

Ernst Bruckenberger

Die stationäre Krankenversorgung nach der Gesundheitsreform 2000

Nach den Erfahrungen der letzten fünfundzwanzig Jahre markiert die Verabschiedung einer Reform den Beginn der Diskussion um die nächste. Die „Halbwertszeit“ der so geschaffenen Gesetze wird immer kürzer. Es ist deshalb nur folgerichtig, wenn der Gesetzgeber zur Orientierung der Betroffenen beginnt, bei der Betitelung der jeweiligen Reform das Jahr der voraussichtlichen Geltungsdauer anzugeben sofern nicht kürzere Zeiträume beabsichtigt sind.

Die ergebnisorientierten Pragmatiker sind seit Jahren bei den Auseinandersetzungen um den Inhalt der verschiedenen Reformen Mangelware. Die Planungsideologen wurden inzwischen seit 1989 häufig durch die Wettbewerbsideologen und Gutmenschen ersetzt, bei denen mangels konkreter eigener Erfahrungen im hochkomplexen Gesundheitswesen eine „virtuelle Realität“ statt der „realen Realität“ Maßstab des politischen Handelns ist. Damit in Verbindung steht konsequenterweise eine ausgeprägte Neigung gegen verbindliche Regelwerke und der Glaube an die Überzeugungskraft von Modellen („Weg mit dem Fachgesimpel“).

Die ununterbrochene Suche nach neuen Reformen oder Lösungen hat den Vorrang vor der konkreten Bewältigung der gestellten Aufgaben unter den jeweils gegebenen Bedingungen. Der Kreislauf der verschiedenen Reformvorstellungen verläuft so schnell, dass keine Zeit bleibt, die Tragfähigkeit einer neuen Reform überhaupt auszuprobieren. Die laufende Flucht in Reformen erübrigt, sich mit den konkreten Ergebnissen einer Reform auseinandersetzen zu müssen. Auf diese Weise schwindet auch die Zuordnung von Verantwortung.

Die permanenten Gesundheitsreformer gleichen so – bildhaft gesehen - Steinewerfern, die laufend Reformsteine in das Meer der objektiven Bedingungen (Anspruchshaltung, medizinischer Fortschritt, Überalterung, Standardvorstellungen) werfen. Aus der Sicht des Meeres steigt bei jedem Steinwurf nur der Wasserspiegel, während die Steinewerfer aus den ausgelösten Wellen mit Hilfe einer aufwendigen Öffentlichkeitsarbeit schlussfolgern, etwas bewegt zu haben.

Die angekündigten Einsparungen werden durch die komplizierten und konfliktträchtigen Systemänderungen in Frage gestellt. Vor allem führen Unklarheiten, Anwendungsprobleme vor allem aber präventive Gegenstrategien dazu, daß zusätzliche Ausgaben entstehen, die mit dem bekannten und vertrauten alten System gar nicht entstanden wären. Aber die Sucht nach endgültigen Lösungen scheint unausrottbar. Andererseits wird damit die „wirtschaftliche Sicherung“ von Politikern, Beratern und Experten auf Dauer gewährleistet.

Inhaltsverzeichnis

1.	Die stationäre Krankenversorgung seit 1972	4
1.1.	Von der föderalen zur zentralstaatlichen Kompetenz.....	4
1.2.	Angebotsorientierte Krankenhausplanung der Länder von 1973 bis 1984.....	5
1.3.	Parallele Planungskompetenz zwischen Ländern und Vertragsparteien 1985-1992	6
1.4.	Leistungsstrukturplanung durch die Vertragsparteien	7
2.	Ergebnisse der bisherigen Krankenhauspolitik.....	8
3.	Weiterentwicklung nach der Gesundheitsreform 2000	9
3.1.	Auswirkungen der demographischen Entwicklung.....	9
3.2.	Auswirkungen des medizinischen Fortschrittes	10
3.3.	Auswirkungen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen.....	11
3.4.	Auswirkungen des durchgängigen pauschalierten Vergütungssystems	12
3.5.	Auswirkungen der Krankenhausplanung	13
3.6.	Auswirkungen der integrierten Versorgung.....	14
3.7.	Auswirkungen der unzureichenden Investitionsfinanzierung.....	15
3.8.	Auswirkungen der monistischen Finanzierung	16
3.9.	Auswirkungen der zunehmenden Europäisierung	17
4.	Ausblick in die Zukunft.....	18

5. Anlagen.....	20
Anlage 1	Entwicklung der Bettenziffer (Betten auf 10.000 Einwohner) in Deutschland von 1965 bis 1998..... 20
Anlage 2	Entwicklung der Ausgaben für Krankenhausbehandlung (Betriebskosten und Investitionskosten) in Deutschland..... 21
Anlage 3	Ausgaben für Krankenhausbehandlung (Betriebskosten) in Deutschland (inclusive Hochschulkliniken) jeweils gegenüber dem Vorjahr in Prozent..... 22
Anlage 4	Ausgaben für Krankenhausbehandlung pro Einwohner (Betriebskosten) in Deutschland (inclusive Hochschulkliniken) jeweils gegenüber dem Vorjahr in Prozent..... 23
Anlage 5	Ausgaben für Krankenhausbehandlung (Investitionskosten) in Deutschland (inclusive Hochschulkliniken) jeweils gegenüber dem Vorjahr in Prozent..... 24
Anlage 6	Anteil der Ausgaben für Investitionen an den Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung in Deutschland von 1973 bis 1997..... 25
Anlage 7	Entwicklung wichtiger Daten der Krankenhäuser In Deutschland von 1991 bis 1998 in Prozent..... 26
Anlage 8	Entwicklung wichtiger Daten der Krankenhäuser In Deutschland von 1991 bis 1998 in Prozent..... 27
Anlage 9	Ranking der Krankenhausversorgung in Deutschland nach Ländern 1997..... 28
Anlage 10	Bettenüberkapazität der Länder gemessen am „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ des Landes Niedersachsen 1997 – altersbereinigt..... 29
Anlage 11	Betten pro 10.000 Einwohner (Bettenziffer) nach Ländern 1998 (Behandlungsort)..... 30
Anlage 12	Betten pro 10.000 Einwohner (Bettenziffer) nach Ländern 1997 (Wohnort) gemessen am tatsächlichen Bedarf..... 31
Anlage 13	Kosten je Behandlungsfall nach Ländern 1998 (Behandlungsort)..... 32
Anlage 14	Zunahme der stationären Fälle pro 1.000 Einwohner (Krankenhaushäufigkeit) von 1991 bis 1998 nach Ländern (Behandlungsort) in Prozent..... 33
Anlage 15	Abnahme der Betten pro 1.000 Einwohner (Bettenziffer) von 1991 bis 1998 nach Ländern (Behandlungsort) in Prozent..... 34
Anlage 16	Stationäre Fälle pro 1.000 Einwohner (Krankenhaushäufigkeit) in Deutschland 1997 nach Altersklassen..... 35
Anlage 17	Pflegetage pro 1.000 Einwohner in Deutschland 1997 nach Altersklassen..... 36
Anlage 18	Stationäre Fälle pro 1.000 Einwohner (Krankenhaushäufigkeit) in Baden-Württemberg, Niedersachsen und Berlin 1997 nach Altersklassen..... 37
Anlage 19	Pflegetage pro 1.000 Einwohner in Baden-Württemberg, Niedersachsen und Berlin 1997 nach Altersklassen..... 38
Anlage 20	Stationäre Fälle in Deutschland nach Altersklassen (Prognosewert = prognostizierte Einwohnerzahl x Krankenhaushäufigkeit 1997)..... 39
Anlage 21	Stationäre Fälle pro 1.000 Einwohner (Krankenhaushäufigkeit) in Deutschland 1994 bis 1997 nach Altersklassen..... 40
Anlage 22	Pflegetage pro 1.000 Einwohner in Deutschland 1994 bis 1997 nach Altersklassen..... 41
Anlage 23	Entwicklung einer ausgewählten Herzdiagnostik und –therapie in Deutschland von 1979 bis 1998..... 42
Anlage 24	Anteil der Indikationen in den niedersächsischen Krankenhäusern mit einer Jahresfrequenz von weniger als 20..... 43
Anlage 25	Integrierte Versorgung 1 (§ 140 a SGB V) Die Theorie..... 44
Anlage 26	Integrierte Versorgung 2 (§ 140 a SGB V) Die Nachfragerealität..... 45
Anlage 27	Integrierte Versorgung 3 (§ 140 a SGB V)..... 46
Anlage 28	KHG-Fördermittel in DM von 1972 bis 1998..... 47
Anlage 29	KHG-Fördermittel in DM insgesamt pro Planbett 1998 im Ländervergleich..... 48
Anlage 30	Pauschale KHG-Fördermittel in DM pro Planbett 1998 im Ländervergleich..... 49
Anlage 31	Einzelförderung in DM pro Planbett 1998 im Ländervergleich..... 50

1. Die stationäre Krankenversorgung seit 1972

1.1. Von der föderalen zur zentralstaatlichen Kompetenz

- Um die hochdefizitären Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern und den enormen baulichen Nachholbedarf zu befriedigen, wurde 1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) verabschiedet. Als Folge der Mitte der 70er Jahre zunehmenden "Kostenexplosion", in Wirklichkeit eine Leistungsexplosion, gewann beim zuständigen Bundesministerium die Sorge um die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenkassen“ gegenüber der „wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser“ die Oberhand. Um diesem Anliegen politisch Rechnung zu tragen, versucht der Bund mit Hilfe einer zentralen Steuerung auf Bundesebene die nach dem Grundgesetz den Ländern zugeordneten Planungskompetenzen zu relativieren bzw. zu beschneiden und die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität auf die Grundlohnsummenentwicklung zu begrenzen.
- In Folge dieser politischen Strategie hat das jeweils zuständige Bundesministerium seit 1977 Gesetzgebungsaktivitäten ausgelöst, welche die entscheidenden Regelungen für den Krankenhaussektor vom Krankenhausfinanzierungsgesetz zum Sozialgesetzbuch verlagerten, um den Krankenhaussektor dem ambulanten Leistungssektor vergleichbar zentralstaatlich steuern zu können. Falls nicht anders möglich, werden – wie beim Zweiten Krankenkassen-Neuordnungsgesetz (2. NOG) 1997 und bei der GKV-Gesundheitsreform 2000 - die zustimmungspflichtigen Teile eines Gesetzentwurfes abgekoppelt.
- Damit beschränkt sich allerdings die verbleibende bundesrechtliche Regelungskompetenz auf Fragen der Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung, der Leistungserbringung (z.B. Qualitätssicherung) und der Abrechnung der Benutzerkosten ohne Investitionskosten. Zwangsläufig bleibt dadurch die adäquate Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und der Investitionsfinanzierung und deren Wechselwirkung mit dem sich laufend verändernden Abrechnungssystem für die Betriebskosten ungelöst.
- Viel zu wenig beachtet wird, dass die Inanspruchnahme und die Verteilung von stationären Leistungen immer weniger von der angebotsorientierten Krankenhausplanung der Länder als vielmehr über die Vergütungsregelungen der Vertragsparteien beeinflusst wird. Die Gestaltungsmöglichkeiten mit Hilfe der verbleibenden formalen Länderkompetenz wurden dadurch immer mehr verringert, die Möglichkeiten einer zentralen Steuerung auf Bundesebene zuletzt mit dem „Ausschuss Krankenhaus“ (§ 137 c SGB V) und dem „Koordinierungsausschuss“ (§ 137 e SGB V) der GKV-Gesundheitsreform 2000 ausgebaut.

1.2. Angebotsorientierte Krankenhausplanung der Länder von 1973 bis 1984

- Von 1973 bis 1984 bestand Kongruenz zwischen dem Planungsinhalt (Krankenhaus) und der Vergütungseinheit (Krankenhaus) in Form eines tagesgleichen vollpauschalierten Pflegesatzes.
- Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen entwickelten sich unabhängig vom Krankenhaussektor. Sie wurden überwiegend durch die Rentenversicherungsträger nach dem Antragsprinzip gesteuert. Es gab keine Ansätze einer regionalen Abstimmung zwischen dem Krankenhaussektor und dem Reha-Sektor.
- Der Streit über die Definition des „Bettenbedarfs“ wurde durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 14.11.1985 zum Bedarf der Bevölkerung an Krankenhausbetten (BVerwG 3 C 41.84) weitgehend beendet. Es stellte fest, dass unter Bedarf der „tatsächlich zu versorgende Bedarf“ und nicht ein mit dem „tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf“ zu verstehen ist.
- Der „tatsächlich zu versorgende Bedarf“ ergibt sich nach den leistungsrechtlichen Voraussetzungen des SGB V aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und deren Anerkennung, d.h. der Abrechnung der Pflégetage durch die jeweils zuständige Krankenkasse (OVG Lüneburg vom 26.1.1999 – 11 L 6820/96 –).
- Leistungsrechtlich gibt es nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V keine Fehlbelegung, sondern nur eine rechtswidrige Inanspruchnahme, Leistungserbringung oder Kostenübernahme. Das BSG hat im Falle einer „Krankenhauswanderin“ sogar entschieden, dass einem Krankenhaus auch bei einer nachträglich objektiv nicht notwendigen Krankenhausbehandlung ein Vergütungsanspruch zustehe. Wie im Strafrecht gehe im ärztlichen Haftungsrecht und damit auch im Leistungsrecht eine ex-post Betrachtung fehl. Für die insbesondere von den Kostenträgern ausgelöste Diskussion um Fehlbelegungen im Krankenhaus bedeutet dies, dass jede „Fehlbelegung“ konkret zu beweisen sein wird. Pauschale, auf nachträgliche Stichtagserhebungen gestützte Behauptungen erfüllen diese Bedingung nicht.

1.3. Parallele Planungskompetenz zwischen Ländern und Vertragsparteien 1985-1992

- Seit 1985 haben die Vertragsparteien Krankenhaus und Krankenkassen im Rahmen der Budgetverhandlungen die Kosten- und Leistungsentwicklung, die Leistungsstruktur sowie die voraussichtliche Belegung des Krankenhauses zu vereinbaren.
- **De facto vereinbaren die Vertragsparteien seit damals mit Hilfe dieser gesetzlich vorgegebenen parallelen Planungskompetenz den „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ und damit die bedarfsnotwendige Bettenkapazität.**
- Mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) aus 1988 wurden die Krankenhäuser mit ständig steigendem Verwaltungsaufwand in ein öffentlich-rechtliches Vertragssystem eingebunden. Die darin in Form von Rahmenempfehlungen und Richtlinien getroffenen Regelungen bezüglich des Leistungsrechtes für die Krankenhäuser haben diese einer der ambulanten Versorgung vergleichbaren Selbstverwaltungslösung unterworfen.
- Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen entwickelten sich entsprechend der sektoral geprägten Versorgungsstruktur auch in diesem Zeitraum ohne Abstimmung mit dem Krankenhaussektor und ohne verbindliche Planungsvorgaben. Die absehbare Folge war, dass im Krankenhaussektor seit 1974 Kapazitäten abgebaut wurden und der Reha-Sektor ein unkoordiniertes, nicht selten politisch unterstütztes Wachstum erlebte.

1.4. Leistungsstrukturplanung durch die Vertragsparteien

- **Das mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) für die Krankenhäuser 1995 eingeführte neue Entgeltsystem bedeutete das Ende der Kongruenz zwischen dem Planungsinhalt der staatlichen angebotsorientierten Krankenhausplanung (Krankenhaus) und der Vergütungseinheit (Fallpauschale, Sonderentgelt).**
- Seit dem GSG ist deshalb die staatliche angebotsorientierte Krankenhausplanung vor allem als Folge der Beseitigung des Selbstkostendeckungsprinzips weitgehend als überholt anzusehen. Die Verantwortung der Länder umfasst eine reine Mittelverwendungsplanung, während die Leistungsmengen- bzw. Leistungsstrukturplanung durch plankonkretisierende ergänzende Vereinbarungen in die Verantwortung der Vertragsparteien übertragen worden ist.
- Die Konsequenz dieser vom Bundesgesetzgeber gewollten und von den Ländern mehrheitlich unterstützten Regelung ist die Entwicklung einer Krankenhausrahmenplanung durch die Länder. Nur wenige Grunddaten wie z.B. Standorte und Fachabteilungen werden von den Ländern vorgegeben, die Leistungsstruktur wird durch die Vertragsparteien vereinbart. Daneben ist jedoch in manchen Ländern eine zunehmende Neigung feststellbar, neben der Krankenhausplanung einzelne Leistungsinhalte, orientiert an den Fallpauschalen und Sonderentgelten des Vergütungssystem, sowohl nach Art und Anzahl vorzugeben. Ob für die damit verbundene Einschränkung des Grundrechtes auf freie Berufswahl und – ausübung nach Art. 12 GG eine ausreichende gesetzliche Grundlage besteht, kann zumindest bezweifelt werden.
- Parallel zu dieser Entwicklung im Krankenhausbereich wurde vom Gesetzgeber über das Instrument der Versorgungsverträge nach § 111 SGB V erstmals ein Zusammenhang zwischen der Steuerung der bedarfsnotwendigen Rehabilitationseinrichtungen und der Krankenhausplanung hergestellt. Über Abschluss und Kündigung eines Versorgungsvertrages ist seitdem mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde das Einvernehmen anzustreben. Über die rechtsmittelfähigen Versorgungsverträge sind die Krankenkassen seitdem zu einer gerichtlich überprüfbaren Reha-Planung verpflichtet.

2. Ergebnisse der bisherigen Krankenhauspolitik

- **Es gibt in Deutschland eine stationäre Versorgung auf qualitativ hohem Niveau mit einem bedarfsorientierten Zugang, ohne Ausschluss von bestimmten Personen oder Gruppen.**
- Die angebotsorientierte Krankenhausplanung der Länder wird tendenziell durch eine Leistungsstruktur- bzw. Leistungsplanung der Krankenkassen bzw. Vertragsparteien ersetzt.
- Seit Jahren wird eine Verzahnung der stationären und ambulanten Leistungserbringung gefordert. Tatsächlich erfolgte bisher meist eine sektorale Optimierung mit additiver Wirkung, da sich jeder Leistungssektor Leistungen des anderen Sektors dazuholte, ohne dass insgesamt ein Abbau entsprechender Leistungen in anderen Sektoren feststellbar ist.
- Dem Bund ist es gelungen seit 1977 immer mehr krankenhaushausrelevante Regelungen vom Krankenhausfinanzierungsgesetz zum Sozialgesetzbuch zu verlagern und damit zentral auf Bundesebene zu steuern.
- Unbestritten ist, dass die der Krankenhausplanung der Länder unterliegenden Bettenkapazitäten seit 1977 (Einführung des Kontrahierungszwanges) merklich reduziert worden sind (**siehe Anlage 1**). Die im Verantwortungsbereich der Vertragsparteien liegenden Kapazitäten, Leistungen und Ausgaben sind demgegenüber seit 1973 laufend angestiegen.
- Für die einzelnen Leistungssektoren (Krankenhaus, Rehaeinrichtungen, Praxen) fehlen für eine ergebnisorientierte Beurteilung nach wie vor vollständige, alle Kostenträger umfassende, länder- und sektorenbezogene Daten über die Inanspruchnahme von Leistungen und die dadurch veranlassten Ausgaben. Unverständlicherweise wurde die einzige länderbezogene und alle Kostenträger umfassende Reha-Statistik 1997 eingestellt.
- Die Betriebskosten der Krankenhäuser haben sich von 1973 bis 1997 um das Sechsfache (von 17 auf 101 Mrd. DM), die Investitionskosten nur um das Vierfache (von 3 auf 12 Mrd. DM) erhöht (**siehe Anlagen 2 bis 5**). Der Anteil der Investitionskosten an den Gesamtkosten hat sich bundesweit von 15 auf 10 Prozent reduziert (**siehe Anlage 6**). Obwohl die Zahl der Krankenhäuser und der Betten wie auch die Verweildauer laufend reduziert werden, stiegen die Ausgaben für Krankenhausbehandlung laufend an (**siehe Anlagen 7 und 8**). Die politische Flucht in die Diskussion von Überkapazitäten lenkt davon ab, dass die eigentlichen Probleme in der Leistungsausweitung liegen.
- Trotz der im wesentlichen übereinstimmenden gesetzlichen Regelungen für die Krankenhausplanung und –finanzierung, gibt es beim Umfang der in den einzelnen Ländern vorgehaltenen geförderten Betten und Plätzen und den Behandlungskosten pro Fall merkliche Unterschiede (**siehe Anlagen 9 bis 15**).

3. Weiterentwicklung nach der Gesundheitsreform 2000

3.1. Auswirkungen der demographischen Entwicklung

- Der künftige Bedarf an Gesundheitsleistungen wird unter anderem durch die demographische Entwicklung und der dadurch in den höheren Altersklassen ausgelösten Zunahme der Nachfrage nach ambulanten und stationären Leistungen geprägt werden. Die Krankenhaushäufigkeit nimmt bis zum 85 Lebensjahr tendenziell laufend zu **(siehe Anlagen 16 und 17)**. Altersbereinigt sind zwischen den einzelnen Ländern merkliche Unterschiede feststellbar **(siehe Anlagen 18 und 19)**.
- Nach einer altersklassenbezogenen Hochrechnung auf der Basis der 8. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2010 und 2015 und der Krankenhaushäufigkeit für das Jahr 1997 muss in Deutschland gegenüber 1997 insgesamt mit einer Zunahme von 0,8 bzw. 1,0 Millionen stationären Fällen gerechnet werden **(siehe Anlage 20)**. In der Altersklasse der über 70jährigen beträgt der Zuwachs gegenüber 1997 1,1 bzw. 1,4 Millionen stationäre Fälle: dies ist ein Anstieg von 29 bzw. 37 Prozent. Dieser Anstieg ergibt sich allein aufgrund der demographischen Entwicklung.
- Die Doppelalterung wird die zu erwartende Zunahme der stationären Fälle jedoch noch beträchtlich erhöhen. Unter Doppelalterung ist die Tatsache zu verstehen, dass die Anlässe für eine Krankenhausbehandlung pro Patient mit zunehmenden Alter deutlich ansteigen. So hat die Krankenhaushäufigkeit der über 70jährigen von 1994 bis 1997 im Bundesdurchschnitt um 10,3 Prozent zugenommen, während sich der Durchschnittswert der 0 bis 70jährigen nur um 4,3 Prozent erhöht hat **(siehe Anlagen 21 und 22)**.
- **Der durch die demographische Entwicklung erforderlichen patientenorientierten, wohnortnahen und sektorenübergreifenden Angebotsstruktur wird die Leistungskonzentration als Folge des Wettbewerbs und des steigenden Qualitätsbewusstseins tendenziell entgegen laufen.**

3.2. Auswirkungen des medizinischen Fortschrittes

- Der medizinische Fortschritt findet durch die freie Marktwirtschaft verbunden mit dem Globalisierungseffekt, den schnell wachsenden Möglichkeiten der Telemedizin und der Medienpräsenz immer schneller weltweite Verbreitung. Jeder Fortschritt, in welche Richtung auch immer, steuert nicht etwa auf einen Sättigungspunkt in der Anpassung von Mitteln an vorgegebene Zwecke zu, sondern wird - im Gegenteil - im Erfolgsfalle der Anlaß zu weiteren Schritten in alle möglichen Richtungen, wobei die Zwecke selber sich »verflüssigen«
- Die schnelle technologische Verbreitung geht, mit geringem Zeitunterschied, auf der Ebene des Wissens wie der praktischen Aneignung vor sich: erstere wird garantiert durch die universelle Interkommunikation, die selber eine Errungenschaft des technologischen Komplexes ist; die zweite wird erzwungen durch den Druck des Wettbewerbs.
- »Fortschritt« ist nicht eine ideologische Verzierung der modernen Medizin und auch nicht bloß eine von ihr angebotene Option, die man ausüben kann, wenn man will, sondern sie ist ein in ihr selbst gelegener Antrieb über unseren Willen hinweg. Aber, obwohl kein Wertbegriff, ist »Fortschritt« doch auch kein neutraler Ausdruck. Denn es liegt in der Natur der Sache, als ein Gesetz der Serie, dass jedes spätere Stadium nach Kriterien der Technik selbst dem vorangehenden überlegen ist.
- **Bei der Einführung neuer Formen der Diagnostik und Behandlung wird häufig verdrängt, dass die Zahl der dadurch ausgelösten zusätzlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen erfahrungsgemäß grundsätzlich größer ist als die Zahl der wegfallenden Untersuchungen bzw. Behandlungen, allerdings meist verbunden mit einer geringeren Belastung des Patienten, einer besser auf ihn zugeschnittenen Behandlungsform oder einer besseren Lebensqualität (siehe Anlage 23).**
- Nicht übersehen werden darf außerdem, dass der medizinische Fortschritt nicht den durchschnittlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert, sondern vor allem die Zahl der chronisch Kranken erhöht.

3.3. Auswirkungen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

- **Wettbewerb im Gesundheitswesen kann zwar betriebswirtschaftlich zur Kostensenkung führen, hat aber noch nie eine Ausgabenreduzierung für das Gesamtsystem und eine gleichmäßige Angebotsstruktur zur Folge gehabt, da die Kostensenkung erfahrungsgemäß durch die Mengenausweitung mehr als kompensiert wird.**
- Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern hat nicht das Ziel, die Ausgaben der Krankenkassen zu reduzieren, sondern durch Innovation und Selektion zu Lasten der Mitbewerber besser expandieren zu können. Es gibt eine Wettbewerbsverzerrung zwischen privaten und öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgern.
- Es gibt keinen Wettbewerb der Krankenkassen um die Gunst von Versicherten oder Patienten schlechthin, sondern nur um den erwünschten Patienten oder Versicherten und das ist derjenige mit dem geringsten Krankheitsrisiko.
- Die Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung von kommunalen und caritativen Einrichtungen bis hin zu Krankenhaus- und Rehaketten sowie der Internationalisierung großer Kapitalgesellschaften nimmt zu. Der Konzentration der Leistungsanbieter wird eine Konzentration der Krankenkassen folgen. Der Zwang zur Kontrolle und zur Steuerung der Arzt-Patient-Beziehung wird verstärkt (Standardisierung, Qualitätssicherung). Die Bürokratisierung des Gesundheitssystems steigt exponentiell.
- Die Betriebswirtschaftslehre als Instrument zur Durchsetzung der Wettbewerbsideologie des freien Marktes und zum Messen des Erfolges (Bilanz) sowie die Technik suggerieren scheinbar rationale Entscheidungsprozesse und permanenten Fortschritt. Übersehen wird dabei, dass der Wettbewerb klare, verlässliche und längerfristig kalkulierbare, aber auch verbindliche Rahmenbedingungen benötigt. Wettbewerb kann bei Vermeidung einer Chaossituation nur Mittel und Methode aber nicht Ziel des Handelns sein.
- Der Begriff Krankenhaus wird als Folge des Wettbewerbsdenkens einen Bedeutungswandel erfahren. Die Träger von mehreren Krankenhäusern werden zunehmend versuchen, bisher selbständigen Krankenhäuser zu Betriebsstellen zu degradieren um einen möglichst günstigen Saldo aus den Folgen des neuen Vergütungssystems zu erzielen.
- Die als Folge des Wettbewerbs auftretenden selektiven Leistungsverdichtungen und Zentralisierung der Angebotsstrukturen werden den bestehenden Sicherstellungsauftrag der Kommunen aushöhlen und ihn auf die Länder verlagern. Es bleiben im Zweifel unattraktive und unwirtschaftliche Restgrößen zu Lasten der Allgemeinheit, die vom Wettbewerb nicht erfasst werden.

3.4. Auswirkungen des durchgängigen pauschalierten Vergütungssystems

- Es kommt systemimmanent zur Mengenausweitung und zum Versuch, diese, wie im vertragsärztlichen Bereich, über einen floatenden Punktwert oder ein gedeckeltes Budget zu begrenzen. Erfahrungsgemäß wird sich das Vergütungssystem von einem leistungsgerechten Entgelt zu einem reinen Verteilungsmechanismus fortentwickeln. Zur Zeit sind weder die Auswirkungen für das einzelne Krankenhaus, noch für die anderen Leistungssektoren noch für das Gesamtsystem bekannt. Je mehr Strukturzuschläge vereinbart werden, desto mehr wird das neue dem alten System gleichen, allerdings bei einem wesentlich gesteigerten Verwaltungsaufwand.
- Die verbesserte Transparenz über das Leistungsgeschehen wird die Emotionalisierung, die Konflikte zwischen den Leistungsanbietern und die Rationierungsdiskussion verstärken. Es zeichnet sich bereits jetzt eine verwaltungsaufwendige, konfliktträchtige Leistungsplanung auf der Grundlage der einzelnen Fallpauschalen ab. Kein Leistungserbringer wird sich allerdings auf Dauer verpflichten, bei begrenztem Verordnungsbudget einen unbegrenzt Versorgungsauftrag zu erfüllen. Eine derartige Vorgehensweise würde möglicherweise sogar den Tatbestand der fahrlässigen Krida bedeuten.
- Die Forderungen nach Mindestleistungen, Mindestbesetzungen und Mindestkapazitäten aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung sind die logische Konsequenz. Tendenziell weisen kleinere Krankenhäuser eine geringere Behandlungsfrequenz pro Indikation auf als größere. Bei rund einem Drittel der Krankenhäuser liegt der Anteil der Indikationen mit einer Jahresfrequenz von weniger als 20 über 30 Prozent (**siehe Anlage 24**). Dies wird tendenziell zur Konzentration der Leistungen führen.
- Es kommt die Auflösung der bisherigen gebiets- und schwerpunktsbezogenen ärztlichen Weiterbildung verbunden mit wettbewerbsverschärfenden Auseinandersetzungen der ärztlichen Berufsverbände über die künftige Zuordnung der Fallpauschalen.
- Die Transparenz der Leistungserbringung wird die Auseinandersetzungen darüber, ob sie stationär, teilstationär oder ambulant erbracht werden sollen dramatisch verschärfen.
- **Nach den Erfahrungen in anderen Ländern ist davon auszugehen, dass der Weg von der Fallpauschale über die Fallkomplexpauschale hin zu einer Kopfpauschale für die Behandlung der Patienten und zur Verschreibung von Arzneimitteln führen wird. Dabei wird das Versicherungsrisiko zunehmend auf die Leistungserbringer verlagert.**

3.5. Auswirkungen der Krankenhausplanung

- Die Weiterentwicklung des derzeitigen mischkalkulierten Entgeltsystems zu einem durchgängigen pauschalierten leistungsorientierten Vergütungssystem bis zum Jahr 2003 wird die staatliche angebotsorientierte Krankenhausplanung in Form einer Mittelverwendungsplanung mit dem Ziel der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser drastisch relativieren und letzten Endes immer mehr in Frage stellen. Das Vergütungssystem wird die Angebots- und Leistungsstrukturen schneller verändern als jede Krankenhausplanung. Planung zur Begrenzung von Kapazität oder Konkurrenz in einem Wettbewerbssystem ist unsinnig.
- **Die Steuerung von Krankenhausleistungen über eine angebotsorientierte Krankenhausplanung - gleichgültig mit welchem Aufwand und welcher Differenzierung die Angebotsstruktur geplant wird - und über Vergütungsregelungen sind zwei einander ausschließende Prinzipien.**
- Die Planung der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V erfolgt ohne Mitwirkung der für die Krankenhausplanung letztverantwortlichen Planungsbehörde. Die Verträge können sogar Abweichungen von den Vorschriften des KHG insoweit regeln, „als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist“. Dies ist ein Kaperbrief ohne Rücksicht auf die Auswirkungen auf das Gesamtsystem. Bei solchen Vorgaben sind Fehlplanungen zu Lasten öffentlicher Fördermittel unvermeidbar.
- Zunehmend werden Zweifel an der Legitimität des KHG als Rechtsgrundlage für eine sektorale oder sektorenübergreifende Leistungsplanung laut. Die Länder dürfen sicherlich bei Bedarf - eine entsprechende Akzeptanz und Finanzmittel vorausgesetzt - eine fachlich fundierte Moderatorenrolle übernehmen. Sie haben jedoch in diesem Zusammenhang keine hoheitliche Aufgabe wahrzunehmen.
- Die öffentliche Diskussion über abstrakte Überkapazitäten bedeutet, daß weder die Politik noch die Krankenkassen zu den darin tatsächlich erbrachten Leistungen gegenüber den einzelnen Versicherten Stellung konkret nehmen müssen. Im Gegenteil, man kann für eine Leistungsausweitung plädieren und gleichzeitig Überkapazitäten beklagen. Kosten entstehen allerdings grundsätzlich durch Leistungen am Patienten und nicht durch Betten oder Praxen. Da die Zahl der von den Ärzten verordneten Leistungen bei den gegebenen Rahmenbedingungen nach wie vor ununterbrochen ansteigt, ist ein weiterer Ausgabenanstieg für die Krankenkassen die logische Konsequenz.

3.6. Auswirkungen der integrierten Versorgung

- Mit der jetzt gesetzlich vorgegebenen „integrierten Versorgung“ sollen die additiven Folgen der doppelt besetzten Facharztschiene (stationär, vertragsärztlich) und der sektoralen Gestaltung der medizinischen Rehabilitation mit enormen bürokratischem Aufwand beseitigt werden. Ob sich damit die erwarteten Einsparungen erzielen lassen erscheint deshalb zweifelhaft (**siehe Anlagen 25 bis 28**). Die formellen und materiellen Voraussetzungen für die konkrete Umsetzung sind übrigens noch völlig ungeklärt. Sie wird durch das nicht durchgesetzte Globalbudget zusätzlich erschwert.
- Bisher konnte als Folge der hochkomplexen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Leistungssektoren ein kausaler Nachweis über einen substitutiven kostensparenden Effekt im Gesamtsystem mangels geeigneter Datenlage nicht erbracht werden. Allerdings wird von Experten eine Verbesserung der Versorgungsqualität unterstellt.
- **Ziel der integrierten Versorgung ist nach wie vor eine institutionelle und keine personelle Integration. Damit bleibt die Ursache des Problems, nämlich die sektorale Strukturierung des deutschen Gesundheitswesens, unverändert weiter bestehen.**
- Die Begriffe Kooperation, Verzahnung, Vernetzung und integrierte Versorgung werden bewusst oft höchst unterschiedlich und widersprüchlich verwendet. Eine integrierte Versorgung kann logischerweise nur vorliegen, wenn an der Leistungserbringung mindestens zwei (bestehende) Leistungssektoren (z.B. stationär und vertragsärztlich) beteiligt sind. Sektorale Netze erfüllen nicht den Tatbestand einer integrierten Versorgung. Es ist unklar, ob langfristig die Leistungserbringer (zwei oder mehrere selbständige Leistungserbringer erbringen gemeinsam eine sektorenübergreifende Leistung) oder die Leistungen (ein Leistungserbringer übernimmt die komplette sektorenübergreifende Versorgung) integriert werden sollen. Die bisherige Erfahrung spricht eher für die letztere Version.
- Es gibt auf freiwilliger Basis bereits wesentlich mehr funktionierende sektorenübergreifende Kooperationen zwischen Krankenhäusern, Praxen und Rehaeinrichtungen als die öffentliche Diskussion vermuten lässt. Bei der Formalisierung der integrierten Versorgung durch Rahmenempfehlungen und „rechnerischen Bereinigungen der Gesamtvergütung“ werden erfahrungsgemäss wieder die Kompetenz-, Macht- und Finanzierungsfragen im Vordergrund stehen. Der Druck, die in den einzelnen Leistungssektoren derzeit noch voneinander abweichenden Formen der Bedarfsplanung, der Zulassung, der Finanzierung, des Abrechnungssystems und der Selbstverwaltung zu harmonisieren, wird zunehmen.
- Die vorgesehene Kodifizierung des Rehabilitationsrechtes in einem eigenen Sozialgesetzbuch und die damit verbundene rechtliche Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation sind im Sinne der integrierten Versorgung als kontraproduktiv einzustufen.

3.7. Auswirkungen der unzureichenden Investitionsfinanzierung

- Von 1972 bis 1998 wurden insgesamt rd. 133 Mrd. DM an KHG-Fördermitteln ausgegeben. Der Anteil der Investitionsfinanzierung an der Gesamtfinanzierung der Krankenhausbehandlung ist dabei seit 1973 von rund fünfzehn auf rund zehn Prozent gesunken. Das Engagement der Länder ist dabei höchst unterschiedlich **(siehe Anlagen 28 bis 31)**.
- Während einerseits die als Folge der dualistischen Finanzierung zur Investitionsfinanzierung verpflichteten Länder überwiegend nicht ausreichend Mittel zur Verfügung stellen, verhindert andererseits der Streit zwischen Bund und Ländern um die dualistische oder monistische Krankenhausfinanzierung, dass für die Plankrankenhäuser zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten geschaffen werden.
- Die unbefriedigende finanzielle Situation der zur Versorgung zugelassenen Krankenhäuser stärkt die Chancen risikobereiter privater Investoren. Die Genehmigung von Privatkliniken erfolgt nach § 30 der Gewerbeordnung. Dabei wird nur geprüft, ob eine ausreichende medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten gewährleistet wird und die baulichen und technischen Voraussetzungen vorliegen. Eine Bedarfsprüfung findet nicht statt. Die für die Privatkliniken getätigten Investitionen, im Extremfall sogar durch eine Landesbürgschaft unterstützt, machen die öffentlichen Investitionen für die zugelassenen Krankenhäuser notleidend. Die nach Inbetriebnahme von den Privatkliniken geschaffenen Arbeitsplätze verschärfen für den Fall einer Schließung zusätzlich die politische Auseinandersetzung.
- Die mangelnde Investitionsfinanzierung durch die Länder, die leistungsrechtliche Bedarfsdefinition durch das Bundesverwaltungsgericht („tatsächlicher zu versorgender Bedarf“) und die Risikobereitschaft privater Investoren reduzieren die Wettbewerbschancen der bereits zugelassenen Plankrankenhäuser. Sie verlieren zunächst durch Abwerbung Privatpatienten und anschließend durch rechtswidrige Kostenübernahmeerklärungen der Krankenkassen auch „Normalpatienten“. An letzteren hat die Privatklinik auch ein steuerliches Interesse, da nach § 67 AO Grundlage für die Steuerbegünstigung ein Anteil von mindestens 40 % der Pflegetage aus allgemeinen Krankenhausleistungen nach der BPfIV ist.
- Die Kostenübernahmeerklärungen von gesetzlichen Krankenkassen für Patienten in den nicht zur Versorgung zugelassenen Privatkliniken belegen andererseits den „tatsächlichen zu versorgenden Bedarf“ und erhöhen damit die Chancen einer Aufnahme in den Krankenhausplan, wie die vor kurzem durch Gerichtsurteil erzwungene Aufnahme von drei privaten Herzzentren eindeutig beweist.

3.8. Auswirkungen der monistischen Finanzierung

- Der Erfolg einer Finanzierung hängt erfahrungsgemäß nicht davon ab, ob sie monistisch, dualistisch oder trialistisch angelegt ist, sondern ob sie ausreichend ist und wie die zuständigen Behörden, die Leistungsanbieter und die Kostenträger miteinander umgehen.
- Es gibt derzeit keine nachvollziehbare, die wirtschaftliche Sicherung der meisten Vertragskrankenhäuser gewährleistende Lösung, mit der von den Krankenkassen allein
der Erhaltungsaufwand in Höhe von jährlich **rd. 1 Mrd. DM**,
die Pauschalförderung in Höhe von jährlich **rd. 2,3 Mrd. DM**,
die Einzelförderung in Höhe von jährlich **rd. 4,5 Mrd. DM**,
die Ausfinanzierung in Höhe von **rd. 15 Mrd. DM**,
die Eigenbeteiligung in Höhe von jährlich **rd. 2,5 Mrd. DM**
der Investitionsstau in Höhe von **rd. 15 Mrd. DM** und
die Investitionszuschüsse für die Hochschulkliniken von jährlich **rd. 1,7 Mrd. DM**
zuzüglich Kapitalkosten – insgesamt also eine Betrag von jährlich **20 bis 30 Mrd. DM**
- unter Beachtung der Beitragssatzstabilität bei drastisch steigendem Innovationsbedarf ohne Betriebsgefährdung finanziert werden kann. Dieser Betrag entspricht etwa 15 bis 20 Prozent der Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung, ist also durchaus als realistisch anzusehen.
- Die mit der teilweisen Einführung der Monistik d.h. der teilweisen Finanzierung der Investitionskosten durch die Krankenkassen auslösbare Eigendynamik innerhalb des Krankenhausmarktes wird unterschätzt. Sie würde eine Privatisierungswelle bzw. eine Konzentration der Krankenhausträger zur Folge haben.
- Die dringend notwendigen und politisch gewollten Systemveränderungen im Hinblick auf sektorenübergreifende Angebotsstrukturen erfordern zeitnahe Investitionen. Es gibt in Deutschland und darüber hinaus genügend Kapital, das auf Anlagemöglichkeiten wartet. Kapital kennt keine Heimat.

3.9. Auswirkungen der zunehmenden Europäisierung

- Der vollendete Binnenmarkt mit gemeinsamer Wirtschaftsverfassung und einheitlicher Währung führt dazu, dass gesetzgeberische Handlungsspielräume der Einzelstaaten sich immer mehr verengen und die bislang betriebene Sozial- und Gesundheitspolitik transnational verzahnt werden muss. Deshalb müssen die gesundheitlichen und rehabilitativen Versorgungsstrukturen Deutschlands, die sich bisher fast ausschließlich über das Staatsgebiet definieren und nur hier ihre Umsätze erzielen, nach Wegen suchen, um künftig auch grenzüberschreitend professionell kommerziell zu agieren.
- Die EG-Dienstleistungsfreiheit ermöglicht es nicht nur, dass deutsche Versicherte zunehmend Gesundheitsleistungen unionsweit in Anspruch nehmen, sie lädt auch die Leistungsanbieterseite ein, ihre Produkte transnational zu vermarkten. Grenzüberschreitende Verträge für spezielle Indikationen und Versorgungsformen benachbarter Staaten, aber auch neue Partnerschaftsmodelle zwischen Kostenträgern und Anbietern sind hierfür zwingende Voraussetzung.
- Wer die Einheit Europas will, muss auch bereit sein, die Konsequenzen zu tragen. Ein einheitlicher Binnenmarkt führt systemimmanent zur Harmonisierung der Wirtschafts- und Sozialsysteme. Die Harmonisierung der Gesundheitssysteme wird absehbar stufenweise erfolgen. Die Harmonisierung der Steuerrechte wird die unterschiedliche Mittelaufbringung für das jeweilige Gesundheitswesen (Versicherungs-, Steuer- und Mischsysteme) europaweit zwangsläufig angleichen.
- Der Einfluss der europäischen Wirtschaftsverfassung sowie der ungebremste Ausbau des Wettbewerbs werden den Druck auf die einzelstaatlichen Sozialordnungen verstärken. Die Kosten und der Nutzen von sozialer Sicherheit werden direkt vergleichbar, höhere Kosten werden politisch erklärungsbedürftig. Insgesamt wird dies dazu führen, dass neben einem begrenzten, auf der Übertragung von Kompetenzen an die Gemeinschaft beruhenden Souveränitätsverlust der Einzelstaaten mittelfristig auch ein wachsender Autonomieverlust in sozialpolitischen Gestaltungsfragen erfolgt. Europa wird mittelfristig immer mehr und immer schneller Einfluß auf die Strukturen unserer Sozialversicherung und damit auch des Gesundheitswesens nehmen. Dieser Prozeß vollzieht sich in starker Interdependenz mit dem weltwirtschaftlichen Szenario und anderen globalen Entwicklungen. Wer auch künftig einen starken Sozialstaat will, muß ihn deshalb auf europäischer Ebene neu begründen.

4. Ausblick in die Zukunft

Es gibt keine endgültigen Lösungen (Popper). In einer Wettbewerbsgesellschaft werden sich sogar – dramatisch verstärkt durch die Möglichkeiten der neuen Kommunikationstechnologien - die Bedingungen der Leistungserbringung und –inanspruchnahme immer schneller ändern. Der Zwang zu verbindlichen Rahmenbedingungen wird zunehmen. Es ist deshalb zwingend geboten zukunftsweisende bzw. europaorientierte Vorstellungen bzw. Vorgaben

- über die Beseitigung der in Deutschland vorhandenen doppelt besetzten Facharztstrukturen in Verbindung mit der Einführung einer personellen Integration,
- über zukunftssträchtige prozessorientierte Versorgungsstrukturen für die ununterbrochen ansteigende Anzahl der chronisch Kranken, sinnvollerweise unterstützt durch eine entsprechende Anpassung des Leistungsrechtes
- über die dringend notwendige zusätzliche Investitionsförderung (ggf. durch teilweise Kreditfinanzierung) für die Plankrankenhäuser zur kurzfristigen Finanzierung zukunftssträchtiger integrierter Versorgungsstrukturen,
- über die Einbindung der medizinischen Rehabilitation in Form von integrierten Versorgungsstrukturen (Aufgabe der sektoralen Selbständigkeit der Rehabilitation und Verlagerung der Zuständigkeit von der Rentenversicherung zu den Krankenkassen),
- über die künftige – ebenfalls in Europa atypische - Rolle der Rentenversicherungsträger als Rehaträger im Rahmen der Gesundheitsversorgung,
- über die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung von der solidarischen Krankenkasse zum wettbewerbsorientierten Versicherungsdienstleister verbunden mit einem Wechsel von der Pflichtversicherung zur Versicherungspflicht und
- über die künftige Einordnung der stationären Versorgung Deutschlands im europäischen Umfeld als Folge der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von medizinischen Gütern und Dienstleistungen (z.B. Sachleistungs- oder Kostenerstattungssystem usw.)

zu entwickeln, darüber zu diskutieren und zu entscheiden und sie umzusetzen. Die Art der Lösung dieser essentiellen Grundsatzfragen wird die Zukunft der deutschen Krankenhäuser und des gesamten Gesundheitswesens entscheidend prägen. Sollte kurz- bis mittelfristig darüber eine politische Lösung nicht erreicht werden, ist nicht auszuschließen, dass die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens weniger von den Politikern als von den Gerichten, innovativen Leistungsanbietern und den Patienten selbst vorangetrieben wird.

Hannover, März 2000

Über den Verfasser

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

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

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

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

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

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

Nachdruck und Veröffentlichung nur mit Genehmigung der Verfassers.

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

30625 Hannover

Telefon und Fax:

privat:

Telefon: 0049/0511-120-574553

Email: Ernst@bruckenberger.de

Internet: www.bruckenberger.de

dienstlich:

Telefon: 0049/0511-120-4076

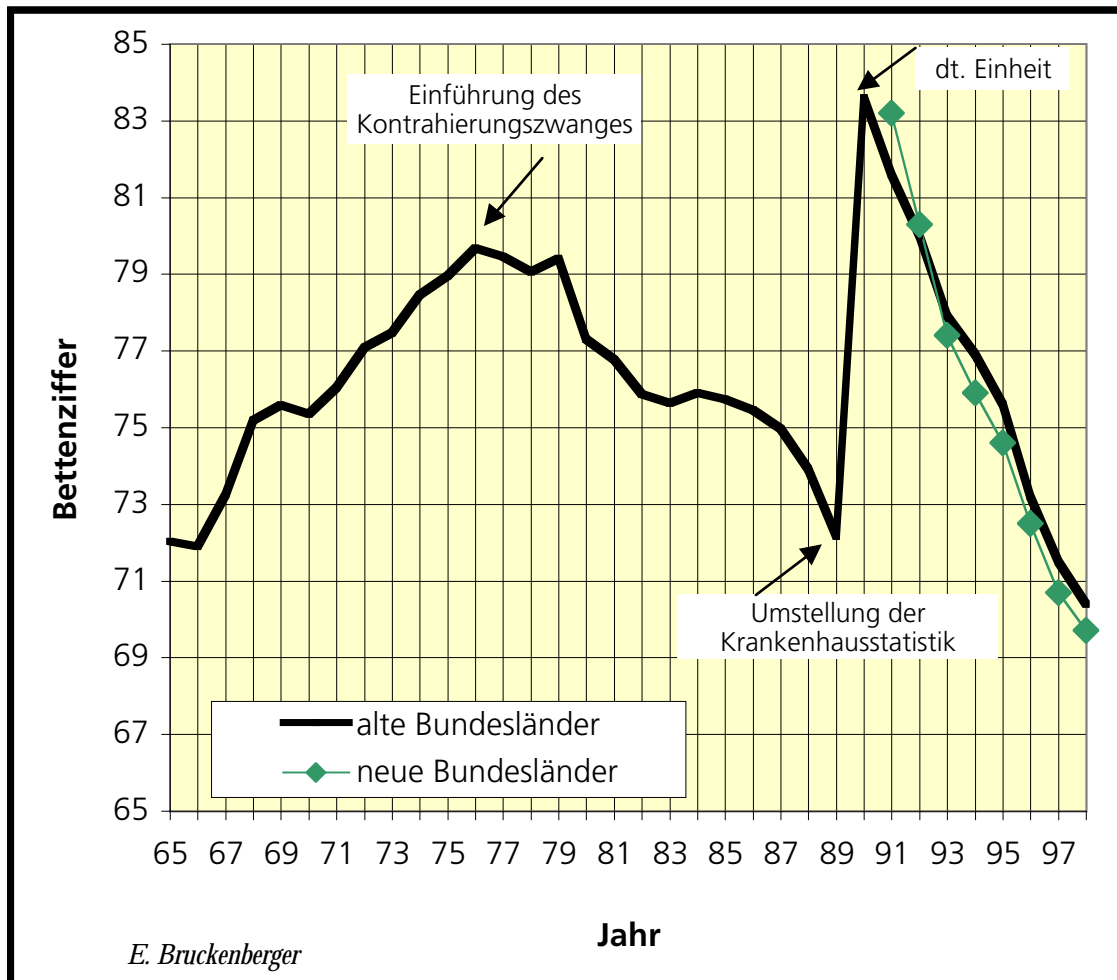
Fax: 0049/0511-120-4288



5. Anlagen

Anlage 1

Entwicklung der Bettenziffer (Betten auf 10.000 Einwohner) in Deutschland von 1965 bis 1998

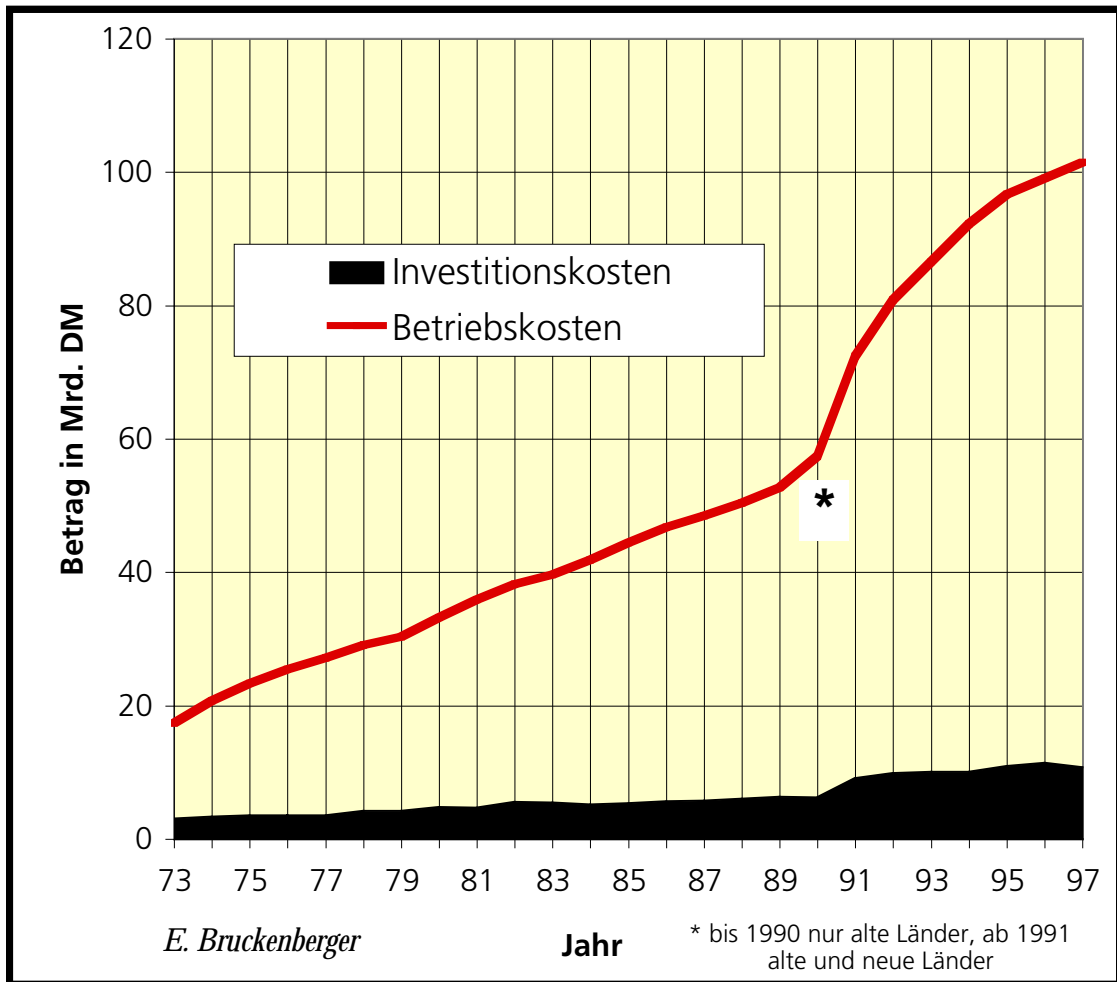


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Der Kontrahierungszwang, d.h. die Verpflichtung der Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur in zugelassenen Krankenhäusern abzurechnen, wurde 1977 eingeführt. Erst seit diesem Zeitpunkt ist ein Rückgang der Bettenkapazität feststellbar. Der Anstieg der Bettenziffer im Jahre 1990 ist auf die Umstellung der Krankenhausstatistik zurückzuführen. Dabei wurde die bis dahin übliche Unterscheidung in Akut- und Sonderkrankenhäuser beseitigt.

Anlage 2

Entwicklung der Ausgaben für Krankenhausbehandlung (Betriebskosten und Investitionskosten) in Deutschland

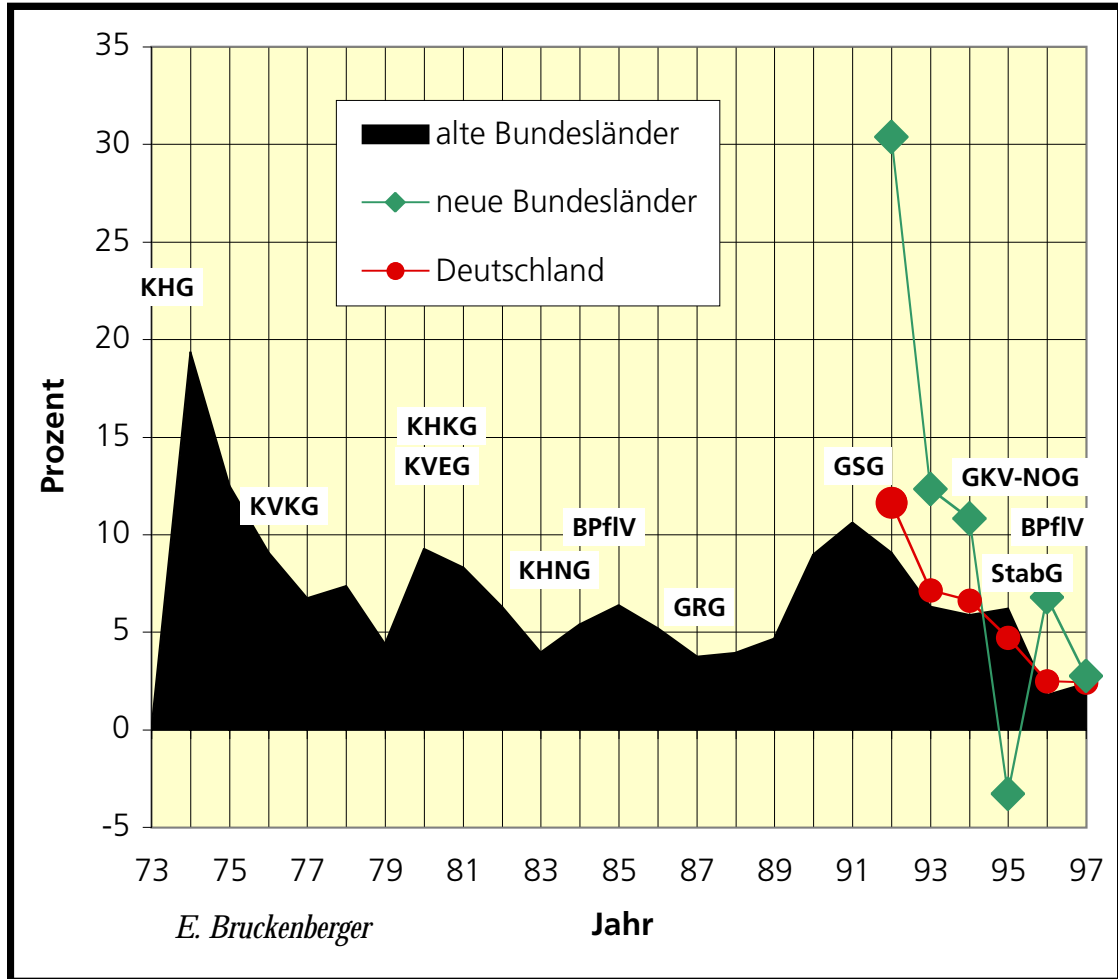


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Die Betriebskosten der Krankenhäuser haben sich von 1973 bis 1997 um das Sechsfache (von 17 auf 101 Mrd. DM), die Investitionskosten um das Vierfache (von 3 auf 12 Mrd. DM) erhöht.

Anlage 3

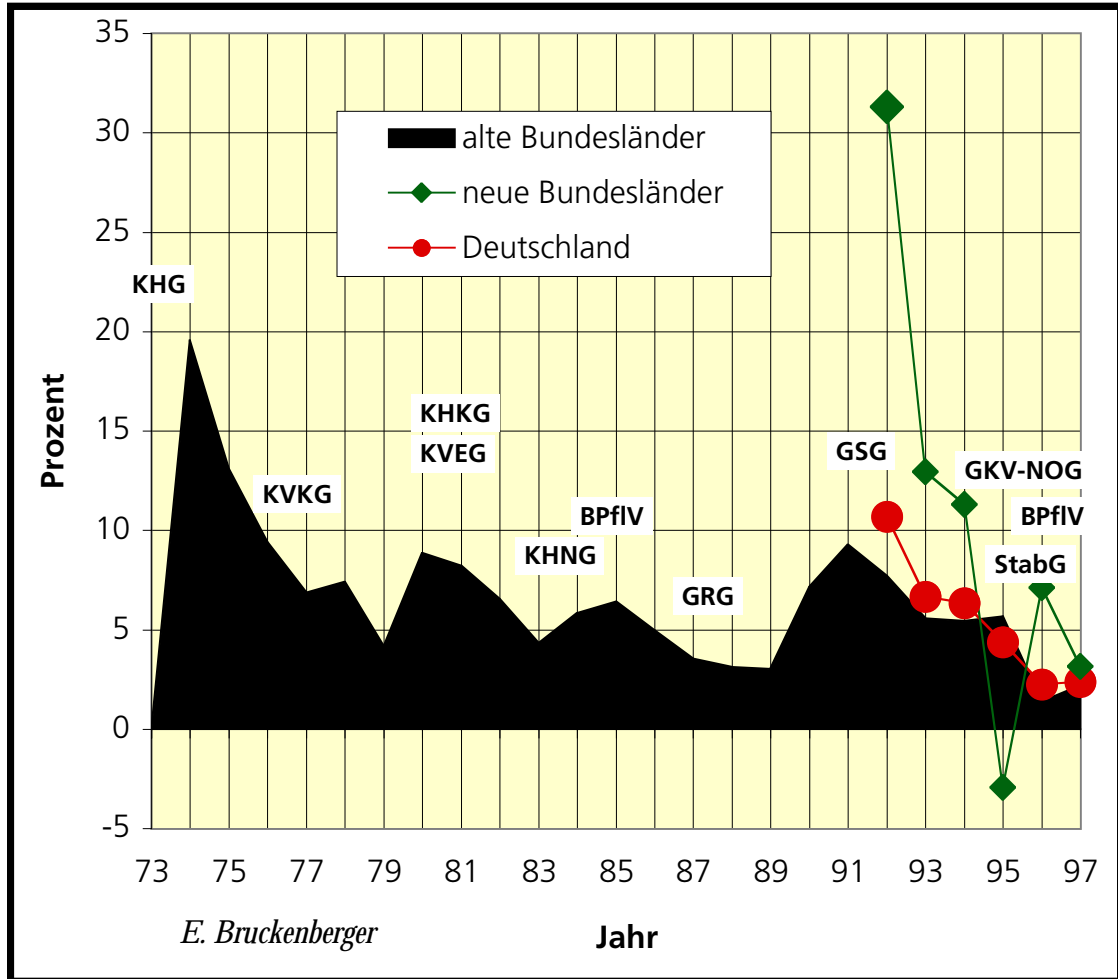
Ausgaben für Krankenhausbehandlung (Betriebskosten) in Deutschland (inclusive Hochschulkliniken) jeweils gegenüber dem Vorjahr in Prozent



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

Anlage 4

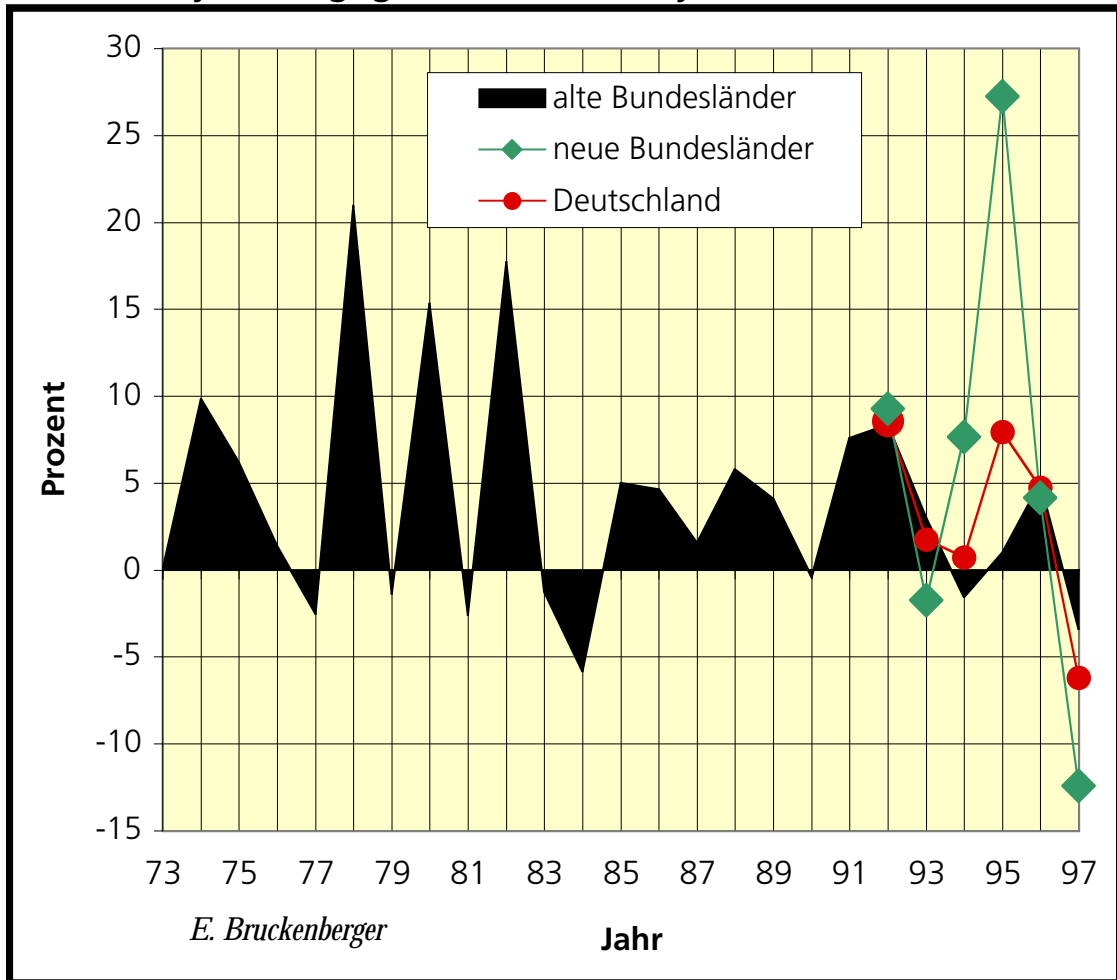
Ausgaben für Krankenhausbehandlung pro Einwohner (Betriebskosten) in Deutschland (inclusive Hochschulkliniken) jeweils gegenüber dem Vorjahr in Prozent



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

Anlage 5

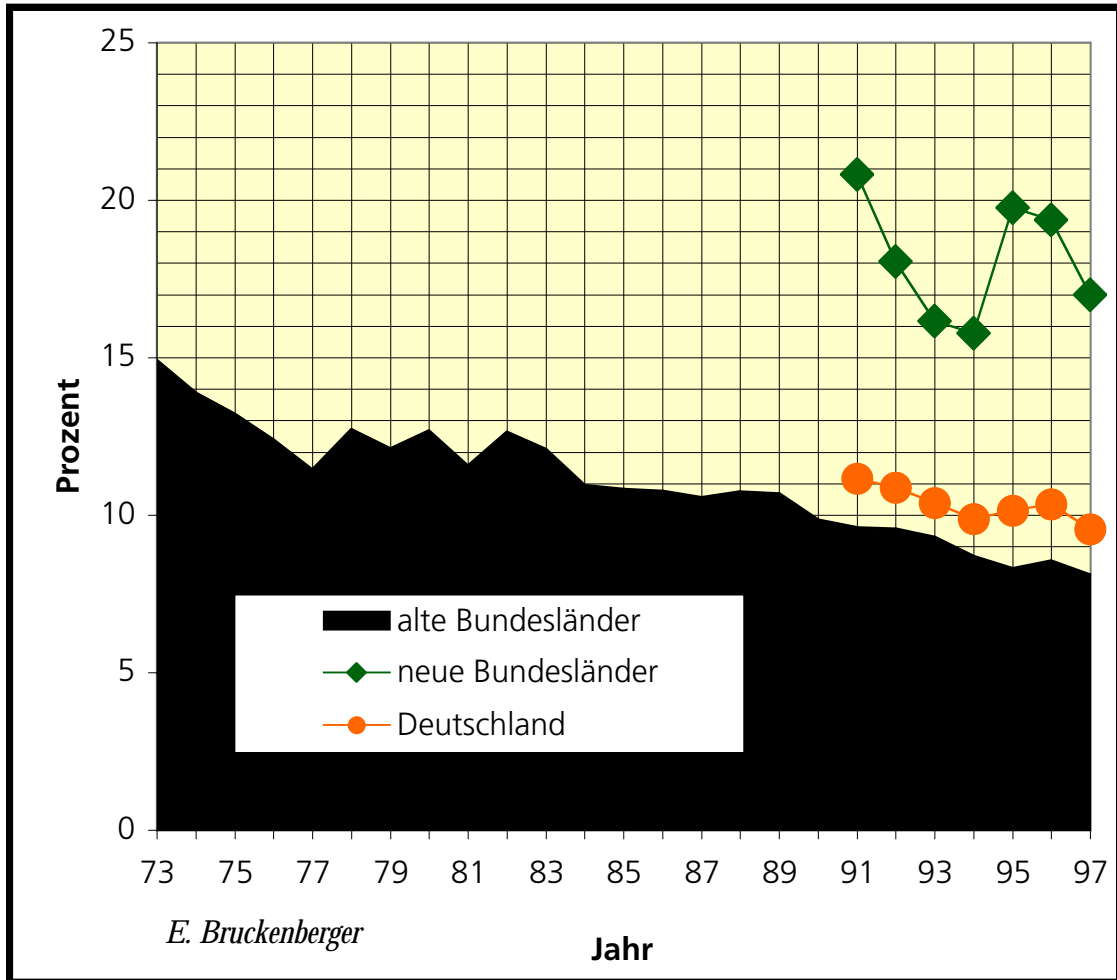
Ausgaben für Krankenhausbehandlung (Investitionskosten) in Deutschland (inclusive Hochschulkliniken) jeweils gegenüber dem Vorjahr in Prozent



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

Anlage 6

Anteil der Ausgaben für Investitionen an den Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung in Deutschland von 1973 bis 1997

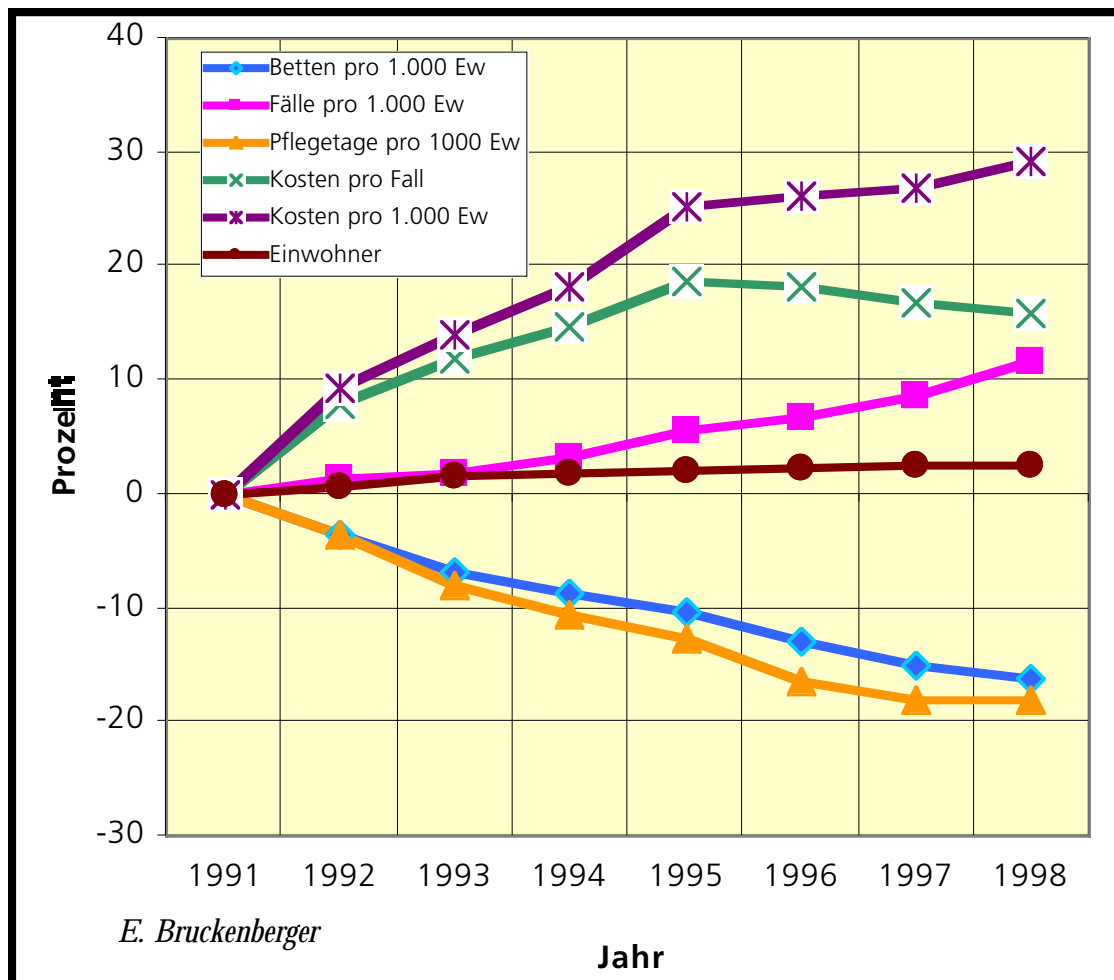


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Der Anteil der Ausgaben für Investitionen an den Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung hat sich seit 1973 bundesweit von rund 15 auf rund 10 Prozent reduziert.

Anlage 7

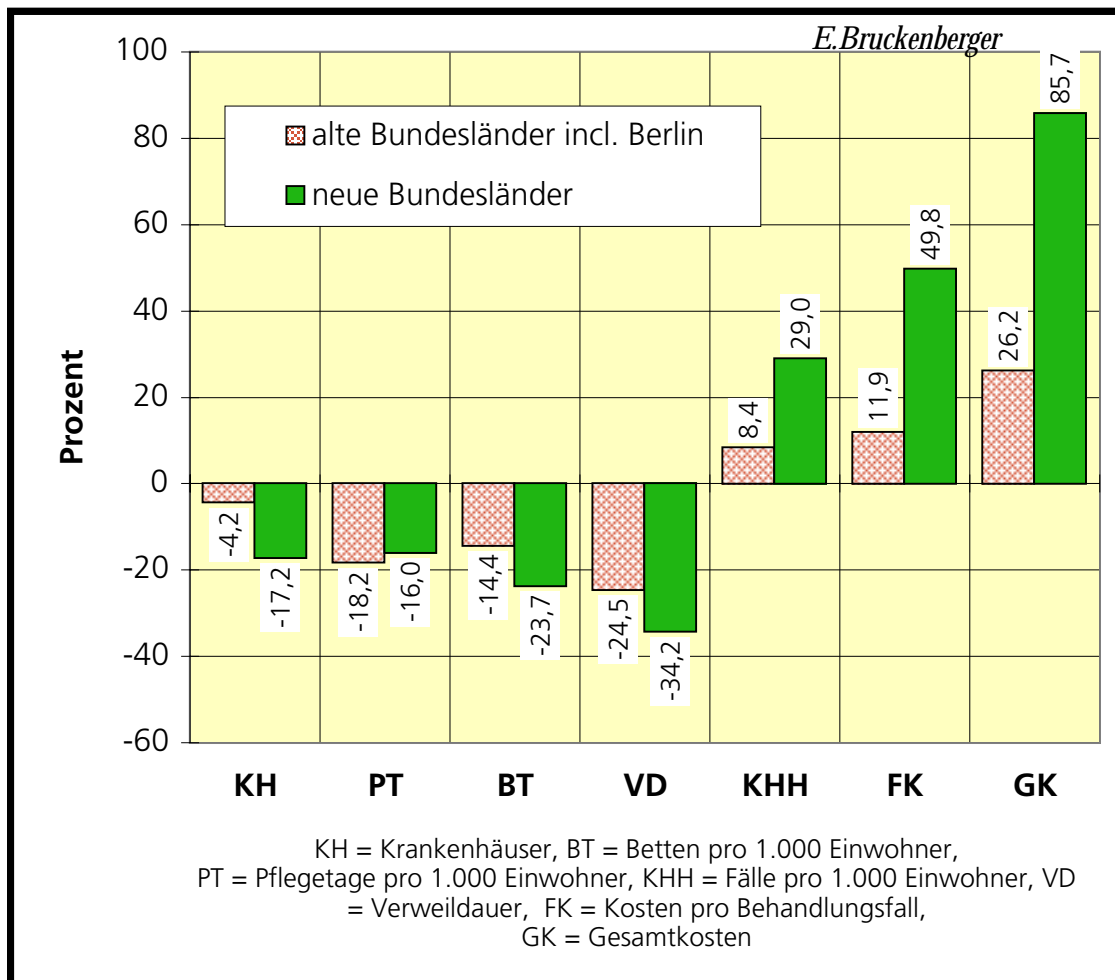
Entwicklung wichtiger Daten der Krankenhäuser In Deutschland von 1991 bis 1998 in Prozent



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

Während die Krankenhaushäufigkeit (Fälle pro 1.000 Einwohner) laufend ansteigt geht die Zahl der Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner ununterbrochen zurück. Die Zahl der Pflegetage pro 1.000 Einwohner stagniert seit zwei Jahren. Die Tatsache, dass die Kosten pro Fall seit 1995 zurückgehen steht sicherlich im Zusammenhang mit der Kostendämpfungspolitik. Da bei nach wie vor steigenden Fallzahlen die Zahl der Vollkräfte zurückgegangen ist liegt eine Leistungsverdichtung zu Lasten des Personals nahe.

Anlage 8

Entwicklung wichtiger Daten der Krankenhäuser
In Deutschland von 1991 bis 1998 in Prozent

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

Seit Jahren wird in der öffentlichen Diskussion pauschal behauptet, die Schliessung von Krankenhäusern, der Abbau von Krankenhausbetten und die Reduzierung der Verweildauer würden die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlung senken. Die Entwicklung der Kosten seit 1991 liefert dafür keinerlei Beweis. Obwohl z.B. in den neuen Bundesländern die Zahl der Krankenhäuser um 17, die Betten um 24 und die Verweildauer um 34 Prozent zurückgegangen sind, hat sich die Zahl der Fälle um 29, die Kosten pro Fall um 50 und die Gesamtkosten um 86 Prozent erhöht. Kosten entstehen grundsätzlich durch Leistungen am Patienten und nicht durch Betten oder Praxen.

Anlage 9

Ranking der Krankenhausversorgung in Deutschland nach Ländern 1997

Land	Anteil ü 60 *	BZ/ BO *	BZ/ TB *	MTG/ 1Mio EW	KHG**- Mittel/Bett	Kosten/F all *	Kosten/ Ew
Baden-Württemberg	21,4	62,8	59,0	35	11.225	6.300	1.047
Bayern	21,8	69,7	69,4	44	16.343	5.992	1.136
Berlin	20,1	73,6	72,3	43	14.580	8.813	1.485
Brandenburg	21,3	64,2	67,8	26	19.513	5.258	1.097
Bremen	24,5	96,3	71,1	44	9.469	6.832	1.253
Hamburg	23,1	80,7	65,5	57	15.984	7.912	1.337
Hessen	22,2	67,7	65,1	34	11.939	6.258	1.173
Mecklenburg-Vorp.	20,6	64,9	61,4	31	24.520	5.106	1.044
Niedersachsen	22,7	62,7	63,6	27	10.716	6.009	1.137
Nordrhein-Westfalen	22,8	77,1	74,4	45	7.099	5.973	1.220
Rheinland-Pfalz	23,1	70,1	70,0	36	11.101	5.644	1.137
Saarland	24,5	75,2	75,1	37	11.432	6.217	1.360
Sachsen	24,5	66,2	66,5	28	21.635	5.499	1.007
Sachsen-Anhalt	23,3	69,8	72,3	35	23.649	5.480	1.123
Schleswig-Holstein	22,9	59,5	62,3	36	11.847	5.866	1.121
Thüringen	22,5	74,5	69,2	34	27.241	5.346	1.044
Deutschland	22,4	69,7	67,9	35	13.085	6.085	1.155

Anteil ü 60 = Anteil der über 60 jährigen Einwohner an der Wohnbevölkerung 1998 in Prozent

BZ/BO = Bettenziffer (Betten auf 10.000 Einwohner) im jeweiligen Bundesland 1998

TB = tatsächlicher Bedarf = Pflgetage für die "Landeskinder" unabhängig vom Behandlungsort
bei einer Bettennutzung von 85 %, Wanderung lt. Krankenhausdiagnosestatistik 1997)

MTG = Medizinisch-technische Großgeräte pro 1 Mio Ew 1997 **

KHG Mittel/Bett = Mittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1999 pro Planbett insgesamt

Fall = Behandlungsfall 1998 (bezogen auf den Behandlungsort)

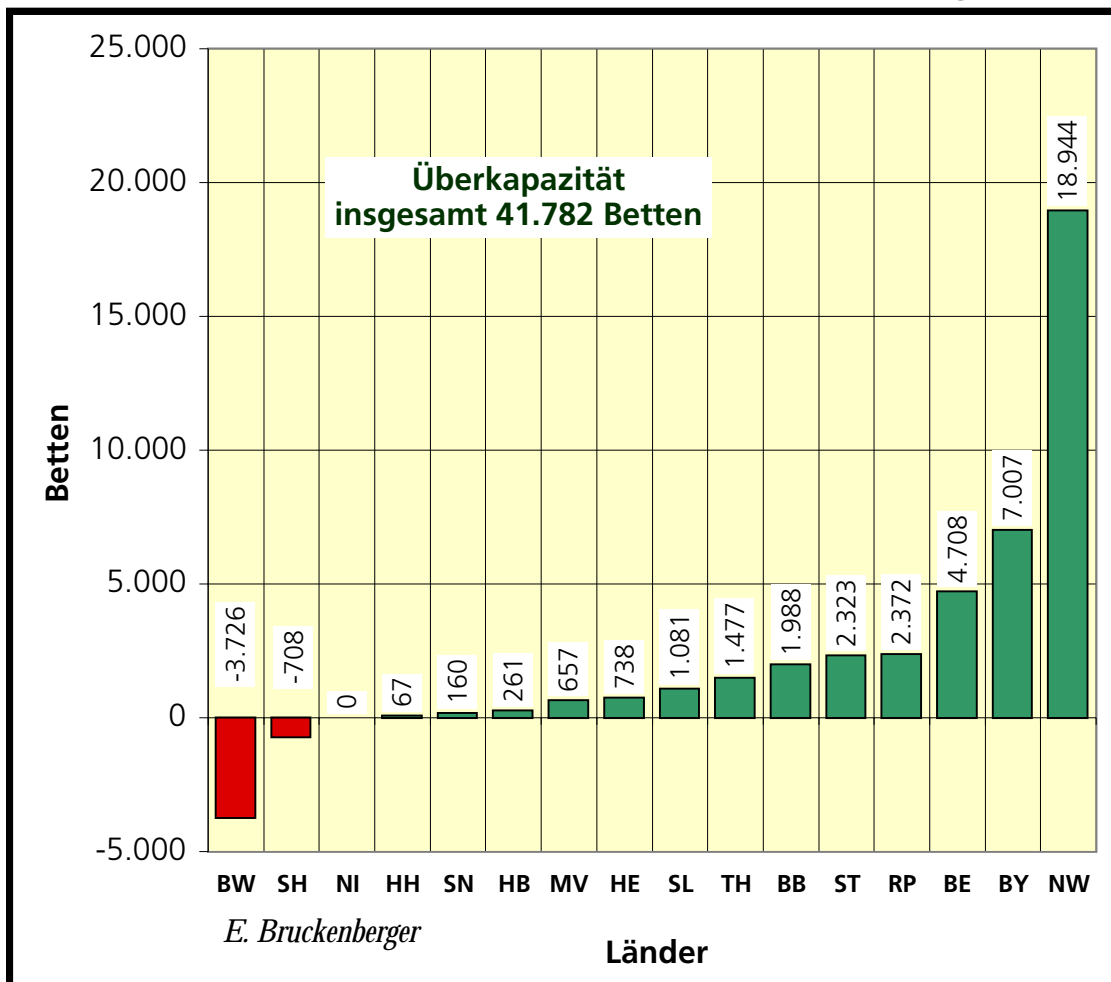
Kosten/Ew (Einwohner) = 1997 (bezogen auf den Wohnort)

* Quelle: Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen

** Quelle: Umfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG und eigene Berechnungen

Anlage 10

Bettenüberkapazität der Länder gemessen am „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ des Landes Niedersachsen 1997 – altersbereinigt

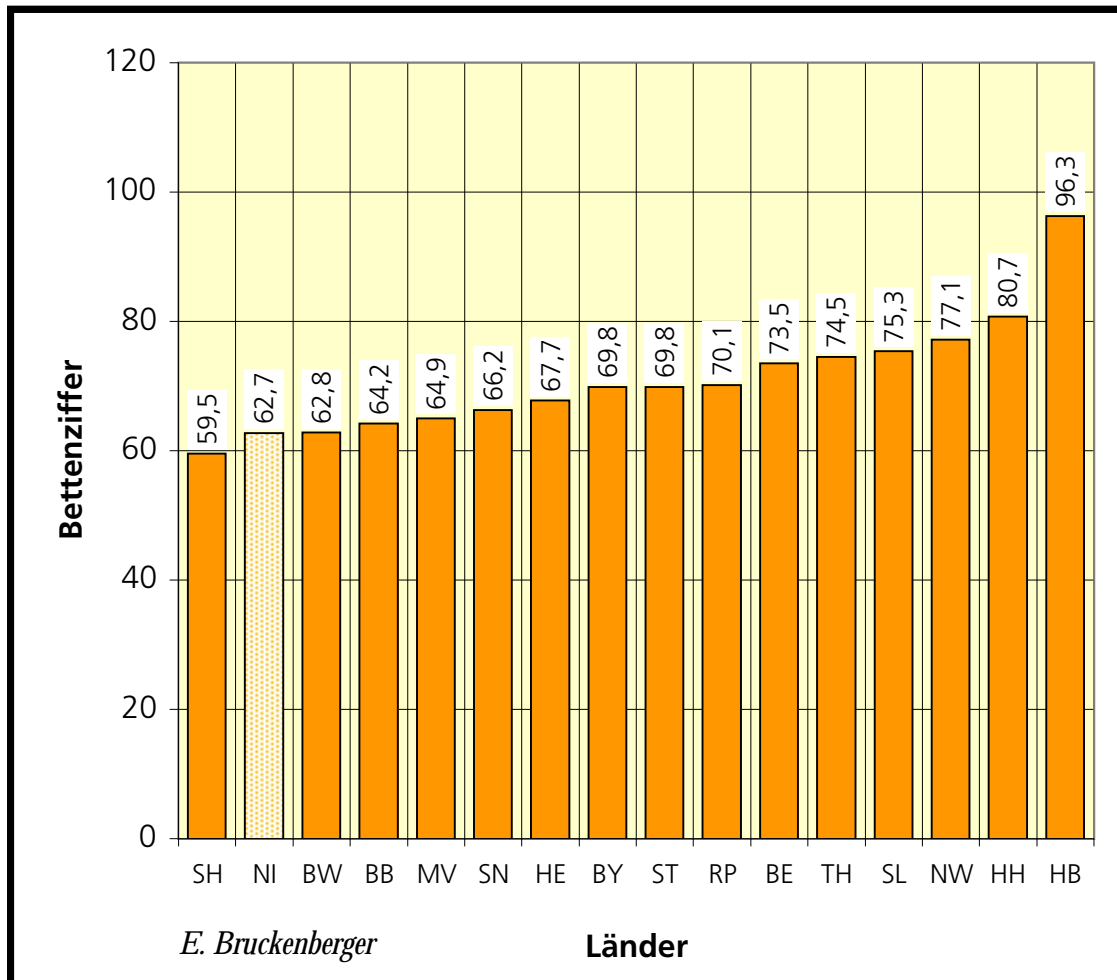


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes
 BW = Baden-Württemberg, BY = Bayern, BE = Berlin, BB = Brandenburg, HB = Bremen, HH = Hamburg, HE = Hessen,
 MV = Mecklenburg-Vorpommern, NI = Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SL = Saarland,
 SN = Sachsen, ST = Sachsen-Anhalt, SH = Schleswig-Holstein, TH = Thüringen

Gemessen am „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ des Landes Niedersachsen im Jahr 1997 ist altersbereinigt im Ländervergleich bundesweit eine Überkapazität von 41.782 Krankenhausbetten feststellbar. Nur Baden Württemberg und Schleswig-Holstein haben günstigere Werte zu verzeichnen. So gesehen müssten sich die angeblichen „Fehlbelegungen“ eigentlich länderweise merklich unterscheiden.

Anlage 11

**Betten pro 10.000 Einwohner (Bettenziffer)
nach Ländern 1998 (Behandlungsort)**

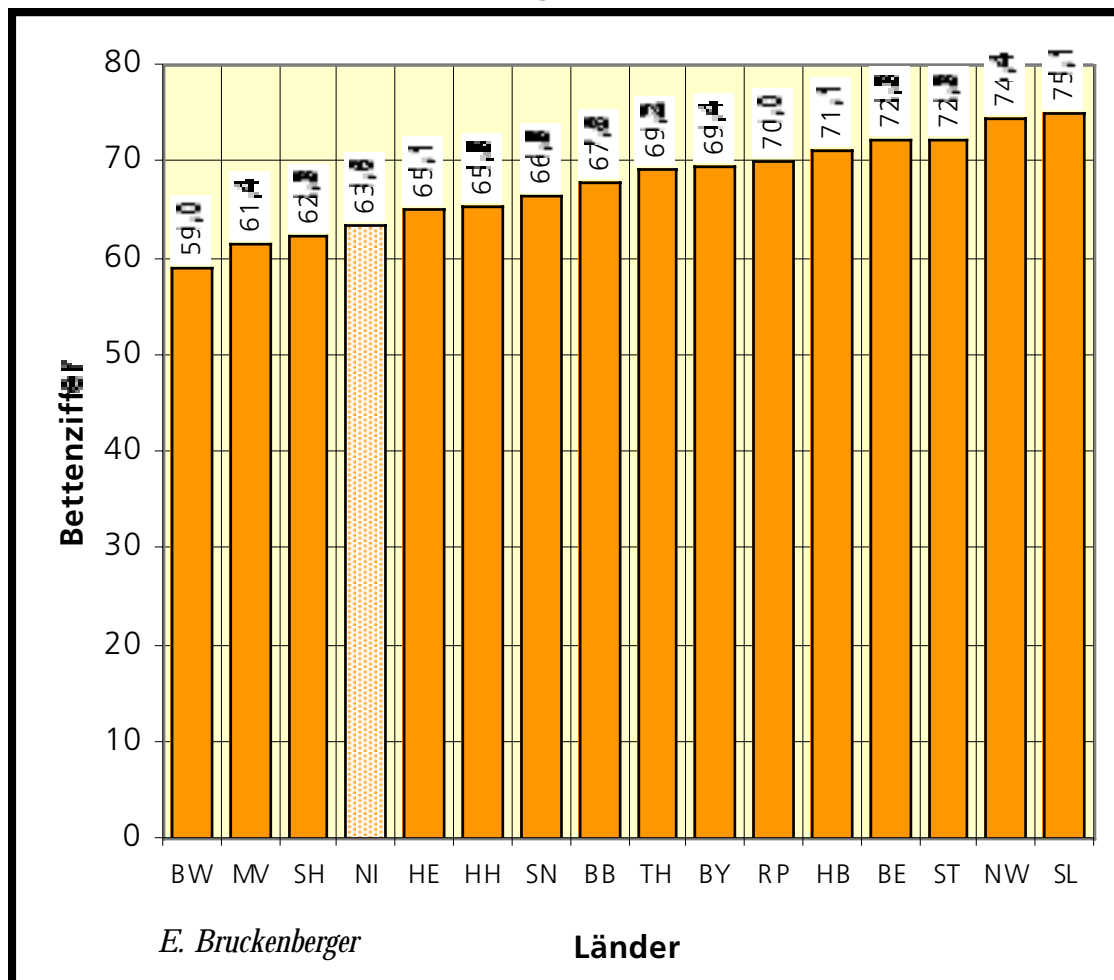


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes
 BW = Baden-Württemberg, BY = Bayern, BE = Berlin, BB = Brandenburg, HB = Bremen, HH = Hamburg, HE = Hessen,
 MV = Mecklenburg-Vorpommern, NI = Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SL = Saarland,
 SN = Sachsen, ST = Sachsen-Anhalt, SH = Schleswig-Holstein, TH = Thüringen

Die Bettenziffer im Ländervergleich schwankte 1998 unter Vernachlässigung der Ab- und Zuwanderungen von 59,5 in Schleswig-Holstein bis 96,3 in Berlin.

Anlage 12

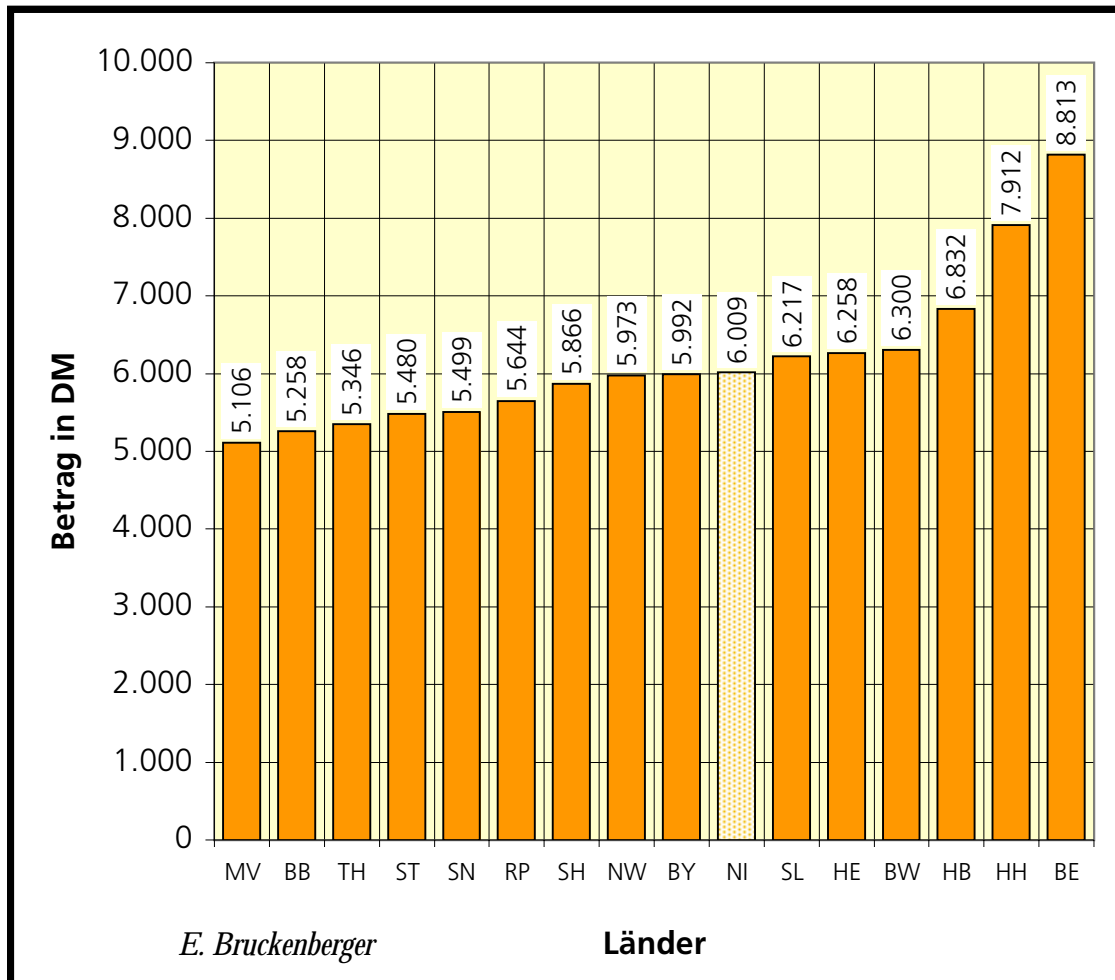
**Betten pro 10.000 Einwohner (Bettenziffer)
nach Ländern 1997 (Wohnort) gemessen am tatsächlichen Bedarf**



Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes
 BW = Baden-Württemberg, BY = Bayern, BE = Berlin, BB = Brandenburg, HB = Bremen, HH = Hamburg, HE = Hessen,
 MV = Mecklenburg-Vorpommern, NI = Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SL = Saarland,
 SN = Sachsen, ST = Sachsen-Anhalt, SH = Schleswig-Holstein, TH = Thüringen

Gemessen am tatsächlichen Bedarf (Pflegetage für die "Landeskinder" unabhängig vom Behandlungsort bei einer Bettennutzung von 85 Prozent) wies im Jahr 1997 Baden-Württemberg mit 59,0 den niedrigsten und das Saarland mit 75,1 Betten pro 10.000 Betten den höchsten Wert auf.

Anlage 13

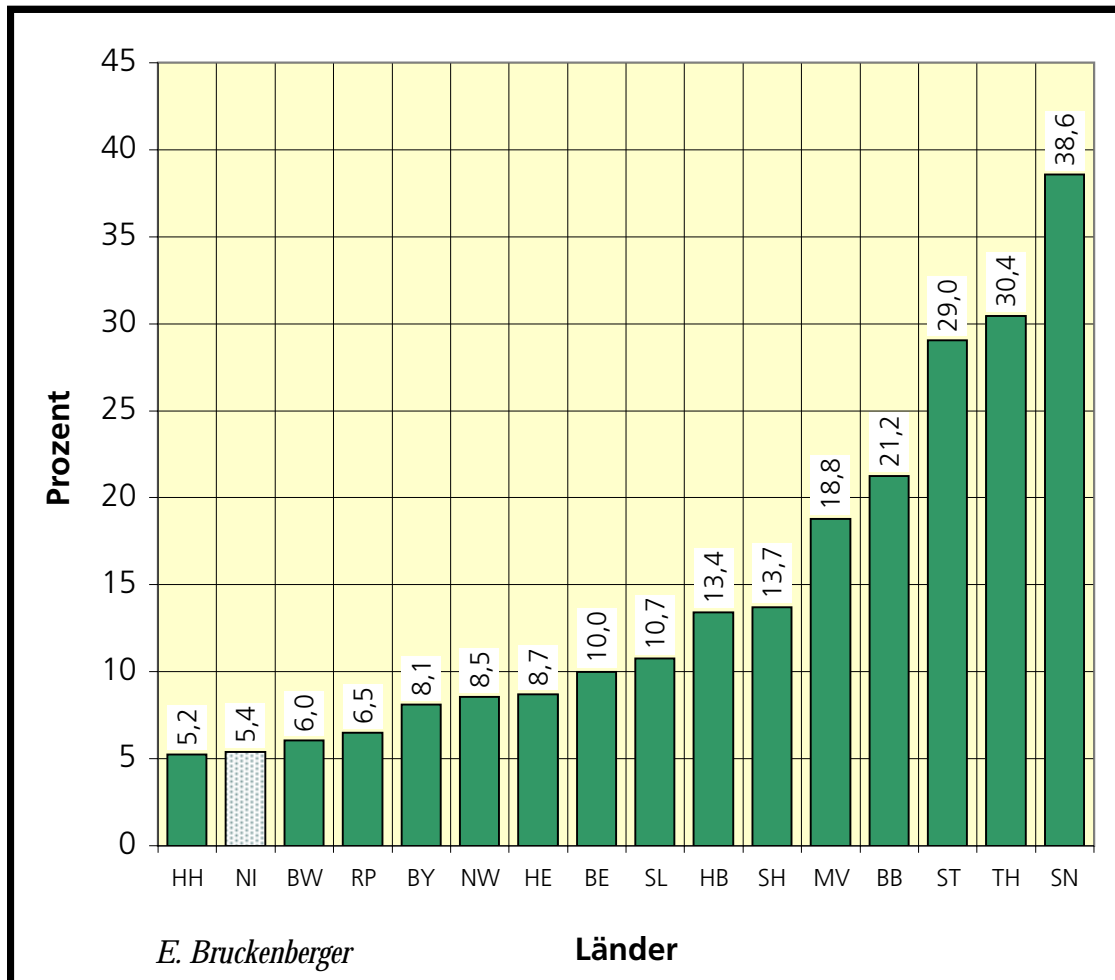
Kosten je Behandlungsfall nach Ländern 1998
(Behandlungsort)

Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes
 BW = Baden-Württemberg, BY = Bayern, BE = Berlin, BB = Brandenburg, HB = Bremen, HH = Hamburg, HE = Hessen,
 MV = Mecklenburg-Vorpommern, NI = Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SL = Saarland,
 SN = Sachsen, ST = Sachsen-Anhalt, SH = Schleswig-Holstein, TH = Thüringen

Die Kosten pro Behandlungsfall schwankten 1998 von 5.106 DM in Mecklenburg-Vorpommern bis 8.813 DM in Berlin. Unter den alten Bundesländern weist Rheinland-Pfalz mit 5.644 DM den niedrigsten Wert auf.

Anlage 14

**Zunahme der stationären Fälle pro 1.000 Einwohner
(Krankenhaushäufigkeit) von 1991 bis 1998
nach Ländern (Behandlungsort) in Prozent**

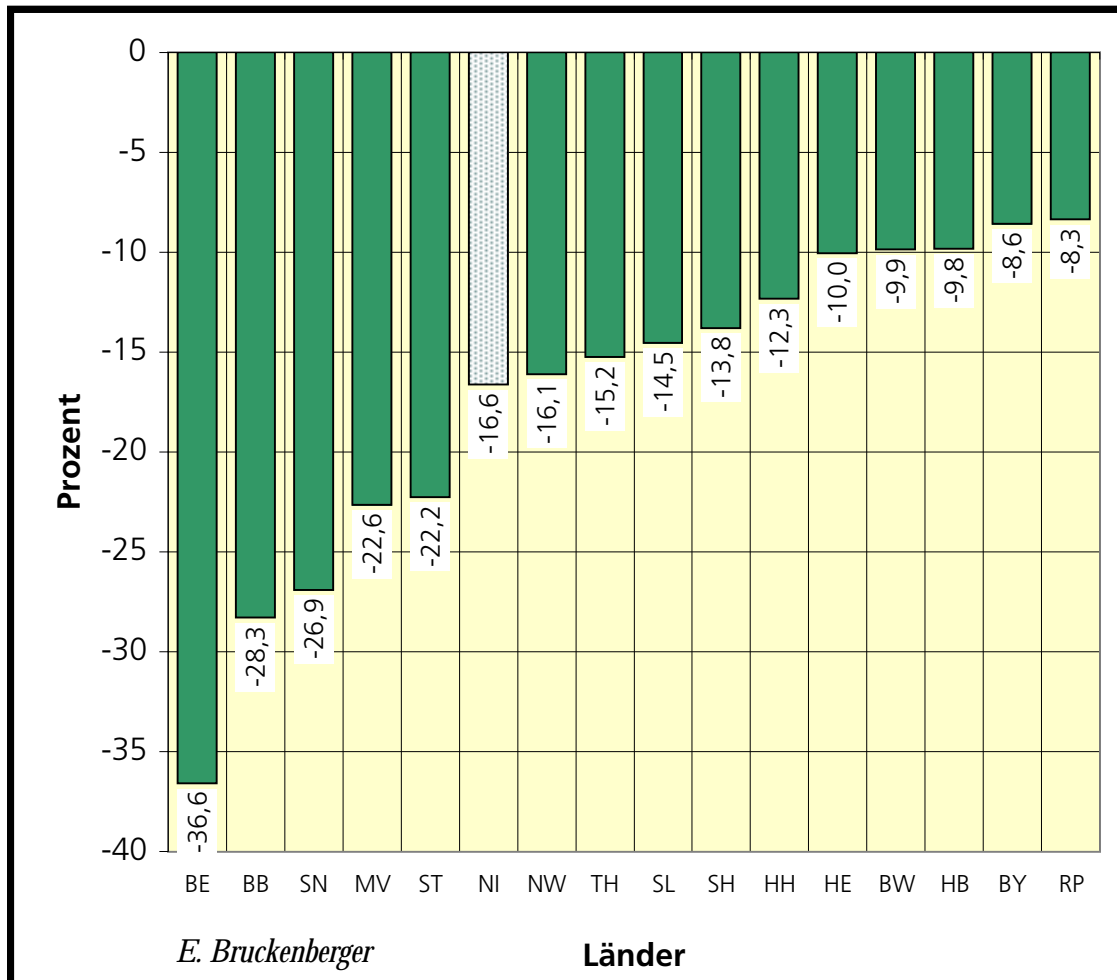


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes
 BW = Baden-Württemberg, BY = Bayern, BE = Berlin, BB = Brandenburg, HB = Bremen, HH = Hamburg, HE = Hessen,
 MV = Mecklenburg-Vorpommern, NI = Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SL = Saarland,
 SN = Sachsen, ST = Sachsen-Anhalt, SH = Schleswig-Holstein, TH = Thüringen

Den geringsten Anstieg der Krankenhaushäufigkeit von 1991 bis 1998 weisen mit 5,2 und 5,4 Prozent die Länder Hamburg und Niedersachsen auf. Der höchste Wert ist mit 38,6 Prozent in Sachsen zu verzeichnen.

Anlage 15

**Abnahme der Betten pro 1.000 Einwohner
(Bettenziffer) von 1991 bis 1998 nach Ländern
(Behandlungsort) in Prozent**

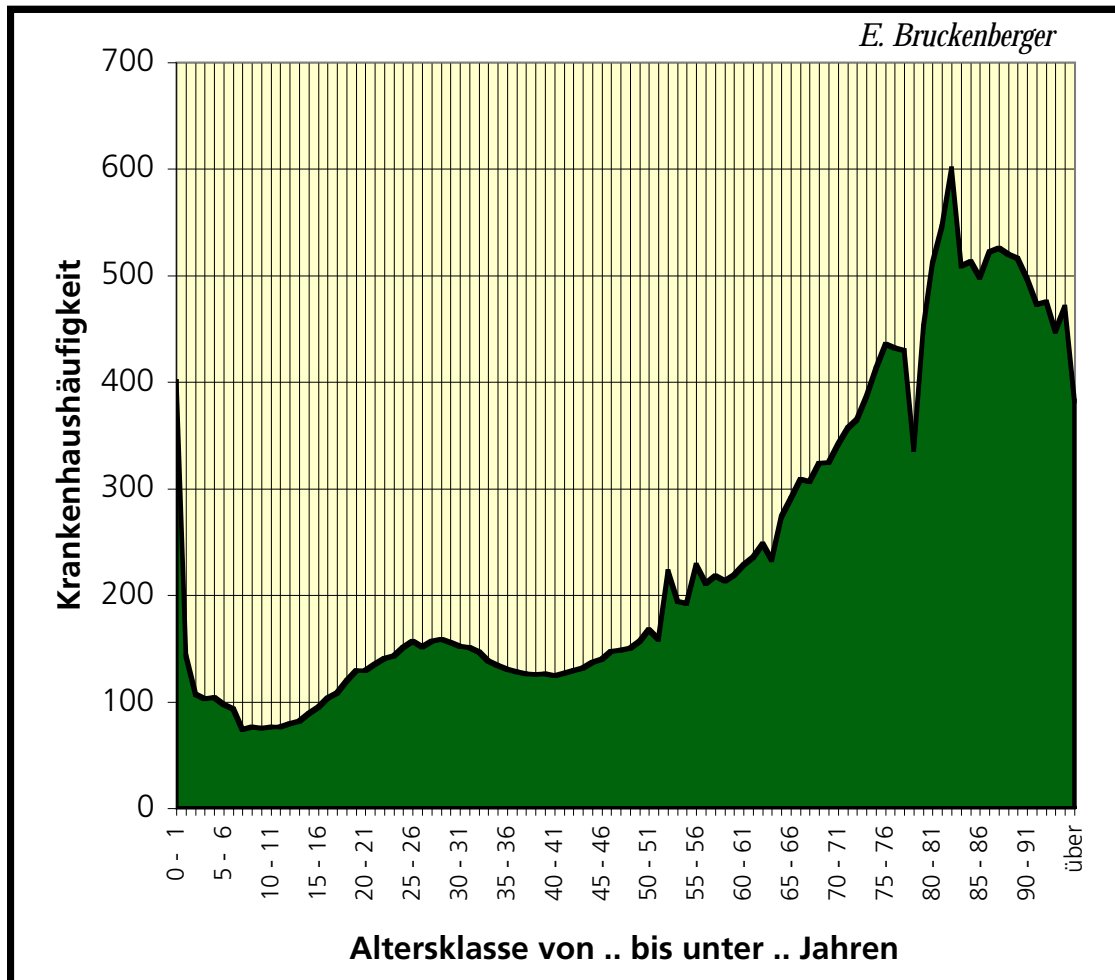


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes
 BW = Baden-Württemberg, BY = Bayern, BE = Berlin, BB = Brandenburg, HB = Bremen, HH = Hamburg, HE = Hessen,
 MV = Mecklenburg-Vorpommern, NI = Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SL = Saarland,
 SN = Sachsen, ST = Sachsen-Anhalt, SH = Schleswig-Holstein, TH = Thüringen

Der Rückgang der Bettenziffer im Zeitraum von 1991 bis 1998 schwankte von 36,6 Prozent in Berlin und 8,3 Prozent in Rheinland-Pfalz. Unter den alten Bundesländern hat Niedersachsen mit 16,6 Prozent den umfangreichsten Bettenabbau zu verzeichnen.

Anlage 16

**Stationäre Fälle pro 1.000 Einwohner
(Krankenhaushäufigkeit) in Deutschland 1997
nach Altersklassen**

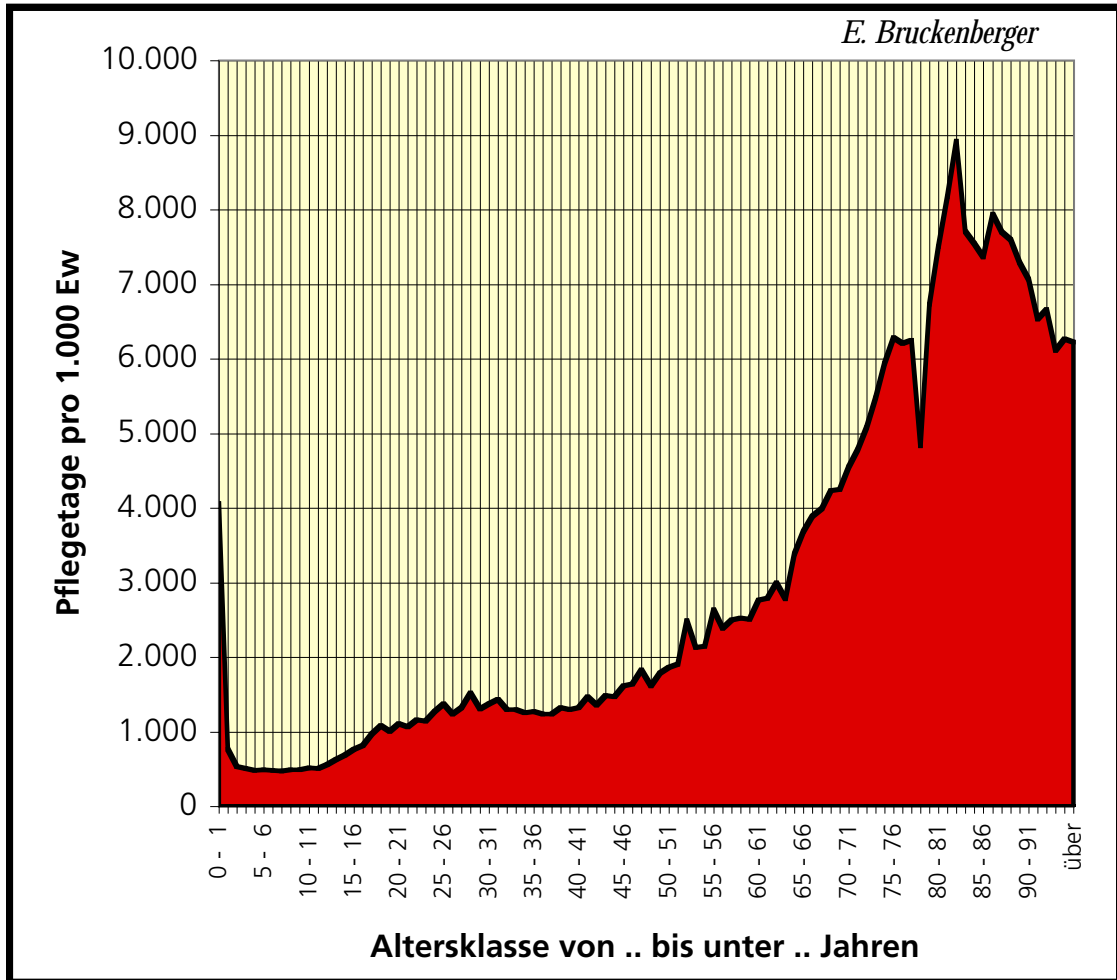


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Die geringste Krankenhaus­häufigkeit ist mit 74 im achten und die höchste mit 600 im dreiundachtzigsten Lebensjahr zu verzeichnen. Der Anstieg der Krankenhaus­häufigkeit vom zwanzigsten bis zum dreißigsten Lebensjahr ist auf die bei der Statistik miterfassten Entbindungen zurückzuführen. Grundsätzlich ist feststellbar, dass die Krankenhaus­häufigkeit vom siebten bis zum dreiundachtzigsten Lebensjahr ununterbrochen ansteigt.

Anlage 17

Pflegetage pro 1.000 Einwohner in Deutschland 1997 nach Altersklassen

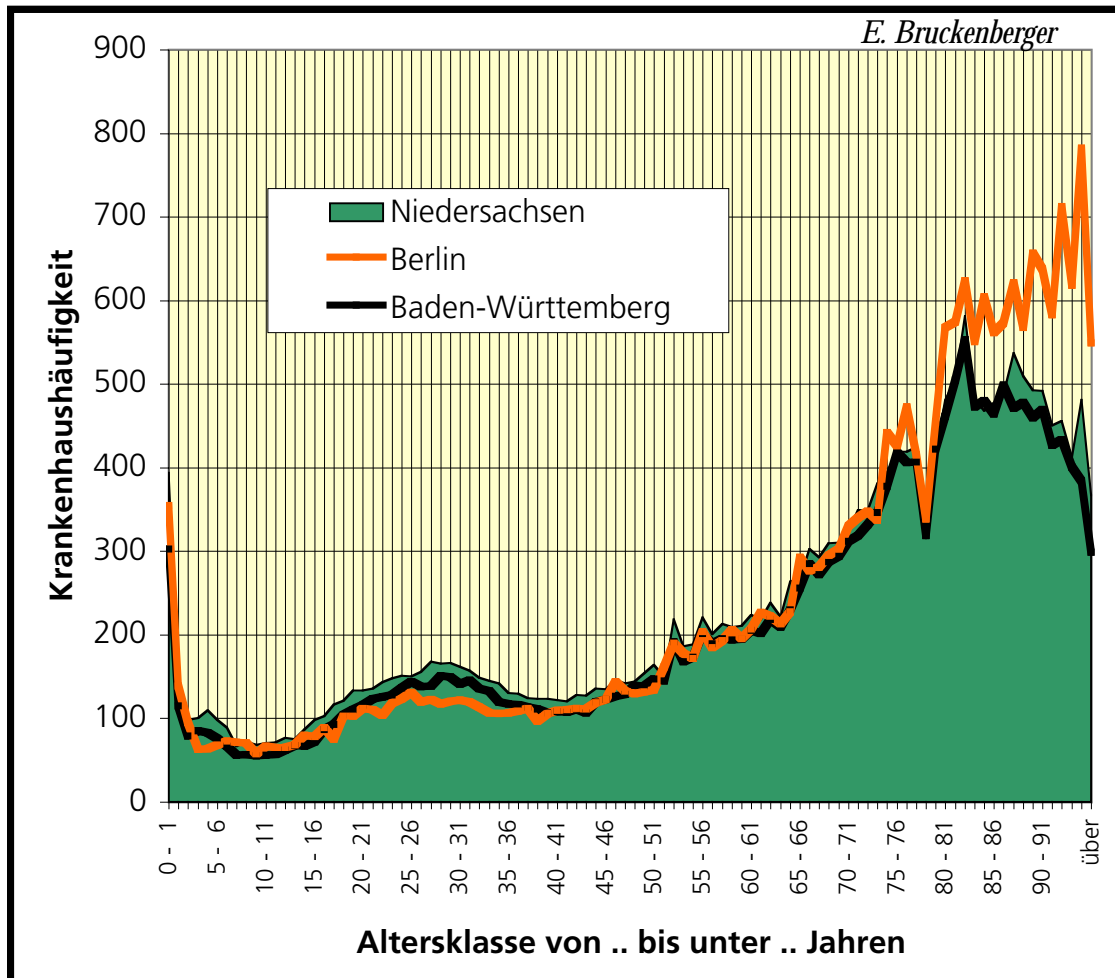


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Bei den Pflegetagen pro 1.000 Einwohner ist der niedrigste Wert mit 74 im achten und der höchste mit 8.922 im dreiundachtzigsten Lebensjahr zu verzeichnen.

Anlage 18

**Stationäre Fälle pro 1.000 Einwohner
(Krankenhaustätigkeit) in Baden-Württemberg,
Niedersachsen und Berlin 1997 nach Altersklassen**

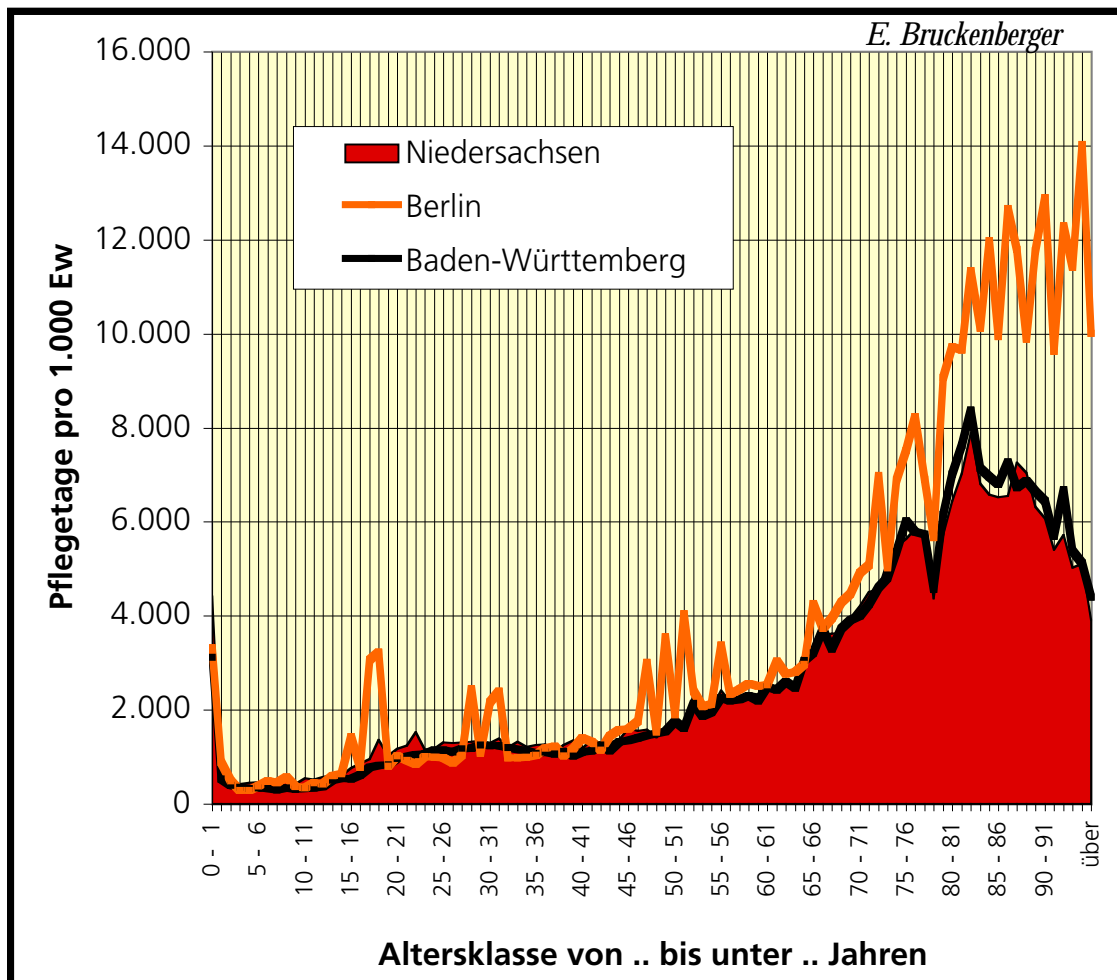


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Bei einem Vergleich der Krankenhaushäufigkeit nach Altersklassen sind zwischen Baden-Württemberg und Niedersachsen keine nennenswerten Unterschiede ersichtlich. Demgegenüber ist in Berlin vor allem ab dem achtzigsten Lebensjahr eine deutlich höhere Krankenhaushäufigkeit feststellbar.

Anlage 19

**Pflegetage pro 1.000 Einwohner
in Baden-Württemberg, Niedersachsen und Berlin 1997
nach Altersklassen**

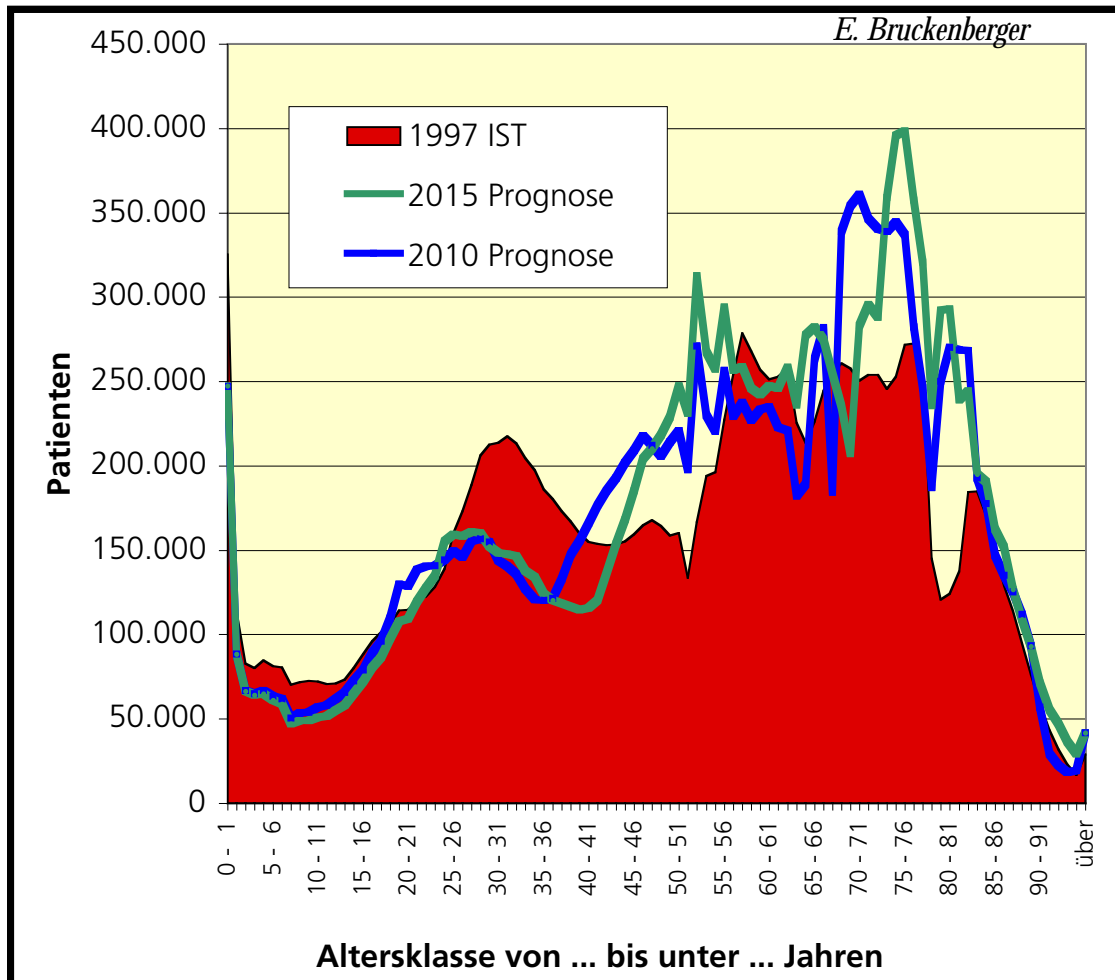


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Bei einem Vergleich der Pflegetage pro 1.000 Einwohner nach Altersklassen sind zwischen Baden-Württemberg und Niedersachsen keine nennenswerten Unterschiede ersichtlic. Demgegenüber ist in Berlin schon ab dem siebzigsten Lebensjahr eine deutlich höheres Pflegetagevolumen pro 1.000 Einwohner feststellbar.

Anlage 20

**Stationäre Fälle in Deutschland nach Altersklassen
(Prognosewert = prognostizierte Einwohnerzahl x
Krankenhaushäufigkeit 1997)**

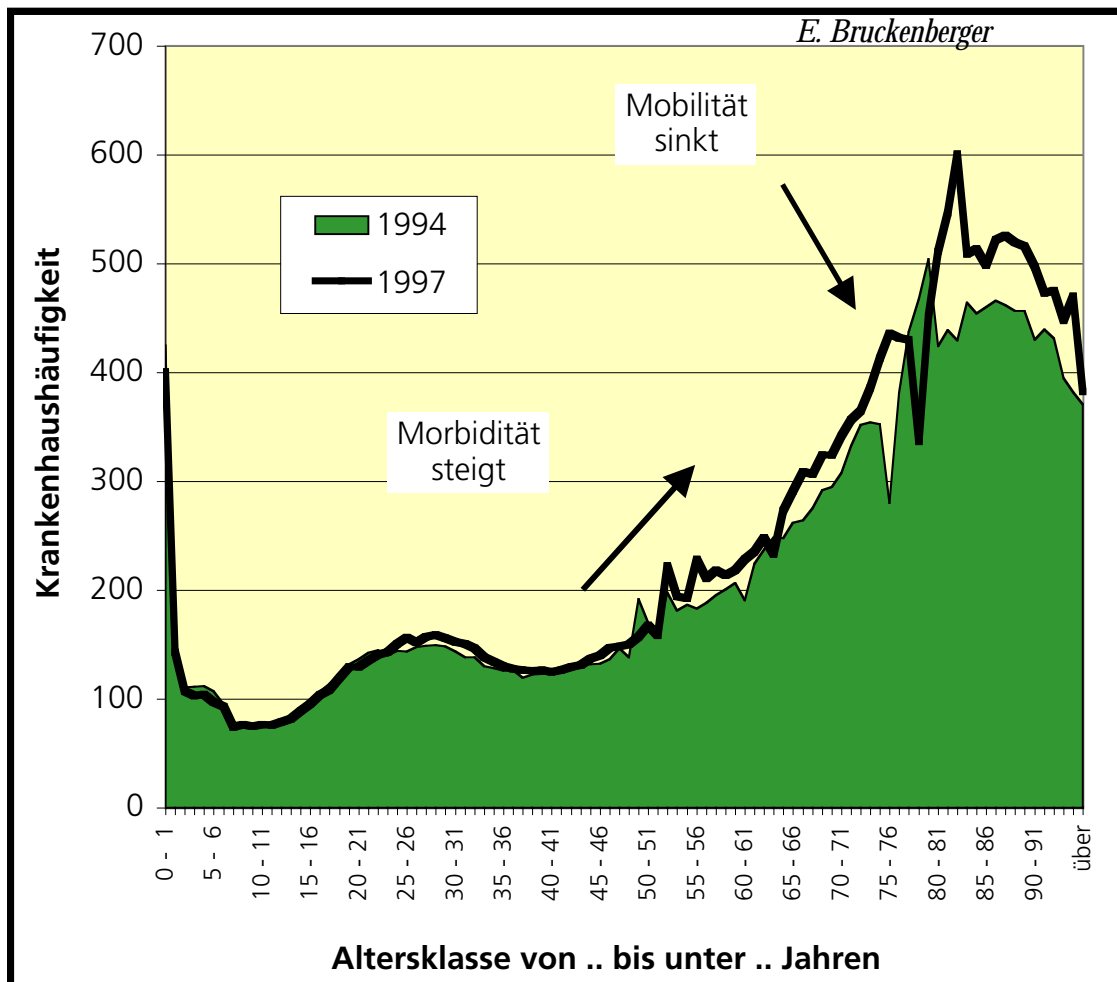


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Nach einer altersklassenbezogenen Hochrechnung auf der Basis der 8. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2010 und 2015 und der Krankenhaushäufigkeit für das Jahr 1997 muss in Deutschland gegenüber 1997 insgesamt mit einer Zunahme von 0,8 bzw. 1,0 Millionen stationären Fällen gerechnet werden. In der Altersklasse der über 70jährigen beträgt der Zuwachs gegenüber 1997 1,1 bzw. 1,4 Millionen stationäre Fälle: dies ist ein Anstieg von 29 bzw. 37 Prozent. Dieser Anstieg ergibt sich allein aufgrund der demographischen Entwicklung.

Anlage 21

**Stationäre Fälle pro 1.000 Einwohner
(Krankenhausthäufigkeit) in Deutschland 1994 bis 1997
nach Altersklassen**

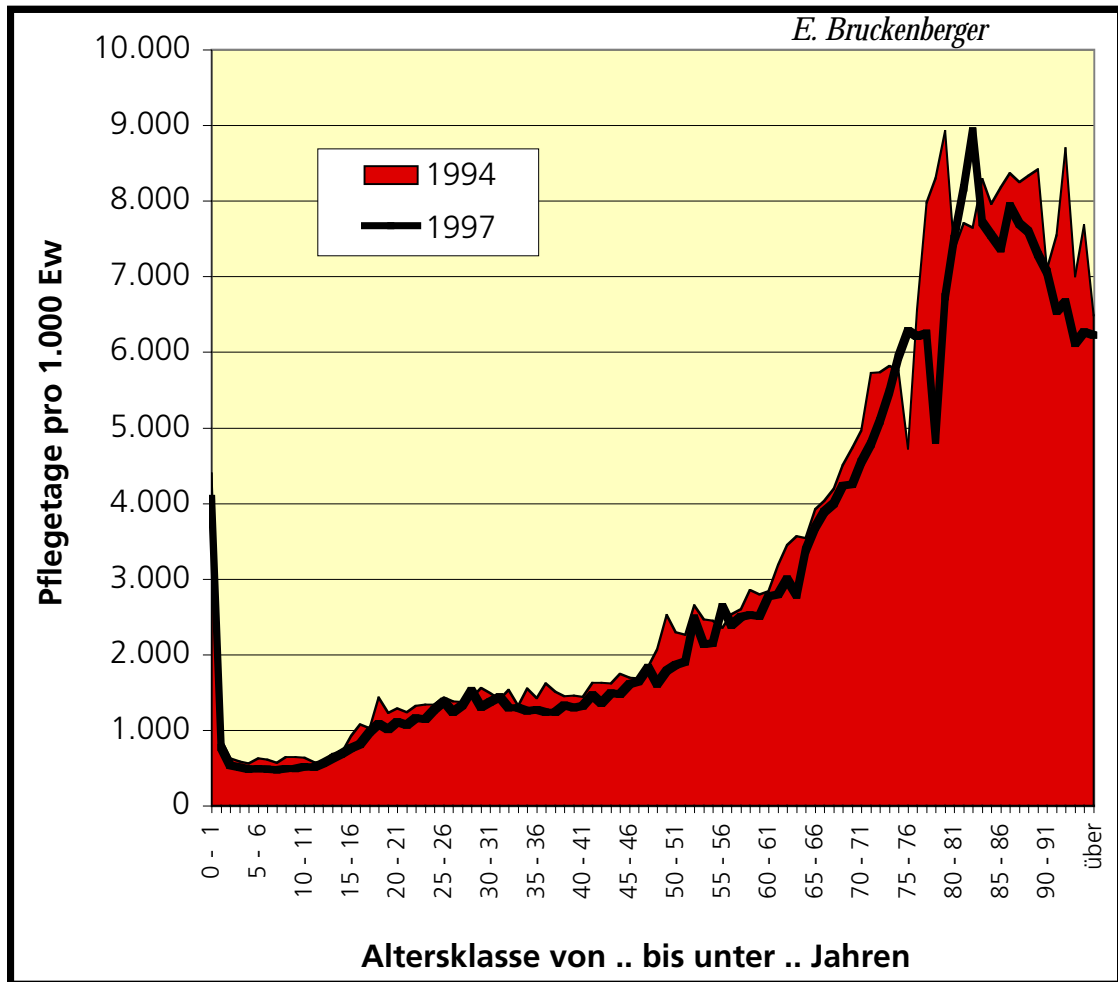


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Die Krankenhaushäufigkeit der über 70jährigen hat von 1994 bis 1997 im Bundesdurchschnitt um 10,3 Prozent zugenommen, während sich der Durchschnittswert der 0 bis 70jährigen sich nur um 4,3 Prozent erhöht hat. Dies ist eine Folge der Doppelalterung. Unter Doppelalterung ist die Tatsache zu verstehen, dass die Anlässe für eine Krankenhausbehandlung pro Patient mit zunehmenden Alter deutlich ansteigen.

Anlage 22

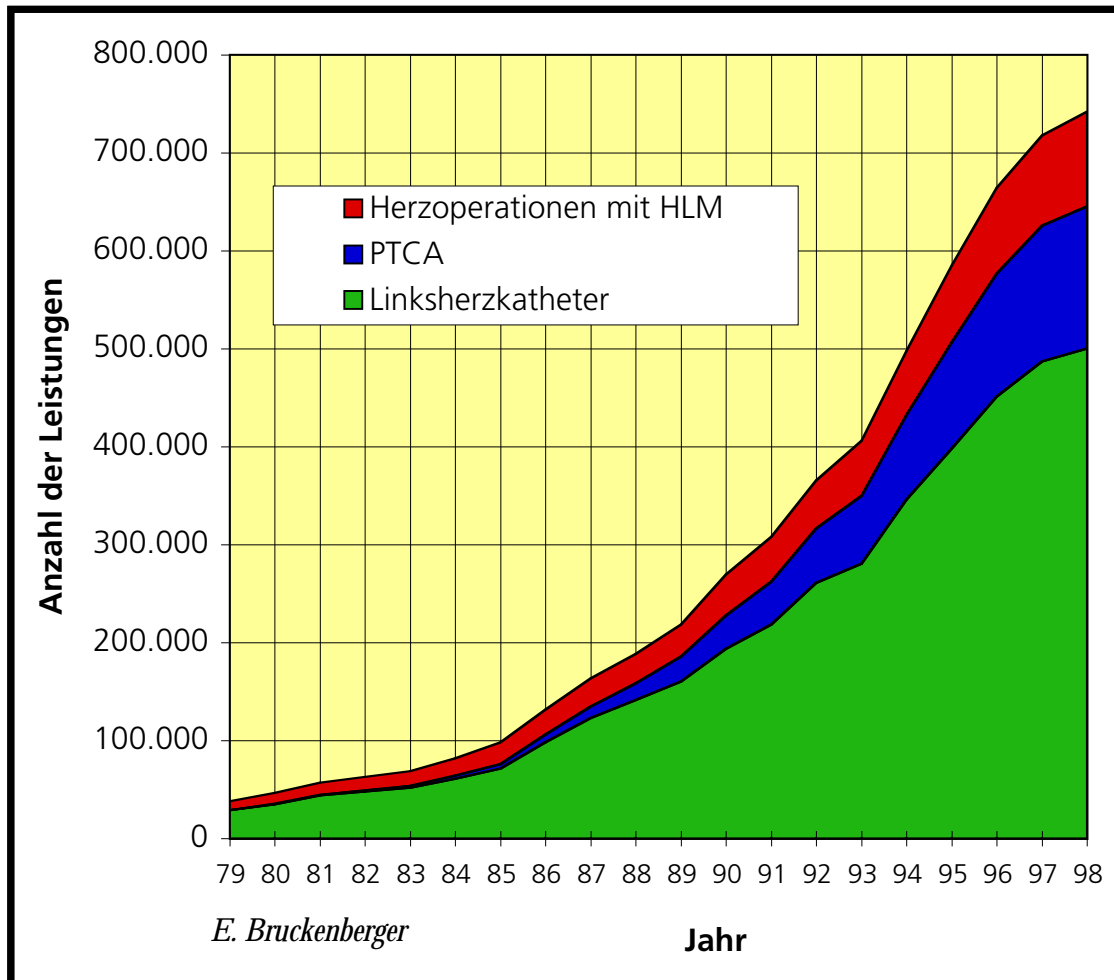
Pflegetage pro 1.000 Einwohner in Deutschland 1994 bis 1997 nach Altersklassen



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

Die Zahl der Pflegetage pro 1.000 Einwohner hat im Zeitraum von 1994 bis 1997 als Folge der Verweildauerreduzierung tendenziell in fast allen Altersklassen abgenommen.

Anlage 23

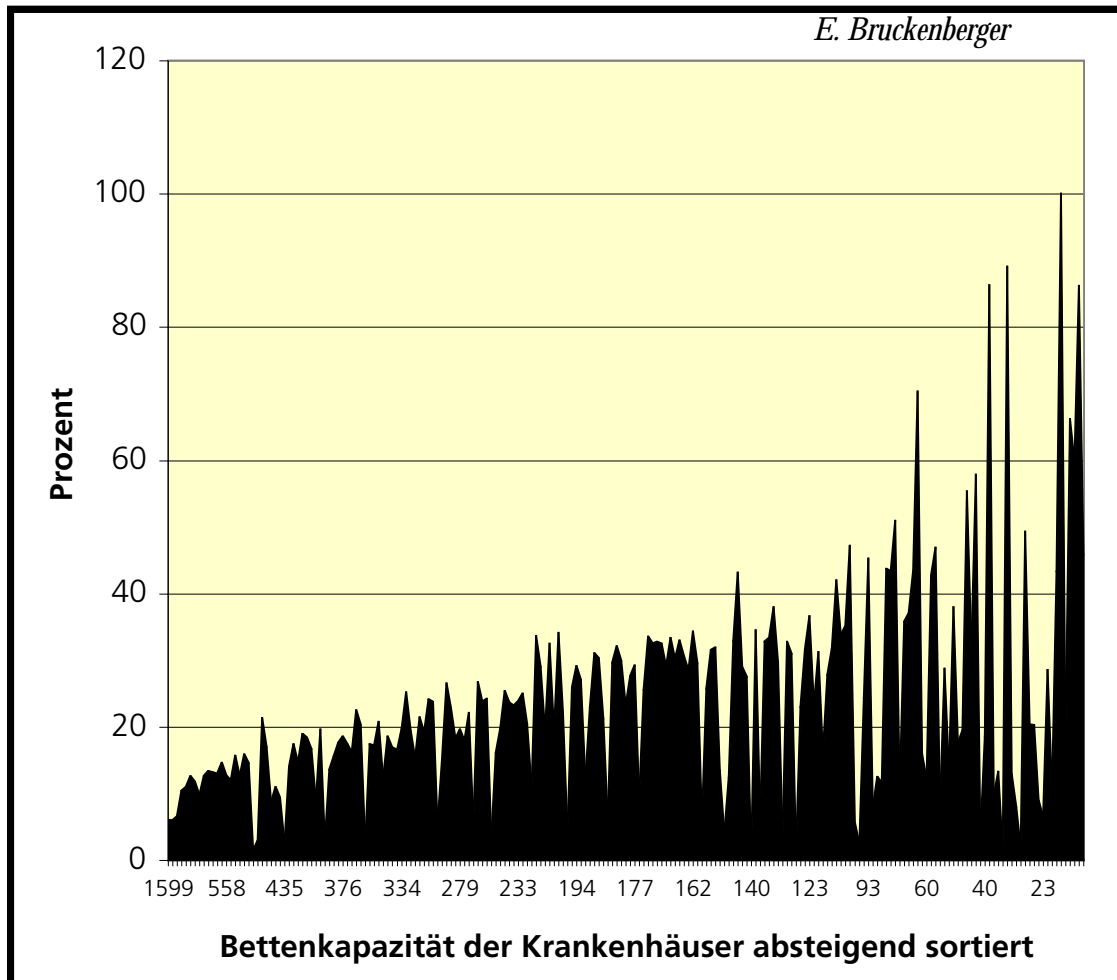
Entwicklung einer ausgewählten Herzdiagnostik und -therapie
in Deutschland von 1979 bis 1998

Quelle: E. Bruckenberger, Herzbericht 1998

Sowohl bei den diagnostischen als auch bei den therapeutischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Herzkrankheiten ist seit 1979 eine enorme Leistungsausweitung zu verzeichnen. So ist in diesem Zeitraum die Zahl der Herzoperationen mit HLM in Deutschland von 9.042 auf 96.669, die Zahl der Linksherzkatheter-Untersuchungen von 28.561 auf 528.429 und die Zahl der PTCA's um von 250 auf 146.662 angestiegen.

Anlage 24

Anteil der Indikationen in den niedersächsischen Krankenhäusern mit einer Jahresfrequenz von weniger als 20



Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten der Krankenhausdiagnosstatistik

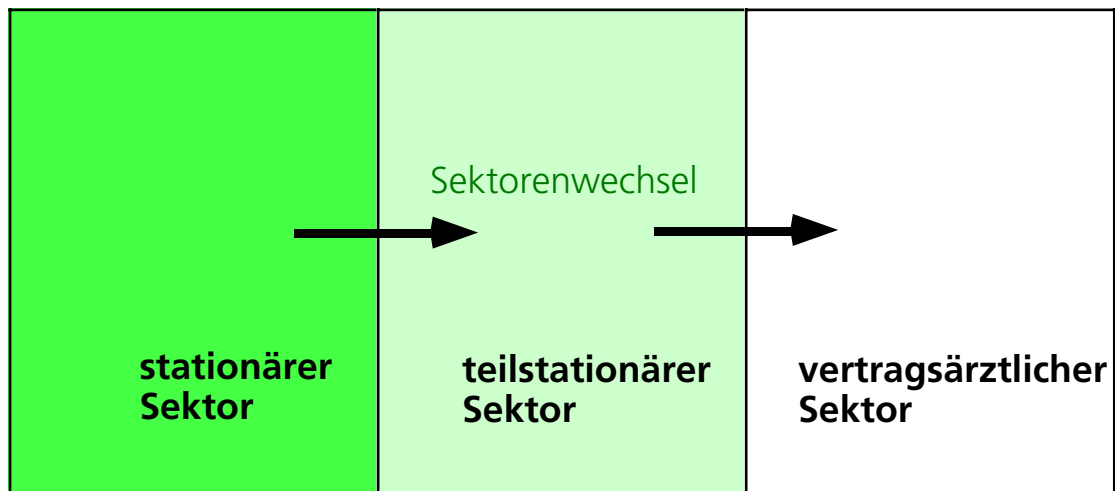
Durch das ab 2003 vorgesehene durchgängige pauschalierte Vergütungssystem wird künftig verstärkt die Frage der Mindestfrequenz von Leistungen in den Mittelpunkt der Diskussionen rücken. Tendenziell steigt der Umfang der Operationen mit der Krankenhausgröße an. Auch Fragen der Qualitätssicherung bei geringem Leistungsumfang werden an Bedeutung gewinnen.

Anlage 25

Integrierte Versorgung 1 (§ 140 a SGB V)

Die Theorie

Die Behandlung erfolgt derzeit teilweise auf einer zu hohen Versorgungsebene. Es ist deshalb eine Rückstufung der Inanspruchnahme anzustreben d.h. linear von stationär zu teilstationär bzw. zu ambulant



Ziel: Die Leistungen sollen auf eine niedrigere Versorgungsebene vor allem vom Krankenhaus in die Praxen (Reduzierung der Krankenhauseinweisungen) verlagert werden. Dabei soll das Geld der Leistung folgen. Die Zusammenarbeit soll in einem sektorenübergreifenden Netz erfolgen. Am Ende soll eine bessere Versorgungsqualität und eine Ausgabensenkung für die Krankenkassen stehen.

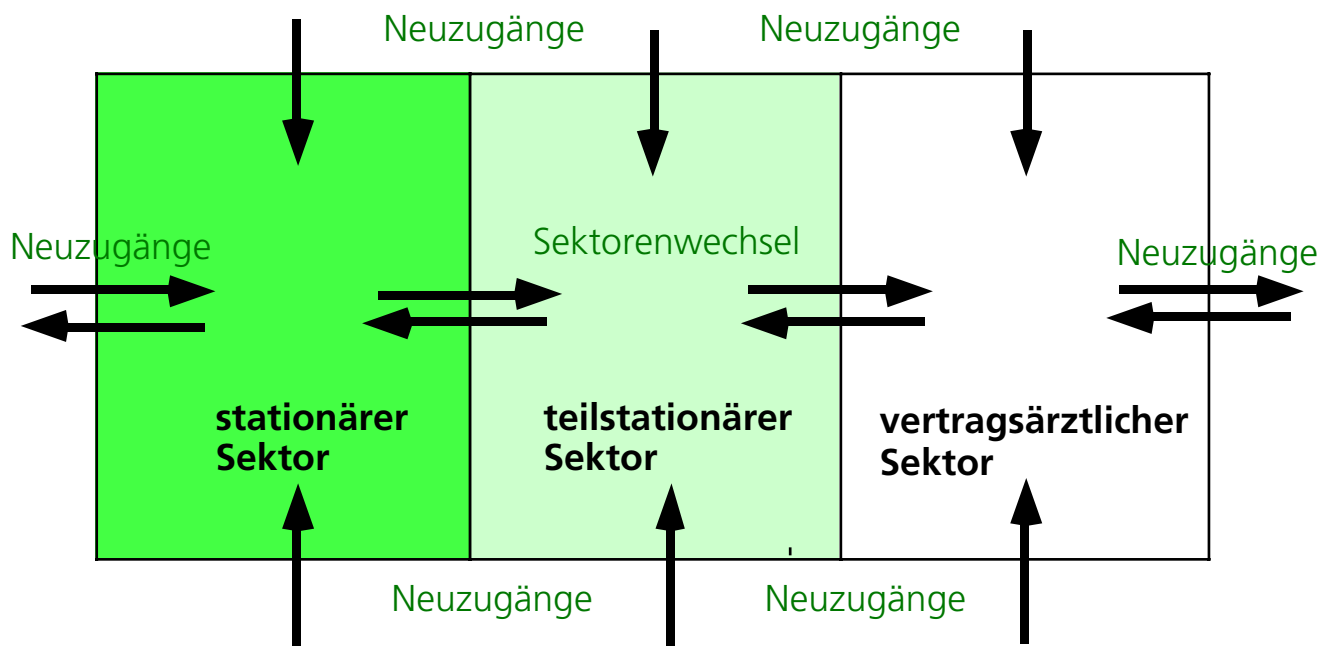
Leitlinien: Sie sind tragendes und verbindendes sektorenübergreifendes Element der integrierten Versorgung

Anlage 26

Integrierte Versorgung 2 (§ 140 a SGB V)

Die Nachfragerealität

Die Leistungssektoren haben kein statisches, linear steuerbares, sondern ein chaotisches Nachfrageverhalten, im Sinne einer gesundheitspolitischen „Quantenmechanik“.



Ziel der Netzteilnehmer:

Nicht altruistisches Verhalten sondern höhere Einnahmen, „Netze sind dazu da, Beute zu machen“, Übereinstimmung mit dem Zeitgeist bzw. der herrschenden Lehre.

Anlage 27

Integrierte Versorgung 3 (§ 140 a SGB V)

Wahrscheinliches Ergebnis:

1. Zunahme der sektorenübergreifenden Konflikte durch die Schaffung des zusätzlichen (sektorenübergreifenden) Sektors.
2. Tendenzielle Patientenselektion (mögliche Benachteiligung nicht attraktiver chronisch Kranker).
3. Teilweiser Wegfall von Doppeluntersuchungen, aber mehrfacher Ersatz durch zusätzliche Untersuchungen als Folge der Leitlinien (Qualität wird gemessen an der vollständigen Erfüllung der Leitlinienvorgaben).
4. Verlängerung der europaweit atypischen doppelt besetzten Facharztschiene.
5. Massive Zunahme der Bürokratie als Folge der zusätzlichen sektoralen Optimierung. Die additiven Auswirkungen werden die substitutiven übersteigen.
6. Verlängerung der unterschiedlichen Vergütungsstruktur bei der stationären und ambulanten Versorgung.
7. Schaffung eines **digitalisierten Hamsterrades** durch den Ausbau der sektorenübergreifenden Netze als Folge der **datentransparenten Patienten**.

Dr. Ernst Bruckenberger
Hannover, Februar 2000

Anlage 28

KHG-Fördermittel in DM von 1972 bis 1998

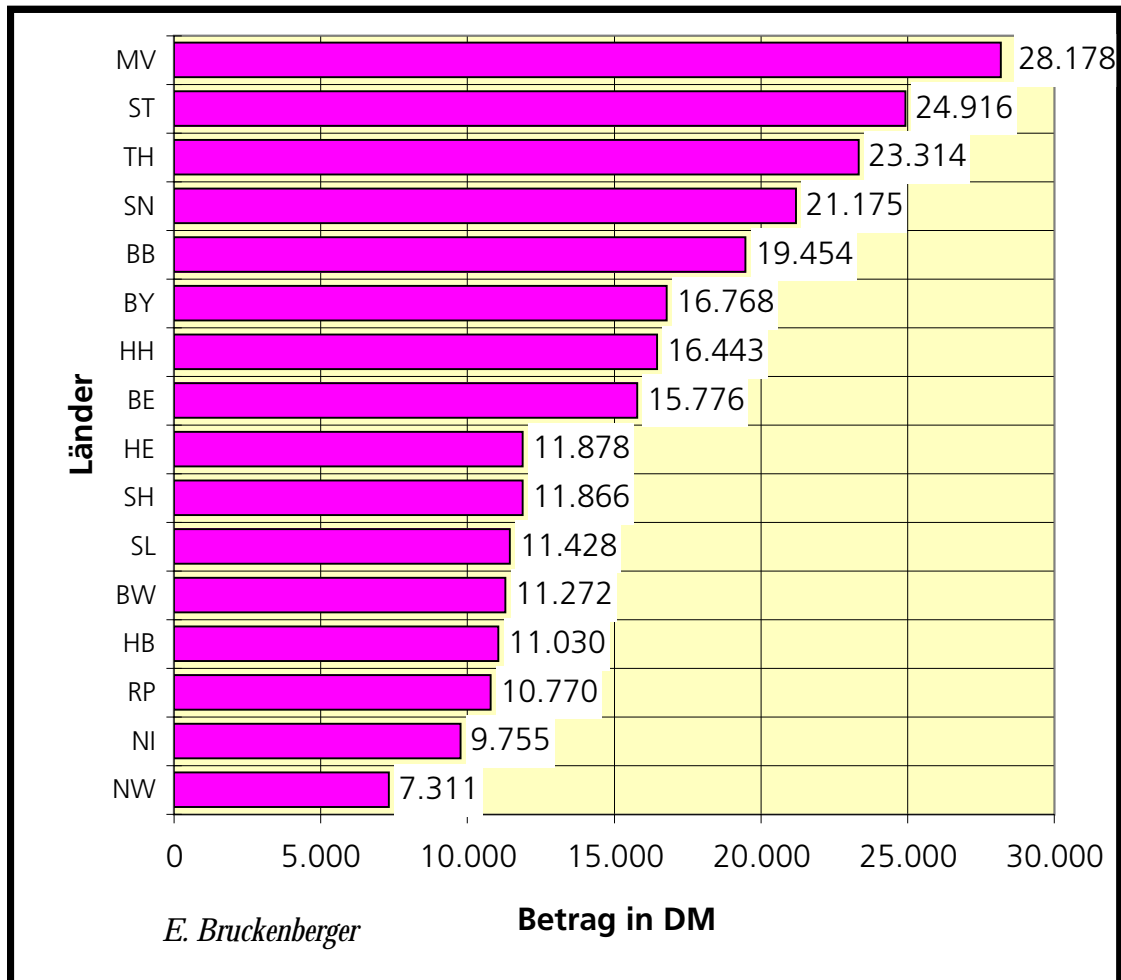
Land	Planbetten 1990	KHG-Mittel 1972-1990 in Mio DM	KHG-Mittel 1972-1990 pro Planbett	Planbetten 1998	KHG-Mittel 1991-1998 in Mio DM	KHG-Mittel insgesamt pro Planbett
Baden-Württemberg	59.579	9.767,7	163.945	56.895	5.263,5	92.513
Bayern	79.152	16.123,1	203.698	73.892	10.040,4	135.879
Berlin *	22.951	6.842,3	298.126	22.668	4.483,8	197.803
Brandenburg	-	-	-	16.742	3.221,7	192.432
Bremen	7.284	1.119,1	153.638	6.337	570,1	89.964
Hamburg	12.505	2.031,9	162.487	11.677	1.243,0	106.449
Hessen	38.090	5.885,0	154.502	36.201	3.121,0	86.213
Mecklenburg-Vorpom.	-	-	-	9.937	2.082,4	209.560
Niedersachsen	51.255	6.530,6	127.414	46.049	3.452,5	74.974
Nordrhein-Westfalen	146.047	19.067,5	130.557	129.277	9.178,0	70.995
Rheinland-Pfalz	26.134	4.504,9	172.377	26.119	2.183,1	83.583
Saarland	7.696	1.265,3	164.410	6.703	581,7	86.782
Sachsen	-	-	-	26.843	4.756,7	177.204
Sachsen-Anhalt	-	-	-	15.829	3.468,2	219.104
Schleswig-Holstein	13.821	2.082,2	150.655	13.282	1.118,8	84.234
Thüringen	-	-	-	18.028	2.997,4	166.264
Deutschland	464.514	75.219,6	161.932	516.479	57.762,3	111.839

* bis 1991 nur Westberlin

Quelle: Länderumfrage des Krankenhausausschusses der AOLG

Von 1972 bis 1998 wurden insgesamt rd. 133 Mrd. DM an KHG-Fördermitteln ausgegeben. Die mit Abstand meisten KHG-Mittel pro Planbett entfielen von 1972 bis 1990 auf Berlin gefolgt von Bayern. Seit 1991 wurde pro Planbett am meisten in Sachsen-Anhalt gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern an KHG-Fördermittel investiert.

Anlage 29

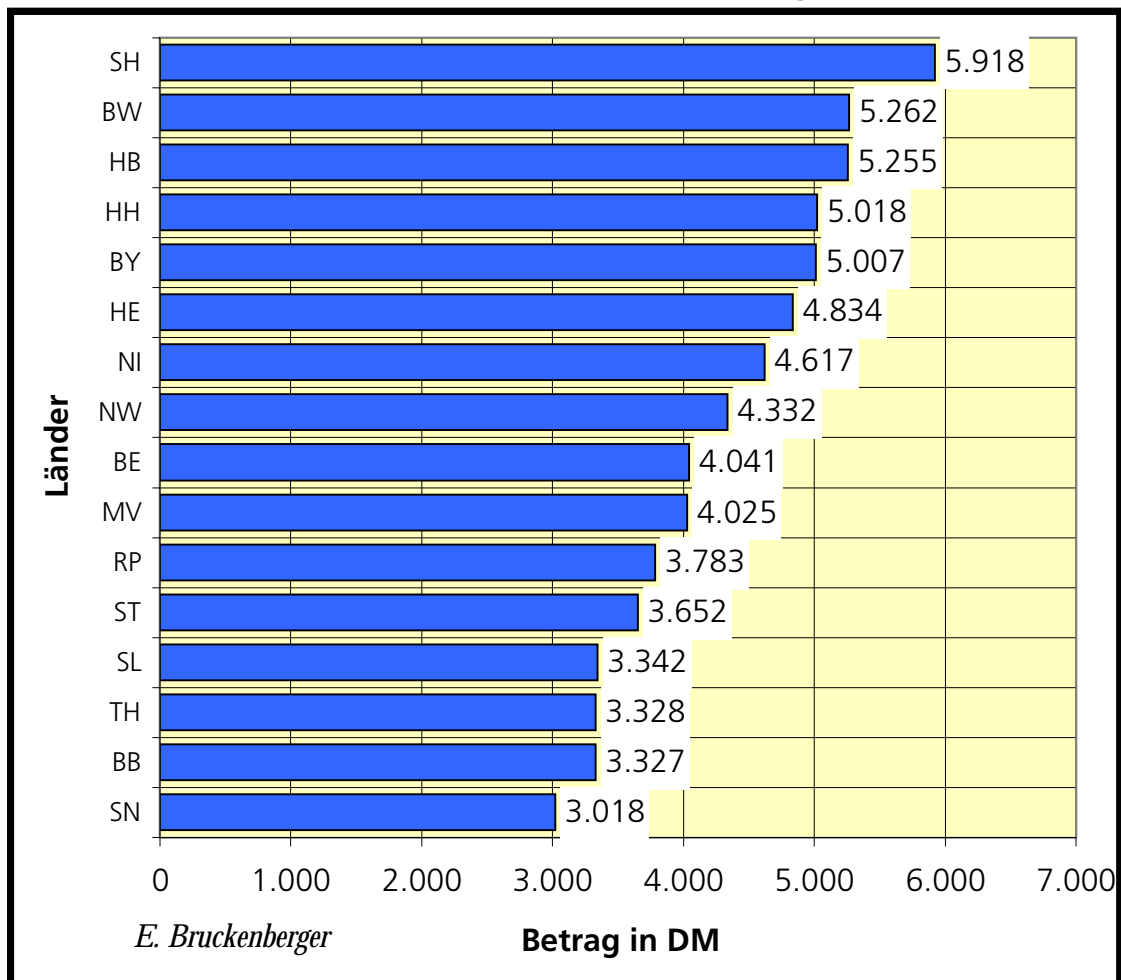
KHG-Fördermittel in DM insgesamt
pro Planbett 1998 im Ländervergleich

Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage einer Länderumfrage des Krankenhausausschusses der AOLG

1998 wurden bundesweit rd. 6,8 Mrd. DM für die KHG-Förderung in Plankrankenhäusern ausgegeben. Die höchste Förderung pro Planbett gab es mit 28.178 DM in Mecklenburg-Vorpommern, die niedrigste mit 7.311 DM in Nordrhein-Westfalen. Nimmt man die Einzelförderung pro Patient in den Plankrankenhäusern als Maßstab, reicht die Bandbreite von 289 DM im Nordrhein-Westfalen bis 960 DM in Thüringen.

Anlage 30

**Pauschale KHG-Fördermittel in DM
pro Planbett 1998 im Ländervergleich**

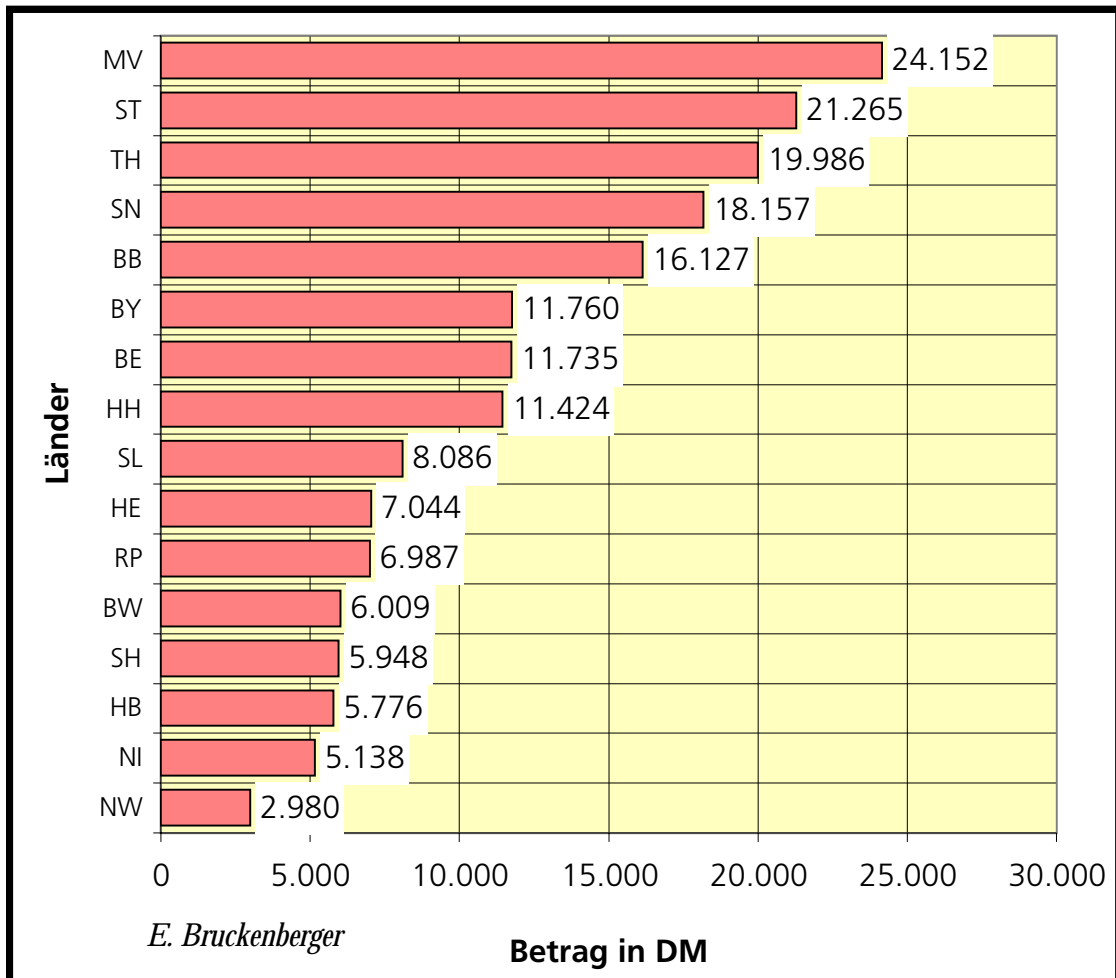


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage einer Länderumfrage des Krankenhausausschusses der AOLG

1998 wurden bundesweit für die Plankrankenhäuser rd. 2,3 Mrd. DM für die pauschale Förderung kurzfristiger Anlagegüter nach dem KHG zur Verfügung gestellt. Die meisten pauschalen Fördermittel pro Planbett wurden mit 5.918 DM in Schleswig-Holstein, die wenigsten mit 3.018 DM in Sachsen ausgegeben. Nimmt man die pauschalen Fördermittel pro Patient in den Plankrankenhäusern als Maßstab, reicht die Bandbreite von 112 DM in Sachsen bis 208 DM in Schleswig-Holstein.

Anlage 31

Einzelförderung in DM pro Planbett 1998 im Ländervergleich



Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage einer Länderumfrage des Krankenhausausschusses der AOLG

1998 wurden bundesweit rd. 4,5 Mrd. DM für die Einzelinvestitionsförderung in Plankrankenhäusern ausgegeben. Die höchste Einzelförderung pro Planbett gab es mit 24.152 DM in Mecklenburg-Vorpommern, die niedrigste mit 2.980 DM in Nordrhein-Westfalen. Nimmt man die Einzelförderung pro Patient in den Plankrankenhäusern als Maßstab, reicht die Bandbreite von 118 DM im Nordrhein-Westfalen bis 823 DM in Thüringen.