

Dr. Ernst Bruckenberger

Krankenhausplanung der Zukunft: Wer bezahlt – wer bestimmt? *

Fassung vom 29.03.2007

- * Einführungsreferat anlässlich des Gesundheitskongresses des Westens 2007 am 28. Und 29. März 2007 in Essen, WISO S.E. Consulting GmbH

Die bisherigen Rahmenbedingungen

Das unveränderte politisch-strategische Ziel des Bundes ist die zentralstaatliche Steuerung des Krankenhauswesens

- 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 zum Zentralstaat wird zudem durch die zunehmende Neigung zur Harmonisierung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union gefördert.
- Die „schleichende“ Zentralisierung des Krankenhauswesens erfolgt 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.

Die zentralstaatliche Steuerung des Krankenhauswesens erfolgt bereits seit Jahren über das Sozialgesetzbuch

- Ein von klarem Gestaltungswillen geprägtes Gesundheitsministerium ist, wie die Gesetzgebung der letzten Jahre beweist, gegenüber sechzehn Ländern, die durch unterschiedliche politische Interessenlagen gekennzeichnet sind, längerfristig immer im Vorteil.
- Der erste Versuch des Bundes 1980 bundeseinheitliche Rahmenvorgaben für die Krankenhausplanung über das Krankenhausfinanzierungsgesetz einzuführen, scheiterte an der Haltung des Bundesrates mit dem Hinweis auf die Verfassungswidrigkeit dieses Vorgehens. Dies führte zu einem grundsätzlichen Strategiewechsel des Bundes. Die schrittweise Kompetenzverlagerung beim Krankenhauswesen zu Gunsten des Bundes erfolgte seitdem fast ausschließlich über das Sozialgesetzbuch (bis 1989 RVO, seither SGB V). 1989 wurde mit dem Gesundheitsreformgesetz der „Rubikon“ überschritten. Seither werden die Grundgedanken des Leistungsrechtes der ambulanten Versorgung immer stärker auf die stationäre Versorgung übertragen. Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde beseitigt.
- Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bestimmt seit 1.4.2007 erstmals der Bund im SGB V eine Leistung zum Gegenstand der Krankenhausplanung der Länder. Es handelt sich um ambulante Behandlungen für einen Katalog hochspezialisierter Leistungen nach § 116 b. Der Katalog kann durch den GBA erweitert werden. Eine Bedarfsprüfung ist nach der Begründung des Gesetzentwurfes ausgeschlossen. Es handelt sich folglich nur um eine Eignungsprüfung (Betriebserlaubnis) mit einer Abrechnungsverpflichtung für die Krankenkassen. Dies ist einer Planung nach dem KHG systemfremd und wettbewerbsverzerrend.

Die Deregulierung erfasst auch das Gesundheitswesen

- Die seit den 90-er Jahren erfolgte Deregulierung früher unbestrittener Bereiche der Daseinsvorsorge (z.B. Wasser, Strom, Gas, Post und Telekommunikation, Bahn usw.) ergreift Schritt für Schritt auch das Gesundheitswesen. Damit werden gleichzeitig auch die mit einer Marktwirtschaft verbundenen Denk- und Verhaltensweisen übernommen. Die 1973 im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geregelten Voraussetzungen für die Krankenhausplanung und -finanzierung haben dieser Entwicklung bisher nicht Rechnung getragen, handelt es sich doch um durch die Länder mitbestimmungspflichtige Regelungen.
- Durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die laufenden Veränderungen der Angebotsstrukturen verliert der Krankenhausbegriff immer mehr seinen bislang rechtlich eindeutigen sektoralen Bezug auf die Einrichtung, den Standort und die Aufgabenstellung. Unterstützt wird diese Entwicklung durch den Wandel vom sektoral orientierten Krankenhausträger zum sektorenübergreifenden Anbieter von Gesundheitsleistungen in Verbindung mit dem Ausbau ambulanter und integrierter Versorgungsformen.
- Der Krankenhausbegriff wird zunehmend mit dem Begriff des Betriebes im Wirtschafts- und Steuerrecht gleichgesetzt. Krankenhäuser sind inzwischen Wirtschaftsunternehmen, die sich Wettbewerbsvorteile erarbeiten und diese auch nutzen. Motor dieser Entwicklung waren die privaten Klinikketten und der Druck des Verdrängungswettbewerbs.

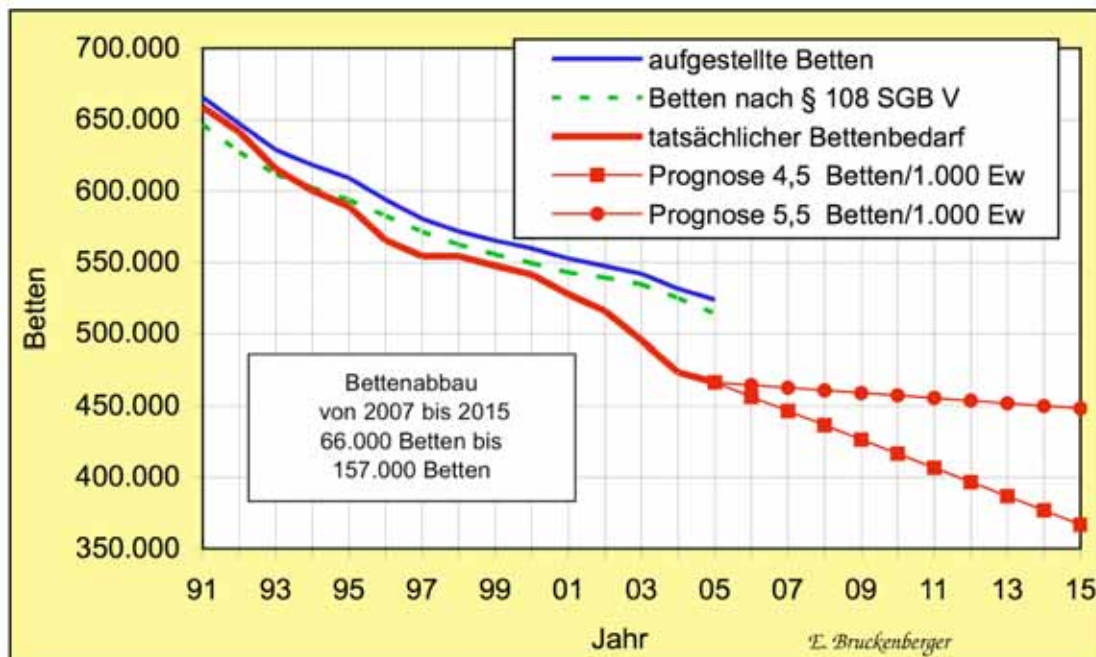
-

Bisherige Ergebnisse der Krankenhausplanung und -finanzierung

Ergebnis der sektoralen staatlichen Krankenhausplanung

- Von 1991 bis 2005 wurde die Zahl der Betten um 21%, die Pfl egetage um 29% und die Verweildauer um 39 % reduziert. Die Zahl der vollstationären Fälle ist um 29 % und die Kosten sind um 52% angestiegen. Der Einfluss der Betten auf die Kosten wird eindeutig überschätzt.
- Die „wettbewerbsorientierten“ Veränderungen der Nachfrage und der Angebotsstrukturen verlaufen seit Jahren wesentlich schneller als die Umsetzungsgeschwindigkeit einer immer detaillierteren rechtstaatlich geregelten, durch die Rechtsprechung stark beeinflussten und zeit- aufwendigen Krankenhausplanung (siehe Abb. 1). Die Differenz zwischen den aufgestellten Betten und dem tatsächlichen Bedarf schwankte 2005 zwischen 461 Betten in Mecklenburg-Vorpommern und 15.553 Betten in Nordrhein-Westfalen, bundesweit waren es 57.449 Betten.

Abb. 1: Entwicklung der Bettenkapazität in Deutschland

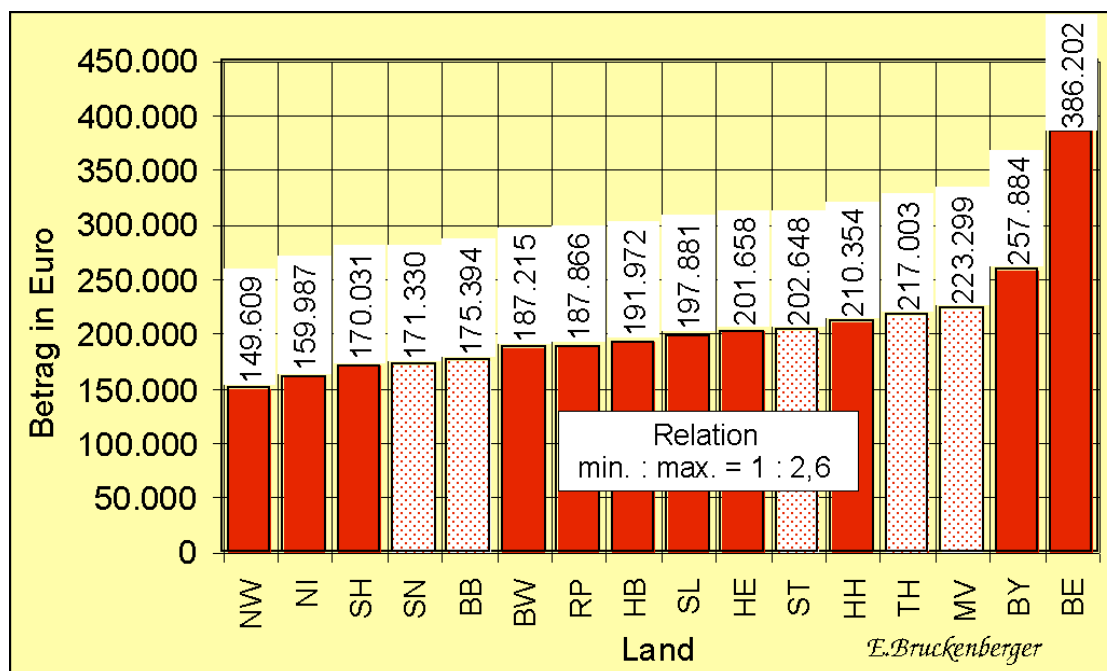


Quelle: Darstellung und eigene Berechnungen auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Ergebnis der öffentlichen Krankenhausfinanzierung

- Von 1972 bis 2006 wurden von den Ländern insgesamt 92,4 Mrd. Euro an KHG-Mitteln aufgebracht. Die KHG-Mittel der einzelnen Länder unterscheiden sich deutlich. In den neuen Bundesländern wurden ab 1991 mehr KHG-Mittel pro Bett/Platz zur Verfügung gestellt als in den meisten alten Bundesländern (z.B. Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein) seit 1972 (siehe Abb.2). Vom Bettenabbau in den nächsten Jahren werden auch Neubauten betroffen.
- Der Anstieg der beitragsfinanzierten Ausgaben für Krankenhausbehandlung ist seit 1973 rd. 11 mal (!!) so hoch wie der Anstieg der steuerfinanzierten KHG-Mittel, die über die durch den Haushaltsvorbehalt begrenzten Länderetats zur Verfügung gestellt werden.

Abb. 2: KHG-Mittel pro Bett/Platz von 1972 bis 2006 im Ländervergleich *



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Krankenhausausschusses der AOLG

*Bei den KHG-Mitteln handelt es sich um Haushaltsansätze

Nicht berücksichtigt wurden:

Die Investitionsmittel für Hochschulkliniken, die Investitionsmittel für Vertragskrankenhäuser, die Eigenmittel für Plankrankenhäuser, die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen und die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge

Ergebnis der „Verzahnungsoffensive“

- Bei den bisherigen „Verzahnungsbemühungen“ zwischen dem stationären und vertragsärztlichen Versorgungssektor überwiegen eindeutig die additiven gegenüber den substitutiven Effekten. Erfahrungsgemäß sind die zusätzlichen Leistungen neuer Verfahren oder neuer Abrechnungsmöglichkeiten höher als die wegfallenden Leistungen der bisherigen Verfahren oder Abrechnungsmöglichkeiten. Die substitutiven finanziellen Auswirkungen auf das Gesamtsystem sind im Gegensatz zu dem öffentlich hervorgerufenen Eindruck bestenfalls als marginal zu bezeichnen. Tatsache ist jedenfalls, dass die Ausgaben für den Krankenhausbereich auch nach Einführung des Fallpauschalensystems ansteigen und die Ausgaben für die angeblich substitutiven Behandlungsformen dazukommen (siehe Tab. 1). Deutlich erhöht wurde jedenfalls der Verwaltungsaufwand.

Tab. 1: Entwicklung der Ausgaben verschiedener Versorgungsbereiche

Jahr	Ausgabenentwicklung nach Versorgungsbereichen in Mio. Euro						
	stationäre Fälle	ambulante Fälle	AHB - Fälle	belegärztliche Fälle	vor-u.nachstat. Fälle	amb.OP (PR)	amb.OP (KH)
93	36.008,9	17.691,0	503,2	346,6	5,3	236,5	2,4
94	39.105,3	18.539,1	657,9	353,1	51,5	341,6	10,8
95	40.745,1	19.264,3	796,4	354,4	100,8	405,5	18,5
96	41.346,3	19.658,4	939,2	362,4	80,1	452,7	29,3
97	42.335,9	19.993,8	1.074,5	379,1	54,1	500,4	42,9
98	43.578,3	20.217,7	1.182,5	415,7	80,8	562,5	62,7
99	43.739,4	20.577,6	1.278,7	405,9	105,8	613,8	84,2
00	44.540,1	20.837,4	1.369,4	376,1	137,1	665,7	105,9
01	44.980,0	21.101,8	1.458,0	382,0	168,0	794,9	131,3
02	46.298,2	22.498,1	1.619,2	362,3	202,4	908,9	160,2
03	46.799,7	23.368,1	1.624,4	338,1	198,2	932,5	211,0
04	47.594,4	22.018,6	1.599,4	299,8	167,1	936,1	357,4
05	48.959,1	23.095,9	1.617,0	279,8	168,8	988,7	400,3
	Ausgabenentwicklung von 1993 bis 2005 in Euro: absolut						
	12.950,2	5.404,9	1.113,8	-66,8	163,5	752,2	397,9
	Ausgabenentwicklung von 1993 bis 2005: %						
	36,0	30,6	221,3	-19,3	3.063,4	318,1	16.723,5

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des BMG

Wohnortbezogenes und altersbereinigtes Länderranking für die stationäre Krankenhausbehandlung 2005

- Beim einem wohnortbezogenen und altersbereinigten Länderranking wesentlicher Versorgungsfaktoren schneidet Baden-Württemberg am besten ab, gefolgt von Hamburg, Sachsen und Hessen, während Sachsen-Anhalt, das Saarland und Brandenburg die ungünstigsten Werte zu verzeichnen haben (siehe Tab. 2). Das Ranking erfolgte mit Hilfe einer Platzziffernbewertung. Bei Vernachlässigung der niedrigsten und höchsten Werte bewegen sich die Abweichungen nur innerhalb einer Bandbreite von + und – 10%, bei den heterogenen Angebotsstrukturen zwischen den Ländern eine erstaunliche Tatsache.

Tab. 2: Prozentuale Über- und Unterschreitung der Bundesdurchschnittswerte wesentlicher Versorgungsfaktoren im Ländervergleich - 2005

Land	Pflege- tage	Fälle	Kosten in Euro	Gestor- bene	Rang
	pro 100.000 Einwohner				
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	10
Mecklenburg-Vorpom.	0,1	6,9	-4,5	9,3	11
Thüringen	7,8	7,4	-1,2	7,4	12
Nordrhein-Westfalen	10,2	6,5	4,4	3,3	13
Brandenburg	10,1	9,6	3,9	6,0	14
Saarland	9,1	12,7	20,7	10,2	15
Sachsen-Anhalt	11,2	11,6	7,5	11,3	16

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

Wohnortbezogenes und altersbereinigtes Länderranking der Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung 2005

- 2005 betragen nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes die Krankenhauskosten insgesamt 56,5 Mrd. Euro. Stellt man die in den einzelnen Ländern für die stationäre Krankenhausbehandlung der jeweiligen Wohnbevölkerung tatsächlich entstandenen und abgerechneten Kosten den am Bundesdurchschnittswert orientierten wohnortbezogenen und altersbereinigten fiktiven Kosten gegenüber, sind merkliche Unterschiede zwischen den Ländern feststellbar. 2005 wurden so gesehen insgesamt 1,23 Mrd. Euro zwischen den Ländern umverteilt (siehe Tab.3).

Tab. 3: Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung nach Ländern 2005

Land	fiktive Kosten nach GKV-Profil	tatsächliche Kosten*	Differenz in Mio. Euro		Differenz in Euro pro Ew
	Mio. Euro	Mio. Euro	abs.	%	
Sachsen	3.133	2.770	-363	-11,6	-85
Baden-Württemberg	7.192	6.611	-581	-8,1	-54
Mecklenburg-Vorpom.	1.166	1.114	-52	-4,5	-30
Niedersachsen	5.497	5.276	-221	-4,0	-28
Schleswig-Holstein	1.966	1.914	-52	-2,6	-18
Thüringen	1.649	1.629	-19	-1,2	-8
Hessen	4.175	4.180	5	0,1	1
Rheinland-Pfalz	2.803	2.825	21	0,8	5
Bayern	8.415	8.538	123	1,5	10
Bremen	470	483	13	2,7	19
Hamburg	1.182	1.223	41	3,5	24
Brandenburg	1.762	1.830	68	3,9	27
Nordrhein-Westfalen	12.356	12.900	544	4,4	30
Sachsen-Anhalt	1.776	1.910	133	7,5	54
Berlin	2.252	2.436	184	8,2	54
Saarland	745	899	154	20,7	147
Kosten gesamt	56.539	56.539			
Ausgleichsvolumen zwischen den Ländern			1.233		

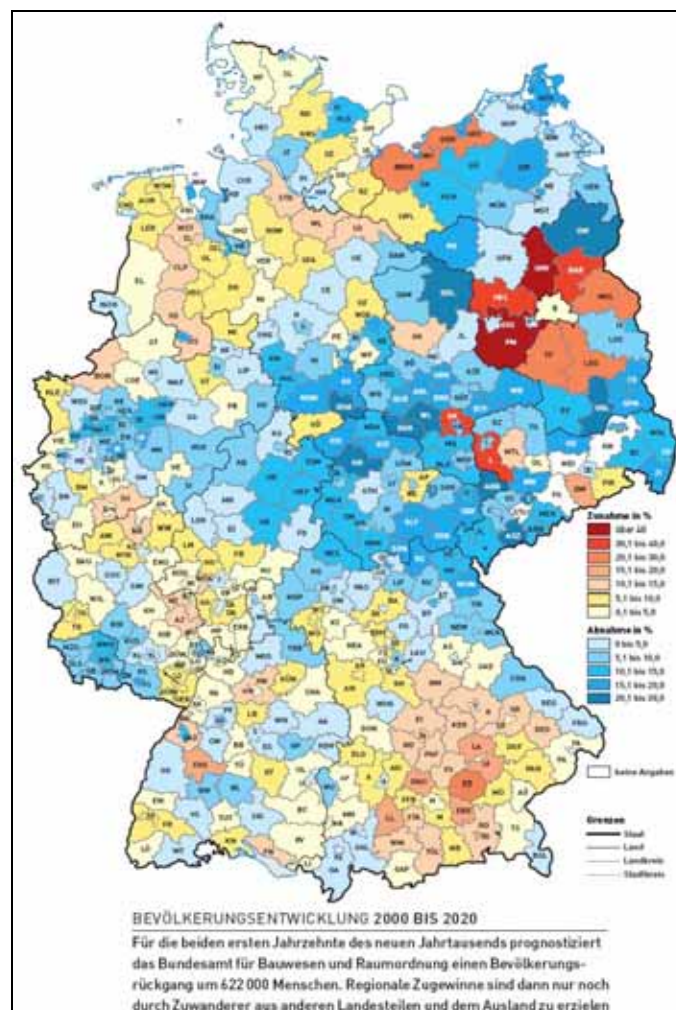
* statistisches Bundesamt (bereinigte Krankenhauskosten) und eigene Berechnungen

Künftige Rahmenbedingungen

Deutlicher Bevölkerungsrückgang in den Städten und Landkreisen Deutschlands bis 2020

- Bis 2020 ist in einer großen Anzahl der kreisfreien Städte und Landkreise Deutschlands mit einem deutlichen Rückgang der Bevölkerung, teilweise um bis zu 30 Prozent (siehe Abb. 3, dunkelblau), mit Verwüstungseffekten der vorhandenen Infrastruktur und zudem mit einer zunehmenden Überalterung zu rechnen. Bis vor kurzem noch von vielen als überholt angesehene Versorgungsstrukturen (z.B. Gemeindekrankenschwestern) werden unter zeitgemäß angepassten Voraussetzungen (z.B. Telemedizin) wieder aufgebaut werden müssen. Auch das bisherige ärztliche Berufsbild wird sich unaufhaltsam ändern.

Abb. 3: Bevölkerungsentwicklung nach Kreisen bis 2020

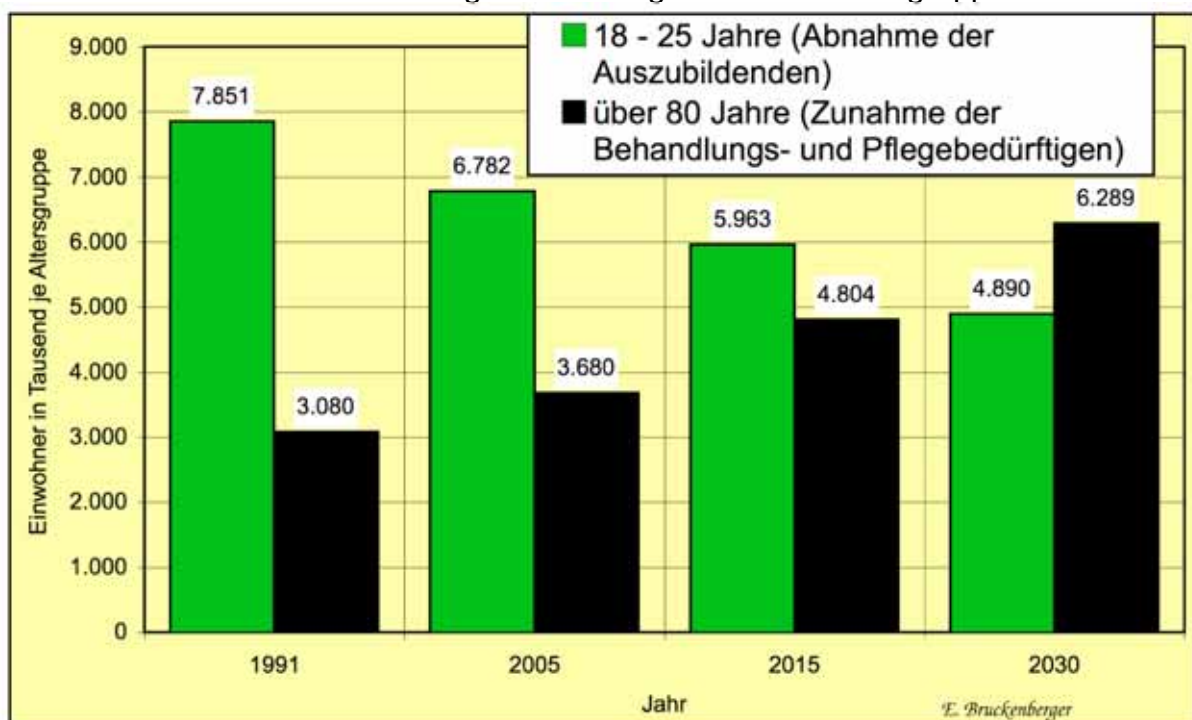


Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Leistungsausweitung und Personalknappheit

- Die Altersgruppe der über 80-Jährigen wird bis 2030 die Altersgruppe der 18-25-Jährigen zahlenmäßig deutlich übertreffen. Aus der erst genannten Altersgruppe kommt die zunehmende Zahl von Behandlungs- und Pflegebedürftigen, aus der zweit genannten Altersgruppe der berufliche Nachwuchs. Das Ausmaß der notwendigen Fremdbetreuung für die Kinder und die ältere Bevölkerung wird dramatisch zunehmen. Diese unaufhaltsamen Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf das Gesundheitswesen und die soziale Betreuung können allerdings mit den gegenwärtigen Versorgungsstrukturen weder erfolgreich bekämpft noch finanziert werden (siehe Abb. 4). Die doppelte Facharztschiene wird ebenfalls nicht zu halten sein.

Abb. 4 : Bevölkerungsentwicklung relevanter Altersgruppen



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

Das „Triageprinzip“ wird das „Bedarfsprinzip“ ablösen

- Bei einer notwendigen Reduzierung der Bettenkapazität bis 2015 von 20% und mehr in einigen Ländern und den systemimmanenten Konzentrationsprozessen muss die daraus resultierende Schließung zahlreicher Abteilungen und Krankenhäuser (Doppel- und Mehrfachvorhaltungen an einem Ort) und nicht die Erweiterung der Regelungstiefe bei der Krankenhausplanung (Fälle, Leistungen) 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 Krankenhäusern werden von den Verzögerungen negativ betroffen. Eine Marktberreinigung würde die Systemeffizienz verbessern. Monopolartige regionale Clusterbildungen von Krankenhäusern bzw. flächendeckende sektorübergreifende integrierte Angebotsstrukturen sind deshalb naheliegend. Der Einsatz des Kartellrechtes steht dazu im Widerspruch.
- Die öffentlichen Fördermittel müssen im Sinne eines „Triageprinzips“ zur Vermeidung von Fehlinvestitionen und zur Hebung von Synergieeffekten eingesetzt werden (siehe Strukturüberlegungen in Niedersachsen, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen).
- Vorrangige Ziele der öffentlichen Förderung im Sinne eines „Triageprinzips“ können nur sein:
 - Zusammenschluss von Krankenhäusern = Fusion mit Standortreduzierung
 - Zusammenlegung von Betriebsstellen = Einhäusigkeit, Reduzierung von Doppel- und Mehrfachvorhaltungen

Am Ende der Entwicklung steht systemimmanent ein zentralstaatlich gesteuertes Krankenhauswesen

- Wie erfahrungsgemäß nicht anders zu erwarten, dominiert bei den bisher diskutierten Vorschlägen für die künftige Krankenhausfinanzierung und -planung nach der Konvergenzphase vor allem die Frage der Gestaltungshoheit (Letztentscheidung) und nicht die Frage der künftigen Versorgungsstruktur. Dabei hat der Bund - im Übrigen mit Zustimmung der Länder - strategisch längst die Weichen für die künftige Entwicklung des Krankenhauswesens gestellt.
- Die staatliche Festsetzung eines für alle Krankenkassen einheitlichen Beitragssatzes unabhängig von der Bedarfslage bedeutet de facto den Anfang vom Ende des bestehenden Versicherungssystems. Ab 2009 wird zudem ein Gesundheitsfonds eingeführt.
- Die Einführung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes in Verbindung mit steigenden Bundeszuschüssen einerseits und die Versorgungsunterschiede zwischen den Ländern andererseits, werden - unabhängig von ihrer Berechtigung - die Forderungen nach bundeseinheitlichen Basisfallwerten und bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben für die Krankenhausplanung verstärken. Dazu kommen zunehmend die „harmonisierenden“ Einflüsse der europäischen Gesundheitspolitik.
- Die Errichtung eines Gesundheitsinstitutes auf Bundesebene (DBIG = Deutsches Bundesinstitut für das Gesundheitswesen) ist eine logische Konsequenz. Die vorhandenen umfangreichen und kostenintensiven Datensammlungen werden nur unzureichend genutzt. Auch die Leistungsdaten und Frequenzstatistiken der vertragsärztlichen Versorgung müssen, vergleichbar den Daten der Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen, öffentlich zugänglich sein.

Zusammenfassung

Das strategische Ziel des Bundes ist unverändert die Zentralisierung

Der Bund bevorzugt für die Krankenhäuser analog dem vertragsärztlichen Bereich unverändert ein zentralistisch gesteuertes Krankenhauswesen mit einem monistisch finanzierten Preissystem mit Vertragswettbewerb (gemeinsam oder kassenspezifisch). Die Krankenkassen und einige Länder stehen diesem Lösungsansatz grundsätzlich positiv gegenüber. Die Finanzierung der Investitionskosten durch die Krankenkassen z.B. über einen DRG-Zuschlag kann nach Lage der Dinge allerdings nur über einen Steuerzuschuss erfolgen. Die Konsequenz wären bundeseinheitliche Rahmenvorgaben für die Krankenhausversorgung.

Das strategische Ziel der Länder bleibt der Föderalismus

Die Länder beanspruchen für die Krankenhäuser unverändert die Letztverantwortung in Form der Gewährleistungsträgerschaft und eine staatliche Krankenhausplanung, eventuell abgespeckt auf eine „Sicherstellungsplanung“ (Grund- und Notfallversorgung). Die Einführung der monistischen Finanzierung ist zwischen ihnen umstritten. Wer für den Fall der Einführung der monistischen Finanzierung zur Rechtfertigung der Planung als Aufgabe der Länder auf die Daseinsvorsorge verweist, muss sich – nicht zuletzt aus rechtlichen Gründen - allerdings verstärkt mit den Leitbildern und Handlungsstrategien der Raumordnung vertraut machen. Bei einem Bettenüberhang von 20 bis 30 Prozent ist zudem nicht die Versorgung strukturschwacher Gebiete mit unwirtschaftlichen Krankenhäusern das wahre Zukunftsproblem, sondern die rechtsstaatlich vertretbare kurz- und mittelfristige Beseitigung von Doppel- und Mehrfachvorhaltungen mit dem Ziel einer Effizienzsteigerung des Gesamtsystems und der Vermeidung von absehbaren Fehlinvestitionen.

Krankenhausplanung oder sektorenübergreifende Moderation

Krankenhausplanung muss mehr als bisher als ein laufender Prozess verstanden werden, nicht als eine in Zeitabständen stattfindende gesundheitspolitische Großveranstaltung. Die fachliche Qualifikation der wesentlich Beteiligten muss der zunehmenden Komplexität der Angebotsstrukturen angepasst werden. Wer sektorenübergreifend moderieren will, muss über die rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen der einzelnen Sektoren bestens informiert sein. Je kasuistischer die über die Krankenhausplanung oder aber über Vertragslösungen erzielten Regelungen sind (z.B. DMP), desto mehr wird die Wahlfreiheit der Patienten in Frage gestellt. Eigentlich müsste die Abklärung der künftigen sektorenübergreifenden integrierten Versorgungsstrukturen Vorrang vor einer Festlegung von Veränderungen der bisherigen Zuständigkeiten haben.

Rahmenplanung- oder Leistungsplanung?

Das „Bett“ ist nach wie vor eine essentielle rechtliche Voraussetzung für die Anerkennung einer vollstationären Behandlung und damit konstitutiv für eine sektorale Krankenhausplanung. Es ermöglicht auch problemlos die Feststellung der Über- oder Unterschreitung des Versorgungsauftrages. Man kann in einem Versicherungssystem 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. Für eine rahmenorientierte Angebotsplanung ist die Festlegung von Standorten, Gesamtbettenkapazität und Fachgebieten als ausreichend anzusehen. Eine Selbststeuerung des Systems durch eine öffentlich zugängliche Transparenz des Leistungsgeschehens kann sich als Ergänzung in diesem Zusammenhang als hilfreich erweisen.

Monistische oder dualistische Krankenhausfinanzierung

Ordnungspolitisch wäre in einem Preissystem die monistische Finanzierung betriebswirtschaftlich die richtige Lösung. In der Realität ist jedoch für die Krankenhäuser nicht die Frage monistische oder dualistische Finanzierung entscheidend, sondern die Höhe, die Art und die Geschwindigkeit mit der die Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden. Auch die Wettbewerbsverzerrung durch die Defizitfinanzierung öffentlicher Krankenhäuser ist hier von Bedeutung.

Budgetierung und Mengenregelung

Die Art der künftigen Preisfindung (Festpreise, Höchstpreise usw.) steht in einem untrennbaren Zusammenhang mit der Fortgeltung oder Beseitigung der prospektiven Budgetierung und der Ausgestaltung der Mengenregelung. Eine verbindliche Mengengrenzung widerspricht dem Versicherungsprinzip und bedeutet die formelle Absicherung von Wartelisten.

Prioritätenwechsel durch die demographische Entwicklung

Der Bevölkerungsrückgang und die Überalterung führen immer schneller dazu, dass für ein akzeptables tägliches soziales Zusammenleben in dünn besiedelten Gebieten das Vorhandensein von wohnortnahen Lebensmittelläden, Gaststätten, Banken, Poststellen usw. als wesentlich wichtiger anzusehen ist als ein subventioniertes bürgernahes rechtlich selbständiges Krankenhaus, das vergleichsweise selten in Anspruch genommen wird. Auch die Personalbesetzung dürfte sich unter derartigen Umständen als schwierig erweisen. Die demographische Entwicklung erfordert deshalb zwingend eine Abkehr von den bisher üblichen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen. Teleportalkrankenhäuser oder Gesundheitszentren mit stationären Behandlungsmöglichkeiten bieten sich hier als denkbare Lösungsmöglichkeiten an.

Die derzeit wahrscheinlichste politische Lösung ist eine Entscheidung nach Art des „bundeseinheitlichen Nichtraucher-schutzes“

Unter den gegenwärtigen politischen Rahmenbedingungen wird erfahrungsgemäß auf absehbare Zeit sowohl die Krankenhausplanung (in welcher Form auch immer) als auch die dualistische Finanzierung (in welcher Form auch immer) beibehalten werden. Die Leistungen werden über DRG's mit Festpreisen (wie fest auch immer) nach bundeseinheitlichen Basisfallwerten vergütet werden. Der künftige bundeseinheitliche Beitragssatz für alle Krankenkassen wird zwangsläufig die Ausgaben-deckelung verlängern. Letztere wird die Zukunft der Krankenhäuser und die Entwicklung der Trägerschaft wesentlich stärker beeinflussen als jede Form der Krankenhausplanung.

Verfasser



Dr. Ernst Bruckenberger

Hitzackerweg 1 a, 30625 Hannover
Tel.: 0511-574553
Fax: 0511-20 34 685
Email: ernst@bruckenberger.de
Internet: <http://www.bruckenberger.de>

Vita

Geboren am 02.04.1940 in Gmunden/Oberösterreich. Studium der Rechtswissenschaften, Promotion, Tätigkeit 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. Von 1979 bis Anfang 2004 Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung im Niedersächsischen Sozialministerium. Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover. Leitender Ministerialrat a. D., Vortrags-, Berater- und Expertentätigkeit.

Drei Bücher: E. Bruckenberger; "Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen" (Kohlhammer, 1978), E. Bruckenberger; "Dauerpatient Krankenhaus" (Lambertus, 1989) und E. Bruckenberger, S. Klaue, H-P. Schwintowski; „Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb“ (Springer, 2005). Zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge über die Krankenhausfinanzierung und -planung, die Abstimmung beim Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte, die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen, die kooperative Regionalisierung, die Auswirkungen des DRG-Systems, die Probleme der Mindestmengenregelung und eine bundesweite jährliche sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie („Herzberichte“).

Weitere Informationen unter <http://www.bruckenberger.de>