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus von 367 000 auf 1,6 Mio. Fälle. Die Entwicklung der ambulanten Operationen belegt, dass die Krankenhäuser hier als Regelversorger im ambulanten Versorgungsbereich eine wichtige und zentrale Rolle einnehmen.

## Ausblick

Infolge des DRG-Systems und gesundheitspolitischer Vorgaben wird der Druck auf die Krankenhäuser in den nächsten Jahren weiter zunehmen, vorhandene Kapazitäten abzubauen oder umzuwidmen, die Bettenzahlen zu reduzieren, die Verweildauern zu verkürzen und vollstationäre Leistungen durch andere Behandlungsformen zu substituieren. Ein größerer Spezialisierungsgrad der Krankenhäuser, eine weitere Leistungsverdichtung sowie eine stärkere Konzentration von Krankenhausleistungen auf weniger Standorte könnten mögliche Folgen dieser Entwicklung sein.

Der Kapazitätsabbau bei traditionellen Kernleistungen des Krankenhauses sowie der Ausbau neuer Versorgungsformen werden die Krankenhäuser zusehends veranlassen, ihr Leistungsspektrum zu erweitern. Vor diesem Hintergrund sind Ansätze zu sehen, das Krankenhausangebot zu diversifizieren bzw. Versorgungsprozesse in das Krankenhaus zu integrieren. Demnach werden künftig im Krankenhaus zusätzlich zur vollstationären Akutbehandlung eine Reihe unterschiedlichster Gesundheitsleistungen unter einem Dach vorgehalten, etwa teilstationäre, ambulante oder Rehabilitationsleistungen bis hin zu Angeboten der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung. Die Krankenhäuser haben in diesem Jahrzehnt mit der Umsetzung neuer Versorgungsformen nachdrücklich unter Beweis gestellt, dass sie in der Lage sind, eine integrative und umfassende Patientenversorgung durchzuführen. Der konsequente Ausbau neuer Versorgungsformen und ambulanter Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus ist daher anzustreben.

Dem Beispiel der privaten Kettenbildung folgend haben sich zahlreiche freigemeinnützige Klinikträger im wachsenden regionalen Bereich und auch öffentliche Krankenhaussträger auf Orts- und Kreisebene zu einem mehr oder weniger festen Bündnis ihrer stationären Einrichtungen entschlossen und damit die Klinikstrukturen entwickelt und gefestigt. Auch Krankenhausfusionen haben das Bild der Krankenhauslandschaft nachhaltig verändert. Hunderte Krankenhäuser kooperieren in

bundesweiten Benchmarkprojekten, um ihre Wirtschaftlichkeit und Qualität zu vergleichen und zu steigern. Auch in Zukunft werden die Krankenhäuser im Spannungsfeld von Innovations- und Kostendruck agieren: Auf der einen Seite wird der medizinische

und medizin-technische Fortschritt die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten deutlich erweitern. Auf der anderen Seite impliziert eine drohende Unterfinanzierung von Krankenhausleistungen einen weiteren Rationalisierungsdruck sowie die Gefahr der Rationierung von Leistungen. Die Krankenhäuser werden damit noch stärker als in diesem Jahrzehnt vor der Herausforderung stehen, in ihrer Leistungserbringung Wirtschaftlichkeit, Qualität und Humanität zu vereinbaren. Dies kann letztlich nur gelingen, wenn die Gesundheitspolitik angemessene Rahmenbedingungen schafft und ausreichende Ressourcen zur Verfügung stellt.

## Anschrift der Verfasser

Dr. Karl Blum/Dr. Matthias Offermanns, Deutsches Krankenhausinstitut, Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf, [www.dki.de](http://www.dki.de)

## Meldungen aus Verbänden und Selbstverwaltung

### BWKG: 155 Mio. € reduzieren Investitionsstau – Schritt in die richtige Richtung

Am 16. März 2009 hat der baden-württembergische Ministerpräsident beschlossen, insgesamt 155 Mio. € aus den Konjunkturprogrammen in Einzelprojekte der Krankenhäuser zu investieren. „Wir begrüßen es, dass die Landesregierung die wirtschaftliche Bedeutung von Investitionen in die Krankenhäuser erkennt“, so der Vorstandsvorsitzende der BWKG, Franz Weber. „Investitionen in die Krankenhäuser sind Investitionen in die Gesundheit, die Wirtschaft, die Bildung und den Arbeitsmarkt, die den Menschen in Baden-Württemberg unmittelbar zugutekommen.“ Die Krankenhäuser in Baden-Württemberg werden, wie es in einer Pressemitteilung der Krankenhausgesellschaft heißt, im Vergleich mit anderen Bundesländern überdurchschnittlich in den Konjunkturprogrammen berücksichtigt. Die 155 Mio. € „unterstreichen die Bedeutung, die das Land den Krankenhäusern beimisst“, so Weber.

Mit diesen Mitteln werde der Investitionsstau von 1,2 Mrd. € bei den dringlichen Bauprojekten reduziert. „Darüber freuen wir uns! Die 155 Millionen sind mehr als der sprichwörtliche Tropfen auf den heißen Stein. Es ist ein Schritt in die richtige Richtung“, betonte der Vorstandsvorsitzende. Dem müssten aber weitere Schritte folgen, um den Investitionsstau abzubauen. So würden 2011 die Mittel aus der auslaufenden Pflegeheimförderung frei. Diese sollten vollständig in den Kranken-