

Zukunft der Krankenhausversorgung: Anforderung an Planung und Investitionen

Die Anforderung an Planung und Finanzierung von Krankenhäusern kann nur im Zusammenhang mit der künftigen Entwicklung der Institution Krankenhaus und seiner rechtlichen und organisatorischen Einbindung in das gesamte soziale Sicherungssystem gesehen werden. Aus der Einschätzung dieser Entwicklung ergeben sich die notwendigen Anforderungen an Planung und Investitionen.

1. Das unveränderte politisch-strategische Ziel des Bundes ist die zentralstaatliche Steuerung des gesamten Gesundheitswesens

Bei der Auseinandersetzung zwischen Föderalismus und Zentralismus in der Gesundheitspolitik geht es nicht nur um die Verteilung von Gesetzgebungs- und Verwaltungskompetenz zwischen Bund und Ländern, sondern auch um die Regelung der Aufgabenverteilung zwischen Staat und Selbstverwaltung und innerhalb der Selbstverwaltung um die Aufgabenverteilung zwischen Bundesebene und Länderebene.

Die Zuständigkeit der Länder auf dem Gebiet des Krankenhauswesens kann nicht nur dadurch ausgehöhlt werden, dass der Bund - unter Ausnutzung widersprüchlicher Länderinteressen - immer mehr Gesetzgebungs- und Verwaltungsbefugnisse an sich zieht, sondern auch dadurch, dass er die Zuständigkeit der Selbstverwaltung insbesondere bei Krankenkassen und Leistungsanbietern ausweitet und die Entscheidungen der Selbstverwaltung auf die Spitzenverbände (künftig ein Spitzenverband) der Bundesebene verlagert und sich selbst die Letztentscheidung vorbehält. Die ungebremste Tendenz zur zentralstaatlichen Steuerung wird zudem durch die zunehmende Neigung zur Harmonisierung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union gefördert.

Die „schleichende“ zentralstaatliche Steuerung des Krankenhauswesens erfolgt völlig unabhängig von der jeweiligen parteipolitischen Besetzung des Bundestages, des Bundesrates und des für die Gesundheit zuständigen Ministeriums. Es empfiehlt sich bei der Ausformung des künftigen ordnungspolitischen Rahmens für die Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase die politisch-strategischen Ziele des Bundes sorgfältig zu beachten. Allerdings nur dann, wenn man die föderale Gestaltung des Krankenhauswesens auf Dauer tatsächlich und nicht nur als Lippenbekenntnis verteidigen will.

Die schrittweise Kompetenzverlagerung für den Krankenhausbereich von den Ländern zum Bund erfolgt seit 1977 im Rahmen einer konsequenten langfristigen Strategie über das Sozialgesetzbuch und nicht über das Krankenhausfinanzierungsgesetz. Der entscheidende Schritt erfolgte durch das Gesundheitsreformgesetz im Jahre 1989. Dabei wurden die Regelungen zur Gestaltung der vertragsärztlichen Versorgung Schritt für Schritt auf die stationäre Krankenhausbehandlung übertragen (Entgeltsystem statt tagesgleicher Pflegesätze, Rahmenempfehlungen, Richtlinien, Schiedsstellen, Budgetierung, usw.). Ziel ist offensichtlich ein einheitliches Zulassungs-, Abrechnungs- und Qualitätssicherungsverfahren für den stationären und ambulanten Bereich. Ein weiterer wesentlicher Schritt erfolgte 2006 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, mit dem das gesamte Krankenversicherungssystem neu justiert wurde.

Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bestimmt seit 1.4.2007 erstmals der Bund im SGB V einzelne Leistungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung der Länder. Es handelt sich um ambulante Behandlungen für einen Katalog hochspezialisierter Leistungen nach § 116 b. Dieser Katalog kann durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erweitert werden. Eine Bedarfsprüfung ist nach der Begründung des Gesetzentwurfes ausgeschlossen. Es handelt sich folglich nur um eine Eignungsprüfung (Betriebserlaubnis) durch die Länder, verbunden mit einer Abrechnungsverpflichtung für die Krankenkassen. Dies ist der bisherigen Planung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz völlig systemfremd. Nach dem Transplantationsgesetz ist dies das zweite Mal, dass den Ländern die Planung (Zulassung) von Einzelleistungen vom Bund vorgegeben wird.

Ein von klarem Gestaltungswillen geprägtes Bundesgesundheitsministerium ist eben, wie auch die letzte Gesetzgebung bewiesen hat, gegenüber sechzehn Ländern, die durch unterschiedliche länderspezifische oder parteipolitische Interessenlagen gekennzeichnet sind, immer im Vorteil.

2. Auch das Krankenhauswesen wird von der Deregulierung erfasst

Die seit Jahren erfolgte Deregulierung früher unbestrittener Bereiche der Daseinsvorsorge (z.B. Wasser, Strom, Gas, Post, usw.) hat auch das Krankenhauswesen ergriffen. Damit werden auch dort die mit einer Marktwirtschaft verbundenen Denk- und Verhaltensweisen übernommen. Der traditionelle humanitäre Auftrag gerät dabei im Hinblick auf seine schwierige naturwissenschaftliche Messbarkeit immer stärker unter ökonomischen Rechtfertigungsdruck. Die „Ware“ Gesundheit wird zum optimierungsbedürftigen Objekt unter Vernachlässigung der subjektiven Seite. Die Rationalität verdrängt zunehmend die Emotionalität. Diese Entwicklung empfinden viele Menschen als Bedrohung, selbst bei einer objektiv verbesserten Effizienz und Qualität.

Die Betriebswirtschaftslehre als Instrument zur Durchsetzung der Ideologie des freien Marktes, zum Messen des Erfolges (Bilanz) und der Effizienz einerseits sowie die Möglichkeiten der Technik andererseits suggerieren scheinbar ausschließlich rationale Entscheidungsprozesse und permanenten Fortschritt. Die Begriffe Gewinn und Verlust werden inzwischen nicht selten synonym für die moralischen Begriffe gut und böse verwendet.

Die Privatisierung des Krankenhauswesens wird vorerst fortschreiten, da bei den privaten Trägern sowohl der Gestaltungswille als auch die Finanzierungsmöglichkeiten vergleichsweise stärker ausgeprägt sind und sie noch den Zeitgeist hinter sich haben. Niemand hat die rd. 200 überwiegend kommunalen Träger gezwungen ihre Krankenhäuser an private Klinikketten zu verkaufen, während die Kommunen gleichzeitig in der öffentlichen Diskussion engagiert die Zuordnung der Krankenhäuser zur Daseinsvorsorge betonen, die Defizitfinanzierung rechtfertigen und so zur Wettbewerbsverzerrung beitragen.

Durch die zunehmende Ökonomisierung des Krankenhauswesens und die Auflösung der bisherigen Angebotsstrukturen verliert der Krankenhausbegriff immer stärker seinen bislang eindeutigen sektoralen Bezug auf die Einrichtung, den Standort und die Aufgabenstellung. Der Krankenhausbegriff wird außerdem verstärkt mit dem Begriff des Betriebes im Wirtschafts- und Steuerrecht gleich gesetzt. Motor dieser Entwicklung waren die privaten Klinikketten. Inzwischen haben auch freigemeinnützige und kommunale Krankenhäuser diese Einstellung übernommen. Selbst kleine Krankenhäuser nennen sich häufig nicht mehr Krankenhaus sondern Klinikum, um den Bruch mit der Vergangenheit zum Ausdruck zu bringen. Unterstützt wird diese Entwicklung durch den Wandel vom Sektor orientierten Krankenhausträger zum Sektor übergreifenden Anbieter von Gesundheitsleistungen in Verbindung mit dem Ausbau ambulanter und integrierter Versorgungsformen. Das bisherige Verständnis von Krankenhaus = nur stationärer Aufenthalt, wird sich verflüchtigen. Das Verhältnis von stationären und ambulanten Leistungen wird „demokratisiert“. Damit wird die Gestaltungsmöglichkeit der Länder relativiert.

3. Die Kliniken entwickeln sich tendenziell zum Reparaturbetrieb

In der modernen Medizin, hervorragend verkörpert durch das Krankenhaus, stellt sich die Grundfrage unserer Zivilisation überhaupt, nämlich ob es Grenzen für den technischen Fortschritt gibt und wo diese Grenzen liegen könnten. Die wissenschaftliche Forschung hat eine ungeheure Bedeutung für die Medizin. Sie macht aber auch deutlich, dass die leibliche Natur des Menschen mehr und mehr zu einer Funktion des wissenschaftlichen Fortschrittes wird und die jahrhundertalte Vorstellung vom Maschinenmenschen gerade in der Medizin inzwischen auf ideale Entwicklungsmöglichkeiten stößt. Dazu kommt, dass sich in einer Wettbewerbsgesellschaft die Bedingungen und Möglichkeiten der Leistungserbringung und -inanspruchnahme immer schneller ändern.

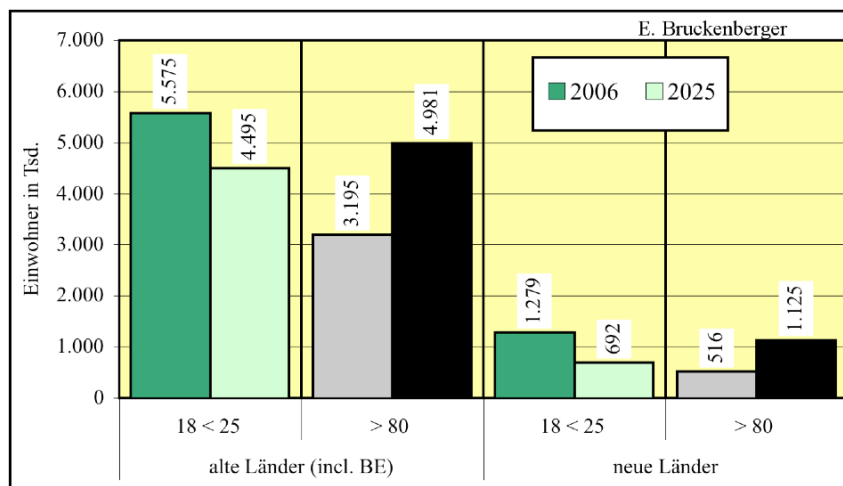
In den nächsten Jahrzehnten werden im Krankenhaus Computer, Diagnosesysteme, Roboter und Mikrosystemtechniken herrschen. Was früher eine verletzbare Kunst des Arztes war, wird zu einem perfekten technischen durchstrukturierten Prozess. Die Verwissenschaftlichung und Ökonomisierung hat allerdings ihren Preis. Er lautet Spezialisierung, Apparatisierung und Entpersönlichung der Arzt-Patienten Beziehung. Der immer stärker umgesetzte Gedanke von Industrialisierungsprozessen im Krankenhaus führt zur Lösung vom traditionell handwerklichen Verständnis der Medizin, bei der die Qualität von Diagnose und Behandlung vom Qualifikationsniveau des betreffenden Arztes abhängt und ersetzt sie durch eine durchrationalisierte, technisierte und qualitätsgesicherte Medizin verbunden mit einem effizienteren Einsatz der grundsätzlich zu knappen Mittel.

Bei dem absehbaren präventiven Einsatz beispielsweise der vorgeburtlichen Diagnostik und den Möglichkeiten der Gentechnik wird das Krankenhaus, besser gesagt der stationäre Teil einer durchgehenden Behandlungskette, letzten Endes immer mehr auf einen Reparaturbetrieb des Ersatzteillagers, genannt Mensch, reduziert werden. Nicht alle Menschen werde diese Entwicklung als Fortschritt empfinden.

4. Die demographischen Konsequenzen werden unterschätzt

Bis 2025 ist in einer großen Anzahl der kreisfreien Städte und Landkreise Deutschlands mit einem deutlichen Rückgang der Bevölkerung, teilweise um bis zu 30 Prozent, mit Verwüstungseffekten der vorhandenen Infrastruktur und zudem mit einer zunehmenden Überalterung zu rechnen. Die Altersgruppe der über 80-Jährigen wird 2025 die Altersgruppe der 18-25-Jährigen insgesamt um rd. 1 Mio. Einwohner übertreffen, in den alten Bundesländern um rd. 11% und in den neuen Ländern um rd. 63% (siehe Abb.1). Aus der Altersgruppe der über 80-Jährigen kommt die zunehmende Zahl von Behandlungs- und Pflegebedürftigen, aus der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen der berufliche Nachwuchs, nicht nur für das Gesundheitswesen. Aus soziokulturellen Gründen ist diese Altersgruppe in Deutschland zudem teilweise durch eine vergleichsweise große Bildungsferne gekennzeichnet, die zuerst bewusst oder fahrlässig in Kauf genommen, nunmehr nachträglich selbst mit hohem finanziellen Aufwand nur begrenzt korrigierbar ist.

Abb. 1: Entwicklung der Bevölkerung nach Altersgruppen von 2006 bis 2025



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

Die verstärkte Berufstätigkeit der Frauen primär im Interesse der Wirtschaft und der Gleichberechtigung, die geforderte Mobilität der Berufstätigen und andere sozioökonomische Ursachen werden den Umfang der Fremdbetreuungsstätten für die Kinder („Kinderkrippen“) und für die Älteren („Altenkrippe“) deutlich steigern.

„Ihr habt uns, als wir hilflos waren, in die Krippe gesteckt, jetzt stecken wir euch ins Heim, wenn ihr hilflos seid“ (Christine Brinck). Die künftig daraus folgenden Auswirkungen für das Gesundheitswesen - traditionell kostenlose Familienpflege muss durch kostenpflichtige professionelle qualitätsgesicherte Fremdpflege ersetzt werden - können mit den gegenwärtigen Versorgungsstrukturen nicht erfolgreich bekämpft werden. Weder das notwendige Personal noch die erforderlichen Mittel werden künftig in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen. Der Begriff Pyrrhussieg liegt hier nahe.

Aus der geschilderten Entwicklung sind zwei Konsequenzen ableitbar: Erstens; den beispielsweise auf den diversen Kongressen für Gesundheitswirtschaft und anderswo propagierten Job-Motor wird es nicht geben, da das Personal für die prognostizierte Steigerung der Gesundheitsausgaben von 260 auf 450 Mrd. Euro bis 2020 (Unternehmensberater Berger) gar nicht vorhanden ist. Tatsächlich geht, verursacht durch die zahlreichen Kostendämpfungsgesetze, das Gesundheitspersonal in Deutschland umgerechnet auf Vollkräfte seit Jahren zurück. Deutschland als eine Art überdimensionierter FC Bayern-München als Gegenmaßnahme dürfte nicht zu realisieren sein. Das Wachstum der Kongressveranstalter und der Beratungsinstitute lässt sich nicht auf die Gesundheitswirtschaft übertragen.

Zweitens; Wahrscheinlicher ist, dass der absehbare Ärztemangel von der Gesundheitspolitik dazu benutzt wird, endlich die Umstellung von der deutschen zweigleisigen auf die europäische eingleisige Facharztschiene massiv voranzutreiben und zu verwirklichen. Eine Tatsache, die wiederum massive Auswirkungen auf die Institution Krankenhaus haben wird.

5. Ökonomie und Demographie verändern die Berufsbilder

Der permanente Druck auf mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus stellt in vielen Fällen langjährig als selbstverständlich angesehene Betriebsabläufe in Frage. Auch wenn diese optimiert werden, beispielsweise durch Baumassnahmen und die Bildung von Behandlungspfaden, wird der systemimmanente Druck auf mehr Wirtschaftlichkeit als Folge des Wettbewerbs nicht nachlassen. Zuerst wird die Leistungsdichte für das Personal zunehmen. Sobald diese Leistungsdichte mittel- bis längerfristig grenzwertig wird und Fehlleistungen auftreten, wird der ökonomische Druck dazu zwingen, die tradierten Berufsbilder in Frage zu stellen, um hier noch vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuspüren. Die in diesem Zusammenhang bereits erhobene Forderung lautet, die verschiedenen Berufsgruppen auf ihre Kernleistung zu konzentrieren und berufsfremde oder minder qualifizierte Tätigkeiten auszugliedern. Dies gilt für Ärzte, Pflegekräfte aber auch anderes Personal. Vor allem das künftige ärztliche Berufsbild wird viel mehr als bisher von Arbeitsteilung, Spezialisierung und reglementierten Arbeitsabläufen geprägt sein.

Die bisherige gebiets- und schwerpunktsbezogene ärztliche Weiterbildung im Krankenhaus wird dadurch ebenfalls in Frage gestellt werden. Diese Entwicklung ist verbunden mit wettbewerbsverschärfenden Auseinandersetzungen der ärztlichen Berufsverbände über die künftige Zuordnung der Fallpauschalen zu den Fachgebieten bzw. Schwerpunkten. Dazu kommt die wachsende Auflösung der Grenzen zwischen Diagnostik und Therapie (interventionelles Röntgen, Endoskopie usw.) und der Ausbau von Hybridbehandlungen.

6. Es kommt zu einem Paradigmenwechsel bei der sozialen Relevanz der ortsnahen Krankenhäuser

Der dramatische Bevölkerungsrückgang und die zunehmende Überalterung führen immer schneller dazu, dass für ein akzeptables tägliches soziales Zusammenleben in vermehrt dünn besiedelten Gebieten das Vorhandensein von wohnortnahen Lebensmittelläden, Gaststätten, Banken, Poststellen usw. wesentlich wichtiger werden wird, als ein subventioniertes bürgernahes rechtlich selbständiges isoliertes kleines Krankenhaus. Auch mobile Lösungen, sei es für Ärzte oder Krankenschwestern, werden verstärkt zum Einsatz kommen.

Die Personalbesetzung eines potentiellen Sicherstellungskrankenhauses dürfte sich, verstärkt durch die demographische Entwicklung, als schwierig erweisen. Die Möglichkeit von Sicherstellungszuschlägen für ortsnahe aber unwirtschaftliche und nicht qualitätsgesicherte Krankenhäuser wird sich deshalb als eine verbale realitätsfremde politische Baldrianvariante herausstellen. Auch die Übernahme der Kosten für potentiell minder qualifizierte Leistungen durch die Krankenkassen dürfte rechtliche Probleme bereiten.

In der Realität werden, wenn überhaupt, Außenstellen von Krankenhäusern mit wenigen Betten aber angeschlossenen ambulanten Operationszentren, Apotheken, Sozialstationen, Physiotherapeuten usw. im Rahmen einer Behandlungskette an Bedeutung gewinnen.

Lokale oder regionale Clusterbildungen würden eine sinnvolle Abstimmung von Leistungsvolumen sowie -breite und -tiefe in der betroffenen Region im Interesse einer flächendeckenden Versorgung ermöglichen. Tendenziell werden mit derartigen Angebotstrukturen allerdings regionale Monopolstellungen etabliert. Das Kartellamt wird sie, bei Fortbestand einer staatlichen Krankenhausplanung, auf Dauer nicht verhindern können. Der Vorrang von Wettbewerbsaspekten vor einer qualifizierten Notfallversorgung wird den betroffenen Patienten nicht zu vermitteln sein. Beispiele wie das Krankenhaus Mellrichstadt: Verbot der Übernahme erfolgreich, Krankenhaus geschlossen, sind keine empfehlenswerte Lösung.

Auch mit kooperativen Lösungen können vergleichbare Abstimmungen und Kooperationen erzielt werden, allerdings ist der zeitliche und emotionale Aufwand einerseits und das Konfliktpotential andererseits als merklich höher anzusetzen. Damit besteht die Gefahr einer vergleichsweise geringeren Effizienz.

7. Die Telemedizin wird eine Schlüsselstellung erhalten

Digitalisierten Daten wohnt ein Transportzwang inne, Akten die Neigung zur Lagerung. Der Begriff Digitalisierung wird auch mit den positiven Eigenschaften Transportmöglichkeit, sofortige Verfügbarkeit und vergleichsweise höhere Effizienz verbunden. Dies sind gute Voraussetzungen für expandierende Anwendungsmöglichkeiten.

Für die Diagnostik stehen den Ärzten nicht nur im Krankenhaus immer mehr und immer ausgefeiltere Methoden zur Verfügung. Aufgrund der Vielfalt der diagnostischen Möglichkeiten werden die Anforderungen an das therapeutisch Machbare immer weiter hinausgeschoben. Dies bedeutet, neben einer Steigerung der Datenmenge, auch das Erfordernis der zweckorientierten Verknüpfung und Verdichtung von komplexen Daten.

Neben der zunehmenden Komplexität der Medizin als Folge des medizinischen Fortschrittes steigt als Folge des zunehmenden Wettbewerbs die Vielfalt und Unübersichtlichkeit der Angebotsstrukturen. Hieraus ergibt sich für alle Leistungserbringer die Notwendigkeit der Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien, will man eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung für alle garantieren.

Nur mit Hilfe der Telemedizin können die enormen Koordinierungs-, Integrations- und Vernetzungsprobleme reduziert und die Entscheidungs- und Planungsgrundlagen verbessert werden. Der Aufbau medizinischer Datenbanken und Informationssysteme verbessert zudem die Diagnosemöglichkeiten.

8. Die Transparenz führt zur Angleichung der Versorgungsstrukturen

Die Transparenz über das Leistungsspektrum der Krankenhäuser hat in den letzten Jahren immer mehr zugenommen. Die wichtigsten Daten stehen über die Krankenhausstatistik, die Diagnosestatistik und die DRG-Statistik öffentlich zur Verfügung. Die jedermann zugänglichen strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2006 geben demnächst nicht nur einen Einblick in das Leistungsspektrum und den Leistungsumfang der einzelnen Krankenhäuser wider, sondern erstmals auch Auskunft über die Krankenhaussterblichkeit bei bestimmten Operationen.

Bedauerlicherweise gibt es noch keine vergleichbare Datentransparenz über die ambulanten (vertragsärztlichen und privaten) Leistungen. Dies wird sich allerdings voraussichtlich mit der Einführung eines einheitlichen Fallpauschalensystems für den stationären und ambulanten Bereich ändern.

Künftig werden verstärkt die Ursachen der regionalen teilweise merklichen Versorgungsunterschiede analysiert werden müssen, da diese enorme finanzielle Auswirkungen auf den morbiditätsorientierten milliarden schweren Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen haben (siehe Tab. 1 u. 2).

Tab.1: Alterbereinigte und wohnortbezogene Über- und Unterschreitung der Bundesdurchschnittswerte wesentlicher Krankenhausfaktoren im Ländervergleich 2005

Land	Pflegetage	stationäre Fälle	Kosten in Euro	Gestorbene	Rang
Baden-Württemberg	-11,9	-12,6	-8,1	-9,7	1
Hamburg	-9,8	-8,7	3,5	-2,8	2
Sachsen	-2,5	-5,0	-11,6	0,1	3
Hessen	-5,0	-2,8	0,1	-5,1	4
Schleswig-Holstein	-5,8	-1,4	-2,6	-0,5	5
Berlin	-6,2	-7,6	8,2	-1,0	6
Bremen	-5,1	-4,0	2,7	-0,3	7
Niedersachsen	-2,0	-2,2	-4,0	0,9	8
Bayern	-2,0	0,6	1,5	-1,6	9
Rheinland-Pfalz	-1,1	3,8	0,8	1,4	9
Mecklenburg-Vorpom.	0,1	6,9	-4,5	9,3	10
Thüringen	7,8	7,4	-1,2	7,4	11
Nordrhein-Westfalen	10,2	6,5	4,4	3,3	12
Brandenburg	10,1	9,6	3,9	6,0	13
Saarland	9,1	12,7	20,7	10,2	14
Sachsen-Anhalt	11,2	11,6	7,5	11,3	15

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

Tab. 2: Differenz der tatsächlichen und fiktiven Ausgaben für Krankenhausbehandlung 2005

Land	fiktive Ausgaben nach GKV-Profil in Mio. Euro	tatsächliche Ausgaben in Mio. Euro	Differenz in Mio. Euro	Differenz in Euro pro Einwohner
Baden-Württemberg	7.192	6.611	-581	-54
Sachsen	3.133	2.770	-363	-85
Niedersachsen	5.497	5.276	-221	-28
Mecklenburg-Vorpom.	1.166	1.114	-52	-30
Schleswig-Holstein	1.966	1.914	-52	-18
Thüringen	1.649	1.629	-19	-8
Hessen	4.175	4.180	5	1
Bremen	470	483	13	19
Rheinland-Pfalz	2.803	2.825	21	5
Hamburg	1.182	1.223	41	24
Brandenburg	1.762	1.830	68	27
Bayern	8.415	8.538	123	10
Sachsen-Anhalt	1.776	1.910	133	54
Saarland	745	899	154	147
Berlin	2.252	2.436	184	54
Nordrhein-Westfalen	12.356	12.900	544	30
Kosten gesamt	56.539	56.539		
Ausgleichsvolumen zwischen den Ländern			1.233	

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

9. Die Krankenhausplanung wird bleiben, aber an Bedeutung verlieren

Der Ausgabenanstieg für die Krankenhausbehandlung als Folge des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschrittes und der demographischen Entwicklung wächst grundsätzlich schneller als die finanziellen Möglichkeiten. Dies war bisher so und daran wird sich auch in der Zukunft nichts ändern. Im Gegenteil, die Schere wird sich immer weiter öffnen. Das Ergebnis ist bereits jetzt eine verdeckte Rationierung. Auch die derzeit diskutierte künftige Steuerung der stationären Leistungen mit Hilfe der Trennung von elektiven, selektiven und demnächst vermutlich „spekulativen“ Leistungen wird dieses Grundsatzproblem nicht lösen. Diese, sogar ausgezeichnete Lösung, vermag allerdings allein im Hinblick auf die zahlreichen Abgrenzungsprobleme Bürokraten zu begeistern. Übersehen wird dabei möglicherweise, dass auch der Begriff Notfallversorgung sich einer rechtlichen Überprüfung stellen muss. Einvernehmliche Entscheidungen in den Planungsausschüssen sind dafür nicht ausreichend. Die Betonung der stationären Notfallversorgung als verbindlicher Planungsinhalt der Krankenhausplanung, begründet mit der Verpflichtung zur Daseinsvorsorge, muss zwingend die Aspekte der Raumordnung beachten. Konsequenterweise hieß es noch im 6 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetz aus dem Jahr 1972 „Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten“. Tatsache ist jedoch, dass der Gesichtspunkt der stationären Notfallversorgung in den Folgejahren als Planungsgegenstand offensichtlich mangels Notwendigkeit keine Rolle spielte und deshalb folgerichtig der Hinweis auf die Beachtung der Raumordnung und Landesplanung aus dem KHG entfernt wurde.

Auf den Punkt gebracht besteht die bisherige Krankenhausplanung grundsätzlich darin, den „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“, d.h. das von den Krankenkassen anerkannte Pfl egetagevolumen, in Form von Betten, mehr oder weniger detailliert und möglichst einvernehmlich auf die zugelassenen Plankrankenhäuser zu verteilen. Seit 1973 ist es allerdings nicht gelungen, mit Hilfe der staatlichen Krankenhausplanung die Versorgungsunterschiede zwischen den Ländern (siehe auch Tab.1) und die regionalen Versorgungsunterschiede innerhalb der Länder zu beseitigen. Den Ländern ist es nach wie vor rechtlich verwehrt, einen unter dem tatsächlichen Bedarf liegenden „wünschenswerten Bedarf“ zur Grundlage der Krankenhausplanung zu machen. Dieser Grundsatz würde übrigens auch für eine Leistungsplanung durch Länder oder die Krankenkassen gelten. An dieser grundsätzlichen rechtlichen Vorgabe hat sich auch durch das Fallpauschalensystem nichts geändert. Sie erschwert die Veränderung der Bettenkapazitäten insgesamt und im Einzelfall. Dazu kommt seit 2004 die Möglichkeit der Konkurrentenklage, mit der bewusst eine „Versteinerung“ bestehender Angebotsstrukturen verhindert und der Zugang neuer Einrichtungen im Sinne einer Deregulierung ermöglicht werden soll.

Die durch das Fallpauschalensystem und die Gesundheitsreform bereits ausgelösten „wettbewerbsorientierten“ Veränderungen der Nachfrage und der Angebotsstrukturen bei den Krankenhäusern verlaufen bereits jetzt systemimmanent wesentlich schneller als die Umsetzungsgeschwindigkeit der rechtsstaatlich geregelten Krankenhausplanung in Form der Angebotsplanung. Dabei ist dies noch die vergleichsweise einfachste Form der Krankenhausplanung. Unter diesen Umständen müsste sich eigentlich jede ernsthafte Diskussion über differenziertere Formen von Krankenhausplanung, beispielsweise in Form einer Leistungsplanung, erübrigen. Da die weit überwiegende Zahl der Krankenhausstandorte von den zuständigen Planungsbehörden, aus welchen Gründen auch immer, sowieso nicht in Frage gestellt wurden und werden, ist es wesentlich effizienter, inhaltliche Veränderungen der Angebotsstrukturen (Leistungen) als Folge der Vereinbarungen der Vertragsparteien (Krankenhäuser und Krankenkassen) herbeiführen zu lassen als über die Krankenhausplanung, die damit sogar formal das Betriebsergebnis beeinflussen würde, ohne dafür Verantwortung zu übernehmen, womit letzten Endes sogar der Zweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, nämlich die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, gefährdet würde.

Das „Bett“ ist nach wie vor die essentielle rechtliche Voraussetzung für die Anerkennung einer vollstationären Behandlung und damit konstitutiv für eine Krankenhausplanung als Angebotsplanung zur Steuerung der Behandlungsorte für die stationäre Behandlung. Es ermöglicht auch problemlos die Feststellung der Über- oder Unterschreitung des jeweiligen Versorgungsauftrages durch das Krankenhaus.

Man kann in einem Versicherungssystem mit Hilfe einer „parallelen Planungskompetenz“ nicht den gleichen Tatbestand, nämlich das Leistungsangebot des Krankenhauses in Form von Art und Menge, gleichzeitig zum Gegenstand des „Planungsrechtes nach dem KHG“ und des „Leistungsrechtes nach dem SGB V“ (Vereinbarungsprinzip) machen.

Da es, soweit absehbar, Krankenhäuser als Institution in der traditionellen Form künftig immer weniger geben wird, ist die Festlegung von Standorten, Gesamtbettenkapazität und Fachgebieten über die Krankenhausplanung (Wesentlichkeitsplanung statt missverständlicher Rahmenplanung) bis zur endgültigen Etablierung flächendeckender integrierter Versorgungsstrukturen als völlig ausreichend anzusehen. Spätestens zu diesem Zeitpunkt werden die Zuständigkeitskarten (Kompetenzen) völlig neu gemischt werden müssen.

Die Fortschreibung der Krankenhausplanung sollte bis dahin jährlich an Hand des rechtlich vorgegebenen tatsächlichen Bedarfs erfolgen. Eine Selbststeuerung des Systems durch eine öffentlich zugängliche Transparenz des Leistungsgeschehens kann sich als Ergänzung in diesem Zusammenhang zudem als sehr hilfreich erweisen.

Bei der Diskussion über die künftige Form der Krankenhausplanung bzw. der Steuerung der stationären Krankenhausbehandlung in Deutschland sollte übrigens auch das europäische Umfeld beachtet werden. Keiner der übrigen 24-EU Staaten verzichtet auf eine Krankenhausplanung zugunsten einer reinen Wettbewerbslösung, wenn auch die jeweilige Umsetzung sehr unterschiedlich erfolgt. Die zentralstaatliche Steuerung ist jedenfalls sehr stark ausgeprägt.

Krankenhausplanung bzw. die Steuerung der stationären Leistungen muss künftig mehr als bisher als ein laufender Prozess verstanden werden, nicht als eine in Zeitabständen stattfindende gesundheitspolitische Großveranstaltung als Mittel des politischen Marketing. Letzteres trägt einem zunehmend wettbewerbsorientierten Krankenhauswesen nicht ausreichend Rechnung. Im übrigen wird viel zuviel über die scheinbar umfangreiche Krankenhausplanungskompetenz der Länder und zuwenig über deren aufgrund der Rechtsprechung inzwischen eingetretenen tatsächlich geringen rechtlichen Reichweite diskutiert. „Wünschenswerte“ Entscheidungen werden deshalb nicht selten weniger über klare Rechtsgrundlagen als über sonstige Einflussmöglichkeiten herbeigeführt. Die Länder verfügen zudem über keine Planungskompetenzen für den ambulanten (vertragsärztliche und private) und rehabilitativen Bereich. Damit sind den rechtlich durchsetzbaren Gestaltungsmöglichkeiten der Länder für die angestrebten integrierten Versorgungsstrukturen im Rahmen der Krankenhausplanung enge Grenzen gesetzt.

Systemadäquat wäre in einem zunehmend wettbewerbsorientierten Sektor übergreifenden integrierten Versorgungssystem die Verstärkung einer qualifizierten Moderation gegenüber einem Ausbau der Krankenhausplanung. Die fachliche Qualifikation der daran wesentlich Beteiligten müsste allerdings der zunehmenden Komplexität der Angebotsstrukturen entsprechend angepasst werden. Wer Sektor übergreifend moderieren will, muss über die rechtlichen, strukturellen und tatsächlichen Voraussetzungen und Mechanismen der einzelnen Sektoren bestens informiert sein. Dafür sind allerdings neben juristischen Kenntnissen in den verschiedenen Sektoren auch Kenntnisse in Betriebswirtschaft, Statistik und Raumordnung erforderlich.

10. Entscheidend ist nicht dualistisch oder monistisch, sondern ausreichend

Soweit die Forderung nach einer monistischen Krankenhausfinanzierung betriebswirtschaftlich begründet wird, ist sie als logisch anzusehen. Zu erwarten, dass über eine monistische Finanzierung den Krankenhäusern mehr Mittel zur Verfügung stehen würden als bei der bestehenden dualistischen, widerspricht dagegen jeder Erfahrung. Eine Änderung der Finanzierungsform bedeutet doch nicht automatisch mehr Finanzmittel. Wieso soll beispielsweise der Bund, der künftig gleichzeitig für die Höhe des bundeseinheitlichen Beitragssatzes zuständig ist, über den Gesundheitsfonds mehr Investitionsmittel zur Verfügung stellen als die Länder über die Investitionsprogramme ?

Die für die Krankenhäuser entscheidende Frage kann deshalb nicht lauten: monistisch oder dualistisch, sondern ob ausreichend oder nicht. Die gegenwärtig diskutierte Übergangslösung von 15 Jahren bis zu einem monistischen Finanzierungssystem hat ja nicht zum Ziel, künftig auf Dauer ausreichend Mittel zur Verfügung zu stellen, sondern dient eher als marketingorientierte Absichtserklärung für die Zukunft, vergleichbar dem Protokoll von Heiligendamm zur Rettung des Klimas im Jahr 2050.

Die knappen öffentlichen Fördermittel müssen wesentlich stärker im Sinne des „Triageprinzips“ und nicht des „Bedarfsprinzips“ zur Vermeidung von Fehlinvestitionen und zur Hebung von Synergieeffekten eingesetzt werden. Bei einer notwendigen Reduzierung der Bettenkapazität bis 2015 von 20% und mehr in einigen Ländern und den systemimmanenten Konzentrationsprozessen müsste eigentlich die daraus resultierende kurz- und mittelfristige Schließung zahlreicher Abteilungen und Krankenhäuser (Vermeidung der Doppel- und Mehrfachvorhaltungen an einem Ort) und nicht die Frage dualistische oder monistische Finanzierung im Mittelpunkt der gegenwärtigen Überlegungen stehen.

Nur die Schließung von Krankenhäusern bzw. -abteilungen verbessert die Überlebenschance der verbleibenden. Je länger derartige Entscheidungen aufgehoben werden, desto mehr Krankenhäuser werden von den Verzögerungen negativ betroffen. Eine Marktbereinigung würde die Systemeffizienz und die Finanzierungssituation verbessern. Monopolartige regionale Clusterbildungen von Krankenhäusern bzw. flächendeckende Sektor übergreifende integrierte Angebotsstrukturen wären die nahe liegende Folge.

Die Diskussion über die monistische Finanzierung verläuft seit Jahrzehnten in Deutschland zutiefst ideologisch. Die Form und nicht die realistische erforderliche Höhe der Finanzierung steht unverändert im Mittelpunkt der Überlegungen. Trotz der seit Jahren laufenden Diskussion ist beispielsweise die konkrete Höhe der derzeit noch einzulösenden Finanzierungsverpflichtungen der Länder bzw. der Krankenhäuser und Hochschulkliniken nicht bekannt. Zweifelsfrei ein erstaunlicher Tatbestand.

Parzifal auf der ewigen Suche nach der problemlosen Finanzierung. Nirgendwo in Europa gibt es ein rein monistisch finanziertes Krankenhauswesen. Der derzeitige Diskussionsverlauf erinnert stark an die Einführung des weltweit einmaligen 100%-igen Fallpauschalensystems, mit inzwischen jährlicher Erweiterung und immer mehr Zuschlägen. Die reine Lehre wird so nachträglich der Realität angepasst. Die Budgetierung lässt bereits aus der Ferne grüßen.

Wenn dem aber so ist, erhebt sich die Frage, wem die Umstellung von der dualistischen auf eine monistische Finanzierung nach 2009 eigentlich am meisten nutzen würde. Und hier wird klar erkennbar, dass der eigentliche Gewinner einer monistischen Finanzierung nicht die Krankenhäuser sein würden, die auch künftig eine nicht ausreichende Finanzierung beklagen werden, sondern der Bund, der auf diesem Weg den Möglichkeiten einer zentralstaatlichen Steuerung des Krankenhauswesens und damit des gesamten Gesundheitswesens ein entscheidendes Stück näher gerückt wäre.

11. Die Wahrscheinlichkeit spricht 2020 für ein zentralstaatlich reglementiertes Krankenhauswesen

Nicht die Konvergenz, sondern der bundeseinheitliche Beitragssatz wird die künftige Rolle der Krankenhäuser bzw. der stationären Krankenhausbehandlung entscheidend beeinflussen. Die staatliche Festsetzung eines für alle Krankenkassen einheitlichen Beitragssatzes, unabhängig von der jeweiligen Bedarfslage, bedeutet de facto den Anfang vom Ende des bestehenden Versicherungssystems. Ab 2009 wird zudem ein Gesundheitsfonds eingeführt.

Der bundeseinheitliche Beitragssatz in Verbindung mit steigenden Bundeszuschüssen einerseits und die Versorgungsunterschiede zwischen den Ländern andererseits, werden zwangsläufig die Forderungen nach bundeseinheitlichen Basisfallwerten und bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben für die Krankenhausversorgung verstärken. Dazu kommen zunehmend die „harmonisierenden“ Einflüsse der europäischen Gesundheitspolitik über die offene Methode der Koordinierung. Die Errichtung eines Gesundheitsinstitutes auf Bundesebene (DBIG = Deutsches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen) ist eine weitere nahe liegende logische Konsequenz auf dem Weg zu einem zentralstaatlich geregelten Krankenhauswesen.

Der Privatisierungsboom bei den Krankenhäusern wird sich möglicherweise bis 2020 erschöpft haben, da es bei staatlich reglementierten Fallpauschalen mit fortbestehender Gesamtdeckung, selbst bei einer Mengenfregabe, schwierig sein wird, auf Dauer die erforderlichen Renditen zu erzielen. Mit dem verbleibenden Verdrängungswettbewerb lassen sich nicht alle Probleme lösen. Zu viele Hechte in einem Karpfenteich zerstören zudem das ökologische Gleichgewicht und damit sich selbst.

Eines ist jedenfalls als sicher anzusehen: Das Krankenhaus als Institution wird es im Jahr 2020 mit der traditionell gewohnten sektoralen, d.h. überwiegend stationären, Aufgabenstellung nicht mehr geben. Es spricht vielmehr vieles dafür, dass dann auf einer Immobilie stationäre, teilstationäre, ambulante, pflegerische und rehabilitative Leistungen angeboten werden, ergänzt durch gesundheitsnahe Angebote und vernetzt mit regionalen Einrichtungen. Alles zusammen wird verbunden mit den Möglichkeiten der Telekommunikation und Telemedizin. Dies hat enorme Auswirkungen auf die bauliche Gestaltung, die Betriebsabläufe und die Personalbesetzung. Flexibilität bekommt Vorrang vor Dauerlösungen. Mit der Infrastruktur ändert sich aber auch die Kultur des Miteinander. Infrastrukturfragen sind auch Kulturfragen. Dies hat auch Auswirkungen für die betroffenen Patienten.

Dr. Ernst Bruckenberger
www.bruckenberger.de