



Markt/ Konkurrenz/ Zentralisierung versus alternative Strukturen und Bedarfsplanung

- Achim Teusch, Dietmar Lange, Göttingen, 10. Oktober 2025

Kritik jetziger Strukturen

Ambulante Versorgung

Steigende
Anzahl
an MVZ

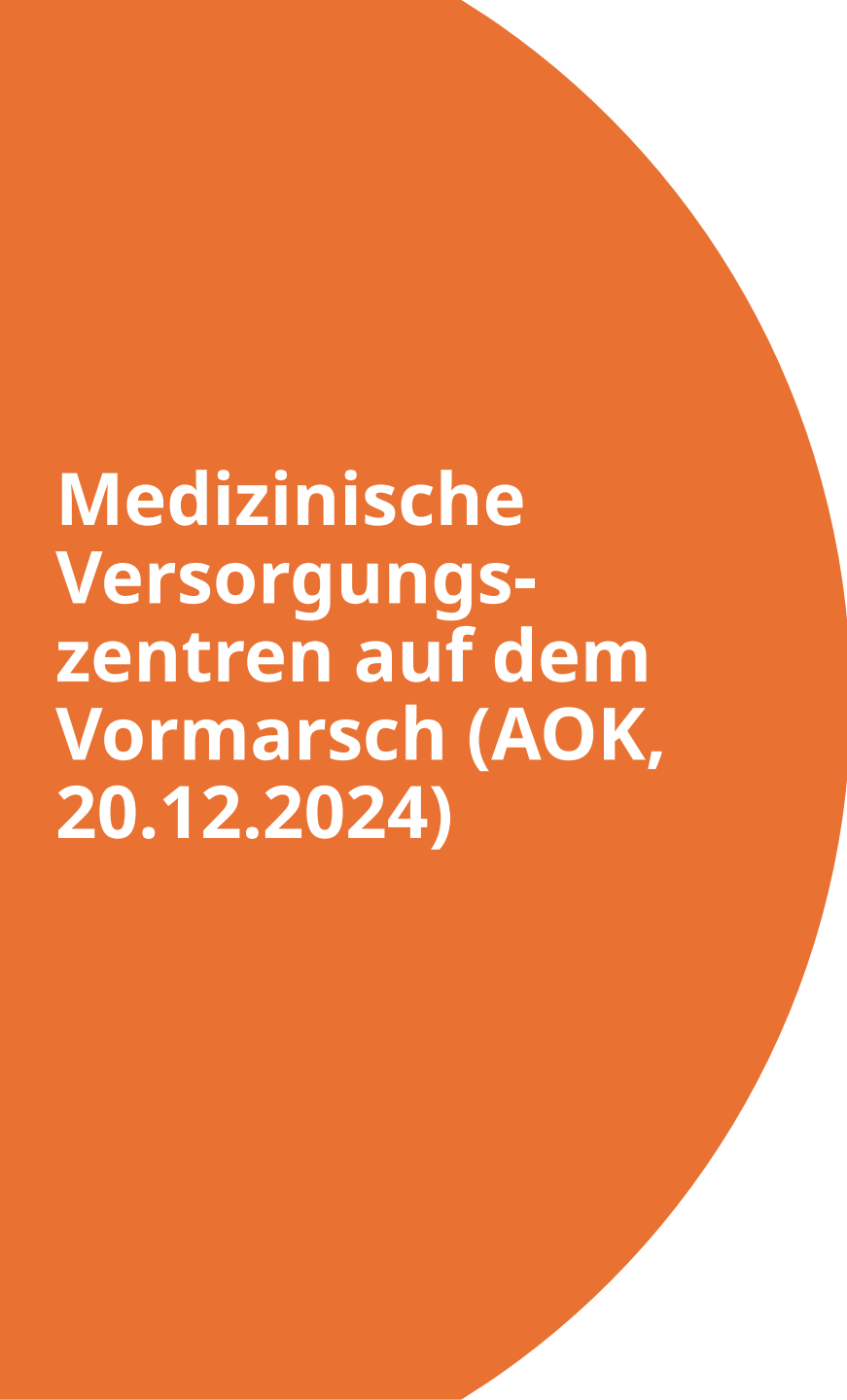
Entwicklung der vertragsärztlichen Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Deutschland von 2014 bis 2023

Prozentuale Entwicklung im Verhältnis zu 2014



Quelle: KIV

© AOK-Bundesverband

A large orange circle is positioned on the left side of the slide, partially cut off by the edge.

Medizinische Versorgungszentren auf dem Vormarsch (AOK, 20.12.2024)

„Anders als bei Einzel- und Gemeinschaftspraxen ist bei MVZ die Inhaberschaft von der ärztlichen Tätigkeit organisatorisch getrennt. Das erleichtert es Investoren, Träger von MVZ zu werden. **Besonders stark wuchsen dabei MVZ-Ketten ...**

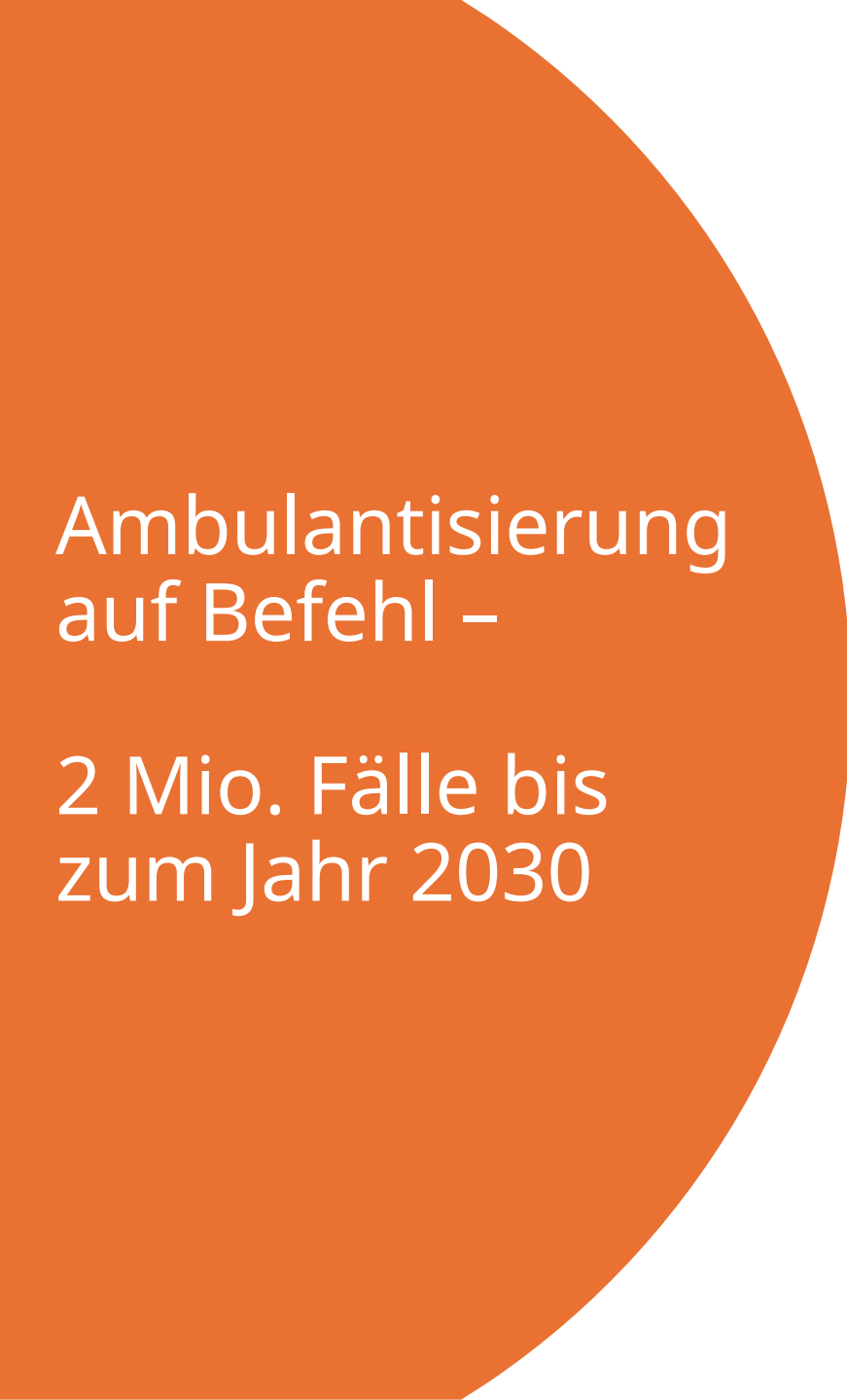
Laut **Schätzungen der Beratungsfirma Deloitte** befanden sich im Jahr 2021 etwa 21 Prozent der damals 4.179 MVZ in Deutschland im Besitz von Private-Equity-Unternehmen.

AOK, 20.12.2024

A series of blue dashed lines are arranged in a curved, upward-pointing shape in the bottom right corner of the slide.

Ambulante Versorgung

- Die ambulante Versorgung ist privatwirtschaftlich organisiert
- Die Zahl der Einzelpraxen geht leicht zurück
- Die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren steigt stark an
- Der Anteil an MVZ im Besitz von Finanzinvestoren wächst ebenfalls
- Von Übernahmen durch Private Equity-Unternehmen sind insbesondere augenärztliche, dermatologische, orthopädische, radiologische und zahnärztliche MVZ betroffen

A large orange circle is positioned on the left side of the slide, partially overlapping the text area.

Ambulantisierung
auf Befehl –

2 Mio. Fälle bis
zum Jahr 2030

Die Auswahl der Leistungen, die „sektorengleich“ vergütet werden, „hat so zu erfolgen, dass ... ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million, ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden.“

§ 115f Abs. 2 SGB 5

A blue dashed line is located in the bottom right corner of the slide, consisting of several short, curved segments.

Ist
„Ambulantisierung“
die Zauberformel fürs
Krankenhauswesen

(Qualitätssteigerung
+ Kostensenkung +
mehr
Entscheidungsfreiheit

für Patient*innen)?

Die organisatorische Voraussetzung für die Ambulantisierung von bis zu 4 Mio. Krankenhausfällen wären bettenführende, 24/7 geöffnete ambulante Einrichtungen (Gesundheitszentren, Ambulanzzentren von Plankrankenhäusern), die ohne Einschränkung ambulant behandeln dürften.

Solche Zentren gibt es bisher nicht. Das ambulante Behandlungsmonopol der KVen gilt mit wenigen Einschränkungen weiterhin.



IGES-AOP- Gutachten: Nachsorge von kritischer Bedeutung

Bei einem Teil der empfohlenen Leistungen ergeben sich erweiterte Möglichkeiten einer ambulanten Durchführung, wenn die Patientensicherheit durch eine zeitlich ausgedehnte und intensivere postoperative Nachbetreuung erhöht werden kann.

Bei einer substanziellen Erweiterung des AOP-Katalogs dürften gegenwärtig die strukturellen bzw. organisatorischen Voraussetzungen fehlen, um eine solche erweiterte Nachsorge regulär zu gewährleisten.

IGES AOP-Gutachten Kurzfassung, S.15



Stationäre Versorgung

Stationäre
Versorgung

–

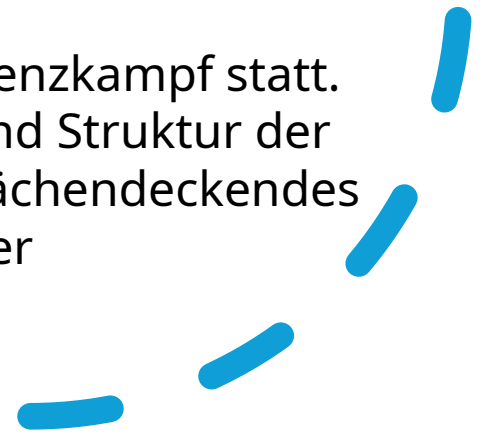
Markt und
Konkurrenz

Die Folge von Markt und Konkurrenz: Flächendeckendes Personalkostendumping

Leitbild ist nicht das kooperierende, sondern das im kapitalistischen Konkurrenzkampf „eigenverantwortlich wirtschaftende“ Krankenhaus (§ 1 Abs. 1 KHG).

Dem entspricht die Simulation eines Marktes durch eine vom Staat gesetzlich vorgeschriebene Zusammenfassung der Krankenhausleistungen in einer überschaubaren Zahl von „Produktgruppen“ (DRGs, Fallgruppen), deren Leistungen mit staatlich genehmigten Flatrates (Fallpauschalen) bezahlt werden.

Im simulierten Markt findet ein realer Konkurrenzkampf statt. Da die Preise feststehen, kann nur um Höhe und Struktur der Kosten konkurriert werden. Das Ergebnis ist flächendeckendes Personalkostendumping mit der Folge schwerer Versorgungsmängel.



Stationäre
Versorgung

–

öffentlich,
freigemein-
nützig,
privat

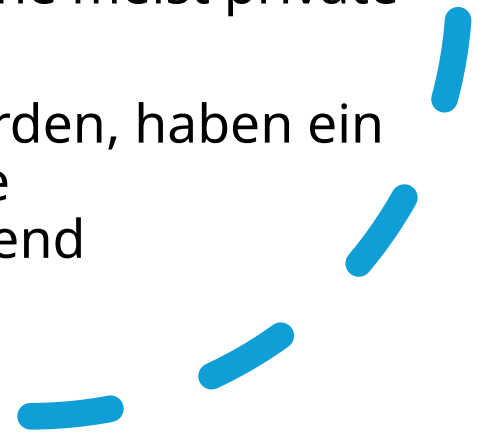
Die Möglichkeit zur Gewinnerzielung schafft privaten Krankenhaussektor

Da im Krankenhausmarkt reale Gewinne erzielt werden können, hat sich die Eigentümerstruktur seit 1984 wesentlich verändert:

Inzwischen ist nur noch ein knappes Drittel der Krankenhäuser öffentlich (28 % mit 47 % der Betten), ein weiteres Drittel freigemeinnützig (32% mit 32% der Betten) und mehr als ein Drittel privat (40% mit 21% der Betten).

Verstärkt wird dieser Trend durch zahlreiche meist private Fachkliniken.

Viele Länder, mit denen wir verglichen werden, haben ein staatliches Gesundheitswesen, in dem alle Krankenhäuser staatlichen Vorgaben folgend kooperieren.

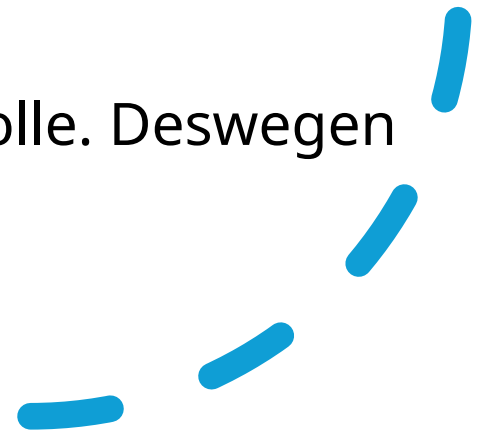


Stationäre Versorgung – Reformbedarf

Im Konkurrenzkampf entstand ein buntes Leistungsmosaik

Im Konkurrenzkampf der Krankenhäuser ist ein weitgehend ungeplantes Mosaik aus vielen kleinen, mittleren und wenigen großen Krankenhäusern entstanden, in dem alle noch existierenden Krankenhäuser versuchen, finanziell einträgliche Strukturen zu schaffen und entsprechende medizinische Schwerpunkte zu setzen.

Bedarfsdeckung spielte dabei keine Rolle. Deswegen besteht Reformbedarf.



Stationäre
Versorgung –
demokratisch
geplant und
kooperativ

Kooperation statt Zentralisierung

Die Reform sollte nicht auf die Zentralisierung des Konkurrenzsystems ausgerichtet sein, sondern auf seine Abschaffung und auf die Herausbildung demokratisch geplanter, kooperativer regionaler Krankenhausstrukturen.



Kritik der Zentralisierungs -bestrebungen

A large orange circle on the left side of the slide, partially cut off by the edge.

Planung im stationären Bereich

**Die Begründung für die
Zentralisierung in großen Einheiten:
Das deutsche Krankenhauswesen sei
zu teuer, weil es zu viele Betten in zu
vielen Krankenhäusern gebe**



Zu viele Betten?

Die Zahl der Krankenhausbetten:

1991: 665.565 2019: 494.326 2023: 476.924

Rückgang um mehr als ein Viertel

Die Zahl der stationären Behandlungsfälle:

1991: 14,6 Mio. 2019: 19,4 Mio. 2023: 17,2 Mio.

Anstieg um fast ein Fünftel

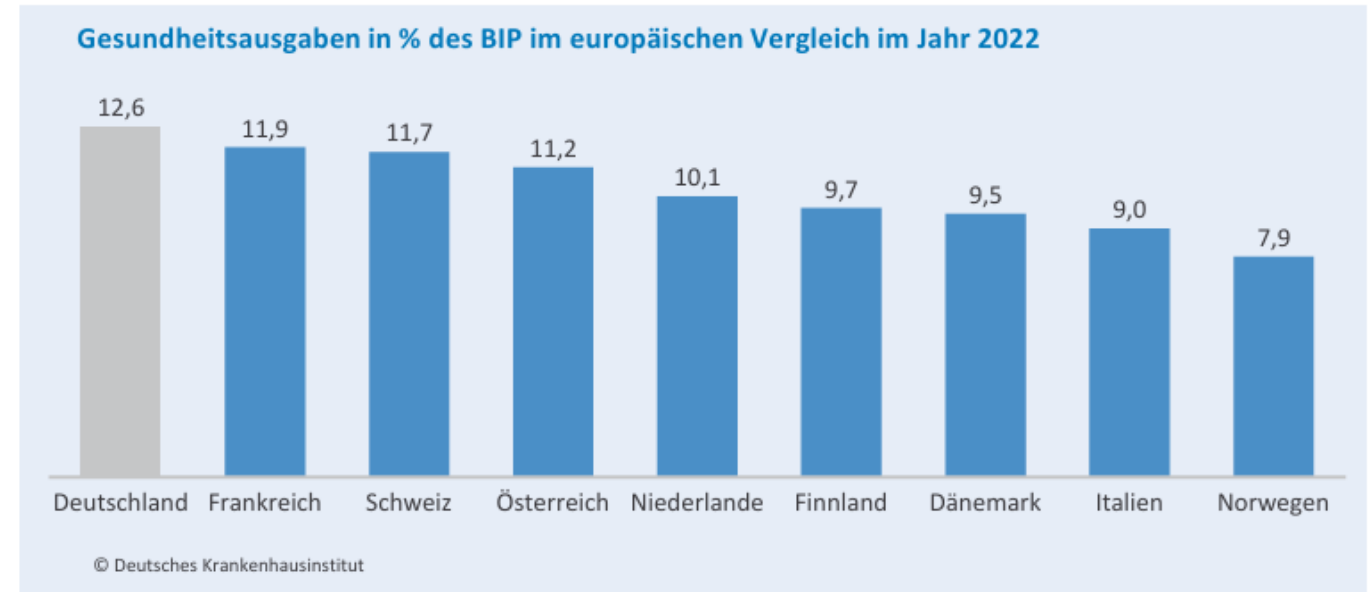
**Nach der Logik der Zentralisierungsbefürworter*innen
hätte der Bettenabbau zu weniger Fällen und geringerer
Belastung führen müssen. Das Gegenteil geschah.**

Zu teuer?

Gesundheitsausgaben insgesamt:

Spitze in Europa - Rückgang 2023

Abbildung 4: Gesundheitsausgaben insgesamt in % des BIP im Jahr 2022



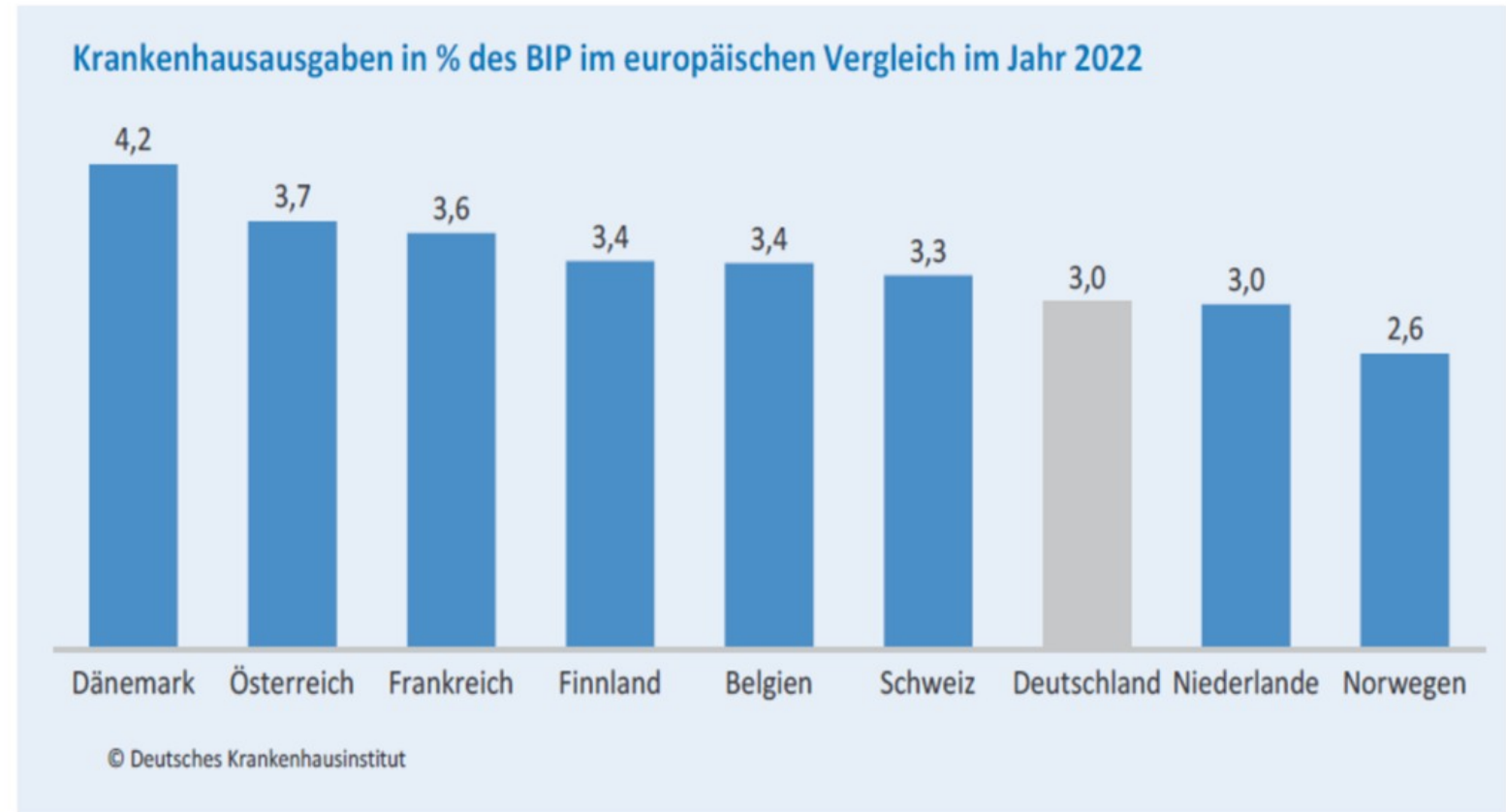
Quelle: OECD Health expenditure in Percentage of GDP

(Quelle: DKI Gesundheits- und Krankenhausausgaben im europäischen Vergleich)

Zu teuer?

Krankenhaus- ausgaben:

Durchschnitt in Europa



Quelle: OECD Health expenditure Curative Care Hospitals in Percentage of GDP

(Quelle: DKI Gesundheits- und Krankenhausaussgaben im europäischen Vergleich)

1 bis 49 Betten	366
50 bis 99 Betten	223
100 bis 149 Betten	230
150 bis 199 Betten	166
200 bis 299 Betten	251
300 bis 399 Betten	177
400 bis 499 Betten	142
500 bis 599 Betten	79
600 bis 799 Betten	85
800 und mehr	89

Krankenhäuser in Deutschland nach Bettenzahl

(Allgemeine Krankenhäuser, Zahlen aus 2023)

54,5% der Krankenhäuser haben weniger als 200 Betten

**Kleine
Krankenhäuser:
Facts, not fiction –
Patient*innen in der
Nähe ihres
Wohnorts eine
qualitativ
hochwertige
Versorgung bieten**

**Hier das Fazit einer Übersicht über die
wissenschaftlichen Untersuchungen zur
Bedeutung kleiner Krankenhäuser für die
Gesundheitsversorgung in GB**

Dieser kurze Überblick über die Literatur zeigt, dass es wenig oder gar keine Beweise gibt, die die Schließung kleinerer Krankenhäuser in Großbritannien aus Gründen der Finanzen, der Qualität oder des Personals unterstützen. Darüber hinaus gibt es stichhaltige Belege dafür, dass Krankenhausschließungen den Patienten direkten Schaden zufügen, die Belastung des Systems erhöhen und zu Benachteiligung und gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen. ...

Mehr vom Gleichen ist nicht die Antwort. Fakten, keine Fiktion, müssen die Grundlage für geeignete Strukturen, Strategien und Finanzierungsmechanismen bilden, die es ermöglichen, Patienten in der Nähe ihres Wohnorts eine qualitativ hochwertige Versorgung zu bieten.

SMALL AND RURAL HOSPITALS Future Healthcare
Journal 2020 Vol 7, No 1: S. 42

© Royal College of Physicians 2020



Schwarzbuch Krankenhaus

Das Schweigen brechen

NEW

“Und deshalb brechen wir, pünktlich zum Tag der Pflege, unser Schweigen und **veröffentlichen das Schwarzbuch Krankenhaus**”

(veröffentlicht während des Entlastungsstreiks an den 6 Unikliniken in NRW, gibt Einblicke in die Versorgungsqualität von Maximalversorgern)

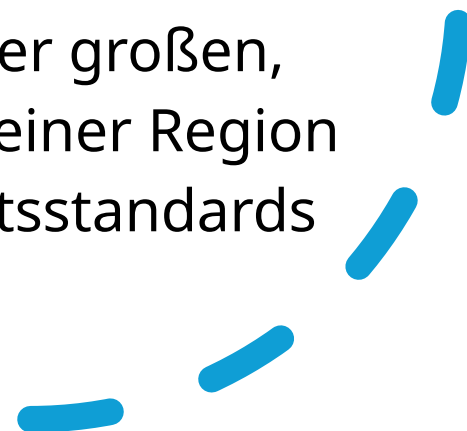
Zu viele
Krankenhäuser?

Demokratische
Planung +
Kooperation =
bedarfsgerechte
Struktur

Die im Konkurrenzkampf entstandene Krankenhausstruktur muss bedarfsgerechter gestaltet werden.

Insbesondere in ländlichen Gebieten muss sowohl eine gute Grundversorgung als auch eine zügige und gute Notfall- und Frühchenversorgung gewährleistet werden.

Das setzt die planvolle Kooperation aller großen, mittleren und kleinen Krankenhäuser einer Region nach gemeinsam erarbeiteten Qualitätsstandards voraus.



Unsere Vorstellungen zur Planung

Planung bedarfsgerecht

- 1

- Die Planung der gesamten Versorgung (sektorenübergreifend ambulant und stationär) liegt bei den Ländern. Der gesamte Sicherstellungsauftrag geht an die Versorgungsregionen (s.u.).
- Es werden Versorgungsregionen gebildet, die landkreisübergreifend sein können. Entscheidendes Kriterium für die Bildung einer Versorgungsregion ist die gleichmäßige und zeitnahe Erreichbarkeit aller notwendigen Einrichtungen.
- In der Planung müssen die tatsächlichen Wegezeiten zur Erreichung eines Krankenhauses (auch unter widrigen Witterungsbedingungen) und die Rettungszeiten der Notfallversorgung berücksichtigt und die zur Sicherstellung der wohnortnahen Grund- und Notfallversorgung erforderlichen Maßnahmen und Transportkapazitäten festgelegt werden.
- Die Planung in den Versorgungsregionen erfolgt auf Grundlage von wissenschaftlichen Bedarfsermittlungen des Landes. In diese Berechnungen sind die Bevölkerungsentwicklung, die Demografie, die soziale Struktur, die Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung und Erreichbarkeitsvorgaben einzubeziehen.
- Entscheidungsebene ist die Versorgungsregion.

Planung bedarfsgerecht - 2

- Die Planung in den Versorgungsregionen erfolgt demokratisch unter Beteiligung aller Betroffenen (der Krankenkassen, Krankenhäuser, Pflegeheime, Rehasentren und ihrer Beschäftigtenvertretungen, von Patient*innenselbsthilfeorganisationen, Gewerkschaften, anderen sozialen Organisationen, niedergelassenen Ärzt*innen, Kommunen/Landkreisen/ Land ...).
- Es werden die notwendigen Primärversorgungszentren, Hausarztsitze, ambulanten Versorgungszentren der Krankenhäuser (s.u.) und Krankenhäuser ermittelt.
- Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses wird durch die Zuweisung von Leistungsgruppen näher definiert. Diese sollten auch mit Qualitätskriterien verknüpft werden. Sie dürfen jedoch nicht zur Durchsetzung politischer Schließungsziele missbraucht werden.
- Die Zuweisung von LG ersetzt nicht Bettenplanung. Kein Bettenabbau und keine Schließungen ohne Aufbau alternativer ambulanter Strukturen!
- Die regionalen Planungen werden durch das Land zusammengeführt und auf ihre Vereinbarkeit geprüft.

Unsere Vorstellungen zur Versorgungskette

A large orange circle is positioned on the left side of the slide, partially cut off by the edge.

Versorgungskette

- Primärversorgungszentren
 - Hausarztbereich
 - Facharztbereich
 - Ambulante Versorgungszentren der Krankenhäuser
 - Krankenhausbereich
 - Reha
- 
- A series of four blue dashed line segments are arranged in a curved, upward-sloping pattern in the bottom right corner of the slide.

Primärversorgungs- zentren

- Primärversorgungszentren (PVZ) sollen die erste Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen Problemen werden.
- Sie befinden sich in kommunaler oder gemeinwohlorientierter Trägerschaft.
- Lokalisierung im Stadtteil oder in kleinen Kommunen.
- Verschiedenste Gesundheitsberufe (Ärzt*innen, Pflegekräfte, Community Nurses, Sozialarbeiter*innen, Physiotherapeut*innen...) arbeiten eng zusammen.
- Auch aufsuchende und präventive Angebote. Insbesondere in sozialen Brennpunkten bahnen die PVZ Erstkontakte für eine bessere gesundheitliche Versorgung an.
- Hausarztpraxen können integriert werden.
- Ggf. gemeinsamer Betrieb mit ambulanten Versorgungszentren (s.u.)

Hausarztbereich

- Hausärztliche Tätigkeiten sind ein wichtiger Teil der Primärversorgung.
- Deshalb sind die hausärztlichen Funktionen am besten in den PVZ verortet und die Hausarzt*innen Angestellte der Kommunen
- Zusätzliche Hausarztpraxen – insbesondere in ländlichen Gebieten – sind möglich.

Facharztbereich

- Grundsätzlich wäre es sinnvoll, die doppelte Facharztschiene abzuschaffen.
- Sie ist unwirtschaftlich (Doppelvorhaltungen) und nicht patientenfreundlich (lange Wartezeiten, Zwang zum Aufsuchen verschiedener Facharztpraxen bei unklarer Diagnose).
- Eine zeitnahe fachärztliche Versorgung auf hohem Niveau erfordert die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung und die Durchführung regelmäßiger Spezialsprechstunden in den ambulanten Versorgungszentren der Krankenhäuser (s.u.)

Ambulante Versorgungs- zentren

- Einrichtungen der Krankenhäuser
 - gleichmäßig in der Versorgungsregion verteilt
 - Erste Anlaufstellen für die Notfallversorgung
 - Überwachungsbetten und Eingriffsräume sowie alle notwendigen diagnostischen Einrichtungen
 - wichtige medizinische Fachrichtungen auf Facharztniveau vorhanden
 - Spezielle Facharztsprechstunden des KH vor Ort
 - Über Telemedizin an das Krankenhaus angebunden
 - turnusmäßig mit Beschäftigten der Krankenhäuser betrieben
- *Nur so kann die flächendeckende Versorgung in ländlichen Gebieten auf hohem Niveau gewährleistet werden*

Krankenhaus- bereich

- Finanzielle Steuerung verhindert sachgerechte Strukturen, deshalb Selbstkostendeckung
- Die Krankenhäuser sollen ohne Einschränkung ambulant behandeln dürfen
- Bildung von größeren Krankenhäusern oder Krankenhausverbünden mit ambulanten Versorgungszentren
- Ambulante Notfallversorgung erfolgt über die Krankenhäuser und ihre ambulanten Versorgungszentren
- Ambulante Versorgung hat Vorrang vor der stationären Versorgung, wenn es medizinisch vertretbar (ärztliche Sicht) und sozial sinnvoll und möglich (Patientensicht) ist

Die wichtigsten Forderungen unseres Bündnisses

- Beendigung der Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern durch Einführung eines Systems der Selbstkostendeckung und Kooperation zwischen den Einrichtungen
- Rekommunalisierung statt Privatisierung
- Gewinnverbot
- Personalbemessung für alle Berufsgruppen
- Vollständige Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Länder
- Demokratisierung und Regionalisierung der Planung
- Veränderung des ambulanten Versorgungssektors hin zur flächendeckenden Einrichtung von 24/7 geöffneten, bettenführenden und multiprofessionellen Versorgungszentren

Vielen Dank