

Krankenhausplanung

Wandel der ordnungspolitischen Vorstellungen

Parallele Kompetenz von Bund und Ländern behindert klare Verantwortungszuweisung.



Foto: Reichmann/af

Die generelle Zuständigkeit der Länder für das Gesundheitswesen, vor allem die stationäre Krankenversorgung einerseits und die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflugesätze“ sowie die Zuständigkeit für die Regelung der Gesetzlichen Krankenversicherung andererseits, bedingt seit Jahrzehnten ein latentes Spannungsverhältnis zwischen Bund und Ländern. Das jeweils zuständige Bundesministerium hat in diesem Zusammenhang seit 1977 erfolgreich Gesetzgebungsaktivitäten ausgelöst, mit dem Ziel, die Grundgedanken des Leistungsrechtes der vertragsärztlichen Krankenversorgung auch auf den Krankenhausbereich zu übertragen. Dass bei diesen Auseinandersetzungen der Bund vor allem die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenkassen“ und die Länder die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser“ im Auge haben, ist nicht weiter verwunderlich.

Die gesetzlich vorgegebene angebotsorientierte Krankenhausplanung (Mittelverwendungsplanung) der Länder – legitimiert durch die Investitionsfinan-

zierung – ging 1973 von einer Kongruenz von Planungs- und Vergütungseinheit aus. Gegenstand der Planung war das Krankenhaus. Vergütungseinheit war ein tagesgleicher vollpauschalierter Pflugesatz. Mit der Anwendung des Fallpauschalensystems ab 2004 wurde diese Kongruenz endgültig beseitigt, ohne dass geklärt wurde, wie unter der Weitergeltung der bisherigen Planungsgrundlagen künftig eine effiziente und gerichtlich überprüfbare Krankenhausplanung durchgeführt werden kann. Das Bundesverfassungsgericht hat überdies 2004 den Rechtsschutz des/der unterlegenen Konkurrenten bei der Aufnahme in den Krankenhausplan durch die Zulässigkeit der Konkurrentenklage gestärkt.

Planungsmaßstab ist der tatsächliche Bedarf

Planungsmaßstab für die Krankenhausplanung ist der „im Einzugsbereich des Krankenhauses tatsächlich vorhandene und zu versorgende und nicht ein mit diesem tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmender durchschnittlicher oder erwünschter Bedarf“. Der tatsächlich zu

versorgende Bedarf ergibt sich aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und deren Anerkennung, also deren Abrechnung durch die jeweils zuständigen Krankenkassen. Auch nach der Einführung von Fallpauschalen behält dieser von der Verwaltungsgerichtsbarkeit erarbeitete Bedarfsbegriff seine Gültigkeit. Die Summe der Kostenübernahmen durch Krankenkassen oder Selbstzahler dokumentiert den tatsächlich zu versorgenden Bedarf unabhängig davon, ob die Basis der Abrechnung tagesgleiche Pflegesätze oder Fallpauschalen sind.

Nach der gegenwärtigen Rechtslage sind unverändert die Krankenhäuser und nicht die darin erbrachten Leistungen Gegenstand der kapazitätsorientierten Krankenhausplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Das „eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhaus“ und nicht die einzelne Krankenhausleistung soll in den Krankenhausplan aufgenommen und wirtschaftlich gesichert werden. Es gibt keine unmittelbaren rechtlichen Auswirkungen des Fallpauschalengesetzes auf den Inhalt der Krankenhausplanung. Das Fallpauschalengesetz ist ausschließlich eine Vergütungsregelung, die jederzeit weiterentwickelt oder durch ein anderes Vergütungssystem ersetzt werden kann. Die Krankenhausplanung befasst sich demgegenüber mit Statusfragen und Fragen der Investitionsförderung. Aus rechtlicher Sicht haben Kapazität und Vergütung nichts miteinander zu tun. Eine Planung des Leistungsgeschehens durch die Planungsbehörde scheidet aus, weil sich damit das Vereinbarungsprinzip erübrigen würde. Eine vollstationäre Behandlung unterscheidet sich von einer teilstationären oder ambulanten Behandlung durch die dafür gesetzlich geforderte Unterkunft (Bett). Daher ist davon auszugehen, dass ein Krankenhausplan, der keine Betten ausweist, nicht den Tatbestand eines Krankenhausplanes nach dem KHG erfüllt.

Die ordnungspolitischen Vorstellungen der Deregulierung von Bahn, Post, Wasser- und Energiewirtschaft und der damit verbundene Druck auf eine stärkere Privatisierung der Daseinsvorsorge haben auch auf das Krankenhauswesen übergreifen. Erleichtert wird diese Privatisierungswelle durch die nachlassen-

de Finanzierungsbereitschaft der Länder. So wurden die KHG-Mittel im Zeitraum von 1991 bis 2005 mit dem Hinweis auf den Haushaltsvorbehalt um 35,8 Prozent reduziert. Der Anteil der privaten Krankenhäuser an allen Krankenhäusern hat sich in diesem Zeitraum folgerichtig von 14,4 auf 28,2 Prozent und der Anteil an den gesamten Betten von 4 auf 14,2 Prozent erhöht. In Hamburg, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern wird der private Anteil an den gesamten Betten 2006 beinahe 50 Prozent erreichen.

Bettenabbau bis 2015

In den nächsten Jahren ist nach Expertenmeinungen in Deutschland mit einem deutlichen Bettenabbau zu rechnen. Eine bundesweite altersbereinigte, länderbezogene einheitliche Bettenziffer von 4,5 Betten auf 1 000 Einwohner, dies entspricht etwa dem europäischen Durchschnittswert, würde einen bundesweiten Bettenabbau von 156 531 Betten, das sind 30 Prozent, bedeuten. Die Bandbreite dieses Bettenabbaus reicht dabei von 1 664 Betten in Bremen bis zu Nordrhein-Westfalen mit 54 655 Betten (40 Prozent).

Die traditionelle Form der Krankenhausplanung wird den nach den gesetzlichen Vorgaben daraus kurzfristig zu ziehenden Konsequenzen im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung nicht gerecht. Nur durch die Schließung von Krankenhäusern und Abteilungen und die Bildung von Leistungsschwerpunkten als Folge der Mindestmengenregelung und Mindestbesetzung können tatsächlich Kostensenkungseffekte und Effizienz- beziehungsweise Qualitätssteigerungen erzielt werden. Die Verlagerung der zwingend gebotenen Reduktionsentscheidungen auf die Krankenhäuser beziehungsweise die Selbstverwaltung durch manche Planungsbehörden ist ein Zeichen von Unsicherheit und Konfliktvermeidung und nicht ein Ausdruck von klaren Vorstellungen über zukunftssichere Angebotsstrukturen. Das Gleiche gilt für ein Abwarten auf das Ende der Konvergenzphase. Die entscheidende Voraussetzung für den in Deutschland seit Jahren geforderten deutlichen Bettenabbau in Verbindung mit dem Auf-

bau einer zeitgemäßen integrierten Angebots- und Ablaufstruktur sind neben einem klaren Gestaltungswillen ausreichende Investitionsmittel sowie tatsächliche Fortschritte bei der Integrierten Versorgung und nicht eine Vertiefung der Krankenhausplanung.

Das einzelne Krankenhaus, wie die einzelne Praxis, hat als isolierte Einheit unter den sich aus Gründen der Qualitätssicherung, der Wirtschaftlichkeit und des Wettbewerbs schnell verändernden Rahmenbedingungen keine Überlebenschance. Bei Aufrechterhaltung der bestehenden Rechtslage muss deshalb die Auswahl der künftigen Krankenhausstandorte im Sinne einer regionalisierten Versorgung (Clusterbildung) in den Kreisen beziehungsweise Regionen in den Mittelpunkt einer aktiven Moderatorenrolle der Planungsbehörde rücken. Nur durch lokale oder regionale Clusterbildungen ist eine sinnvolle Abstimmung von Leistungsvolumen, -breite und -tiefe und die Realisierung von Synergieeffekten qualitativer und wirtschaftlicher Art möglich. Der Zukunftssicherung der gesamten stationären und ambulanten Angebotsstruktur eines Kreises beziehungsweise einer Region ist eindeutig der Vorrang vor der „politischen“ Standortsicherung einzelner Krankenhäuser einzuräumen. Gefordert sind deshalb Agieren und nicht lähmendes passives Verhalten.

Innovative Lösungen wie zum Beispiel das Teleportalkrankenhaus können sich in diesem Zusammenhang unter Ausschöpfung der Möglichkeiten der Telemedizin als hilfreich erweisen und im Zweifel sogar Standorte sichern, denen unter „normalen“ Bedingungen als Einzelstandort keine Überlebenschance eingeräumt werden kann. Für Ballungsgebiete und ländliche Räume bedarf es allerdings unterschiedlicher Lösungen.

Krankenhausplanung und Wettbewerbsrecht

Im Zusammenhang mit den genannten Entwicklungen wird vom Bundeskartellamt nun zunehmend das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) angewendet. Der Konflikt zwischen den über die Krankenhauspla-

nung umzusetzenden gesundheitspolitischen Zielen und dem Wettbewerbsgedanken ist damit vorgezeichnet. Bei dieser Auseinandersetzung ist zu beachten, dass die Krankenhausplanung die Ziele des KHG und nicht die des GWB umzusetzen hat. Für die Krankenhäuser sind sowohl der Marktzugang als auch die Preisfindung und die Umsatzhöhe öffentlich-rechtlich reglementiert. Der Sicherstellungsauftrag überlagert nicht nur die für die Anwendung des Wettbewerbsrechtes erforderliche Abgrenzung des relevanten Marktes in sachlicher und räumlicher Beziehung. Der Sicherstellungsauftrag verdrängt auch die Bewertung solcher Märkte im Sinne des herkömmlichen Wettbewerbsrechtes.

Ungeklärte Fragen

Es ist nach wie vor ungeklärt, ob künftig die Gestaltung der Krankenhausstruktur wie bisher im Wege der föderalen staatlichen kapazitätsorientierten Krankenhausplanung oder eher im Rahmen eines marktwirtschaftlich orientierten Systems mit all den dann zu ziehenden Konsequenzen erfolgen soll. Erfahrungsgemäß wird man sich in Deutschland im Hinblick auf den bestehenden Kompetenzdualismus zwischen Bund und Ländern und die dadurch mögliche gegenseitige Verantwortungszuweisung für den Fall des Misslingens für beides entscheiden. Die Krankenhausplanung der Länder wird deshalb in den nächsten Jahren formal bestehen bleiben. Ihr tatsächlicher Einfluss wird jedoch im Hinblick auf die Unsicherheit über ihre Ausformung unter den Bedingungen des Fallpauschalensystems, der Rechtsprechung, der Europäisierung und der weiter abnehmenden Finanzierungsbereitschaft immer mehr zurückgehen. Andererseits wird der Bund wie bereits in der Vergangenheit weiterhin versuchen, über die Gestaltungsmöglichkeiten des SGB V Einfluss zu nehmen.

Die Krankenhausplanung spiegelt so gesehen den auch in anderen Politikfeldern seit Jahren feststellbaren Verlust von klaren ordnungspolitischen Vorstellungen und die fehlende Kraft für die zu treffenden Grundsatzentscheidungen wider. Dr. jur. Ernst Bruckenberg