

# Krankenhaus-Report 2017

## „Zukunft gestalten“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 151-166



<b>11</b>	<b>Die Krankenhauslandschaft 2030 in Deutschland.....</b>	<b>151</b>
	<i>Günter Neubauer</i>	
11.1	Einführung.....	151
11.2	Ausgangssituation: ungelöste Probleme heute.....	152
11.3	Globale systemunabhängige Treiberfaktoren und ihre Effekte bis 2030 .....	153
11.3.1	Demografie.....	154
11.3.2	Der medizinisch-technische Fortschritt .....	154
11.3.3	Digitalisierung .....	155
11.4	Nationale systemische Treiberfaktoren und ihre Effekte bis 2030.....	156
11.4.1	Die Krankenhausplanung.....	156
11.4.2	Rationalisierungsdruck und Qualitätswettbewerb .....	158
11.4.3	Versorgungsnetze durch Wettbewerbsdruck.....	158
11.4.4	Trägerpluralität bis 2030: wer kommt, wer geht? .....	159
11.4.5	Anhaltende Investitionsschwäche.....	160
11.5	Die Krankenhauslandschaft 2030 – ein multifaktorielles Ergebnis .....	160
11.5.1	Ergebnisse einer Fortschreibung bis 2030.....	161
11.5.2	Qualitative Beschreibung der Krankenhauslandschaft 2030.....	163
11.6	Gesundheitsreformen gefangen in der demokratisch-demo- grafischen Falle .....	163

# 11 Die Krankenhauslandschaft 2030 in Deutschland

Günter Neubauer

## Abstract

Die Krankenhauslandschaft wird bis zum Jahr 2030 von globalen Treiberfaktoren und von nationalen Entwicklungen bestimmt werden. Analytisch gehen wir so vor, dass wir die einzelnen Faktoren zunächst isoliert betrachten, um sie dann in einer Synthese zusammenzuführen und zu bewerten. Wir schätzen, dass sich die Trends der letzten fünfzehn Jahre bis 2030 fortsetzen. Hierzu gehört eine weitere Reduktion der Planbetten ebenso wie der Plankrankenhäuser, ohne dass das Niveau der OECD-Staaten erreicht werden wird. Krankenhauskonzerne und Kooperationen werden die Versorgung dominieren. Private Krankenhausträger werden langsamer wachsen, während öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser langsamer schrumpfen. Die ländliche Versorgung wird verstärkt durch Netze unter Führung der Krankenhäuser sichergestellt. Die Behandlungsprozesse bleiben zu arbeitsintensiv. Die Krankenhausausgaben werden für die Krankenkassen auf rund 100 Milliarden ansteigen. Das Paradoxon 2030 lautet: Die Krankenhäuser wirtschaften effizient, die Krankenhausversorgung insgesamt ist jedoch suboptimal.

In the year 2030, the hospital sector will be determined by global and national impacts. In this article, we first analyse the individual impact factors separately, then merge them into a synthesis and evaluate them. To estimate the results, we extrapolate the trends of the past fifteen years to 2030. This simple prognosis shows that the number of hospitals and hospital beds will be further reduced. Nevertheless, the number of hospitals in Germany will still exceed the average of OECD countries. Hospital corporations will dominate. Private hospital owners will grow more slowly, while public and non-profit hospitals will shrink more slowly. Coverage in rural areas will be safeguarded by service networks under the leadership of hospitals. Treatment processes will remain too labor intensive. Hospital expenditure of the health care funds will amount to around 100 billion euros. The paradox result in 2030 will be that although hospitals will be efficiently managed, the system overall will be inefficient.

## 11.1 Einführung

Der nachfolgende Beitrag gliedert sich in fünf Abschnitte: Zunächst beschreiben wir kurz die derzeitige Ausgangs- und Problemlage. Hierbei können wir uns kurz fassen, da die Fakten weitgehend bekannt sind. (vgl. Reifferscheid et al. 2015; Neubauer 2014). In einem zweiten Abschnitt wollen wir die globalen Entwicklungsfak-

toren und ihre Auswirkungen auf die deutsche Krankenhausversorgung abfragen. Wir unterstellen dabei, dass eine offene Wirtschaft und Gesellschaft sich nicht den globalen Entwicklungstrends entziehen kann.

In einem dritten Abschnitt wenden wir uns den nationalen, systemischen Treiberfaktoren zu, die oft mit den globalen Entwicklungskräften im Konflikt stehen. Es gilt vor allem, die beherrschenden Kräfte, wie z. B. die Krankenhausplanung, das Finanzierungssystem und die Kommunalpolitik auf ihre Effekte bzw. Veränderungsbereitschaft bis 2030 abzuschätzen.

In einem vierten Abschnitt sollen dann die Entwicklungsfaktoren aus den Abschnitten zwei und drei in ein Gesamtbild zusammengefügt werden. Es gilt, die dynamischen internationalen Faktoren gegen die beherrschenden nationalen Kräfte abzuwägen. Im letzten Abschnitt beschreiben wir eine Gesetzmäßigkeit bei Gesundheitsreformen: Nach unseren Beobachtungen sind Gesundheitsreformen stets durch eine demokratisch-demografische Reformfalle begrenzt.

## 11.2 Ausgangssituation: ungelöste Probleme heute

# 11

Die derzeitige Krankenhausversorgung in Deutschland ist gemessen an Krankenhausbetten und Krankenhausstandorten von Überkapazitäten gekennzeichnet; aber auch von strukturellen Defiziten gemessen am Verhältnis von stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsleistungen zueinander. Ein Kennzeichen dafür ist die überhöhte Krankenhaushäufigkeit in Deutschland (vgl. Tabelle 11–1).

Ein strukturelles Problem liegt auch in der regionalen Verteilung der Krankenhäuser: Heute sind Städte übertersorgt, während die ländlichen Regionen eher unterversorgt sind. Diese regionale Ungleichverteilung wird allerdings derzeit durch die Wanderung der Bevölkerung in die Ballungsräume schrittweise kompensiert (vgl. Spangenberg 2012, S. 105 f.).

Tabelle 11–1

### Deutschland im internationalen Vergleich im Jahr 2014

Land	Akutstationäre Verweildauer	Akutbetten je 1000 Einwohner	Krankenhausentlassungsrate je 100 Einwohner
Schweden	5,6	2,4	15,7
Finnland	6,8	3,1	17,2
Frankreich	5,8	4,1	16,4
Spanien	6,0	2,4	10,1
OECD-Durchschnitt (entspricht 100%)	6,6	3,8	16,1
<b>Deutschland</b>	<b>7,7</b>	<b>6,2</b>	<b>25,6</b>
in % des OECD-Durchschnitts	117	163	159

Quelle: OECD 2016, eigene Darstellung und Berechnungen Institut für Gesundheitsökonomik 2016

Darüber hinaus leiden die Krankenhäuser an einer systembedingten Investitionsschwäche. Letztere geht auf ein Länderversagen bei der gesetzlich vorgesehenen Investitionsförderung zurück, was vor allem die kommunalen Krankenhäuser betrifft; sodass wir einen kontraindizierten Effekt feststellen können: Private Krankenhäuser sind die Gewinner, während öffentliche Krankenhäuser Verlierer dieses Staatsversagens sind (vgl. Neubauer 1999).

Auch die Steuerung der Versorgung ist in sich widersprüchlich. Auf der einen Seite wird über die Krankenhausplanung von Seiten der Länder der Eintritt in die Versorgung sowie die funktionale und regionale Verteilung der Krankenhäuser staatlich gelenkt, auf der anderen Seite wird durch ein wettbewerbliches Vergütungssystem quasi marktlich gesteuert. Allerdings verzichtet man auf einen Preiswettbewerb und bevorzugt einen Qualitätswettbewerb (vgl. Wasem und Geraedts 2011, S. 7 ff.). Dies führte faktisch zu Einheitspreisen, die keine Steuerungsfunktion übernehmen können bzw. fehlsteuern (vgl. Neubauer und Pfister 2007). Letzteres hat man nun erkannt und im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) von 2015 eine Reihe von Zu- und Abschlägen zum Einheitspreis vereinbart. Diese Zu- und Abschläge stellen im Grunde genommen eine regulatorische Flexibilisierung des Einheitspreises in Form des Basisfallwertes dar. Widersprüchlich ist auch, dass man für die Krankenkassen einen Preiswettbewerb forciert und diesen für die Versorgungsseite ablehnt. Die Interdependenz eines Preissystems wird dabei ignoriert.

Die kurz skizzierten Schwächen des deutschen Krankenhausversorgungssystems sind schon an vielen Stellen vorgestellt und analysiert worden. Auch zur künftigen Entwicklung der Krankenhausversorgung in Deutschland gibt es eine Reihe von Studien. Vor allem große Krankenhaus-Beratungsunternehmen haben Prognosen veröffentlicht, in denen die weitere Entwicklung der Krankenhausversorgung prognostiziert wird (vgl. PwC 2006; Ernst & Young AG 2005; Arthur Andersen 2000). Wir verzichten an dieser Stelle auf eine nähere Erörterung dieser Prognosen. Doch wollen wir darauf verweisen, dass auch unsere Vorgehensweise ähnlich aufgebaut ist. Es geht immer darum, Entwicklungstrends auf das deutsche Krankenhausssystem zu projizieren und daraus abzuleiten, wie sich die deutsche Krankenhauslandschaft in 10, 15 oder 20 Jahren verändern wird. Allen Studien ist gemein, dass sie zwar die Entwicklungsrichtung treffend beschreiben, jedoch die Veränderungsgeschwindigkeit der deutschen Krankenhauslandschaft überschätzen (vgl. Arthur Andersen 2000).

### 11.3 Globale systemunabhängige Treiberfaktoren und ihre Effekte bis 2030

Unter globalen Treiberfaktoren verstehen wir Trends, die sich in nahezu allen Ländern beobachten lassen. Dabei verzichten wir auf eine Quantifizierung, da letztlich nur eine Scheingenauigkeit erreicht werden kann. Wir bevorzugen eine qualifizierende Beschreibung der erwarteten Effekte.

### 11.3.1 Demografie

Die demografischen Effekte treffen das Krankenhaus auf zwei verschiedenen Ebenen. Zum einen wandelt sich die Behandlung des Bedarfs der Patienten und zum anderen wird sich die Beschäftigungssituation bzw. die Gewinnung von Fachpersonal gravierend verändern.

Ältere Patienten haben im Durchschnitt eine höhere Verweildauer bei gleicher Erkrankung. Daraus lässt sich ableiten, dass der Bedarf an Krankenhausbetten – *ceteris paribus* – bis 2030 ansteigen würde. Zugleich weist eine ältere Bevölkerung eine höhere Krankenhaushäufigkeit auf, was wiederum auf einen höheren Bettenbedarf hinwirkt (vgl. Neubauer 2013). Schätzungen gehen davon aus, dass der Anteil der Patienten über 80 Jahre von 12,5 Prozent bis 2030 auf 19 Prozent steigen wird (vgl. Heide 2016). Ob und inwieweit der Bettenbedarf steigen wird, hängt nicht zuletzt davon ab, wie die Versorgung strukturiert sein wird. Insbesondere die post-stationäre Versorgung kann hier Entlastung bringen (vgl. Neubauer 2015).

Eine andere Sichtweise wird von der sogenannten Kompressionstheorie vertreten. Danach hat die Alterung der Bevölkerung nur wenig Einfluss auf die Ausgabenentwicklung. Die Erklärung dafür ist, dass die lebenslangen Ausgaben für Gesundheit vom letzten Lebensjahr geprägt werden und es wenig Einfluss auf die Ausgaben hat, wie alt ein Mensch geworden ist. Die Kompressionstheorie (vgl. Henke 2007; Walzik 2006) muss heute angesichts der Tatsache, dass Patienten jahrelang mit chronischer Multimorbidität leben können, in Frage gestellt werden.

Bevölkerungswanderungen im Raum und damit auch regionale Patientenverschiebungen fordern ebenfalls die Krankenhausversorgung heraus (vgl. Bertelsmann Stiftung 2008). Der feststellbare Trend der Bevölkerung in die Ballungsräume verlangt eine Neuorientierung der Krankenhausplanung. Zugleich wird es für Krankenhäuser in ländlichen Regionen schwerer, eine wirtschaftliche Größenordnung zu behalten. Ob hier auf Dauer Subventionen eine sinnvolle Lösung darstellen, ist fraglich. Ein alternativer Lösungsansatz wäre es, die Patientenmobilität zu unterstützen.

Während der erwartete Bevölkerungsrückgang die Versorgungslasten bis 2030 kaum tangiert, wird vor allem durch die niedrige Geburtenrate die Nachwuchsgewinnung für die Krankenhäuser merklich schwieriger. Schon heute bereitet es Probleme, an weniger attraktiven Standorten genügend junge Ärzte zu gewinnen (vgl. Neubauer 2010). Vor allem akademisch ausgebildete junge Menschen zieht es in die Ballungsräume. Eine flächendeckende Krankenhausversorgung, so wie sie heute geplant wird, dürfte allein durch den absehbaren Personalmangel im Jahr 2030 kaum mehr möglich sein. Hier kann das Campus-Konzept eine Lösung darstellen (vgl. Rhön-Klinikum AG 2016).

### 11.3.2 Der medizinisch-technische Fortschritt

Von den globalen Treiberfaktoren dürfte der medizinisch-technische Fortschritt den größten Einfluss auf die Krankenhausversorgung bis 2030 haben. Allgemein führt technischer Fortschritt zu einer Produktivitätssteigerung und finanziert sich insbesondere dann selbst, wenn er als kostensparender Fortschritt auftritt. Der medizinisch-technische Fortschritt zeichnet sich jedoch dadurch aus, dass vor allem die

diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten erweitert werden und mit höheren Ausgaben einhergehen. Schätzungen (vgl. Henke 2007, S. 746 ff.) gehen davon aus, dass bis zu 70 % der Ausgabenzuwächse durch medizinisch-technischen Fortschritt ausgelöst werden.

Die globale Kommunikation und Mobilität macht medizinische Innovationen in einem rasanten Tempo weltweit bekannt und letztlich auch verfügbar. Auf absehbare Zeit ist keine Verlangsamung oder gar Stagnation zu erwarten. Als Reaktion darauf wird in nahezu allen Ländern eine Fortschrittsbewertung institutionalisiert, deren Aufgabe es ist, Innovationen daraufhin zu prüfen, ob sie zu einer verbesserten Patientenversorgung beitragen. Dabei stehen die nationalen Institutionen nicht autonom nebeneinander, sondern sind auf eine enge Zusammenarbeit angewiesen. Denn auf der anderen Seite agieren Patienten immer häufiger grenzüberschreitend und nutzen unterschiedliche Zugangsbedingungen zu ihren Gunsten aus. Insbesondere sind es Privatpatienten, die über die erforderliche Finanzkraft und das Wissen verfügen, um länderspezifische Restriktionen zu umgehen.

Andererseits sind medizinisch-technische Innovationen auch Triebkraft einer Gesundheitswirtschaft, die dynamisch wächst und 10 % und mehr Arbeitsplätze in einer Volkswirtschaft begründet. Eine Wirtschafts- und Gesundheitspolitik muss daher versuchen, ein Gleichgewicht zwischen Ausgabendämpfung und Wirtschaftsstärkung zu finden. Bis 2030 werden in diese Entwicklung auch die Nachbarstaaten von Deutschland verstärkt einbezogen. Vor allem die kleineren Nachbarn können sinnvollerweise nicht alle Entwicklungsschwerpunkte besetzen. Gleichzeitig gelingt es damit, den Innovationsstand in Europa anzugleichen und so politisch ungewollte Patientenwanderungen einzudämmen, da diese die nicht harmonisierten Finanzierungssysteme unterwandern.

Der medizinisch-technische Fortschritt wirkt aber auch in Richtung auf schonendere Eingriffe. So werden Diagnose- und Behandlungsmethoden durch minimalinvasive Eingriffe oder durch Bestrahlung schonender. Eine Folge davon ist, dass die Verweildauer weiterhin gesenkt werden kann und immer mehr Eingriffe in einer Tagesklinik durchgeführt werden können. Im Jahr 2050 könnte sich ein stationärer Akutaufenthalt so nur noch für medizinisch-pflegerische Intensivpatienten als notwendig erweisen. Die übrigen Patienten werden in Patientenhotels untergebracht. Diese übernehmen die Funktion der heutigen Normalstationen. Auch wenn eine so weitgehende Ambulantisierung heute noch visionär erscheint, verläuft der Trend in diese Richtung. Fachgebiete wie die Ophthalmologie haben diesen Zustand in einigen Ländern schon heute erreicht (vgl. Geissler et al. 2015).

### 11.3.3 Digitalisierung

Eine disruptive Innovation dürfte die Digitalisierung von Informationen darstellen (vgl. Gmeiner 2016). Die Digitalisierung macht Informationen überall und sehr schnell verfügbar. Da eine Krankenhausbehandlung in großem Umfang Informationen benötigt und erzeugt, wird mit deren Digitalisierung eine Tür zu neuen Entwicklungen aufgestoßen.

Zum einen werden die Behandlungsprozesse im Krankenhaus zielgerichteter und damit effizienter ablaufen. Jeder Behandelnde kann, sobald er einem Patienten gegenüber tritt, die Informationen abrufen, die über den Patienten bereits vorliegen.

Auch Informationen über frühere Krankenhausaufenthalte sind in kürzester Zeit verfügbar. In Deutschland ist mit der elektronischen Patientenakte ein erster wichtiger Schritt in diese Richtung getan.

Neben den internen Prozessabläufen wird die Digitalisierung auch die sektorenübergreifende Patientenbetreuung revolutionieren. Eine sektorenübergreifende elektronische Patientenakte, die zweckmäßigerweise vom Krankenhaus geführt wird, aber für alle Behandelnden verfügbar ist, kann in Zukunft alle unnötigen Doppelungen in der Diagnose und Therapie vermeiden helfen.

In einem dritten Bereich wird die Digitalisierung ebenfalls zu tiefgreifenden Veränderungen führen: im Verhältnis des Krankenhauses zu seinen potenziellen und aktuellen Patienten. Die Telemedizin reduziert die Notwendigkeit, dass Patient und Therapeut persönlich zusammentreffen. Dadurch kann das Krankenhaus eine Reihe von prä-akuten und post-akuten Untersuchungen telematisch durchführen. Die stationäre und fachärztlich-ambulante Versorgung rücken näher zusammen.

Die Digitalisierung ändert aber auch über die sozialen Medien das herkömmliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Die sozialen Medien bieten den potenziellen Patienten Transparenz über die Behandlungsmöglichkeiten einer selbstdiagnostizierten Erkrankung. Patienten treten dann ihren Therapeuten als wissende Laien gegenüber. Insgesamt kann heute das Ausmaß an Veränderungen, das die Digitalisierung in der Krankenhausversorgung bis 2030 anstoßen wird, nur schwer abgeschätzt werden. In jedem Falle aber werden viele Abläufe und Regeln sich ändern. Insbesondere die Rolle der Patienten und Versicherten dürfte gestärkt, aber auch deren Mitverantwortung stärker gefordert werden.

## 11.4 Nationale systemische Treiberfaktoren und ihre Effekte bis 2030

Die in diesem Abschnitt analysierten Faktoren sind für Deutschland spezifisch und stehen häufig im Konflikt mit den in Abschnitt 11.3 vorgestellten globalen Trends. Auch hier wollen wir die einzelnen Faktoren zunächst isoliert beschreiben und bewerten.

### 11.4.1 Die Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung in Deutschland verfolgt in erster Linie das Ziel, eine flächendeckende Versorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten (vgl. Augurzky et al. 2012). Es ist jedoch nicht klar definiert, was eine flächendeckende Versorgung ist. Zwar ist man sich einig, dass die Erreichbarkeit der Krankenhäuser für die Bevölkerung zumutbar sein soll, allerdings gibt es dafür keinen allgemein anerkannten operativen Begriff. Und da die Krankenhausplanung in der Verantwortung der einzelnen Bundesländer liegt, hat jedes Bundesland eine spezifische Umsetzung.

Die Versorgung selbst wird noch immer nach der Bettenzahl pro 1 000 Einwohner geplant. Dabei werden in der Regel weder die Bettenzahl noch die Einwohner differenziert betrachtet. Neben der Bettendichte werden auch die Krankenhausstandorte vorgegeben.

Es wird also eine Rahmenplanung vorgenommen, die auf Details verzichtet. Diese Begrenzung der Planung geht auf die Einsicht zurück, dass Planung in einem dynamischen Umfeld nur eine Rahmenplanung sein kann. Die Planungsbehörden der Länder können aber kaum Krankenhäuser aus dem Plan nehmen und noch weniger Krankenhäuser schließen (vgl. Preusker 2014). Letzteres bleibt den Krankenhaussträgern vorbehalten. Und da häufig Krankenhaussträger kommunale Gebietskörperschaften sind, an deren Spitze in der Regel gewählte Vertreter stehen, verzögert sich der planerische Anpassungsprozess in Abhängigkeit der jeweiligen Wahlperioden.

Zusammengefasst erwarten wir, dass der zögerliche Abbau der Bettenkapazitäten bis 2030 anhält, ebenso wie die Reduktion der Krankenhausstandorte (vgl. Tabelle 11–2). Wir schätzen, dass bis 2030 die Zahl der Plankrankenhäuser ebenso wie die Planbetten ähnlich sinken wird wie in den 14 Jahren von 2000 bis 2014. (vgl. Leber 2015). Ein Bettenabbau wird durch eine Verweildauerverkürzung, geringere Krankenhaushäufigkeit und einen höheren Bettennutzungsgrad möglich. Doch wollte Deutschland bis 2030 eine Bettendichte erreichen, wie sie 2014 im OECD-Durchschnitt gegeben war, müsste eine Zielgröße von 210 000 Betten erreicht werden (vgl. Leber 2015) – ein bis 2030 zwar technisch mögliches, aber faktisch unerreichbares Ziel. Hierzu müsste vor allem die Krankenhaushäufigkeit abgebaut werden.

Tabelle 11–2

**Linear fortgeschriebene Strukturdaten der Krankenhauslandschaft 2030**

	2000	2014	Veränderung 2000 zu 2014 in %	Absolute Veränderung 2000 zu 2014	Struktur 2030	
					Hochrechnung	Bewertung
Krankenhäuser insgesamt	2 242	1 980	–0,12	–262	1 718	1 500
Anzahl Krankenhausbetten insgesamt	547 316	500 680	–0,09	–46 636	454 044	400 128
Allgemeine Krankenhäuser	2 003	1 646	–0,18	–357	1 289	1 200
Hochschulkliniken	35	35	0,00	0	35	30
Plankrankenhäuser	1 744	1 371	–0,21	–343	998	1 000
Anzahl Planbetten insgesamt	466 997	401 578	–0,14	–65 419	336 159	340 000
Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag	108	67	–0,38	–41	26	26
Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag	116	173	0,49	57	230	250
öffentlich	744	494	–0,34	–250	244	280
freigemeinnützig	813	581	–0,29	–232	349	310
privat	446	571	0,28	125	696	650
GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung in Mrd. Euro	44,50	67,86	0,52	23,36	91,22	100

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2016, eigene Darstellung, Schätzungen und Berechnungen

### 11.4.2 Rationalisierungsdruck und Qualitätswettbewerb

Bei gegebenen Festpreisen und mangelnder Investitionsförderung sehen sich die Krankenhäuser gezwungen, durch interne Rationalisierung Überschüsse zu erzielen, die ihnen finanzielle Spielräume eröffnen. Tatsächlich bevorzugen die Krankenhäuser eine Art indirekte Rationalisierung, indem sie bei gleichem Personalstand mehr Patienten behandeln. Es kommt zu einem Wettbewerb um mehr Fälle, um so die Durchschnittskosten abzusenken und bei gleichbleibender Vergütung einen Überschuss zu erzielen (vgl. Neubauer 2016).

Dieser Wettbewerb um mehr Fälle ist eine der Hauptursachen für die im internationalen Vergleich hohe Krankenhaushäufigkeit in Deutschland. Oft sind dies Fälle, die keinen Krankenhausaufenthalt benötigen oder auch tagesklinisch behandelt werden könnten. Dies legt zumindest ein Vergleich mit anderen Ländern nahe (vgl. Geissler et al. 2015, S. 34 f.).

Die beschriebenen wirtschaftlichen Anreize für die Geschäftsführung der Krankenhäuser bleiben genauso lange bestehen, wie das System aus festen Preisen und mangelnder Investitionsfinanzierung Bestand hat. Und für beide Bereiche der deutschen Krankenhausfinanzierung ist keine Änderung in Sicht. Deshalb gehen wir davon aus, dass auch im Jahre 2030 gemessen am internationalen Standard noch eine massive Bettenüberkapazität bestehen wird (vgl. Tabelle 11–2).

Die für die Jahre nach 2016 und später propagierte Qualitätsoffensive dürfte wenig an der Behandlungsstrategie der Krankenhäuser ändern (vgl. Leber 2015). Zwar soll die Qualität vor allem an den Ergebnissen der stationären Behandlung festgemacht werden und darüber hinaus soll es Zu- und Abschläge für gute bzw. schlechte Behandlungsergebnisse geben, doch ist es bis zu einer Umsetzung noch ein weiter Weg. Ob dadurch eine Selektion der Krankenhäuser und damit ein Abbau von Überkapazitäten erreicht wird, kann nur als vage Hoffnung für 2030 gesehen werden. Dies trifft auch für die Mindestmengenregelung zu.

Es sind also nicht in erster Linie die DRGs, die das Mengenwachstum antreiben, sondern die fixierten Einheitspreise. Zwar unterstützen die DRGs ein fallbezogenes Management, doch ohne die Festpreise wäre das generelle Fallwachstum, so wie wir es in deutschen Krankenhäusern beobachten, nicht möglich.

### 11.4.3 Versorgungsnetze durch Wettbewerbsdruck

Bis 2030 erwarten wir, dass Krankenhausunternehmen ebenso wie Krankenhausverbände mit einzelnen großen Krankenkassen vermehrt ergänzende selektive Verträge abschließen werden (vgl. Göbel und Wolf 2012). Diese Verträge zielen darauf ab, dass die Krankenkassen den Vertragskrankenhäusern Patienten zuschleusen. Dies kann auch dadurch geschehen, dass Krankenkassen selektiv mit Berufsverbänden niedergelassener Ärzte oder mit Ärztenetzen entsprechende Zuweisungsverträge abschließen. Gegenstand von Selektivverträgen sind Vergütungsregelungen, Qualitätssicherung und Mengenvereinbarungen. Wobei sich die Krankenkassen immer dann, wenn sie Patienten in die Krankenhäuser lenken, von diesen Preiszuständen oder Qualitätsverbesserungen erwarten. Eine höhere Behandlungsqualität dürfte mittelfristig ebenfalls Einsparungen erwarten lassen. Wir erwarten einen Vertragswettbewerb um Patienten, der den Qualitätswettbewerb ergänzt.

Kollektivverträgen bleibt die Aufgabe, „staatliches Wollen“ umzusetzen, während Selektivverträge sich im Wettbewerb entwickeln und Ausschlusscharakter haben.

Sowohl Krankenkassen wie auch Krankenhäuser streben Versorgung über Netze an, um dadurch die Versorgung der Versicherten und Patienten effizient und effektiv zu gewährleisten. Wer letztlich die Federführung übernimmt, ist offen. In ländlichen Regionen dürften die Krankenhäuser die Führungsrolle übernehmen, da sie häufig eine Quasi-Monopolstellung haben. Eine gewisse Konkurrenz für die Krankenhäuser stellen Netze niedergelassener Ärzte dar, doch auch diese sind schwerer zu organisieren als ein Krankenhaus. Ärztenetzen gelingt es zudem selten, einen hohen Organisationsgrad zu erreichen. Einem Krankenhaus wiederum fällt es leicht, sich den Patienten als eine organisatorische Einheit mit hoher medizinisch-pflegerischer Kompetenz zu präsentieren.

Zusammengefasst gehen wir davon aus, dass bis 2030 Selektivverträge im Krankenhausbereich eine deutlich größere Rolle spielen werden als heute. Ziel der Selektivverträge wird sein, Versorgungsnetze zu organisieren, um durch eine integrierte Versorgung Wirtschaftlichkeitsvorteile, aber auch eine höhere Versorgungsqualität zu erreichen. In ländlichen Gegenden werden diese Versorgungsnetze von den Krankenhäusern geführt, die ihrerseits mit den niedergelassenen Ärzten Kooperationsvereinbarungen treffen. Die Krankenkassen werden mit dem Krankenhaus als Netzfürher konkurrierende Verträge abschließen. Starke Krankenkassen erreichen schneller günstige Verträge als weniger wichtige Krankenkassen. Kollektivverträge stellen sicher, dass alle Bewohner einer Region Zugang zu einer qualifizierten Versorgung haben. Ein Effekt wird sein, dass der Fusionsdruck bei den Krankenkassen, insbesondere bei den kleinen Kassen, zunehmen wird.

#### 11.4.4 Trägerpluralität bis 2030: wer kommt, wer geht?

Die Trägerpluralität der deutschen Krankenhausversorgung ist ein typisches Merkmal, das auch für die Krankenhauslandschaft im Jahre 2030 prägend sein wird. Die Versorgungsanteile der einzelnen Gruppen werden sich weiter in Richtung Private verschieben. Insbesondere kommunale Häuser dürften weiter privatisiert werden, wenn auch das Tempo der letzten 20 Jahre sich nicht wiederholen lässt. Hinzu kommt, dass kleine kommunale Standorte zusammengelegt und quasi indirekt geschlossen werden (vgl. Tabelle 11–2).

Die freigemeinnützigen Häuser werden vor allem von einem Konzentrationsprozess geprägt sein. Noch mehr als heute dürften sich interkonfessionelle Krankenhausverbände und auch Konzerne entwickeln. Kleine ländliche Kliniken stehen auch hier vor der Schließung, wenn sie keinen Anschluss an einen Verbund finden (vgl. Augurzky et al. 2012) oder in einem Campus-Konzept aufgehen. In den Ballungsräumen können kleine Kliniken dagegen als Fachkrankenhäuser ökonomisch überleben.

Im Bereich der privaten Krankenhausträger werden sowohl das Wachstum als auch der Konzentrationsprozess der letzten Jahre anhalten. Gleichzeitig dürften Investmentgesellschaften ebenso wie internationale Krankenhauskonzerne mitmischen. Aber auch inländische Krankenhauskonzerne werden sich in Richtung Europa internationalisieren. Dass auch der Sprung nach Nordamerika gewagt wird, ist

eher unwahrscheinlich. Wahrscheinlicher ist, dass sich nordamerikanische Krankenhausunternehmen und auch Investmentgesellschaften in Europa und insbesondere in Deutschland engagieren.

Schon weiter oben haben wir darauf hingewiesen, dass durch den Konzentrationsprozess die Zahl der ökonomisch selbständigen Krankenhausunternehmen im Bereich der Plankrankenhäuser sich bis 2030 auf 250 Unternehmen zubewegen wird und sich damit mehr als halbiert. Die Zahl der Plankrankenhäuser bzw. Standorte wird auf ca. 1 000 zurückgehen. Ein durchschnittliches Krankenhausunternehmen hat dann vier Krankenhausbetriebe und ähnlich viele Standorte. Allerdings können zusätzlich noch Privatkliniken betrieben werden, deren Markt wächst.

Eine besondere Rolle spielen die Universitätsklinika. Auch bei ihnen wird es zu Fusionen kommen, die sich aber weniger in einer Standortzusammenlegung niederschlagen als vielmehr in einer Schwerpunktbildung im Rahmen eines gemeinsamen Leistungsprogramms. Insbesondere in kleinen Bundesländern, aber auch in einigen Großstädten stehen ca. fünf derartige Zusammenschlüsse an.

#### 11.4.5 Anhaltende Investitionsschwäche

Wie schon beschrieben leidet das deutsche Krankenhausfinanzierungs-System unter einer systembedingten Investitionsschwäche. Wir erwarten im nächsten Jahrzehnt eine intensive Suche nach Lösungen hierfür. Eine Alternative ist es, aus zweckgebundenen Steuermitteln des Bundes an die Länder die Investitionen zu fördern oder – und das wäre die bessere Lösung – die Krankenkassen finanzieren über die Entgelte die Investitionen. Eine solche monistische Vergütung ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht auch das mit Abstand effizienteste System. Freilich wird damit der politische Einfluss auf die Krankenhausversorgung reduziert.

Eine Konsequenz der politischen Verknappung von Investitionsmitteln ist auch, dass die Krankenhäuser mehr Arbeitskräfte einsetzen, als dies bei den gegebenen Faktorkosten wirtschaftlich geboten ist. Es kommt zu der Situation, dass Krankenhäuser zwar im gegebenen Finanzierungssystem effizient wirtschaften, volkswirtschaftlich aber zu viel Arbeitsleistungen und zu wenig Kapital einsetzen. Dies trifft auch die Zuliefererindustrien, da die Krankenhäuser nicht in der Lage sind, sich fortlaufend modern auszustatten. Die Industrie versucht zwar durch verschiedene Finanzierungsmodelle den Krankenhäusern zu helfen, dies kann aber keine generelle Lösung sein.

Zusammengefasst kommen wir zu dem Schluss, dass sich die Investitionsfinanzierung schrittweise bis zum Jahre 2030 verändern wird. Der Strukturfonds, so wie er im KHSG vorgesehen ist, zeigt hier die Richtung auf.

### 11.5 Die Krankenhauslandschaft 2030 – ein multifaktorielles Ergebnis

In diesem Abschnitt wollen wir die Einzelergebnisse aus den Abschnitten 11.3 und 11.4 zu einem Gesamtbild zusammenfügen. Dabei gilt es, beschleunigende und hemmende Faktoren gegeneinander abzuwägen. An den Anfang stellen wir eine

Fortschreibung wichtiger Kenngrößen bis 2030. Die Ergebnisse haben wir in der letzten Spalte der Tabelle 11–2 gemäß unseren Überlegungen korrigiert. In einem zweiten Schritt verzichten wir auf eine Quantifizierung und begrenzen uns auf eine Art semi-kardinale Synthese. In der Tabelle 11–3 fassen wir unsere Ergebnisse zusammen.

### 11.5.1 Ergebnisse einer Fortschreibung bis 2030

Unsere Fortschreibung basiert auf den Zahlen von 2000 bis 2014. Die durchschnittliche Veränderungsrate in diesem Zeitraum schreiben wir für die Entwicklung bis zum Jahr 2030 fort. Eine solche lineare Fortschreibung zeigt vereinfacht, welche Entwicklung zu erwarten ist, falls sich an den Einflussfaktoren wenig oder nichts ändert. Anschließend bewerten und korrigieren wir die Ergebnisse der Fortschreibung, soweit dies unseren Überlegungen in den Abschnitten 11.3 und 11.4 entspricht.

Im Wesentlichen haben wir Strukturdaten für die Krankenhäuser zusammengestellt, die freilich noch weiter gefasst werden könnten. Den Anfang machen die Krankenhäuser und die dort aufgestellten Betten. Es folgt eine spezifische Betrachtung von Untergruppen, wie z. B. die Plankrankenhäuser, Universitätsklinika und Krankenhäuser mit und ohne Versorgungsvertrag. Schließlich stellen wir auch die Pluralität der Krankenhausträger und ihre Entwicklung vor.

Unsere Bewertung, die in der letzten Spalte der Tabelle 11–2 abgebildet ist, geht grundsätzlich davon aus, dass sich die Entwicklung beschleunigen wird in dem Sinne, dass die Überkapazitäten sowohl bei Betten als auch bei Krankenhausstandorten schneller abgebaut werden, als es der Trend erwarten lässt. Dass wir dann immer noch nicht den Durchschnitt der OECD-Staaten erreicht haben werden, wurde schon weiter oben angesprochen.

Was auffällt, sind zwei Entwicklungen: zum einen nimmt die Zahl der Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag bis 2030 weiter zu – im Gegensatz zum Trend der Plankrankenhäuser. Zum anderen gehen wir davon aus, dass sich die Privatisierung bis 2030 verlangsamen wird. Dies begründen wir damit, dass sich die Plankrankenhäuser zu größeren Unternehmen zusammenschließen und damit weniger anfällig für Privatisierungen sind. Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag wachsen in Lücken, welche die Krankenhausplanung lässt. Dies dürften in erster Linie innovative, hochspezialisierte Kliniken sein wie z. B. Protonenbestrahlungs-Zentren.

Dass sich keine größeren Veränderungen abzeichnen, wie wir sie von der Digitalisierung erwarten (vgl. Punkt 11.3.3), liegt an dem Schutz der Krankenhausplanung gegen Außenseiter und an der mangelnden Investitionskraft der Krankenhäuser.

Die Fortschreibung der GKV-Ausgaben für die Krankenhausversorgung ergibt einen Wert von 90 Milliarden Euro, den wir auf hundert Milliarden Euro erhöhen, da allein die Folgewirkungen des KHSG diese Differenz ausmachen dürften.



Tabelle 11-3

**Qualitative Abschätzung der Krankenhauslandschaft 2030**

		Abhängige Größen										
		Krankenhaushäufigkeit		Krankenhausbetten		Flächendeckende Versorgung	Fallkosten		Marktstruktur		Ausgaben	
		pro 100 Einwohner	stationär	pro 1 000 Einwohner	absolut	Krankenhausstandorte	Personal-kosten	Kapitel-kosten	Unter-nehmen	Betriebe		
<b>Global</b>												
Einflussgrößen	Demografie	+	+	+	-	+	+	+	0	0	+	
	Medizinisch-technischer Fortschritt	--	-	-	-	--	+	++	-	--	+	
	Digitalisierung	--	-	-	-	-	-	+	-	--	-	
	<b>National</b>											
	Krankenhausplanung	0	+	-	-	-	+	-	+	--	++	
	Rationalisierungsdruck/ Qualitätswettbewerb	+	++	+	+	-	-	+	--	-	0	
Trägerpluralität	0	0	0	0	-	0	0	-	-	-		
Investitionsschwäche	+	+	+	+	-	+	-	++	-	+		
Prognosewerte 2030		22*	18 Mio.	5	400 000	-400	55 %	45 %	250	1 000	100 Mrd. €	

Quelle: Institut für Gesundheitsökonomik 2016, eigene Darstellung

Legende: „0“ keine Wirkstärke; „- / +“ wenig Wirkstärke; „-- / + +“ mittlere Wirkstärke; „--- / + + +“ starke Wirkstärke

\* Bei der Berechnung gehen wir von 80 Mio. Einwohnern in Deutschland aus

## 11.5.2 Qualitative Beschreibung der Krankenhauslandschaft 2030

In der Tabelle 11–3 haben wir unsere qualitativen Überlegungen aus den Abschnitten 11.3 und 11.4 zusammengestellt. Für die dort vorgestellten Einflussfaktoren fragen wir nach ihren Effekten auf ausgewählte Struktur- und Prozessgrößen der Krankenhauslandschaft 2030.

Auffällige Veränderungen erwarten wir im Leistungsspektrum der Krankenhäuser. Die tagesklinischen Behandlungen werden – auch getrieben durch die Digitalisierung – rasch zunehmen. Gleichzeitig sinkt die Krankenhaushäufigkeit. Die Patientenzahlen der Krankenhäuser steigen weiter an, angetrieben von den tagesklinischen Behandlungen, die stationären Behandlungen dagegen stagnieren.

Wir schätzen, dass die Krankenhaushäufigkeit sich auf 20 Patienten pro 100 Einwohner verringert; damit wird sie freilich immer noch deutlich über dem OECD-Durchschnitt von 2014 liegen.

Die Behandlungsprozesse werden auch im Jahr 2030 noch arbeitsintensiver ablaufen, als dies technisch möglich wäre. Im Ergebnis werden die Arbeitskosten überdurchschnittlich hoch sein und damit die Krankenkassen belasten, weil die Rationalisierungsinvestitionen nicht in dem Umfang vorgenommen werden, wie dies ökonomisch und technisch geboten wäre.

Die Marktstruktur ändert sich dahingehend, dass immer weniger große Konzerne die Versorgung übernehmen. Hinzu kommt, dass auch ausländische Investoren und Konzerne in den Markt eintreten. Dies kann zu Konflikten zwischen internationalem Wirtschaftsrecht und dem Deutschen Krankenhausrecht kommen. Für die Krankenhausplanung erwächst daraus das Risiko, dass große Konzerne sich mehr nach ihrer Marktstrategie als nach der Planungsbehörde ausrichten.

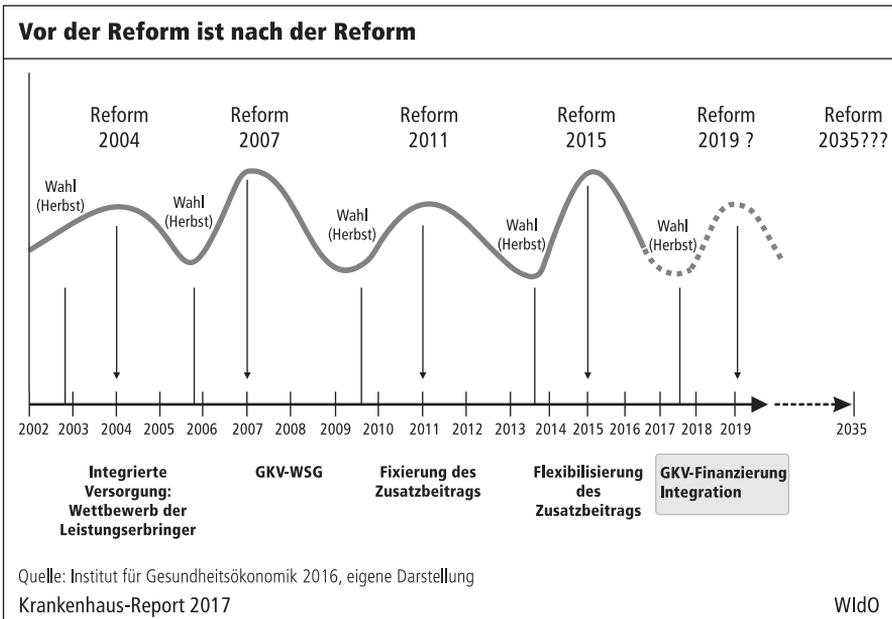
Zusammenfassend gilt, dass die Entwicklung bis 2030 schon heute erkennbar ist, wie es in den Tabellen 11–2 und 11–3 dargestellt wird. Es wird keine Revolution geben, obwohl durch die Digitalisierung und die sozialen Medien ein gewisses Potenzial dazu gegeben ist.

## 11.6 Gesundheitsreformen gefangen in der demokratisch-demografischen Falle

Die Erfahrungen der letzten 30 Jahre haben gezeigt, dass Gesundheitsreformen jeweils im übernächsten Jahr nach dem jeweiligen Wahljahr gestartet werden. Auch die letzten Reformen vom Jahr 2015 folgen dieser Regel. Dem Wahljahr 2013 folgte im Jahr 2014 eine ausgiebige Diskussion, die insbesondere die Einigung der Koalitionspartner sowie die Einigung mit dem Bundesrat zum Gegenstand hatten. Die Gesetze konnten dann schließlich im Jahr 2015 in großen Teilen starten. Da aber für den Krankenhausbereich die Probleme nicht grundsätzlich gelöst sind, ist zu erwarten, dass die nächsten Gesundheitsreformen ähnlich periodisch wie die jeweiligen Bundestagswahlen 2018/19 folgen werden (vgl. Abbildung 11–1).

Die Wählerverteilung und die Tatsache, dass Gesundheitsreformen – insbesondere Krankenhausreformen – von der älteren Generation als „Risiko“ empfunden werden, führen dazu, dass mutige Gesundheitsreformen von einer demokratisch-

Abbildung 11–1



demografischen Falle verschluckt werden. Da die Wähler ab 60 Jahren die größte geschlossene Wählergruppe, und die Wähler ab 45 sogar die absolute Mehrheit stellen, wagt keine Partei im Gesundheitsbereich mutige Reformen, wie z. B. eine Standortbereinigung bei Krankenhäusern. Flexible Entgelte und Festbeträge für Krankenhausbehandlungen sind Tabuthemen bzw. werden nur indirekt und zögerlich wie z. B. mit einer Qualitätsoffensive angegangen. Will man diesem Prozess entgegenwirken, so ist in erster Linie dafür Sorge zu tragen, dass jüngeren Wählern, die an einschneidenden Reformen ein elementares Interesse haben müssten, mehr Stimmen zugeordnet werden.

Geht man davon aus, dass sich eine Stimmengewichtung nach der Lebenserwartung demokratisch nicht umsetzen lässt, so ist über einen Alternativansatz nachzudenken (vgl. Neubauer 2004). Eine praktikable Lösung hierzu kann sein, dass den Eltern die Stimmen der Kinder, die noch nicht das Wahlalter erreicht haben, übertragen werden. Auf diese Art und Weise würde zumindest für die nächsten zehn Jahre die Stimmenmehrheit bei den jüngeren Wählern liegen und damit würden die Chancen für nachhaltige Reformen deutlich verbessert werden.

Aber auch eine Bündelung der Wahltermine während der Legislaturperiode würde Erleichterung verschaffen. Schließlich sind es auch die vielen Wahltermine während einer Legislaturperiode, die den Reformmut deutlich herunterregeln. Schließlich liegt es an der Politik, älteren Wählern klar zu machen, dass eine Begrenzung ihrer Ansprüche letztlich auch ihnen dient, da nur so die erwerbsfähige Generation leistungswillig erhalten werden kann.

Eine noch weitergehende, aber kaum umsetzbare Lösung wäre, den Wählern unterschiedliche Stimmengewichte entsprechend dem Lebensalter zuzuordnen. Die

Stimmen junger Wähler würden ein höheres „Relativgewicht“ erhalten als die Stimmen der älteren Wähler, wobei als Basisjahr die durchschnittliche Lebenserwartung genommen werden könnte (vgl. Neubauer 2013, S. 34ff).

Zusammengefasst können wir festhalten, dass die deutsche Krankenhausversorgung zwar den globalen Trends folgt, Veränderungen – bedingt durch die demografisch-demokratische Reformfalle – jedoch nur langsam geschehen. Diese Verzögerung kostet Ressourcen, die sich Deutschland aber aufgrund seiner starken Wirtschaft auf absehbare Zeit (noch) leisten kann.

## Literatur

- Andersen A. Krankenhaus 2015 – Der Weg in die Zukunft. Eschborn/Ffm 2000.
- Augurzky B, Beivers A, Schmitz H. Regionale Unterschiede in der stationären Versorgung: Das ländliche Krankenhaus im Fokus. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2012 – Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer 2012.
- Bertelsmann-Stiftung. Deutschland wird immer älter – Bevölkerungsprognose 2025 – Daten und Fakten für rund 3.000 Kommunen, Gütersloh: Pressemitteilung vom 08.12.2008. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/pid/deutschland-wird-immer-aelter/> (01 August 2016).
- Ernst & Young AG (Böhlke R, Söhnle N, Viering S). Gesundheitsversorgung 2020 – Konzentriert. Marktorientiert. Saniert. Ernst & Young AG 2005.
- Geissler A, Quentin W, Busse R. Ambulante Leistungen von Krankenhäusern im europäischen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016 – Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer 2016.
- Gmeiner A. Gesundheitsökonomische Konsequenzen der Digitalisierung bei Gesundheitsdienstleistungen für Qualität und Effizienz der Patientenversorgung. Schriftenreihe Gesundheitsmanagement und Medizinökonomie, Band 45. Hamburg: Verlag Dr. Kovac 2016.
- Göbel T, Wolff J: Direktverträge für stationäre Leistungen – Chance für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhausesektor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2012 – Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer 2012.
- Heide H. Krankenhausversorgung 2025 – Einschätzung aus planerischer Sicht. Vortrag beim 25. Neubiberger Krankenhausforum am 08. Juli 2016. <http://www.neubiberger-Krankenhausforum.de> (01 August 2016).
- Henke KD, Reimers L. Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben. In: Ulrich V, Ried W (Hrsg). Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen – Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung. Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Baden-Baden: Nomos 2007.
- Leber WD. Status quo und Entwicklungsszenarien der Krankenhausplanung – der Krankenhaus-Versorgungs-Simulator. In: Rebscher H, Kaufmann S (Hrsg). Infrastrukturmanagement in Gesundheitssystemen. Heidelberg: medhochzwei 2015: 199–220.
- Neubauer G. Fälle, Fälle, Fälle. KU-Gesundheitsmanagement Januar 2016.
- Neubauer G. Neue Ansätze zur Versorgungsplanung im stationären Bereich. In: Rebscher H, Kaufmann S (Hrsg). Infrastrukturmanagement in Gesundheitssystemen. Heidelberg: medhochzwei 2015: 239–54.
- Neubauer G. Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement – Klinik und Praxis – Wirtschaft und Politik 2014; 19 (1): 26–35.
- Neubauer G. Der demografische Wandel: Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung, die Arbeitswelt und die Gesellschaft. In: Burger S. Alter und Multimorbidität – Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung und die Arbeitswelt, Heidelberg: medhochzwei 2013.

- Neubauer G. Demographische Entwicklung verändert die Gesundheitspolitik und Pflegeberufe. *Die Gesundheitswirtschaft* 2010; 5: 44–6.
- Neubauer G, Pfister F. Preisbildung bei ambulant und stationäre erbrachten Gesundheitsleistungen. In: Henke KD (Hrsg). *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik – Themenheft Gesundheitsökonomie* 2007; 227 (5/6): 621–35.
- Neubauer G. Demokratisch demographische Falle – Reformen des Gesundheitssystems müssen auch gegen die ältere Generation durchgesetzt werden. *Gesellschaftspolitische Kommentare* 2004; 45 (11): 3–10.
- Neubauer G. Private im Vormarsch! Umstrukturierung des deutschen Krankenhausmarktes. *Krankenhaus Umschau* 1999; 68 (3): 175–9.
- Preusker U, Müschenich M, Preusker S. Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003–2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Mai 2014.
- PricewaterhouseCoopers. Health Research Institute: HealthCast 2020 – Gesundheit zukunftsfähig gestalten. 2006.
- Reifferscheid A, Thomas D, Pomorin N, Wasem J. Strukturwandel in der stationären Versorgung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2015 – Schwerpunkt: Strukturwandel*. Stuttgart: Schattauer 2015.
- Rhön-Klinikum Aktiengesellschaft. Campus-Konzept. <http://rhoen-klinikum-ag.com/konzern/strategie/campus-konzept.html> (18 August 2016).
- Spangenberg M. Erreichbarkeit von Krankenhäusern. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2012 – Schwerpunkt: Regionalität*. Stuttgart: Schattauer 2012.
- Wasem J, Geraedts M. Qualität durch Wettbewerb. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2011 – Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb*. Stuttgart: Schattauer 2011.