

15 Thesen zur zukünftigen strategischen Ausrichtung von Krankenhäusern in Deutschland

Eine Analyse der Auswirkungen der geplanten Krankenhausreform auf die Branchenstruktur

NADINE ROHATSCH

Prof. Nadine Rohatsch,
Katholische Stiftungs-
hochschule München,
nadine.rohatsch@ksh-m.de

Die geplante Krankenhausreform sorgt für zahlreiche Diskussionen: Die Politik erhofft sich davon Effizienz- und Qualitätssteigerungen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung bei gleichzeitiger Realisierung von Einsparpotenzialen, um die Gesundheitsausgaben zu begrenzen. Der Krankenhausesektor fürchtet dagegen einen ungesteuerten Strukturwandel, der weder organisatorisch noch finanziell unterstützt wird, und weiterhin eine unzureichende Finanzierung. Eine Branchenstrukturanalyse nach Porter zeigt die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die strategische Ausrichtung der Kliniken auf.

1. Einleitung

Krankenhäuser müssen mit knappen Ressourcen wirtschaften und gleichzeitig dem Anspruch einer bestmöglichen medizinischen Versorgung gerecht werden. (Vgl. Reinspach, 2011, S. 2) Jedoch gilt die deutsche Krankenhauslandschaft schon seit geraumer Zeit als ineffizient. (Vgl. Bundesrechnungshof, 2020) Während der Durchschnitt der 27 EU-Länder bei ca. 532 Betten liegt, weist Deutschland mit 791,5 Betten pro 100.000 Einwohner eine sehr hohe Versorgungsdichte auf. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2022, S. 100) Diese Betten verteilten sich 2022 auf 1.893 Krankenhäuser, die nur zu 69 % ausgelastet waren. (Vgl. Statistisches Bundesamt, 2023)

Die Bundesländer reduzierten ihre Investitionszuschüsse in den letzten Jahren

kontinuierlich, sodass die Investitionsfördermittel 2022 nur noch ca. 3% der Krankenhauserlöse ausmachten. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 8) Gleichzeitig wurde die Leistungsvergütung nicht ausreichend an die gestiegenen Kosten beispielsweise durch höhere Energiepreise angepasst, sodass eine dauerhafte Finanzierung nicht sichergestellt ist. (Vgl. Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, 2024; Binöder & Benthin, 2023) Deshalb fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Strukturreform, um die kurzfristige und auch die langfristige Krankenhausversorgung zu gewährleisten. (Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, 2024b)

Neben dem finanziellen Aspekt ist die Leistungsvergütung auch aufgrund falscher Anreize in die Kritik geraten.

Die fallbezogenen DRGs sind leistungsorientiert, sodass Krankenhäuser dazu verleitet werden, möglichst viele Behandlungen durchzuführen, auch wenn dies nicht nötig ist oder sie nicht über die entsprechende Ausstattung verfügen. Die Bundesregierung bemängelt in diesem Zusammenhang, dass Krankenhauspläne der Länder keine Beschreibung enthielten, welche Leistungen bestimmte Fachabteilungen erbringen dürften. So stehe in Krankenhäusern teilweise weder die personelle noch die technische Ausstattung zur Verfügung, um eine qualitativ hochwertige Leistung erbringen zu können. Zudem begünstige dies in vielen Regionen eine Über- bzw. Unterversorgung, da sich stationäre und ambulante Versorger meist in Ballungsgebieten niederlassen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024a; Deutscher Bundestag, 2024, S. 1; O. V., 2024; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 6) Die derzeitige Krankenhausplanung mache das System ineffizient, da Kliniken sektorenübergreifend und regional wenig zusammenarbeiteten. Dies führe zu hohen Kosten durch einen schlecht geplanten Personaleinsatz und eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung, da beispielsweise unerfahrene Mediziner und Medizinerinnen Behandlungen durchführen, die spezialisierte Kolleginnen und Kollegen vermutlich effizienter planen würden. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2023, S. 6)

Um dem entgegenzuwirken, wurden in den letzten Jahren bereits verschiedene Maßnahmen ergriffen. Diese umfassten u. a. Mindestvorgaben für Pflegekräfte, Mindestmengen für Leistungen und Maßnahmen zur Versorgungssicherung auf dem Land. Die erhoffte Steigerung der Versorgungsqualität blieb jedoch aus, da die Maßnahmen nicht an die Krankenhausplanung oder deren Vergütung gekoppelt wurden. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 6–8) Die nun vorgesehene Krankenhausreform (Stand: Juli 2023), das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), soll die Vergütung an die Erfüllung von Qualitätskriterien und Strukturvorgaben knüpfen und so die Effizienz der Versorgung verbessern. Weitere zentrale Ziele sind die Sicherung

und Steigerung der Behandlungsqualität sowie die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung und eine Entbürokratisierung. (Vgl. Deutscher Bundestag, 2024, S. 1–2)

Wesentliche Inhalte der Krankenhausreform sind neben der Vorhaltevergütung für das Bereitstellen von Leistungen die Einführung von Leistungsgruppen und bundesweit einheitlicher Krankenhaus-Level. Weitere Regelungen betreffen die Notfall- und Akutversorgung sowie Sicherstellungszuschläge für bestimmte Versorgungsbereiche wie Pädiatrie und Geburtshilfe. Zudem soll die Einführung sektorenübergreifender Versorger (Level 1i-Krankenhäuser) die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verbessern. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 1, 4, 11; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 9) Informationen über die Zuordnung zu Versorgungsstufen, die Fallzahlen von Leistungen nach Leistungsgruppen, das Personal und Komplikationsraten sollen gemäß dem Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz, KHTG), das die eigentliche Krankenhausreform flankiert, in einem Transparenzregister veröffentlicht werden. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023c)

Die Krankenhauslandschaft unterliegt dabei seit jeher einer großen Dynamik. So sank beispielsweise in den letzten Jahren die Verweildauer zusehends. Obwohl auch die Zahl der Krankenhäuser und -betten sinkt, befinden sie sich jedoch im europäischen Vergleich weiterhin auf hohem Niveau. (Vgl. Statistisches Bundesamt, 2023; Bundesministerium für Gesundheit, 2022, S. 100–101, 159) Als wichtiger regionaler Arbeitgeber kann der Krankensektor unabhängig von der Konjunktur agieren, allerdings besteht eine hohe politische Abhängigkeit, vor allem hinsichtlich seiner Investitionsentscheidungen und Finanzierungsmöglichkeiten. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 47) Auch die Krankenhausreform wird zu einer Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft führen, die für zahlreiche Kliniken eine strategische Neuausrichtung bedeuten wird. Mögliche Folgen werden im Folgenden anhand einer Branchenstrukturanalyse mit Hilfe von Porter's Five Forces dargestellt. Die Aus-

wirkungen werden dabei als 15 Thesen formuliert und den einzelnen Kräften zugeordnet.

2. Geplante Eckpunkte und Inhalte der Krankenhausreform

Ziel der Krankenhausreform ist die Schaffung einer „qualitativ hochwertige[n], flächendeckende[n] und bedarfsgerechte[n] Krankenhausversorgung“. Neben der Gewährleistung der Versorgungssicherheit ist die Entbürokratisierung von Krankenhausabläufen ein zentrales Element. Die Planungshoheit obliegt den Bundesländern, die weiterhin für die Krankenhausplanung und die Finanzierung von Investitionen verantwortlich sind. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 1)

2.1 Krankenhaus-Level

Abhängig von der jeweils bereitgestellten Strukturqualität und dem Angebot an zugeordneten Leistungsgruppen sollen Krankenhäuser zukünftig durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in bundeseinheitliche Versorgungsstufen, d. h. Krankenhaus-Level, eingeteilt werden: (Vgl. Deutscher Bundestag, 2023, S. 9–10; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 11)

- Maximalversorgung:
 - Level 3U: Hochschulklinik, mindestens fünf internistische Leistungsgruppen, mindestens fünf chirurgische Leistungsgruppen, Intensivmedizin, Notfallmedizin und zusätzlich acht Leistungsgruppen.
 - Level 3: Leistungen aus Level 3U ohne, dass es sich um eine Hochschulklinik handelt.
- Regel- und Schwerpunktversorgung Level 2: mindestens zwei internistische Leistungsgruppen, mindestens zwei chirurgische Leistungsgruppen, Intensivmedizin, Notfallmedizin und zusätzlich mindestens drei Leistungsgruppen.
- Grundversorgung:
 - Level 1n: mindestens Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin.

- Level 1i: Krankenhäuser mit sektorübergreifender Versorgung meist ohne Notfallmedizin.
- Level F: Fachkrankenhäuser mit Spezialisierung auf bestimmte Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe.

Grundversorger des Levels 1 erhalten den Zusatz „i“, wenn es sich um integrierte Krankenhäuser handelt, die sektorenübergreifend, d. h. ambulant und stationär, agieren. Sie gelten als Plankrankenhäuser nach § 108 Nr. 2 SGB V, wenn sie stationäre Leistungen erbringen, und können u. a. bettenführende Primärversorgungszentren (PVZ), Regionale Gesundheitszentren (RGZ) und integrierte Gesundheitszentren umfassen. Level-1i-Krankenhäuser kombinieren fachärztliche, hausärztliche und medizinisch-pflegerische Expertise. Als ehemalige Krankenhäuser oder umgewandelte ambulante Versorger bündeln sie wohnortnah interdisziplinäre und interprofessionelle Leistungen, erbringen ambulante und stationäre Leistungen und eignen sich für die Koordination und Vernetzung von Gesundheitsleistungen sowie Case Management. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 11; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 13–15)

Das mögliche Leistungsspektrum der Level 1i-Häuser wird genau definiert, tatsächlich erbracht werden dürfen jedoch nur Leistungen, für die die Einrichtung die Qualitätskriterien erfüllt. Als sektorenübergreifende Versorger erhalten sie sowohl Vorhalte- und Fallpauschalen für stationäre Leistungen als auch die jeweils gültigen Vergütungen für ambulante und pflegerische Leistungen. Dabei sollen die Nachteile einer fallbezogenen Vergütung weitestgehend vermieden und leistungsunabhängige Finanzierungsformen präferiert werden. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 12–14)

Die Einstufung der Krankenhäuser, ihr Leistungsangebot und die Behandlungsqualität sollen in einem Transparenzregister im Internet veröffentlicht werden, um einweisende Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten verständlich, einfach und übersichtlich über das Qualitätsniveau deutscher Krankenhäuser zu informieren. Die Kosten hierfür schätzt die Bundesregierung

aufgrund der erhöhten Bürokratie auf 297.000 Euro pro Jahr. Hinzu kommen einmalige Kosten von rund 320.000 Euro für die Anpassung der Organisationsstrukturen und der digitalen Prozesse. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 1; Deutscher Bundestag, 2023, S. 1–2)

2.2 Leistungsgruppen

Die Leistungsgruppen sind das wohl wichtigste Instrument der leistungsdifferenzierten Krankenhausplanung. Zu diesem Zweck werden Operations- und Prozedurenschlüssel und Diagnosen (ICD-Codes) Leistungsgruppen zugeordnet, für die anschließend Qualitätskriterien festgelegt werden, d. h. einheitliche Mindestanforderungen an die Ausstattung mit ärztlichem und pflegerischem Personal und technischen Geräten (Strukturqualität). Erbringt ein Krankenhaus eine bestimmte Leistungsgruppe, so sind auch die verwandten Leistungsgruppen an demselben Standort zu erbringen und somit auch die zugehörigen Qualitätsstandards zu erfüllen. Als Vorbild dienen die Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen, die bisher nur somatische Erkrankungen umfassen und um weitere fünf Leistungsgruppen ergänzt werden. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 7–9; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2023, S. 6)

Auf diese Weise werden die knapp 1.300 aDRGs auf 65 Leistungsgruppen reduziert, wobei die Behandlungen innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen und technische Ausstattungen benötigen. Die zuständige Landesbehörde weist den Krankenhäusern die jeweiligen Leistungsgruppen und damit einen diesbezüglichen Versorgungsauftrag zu, wenn sie die zugehörige Strukturqualität aufweisen und eine bestimmte Mindestfallzahl und -schwere erbringen. Zusätzlich wird für bestimmte Leistungsgruppen ein Mindestlevel für das Krankenhaus gefordert. Hierbei werden auch Kooperationen und Verbünde berücksichtigt. Bei späteren Überprüfungen der Zuweisung erfolgt eine Anpassung der Leistungsgruppen nur bei einer Abweichung der Fallzahl um mehr als +/- 20%, wohingegen die Fallschwere vollumfänglich berücksichtigt wird. Dies mindert Anreize zur Mengenausweitung ohne die Fallschwere

zu vernachlässigen. Die Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen soll der Medizinische Dienst (MD) möglichst im Rahmen der bestehenden stationären Kontrollen überprüfen, um dem Ziel der Entbürokratisierung gerecht zu werden. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 5–10; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 17–18)

Auf Basis der Leistungsgruppe erfolgt die Festlegung der Vorhaltevergütung. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 10)

2.3 Vorhaltevergütung

Geplant ist ein 2-Säulen-Modell für Krankenhausvergütungen, das neben der fallabhängigen Vergütung nach DRG-Fallpauschalen auch eine unabhängige von der Leistungserbringung auszahlende Vorhaltevergütung umfasst. Somatische Kliniken erhalten sie zur Aufrechterhaltung der stationären Versorgungsstrukturen, wobei ihre Höhe nach Land und Leistungsgruppe variiert. Finanziert wird dies durch eine Absenkung der Fallpauschalen, wobei das Pflegebudget unverändert bleibt. Übergangsweise beträgt die Absenkung 40–60 %. Die endgültige Berechnung des Vorhaltebudgets soll auf Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhaltekosten der jeweiligen Fallpauschalen erfolgen und die zu versorgenden Menschen, die Prozess- und Ergebnisqualität des betrachteten Krankenhauses und die erbrachte Fallmenge berücksichtigen. Zu beachten ist, dass die Bundesregierung anstrebt, grundsätzlich das Erlösvolumen nicht anzuheben. Ausnahmen bestehen lediglich für bestimmte Bereiche wie z. B. Pädiatrie, Geburtshilfe, Notfallversorgung, Intensivmedizin oder Stroke Unit und die koordinierende und vernetzende Funktion von Universitätskliniken, für die die Einrichtungen Zuschläge erhalten. Alle anderen Zu- und Abschläge werden im Zuge der Entbürokratisierung möglichst abgeschafft bzw. in die Vorhaltevergütung integriert. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 3–6; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 20, 25)

Die Erlöse von Krankenhausbehandlungen umfassen demnach zukünftig drei

Komponenten: krankenhausindividuelle Pflegebudgets für pflegerische Leistungen wie bisher nach dem Selbstkostendeckungsprinzip, eine basierend auf den Leistungsgruppen berechnete Vorhaltevergütung und eine fallmengenabhängige Vergütung über DRG-Fallpauschalen. Eine Ausnahme bilden Level-1i-Kliniken, die ausschließlich sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen für pflegerische Leistungen einschließlich weiterer Personal- und Sachkosten erhalten. Die Vergütung ärztlicher Leistungen erfolgt nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) bei eigener KV-Zulassung und einer erhöhten Tagespauschale für fest am Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte mit Budgetdeckung. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 3–6; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 21–22)

Erfüllt ein Krankenhaus alle Strukturvoraussetzungen für das jeweilige Level und die Leistungsgruppe, erfolgt die Auszahlung der vollständigen Vorhaltevergütung. Bei einer Verletzung der Qualitätsvorgaben erhalten Krankenhäuser die Möglichkeit, Defizite aufzuholen, ohne dass die Vorhaltevergütung gekürzt wird, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 7; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 23)

3. Strategische Planung und Entwicklungen der Branchenstruktur

Eine strategische Planung ermöglicht den optimalen Einsatz der Ressourcen eines Gesundheitsbetriebs (Kapital, Arbeitskraft, Kompetenzen usw.) zur Erreichung der aus dem Organisationszweck abgeleiteten Ziele und Wirkungen. (Vgl. Horak et al., 2015, S. 3) Sie dient dabei dem Aufbau von Erfolgspotenzialen, um daraus langfristig Erträge zu erzielen. (Vgl. Wöhe et al., 2020, S. 81) Zentrales Element ist deshalb die Unternehmens- und Umweltanalyse, um aus den Anforderungen der Unternehmensumwelt und den Fähigkeiten des Unternehmens die langfristigen Erfolgspotenziale abzuleiten. (Vgl. Bea & Haas, 2024, S. 15)

Schwerpunkt der Analyse ist dabei häufig die Marktattraktivität und deren Entwicklung. Neben der Marktanalyse

mittels Bestimmung des Marktpotentials, der Marktstruktur und der Beschaffenheit der Produkte, wird zu diesem Zweck häufig die Branchenstrukturanalyse nach Porter (Porter's Five Forces) eingesetzt, um den Wettbewerb innerhalb einer Branche zu beurteilen. (Vgl. Bea & Haas, 2024, S. 115–122)

So können Betriebe durch eine entsprechende Analyse eine Strategie ableiten, wie sie den Wettbewerb zu ihrem eigenen Vorteil gestalten und sich vor unerwünschter Konkurrenz schützen können. Gemäß Porter (2013) beeinflussen fünf Wettbewerbskräfte die Branchenstruktur: (Vgl. Porter, 2013, S. 39–65)

- Bestehende Wettbewerber: Die Rivalität im Wettbewerb steigt, wenn ein Konkurrent seine Position im Markt verbessern möchte.
- Potenzielle neue Konkurrenten: Abhängig von Markteintrittsbarrieren und dem vorherrschenden Wettbewerb steigt die Gefahr eines Markteintritts neuer Konkurrenten.
- Ersatzprodukte: Substitute betreffen alle Betriebe einer Branche.
- Lieferanten: Verfügen Lieferanten über eine hohe Verhandlungsmacht, z. B. weil es viele Abnehmer gibt, können sie die Qualität der gelieferten Güter senken oder deren Preise erhöhen.
- Abnehmer: Sie können die Preise drücken, bessere Leistung und höhere Qualität fordern oder die Wettbewerber gegeneinander ausspielen. Ihre Marktmacht hängt von der Anzahl der Wettbewerber und den Substitutionsmöglichkeiten ab.

3.1 Bestehende Wettbewerber

These 1: Die Krankenhausreform führt zu Insolvenzen und Fusionen und begünstigt einen kalten Strukturwandel.

Die Nachwirkungen der Covid-19-Pandemie und die gestiegenen Energiepreise sowie die daraus resultierenden Lohnerhöhungen verschlimmerten die finanzielle Lage vieler Krankenhäuser in den letzten Jahren. Die vom Bund gewährten Hilfen kamen jedoch nur mit großer Verzögerung, unterlagen zahlreichen Auflagen und waren niedriger als erwartet. Allgemeine inflationsbedingte

Kostensteigerungen sollten mit diesen Bundeshilfen explizit nicht ausgeglichen werden. Auskömmliche Ertragsstrukturen wären langfristig jedoch sinnvoller als Einmalzahlungen und Subventionen. Allerdings fehlt den Kliniken die Möglichkeit, selbstständig mit Preiserhöhungen auf die gestiegenen Kosten reagieren zu können. (Vgl. Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, 2024; Bundesministerium für Gesundheit, 2024b; Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, 2023; Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V., 2023; Binöder & Benthin, 2023) Auch die Umsetzung der Krankenhausreform wird voraussichtlich hohe Kosten für Umstrukturierungsmaßnahmen verursachen. Da vielen Kliniken bereits heute die finanziellen Mittel für Investitionen und Modernisierungen fehlen, ist hierfür zwar ein Transformationsfonds vorgesehen, allerdings ist noch unklar, welche Auflagen und bürokratischen Hürden mit einer Inanspruchnahme verbunden sind. (Vgl. Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung, 2024, S. 12–13; Deutscher Bundestag, 2024, S. 5–6, 2023, S. 2–3; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 8)

Abhilfe könnte durch die Vorhaltevergütung geschaffen werden, die Krankenhäuser für das Bereitstellen der relevanten Versorgungsstrukturen entlohnt, unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung. Allerdings sollen die Kliniken durch die Krankenhausreform keine zusätzlichen finanziellen Mittel erhalten, sondern Gelder lediglich umverteilt werden, sodass nicht mehr Geld ins System gelangt. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 3–4) Zudem orientiert sich die aktuell angedachte Vorhaltevergütung nicht an den tatsächlichen Kosten der Kliniken, sondern den historischen DRG-Erlösen und Fallzahlen. Kleine Krankenhäuser werden somit bei gleicher Kostenstruktur weiterhin benachteiligt. Allerdings ist für bedarfsnotwendige Krankenhäuser zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung ein Sicherstellungszuschlag vorgesehen. Eine solche Einstufung ist jedoch mit hohen Auflagen verbunden. (Vgl. Schmid et al., 2023, S. 31–32)

Kommunale Kliniken erhalten häufig Zuschüsse von Städten und Gemeinden, um Verluste auszugleichen, während privaten und freigemeinnützigen

Einrichtungen der Zugang zu dieser Finanzierungsquelle verwehrt bleibt. (Vgl. Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V., 2023) Die Benachteiligung kleiner Krankenhäuser und Einrichtungen bestimmter Träger könnte zahlreiche Insolvenzen nach sich ziehen, die zu einem schnellen, ungesteuerten, kalten Strukturwandel führen. (Vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, 2024a) Fusionen und Umstrukturierungen sind jedoch schon heute gang und gäbe, könnten durch die Krankenhausreform aber weiter vorangetrieben werden.

Dass dies auch politisch gewollt ist, zeigt sich in dem eigens dafür aufgesetzten Transformationsfonds. (Vgl. Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung, 2024, S. 12–13) Zudem haben Krankenhäuser aufgrund der Systematik der Vorhaltevergütung einen starken Anreiz, Leistungsgruppen zu tauschen und sich zu spezialisieren, so dass die Fälle innerhalb einer Leistungsgruppe auf weniger Standorte gebündelt werden. Da hierbei auch Kooperationen und Verbünde berücksichtigt werden, begünstigt dies hochwertige Netzwerkstrukturen. Auf diese Weise muss die verfügbare Vorhaltevergütung unter weniger Kliniken aufgeteilt werden. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 9; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 24) Strategische Kooperationen und die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Häusern werden deshalb weiter an Bedeutung gewinnen.

Diese Spezialisierung durch Umverteilung und Fusionen führt zu einer zunehmenden Differenzierung der Wettbewerber, die auch eine Qualitätssteigerung bewirkt. Es kommt zu Kosteneinsparungen und Effizienzsteigerungen durch ein verbessertes internes Benchmarking, Synergieeffekte in der Verwaltung, Größenvorteile beim Einkauf und einer effizienteren Nutzung der personellen Ressourcen und technischen Ausstattung. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 24; Hofmann, 2010, S. 68; Morra, 1996, S. 88f.)

Zusätzlich kann es Kliniken gelingen, durch Zusammenschlüsse die Strukturvoraussetzungen für mehr Leistungsgruppen und höhere Versorgungslevel zu erfüllen. Andererseits kann die Konzentration von Leistungsgruppen

auf größere Standorte weg von kleineren Einrichtungen, die die notwendige Strukturqualität nicht vorhalten können, wiederum den kalten Strukturwandel begünstigen, wie es sich nach der Einführung von Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen zeigt. So bekommt dort jede zehnte Klinik mehr als die Hälfte ihrer beantragten Leistungsgruppen nicht genehmigt, wobei dies vor allem den ländlichen Raum betrifft. Krankenhausschließungen können dagegen nicht beobachtet werden. (Vgl. O. V., 2024) Ob es dadurch wirklich zu einer Unterversorgung einzelner Regionen kommt, ist fraglich, da bereits heute eine angemessene Notfallversorgung häufig nicht gelingt und die Bevölkerung für elektive Eingriffe meist geeigneter erscheinende Häuser aufsucht, auch wenn diese weiter entfernt sind. (Vgl. Beivers & Dodt, 2014, S. 193; Friedrich & Beivers, 2008, S. 172)

Entstehen durch Fusionen und Zusammenschlüsse große Krankenhäuser mit vielen Betten, steigt erneut der Druck, diese Kapazitäten sinnvoll auslasten zu müssen. Unter der Annahme einer weitestgehend linearen Kostenfunktion führt eine Erhöhung der Fallzahl auch zu höheren Kosten, die durch entsprechende Erlöse gedeckt werden müssen. Eine fortschreitende Ambulantisierung sehen sie deshalb kritisch. (Vgl. Benthin, 2022)

These 2: Das Transparenzregister erhöht den Wettbewerb unter den Kliniken.

Die verpflichtend zu veröffentlichenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser sollen die Vergleichbarkeit der Krankenhäuser erhöhen. (Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, o. J.) So sollten sich diejenigen Kliniken von der Konkurrenz abheben, die in ihre Prozesse und Behandlungsqualität investieren.

Zahlreiche Portale werten bereits die Daten aus den Qualitätsberichten aus und stellen diese der Allgemeinheit kurz, prägnant und übersichtlich zur Verfügung, sodass der Zusatznutzen eines Transparenzregisters fraglich ist. (Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, o. J.)

Insbesondere private Kliniken betreiben ein intensives Marketing und wissen die Qualitätsberichterstattung für sich zu nutzen. (Vgl. z. B. Flintrop, 2005) Da freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern jedoch häu-

fig das notwendige Know-How und die finanziellen Mittel für umfassende Marketing-Maßnahmen fehlen, könnte das Transparenzregister insbesondere kleinere Einrichtungen unterstützen, ihre Patientinnen und Patienten und einweisenden Ärztinnen und Ärzte zentral im Bundes-Klinik-Atlas transparent über ihr Leistungsangebot und die Behandlungsqualität zu informieren. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024d) Da aber auch die Fallzahl in die Bewertung einfließt, könnten insbesondere diese kleinen Einrichtungen mit niedrigen Fallzahlen innerhalb einer bestimmten Leistungsgruppe benachteiligt werden. (Vgl. Binöder & Benthin, 2023)

These 3: Die bessere Vergütungssituation führt zu einem Streben nach höheren Versorgungsstufen mit mehr Leistungsgruppen.

Um die notwendigen Mindestmengen an Behandlungen für eine Leistungsgruppe durchführen zu können und so das jeweilige Versorgungslevel zu halten, müssten die Kliniken aggressiv um die jeweiligen Patientinnen und Patienten, die nur in begrenzter Zahl vorhanden sind, werben. Dies verursacht hohe Kosten, die zu denjenigen Aufwendungen für das Erfüllen der Strukturkriterien hinsichtlich der Gebäude, der Ausstattung und des Personals hinzutreten. Höhere Level mit mehr Leistungsgruppen können deshalb nur schwer oder gar nicht erreicht werden, vor allem wenn das dafür notwendige Fachpersonal fehlt.

Durch die Systematik der Vorhaltevergütung werden Kliniken Leistungsgruppen eher austauschen und auf wenige Standorte konzentrieren, da sie auf diese Weise ihre wirtschaftliche Situation verbessern können. Es wird somit eher zu einer Fokussierung als zu einer Verbreiterung des Behandlungsangebots kommen. (Vgl. Perske, 2024; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 24)

Maximalversorger weisen die notwendige Strukturqualität auf und dürfen deshalb mit einer Ausweitung ihres Versorgungsauftrags rechnen. Vor allem in urbanen Regionen mit vielen Krankenhäusern können sie die Leistungen der Grund- und Regelversorger leicht ersetzen, wenn sich diese nicht durch spezielles Know-How und indi-

viduelle Leistungen differenzieren. Der Wettbewerb unter den Kliniken würde dann innerhalb von Ballungsgebieten zunehmen. (Vgl. Binöder & Benthin, 2023) Allerdings ist fraglich, ob Maximalversorger, bei denen es sich häufig um Universitätskliniken handelt, ein Interesse an der Übernahme von Aufgaben der Grund- und Regelversorgung haben, da sie in Übereinstimmung mit ihrer Kernaufgabe in der Forschung und Ausbildung komplexe und schwere Fälle bevorzugen dürften. (Vgl. z. B. Art. 2 Abs. 1 BayUniKlinG)

These 4: Die fortschreitende Ambulantisierung verändert den Wettbewerb in der Krankenhauslandschaft.

Während in anderen EU-Staaten ambulante fachärztliche Leistungen überwiegend in Krankenhäusern erbracht werden, sind in Deutschland der stationäre und der ambulante Sektor traditionell getrennt. Diese Abgrenzung zeigt sich auch in der unterschiedlichen Vergütung der Leistungen. (Vgl. Gerlinger, 2021, S. 10)

Krankenhäuser lagern jedoch schon seit längerem ambulante Fälle in ausgegliederte Medizinische Versorgungszentren (MVZ) aus. So können sie bereits existierende Prozesse beispielsweise bei der Patientenaufnahme nutzen und dennoch ihr Budget und das Personal entlasten. Neben Kosteneinsparungen könnte dies im verbleibenden stationären Bereich auch zu Qualitätssteigerungen führen. (Vgl. Benthin, 2022) Eine Ausgliederung ambulanter Fälle ist auch deshalb geboten, weil Krankenhäuser mit der Versorgung ambulanter Fälle weniger Erlöse aus so genannten Hybrid-DRGs generieren als über vollstationäre DRGs. (Vgl. Lang, 2024)

Wenn Patienten in große Versorgungszentren abwandern, werden vor allem kleine Kliniken mit einem geringen Leistungsangebot Betten abbauen müssen und als Level-1i-Versorger eingestuft. (Vgl. Binöder & Benthin, 2023) Die Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. geht davon aus, dass 416 von 1.697 betrachteten Krankenhäusern diesem Level zugeordnet werden, wobei 168 Standorte auf private, 149 Häuser auf freigemeinnützige und 99 Kliniken auf öffentliche Träger entfallen. Dagegen erreichen nur

150 Standorte das Level 3. (Vgl. Hansis & Dahnke, 2023, S. 8)

Als Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Bereich erbringen Level-1i-Versorger zunehmend ambulante Leistungen und werden den stationären Akutbereich abbauen. Sollte die gedachte Finanzierung ein auskömmliches und rentables Wirtschaften ermöglichen, wird der ambulante-stationäre Bereich weiter ausgebaut werden und eine sektorübergreifende Gesundheitsversorgung vorantreiben. Dies wirft die Frage auf, ob und wie Krankenhäuser, die überwiegend ambulante Leistungen erbringen, zukünftig ihre Investitionskosten finanzieren. So erhalten derzeit gemäß §§ 4, 8 KHG nur Einrichtungen, die in den Krankenhausplan eines Bundeslandes eingetragen sind, Investitionskostenzuschüsse, während rein ambulante Einrichtungen diese selbstständig finanzieren müssen.

Die für den Umbau und die Umstrukturierung der Häuser in Level-1i-Versorger notwendigen Mittel sollen durch den Transformationsfonds zur Verfügung gestellt werden. (Vgl. Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung, 2024, S. 12–13) Sollte die Inanspruchnahme mit zu vielen Auflagen verbunden sein, könnten Level-1i-Kliniken vermehrt in kommunale Trägerschaft übergehen, um die Finanzierungslücke zu schließen und die regionale Versorgung sicherzustellen. Angesichts klammer kommunaler Kassen ist dieses Szenario jedoch unwahrscheinlich. Auch müssen sich neu ernannte Level-1i-Versorger erst in einem Markt etablieren, den MVZ bereits seit vielen Jahren betreuen.

Allerdings birgt eine zunehmende Ambulantisierung das Risiko, dass in der stationären Versorgung die durchschnittliche Fallschwere steigt. Dadurch nehmen zwar die DRG-Erlöse zu, jedoch steigen die Kosten häufig überproportional. Da Krankenhäuser für die Behandlung dieser Fälle spezielles Know How vorhalten bzw. aufbauen müssen (Vgl. Hofmann, 2010, S. 61–62), bietet dies aber auch Chancen für Qualitätssteigerungen und eine zunehmende Differenzierung.

3.2 Potenzielle neue Konkurrenten

These 5: Die angestrebte Konsolidierung macht neue Eintritte in den Krankenhausmarkt unwahrscheinlich.

Der Eintritt neuer Konkurrenten in einen Markt gefährdet die Rentabilität der bestehenden Marktteilnehmer, da das Angebot erhöht und somit die Bettenauslastung gesenkt wird. Dabei bestimmen die Reaktionen der Wettbewerber und die Höhe der Eintrittsbarrieren eines Marktes, wie hoch die Gefahr neuer Markteintritte ist. Zu den Eintrittsbarrieren nach Porter gehören unter anderem Betriebskosteneinsparungen, die große Kliniken durch die Zentralisierung bestimmter Abteilungen realisieren können, sodass die Stückkosten sinken. Insgesamt ist der Krankenhaussektor durch hohe Fixkosten geprägt, die einen hohen Kapitalbedarf verursachen. Auch eine Produktdifferenzierung mit speziellen Leistungen oder Fachabteilungen kann ein Krankenhaus weniger angreifbar machen. Die Schaffung von Alleinstellungsmerkmalen ist im Gesundheitssektor zwar grundsätzlich schwierig, da Gesundheitsdienstleistungen austauschbar sind, jedoch ist eine Differenzierung hinsichtlich der Qualität möglich. Diese Eintrittsbarriere spielt vor allem für elektive Eingriffe eine Rolle, da für Notfälle regelmäßig keine Wahlmöglichkeit besteht. Neue Anbieter verfügen weder über den ausreichenden Bekanntheitsgrad noch über die notwendige Reputation, sodass ein Markteintritt für sie erschwert ist. Zudem kann auch die Einführung von Leistungsgruppen eine stärkere Differenzierung begünstigen. Etablierte Kliniken haben außerdem Zugang zu Vertriebskanälen, die sich neue Anbieter nicht ohne weiteres erschließen können. Dazu gehören beispielsweise die Netzwerke aus einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Letzteren würden auch Umstellungskosten entstehen, wenn sie mit neuen Kliniken zusammenarbeiten sollen, sodass auch dies eine Markteintrittsbarriere darstellt. (Vgl. Porter, 2013, S. 41–46; Reinspach, 2011, S. 143–144; Hofmann, 2010, S. 48–50)

Aufgrund der hohen Markteintrittsbarrieren ist nicht mit steigenden Markteintritten durch neue Wettbewerber zu rechnen. Zu den wirtschaftlichen Barri-

eren kommt letztlich noch die rechtliche Hürde hinzu, dass Krankenhäuser nur mit Genehmigung der Länder und Aufnahme in den Krankenhausplan tätig werden können. (Vgl. Reinspach, 2011, S. 143)

These 6: Die zunehmende Ambulantisierung fördert den Eintritt neuer Wettbewerber in den Krankenhausmarkt, die ehemals stationäre Leistungen nun ambulant erbringen.

MVZ liefern meist eine sehr spezialisierte und dadurch qualitativ hochwertige Versorgung und stehen damit in direkter Konkurrenz zu den Leistungen der Kliniken. Andererseits können MVZ die Wettbewerbsposition der Krankenhäuser stärken, da die Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen Zuweisungen generieren kann. (Vgl. Benthin, 2022) Im Zuge der Ambulantisierung ist mit einem Zuwachs der MVZ und Ambulanzzentren zu rechnen.

Der niedergelassene Sektor kann als Wettbewerbskraft in mehrfacher Hinsicht Einfluss ausüben: Zum einen kennzeichnen ihn die vorgenommenen Einweisungen als Lieferant (siehe Abschnitt 3.4), andererseits kann er Gesundheitsleistungen selbst erbringen und steht somit in Konkurrenz zum Krankenhaussektor. (Vgl. Morra, 1996, S. 58) Jedoch sieht die Krankenhausreform zwar eine Verlagerung der Leistungen in den niedergelassenen Sektor vor, unterlässt dabei aber eine Stärkung des ohnehin bereits überlasteten Systems. Eine gesteigerte Übernahme ehemals stationärer Leistungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist deshalb kaum bzw. nur begrenzt möglich. (Vgl. Obermann, 2023)

Auch Level-1i-Kliniken übernehmen neben ambulanten und medizinisch-pflegerischen auch stationäre Leistungen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 11) Da sie jedoch überwiegend aus bestehenden Kliniken hervorgehen werden, sind sie meist nicht als neue Konkurrenten anzusehen, sondern als Veränderung des bestehenden Wettbewerbs (siehe Abschnitt 3.1) Entstehen sie jedoch aus ambulanten Versorgungsmodellen, treten sie als neue Konkurrenten der Krankenhäuser im Gesundheitsmarkt

auf. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 11)

Das Selbstverständnis der Branche führt auch dazu, dass Krankenhäuser seit jeher eher kooperativ handeln, sodass neue Anbieter keiner großen Rivalität ausgesetzt sein sollten. (Vgl. Reinspach, 2011, S. 144) So stellen Gesundheitsdienstleister zwar einerseits Konkurrenten dar, die die Leistungen der Krankenhäuser ersetzen können, gleichzeitig können sie aber auch Möglichkeiten für Kooperationen eröffnen, wenn sich die Leistungen gegenseitig ergänzen. Gestärkt wird die sektorenübergreifende Versorgung durch entsprechende Verträge zur integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V. Diese ist häufig stark kundenorientiert und kann so erneut die Wettbewerbsposition der Beteiligten stärken. Andererseits erfordert sie zusätzlich zum täglichen Krankenhausbetrieb Steuerungsmaßnahmen, die ein entsprechendes Schnittstellen- und Prozessmanagement notwendig machen und zusätzliche Kosten verursachen. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 51–53)

3.3 Substitutionsmöglichkeiten

Je besser das Preis-Leistungs-Verhältnis, desto attraktiver ist die Substitution. (Vgl. Morra, 1996, S. 57–58) Als Vertrauensgut sind Gesundheitsdienstleistungen stark personenbezogen und individuell, sodass die Substitutionsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten beschränkt sind. (Vgl. Haserück et al., 2022; Reinspach, 2011, S. 143)

These 7: Der ambulante Sektor übernimmt zunehmend stationäre Leistungen.

Der ambulante Sektor kann viele stationäre Leistungen übernehmen und somit als Ersatzprodukt gesehen werden (Vgl. Reinspach, 2011, S. 144) Im Zentrum steht dabei der Gedanke der Wirtschaftlichkeit. So schreibt § 39 SGB V vor, dass Leistungen, soweit möglich, ambulant erbracht werden sollen. Dies hat seinen Ursprung darin, dass in Deutschland im internationalen Vergleich nach wie vor (zu) viele Behandlungen stationär durchgeführt werden. So liegt die Quote der Krankenhauseinweisungen knapp 40 % über dem EU-Durchschnitt. (Vgl. Müller, 2024; Morra, 1996, S. 62–64)

Da ambulante Zentren für Patientinnen und Patienten häufig näher oder besser zu erreichen sind als ein Krankenhaus, kann der sinkende Aufwand zu einer Bevorzugung ambulanter Behandlungen führen, selbst wenn die medizinische Leistung nicht übereinstimmt. (Vgl. Stierle et al., 2019, S. 576–577) Allerdings kann dies zu Doppelbehandlungen oder zu Komplikationen führen, wenn Patientinnen und Patienten nicht oder nicht lange genug stationär beobachtet werden. (Vgl. Obermann, 2023)

Bei einer verstärkten Ambulantisierung bleiben Kliniken nur noch die schweren Fälle, die einen verhältnismäßig hohen Aufwand verursachen. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 61)

Neben der teilstationären Versorgung, die eine hohe Kundenbindung bei gleichzeitig geringer Versorgungsintensität mit niedriger Verweildauer und geringen Kosten erzeugt, sollen nun insbesondere die Level-1i-Kliniken als Bindeglied zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor einen weiteren Schritt in Richtung einer integrierten Versorgung gehen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 11; Hofmann, 2010, S. 63) Aufgrund der weiterhin unterschiedlichen Vergütungssysteme gelingt die Überwindung der Sektorgrenzen durch die Krankenhausreform jedoch nur unvollständig. (Vgl. Obermann, 2023) Obwohl beide Formen zu sinkenden stationären Fallzahlen führen werden, können sie im Sinne einer Untersuchung der Wettbewerbskräfte nicht als Substitute im eigentlichen Sinne gesehen werden, da die Leistungen weiterhin durch Kliniken erbracht werden – jedoch nun in anderer Form.

3.4 Lieferanten

Zu den Lieferanten eines Krankenhauses zählen im strategischen Sinne die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte, das Personal, die Pharma-Industrie und die Medizintechnik-Hersteller. Eine hohe Verhandlungsmacht der Lieferanten, wie es z. B. bei einer hohen Konzentration der Lieferanten der Fall ist, schränkt den Handlungsspielraum der Kliniken ein. (Vgl. Reinspach, 2011, S. 142)

These 8: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bleiben trotz Transparenzregister wichtige Lieferanten für Krankenhäuser.

Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kommt eine zentrale Rolle unter den Lieferanten zu, da sie Einweisungen in Krankenhäuser vornehmen. Patientinnen und Patienten vertrauen ihren Empfehlungen bei der Wahl des Krankenhauses. (Vgl. Raab & Legl, 2016, S. 108; Reinspach, 2011, S. 142) Durch die gezielte Bereitstellung von Informationen und eine reibungslose Zusammenarbeit kann es Krankenhäusern gelingen, Ärztinnen und Ärzte als Zulieferer langfristig an sich zu binden und Fallzahlen gezielt zu steigern. (Vgl. Debschütz & Schlott, 2023) Die Kooperation mit dem niedergelassenen Sektor kann durch den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V weiter intensiviert werden.

Obwohl das geplante Transparenzregister im Bundes-Klinik-Atlas Patientinnen und Patienten mit verständlichen Informationen über die Behandlungsqualität versorgen soll, ist davon auszugehen, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Vertrauenspersonen weiterhin eine zentrale Rolle bei der Patientenvermittlung spielen.

These 9: Neben dem niedergelassenen Sektor werden ambulante Dienstleister in Zukunft eine immer wichtigere Rolle für den Patientenfluss spielen.

Als relativ neue Form der Zulieferung wird die Bedeutung der an Kliniken angebundenen MVZ durch die zunehmende Ambulantisierung noch weiter steigen. Sie können so eine wertvolle Ergänzung für stationäre Einrichtungen sein und diesen zusätzliche Patientinnen und Patienten verschaffen.

Auch Rettungsdienste können als Lieferanten auftreten. Kliniken können zwar keine Verträge mit ihnen abschließen, allerdings sind weiche Faktoren zur Bindung denkbar wie das Anbieten von Getränken und Mahlzeiten oder eine komfortable Zufahrt zur Notaufnahme.

These 10: Die Arbeitsbedingungen und Tätigkeitsfelder des medizinischen Personals verändern sich durch die Krankenhausreform. Dies wird den Fachkräftemangel jedoch nicht beseitigen.

Eine weitere wichtige Lieferantengruppe für Dienstleistungsunternehmen ist das Personal. Aufgrund des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen ist die Bindung der Mitarbeitenden an das Krankenhaus ein wichtiger strategischer Faktor. Im Normalfall gelingt dies durch hohe Gehälter, betriebliche Zusatzleistungen und gute Karriereöglichkeiten. Die schwierige finanzielle und personelle Lage der Kliniken schränkt allerdings die Attraktivität der Branche ein. (Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024, S. 86–88; Isfort, 2018, S. 71; Weichert & Nürnberg, 2018, S. 4–5, 22; Kanning, 2017, S. 3, 52; Reinspach, 2011, S. 143) Der Wettbewerb um Personal könnte zukünftig noch zunehmen, wenn Personal aufgrund der besseren Arbeitsbedingungen ins Ausland oder in niedergelassene Praxen abwandert. (Vgl. Benthin, 2022)

Abhilfe kann hier die angestrebte Entbürokratisierung schaffen, die durch die Abschaffung von Zu- und Abschlägen bzw. deren Integration in die Vorhaltevergütung unterstützt wird. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 5) Dies könnte die Attraktivität des Tätigkeitsfelds steigern. Die Reduktion von Dokumentationspflichten und effizientere Gestaltung von Prozessen kann zusätzlich finanzielle Spielräume schaffen. Auch das Transparenzregister könnte zu einem Entfallen bestehender Berichtspflichten beitragen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023b, S. 15) Andererseits könnte der Verwaltungsaufwand dadurch wieder steigen.

Die angestrebte Ambulantisierung kürzt die Verweildauer der Patientinnen und Patienten und führt zu einer effizienteren Nutzung der personellen und räumlichen Ressourcen. Dies senkt den Fachkräftemangel und kann auf diese Weise qualitätserhöhend wirken. So könnten freiwerdende Ressourcen in den Kliniken zur Erbringung komplexer stationärer Leistungen eingesetzt werden und so eine hochwertige Versorgung sicherstellen. (Vgl. Brunner, 2024; Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024, S. 252; Binöder & Benthin, 2023)

Zudem sinkt durch die Vorhaltevergütung der Anreiz zur Fallzahlsteigerung über Qualitätsgrenzen hinaus, was sich ebenfalls positiv auf die Arbeitsbedingungen auswirken kann. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2024c) Auch die unter 3.1 erwarteten Fusionen und Klinikschließungen können Fachkräfte freisetzen und so den Personalmangel entschärfen. (Vgl. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024, S. 252; Binöder & Benthin, 2023)

Allerdings benötigen die Kliniken mehr und spezialisiertere Fachkräfte, um die qualitativen Strukturanforderungen zu erfüllen. Andernfalls dürfte die entsprechende Leistungsgruppe nicht mehr angeboten werden. Dies würde den Wettbewerb um Fachkräfte wiederum erhöhen.

Die Personalgewinnung könnte auch für Level-1i-Versorger problematisch werden, wenn diese unter pflegerischer Leitung stehen sollen, da dies besondere Kompetenzen erfordert, die in der bisherigen Ausbildung in Deutschland kaum zu finden sind. Von Nöten wären gesetzliche, strukturelle und ausbildungsbezogene Anpassungen. (Vgl. Deutscher Pflegerat e. V., 2023, S. 3)

These 11: Die Krankenhausreform verändert den Einfluss der Pharmaindustrie und Medizintechnik-Hersteller nur unwesentlich.

Als Lieferanten im eigentlichen Sinne umfasst die letzte Gruppe die Pharmaindustrie und Medizintechnik-Hersteller, die ca. ein Drittel der Betriebskosten für Sachmittel ausmachen. Durch eine zunehmende Konzentration der pharmazeutischen Unternehmen und Medizintechnik-Hersteller erhalten sie eine monopolähnliche Stellung. Dies vergrößert ihre Verhandlungsmacht, was sich wiederum in steigenden Preisen oder einer Minderung der Produktqualität niederschlagen kann. (Vgl. Reinspach, 2011, S. 142–143; Hofmann, 2010, S. 58–59)

§ 54 Arzneimittelgesetz regelt die Qualitätsanforderungen an Medikamente und deren Herstellung und Vertrieb, sodass die Macht der Pharmaunternehmen in diesem Fall begrenzt ist. Für Medizinprodukte gilt analog das Medizinprodukte-Durchführungsgesetz. Um die Verhandlungsmacht von Pharmaunternehmen und Medizintechnik-

nik-Herstellern weiter zu begrenzen, können Krankenhäuser Einkaufsverbände bilden. (Vgl. Berg & Kurz, 2016, S. 24) Zudem entscheiden sich Krankenhäuser häufig für einen einzelnen Hersteller für alle Geräte, sodass auch die Medizintechnik-Hersteller in eine gewisse Abhängigkeit geraten.

Sollten Krankenhäuser im Zuge der Krankenhausreform für den Erhalt der bestehenden oder die Hinzunahme weiterer Leistungsgruppen ihre Ausstattung anpassen müssen, um die Strukturvoraussetzungen zu erfüllen, würde die Nachfrage nach Medizintechnik steigen. Andererseits könnten die unter 3.1 erwarteten Fusionen die Nachfrage reduzieren, sodass der Gesamteffekt nicht abzuschätzen ist.

3.5 Abnehmer

Patientinnen und Patienten fragen als Kunden Behandlungsleistungen in Krankenhäusern nach. Da sie jedoch häufig nicht über das notwendige Fachwissen verfügen, um eine fundierte Behandlungsentscheidung treffen zu können, vertrauen sie auf die Expertise der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. (Vgl. Raab & Legl, 2016, S. 108; Reinspach, 2011, S. 142) In diesem Sinne können letztere auch selbst als Kunden betrachtet werden, da sie die Leistung für ihre Patientinnen und Patienten nachfragen. Durch den klassischen Arztbrief werden sie über die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten in der Klinik informiert und können so ihre eigene Leistung optimieren. So treten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht nur als Anbieter von Substituten und Lieferanten, sondern auch als Kunden im Krankenhausmarkt auf. Als diejenigen, die letztendlich die Leistungen des Krankenhauses bezahlen, sind auch Krankenkassen den Kunden zuzurechnen. Die Verhandlungsmacht der Abnehmer steigt, je stärker ihr Zusammenhalt und je größer das Abnahmevolumen ist. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 53–58; Reinspach, 2011, S. 144)

These 12: Die Krankenhausreform verändert den Einfluss der Krankenkassen nur unwesentlich.

Reduziert sich die Zahl der Krankenhäuser durch Insolvenzen und Fusionen, konzentriert sich das Angebot an

Krankenhausleistungen. Dies könnte die Verhandlungsmacht der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen stärken. (Vgl. Wöhe et al., 2020, S. 404–405)

Auf der anderen Seite kam es auch auf Seiten der Krankenkassen zu einer stärkeren Konzentration, vor allem durch zunehmende Fusionen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2022, S. 114) Als direkte Geldgeber der Krankenhäuser können sie in Budgetverhandlungen erheblichen Kostendruck aufbauen. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 55) Die Vorhaltevergütung könnte die Macht der Krankenkassen einschränken, da die Abhängigkeit der Kliniken von Fallpauschalen und Pflegebudgets sinkt. Da die Vorhaltevergütung jedoch von der Erfüllung der Qualitäts- und Strukturanforderungen abhängt, die wiederum vom Medizinischen Dienst geprüft werden, entsteht eine neue Machtposition für die Krankenkassen. (Vgl. Regierungskommission Krankenhausversorgung, 2022, S. 20, 25)

These 13: Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nehmen vielfältige Funktionen im Wettbewerbsumfeld der Kliniken wahr und stellen deshalb einen wichtigen strategischen Erfolgsfaktor dar.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte weisen ihre Patientinnen und Patienten in Krankenhäuser ein und fungieren so als Lieferanten. Gleichzeitig fragen sie häufig Behandlungen für ihre Patientinnen und Patienten nach und erbringen ihre eigene Leistung auf Basis der Informationen im Arztbrief und können deshalb als Kunden der Krankenhäuser betrachtet werden. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 56–58) Aufgrund dieser Doppelfunktion ist es für Krankenhäuser von zentraler Bedeutung, die Ansprüche dieser Kundengruppe optimal zu befriedigen. Die zunehmende Integration des ambulanten und stationären Sektors könnte diese Effekte weiter verstärken. Zusätzlich verschafft das Transparenzregister auch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einen besseren Überblick.

These 14: Patientinnen und Patienten profitieren von einem erweiterten Angebot an ambulanten Leistungen und einer steigenden Qualität stationärer Behandlungen.

Das Knüpfen des Leistungsangebots an die Erfüllung bestimmter struktureller Voraussetzungen kann zukünftig die Behandlungsqualität steigern. Das Vorhalten qualifizierten Personals, das bestimmte Behandlungen routiniert in großen Fallzahlen durchführt und dabei auf gut ausgestattete Räumlichkeiten und technische Geräte zurückgreifen kann, wird hier eine entscheidende Rolle spielen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2023a, S. 7–9; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2023, S. 6, 14–17) Weitere Verbesserungen des Versorgungsangebots können durch die Ambulantisierung vieler Leistungen und die Freisetzung von medizinischem Fachpersonal durch Fusionen und Klinikschließungen und deren Einsatz in den verbleibenden Kliniken erzielt werden. (Vgl. Brunner, 2024; Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024, S. 252; Binöder & Benthin, 2023)

Allerdings besteht durch die leistungsunabhängige Vergütung die Gefahr, dass der Anreiz sinkt, viele Behandlungen durchzuführen, sodass es für Patientinnen und Patienten zu langen Wartelisten kommt. (Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., o. J.) Dem ist entgegenzuhalten, dass die Vorhaltevergütung so niedrig angesetzt werden soll, dass die Fixkosten der Krankenhäuser nicht gedeckt sind. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 22) Dennoch könnten sich ersten Modellrechnungen zufolge kleine Kliniken mit der Vorhaltevergütung gegenüber dem reinen DRG-System nur besser stellen, wenn sie ihre Fallzahlen deutlich reduzieren. (Vgl. Schmid et al., 2023, S. 31)

Kommt es durch die Krankenhausreform zur Schließung von Einrichtungen, können ohne eine gezielte Moderation, wie sie die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorschlägt, Regionen mit Über- und Unterversorgung entstehen. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenh-

ausversorgung, 2022, S. 24) Für Patientinnen und Patienten in unterversorgten Regionen könnten sich die Fahrtzeiten zum nächsten Krankenhaus verlängern und die medizinische Versorgung verschlechtern. Allerdings belegt die Regierungskommission, dass eine gesteuerte Reduktion der Krankenhäuser, die eine bestimmte Leistungsgruppe bedienen, die Behandlungsqualität steigern und die Fahrtzeit für die meisten Patientinnen und Patienten nur um ca. 2 Minuten erhöhen würde. (Vgl. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2023, S. 23, 34) Bereits heute belegen Untersuchungen, dass Patientinnen und Patienten für elektive Eingriffe auch größere Strecken in Kauf nehmen, um ihre Wunsch-Einrichtung zu erreichen. (Vgl. Beivers & Dodt, 2014, S. 193; Friedrich & Beivers, 2008, S. 172) Käme es tatsächlich zu unterversorgten Regionen, müssten Patientinnen und Patienten mangels Alternativen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufsuchen, die jedoch bereits heute überlastet sind. (Vgl. Obermann, 2023)

Die zunehmende Ambulantisierung kann sich unterschiedlich auswirken: Patientinnen und Patienten könnten wohnortnah versorgt werden und in ihrer gewohnten Umgebung ihre Genesung vorantreiben. Meist profitieren sie von kürzeren Wartezeiten und einer qualitativ hochwertigen Behandlung. Problematisch könnte sich die Nachversorgung insbesondere dann gestalten, wenn es zu Komplikationen kommt. Auch sind in einem ambulanten Setting Doppelbehandlungen wahrscheinlicher. (Vgl. Obermann, 2023; Haserück et al., 2022)

These 15: Das Transparenzregister unterstützt Patientinnen und Patienten dabei, eine fundierte Entscheidung bezüglich ihrer Behandlung zu treffen.

Häufig haben Patientinnen und Patienten keinen Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses, z. B. wenn es sich um einen Notfall handelt. Dann spielt auch die Differenzierung der Krankenhäuser untereinander keine Rolle. Dies ändert sich erst, wenn planbare Behandlungen vorgesehen sind. Als Kunde der Krankenkassen und der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auch dann aufgrund der fehlenden Fachkenntnisse noch keine

große Macht gegenüber den Krankenhäusern. (Vgl. Reinspach, 2011, S. 144) Dennoch steigen ihre Ansprüche an die Behandlungsqualität und den Komfort während eines Krankenhausaufenthalts, was wiederum den Kostendruck in Krankenhäusern erhöht. (Vgl. Morra, 1996, S. 78–79) Dies macht sich beispielsweise in der Geburtshilfe bemerkbar, wo werdende Eltern verschiedene Geburtseinrichtungen besuchen und vergleichen.

Bereits heute sind Krankenhäuser zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten verpflichtet, die die Vergleichbarkeit der Einrichtungen erhöhen sollen. Diese sind frei im Internet verfügbar, aber dennoch zu umfangreich und komplex, um von Patientinnen und Patienten entsprechend genutzt zu werden. Erst eine Aggregation und Auswertung dieser Daten durch Intermediäre wie den AOK-Gesundheitsnavigator liefern ihnen den gewünschten Nutzen. (Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, o. J.) Nun sollen Patientinnen und Patienten durch das Transparenzregister direkt in die Lage versetzt werden, eine selbstbestimmte und qualitätsorientierte Auswahlentscheidung für die jeweilige Behandlung zu treffen. (Vgl. Deutscher Bundestag, 2023, S. 1) Dadurch steigt ihre Unabhängigkeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und sie werden für die Krankenhäuser zu Endabnehmern. Kliniken müssen deshalb zukünftig Patientinnen und Patienten als Kunden betrachten, auf deren Bedürfnisse sie einzugehen haben. (Vgl. Hofmann, 2010, S. 55)

Dabei spiegelt sich im Idealfall die Qualität von Behandlungen nicht nur im Transparenzregister wider, sondern bereits in der Erlaubnis, bestimmte Leistungsgruppen erbringen zu dürfen, weil die entsprechenden Mindestanforderungen an die Strukturqualität erfüllt sind. Da die Systematik der Vorhaltevergütung einen starken Anreiz zur Bündelung von Leistungsgruppen setzt, sollten die resultierenden Spezialisierungseffekte neben der Wirtschaftlichkeit auch die Versorgungsqualität erhöhen. (Vgl. Benthin, 2022; Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022, S. 18, 24)

4. Fazit und Ausblick

Die Krankenhausreform verspricht vieles: Sie soll die finanzielle Lage der Krankenhäuser verbessern, indem Leistungen

auf weniger Einrichtungen konzentriert und durch eine Vorhaltevergütung finanziert werden. Gleichzeitig soll die Versorgung strukturschwacher Regionen sichergestellt und die Kostensenkungen durch die Leistungskonzentration und zunehmende Ambulantisierung das Gesundheitssystem entlasten. Der Abbau von Dokumentationspflichten und die Entbürokratisierung sollen neben Kostensenkungen auch den Krankenhaussektor wieder attraktiver für das medizinische Personal machen.

Die Erwartungen sind also groß, allerdings kann die Krankenhausreform auch ihre Ziele verfehlen: So zeigt das Beispiel Dänemark die Folgen einer Zentralisierung der stationären Versorgung auf wenige „Superkrankenhäuser“. Die Umbaukosten sind beträchtlich und es sind immer noch nicht alle Maximalversorger in Betrieb genommen. Zudem verschlechterte sich die Gesundheitsversorgung der ländlichen Bevölkerung soweit, dass wieder so genannte „Nahkrankenhäuser“ gefordert wurden. Zur Gegenfinanzierung der Umbaukosten wurden massive Einsparmaßnahmen vor allem beim Personal durchgesetzt, die sich negativ auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten auswirken. (Vgl. Schulz, 2022; Höhn, 2021, S. 30–31)

Soll die Konzentration der Leistungsgruppen auf wenige Standorte erfolgreich sein, darf es nicht zu unkontrollierten Fusionen und Insolvenzen kommen. Um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, muss der Konzentrationsprozess moderiert werden. Dies betrifft insbesondere die Umwandlung kleiner Krankenhäuser in Level-Ii-Kliniken.

Durch die Vorhaltevergütung erhöhen sich die finanziellen Mittel der Krankenhäuser nicht, allerdings sinkt ihre Abhängigkeit von steigenden Fallzahlen. Probleme wie steigende Energie- und Personalkosten werden durch die Krankenhausreform nicht behoben.

Fraglich ist, ob die angestrebten Maßnahmen die Attraktivität des Krankenhaussektors für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhöhen können. Die Entbürokratisierung und die Ambulantisierung können das Personal entlasten und die Arbeitsbedingungen verbessern. Zusätzlich können die Anforderungen an die Strukturqualität und die damit einhergehende Konzentration der Leistungsgruppen Kapazitäten freisetzen, die die Versorgungsqualität steigern.

Da der Gesetzgebungsprozess noch nicht abgeschlossen ist, können sich noch Veränderungen einstellen. Bei allen Regelungen ist jedoch zu akzeptieren, dass mit den erhofften Chancen auch Risiken einhergehen.

Literatur

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft. (2024, April 18). Finanzielle Situation der Krankenhäuser verschlechtert sich zusehends. Abgerufen 17. September 2024, von <https://www.bwkg.de/presse/pressemitteilung/news/finanzielle-situation-der-krankenhaeuser-verschlechtert-sich-zusehends/>

Bea, F. X., & Haas, J. (2024). Strategisches Management (11., überarbeitete Auflage). UVK Verlag.

Beivers, A., & Dodt, C. (2014). Ökonomische Aspekte der ländlichen Notfallversorgung. Notfall + Rettungsmedizin, 17(3), S. 190–198. <https://doi.org/10.1007/s10049-013-1787-6>

Benthin, F. (2022, September 19). Wie MVZ ambulante und stationäre Versorgung verbinden. Abgerufen 20. September 2024, von https://www.ey.com/de_de/insights/health/wie-mvz-ambulante-und-stationaere-versorgung-verbinden

Berg, M., & Kurz, S. (2016, September). Strategischer Einkauf im Krankenhaus: Der Einkauf im Spannungsfeld zwischen Klinikleitung und Ärzten. Abgerufen 22. September 2024, von https://www.koinno-bmwk.de/fileadmin/user_upload/publikationen/web_BME_LF_Strategischer_Einkauf_Krankenhaus.pdf

Binöder, F., & Benthin, F. (2023, September 22). Wie sich Krankenhäuser für die Gesundheitsreform wappnen sollten. Abgerufen 12. September 2024, von https://www.ey.com/de_de/insights/health/die-gesundheitsreform-was-krankenhaeuser-tun-sollten

Brunner, F. (2024, September 5). Fallzahl-Rückgang erhöht wirtschaftlichen Druck auf Kliniken. Ärztezeitung. Abgerufen 19.09.2024, von <https://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Fallzahl-Rueckgang-erhoeht-wirtschaftlichen-Druck-auf-Kliniken-452415.html>

Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung. (2024, Mai 15). Gutachten des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung über den Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG). https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/BWV-Veroeffentlichung/krankenhausreform.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Bundesministerium für Gesundheit. (2022). Daten des Gesundheitswesens 2022. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/230223_BMG_DdGW_2022.pdf

www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/230223_BMG_DdGW_2022.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2023a, Juli 10). Eckpunktepapier – Krankenhausreform. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform_final.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2023b, September 30). Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen (Empfehlungen nach § 220 Absatz 4 SGB V). https://www.kbv.de/media/sp/2023-11-07_BMG_Empfehlungen_Buerokratieabbau.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2023c, Oktober 19). Bundestag beschließt Krankenhaustransparenzgesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-krankenhaustransparenzgesetz.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2024a, Mai 15). Fallpauschalen. Abgerufen 17. September 2024, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/f/fallpauschalen>

Bundesministerium für Gesundheit. (2024b, Mai 15). Krankenhausfinanzierung. Abgerufen 18. September 2024, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankhausfinanzierung.html?ref=uebergabe.de&cHash=3f7eb6787835fab0c864e8d040059072>

Bundesministerium für Gesundheit. (2024c, Mai 16). Fragen und Antworten zur Krankenhausreform. Abgerufen 20. September 2024, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankhaus/krankhausreform/faq-krankhausreform>

Bundesministerium für Gesundheit. (2024d, Mai 17). Mehr Transparenz für alle. Abgerufen 17. September 2024, von <https://www.bundesregierung.de/breg-de/bundesregierung/gesetzvorhaben/bundes-klinik-atlas-2223136>

Bundesrechnungshof. (2020, November 11). Krankenhäuser seit Jahren unterfinanziert und ineffizient. Abgerufen 17. September 2024, von <https://www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/krankhausfinanzierung.html?nn=23488>

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (2023, November 30). Alle Krankenhäuser fair finanzieren. Abgerufen 26. September 2024, von https://dekv.de/wp-content/uploads/2023/11/DEKV_PM_Freie_Traeger_Defizitfinanzierung.pdf

Debschütz, F., & Schlott, Q. (2023). Gute Einweiserbeziehungen zur Existenzsicherung. Health & Care Management. <https://www.hcm-magazin.de/gute-einweiserbeziehungen-zur-existenzsicherung-338677/>

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. (2023, Dezember 27). Lage der Krankenhäuser so schlecht wie noch nie – Insolvenzen steuern 2024 auf Rekordhoch zu. Abgerufen 14. September 2024, von https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2023/2023-12-27_PM_DKG_zum_DKI-Krankenhaus-Barometer.pdf

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. (2024a, Mai 15). Ziele der Krankenhausreform sind richtig – Aber die vorgesehenen Maßnahme verfehlen diese Ziele und gefährden die Versorgungssicherheit. Abgerufen 16. September 2024, von https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2024/2024-05-15_PM_DKG_zum_Kabinettsbeschluss.pdf

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. (2024b, Juli 11). Drei Maßnahmen zur Rettung der Krankenhausreform. Abgerufen 25. September 2024, von https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2024/2024-07-11_PM_DKG_zum_3-Punkte-Plan.pdf

Deutscher Bundestag. (2023, Oktober 18). Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP – Drucksache 20/8408 – Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz). <https://dserver.bundestag.de/btd/20/089/2008904.pdf>

Deutscher Bundestag. (2024, Juni 17). Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVVG). <https://dserver.bundestag.de/btd/20/118/2011854.pdf>

Deutscher Pflegerat e. V., M. (2023, Januar 23). Diskussionspapier Pflegerische Leitung in Kliniken der ortsnahen und regionalen Grundversorgung Level 1i. Abgerufen 17. September 2024, von https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2023/03/2023-01-23_Diskussionspapier-Pflegerische-Leitung-in-Level-1i-Kliniken.pdf

Flintrop, J. (2005, September 23). Bert Uwe Drechsel: Qualitätsberichte als Marketing-Instrument. Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen 25. September 2024, von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/48419/Bert-Uwe-Drechsel-Qualitätsberichte-als-Marketing-Instrument>

Friedrich, J., & Beivers, A. (2008). Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfalleistungen am Beispiel von Hüftendoprothesen. In J. Klauber, B.-P. Robra, & H. Schell Schmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2008/9, Schwerpunkt Versorgungszentren (S. 155–180). Schattauer Verlag.

- Gemeinsamer Bundesausschuss. (o. J.)**. Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Abgerufen 18. September 2024, von <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/datenerhebung-zur-qualitaetssicherung/datenerhebung-qualitaetsbericht/>
- Gerlinger, T. (2021)**. Krankenhäuser in Deutschland – Strukturen – Probleme – Reformen. Aus Politik und Zeitgeschichte, 71(30–31/2021), 9–16.
- Hansis, D. E., & Dahnke, D. H. (2023, Februar 7)**. Auswirkungsanalyse im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/Kurzversion_DKG_Auswirkungsanalyse_Basisszenario_von_Veбето_und_hcb.pdf
- Haserück, A., Kurz, C., & Lau, T. (2022, September 16)**. Medizinische Versorgung: Chance Ambulantisierung. Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen 12. September 2024, von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/227384/Medizinische-Versorgung-Chance-Ambulantisierung>
- Hofmann, O. (2010)**. Strategisches Krankenhausmanagement: Analyse externer Einflussfaktoren als Grundlage zur Entwicklung von Krankenhausstrategien. Diplomica-Verl.
- Höhn, H. (2021)**. Ein demokratisches Gesundheitssystem für alle. Hans Böckler Stiftung, Dossier Nr. 10. https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-008054/p_10_dossier_07_2021.pdf
- Horak, C., Bodenstorfer, M., & Klein, T. (2015)**. Ziele und Strategien. In R. Eschenbach, C. Horak, M. Meyer, & C. Schober (Hrsg.), Management der Nonprofit-Organisation. Bewährte Instrumente im praktischen Einsatz (3. Auflage, S. 3–35). Schäffer Poeschel.
- Isfort, M. (2018)**. Versorgungsalianzen als Antwort auf die regionale pflegerische Versorgungssicherung in Bayern. In T. Klie & S. Arend (Hrsg.), Arbeitsplatz Langzeitpflege: Schlüsselfaktor Personalarbeit (1. Auflage, S. 57–78). medhochzwei.
- Kanning, U. P. (2017)**. Personalmarketing, Employer Branding und Mitarbeiterbindung: Forschungsbefunde und Praxistipps aus der Personalpsychologie. Springer.
- Lang, M. (2024, Juni 12)**. Warum Kliniken mit der Ambulantisierung warten sollten. Klinik Management aktuell. Abgerufen 28. September 2024, von <https://www.kma-online.de/aktuelles/management/detail/warum-kliniken-mit-der-ambulantisierung-warten-sollten-52109>
- Morra, F. (1996)**. Wirkungsorientiertes Krankenhausmanagement: Ein Führungshandbuch. Haupt.
- Müller, M. (2024, August 8)**. Das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich. Verband der Ersatzkassen. Abgerufen 28. September 2024, von <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2024-04/gesundheitswesen-deutschland-europa-vergleich.html>
- O. V. (2024, September 12)**. NRW-Krankenhausreform: Umstrukturierung vor allem im „Mittelbau“ der Versorgung. Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen 17. September 2024, von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/154182/NRW-Krankenhausreform-Umstrukturierung-vor-allem-im-Mittelbau-der-Versorgung>
- Obermann, K. (2023, September)**. Ambulantisierung: Jede zweite Praxis sieht Risiken – nur jede sechste Chancen. Stiftung Gesundheit. Abgerufen 20. September 2024, von <https://www.stiftung-gesundheit.de/studien/im-fokus/ambulantisierung-chancen-risiken/>
- Perske, J. (2024, Juli 13)**. Wie eine Klinik im Vogelsberg sich fit machen will für die Krankenhausreform. Abgerufen 20. September 2024, von <https://www.hessenschau.de/gesellschaft/wie-eine-klinik-im-vogelsberg-sich-fit-machen-will-fuer-die-krankenhausreform-v1,krankenhausreform-102.html>
- Porter, M. E. (2013)**. Wettbewerbsstrategie (Competitive Strategy): Methoden zur Analyse von Branchen und Konkurrenten (12. aktualisierte und erweiterte Auflage). Campus Verlag.
- Raab, A., & Legl, K. (2016)**. Einweiserbeziehungsmanagement. In M. A. Pfannstiel, C. Rasche, & H. Mehlich (Hrsg.), Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus: Nachhaltige Wertgenerierung jenseits der operativen Exzellenz (S. 107–135). Springer Gabler.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. (2022, Dezember 6)**. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. (2023, Juni 22)**. Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung – Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/5_Stellungnahme_Potenzialanalyse_bf_Version_1.1.pdf
- Reinspach, R. (2011)**. Strategisches Management von Gesundheitsbetrieben: Grundlagen und Instrumente einer entwicklungsorientierten Unternehmensführung (2. neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Lucius & Lucius.
- Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege. (2024)**. Fachkräfte im Gesundheitswesen – Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. <https://doi.org/10.4126/FRL01-006400072>
- Schmid, A., Heinz, K., Klages, L., & Baierlein, J. (2023, August 31)**. Analyse der Vorhaltevergütung zur Reform des Krankenhausesektors – Policy Paper im Auftrag des PKV-Verbandes. https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Gutachten_Studien/Gutachten_Oberender_Analyse_der_Vorhalteverguetung_zur_Reform_des_Krankenhaussektors.pdf
- Schulz, J. (2022, Oktober 15)**. Krankenhausreform in Dänemark: Die unendliche Geschichte der Superkrankenhäuser. Abgerufen 27. September 2024, von <https://www.gemeingut.org/krankenhausreform-in-daenemark-die-unendliche-geschichte-der-superkrankenhaeuser/>
- Statistisches Bundesamt. (2023, Dezember 13)**. Krankenhäuser – Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. Abgerufen 7. September 2024, von [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html?view=main\[Print](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html?view=main[Print)
- Stierle, J., Siller, H., Fiedler, M., & Ortner, S. (Hrsg.). (2019)**. Handbuch strategisches Krankenhausmanagement. Springer Gabler.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (o. J.)**. Krankenhausreform. Abgerufen 17. September 2024, von <https://www.pkv.de/positionen/krankenhaus/>
- Weichert, C., & Nürnberg, V. (2018)**. Das Krankenhaus als attraktiver Arbeitgeber. Abgerufen 20. September 2024, von https://www.dki.de/fileadmin/forschungsberichte/Das_Krankenhaus_als_attraktiver_Arbeitgeber.pdf
- Wöhe, G., Döring, U., & Brösel, G. (2020)**. Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre (27., überarbeitete und aktualisierte Auflage). Verlag Franz Vahlen.