

Dr. Ernst Bruckenberger

Hat die Krankenhausplanung eine Zukunft ? *

* Diskussionsbeitrag beim Hauptstadtkongress – MEDIZIN UND GESUNDHEIT
Berlin , Mai 2001

Anspruch und Wirklichkeit - 1991 bis 1999

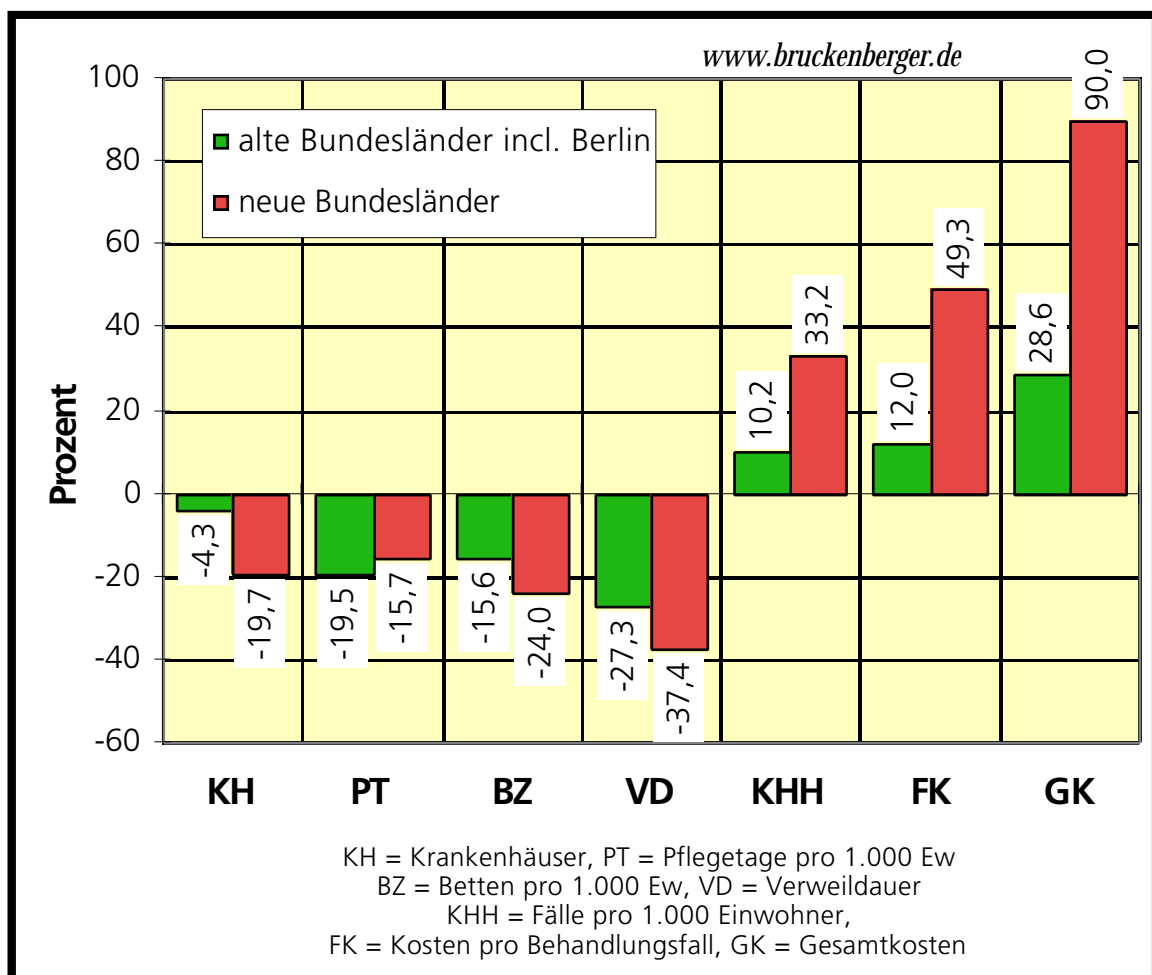
Anspruch

Weniger Betten, weniger Pfl egetage, kürzere Verweildauer =
weniger Ausgaben für die Krankenkassen

Wirklichkeit

Mehr Fälle, mehr Leistungen =
mehr Ausgaben für die Krankenkassen

Kosten entstehen grundsätzlich nicht durch Betten,
sondern durch Leistungen.



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

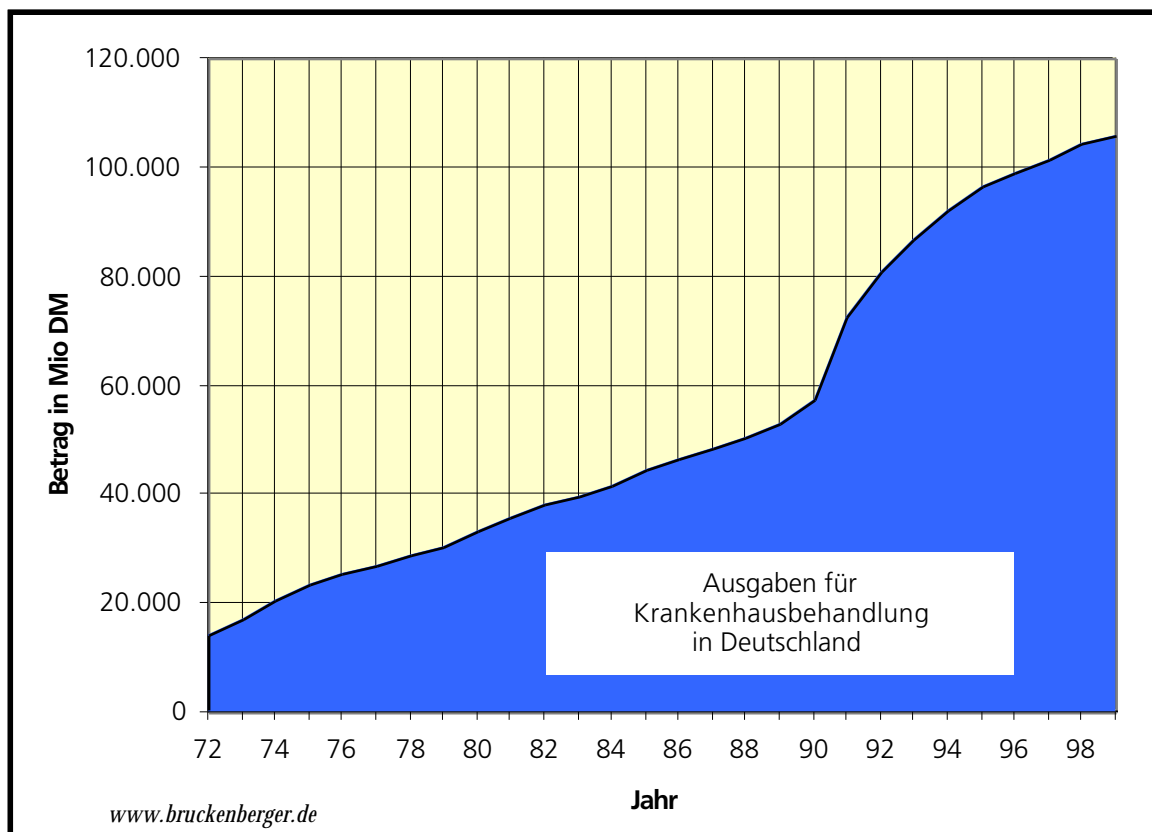
25 Jahre Kostendämpfungsdiskussion

Tatsache

Bis heute gibt es **keine länderbezogenen Daten** über die in den einzelnen Leistungssektoren (**Praxen, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen usw.**) veranlassten Leistungen und Ausgaben. Je weniger Fakten vorhanden sind, desto engagierter sind die Diskussionsbeiträge.

Ergebnis

Schon vor der Verabschiedung eines Reformgesetzes beginnt die Diskussion um ein neues. Die Halbwertszeit der Gesetze ist ständig gesunken. Die Bürokratie wird ununterbrochen ausgebaut. Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung sind laufend angestiegen.



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Zunahme der Fälle und Ausgaben in fast allen Sektoren 1996 bis 1999

Fälle

Die Zahl der ambulanten und stationären Fälle hat in Deutschland von 1996 bis 1999 in allen Sektoren (Ausnahme: belegärztliche Behandlung) zugenommen. Die massive Zunahme der ambulanten Operationen hat offensichtlich **keine substitutiven Auswirkungen** im Krankenhausbereich.

Ausgaben

Auch bei den Ausgaben ist gegenüber 1996 in allen Sektoren (Ausnahme: häusliche Krankenpflege) eine Zunahme feststellbar.

Behandlungsart	Zahl der Fälle		Ausgaben in DM	
	absolut	v. H.	absolut	v. H.
ambulante kurative Behandlung	31.061.291	6,8	1.781.857.891	4,6
ambulantes Operieren	1.392.527	36,2	315.046.045	35,6
häusliche Krankenpflege	-	-	-529.771.152	-14,4
vor- und nachstationäre Behandlungsfälle	598.786	135,6	50.190.251	32,0
ambulantes Operieren im Krankenhaus	101.717	86,4	107.551.540	188,0
belegärztliche Behandlung	-39.473	-2,4	84.896.286	12,0
Krankenhausfälle	967.176	7,1	4.680.375.446	5,8
Anschlussrehabilitationsfälle	178.216	86,6	664.007.169	36,1

Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des BMG

Leistungsrechtlicher Bedarfsbegriff in Deutschland

Urteil des BundesVerwGer vom 14.11.1985:

Unter Bedarf ist der "tatsächlich zu versorgende Bedarf" und nicht ein mit dem "tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf" zu verstehen.

Der "tatsächlich zu versorgende Bedarf" ergibt sich nach den leistungsrechtlichen Voraussetzungen des SGB V aus der **Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung** durch die Ärzte und deren Anerkennung, d.h. der Abrechnung der Pflage tage durch die jeweils zuständige Krankenkasse. Wissenschaftlich oder sachverständig behauptete Überkapazitäten sind rechtlich irrelevant.

Aus dem die stationäre Behandlung beherrschenden Sachleistungsprinzip ergibt sich, dass die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen durch ihre Versicherten entsteht. Die nötige Entscheidung über die Erforderlichkeit und die Art der Krankenhausbehandlung obliegt dem **Krankenhausarzt**. Eine Beschneidung von individuellen Leistungsansprüchen durch abstrakte Vergleichswerte ist nicht zulässig.

Der von der Verwaltungsgerichtsbarkeit in jahrelanger Rechtsprechung geprägte **leistungsrechtliche Bedarfsbegriff** wird durch das neue durchgängige pauschalierende Vergütungssystem in Form der australischen DRG`s nicht verändert. Allerdings werden künftig an Stelle der anerkannten und abgerechneten Pflage tage bzw. der daraus resultierenden Betten die anerkannten und abgerechneten Fallpauschalen bzw. DRG`s treten.

Wandel des Planungsgegenstandes

Seit 1973

Angebotsorientierte Krankenhausplanung

Kongruenz zwischen Planungseinheit (Krankenhaus)
und Vergütungseinheit (Krankenhaus)

Steuerungsziel : Bedarfsdeckung

Ab 2005 ?

Betriebswirtschaftlich orientierte Leistungsplanung
(sozialverträgliche Wartelistensteuerung)

Keine Kongruenz zwischen Planungseinheit (Krankenhaus)
und Vergütungseinheit (DRG)

Steuerungsziel: Beitragssatzstabilität

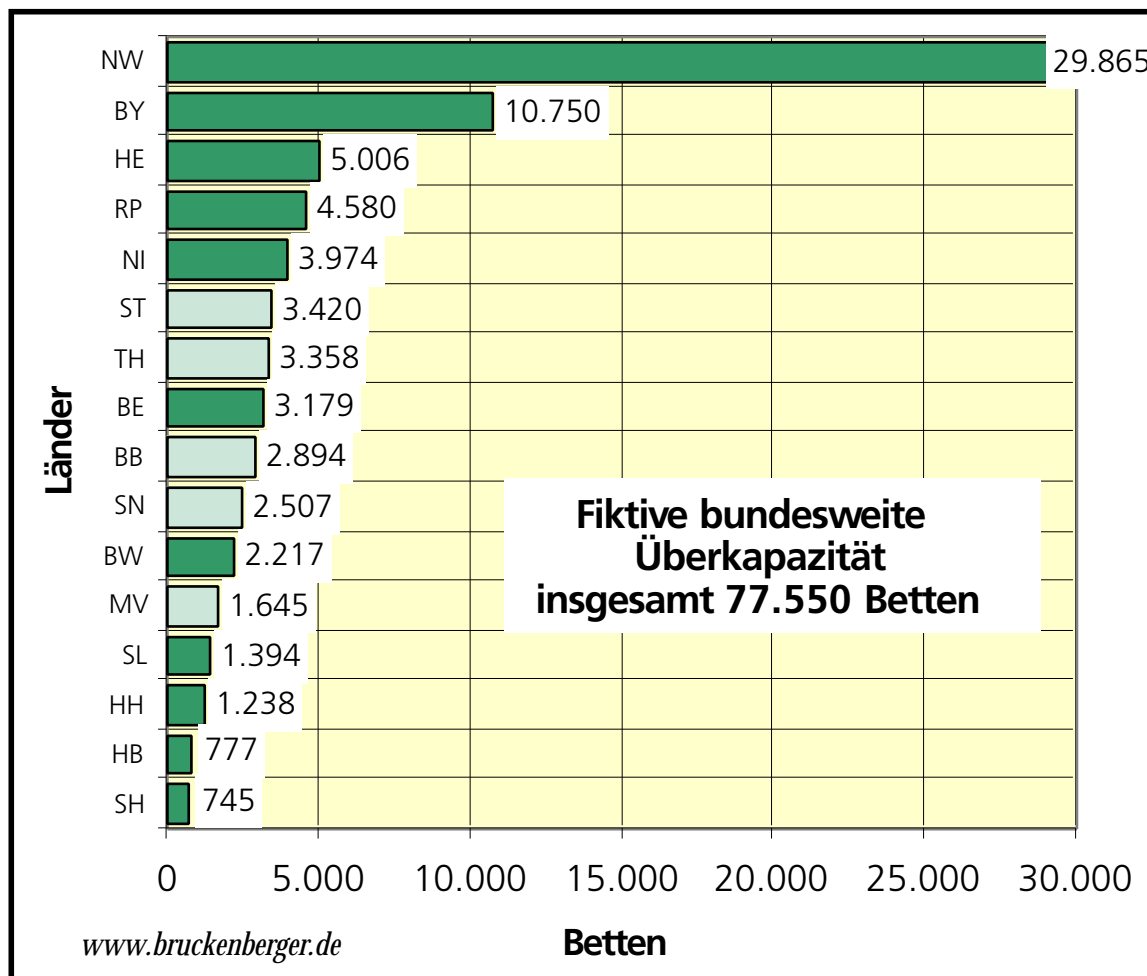
Ab 2015 ?

„Genorientierte Krankheitsartenplanung“

Steuerungsziel: Der defektfreie Mensch

30 Jahre Krankenhausplanung ergebnisorientierter Ländervergleich - absolut

Absolute fiktive Bettenüberkapazität der Länder gemessen am „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ des Landes Baden-Württemberg. Bei diesem Vergleich wurden die für die Bevölkerung des Landes Baden-Württemberg in den einzelnen Lebensjahren unabhängig vom Behandlungsort d.h. wohnortbezogen 1999 erbrachten Pfl egetage pro 1.000 Einwohner ermittelt und mit der jeweiligen Altersstruktur der anderen Bundesländer multipliziert (Betten = Pfl egetage : 310). Gemessen am „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ des Landes Baden-Württemberg und den jeweils aufgestellten Betten gab es 1999 bundesweit eine **fiktive Bettenüberkapazität in Höhe von 77.550 Betten**.

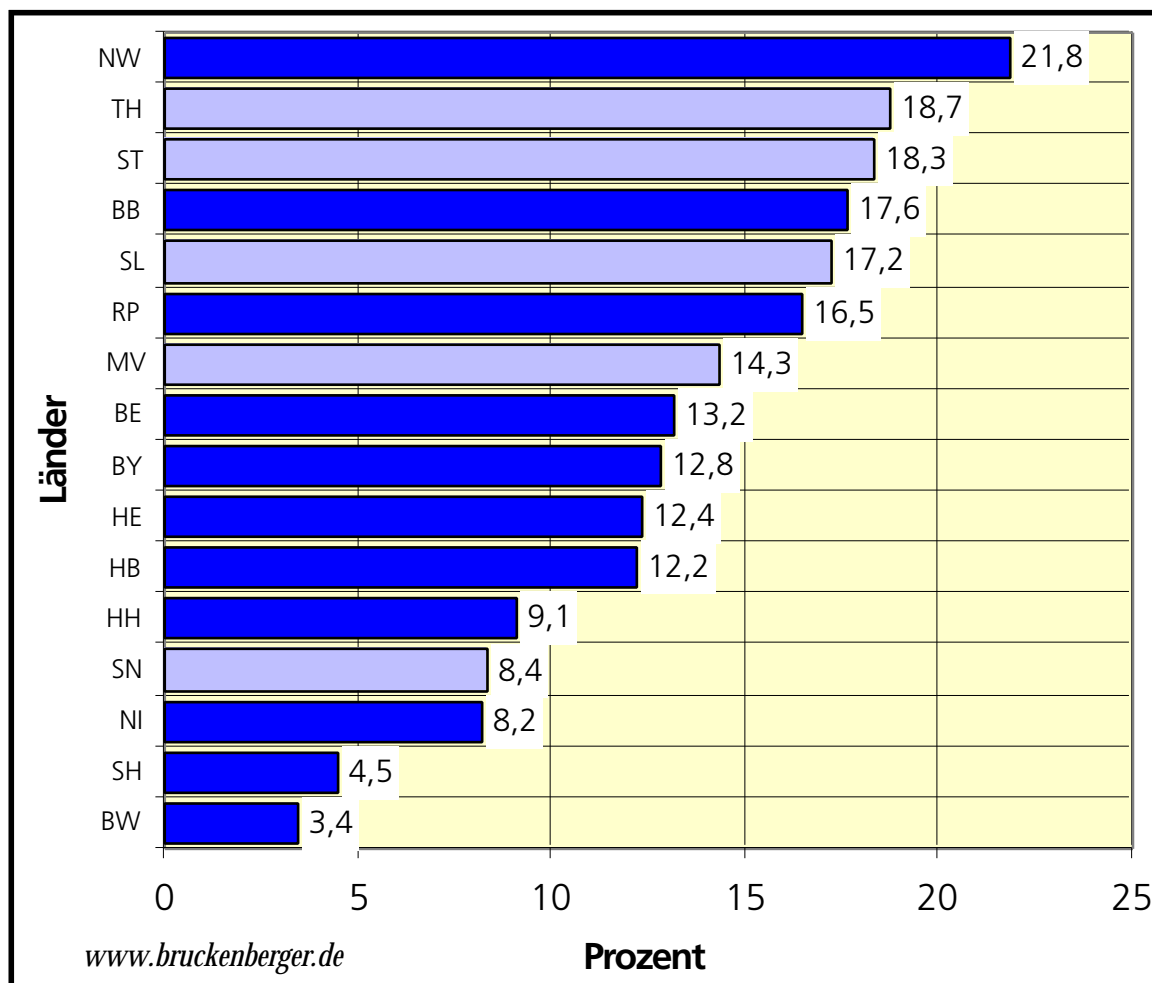


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

30 Jahre Krankenhausplanung ergebnisorientierter Ländervergleich - prozentual

Prozentuale fiktive Bettenüberkapazität der Länder gemessen am „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ des Landes Baden-Württemberg 1999 und den in den Ländern aufgestellten Betten.

Die in einem wohnortbezogenen und altersbereinigten Vergleich (**Benchmarking**) feststellbaren Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern lassen es ratsam erscheinen, den Erfolg einer Krankenhausplanung grundsätzlich am **tatsächlichen Ergebnis** zu messen und nicht nach den **Ankündigungen** zu beurteilen. Ebenso müssten die Ergebnisse der anderen Sektoren mitberücksichtigt werden.



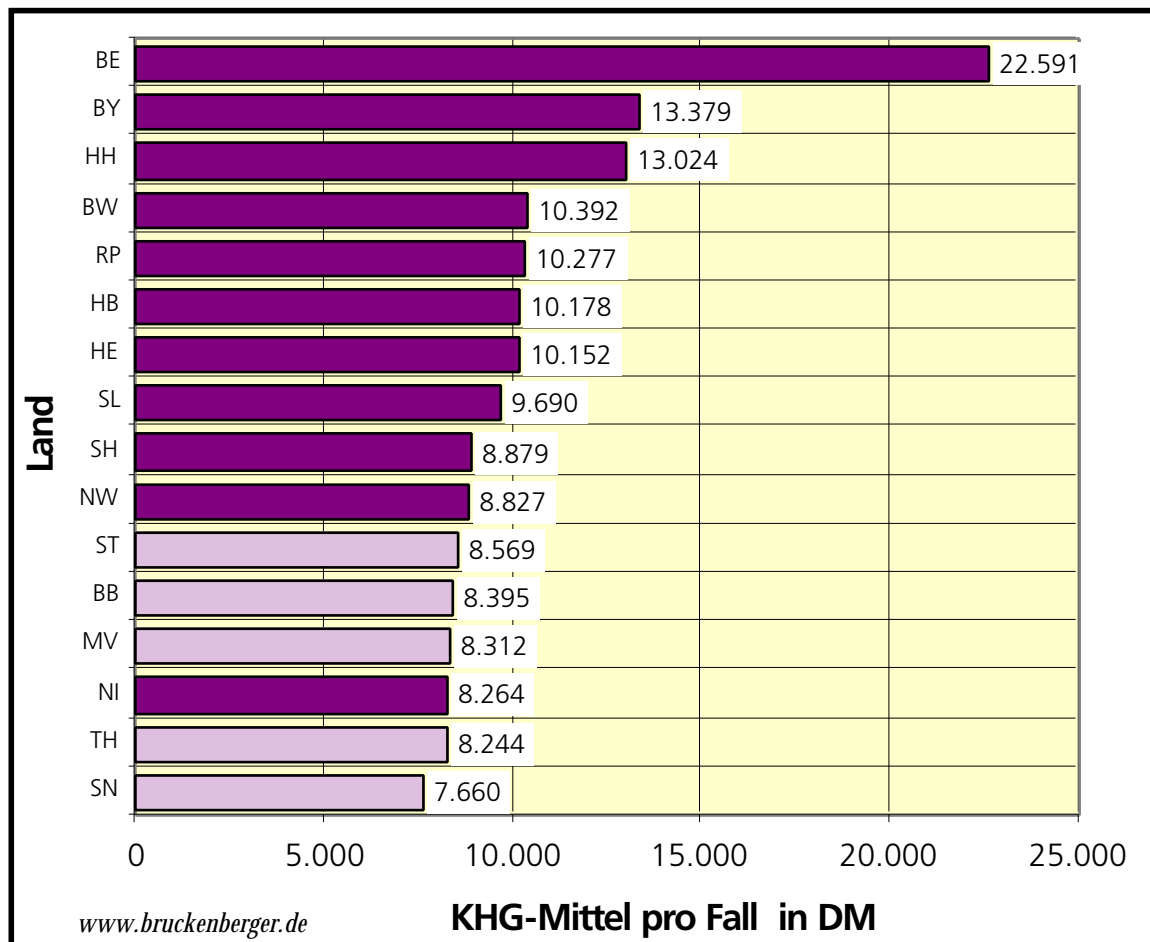
Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

KHG-Mittel der Plankrankenhäuser pro Fall * von 1972 bis 2000 im Ländervergleich

Die Länder sind ihrer Finanzierungsverpflichtung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) seit 1972 **in unterschiedlichem Umfang nachgekommen.**

Bei diesem Vergleich wurden die Investitionsmittel für die Hochschulkliniken und die Eigenbeteiligungen nicht erfasst.

Für die neuen Bundesländer werden erst seit 1991 KHG-Mittel zur Verfügung gestellt.



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze der Länder und des Statistischen Bundesamtes

* KHG-Mittel von 1972 bis 2000 : Fälle 2000 (geschätzt)

Investitionsquote der Plankrankenhäuser pro Fall im Jahr 2000 im Ländervergleich

Monistische Finanzierung

Eine Investitionsquote von rd. 20 Prozent für die Plankrankenhäuser, vergleichbar Industriebetrieben, finanziert über eine

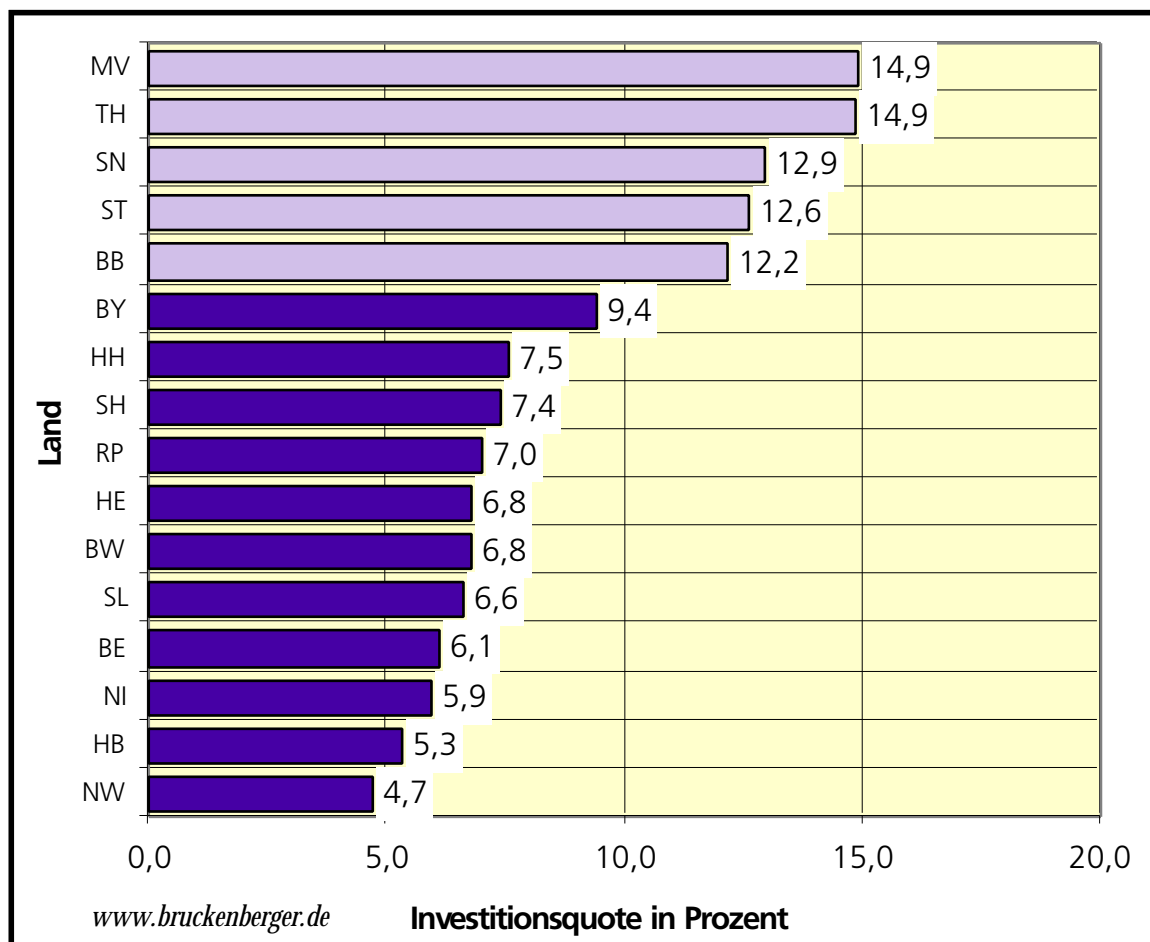
monistische Finanzierung, würde jährlich **rd. 15 Mrd. DM** erfordern.

Tatsächlich werden **rd. 6,6 Mrd. DM** zur Verfügung gestellt.

Die Investitionsquote bei den Plankrankenhäusern schwankt

im Jahr 2000 von **4,7 Prozent** in Nordrhein-Westfalen bis

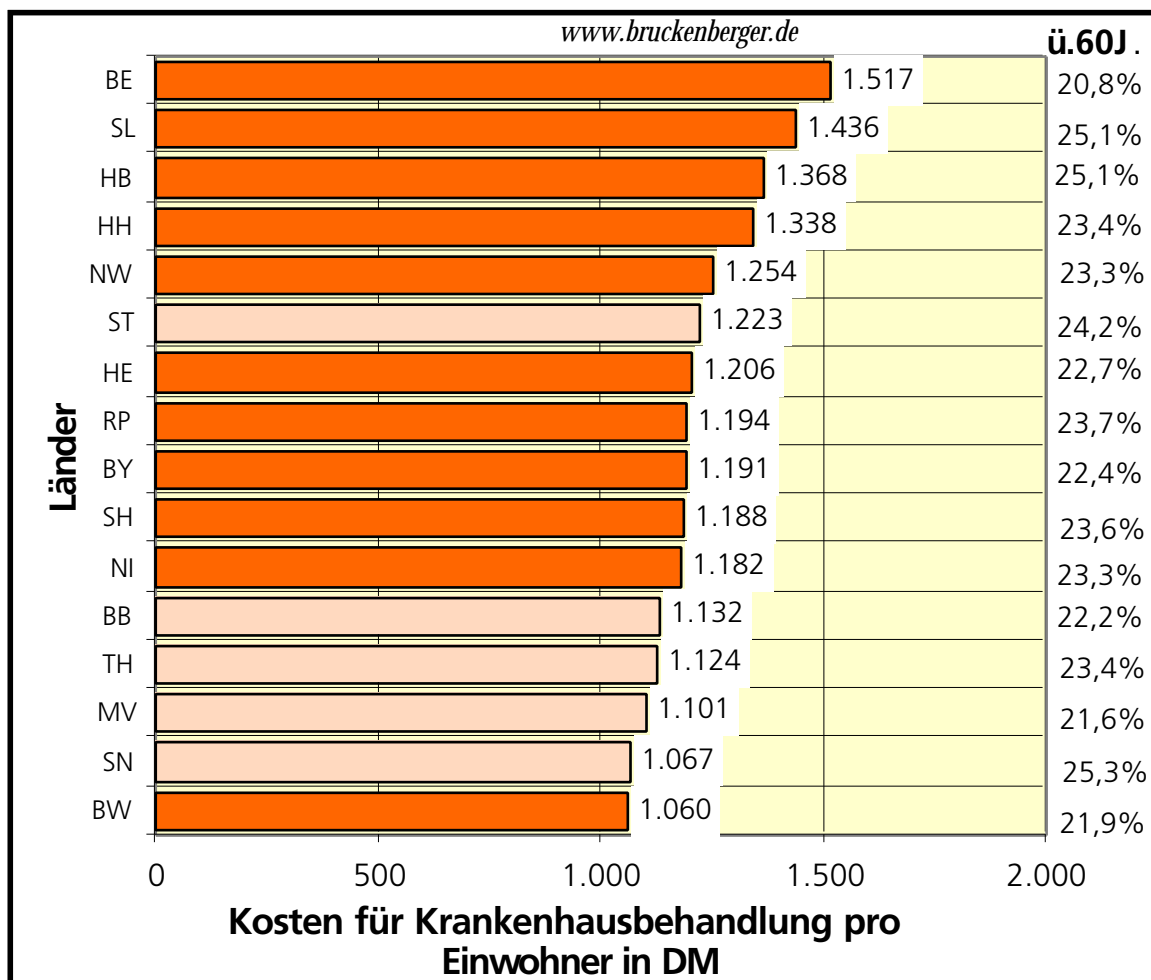
Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen mit jeweils **14,9 Prozent**.



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten der Haushaltsansätze und des Statistischen Bundesamtes

Durchschnittliche Benutzerkosten aller Krankenhäuser 1999 im Ländervergleich

Die **wohntbezogenen** (incl. Abwanderung, abzgl. Zuwanderung) **Kosten für Krankenhausbehandlung** pro Einwohner in DM (ohne Investitionskosten) schwankten 1999 zwischen **1.060 DM** im Baden-Württemberg und **1.517 DM** in Berlin. Bei diesem Vergleich ist zu beachten, dass das **Lohnniveau** in den neuen Bundesländern unter dem der alten liegt und ein **höherer Anteil älterer Einwohner** grundsätzlich höhere Kosten verursacht.



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Auswirkungen der DRG`s und vermutliche Reaktionen

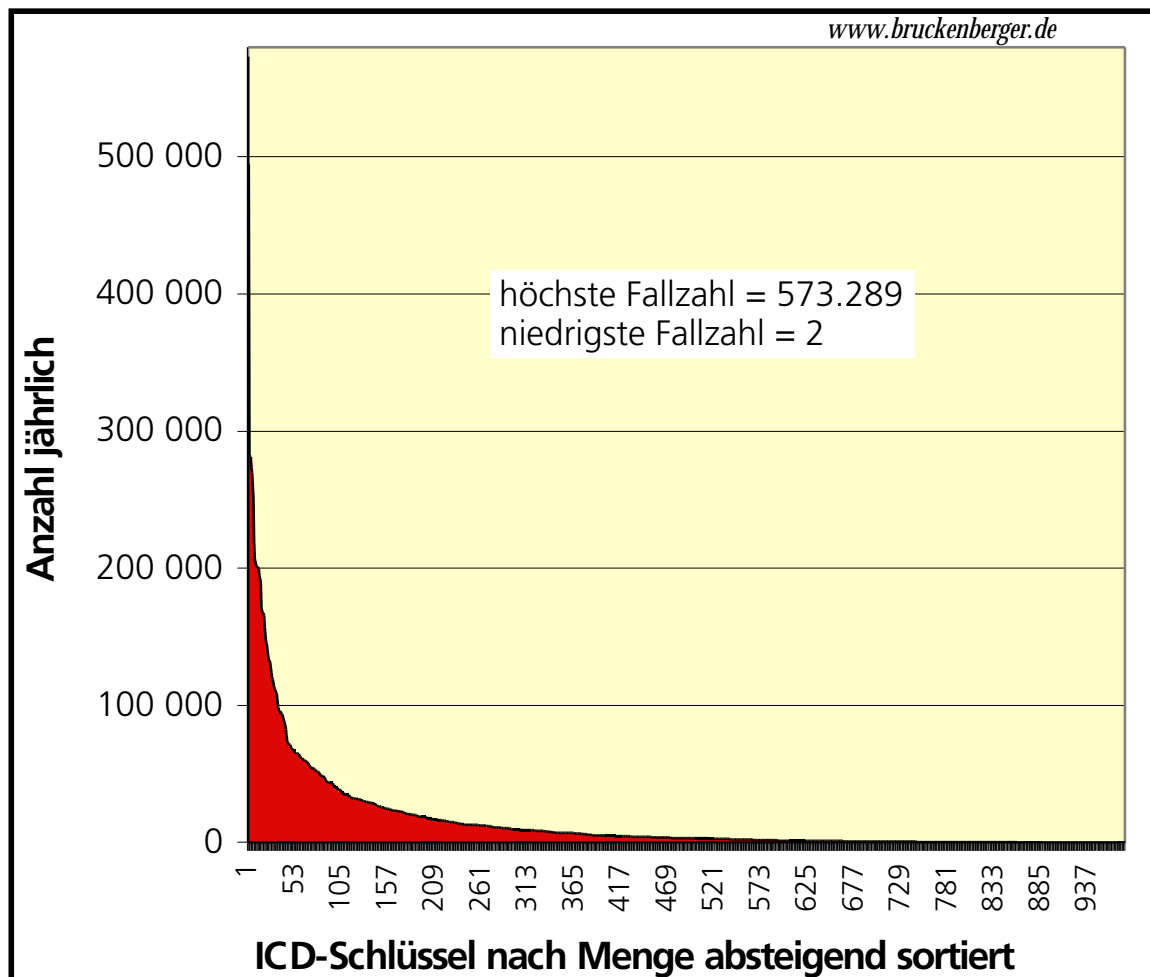
Mengenausweitung → Mengenbegrenzung
Leistungsplanung → Überprüfung der Krankenhausplanung
Transparenz → Qualitätssicherung, Patientenmitsprache
Mindestfrequenz → Konzentration, Kooperation
Zuordnungsproblematik → Änderung der Weiterbildungsinhalte
Effizienzsteigerung → Auflösung der Abteilungsstrukturen
Schnittstellenproblematik → Auflösung der Sektorengrenzen
Verweildauerkürzung → Ausbau der anderen Sektoren
Ablaufänderung → hoher Investitionsbedarf
Investitionsbedarf → Trägerwechsel (zunehmende Privatisierung)
Investitionsstau → Ende der dualistischen Finanzierung
Komplexität → Zunahme der Bürokratie
Verunsicherung → umfangreicher Beratungsbedarf
Ökonomisierung → Verlust an Humanität
Erkenntnisgewinn → Ruf nach einem neuen Vergütungssystem

Die Einführung von **bundes- oder landeseinheitlichen** Punktwerten für die Bemessung der DRG`s wird bei den enorm **unterschiedlichen Investitionsquoten** der Länder aber auch der Krankenhäuser (Investitionsstau) selbst zu **drastischen Wettbewerbsverzerrungen** führen.

Mindestfrequenzen

50 Prozent aller vollstationären Fälle entfielen 1999 in Deutschland **auf nur 50 Indikationen**, die übrigen 50 Prozent auf die restlichen 950 Indikationen (Basis ICD-9 Schlüssel). Beim überwiegenden Teil der Krankenhäuser beträgt der Anteil der Indikationen mit einer **Jahresfrequenz von weniger als 20** über 80 Prozent.

Unter diesen Voraussetzungen ist eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung nur in Form einer **kooperativen sektorenübergreifenden Regionalisierung** möglich.



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

www.bruckenberger.de

Planungsgrundlage Krankenhaus, Handlungsgrundlage Leistung

Nach der gegenwärtigen Rechtslage sind eindeutig die **Krankenhäuser** und nicht die darin erbrachten **Leistungen** Gegenstand der **angebotsorientierten Krankenhausplanung** nach dem KHG. Das eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhaus und nicht die einzelne Krankenhausleistung soll in den Krankenhausplan **aufgenommen und wirtschaftlich gesichert** werden.

Materielle Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan sind die Kriterien Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit. Diese Kriterien beziehen sich eindeutig auf das **Krankenhaus** und nicht auf die **einzelnen Krankenhausleistungen**.

Soweit Zu- und Abschläge **planungsrelevante** Auswirkungen haben (Sicherstellung, Notfallversorgung) ist ihr Inhalt per Gesetz und nicht durch die Selbstverwaltung zu regeln.

Der Begriff **Leistungsplanung** im Sinne einer verbindlichen Vorgabe von einzelnen im Krankenhaus zu erbringenden Leistungen ist sowohl dem KHG als auch der BPfIV und dem SGB V fremd.

Das „**Denken in Krankenhäusern**“ führt zu statischen, das „**Denken in Leistungen**“ zu vergleichsweise dynamischen Verhaltensweisen und zu prozessorientierten Angebots- und Leistungsstrukturen.

Der Begriff **Rahmenplanung** schafft Verwirrung. Der „**Rahmen**“ für die Krankenhausleistung kann nur das Krankenhaus und nicht die Leistungsmenge sein, andernfalls würde man ein „Bild“ als „Rahmen“ interpretieren. Man spricht von Rahmenplanung und meint detaillierte Mengenvorgaben. Auch Mengenvorgaben müssen sich am tatsächlichen Bedarf und nicht an Mindestmengen orientieren. Bei einer Vorgabe von Leistungen und Mengen ist eine wohnortnahe Versorgung nur durch **Aufgabe der freien Krankenhauswahl** möglich.

Krankenhausplanung in der Übergangsphase bis 2007 Sprengsatz parallele Planung bzw. Steuerung

Die Krankenhausplanung ist nach gegenwärtigem Recht eine sektorale Mittelverwendungsplanung. Für die Dauer der dualistischen Finanzierung müssen de iure im Rahmen einer **angebotsorientierten Krankenhausplanung** **Krankenhausstandorte** und **Abteilungen** geplant werden, um Fehlinvestitionen mit öffentlichen Mitteln zu vermeiden.

Parallel dazu wird de facto durch die DRG´s von den Vertragsparteien zunehmend eine **betriebswirtschaftlich orientierte Leistungsplanung** mit sektorenübergreifenden Auswirkungen vereinbart.

Beide Systemansätze nebeneinander führen zwangsläufig zu Dauerkonflikten, Verunsicherung und Chaos.

Bei einer freien Krankenhauswahl führt jeder Abschlag zur **Abqualifizierung** und jeder Zuschlag zu **Wettbewerbsnachteilen**. Konkurrierende Kassen mit unterschiedlichem Versichertenklientel verstärken dieses Problem.

Sicherstellungszuschläge, mit denen als Folge von Mindestfrequenzen keine Qualität gesichert werden kann, haben für die betroffenen Krankenhäuser keine existenzsichernde Wirkung.

Bei der Diskussion über die verbindliche Vorgabe von detaillierten **Leistungsstrukturen und Leistungsmengen** für die einzelnen Krankenhäuser, durch wen auch immer, wird offensichtlich, wie bei der Einführung des KHG im Jahre 1972, die Schutzfunktion einzelner Bestimmungen des Grundgesetzes unterschätzt. Neben **Art. 12 Abs.1** (Berufsausübung) ist auch **Art. 14 Abs. 1** (Eigentumsschutz) betroffen.

Krankenhausplanung in der Übergangsphase bis 2007 Sprengsatz Investitionsbedarf

Um in dem sich als Folge der DRG`s schnell entwickelnden **Leistungs- und Qualitätswettbewerb** bestehen zu können, sind bei den Krankenhäusern kurz- und mittelfristig bundesweit **Investitionen in Milliardenhöhe** erforderlich.

Die öffentlichen Hände sind dazu erfahrungsgemäß nicht in der Lage.

Die Konsequenz ist das zunehmende Entstehen von **Grauzonen** zwischen rechtmäßiger und rechtswidriger Finanzierung von Investitionen über die Pflegesätze bzw. die Nichtanwendung des BAT und der VOB und die damit verbundenen **ungleichen Chancen** der Krankenhäuser.

Ohne **privates Kapital** wird die durch die DRG`s politisch gewollt ausgelöste drastische Veränderung der Angebots- und Leistungsstruktur nicht zu meistern sein. Wenn dem aber so ist, müssen dafür kurzfristig auch klare rechtsstaatliche Regelungen für die **Refinanzierung** geschaffen werden.

Eine Übergangszeit von sieben Jahren, in Verbindung mit der demographischen Entwicklung, dem medizinischen Fortschritt, der Europäisierung und der Globalisierung, wird dieses Problem nicht entschärfen. Die durch das **wettbewerbsorientierte Denken in sektorenübergreifenden Leistungen und Prozessen** ausgelöste Dynamik wird eine schnellere Lösung der ungeklärten Investitionsfinanzierung erzwingen.

Zukunft der Krankenhausplanung

Sozialstaatsprinzip

Solange in Deutschland das Sozialstaatsprinzip gilt wird es eine Mitwirkung der Länder bei einer rechtsstaatlich geregelten **Krankenhausplanung** geben. Nach dem Wegfall der dualistischen Finanzierung wird allerdings die **Letztentscheidung** der Länder in Frage gestellt werden. Der **Sicherstellungsauftrag** liegt derzeit in den meisten Ländern bei den Kommunen. Nach Einführung der DRG`s wird er systemimmanent vermutlich auf die Länder verlagert.

Sektorenübergreifende Planung

Der Begriff **Krankenhausplanung** ist sektoral geprägt und wird der sich verändernden Krankheits- und Angebotsstruktur nicht mehr gerecht. Eine **sektorenübergreifende Planung** durch die Länder scheidet allerdings aus, da sie über keine sektorenübergreifenden, gesetzlich geregelten Gestaltungsmöglichkeiten verfügen und derartige Kompetenzen auch nicht bekommen werden.

Zulassung

Auch nach dem Wegfall der derzeitigen **angebotsorientierten Krankenhausplanung** wird nicht jedes Krankenhaus nach seinen Vorstellungen zur Versorgung zugelassen werden. Die Frage ist nur in welcher Form die Zulassung sowie auftretende Meinungsverschiedenheiten gelöst werden und wer daran mitwirkt.

Moderatorenrolle der Länder

Aufgabe des Staates in Zeiten des zunehmenden Mangels und der Orientierungslosigkeit ist es, Konflikte zwischen den verschiedenen Interessengruppen durch ein an rechtsstaatlichen Grundsätzen orientiertes, hochqualifiziertes, präzises, fachliches und pragmatisches Gestalten und Moderieren zu reduzieren, und nicht permanent verbal optimale Endlösungen zu verbreiten.

Über den Verfasser

Geboren am 2.4.1940 in Gmunden/ Oberösterreich. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften tätig in der Industrie und in der Sozialversicherung (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Linz). Von 1971 bis 1979 wissenschaftlicher Berater und Gutachter beim Deutschen Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf.

Seit 1979 Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung sowie ärztliche Weiterbildungsstätten im Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Leitender Ministerialrat, Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover, Vorsitzender des Großgeräteausschusses für Niedersachsen (1989 bis 1997), Mitglied des Krankenhausausschusses der obersten Landesgesundheitsbehörden und Mitglied im deutschsprachigen Arbeitskreis für Krankenhaus-hygiene.

Zahlreiche Veröffentlichungen über Krankenhausfinanzierung und -planung, die Abstimmung medizinisch-technischer Großgeräte, die künftige Rolle der medizinischen Rehabilitation, bundesweite jährliche Berichte über Versorgungsstrukturen, wie z. B. der Kardiologie/Herzchirurgie, der Radioonkologie und der Nuklearmedizinischen Therapie.

Zwei Bücher: „Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen“(1978) und „Dauerpatient Krankenhaus“(1989). Mitarbeit an der „Studie über die Entwicklung des österreichischen Krankenhauswesens bis zum Jahre 2010“, erstellt von der VAMED ENGINEERING-Krankenhausplanungs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H., Wien (1988). Stellungnahme zum „Oberösterreichischen Krankenanstaltenplan 1990“.

Erarbeitung der Grundlagen für die Krankenhausplanung, die Standortplanung medizinisch-technischer Großgeräte und die Investitionsplanung des Landes Sachsen-Anhalt (1991) und des Landes Thüringen (1992).

Flächendeckende Strukturgespräche in Niedersachsen über die ambulanten, teilstationären und stationären Angebotsstrukturen (Praxen, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen) in Niedersachsen (1995), Umsetzung von flächendeckenden integrierten Versorgungskonzepten für Geriatrie, Schwer-Schädel-Hirnverletzte und Herzchirurgie.

Ausbau der sektorenübergreifenden Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungssektoren in Form der kooperativen Regionalisierung durch Regionalverbände und Managements GmbH's.

Nachdruck und Veröffentlichung nur mit Genehmigung der Verfassers.

© Dr. Ernst Bruckenberger
Lehrbeauftragter der Medizinischen
Hochschule Hannover
Hitzackerweg 1a
30625 Hannover

Telefon und Fax:
privat:
Telefon: 0049/511-574553
Fax: 0049/511-574553
Email: ernst@bruckenberger.de
Internet: www.bruckenberger.de



16.5.2001