






Dr. Ernst Bruckenberger

Von der föderalistischen zur zentralstaatlichen Planung des Krankenhauswesens in Deutschland

- Analyse des politisch-strategischen Ziels des Bundes -






(siehe auch Ernst Bruckenberger: Dauerpatient Krankenhaus, Lambertus, 1989)

Vom Föderalismus zum Zentralismus

-  Die Auseinandersetzung zwischen Föderalismus und Zentralismus in Deutschland hat eine lange Tradition. Sie ist aus den verschiedensten Politikbereichen bekannt. In der Gesundheitspolitik hat diese Auseinandersetzung deshalb eine andere Qualität, weil 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 zwischen Bundesebene und Länderebene geht.
-  Die Zuständigkeit der Länder auf dem Gebiet des Krankenhauswesens kann nicht nur dadurch ausgehöhlt werden, dass der Bund - nicht zuletzt 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 Tendenz zum Zentralstaat wird zudem durch die politischen Gestaltungsmechanismen in der Europäischen Union gefördert.
-  Ein von klarem Gestaltungswillen geprägtes Gesundheitsministerium ist, wie die letzten Jahrzehnte beweisen, gegenüber sechzehn Ländern, die durch unterschiedliche Interessenlagen gekennzeichnet sind, mittel- und langfristig immer im Vorteil. Die seit Jahrzehnten übliche Einbindung der „sachverständigen Leiharbeit“ von Krankenkassenmitarbeitern bei der Gesetzgebung unterstützt diesen Tatbestand (siehe Ärzte-Zeitung vom 29.11.2006).
-  Die „**schleichende Zentralisierung**“ erfolgt zudem unabhängig von der jeweiligen parteipolitischen Zusammensetzung des Bundestages und des Bundesrates und des für die Gesundheit zuständigen Ministeriums. Macht neigt grundsätzlich zur Ausweitung und Zentralisierung. Mehr Macht im Gesundheitswesen bedingt systemimmanent mehr Zentralisierung.
-  Bei der Ausformung des ordnungspolitischen Rahmens für die Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase werden die politisch-strategischen Ziele des Bundes sicherlich eine wichtige Rolle spielen.

Der Multi-Dualismus vor der Gesundheitsreform 2006 (siehe auch Seite 19)

Das Gesundheitswesen in Deutschland weist, gemessen an den übrigen 24 EU-Staaten, einige atypische konfliktsteigernde Doppelstrukturen auf.

-  **Eine doppelte Entscheidungskompetenz**, d.h. der Bund ist für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenkassen zuständig (die Benutzerkosten umfassen derzeit 94,5% der Krankenhauskosten), die Länder für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (die KHG-Mittel umfassen derzeit 5,5% der Krankenhauskosten).
-  **Ein doppeltes Gesundheitsministerium**, d.h. es gibt einen Standort in Berlin und ein Standort in Bonn. Für den letzteren wird zum „Zwecke der Effizienzsteigerung“ gerade ein Neubau für 28 Mio. Euro errichtet.
-  **Eine doppelte Facharztschiene**, d.h. es gibt einerseits Fachärzte in der Praxis und andererseits Fachärzte im Krankenhaus. Die Fachärzte sind in unterschiedliche Sicherstellungsaufträge (Länder und Kassenärztliche Vereinigung) eingebunden.
-  **Ein doppeltes Ordnungssystem**, d.h. es gibt vordergründig eine große verbale Aufgeschlossenheit für einen „marktwirtschaftlichen Wettbewerb“, tatsächlich ist seit Jahren im Rahmen eines gesetzlich „reglementierten Verdrängungswettbewerbs“ eine ausgeprägte Neigung zur zentralstaatlichen Gestaltung feststellbar (die Selbstverwaltung fungiert immer mehr als Mittel zur Kompetenzverlagerung).
-  **Ein doppeltes Krankenversicherungssystem**, d.h. es gibt eine gesetzliche und eine private Vollversicherung.

Die Deregulierung erfasst auch die Krankenhäuser

- 🧨 Art. 4 Abs. 1 EGV verpflichtet die Tätigkeit der Mitgliedsstaaten und der Gemeinschaft „dem Grundsatz einer offenen Marktwirtschaft mit freiem Wettbewerb“. Die daraus resultierende Deregulierung bzw. Privatisierung früher unbestrittener Bereiche der Daseinsvorsorge (z.B. Post/Telekommunikation, Energie, Verkehr usw.) ergreift Schritt für Schritt auch das Krankenhauswesen. Damit werden aber auch die mit einer Marktwirtschaft verbundenen Denk- und Verhaltensweisen übernommen. Das „Denken in Krankenhäusern“ wird durch das „Denken in Leistungen“ abgelöst. Der humanitäre Auftrag gerät dabei immer stärker unter ökonomischen Rechtfertigungsdruck.
- 🧨 Die durch das Fallpauschalensystem und die Gesundheitsreformen ausgelösten „wettbewerbsorientierten“ Veränderungen der Nachfrage und der Angebotsstrukturen im Bereich der Krankenhäuser verlaufen nachweisbar wesentlich schneller als die Umsetzungsgeschwindigkeit einer immer detaillierteren rechtstaatlich geregelten Krankenhausplanung.
- 🧨 Die systemimmanente Konsequenz der zunehmenden Deregulierung des Krankenhauswesens wäre die Errichtung einer spezifischen Regulierungsbehörde (Gemeinsamer Bundesausschuss, Bundesversicherungsamt?) für die Vorgabe von einheitlichen Rahmenvorgaben auf Bundesebene, um sachlich nicht zu rechtfertigende Versorgungsunterschiede zwischen den Ländern anzugleichen.

Wandel des Krankenhausbegriffes

- Durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die laufenden Veränderungen der Angebotsstrukturen verliert der Krankenhausbegriff immer schneller seinen bislang rechtlich eindeutigen sektoralen Bezug auf die Einrichtung, den Standort und die Aufgabenstellung. Unterstützt wird diese Entwicklung durch den Wandel vom sektoral orientierten Krankenhaus zum sektorenübergreifenden Gesundheitszentrum. Gleiches gilt für den Ausbau neuer ambulanter und integrierter Versorgungsformen. Das aus 1972 stammende Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) trägt dieser Tatsache bisher weder bei den Regelungen zur Krankenhausfinanzierung noch bei denen zur Krankenhausplanung Rechnung. Die Strukturveränderungen bei der vollstationären Krankenversorgung werden ausschließlich durch das SGB V angestoßen und vorgegeben.
- **Der Krankenhausbegriff wird zunehmend mit dem Begriff des Betriebs im Wirtschafts- und Steuerrecht gleich gesetzt.** Krankenhäuser sind inzwischen Wirtschaftsunternehmen, die sich Wettbewerbsvorteile erarbeiten und diese auch nutzen. Motor dieser Entwicklung waren die privaten Klinikketten und der Druck des **gesetzlich reglementierten Verdrängungswettbewerbs**. Auch die tatsächliche oder virtuelle Ausgliederung von „Privatpatientenkliniken“ ist eine der daraus folgenden Konsequenzen.
- Früher eigenständige Krankenhäuser an unterschiedlichen Standorten, schließen sich zunehmend zu einem gemeinschaftlichen Krankenhaus zusammen, nicht zuletzt um ein gemeinsames Budget bilden zu können. Aus bisher selbständigen Krankenhäusern werden Betriebsstätten oder auch nicht, (siehe z.B. Vivantes, usw.). Die statistische Zählweise ist ebenfalls nicht einheitlich.

Das KHG umfasst nicht die Planung der gesamten Krankenversorgung im Krankenhaus

- Planungsinhalt für die Kapazitätsplanung (Bett) nach dem KHG ist ausschließlich der „tatsächlich zu versorgende Bedarf“ (BVerwG, Ur. v. 25.07.1985) für die vollstationäre Krankenhausbehandlung. Auch teilstationäre Behandlungen (ohne Übernachtung) sind eigentlich keine Behandlungen im Sinne des KHG.
- Angebotsstrukturen, für die keine Finanzierungsverpflichtung der Länder besteht (z.B. ambulantes Operieren, medizinische Versorgungszentren, hochspezialisierte Leistungen), können nicht Gegenstand der Krankenhausplanung (bzw. des Kontrahierungszwangs) sein. Die Länder haben zudem beispielsweise weder für den vertragsärztlichen Bereich noch für den Rehabereich eine Zuständigkeit bzw. einen Sicherstellungsauftrag.
- Die Steuerung einer flächendeckenden sektorenübergreifenden integrierten Versorgung kann ebenfalls nicht über die Krankenhausplanung erfolgen. Sie ist nach § 140 b SGB V davon sogar ausdrücklich ausgenommen.
- Für wettbewerbsrechtliche Fragestellungen wäre es deshalb im Hinblick auf die mögliche ambulante Leistungserbringung in beiden Versorgungssektoren (Krankenhaus und Praxis) erforderlich, den öffentlichen Auftrag (Umfang der Daseinsvorsorge und des Sicherstellungsauftrages) der Kommunen bzw. der Länder für die genannten ambulanten Versorgungsformen zu klären bzw. zu definieren.

Für die vollstationäre Krankenversorgung nach der Konvergenzphase reicht eine qualitative Standortplanung

Für den Fall der Weitergeltung des Prinzips der Daseinsvorsorge für die vollstationäre Krankenhausversorgung bei gleichzeitigem Ausbau einer bevölkerungsbezogenen flächendeckenden integrierten Versorgung ist eine qualitative Standortplanung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung als ausreichend anzusehen. Auch nach der Konvergenzphase verfügen die Länder mangels Sicherstellungsauftrag keine Planungskompetenz für die ambulante und rehabilitative Krankenversorgung.

Die qualitative Standortplanung sollte umfassen:

- 🔦 **Erstens die Vorgabe von Standorten** (im Sinne einer für die vollstationäre Behandlung relevanten Betriebsstelle) für die Erbringung vollstationärer Krankenhausbehandlungen verbunden mit einer Kapazitätsvorgabe (Bett) durch die Planungsbehörde. Diese Vorgabe ist jährlich, an Hand des tatsächlichen Bedarfes zu überprüfen und anzupassen. Die bisherige Vorgabe separater Budgets für jedes einzelne im Krankenhausplan ausgewiesene Krankenhaus ist aus planerischer Sicht nicht erforderlich und oft ein Hemmnis für eine effiziente Betriebsführung.
- 🔦 **Zweitens die Ausweisung von Fachgebieten** in Abstimmung mit der Weiterbildungsordnung der Ärzte durch die Planungsbehörde. Davon abweichende Planungsinhalte müssen im Hinblick auf die Einschränkung der Berufsfreiheit gesetzlich präzise geregelt werden (Der Begriff „Fachplanung“ ist z.B. im Hinblick auf die Berufsfreiheit nach Art. 12 GG zu unpräzise).
- 🔦 **Drittens die Qualitätssicherung über bundeseinheitliche Kriterien zur Strukturqualität** durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Festlegung der jeweiligen qualitativen Voraussetzungen zur Erbringung der Krankenhausleistungen für das einzelne Krankenhaus sollte **durch die Vertragsparteien erfolgen**.






Verbindliche Leistungs- bzw. Mengenvorgaben durch die Länder sind im Rahmen des Versicherungssystems unzulässig

- Verbindliche mengenorientierte Vorgaben von Fällen oder Leistungen für einen bestimmten Zeitraum durch einen Verwaltungsakt der Planungsbehörde sind für den leistungsrechtlichen Individualanspruch des einzelnen Versicherten grundsätzlich irrelevant. Der Leistungsanspruch des Versicherten richtet sich an seine Versicherung und nicht an den Staat. Überdies bedeuten unverbindliche Vorgaben in einem Verwaltungsakt (Feststellungsbescheid) überflüssiges Verwaltungshandeln, da sie keine Rechtswirkung auslösen.
- Eine Begrenzung der Fälle oder Leistungen unter dem Vorbehalt der verfügbaren Mittel ist nach der gegenwärtigen Rechtslage ebenfalls unzulässig.
- Man kann sinnvollerweise 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.

Klärungsbedarf bei der Einführung einer monistischen Finanzierung - Höhe

Von 1972 bis 2005 wurden in den alten und neuen Bundesländern insgesamt 89.712,6 Millionen Euro an KHG-Mitteln zur Verfügung gestellt. Die Höhe der bisher aufgebrauchten KHG-Mittel pro Bett/Platz unterscheidet sich deutlich zwischen den einzelnen Ländern. Sie schwankt von 136.064 Euro pro Bett/Platz in Nordrhein-Westfalen bis 375.824 Euro pro Bett/Platz in Berlin.

Es besteht Unklarheit über die Höhe der Finanzierungsverpflichtungen:

-  Unklarheit über die Höhe der verbindlichen, haushaltsmäßig gedeckten und nicht gedeckten, bzw. unverbindlichen (z.B. politische Zusagen mit rechtlicher Relevanz) Finanzierungsverpflichtungen incl. der Ausfinanzierung laufender Baumaßnahmen **der Länder für die Plankrankenhäuser**.
-  Unklarheit über die Höhe der verbindlichen, haushaltsmäßig gedeckten und nicht gedeckten, bzw. unverbindlichen (z.B. politische Zusagen mit rechtlicher Relevanz) Finanzierungsverpflichtungen incl. Ausfinanzierung **der Länder und des Bundes für die Hochschulkliniken** sowie der Auswirkungen der Föderalismusreform auf die künftige Finanzierung der Hochschulkliniken.
-  Unklarheit über die Höhe der Verpflichtung der **Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken** für **eigenfinanzierte** Investitionen, Leasing, Miete usw.
-  Unklarheit über die Höhe und die Finanzierung des Investitionsstaus.
-  Unklarheit über die Höhe der im Rahmen einer monistischen Finanzierung anzustrebenden angemessenen bundeseinheitlichen Investitionsquote.

Klärungsbedarf bei der Einführung einer monistischen Finanzierung - Art und Weise

Es besteht Unklarheit über die regelhafte Umsetzung der monistischen Finanzierung:





- Unklarheit über Art und Weise der monistischen Finanzierung (pauschalierte Zuschläge zu den DRG's, pauschalierte direkte Zuweisungen, krankenhausindividuelle Zuschläge, Zuweisungen auf Einzelantrag usw.).
- Unklarheit über den Kostenträger des Investitionskostenanteils (Krankenkassen, Länder, Kommunen ?). Monistische Finanzierung bedeutet erfahrungsgemäß für die Länderfinanzminister, dass die bisherigen KHG-Mittel künftig anderen Zwecken im jeweiligen Landeshaushalt zugeführt werden können, aber nicht, dass die Mittel künftig den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.
- Unklarheit über die Finanzierung der Abschreibung incl. Eigenkapitalverzinsung und Gewinnaufschlag als technische Voraussetzung für die Einführung einer monistischen Finanzierung.
- Unklarheit über den Übergangszeitraum zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen („Investitionskostenstrukturausgleich“) zwischen den Ländern als Folge der großen Unterschiede bei der KHG-Finanzierung in den letzten Jahrzehnten.

Unter den genannten Voraussetzungen ist der Umstieg von der dualistischen auf eine monistische Finanzierung unter rechtstaatlichen Bedingungen auf absehbare Zeit als völlig unrealistisch anzusehen. Dies ist kein Problem für den Bund, sondern für die Länder, die den unbefriedigenden Zustand zu verantworten haben.




Das „Triageprinzip“ wird das „Bedarfsprinzip“ ablösen

- 🚫 Der Zwang zur Sanierung der Haushalte wird die öffentliche Förderung der Krankenhäuser in den nächsten Jahren weiter reduzieren (Haushaltsvorbehalt). Je weniger öffentliche Fördermittel zur Verfügung gestellt werden, desto gezielter müssen sie im Sinne eines „Triageprinzips“ zur Vermeidung von Fehlinvestitionen eingesetzt werden. Dies gilt vor allem im Hinblick auf den in einzelnen Ländern zu erwartenden Bettenabbau von 30% und mehr bis 2015.
- 🚫 Vorrangige Ziele der öffentlichen Förderung im Sinne eines „Triageprinzips“ müssen sein:
 - Zusammenschluss von Krankenhäusern = Fusion mit Standortreduzierung,
 - Zusammenlegung von Betriebsstellen = Einhäusigkeit, Reduzierung von Doppel- und Mehrfachvorhaltungen von Abteilungen usw.
- 🚫 Bei einem weiter andauernden Rückgang der öffentlichen Fördermittel („verdeckte Monistik“) bekommt der Zwang zur Systemerhaltung Vorrang vor der wirtschaftlichen Sicherung des einzelnen Krankenhauses (Angebotssicherung vor Standortsicherung). Das „Triageprinzip“ ist eine folgerichtige Konsequenz.

Ausdifferenzierung des DRG-Systems im Rahmen von „budgetierenden“ Vorgaben (Beitragsatzstabilität)

-  Je komplexer und casuistischer, das heißt auf den Einzelfall bzw. die tatsächlichen Kosten bezogen, das DRG-System weiterhin entwickelt wird, desto mehr nähert es sich als „lernendes System“ wieder dem alten Selbstkostendeckungsprinzip, allerdings verbunden mit einem wesentlich höheren Bürokratieaufwand. Bisher wurde durch die Anwendung des Fallpauschalensystems keine Ausgabenreduzierung erreicht (2003: +1,8%, 2004: +1,5% und 2005: +3,3%).
-  Begonnen wurde 2003 mit 624 Fallpauschalen. Für 2007 sind 1.082 vorgesehen. Es gibt bereits Überlegungen die Zahl der Fallpauschalen auf bis zu 1.500 auszuweiten. Dazu kommen inzwischen 105 Zusatzentgelte. Einzelleistungssysteme tendieren zudem erfahrungsgemäß zur Leistungsausweitung. Der Leistungsanspruch ist vergleichsweise leichter durchsetzbar. Die steigende Neigung zur Leistungsplanung und Mengenvorgabe ist eine logische Konsequenz.
-  Transparenz und Qualitätssicherung haben derzeit für die öffentliche gesundheitspolitische Diskussion vordergründig einen hohen Stellenwert. Falls es aber nicht gelingt, mit Hilfe des DRG-Systems die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhausbehandlung in den nächsten Jahren in den Griff zu bekommen, und dies ist im Hinblick auf die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt als unwahrscheinlich anzusehen, werden die Transparenz und die Qualitätssicherung den Charakter von „politischen Sekundärtugenden“ bekommen. Aus dem DRG-Abrechnungssystem wird im Zweifel ein DRG-Abbildungssystem. Es wird dann wieder Zeit für ein neues „Jahrhundertwerk“, beispielsweise in Form der Budgetierung.
-  Zu den unbestrittenen Auswirkungen des Fallpauschalensystems zählt zweifellos die gewollte deutliche Reduzierung der Verweildauer. Damit ist allerdings auch eine Verlagerung von Kosten in die vertragsärztliche Versorgung und in die Pflege verbunden, der bisher nicht ausreichend Rechnung getragen wurde.

Schließung von Krankenhäusern bzw. Abteilungen zur Verbesserung der Systemeffizienz

-  Das isolierte einzelne Krankenhaus hat, beschränkt auf eine vollstationäre Versorgung, aus Gründen der Qualitätssicherung, der Wirtschaftlichkeit und des Wettbewerbs tendenziell keine Überlebenschance.
-  Bei einer notwendigen Reduzierung der Bettenkapazität von 30% und mehr bis 2015 in einigen Ländern müsste die daraus resultierende (präventive) kurzfristige Herausnahme zahlreicher Abteilungen und Krankenhäuser aus den Krankenhausplänen und nicht die Erweiterung der Regelungstiefe im Mittelpunkt der gegenwärtigen Überlegungen für die künftige Krankenhausplanung bzw. -finanzierung stehen. Ein derartiges Verhalten würde auch helfen, absehbare Fehlinvestitionen zu vermeiden. Investitionen in Krankenhäuser, die in einigen Jahren teilweise oder ganz leer stehen, sind nicht einfach zu verantworten. Ob dazu der politische Mut vorhanden ist, bleibt allerdings abzuwarten.
-  Nur die zeitnahe Schließung von Krankenhäusern bzw. -abteilungen verbessert die Überlebenschance der verbleibenden. Eine Marktberreinigung würde gleichzeitig die Systemeffizienz verbessern. Monopolartige regionale Clusterbildungen von Krankenhäusern bzw. sektorenübergreifender integrierter Angebotsstrukturen zur Hebung von Synergieeffekten sind deshalb auch im Interesse der Patienten nahe liegend.

Wahrscheinliche Entwicklung der Krankenhausplanung und -finanzierung

- Es ist davon auszugehen, dass bei der sich abzeichnenden politischen Entwicklung im Hinblick auf die Wiederentdeckung des Sozialstaates auf absehbare Zeit die konkurrierenden Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern für die Krankenhäuser **formal** ebenso weiter bestehen bleiben werden wie der Sicherstellungsauftrag der Länder für die vollstationäre Krankenhausversorgung.
- Die Krankenhausplanung wird mit dem Hinweis auf die Daseinsvorsorge unter dem dehnbaren Begriff „Rahmenplanung“ vertieft und die Krankenhausfinanzierung weiter reduziert („verdeckte Monistik“) werden. Andererseits wird die Privatisierung weiter fortschreiten, da dort vergleichsweise sowohl ein offensiver Gestaltungswille als auch die besseren Finanzierungsmöglichkeiten vorhanden sind.
- Die **Regulierungstiefe** wird mit Hilfe der zunehmenden Leistungstransparenz als Folge des Fallpauschalensystems und der Qualitätssicherung trotz der bestehenden Finanzierungsprobleme laufend erweitert werden. Transparenz wird offensichtlich nicht als Informationsquelle zur Selbststeuerung verstanden, sondern als Aufforderung detaillierter zu planen.
- Die **zentralstaatliche Einflussnahme** wird mit Hilfe der Vorgaben zur Qualitätssicherung, durch den Ausbau der integrierten Versorgung als Regelleistung und durch die Steuerfinanzierung konsequent ausgebaut werden. Eine zentrale **Regulierungsbehörde** auf Bundesebene (Gemeinsamer Bundesausschuss, Bundesversicherungsamt?) für die Vorgabe von einheitlichen altersbereinigten Rahmenvorgaben (z.B. Betten pro 1.000 Einwohner) ist im Hinblick auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) als wahrscheinlich anzusehen.

Zentralstaatliche Steuerung über die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V

- Kassenärztliche Bundesvereinigungen
- Deutsche Krankenhausgesellschaft
- Bundesverbände der Krankenkassen
- Bundesknappschaft
- Verbände der Ersatzkassen

Beteiligte nach § 137 SGB V

- Verband der privaten Krankenversicherung
- Bundesärztekammer
- Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe

Die Beschlüsse des GBA betreffen:

- Die Vorgabe von baulichen Mindestanforderungen
- Die Vorgabe von apparativen Mindestanforderungen
- Die Vorgabe von personellen Mindestanforderungen
- Die Vorgabe von Kriterien zur Ergebnisqualität

Bisherige Beschlüsse:

- „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“
- „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten“
- „Mindestmengenvereinbarung“

Die Beschlüsse gelten bundesweit. Sie erfolgen ohne Mitwirkung der Länder. Ein einheitlicher Leistungsanspruch der Versicherten erfordert eine einheitliche Qualitätssicherung. Es gibt deshalb folgerichtig keine eigenständige Kompetenz bzw. Mitwirkung der Länder bei der Festlegung der Qualitätssicherung.

Zentralstaatliche Steuerung durch die Vorgabe von Planungsgegenständen durch den Bund

- 🔥 Im Regierungsentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes **bestimmt erstmals der Bund eine Leistung zum Gegenstand der Krankenhausplanung der Länder**. Es handelt sich um ambulante Behandlungen für einen Katalog hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Der Katalog kann durch den GBA erweitert werden. Die vorgesehene Regelung erfolgt über das SGB V und nicht über das KHG.
- 🔥 Die Entscheidung über den Antrag zugelassener Krankenhäuser soll nach der Begründung des Gesetzentwurfes durch die Krankenhausplanungsbehörde unter Mitwirkung des Planungsausschusses und unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation erfolgen. Die Qualitätssicherungsanforderungen werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.
- 🔥 Da eine Bedarfsprüfung nach der Begründung des Gesetzentwurfes ausdrücklich ausgeschlossen ist, kann es sich folglich nur um eine Eignungsprüfung („Betriebserlaubnis“) handeln. Die Zulassung zur Leistungserbringung darf nur versagt werden, wenn die Qualitätssicherungsanforderungen des GBA nicht erfüllt sind. Es handelt sich damit um eine gebundene Entscheidung. Ein Gestaltungsspielraum oder ein Auswahlermessen ist nicht eingeräumt. Das geforderte Anstreben des Einvernehmens im Planungsausschuss ist damit inhaltslos, folglich auch eine fallweise Erweiterung der Zusammensetzung um die Kassenärztliche Vereinigung. Auch die Zuständigkeit der Planungsbehörde ist zweifelhaft. Bei der Finanzierung sind wettbewerbsverzerrende Auswirkungen zwischen den Krankenhäusern (Finanzierung der Investitionskosten über öffentliche Fördermittel?) und Praxen nicht auszuschließen.
- 🔥 **Das Erteilen einer „Betriebserlaubnis“ im Rahmen eines Zulassungsverfahrens ist einer Planung nach dem KHG systemfremd**. Zudem existiert ein paralleles Zulassungsverfahren für die Vertragsärzte bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.
- 🔥 **Selbst wenn die vorgesehene Regelung diesmal scheitern sollte, wird damit erstmals offen der Anspruch auf eine zentralstaatliche Planung bestimmter Leistungen durch den Bund dokumentiert.**

Das Rechtsstaatsprinzip wird zunehmend relativiert

Verletzung von klaren gesetzlichen Vorgaben durch den Haushaltsvorbehalt

- Nichteinhaltung des Defizitkriteriums des Euro-Stabilitätspaktes
- Fehlverwendung von Mitteln des Solidaritätspaktes
- Verfassungswidriger Haushalt (Verschuldensgrenze überschritten)
- Nichteinhaltung der Verpflichtung zur Dualistischen Finanzierung

Die Interpretationskunst zur Rechtfertigung der Verstöße gegen klare gesetzliche Vorgaben verhält sich umgekehrt proportional zur Höhe des jeweiligen Haushaltsdefizits. Sanktionen für die politisch Verantwortlichen: **keine**.

Unbestimmtheit des Verwaltungsaktes (Feststellungsbescheid)

Wer keinerlei Unrechtsbewusstsein bei der Fehlverwendung von Haushaltsmitteln entwickelt oder unter Einsatz von moralischen Kategorien rechtfertigt, hat möglicherweise auch ein distanzierteres Verhältnis zum Verwaltungsverfahrensgesetz. Dies hat Auswirkungen auf das Verhalten der Betroffenen. Unklare Vorgaben bedingen unklares Verhalten.

„Innovative“ Gesetzgebung

Ergänzt wird diese Entwicklung durch eine „innovative“ Gesetzgebung. Die beabsichtigten „Eckpunkte“ einer Reform werden wesentlich länger und intensiver diskutiert als die konkreten Formulierungen des eigentlichen Gesetzentwurfes. Das Gesetz wird quasi zu einer Novelle der Eckpunkte.


Einsatz von Artikelgesetzen


Bei einem Artikelgesetz ist es wesentlich leichter möglich einzelne Bestimmungen durchzusetzen, die bei einer reinen Gesetzesnovelle möglicherweise scheitern würden. Man muss nur unter der politischen Schmerzgrenze bleiben. Bestimmungen, die Länderinteressen bei der Krankenhausplanung betreffen, gehören erfahrungsgemäß zu dieser Kategorie (siehe die Möglichkeit abweichender Regelungen von den Vorschriften des KHG und des KHEntgG im § 140 b Abs. 4 SGB V und die Vorgabe eines Zulassungsverfahrens für spezialisierte Leistungen im Rahmen der Krankenhausplanung nach § 116 b SGB V).


Rechtstaatlich geregeltes Regelwerk oder moralische Vorgaben?


- Die offensichtlich schrumpfende fachliche Eigenkompetenz der politischen Entscheidungsträger als Folge der permanent steigenden Komplexität des Gesundheitssystems („handwerkliche Fehler“) und die begrenzte Bereitschaft, unangenehme, aber objektiv notwendige reale Entscheidungen zu treffen, verstärken immer mehr den Einfluss der **verantwortungsfreien Fremdkompetenz** (politische „Gelegenheitsökonomien“).
- Die Ausübung von Macht in der Sozialpolitik kann von den Politikern mangels Masse nicht mehr durch Umverteilung ausgelebt werden kann. Sie kommt daher verstärkt in der moralisch begründeten Einschränkung des angeblichen oder tatsächlichen Missbrauchs vorher geschaffener gesetzlicher Ansprüche zum Einsatz. Dies selbstverständlich „im Interesse des Gemeinwohls“. Dazu gehört auch die Diskussion über die „Zweiklassenmedizin“. **Da die Qualität der „Regelsetzung“ d.h. der Gesetzgebung, vor allem als Folge der ständig steigenden Komplexität, erkennbar nachlässt („handwerkliche Fehler“), bedarf es eines moralisch begründeten „Sicherheitszaunes“.** Wie die Geschichte lehrt, kann die Bereitschaft zur moralischen Kontrolle problemlos geweckt werden.
- Die Moral wird allerdings immer dann ein politisches Mittel der Wahl, wenn der Ideenreichtum der Politik oder die Kraft zur Entscheidung im Schwinden begriffen sind. Der verstärkte Moraldiskurs möchte die tieffinnere Zustimmung der Bürger, nicht ihre bloße Regelhörigkeit. Dahinter wird in Ansätzen eine zunehmende Verachtung des Rechtsstaates erkennbar.


Tendenzielle Reduzierung des Multi-Dualismus durch die Gesundheitsreform 2006 (siehe auch Seite 3)

-  **Doppelte Entscheidungskompetenz.**

Erstmals soll den Krankenhausplanungsbehörden der Länder vom Bund zentralstaatlich ein „Planungsgegenstand“, noch dazu ein ambulanter, in Form der hochspezialisierten Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, vorgegeben werden (§ 116 b SGB V). Der Katalog dieser Leistungen kann zudem vom GBA ohne Mitwirkung der Länder erweitert werden.
-  **Doppeltes Gesundheitsministerium.**

Der Neubau in Bonn ist unverändert im Bau („quod licet Jovi ...). Allerdings ist damit zu rechnen, dass der Doppelstandort auf Dauer nicht zu halten sein wird.
-  **Doppelte Facharztschiene.**


Die Beseitigung wurde durch das Vertragsarztänderungsgesetz eingeleitet.
-  **Doppeltes Ordnungssystem.**

Der Systembruch zugunsten eines staatlichen Gesundheitssystems wurde eingeleitet.
-  **Doppeltes Krankenversicherungssystem.**

Die Beseitigung des pluralen Versicherungssystems (gesetzliche und private Vollversicherung) wurde eingeleitet.

Von der föderalistischen zur zentralstaatlichen Planung des Krankenhauswesens in Deutschland

Bisheriger Erfolg dieser Strategie:

-  **Ab 1972: Streben nach Kompetenzverlagerung für die stationäre Krankenversorgung in den Regelungsbereich des Bundes (RVO) mit Hilfe der Selbstverwaltung.**


Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik ab 1977. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird eingeführt. Erster erfolgloser Versuch des Bundes bundeseinheitliche Rahmenvorgaben für die Krankenhausplanung einzuführen. Er scheitert an der Haltung des Bundesrates. Die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wird auch für den Krankenhausbereich gefordert. Die Beseitigung des Selbstkostendeckungsprinzips wird eingeleitet.

-  **Ab 1989: Zentralstaatlich gelenkte Selbstverwaltungslösung durch das Gesundheitsreformgesetz.**

Die Grundgedanken des Leistungsrechtes der ambulanten Versorgung werden auf die stationäre Versorgung übertragen. An die Stelle des tagesgleichen, vollpauschalierten Pflegesatzes tritt ein diagnoseorientiertes Fallpauschalensystem. Das Selbstkostendeckungsprinzip wird beseitigt. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt auch für den Krankenhausbereich.

Von der föderalistischen zur zentralstaatlichen Planung des Krankenhauswesens in Deutschland

Ein Blick in die Zukunft:

 **Ab 2007: Zentralstaatliche Steuerung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit Einschränkungen der Selbstverwaltung.**

Die staatliche Festsetzung eines für alle Krankenkassen einheitlichen Beitragsatzes unabhängig von der Bedarfslage bedeutet de facto den Anfang vom Ende des bestehenden Versicherungssystems. Ab 2009 wird ein Gesundheitsfonds eingeführt. Der vorgesehene, steigende Bundeszuschuss erzwingt auf Dauer bundeseinheitliche Rahmenvorgaben für die vollstationäre Krankenhausbehandlung. Die sektorenübergreifende Ausrichtung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bedeutet den Beginn dieser Entwicklung. Der Ausbau der flächendeckenden integrierten Versorgung als Mittel einer zentralstaatlichen Einflussnahme relativiert immer stärker die bisher dominierende stationäre Versorgung und damit den Einfluss der Länder bei der originären Gestaltung der Krankenhausstruktur. Die durchgehende Behandlungskette wird wichtiger als die Institution Krankenhaus. Die Träger integrierter Versorgungsstrukturen gewinnen Oberhand gegenüber reinen Krankenhausketten. Die Beseitigung des pluralen Versicherungssystems wird eingeleitet. Die permanent steigende Komplexität bringt das Versicherungssystem tendenziell zum kollabieren. Interventionsketten in immer kürzeren Abständen sind die logische Konsequenz.

 **Ab 2013 : Zentralstaatlich geregeltes Gesundheitswesen.**

Ist bereits jetzt das dominierende System in Europa. Die Transparenz wird tendenziell die Einebnung der inner- und zwischenstaatlichen Versorgungsunterschiede erzwingen. Die Planung der vollstationären Krankenhausbehandlung in den Ländern wird über bundeseinheitliche altersbereinigte Rahmenvorgaben mit Hilfe des Gemeinsamen Bundesausschusses oder eines Bundesgesundheitsinstitutes im Rahmen einer flächendeckenden integrierten Versorgung erfolgen. Die Privatversicherung als Vollversicherung wird abgeschafft.

Ziel erreicht.



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>

Hannover, 23.11.2006

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 Gesundheitsberichterstattung zur Kardiologie und Herzchirurgie („Herzberichte“).

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