

GKV-Gesundheitsreform 2000

Betr.: Neuregelung der stationären Krankenversorgung
und integrierter Versorgungsstrukturen

Stellungnahme als Einzelsachverständiger
zur Anhörung

des Gesetzentwurfes
zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung
ab dem Jahr 2000
(GKV-Gesundheitsreform 2000)

am 21.9.1999 in Berlin

von

Dr. Ernst Bruckenberger

Lehrbeauftragter der Medizinischen
Hochschule Hannover

Hitzackerweg 1a

30625 Hannover

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----------|
| Vorwort..... | 3 |
| 1. Von der föderalen zur zentralstaatlichen Steuerung | 6 |
| 2. Einbindung der Krankenhäuser in das Globalbudget..... | 8 |
| 3. Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems..... | 9 |
| 4. Einführung einer monistischen Finanzierung..... | 11 |
| 4.1 Umstellung auf die gedeckelte monistische Finanzierung..... | 12 |
| 4.2 KHG-Förderung von 1972 bis 1998..... | 13 |
| 4.3 Investitionskosten und Benutzerkosten pro Fall 1997..... | 14 |
| 4.4 Gedeckelte monistische Finanzierung der pauschalen Fördermittel ab 2003..... | 15 |
| 4.5 Gedeckelte monistische Finanzierung der Einzelförderung ab 2008 | 16 |
| 4.6 Noch ungeklärte Fragen bei der gedeckelten monistischen Finanzierung | 17 |
| 4.7 Fehlende Investitionsmittel ab 2008 | 20 |
| 5. Einführung einer “dualistischen Krankenhausplanung”..... | 21 |
| 5.1 Angebotsorientierte Krankenhausplanung der Länder..... | 22 |
| 5.2 Parallele Planungskompetenz zwischen Länder und Vertragsparteien | 23 |
| 5.3 Leistungsstrukturplanung durch die Vertragsparteien | 24 |
| 5.4 Ergebnisorientierte Krankenhausplanung im Ländervergleich..... | 25 |
| 5.5 Noch ungeklärte Fragen bei der “dualistischen Krankenhausplanung”..... | 26 |
| 5.6 Kontrahierungszwang und Sicherstellungsauftrag | 32 |
| 5.7 Fehlbelegungsprüfungen | 33 |
| 6. Schaffung integrierter Versorgungsstrukturen..... | 35 |
| 7. Zukunftsträchtige Lösungen durch die Gesundheitsreform ?..... | 37 |
| 8. Zusammenfassung..... | 39 |
| Anlagen | 44 |

Vorwort

Die stationäre Krankenversorgung in den deutschen Krankenhäusern und Reha-kliniken wird in den nächsten Jahren durch fünf Hauptfaktoren geprägt werden:

den Auswirkungen der demographischen Entwicklung,
den Auswirkungen des medizinischen Fortschrittes,
den Auswirkungen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen,
den Auswirkungen der sektorenübergreifenden Kooperation und
den Auswirkungen der zunehmenden Europäisierung bzw. Globalisierung.

- **Auswirkungen der demographischen Entwicklung**

Der künftige Bedarf an Gesundheitsleistungen wird vor allem durch die demogra-phische Entwicklung bzw. die sich verändernde Altersstruktur und der dadurch ausgelösten Zunahme der Nachfrage geprägt werden (siehe Anlagen 1 und 2).

Unter Zugrundelegung der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2008 und 2015 und der Krankenhaushäufigkeit nach Altersklassen pro 1.000 Einwohner für das Jahr 1997 muss in Deutschland beispielsweise insgesamt mit einer Patientenzu-nahme von 0,6 bzw. 1,0 Millionen gerechnet werden. In der Altersklasse der über 70jährigen sind es für sich gesehen allein 0,8 bzw. 1,4 Millionen Patienten.

Die im Alter deutlich zunehmende Morbidität, vor allem durch chronische Erkran-kungen, ist tendenziell mit einer abnehmenden Mobilität verbunden. Dies wird ent-scheidende Auswirkungen auf die künftige Angebotsstruktur haben, die wesentlich stärker als bisher von engen regionalen und sektorenübergreifenden Gesichts-punkten geprägt sein müsste. Dem steht allerdings die Leistungskonzentration als Folge des Wettbewerbs und des steigenden Qualitätsbewußtseins gegenüber.

- **Auswirkungen des medizinischen Fortschrittes**

Der medizinische Fortschritt findet durch die freie Marktwirtschaft verbunden mit dem Globalisierungseffekt und den schnell wachsenden Möglichkeiten der Tele-medizin immer schneller weltweite Verbreitung.

Bei der Einführung neuer Formen der Diagnostik und Behandlung wird häufig verdrängt, dass die Zahl der dadurch ausgelösten zusätzlichen Untersuchungen bzw. Behandlungen oder sonstigen Leistungen 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. 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.

- **Auswirkungen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen**

Gegenwärtig wird auf mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen gesetzt. Eine zunehmende Zentralisierung der Angebotsstruktur ist die Folge eines derartigen Systems. Dieses kann dazu führen, dass auf dem flachen Land unter ausschließlicher Beachtung des Wirtschaftlichkeitsprinzips, der Betrieb eines Krankenhauses nur mehr begrenzt möglich sein wird. Damit entsteht ein brisanter Gegensatz zu den tatsächlichen Versorgungsbedürfnissen der älter werdenden Bevölkerung.

Wettbewerb im Gesundheitswesen kann zwar 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 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 keinen Wettbewerb um die Gunst von Versicherten oder Patienten schlechthin, sondern nur um den erwünschten Patienten oder Versicherten und das ist derjenige mit dem geringsten Krankheitsrisiko. Bisher ist jedenfalls von einem Wettbewerb z.B. um chronisch Kranke oder Bluter nichts bekannt geworden.

Die Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung (Krankenhausketten, Rehaketten, 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 exponential.

- **Sektorenübergreifende, standortbezogene Abstimmung**

Die Angebotsstruktur der Krankenhäuser hat sich in den letzten Jahren bereits deutlich geändert. So ist der Trend vom "Tante-Emma"-Krankenhaus zum differenzierten Gesundheitszentrum bereits im vollen Gange. Gleiches gilt für Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Praxen sowie Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Rehakliniken, auch in Form integrierter Versorgungsangebote. Wenn nachweisbar die systemimmanente Leistungsexplosion das eigentliche Problem des Gesundheitswesens ist, muss angestrebt werden, durch eine kooperative Leistungsabstimmung zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren nicht bedarfsnotwendige Leistungen zu vermeiden oder bedarfsnotwendige Leistungen wirtschaftlicher zu erbringen.

- **Auswirkungen der zunehmenden Europäisierung**

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 (Beiträge, Steuern, Mischsysteme) europaweit zwangsläufig angleichen.

In diesem Szenario soll die GKV-Gesundheitsreform 2000 die stationäre Krankenversorgung Deutschlands durch folgende Maßnahmen „zukunftsicher“ machen:

- Einbindung der Krankenhäuser in ein Globalbudget
- Einführung eines leistungsorientierten, pauschalierten Vergütungssystems
- Einführung einer monistischen Finanzierung
- Einführung einer "dualistischen Krankenhausplanung"
- Schaffung integrierter Versorgungsstrukturen.

GKV-Gesundheitsreform 2000 - Die Neuregelung der stationären Krankenversorgung -

1. Von der föderalen zur zentralstaatlichen Steuerung

Ausgelöst durch eine überwiegend veraltete Bausubstanz und ständig steigende Defizite wurde im Jahre 1972 als Folge der damals geltenden monistischen Finanzierung das **“Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG)”** verabschiedet.

Seither wurden die wesentlichen Regelungen, die mit diesem Gesetz eingeführt wurden, nämlich

- die öffentliche Sicherstellung der Krankenhausversorgung,
 - die staatliche Krankenhausplanung durch die Länder,
 - die dualistische Krankenhausfinanzierung,
 - das Selbstkostendeckungsprinzip,
 - der vollpauschalierte tagesgleiche Pflegesatz und
 - die staatliche Festsetzung der Pflegesätze
- wieder beseitigt oder zumindest in Frage gestellt.

Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (etwa 25 Prozent der stationären Kapazität) blieben von den 1972 in Kraft getretenen Regelungen völlig unberührt.

Bei der Umsetzung der staatlichen Krankenhausplanung durch die Länder zu Lasten der als nicht bedarfsgerecht angesehenen Krankenhäuser wurde **die Schutzfunktion von Art. 12 (Freiheit der Berufsausübung) und Art. 14 (Eigentumschutz) des Grundgesetzes (GG)** unterschätzt. Zur Lösung dieses Problems musste deshalb 1977 eine eigene Kategorie von Krankenhäusern, die sog. **“Vertragskrankenhäuser”** geschaffen werden. In diesem Zusammenhang wurde für die Hochschulkliniken, die Plankrankenhäuser und die Vertragskrankenhäuser der Kontrahierungszwang eingeführt. Erst dadurch konnte mit Hilfe der Krankenhausplanung die Zahl der Krankenhausbetten abgebaut werden (siehe Anlage 3).

Auch der untrennbare Zusammenhang der Krankenhausplanung mit dem Leistungsrecht der Sozialversicherung wurde 1972 nicht berücksichtigt. Der leistungsrechtliche Anspruch der Versicherten auf Krankenhausbehandlung sowie der Anspruch auf freie Krankenhauswahl blieben völlig unverändert bestehen.

Ebenso blieb bis heute rechtlich ungeklärt,

- ob sich das von den Ärzten verordnete Volumen an Krankenhausbehandlungen wie in den meisten europäischen Staaten nach den durch die staatliche Krankenhausplanung zur Verfügung gestellten Bettenkapazitäten richten muss oder
- in Deutschland als Folge des freiheitlich organisierten Gesundheitswesens die Kapazitäten nach dem von den Ärzten verordneten Leistungsvolumen dimensioniert werden müssen.

Als Folge der Mitte der 70er Jahre zunehmenden sogenannten "Kostenexplosion" – in Wirklichkeit eine Leistungsexplosion - gewann beim zuständigen Bundesministerium die Sorge um die "**wirtschaftliche Sicherung der Krankenkassen**" gegenüber der "**wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser**" wie bereits in den 50er und 60er Jahren wieder die Oberhand. Daraus entstand ein zunehmendes Spannungsverhältnis zwischen Bund und Ländern. Auch innerhalb der Länder ist dies spiegelbildlich im Verhältnis zwischen den "Kassen- und den Gesundheitsabteilungen" feststellbar.

Die Bemühungen des Bundes und der Bundesverbände der Krankenkassen sind seit 1977 darauf gerichtet, mit Hilfe einer zentralstaatlichen Steuerung einerseits die Planungskompetenzen der Länder wieder zu beseitigen bzw. zu relativieren und andererseits die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen auf die Grundlohnsummenentwicklung ("soziale Tragbarkeit") zu begrenzen. Um dieses politische Ziel zu erreichen, hat das jeweils zuständige Bundesministerium Gesetzgebungsaktivitäten ausgelöst, die – mit ständig steigendem Verwaltungsaufwand - immer mehr Regelungen für den Krankenhausesektor vom zustimmungspflichtigen Krankenhausfinanzierungsgesetz zum nicht zustimmungspflichtigen Sozialgesetzbuch verlagerten. Trotz formaler Proteste haben die Länder dieser Entwicklung – von wenigen Ausnahmen abgesehen – letzten Endes dennoch immer zugestimmt.

2. Einbindung der Krankenhäuser in das Globalbudget

Einer der Schwerpunkte der Gesundheitsreform 2000 ist das sektorenübergreifende krankenkassenartenbezogene Globalbudget. Damit soll das vorrangige Ziel einer Stabilisierung der Beitragssätze bei gleichzeitiger Flexibilisierung der Leistungssteuerung durch sektorale Verlagerungen in Verbindung mit einer entsprechenden Ausgabensteuerung verfolgt werden.

Das Globalbudget zwingt dazu, **erstmals** das Ausgabenvolumen der Krankenkassen nach Kassenart länder- und sektorenbezogen zu ermitteln und festzulegen. Bisher standen derartige Daten nur für die landesunmittelbaren Krankenkassen zur Verfügung. Die bundesunmittelbaren Krankenkassen (z.B. Ersatzkassen) und die private Krankenversicherung werden dadurch erstmals nachprüfbar länderbezogene Daten für die einzelnen Versorgungssektoren vorlegen müssen.

Die in Verbindung mit dem Globalbudget oft wiederholte Forderung nach einer sektorenübergreifenden Ausgabensteuerung ("Das Geld folgt der Leistung") geht offensichtlich davon aus, dass der Nachfrageanlass und das Nachfragevolumen in den einzelnen Versorgungssektoren statisch ist und nur die Behandlungsform bzw. die Zuordnung (z.B. ambulant statt stationär, medizinische Rehabilitation statt Krankenhausbehandlung) geändert werden müsse, um Ausgabenreduzierungen zu erzielen. Für diese Behauptung existiert bisher keinerlei nachweisbarer Beweis. So wird bewußt realitätsfern unterstellt, dass durch eine Leistungsausweitung auf einer niedrigeren Versorgungsstufe tatsächlich Leistungen in einer höheren Versorgungsstufe wegfallen und dort nicht gleichzeitig als Folge der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschrittes eine bedarfsnotwendige Leistungsausweitung stattfindet. Eine einzige zusätzliche Hochdosischemotherapie im Umfang von 200.000 DM egalisiert aber beispielsweise zahlreiche angeblich kostengünstigere Umwandlungen von stationären in ambulante Leistungen. Auch wird meistens **eine** stationäre Leistung nicht durch **eine** ambulante, sondern durch ein Bündel von Maßnahmen ersetzt.

Kostenreduzierung in einem Versorgungssektor bedeutet nicht zwangsläufig Ausgabenreduzierung im Gesamtsystem.

3. Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems

Die seit 1995 geltende Mischkalkulation aus Fallpauschalen, Sonderentgelten, Abteilungs- und Basispflegesätzen soll ab 1.1. 2003 durch ein **“durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem”** ersetzt werden. 1974 wurde der vollpauschalierte Pflegesatz als solidarische Kostenbeteiligung des einzelnen Patienten an den Behandlungskosten anstelle eines betriebswirtschaftlich ermittelten Preises für die durchgeführte Einzelbehandlung eingeführt. Damit sollte gleichzeitig die Gefahr der Zweiklassenmedizin reduziert werden.

Die Umstellung vom **tagesbezogenen** zu einem **fallbezogenen** Vergütungssystem wird logischerweise beim Gesamterlös der einzelnen Krankenhäuser zu einem unterschiedlichen Ergebnis führen. Für diesen Fall ist vorgesehen, dass die Krankenkassen bei Überschreitung des Budgets mit dem Hinweis auf ein unverändertes Leistungsspektrum einen Abschlag bei den Fallpauschalen verlangen. Wird andererseits das Budget bei einem unveränderten Leistungsspektrum unterschritten, wird dies als Konsequenz des neuen Vergütungssystems betrachtet.

In dem neuen fallbezogenen pauschalierenden Vergütungssystem (Preisfunktion) sind ab 2003 auch die derzeitigen pauschalen Fördermittel enthalten. Betriebswirtschaftlich gesehen würde in einem derartigen Vergütungssystem der kalkulatorische Anteil der Investitionskosten unabhängig von der konkreten Situation des einzelnen Krankenhauses bei den einzelnen Fallpauschalen weitgehend gleich sein.

Bei den enormen Unterschieden des derzeitigen Investitionskostenanteils – gemessen an den Gesamtkosten - zwischen den Ländern (Anlage 4 und 5) wird es allerdings bei den Krankenhäusern allein hieraus Gewinner und Verlierer geben.

Die logische Konsequenz wird der Ruf nach zahlreichen Ausnahmeregelungen in Form von Zu- und Abschlägen beispielsweise wegen Ausbildung, Weiterbildung, Großgeräten, Intensität der Behandlung, Nottfälle, Intensivbehandlung, ungünstiger Bausubstanz usw. sein. Je mehr jedoch Ausnahmeregelungen Platz greifen, desto mehr wird das angestrebte “Preissystem” und die damit beabsichtigte Wirkung ad absurdum geführt.

Das neue pauschalierte Vergütungssystem wird zudem als Folge der zahlreichen Ausnahmeregelungen dazu führen, dass künftig bundesweit statt jährlich 2.100 **Pflegesatzverhandlungen** hunderttausende, wenn nicht Millionen **Fallpauschalenverhandlungen** (2.100 Krankenhäuser x Zahl der vollstationären bzw. teilstationären pauschalierten Vergütungen verbunden mit den unterschiedlichsten Zu- und Abschlägen) geführt werden. Dieses Szenario kann bei Verwirklichung der geforderten kassenartenbezogenen Vereinbarungen nochmals gesteigert werden. Die daraus resultierenden aufwendigen Verhandlungen werden den Zeitpunkt der krankenhausbefugten Verteilung des landesweiten Gesamtbetrages und der landesweiten leistungsbezogenen Rahmenvorgaben deutlich hinauszögern.

Systemimmanent wird das vollständige fallbezogene pauschalierte Vergütungssystem folgende Konsequenzen nach sich ziehen:

- Eine Mengenausweitung und den Versuch, diese, wie im vertragsärztlichen Bereich, über einen floatenden Punktwert zu begrenzen. Damit entfällt für die Krankenhäuser als Unternehmen eine verlässliche Kalkulation des Betriebsergebnisses. Dies ist tendenziell ein **enteignungsgleicher Tatbestand**.
- Eine verwaltungsaufwendige, konflikträchtige Leistungsplanung (verbindliche Mengenvorgabe) orientiert an den einzelnen Fallpauschalen.
- Die Forderung nach Mindestleistungen, Mindestbesetzungen und Mindestkapazitäten aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung. Dies führt zwingend zur Konzentration der Leistungen und der Anbieter und zur Existenzbedrohung kleiner Krankenhäuser.
- Die Auflösung der bisherigen gebiets- und schwerpunktsbezogenen **ärztlichen Weiterbildung** verbunden mit wettbewerbsverschärfenden Auseinandersetzungen der ärztlichen Berufsverbände über die künftige Zuordnung der Fallpauschalen. Mit einer veränderten Zuordnung werden sich die Ablaufstrukturen in den Krankenhäusern und den anderen Versorgungssektoren ändern. Für die dafür notwendigen Investitionen fehlen als Folge der Deckelung die Mittel.
- Die Pervertierung der Fallpauschalen zu reinen Verteilungseinheiten. Das bedeutet Bürokratie als Selbstzweck zu Lasten der Patientenversorgung.

4. Einführung einer monistischen Finanzierung

Die derzeitige **dualistische Krankenhausfinanzierung** ist durch dualistische Finanzierungsquellen (öffentliche Hand und Krankenkassen) und durch ein dualistisches Antragsverfahren (Fördermittelverfahren und Pflegesatzverfahren) gekennzeichnet. Sie soll durch eine **monistische Krankenhausfinanzierung**, verstanden als vollständige Finanzierung der Krankenhausbehandlung durch die Krankenkassen, ersetzt werden.

Für die erfolgreiche Einführung einer monistischen Finanzierung wären folgende Voraussetzungen unabdingbar:

- einigermaßen vergleichbare Ausgangsbedingungen für die einzelnen Länder und Krankenhäuser (Abbau des wettbewerbsverzerrenden Investitionsstaus),
- die Orientierung des Investitionskostenanteils an dem betriebswirtschaftlichen Maßstab einer nutzungsgerechten Wiederbeschaffung der Anlagegüter,
- eine angemessene zeitliche Sicherheit für die Beibehaltung der vereinbarten Angebots- und Leistungsstruktur zum Zwecke einer erfolgreichen Mittelbeschaffung und Mittelverwendung,
- die laufende Fortschreibung und die Anpassung des pauschalierenden Vergütungssystems an den technologischen Fortschritt und
- die Aufhebung der Ausgabenbegrenzung (Deckelung) in Form der Beitragssatzstabilität.

Tatsächlich ist keine dieser fünf Bedingungen auf absehbare Zeit beabsichtigt bzw. auch nur annähernd erfüllbar. So gesehen kann nur von **einer gedeckelten monistischen Finanzierung** unter Einschluß der Investitionskosten gesprochen werden. Begriffe erfolgreich zu diskutieren und dafür demokratische Mehrheiten zu finden und sie erfolgreich umzusetzen, sind aber zweierlei Tatbestände.

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.

4.1 Umstellung auf die gedeckelte monistische Finanzierung

Das vorgesehene gedeckelte monistische Finanzierungssystem soll nach der Begründung des Regierungsentwurfes schrittweise bis 2008 umgesetzt werden:

- Die Finanzierung des Erhaltungsaufwandes über das derzeitige Vergütungssystem ist bereits ab 1.1.1997 (erster Schritt zur monistischen Finanzierung) umgesetzt worden. Der Anlaß war jedoch ein Gerichtsurteil und nicht eine konsequent zu Ende gedachte Strategie zur Änderung der Krankenhausfinanzierung.
- Die Finanzierung der pauschalen Fördermittel soll ab dem 1.1. 2003 über das neue Vergütungssystem erfolgen (zweiter Schritt zur monistischen Finanzierung). **Die Hochschulkliniken bleiben davon ausgenommen.** Bis zum Jahr 2008 wird der von den Ländern an die Krankenkassen für die pauschalen Fördermittel zu leistende Finanzierungsbeitrag in Höhe von rd. 2,3 Mrd. DM schrittweise auf Null zurückgeführt.
- Ab 1. Januar 2008 soll auch die Finanzierung der Einzelinvestitionsförderung über das neue Vergütungssystem (dritter Schritt zur monistischen Finanzierung) erfolgen. **Die Hochschulkliniken bleiben davon unberührt.** Die Länder beteiligen sich – unabhängig vom tatsächlichen Investitionsbedarf – an der Gegenfinanzierung in Höhe von 2,8 Mrd. DM (Kostenbasis 1998), indem sie ab diesem Zeitpunkt den Krankenkassen die Aufwendungen für die versicherungsfremden Leistungen des Mutterschafts- und Sterbegeldes erstatten.

Die Hochschulkliniken waren 1997 an der stationären Krankenversorgung mit folgenden Anteilen beteiligt:

- bei den Betten mit 47.211 von 580.425 d.s. 8,1 %,
- bei den Patienten (Fällen) mit 1.431.030 von 15.510.578 d.s. 9,2 %,
- bei den Benutzerkosten mit 13,1 Mrd. DM von 95,2 Mrd. DM d.s. 13,8 %
- bei den Investitionskosten mit 1,7 Mrd. DM von 8,5 Mrd. DM d.s. 20 %.

4.2 KHG-Förderung von 1972 bis 1998

Von 1972 bis 1998 wurden insgesamt rd. 133 Mrd. DM an KHG-Fördermitteln ausgegeben. Die mit Abstand meisten KHG-Mittel sowohl pro Planbett als auch pro Patient der Plankrankenhäuser entfielen dabei auf Berlin, die wenigsten pro Planbett auf Thüringen und die wenigsten pro Patient der Plankrankenhäuser auf Sachsen (siehe Tab. 1 und Anlage 6).

Tab.1 : KHG-Fördermittel von 1972 bis 1998

| Land | KHG-Mittel 1972-1998 in Mio DM | Planbetten 1998 | KHG-Mittel in DM | |
|------------------------|--------------------------------------|--------------------|------------------|----------------|
| | | | pro Planbett | pro Patient |
| Baden-Württemberg | 15.031,2 | 56.895 | 264.192 | 9.990 |
| Bayern | 26.163,5 | 73.892 | 354.078 | 12.900 |
| Berlin * | 11.326,1 | 22.668 | 499.651 | 22.967 |
| Brandenburg | 3.221,7 | 16.742 | 192.432 | 7.429 |
| Bremen | 1.689,2 | 6.337 | 266.561 | 9.787 |
| Hamburg | 3.274,9 | 11.677 | 280.457 | 12.406 |
| Hessen | 9.006,0 | 36.201 | 248.778 | 9.490 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 2.082,4 | 9.937 | 209.560 | 7.117 |
| Niedersachsen | 9.983,1 | 46.049 | 216.793 | 7.810 |
| Nordrhein-Westfalen | 28.245,5 | 129.277 | 218.488 | 8.641 |
| Rheinland-Pfalz | 6.688,0 | 26.119 | 256.059 | 9.930 |
| Saarland | 1.847,0 | 6.703 | 275.548 | 9.350 |
| Sachsen | 4.756,7 | 26.843 | 177.204 | 6.598 |
| Sachsen-Anhalt | 3.470,1 | 15.829 | 219.224 | 7.533 |
| Schleswig-Holstein | 3.201,0 | 13.282 | 241.003 | 8.484 |
| Thüringen | 2.997,4 | 18.028 | 166.264 | 6.844 |
| Deutschland | 132.983,8 | 516.479 | 257.481 | 9.812 |

* bis 1990 nur West-Berlin

Eigene Berechnungen auf der Basis der Haushaltsansätze und einer Länderumfrage des Krankenhausausschusses der AOLG

Gemessen am Umfang der KHG-Fördermittel, die von den Ländern jährlich insgesamt zur Verfügung gestellt wurden, konnten rechnerisch 1973 noch rd. 29.000 Betten in Ersatzneubauten (110.000 DM pro Bett) errichtet werden. Dieses fiktive Ersatzbettenvolumen hat sich bis 1998 auf rd. 15.000 Betten (440.000 DM pro Bett) reduziert. Dies waren rd. 6 bzw. 3 Prozent aller Planbetten.

4.3 Investitionskosten und Benutzerkosten pro Fall 1997

Von den Gesamtkosten für die Krankenhausbehandlung in den Plankrankenhäusern entfielen 1997 rd. 76,3 Mrd. DM auf die Benutzerkosten und 6,8 Mrd. DM auf KHG-Fördermittel. Die Kosten pro Behandlungsfall betrugen 1997 in den Plankrankenhäusern 6.135 DM. Davon entfielen im Bundesdurchschnitt 184 DM bzw. 3,0 Prozent auf die pauschale Förderung und 323 DM bzw. 5,3 Prozent auf die Einzelförderung. Im Bundesdurchschnitt entfielen so gesehen 8,3 Prozent der Kosten pro Behandlungsfall auf Investitionskosten und 91,7 Prozent auf Benutzerkosten (siehe Tab. 2). 1973 betrug die Relation noch 24,5 zu 75,5 Prozent.

Tab. 2 : KHG-Fördermittel und Benutzerkosten pro Fall in DM 1997 der Plankrankenhäuser

| Länder | Kosten pro Behandlungsfall in DM in den Plankrankenhäusern | | | | | | | |
|------------------------|--|------------|-----------------|------------|----------------|-------------|--------------|--------------|
| | Pauschale Fördermittel | | Einzelförderung | | Benutzerkosten | | Gesamtkosten | |
| | abs. | v.H. | abs. | v.H. | abs. | v.H. | abs. | v.H. |
| Baden-Württemberg | 204 | 3,3 | 233 | 3,7 | 5.830 | 93,0 | 6.267 | 100,0 |
| Bayern | 179 | 3,0 | 392 | 6,5 | 5.435 | 90,5 | 6.007 | 100,0 |
| Berlin | 605 | 6,5 | 192 | 2,1 | 8.552 | 91,5 | 9.350 | 100,0 |
| Brandenburg | 130 | 2,2 | 600 | 10,2 | 5.171 | 87,6 | 5.900 | 100,0 |
| Bremen | 193 | 2,7 | 202 | 2,9 | 6.669 | 94,4 | 7.064 | 100,0 |
| Hamburg | 215 | 2,5 | 452 | 5,3 | 7.800 | 92,1 | 8.467 | 100,0 |
| Hessen | 184 | 3,0 | 253 | 4,1 | 5.754 | 92,9 | 6.191 | 100,0 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 159 | 2,8 | 820 | 14,2 | 4.792 | 83,0 | 5.771 | 100,0 |
| Niedersachsen | 159 | 2,7 | 183 | 3,1 | 5.554 | 94,2 | 5.897 | 100,0 |
| Nordrhein-Westfalen | 164 | 2,8 | 155 | 2,6 | 5.542 | 94,5 | 5.862 | 100,0 |
| Rheinland-Pfalz | 147 | 2,6 | 271 | 4,8 | 5.242 | 92,6 | 5.659 | 100,0 |
| Saarland | 136 | 2,2 | 250 | 4,1 | 5.684 | 93,6 | 6.069 | 100,0 |
| Sachsen | 120 | 2,0 | 676 | 11,3 | 5.183 | 86,7 | 5.979 | 100,0 |
| Sachsen-Anhalt | 125 | 2,2 | 793 | 14,1 | 4.691 | 83,6 | 5.609 | 100,0 |
| Schleswig-Holstein | 191 | 3,4 | 196 | 3,5 | 5.204 | 93,1 | 5.590 | 100,0 |
| Thüringen | 169 | 2,8 | 780 | 13,0 | 5.062 | 84,2 | 6.011 | 100,0 |
| Deutschland | 184 | 3,0 | 323 | 5,3 | 5.628 | 91,7 | 6.135 | 100,0 |

Eigene Berechnungen auf der Basis der Haushaltsansätze und Angaben des Statistisches Bundesamtes

Der Anteil für die pauschale Förderung schwankte 1997 zwischen den einzelnen Ländern von 2,0 bis 6,5 und der Anteil für die Einzelförderung von 2,1 bis 14,2 Prozent.

4.4 Gedeckelte monistische Finanzierung der pauschalen Fördermittel ab 2003

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 (siehe Tab. 3 und Anlage 7).

Der durchschnittliche Anteil für die pauschale Förderung an der gesamten KHG-Förderung schwankt zwischen den einzelnen Ländern von 14,3 bis 59,2 Prozent, bei den Gesamtkosten von 1,9 bis 3,7 Prozent.

Tab. 3 : Pauschale-Fördermittel nach Ländern 1998

| Land | Pauschale Fördermittel | | | Anteil der Pauschalförderung | |
|------------------------|------------------------|--------------|-------------|-------------------------------|---------------------|
| | in Mio DM | pro Planbett | pro Patient | an der gesamten KHG-Förderung | an den Gesamtkosten |
| Baden-Württemberg | 299,4 | 5.262 | 199 | 46,7 | 3,2 |
| Bayern | 370,0 | 5.007 | 182 | 29,9 | 3,0 |
| Berlin | 91,6 | 4.041 | 186 | 25,6 | 2,0 |
| Brandenburg | 55,7 | 3.327 | 128 | 17,1 | 2,2 |
| Bremen | 33,3 | 5.255 | 193 | 47,6 | 2,7 |
| Hamburg | 58,6 | 5.018 | 222 | 30,5 | 2,6 |
| Hessen | 175,0 | 4.834 | 184 | 40,7 | 3,0 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 40,0 | 4.025 | 137 | 14,3 | 2,4 |
| Niedersachsen | 212,6 | 4.617 | 166 | 47,3 | 2,8 |
| Nordrhein-Westfalen | 560,0 | 4.332 | 171 | 59,2 | 2,9 |
| Rheinland-Pfalz | 98,8 | 3.783 | 147 | 35,1 | 2,6 |
| Saarland | 22,4 | 3.342 | 113 | 29,2 | 1,9 |
| Sachsen | 81,0 | 3.018 | 112 | 14,3 | 1,9 |
| Sachsen-Anhalt | 57,8 | 3.652 | 125 | 14,7 | 2,3 |
| Schleswig-Holstein | 78,6 | 5.918 | 208 | 49,9 | 3,7 |
| Thüringen | 60,0 | 3.328 | 137 | 14,3 | 2,3 |
| Deutschland | 2.294,8 | 4.441 | 169 | 33,6 | 2,8 |

Eigene Berechnungen auf der Basis der Haushaltsansätze und Angaben des Statistisches Bundesamtes

Die Differenz innerhalb der Länder weicht zwischen den einzelnen Krankenhäusern noch wesentlich deutlicher voneinander ab. Beim Anteil am Gesamtbudget der einzelnen Krankenhäuser von rd. 1 Prozent bis rd. 9 Prozent.

4.5 Gedeckelte monistische Finanzierung der Einzelförderung ab 2008

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 (siehe Tab. 4 und Anlage 8). Der Anteil für die Einzelförderung an der gesamten KHG-Förderung schwankt zwischen den einzelnen Ländern von 40,8 bis 85,7 Prozent, bei den Gesamtkosten von 2,0 bis 14,3 Prozent. Der Durchschnittswert lag bei 66,4 bzw. 5,5 Prozent.

Tab. 4 : Einzelförderung nach Ländern 1998

| Land | Einzelförderung | | | Anteil der Einzelförderung | |
|------------------------|-----------------|--------------|-------------|-------------------------------|---------------------|
| | in Mio DM | pro Planbett | pro Patient | an der gesamten KHG-Förderung | an den Gesamtkosten |
| Baden-Württemberg | 341,9 | 6.009 | 227 | 53,3 | 3,6 |
| Bayern | 869,0 | 11.760 | 428 | 70,1 | 7,1 |
| Berlin | 266,0 | 11.735 | 539 | 74,4 | 5,8 |
| Brandenburg | 270,0 | 16.127 | 623 | 82,9 | 10,5 |
| Bremen | 36,6 | 5.776 | 212 | 52,4 | 3,0 |
| Hamburg | 133,4 | 11.424 | 505 | 69,5 | 5,9 |
| Hessen | 255,0 | 7.044 | 269 | 59,3 | 4,3 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 240,0 | 24.152 | 820 | 85,7 | 14,3 |
| Niedersachsen | 236,6 | 5.138 | 185 | 52,7 | 3,1 |
| Nordrhein-Westfalen | 385,2 | 2.980 | 118 | 40,8 | 2,0 |
| Rheinland-Pfalz | 182,5 | 6.987 | 271 | 64,9 | 4,8 |
| Saarland | 54,2 | 8.086 | 274 | 70,8 | 4,5 |
| Sachsen | 487,4 | 18.157 | 676 | 85,7 | 11,3 |
| Sachsen-Anhalt | 336,6 | 21.265 | 731 | 85,3 | 13,2 |
| Schleswig-Holstein | 79,0 | 5.948 | 209 | 50,1 | 3,7 |
| Thüringen | 360,3 | 19.986 | 823 | 85,7 | 13,7 |
| Deutschland | 4.533,7 | 8.774 | 335 | 66,4 | 5,5 |

Eigene Berechnungen auf der Basis der Haushaltsansätze und Angaben des Statistisches Bundesamtes

Damit die Länder bis 2008 überhaupt Haushaltsmittel nach dem KHG zur Verfügung stellen können, muss bis dahin für die Krankenhausplanung die Letztverantwortung der Länder zumindest formal weiterbestehen bleiben.

4.6 Noch ungeklärte Fragen bei der gedeckelten monistischen Finanzierung

Mit der endgültigen Einführung der gedeckelten monistischen Finanzierung im Jahre 2008 treten folgende noch ungelöste Probleme auf:

- **Pauschale Fördermittel**

Gemessen an dem im KHG niedergelegten Rechtsanspruch bzw. an dem betriebswirtschaftlichen Maßstab einer nutzungsgerechten Wiederbeschaffung der Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von drei bis fünfzehn Jahren (kurzfristige Anlagegüter) müsste der vorgesehene Pauschalbetrag in Höhe von **2,3 Mrd. DM** aus dem Jahr 1998 bereits jetzt etwa verdoppelt werden. Dazu kommt verschärfend der ungebremste technologische Fortschritt (Digitalisierung, Roboter, Telemedizin usw.). Bei einer Einbindung der Hochschulen in die monistische Finanzierung müsste der Betrag um mindestens weitere **rd. 0,4 Mrd. DM** erhöht werden.

- **Einzelinvestitionsförderung**

Für die 1998 **4,5 Mrd. DM** betragende Einzelförderung sollen die Krankenkassen ab 2008 einen Betrag von 2,8 Mrd. DM zusätzlich zur Verfügung stellen. Der von den Ländern 1998 darüber hinaus zur Verfügung gestellte – künftig fehlende - Betrag in Höhe von 1,7 Mrd. DM muss von Krankenhäusern selbst aufgebracht werden. Dazu kommt, dass die Gegenfinanzierung in Form des Mutterschafts- und Sterbegeldes bundeseinheitlichen Regelungen unterliegt, die Höhe der Krankenhausfinanzierung länderweise jedoch höchst unterschiedlich ist. Länder mit einem überdurchschnittlichen Engagement bei der Krankenhausfinanzierung werden deshalb zu den Verlierern zählen. Bei einer Einbindung der Hochschulen in die monistische Finanzierung müsste der Betrag um mindestens **rd. 1,3 Mrd. DM** erhöht werden.

- **Ausfinanzierung begonnener Baumaßnahmen**

Die durchschnittliche Finanzierungsdauer einer größeren Baumaßnahme liegt bei etwa vier Jahren. Unterstellt man, die Länder würden bis 2007 das Finanzierungsvolumen für die Einzelförderung im Umfang des Jahres 1998 aufrechterhalten, müssten sie als Folge der erteilten Bewilligungsbescheide (begünstigende Verwaltungsakte) ab 2008 schätzungsweise noch **rd. 15 Mrd. DM** ausfinanzieren.

Dies könnten die Länder allerdings vermeiden, indem sie entweder ab 2003 keine neuen Maßnahmen mehr in ein Investitionsprogramm aufnehmen würden oder der Gesetzgeber die Krankenkassen verpflichtet, den von den Ländern noch nicht ausfinanzierten Betrag zusätzlich zu übernehmen. Dem steht allerdings der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gegenüber. Die Finanzierung dieser restlichen Investitionskosten ginge deshalb zu Lasten der Benutzerkosten, d.h. sie müssten von den Krankenhäusern zu Lasten des Personals selbst aufgebracht werden.

- **Eigenbeteiligung**

Die außerhalb des KHG, d.h. mit Eigenmittel finanzierten Baumaßnahmen erreichten 1998 ein Investitionsvolumen von **rd. 2,5 Mrd. DM**. Da ja als Folge der Beitragssatzstabilität den Krankenhäusern nicht mehr Mittel zur Verfügung gestellt werden sollen, wird es den Zwang zur Eigenbeteiligung auch nach 2008 geben. Die Bereitschaft zur Privatisierung der Krankenhäuser und zur Übertragung an private Krankenhausketten wird deshalb lawinenartig zunehmen.

- **Investitionsstau**

Würde man die im Zeitraum von 1972 bis 1998 pro Planbett bezahlten KHG-Fördermittel des Freistaates Bayern als Finanzierungsmaßstab nehmen, müssten insgesamt rd. 50 Mrd. DM, beim Bundesdurchschnittswert immerhin noch **rd. 15 Mrd. DM** nachfinanziert werden. Auf die Länder Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen entfielen dabei der höchste Anteil. Nur so wären vergleichbare Startbedingungen ohne bundesweite Ausgleichsregelungen möglich.

- **Kosten der Kreditfinanzierung**

Die bisherige Krankenhausfinanzierung der Länder erfolgt, von Ausnahmen abgesehen, über Barmittel der öffentlichen Hand. Die Finanzierung dieser Mittel erfolgt über den Landeshaushalt, reduziert also nicht die zur Verfügung gestellten KHG-Mittel. Ab 2008 werden die Krankenhausinvestitionen nur mehr über den Kapitalmarkt finanziert werden. Von den aus den gedeckelten landesweiten Gesamtbeiträgen zu finanzierenden Investitionskosten verbleiben dann den Krankenhäusern unter den derzeitigen Kreditbedingungen nur mehr zwei Drittel, da ein Drittel für die Kapitalkosten verwendet werden muss.

- **Neubaufinanzierung bzw. Finanzierung großer Baumaßnahmen**

Bundesdurchschnittlich beträgt derzeit der KHG-geförderte Investitionskostenanteil (pauschale Förderung und Einzelinvestitionsförderung) gemessen an den Gesamtkosten der Plankrankenhäuser 8,3 Prozent. Die Finanzierung eines Krankenhausneubaues von 200 Betten erfordert beispielsweise bei einer fünfzehnjährigen Laufzeit inklusive Kapitalkosten einen Betrag von etwa 120 Mio. DM. Die jährliche Belastung des Krankenhauses durch die Investitionskosten für den Neubau läge damit bei 8 Mio. DM. Dies wäre rd. ein Viertel des Gesamterlöses von derzeit rd. 30 Mio. DM für ein Krankenhaus dieser Größenordnung. Aufwendungen für die jährliche pauschale Förderung in Höhe von drei Prozent kämen noch dazu. Da eine derartige Finanzierung bei einem einheitlichen Fallpauschalensystem mit Höchstpreisen als betriebsgefährdend anzusehen ist, wird sie unterbleiben oder nur mit Hilfe von Eigenmitteln oder Zuschüssen verwirklicht werden können. Das bedeutet, dass die Finanzierung großer Baumaßnahmen ab 2008 nicht gesichert ist.

- **Sicherung öffentlicher Fördermittel**

Mit dem Wegfall des Kontrahierungszwanges im Jahre 2003 ist eine Sicherung der öffentlichen Fördermittel durch eine Grundschuld oder eine Bürgschaft naheliegend. Ab dem Jahr 2008 ist dieses Vorgehen zur Sicherung der öffentlichen Fördermittel zwingend. Dies wiederum gefährdet die Bonität der Krankenhäuser.

- **Eigendynamik der Monistik**

Die mit der schrittweisen Einführung der Monistik ausgelöste **Eigendynamik** innerhalb des Krankenhausmarktes wird offensichtlich völlig unterschätzt. Der Einstieg in die Monistik wird eine Privatisierungswelle auslösen. Es wird schwer durchzuhalten sein, mit einer Teilmonistik zu beginnen – erfahrungsgemäß mit Abgrenzungsproblemen und Nachweisforderungen belastet - und auf die Vollmonistik weitere fünf Jahre zu warten (**“Zauberlehrlingseffekt”**). Es gibt in Deutschland und darüber hinaus genügend Kapital, das auf Anlagemöglichkeiten wartet. Kapital ist heimatlos, siehe die Globalisierung der Wirtschaft.

4.7 Fehlende Investitionsmittel ab 2008

Ab 2008 müsste, wie geschildert, der Anteil der Investitionskosten an den Gesamtkosten der Krankenhäuser drastisch ansteigen. Es gibt jedoch auf der Basis des vorliegenden Regierungsentwurfes derzeit keine nachvollziehbare, die wirtschaftliche Sicherung der meisten Vertragskrankenhäuser gewährleistende Lösung, mit der ab 2008 auf der Basis der Werte des Jahres 1998 (!)

- 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** und
- der Investitionsstau in Höhe von **rd. 15 Mrd. DM**

zuzüglich Kapitalkosten innerhalb des gedeckelten bundesweiten Gesamtbetrages bei drastisch steigendem Innovationsbedarf ohne Betriebsgefährdung finanziert werden kann.

Dazu kämen die Benutzerkosten für rd. eine Million zusätzlicher Patienten im Jahre 2008 als Folge der demographischen Entwicklung. Bei Behandlungskosten pro Fall von rd. 6.000 DM wäre dies ein weiterer Betrag in Höhe von **rd. 6 Mrd. DM**.

Da die im Regierungsentwurf vorgesehene Beibehaltung der dualistischen Finanzierung für die **Hochschulkliniken** als unrealistisch anzusehen ist - sie wären dadurch für die Krankenkassen die **kostengünstigsten Krankenhäuser** - müssen die genannten Beträge zusätzlich erhöht werden. 1997 betrugen die Investitionszuschüsse für die Hochschulkliniken bundesweit insgesamt **rd. 1,7 Mrd. DM**.

Insgesamt müsste so gesehen ab 2008 jährlich ein Betrag von **20 bis 30 Mrd. DM** für Investitionsmittel aus dem bundesweiten Gesamtbetrag finanziert werden. Tatsächlich wird er nur um **2,8 Mrd. DM**, das sind rd. 10 Prozent davon, aufgestockt. Der Rest soll offensichtlich aus den vermuteten **Wirtschaftlichkeitsreserven** finanziert werden.

5. Einführung einer “dualistischen Krankenhausplanung”

Eine Begrenzung der Ausgaben für Krankenhausbehandlungen ist theoretisch grundsätzlich auf vier Arten möglich:

- Durch eine verbindliche **Kapazitätsvorgabe** mit Hilfe einer staatlichen angebotsorientierten Krankenhausplanung (Krankenhausstandorte, abteilungsbezogene Bettenkapazität, Großgerätstandorte).
- Durch eine verbindliche **Leistungsvorgabe**, d.h. des Umfanges der stationären Versorgung in Form von Mengenvorgaben der einzelnen leistungsorientierten Abrechnungspositionen (Zahl der einzelnen operativen und konservativen Behandlungen), gestuft nach Behandlungsintensität (stationär, teilstationär usw.).
- Durch eine verbindliche **Budgetvorgabe** (sektoral oder global).
- Durch eine **Begrenzung der leistungsrechtlichen Ansprüche** der Versicherten auf Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäuser.

Ziel der Beeinflussung ist jeweils die Begrenzung des Bedarfs, der ausschließlich durch die Ärzte auf der Basis der leistungsrechtlichen Ansprüche des einzelnen Versicherten definiert wird und vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft werden kann und soll. Die bedarfsnotwendigen Krankenhausleistungen werden in Deutschland von den Ärzten auf der Basis des Wirtschaftlichkeitsgebotes des SGB V verordnet und nicht durch die vorhandenen Kapazitäten vorgegeben.

Seit 1977 wird versucht, das Ziel der Ausgabenbegrenzung für die Krankenkassen, orientiert an der Grundlohnsummensteigerung (“**einnahmenorientierte Ausgabenpolitik**”), mit Hilfe einer verbindlichen Kapazitätsvorgabe in Verbindung mit der dualistischen Finanzierung (öffentliche Hand und Krankenkassen) zu erreichen.

Ab 2000 soll die Ausgabenbegrenzung mit Hilfe einer fallbezogenen Mengenvorgabe in Verbindung mit Globalbudgets und einer dualistischen Krankenhausplanung (Länder und Krankenkassen) durchgesetzt werden.

Die leistungsrechtlichen Ansprüche des einzelnen Versicherten auf eine ausreichende und notwendige Versorgung bleiben auch ab 2000 unverändert bestehen.

5.1 Angebotsorientierte Krankenhausplanung der Länder

Die Methodik der Krankenhausplanung wandelte sich seit 1973 von einer angebotsorientierten Krankenhausplanung der Länder zunehmend zu einer Steuerung der Vertragsparteien über Vergütungsregelungen. Von 1973 bis 1984 dominierte die angebotsorientierte Krankenhausplanung in Form der standortbezogenen Abteilungs- und Bettenverteilung. Es bestand **Kongruenz** zwischen dem Planungsinhalt (Krankenhaus) und der Vergütungseinheit (Krankenhaus).

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 Pflegegehalte durch die jeweils zuständige Krankenkasse.

Nach dieser Rechtsauffassung kann es eigentlich keine Fehlbelegungen, sondern nur rechtswidrige Kostenübernahmeerklärungen geben.

Mit Hilfe von im Einzelfall von den Krankenkassen rechtswidrig ausgesprochenen Kostenübernahmeerklärungen konnten sich beispielsweise in den letzten drei Jahren unter Bezug auf die Bedarfsdefinition des Bundesverwaltungsgerichtes vier Herzzentren gegen den Willen der zuständigen Planungsbehörden der Länder erfolgreich in den Krankenhausplan klagen.

5.2 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 den tatsächlich zu versorgenden Bedarf und damit die bedarfsnotwendige Bettenkapazität.

Die daraus gesetzlich vorgegebene parallele Planungskompetenz mit Hilfe benutzerkostenrelevanter Tatbestände relativierten damit bereits 1985 die Verbindlichkeit der staatlichen Krankenhausplanung, ohne dass dies in der öffentlichen Diskussionen entsprechend zur Kenntnis genommen worden wäre.

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 sollten diese einer der ambulanten Versorgung vergleichbarem Selbstverwaltungslösung unterwerfen.

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 Wachstum erlebte.

5.3 Leistungsstrukturplanung durch die Vertragsparteien

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1995 wurde der bis dahin geltende tagesgleiche vollpauschalierte Pflegesatz beseitigt. Das mit dem GSG für die Krankenhäuser eingeführte neue Entgeltsystem bedeutete das **Ende der Kongruenz** zwischen dem Planungsinhalt (Krankenhaus) und der Vergütungseinheit (Fallpauschale, Sonderentgelt). Seit diesem Zeitpunkt ist die staatliche angebotsorientierte Krankenhausplanung weitgehend als überholt anzusehen.

Die Verantwortung der Länder reduzierte sich dementsprechend auf 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, in der nur die Standorte und Fachabteilungen vorgegeben werden und die Gestaltung der Leistungsstruktur durch die Vertragsparteien erfolgt. Diesen Weg hat als erstes Land Niedersachsen beschritten.

Parallel zu dieser Entwicklung wurde über das Instrument der Versorgungsverträge nach § 111 SGB V vom Gesetzgeber erstmals ein Zusammenhang zwischen der Steuerung der Rehabilitationseinrichtungen und der Krankenhausplanung hergestellt. Im Hinblick auf die medizinische und demographische Entwicklung und eine ganzheitliche Patientenbetreuung eine längst überfällige Entscheidung. Über Abschluß und Kündigung eines Versorgungsvertrages ist seitdem mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde das Einvernehmen anzustreben. Diese Regelung wird durch den Regierungsentwurf nicht geändert.

Seit 1992 sind die Krankenkassen verpflichtet, eine rechtlich überprüfbare Rehaplanung durchzuführen. Dies gilt nicht für die übrigen Kostenträger, wodurch für den Rehabereich nach wie vor der Tatbestand einer weitgehend unabgestimmten kostenträgerorientierten Planung bzw. Steuerung gegeben ist.

5.4 Ergebnisorientierte Krankenhausplanung im Ländervergleich

Trotz gleicher gesetzlicher Regelungen für die Krankenhausplanung und –finanzierung gibt es derzeit bei den Betten auf 10.000 Einwohner (Bettenziffer) und den Fördermitteln pro Planbett deutliche Unterschiede. Dies gilt auch für die Behandlungskosten pro Fall und pro Einwohner (siehe Tab. 5). Bei der Neuregelung der Krankenhausplanung wäre es naheliegend, die Planungsphilosophien der Länder mit einer niedrigen Bettenziffer zugrunde zu legen. Das Gegenteil ist der Fall.

Tab.5: Wichtige Kennzahlen für die Krankenhausstruktur im Ländervergleich

| Land | Anteil ü 60 * | BZ/BO * | BZ/HO * | MTG/1Mio EW | KHG**-Mittel/Bett | Kosten/Fall * | Kosten/Ew |
|---------------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|---------------|--------------|
| Schleswig-Holstein | 22,3 | 57,8 | 60,3 | 36 | 11.847 | 5.953 | 1.121 |
| Baden-Württemberg | 20,9 | 62,1 | 60,4 | 35 | 11.225 | 6.329 | 1.047 |
| Niedersachsen | 22,2 | 61,5 | 64,4 | 27 | 10.716 | 6.051 | 1.137 |
| Mecklenburg-Vorp. | 19,8 | 64,5 | 64,5 | 31 | 24.520 | 5.202 | 1.044 |
| Sachsen | 23,8 | 66,3 | 66,5 | 28 | 21.635 | 5.588 | 1.007 |
| Thüringen | 21,8 | 67,9 | 67,0 | 34 | 27.241 | 5.342 | 1.044 |
| Bayern | 21,3 | 68,6 | 67,3 | 44 | 16.343 | 5.981 | 1.136 |
| Hessen | 21,8 | 68,5 | 68,4 | 34 | 11.939 | 6.285 | 1.173 |
| Berlin | 19,6 | 74,0 | 70,0 | 43 | 14.580 | 9.122 | 1.485 |
| Sachsen-Anhalt | 22,5 | 67,2 | 70,5 | 35 | 23.649 | 5.341 | 1.123 |
| Brandenburg | 20,6 | 64,0 | 71,3 | 26 | 19.513 | 5.287 | 1.097 |
| Hamburg | 22,7 | 83,6 | 71,5 | 57 | 15.984 | 8.220 | 1.337 |
| Bremen | 24,0 | 95,4 | 71,8 | 44 | 9.469 | 6.719 | 1.253 |
| Rheinland-Pfalz | 22,7 | 70,3 | 72,5 | 36 | 11.101 | 5.635 | 1.137 |
| Saarland | 23,9 | 75,4 | 74,5 | 37 | 11.432 | 6.249 | 1.360 |
| Nordrhein-Westfalen | 22,3 | 77,5 | 77,3 | 45 | 7.099 | 6.072 | 1.220 |
| Deutschland | 21,8 | 69,2 | 68,9 | 35 | 13.085 | 6.139 | 1.155 |

E. Bruckenberger

Anteil ü 60 = Anteil der über 60 jährigen an der Wohnbevölkerung 1997 in Prozent

BZ/BO = Bettenziffer (Betten auf 10.000 Einwohner) in zugelassenen Krankenhäusern im jeweiligen Bundesland 1999

BZ/HO = Bettenziffer für die Wohnbevölkerung des jeweiligen Bundeslandes 1999 (Wanderung lt. Krankenhausdiagnosestatistik 1996)

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

KHG Mittel/Bett = Mittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1999 pro Planbett insgesamt
Fall = Behandlungsfall 1997 Ew = Einwohner 1997

* Quelle: Statistisches Bundesamt und eigene Berechnungen

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

5.5 Noch ungeklärte Fragen bei der “dualistischen Krankenhausplanung”

Die vorgesehene Weiterentwicklung des derzeitigen mischkalkulierten Entgeltsystems zu einem vollständigen pauschalierten leistungsorientierten Vergütungssystem relativiert die bisherige staatliche angebotsorientierte Krankenhausplanung in Form einer **Mittelverwendungsplanung** zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. So gesehen ist es erfahrungsgemäß als unwahrscheinlich anzusehen, dass sich die restliche Planungskompetenz der Länder (quasi eine nicht aufblasbare Ballonhülle) in Verbindung mit landesweiten Rahmenvorgaben als “**dualistische Krankenhausplanung**” bis zum Jahr 2008 aufrechterhalten lassen wird. Der zu erwartende enorme bürokratische Aufwand und das zwangsläufig auftretende Chaos als Folge zahlreicher ungeklärter Fragen haben mit einer effizienten rechtsstaatlichen Gestaltung der stationären Krankenversorgung nichts gemein.

- **Rahmenvorgaben sind in Wirklichkeit detaillierte Mengenvorgaben**

Nach dem Regierungsentwurf zur Gesundheitsreform 2000 sollen leistungsorientierte landesweite Rahmenvorgaben die Grundlage für den Abschluß, die Änderung und die Kündigung der zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zu schließenden **Versorgungsverträge** bilden. Die Rahmenvorgaben sollen sich an den medizinischen Fallkategorien des neuen Vergütungssystems orientieren und insbesondere Festlegungen zu den notwendigen Leistungsbedarfen und Mindestmengen beinhalten. Die innerhalb der neu zu vereinbarenden integrierten Versorgungsformen anfallende Leistungsmengen müssen dabei ebenfalls berücksichtigt werden.

Die Unterschiede der Rahmenvorgaben zwischen den Ländern werden zwangsläufig die **Forderung nach bundesweiten Rahmenvorgaben** nach sich ziehen. Die Datengrundlage hierfür ist schon im Regierungsentwurf verankert worden. Für die vor- und nachstationären sowie die ambulanten Leistungen sind bereits bundesweite Regelungen vorgesehen.

Erstaunlicherweise sollen die Rahmenvorgaben auch **die Selbstzahler** umfassen, obwohl dafür die gesetzlichen Krankenkassen keinerlei Zuständigkeit besitzen.

Der Streit über den **tatsächlichen landesweiten Bedarf** und die Festlegung des **tatsächlichen Bedarfes des einzelnen Krankenhauses** in Verbindung mit der Schutzfunktion des Art. 12 und 14. GG ist vorprogrammiert. So gesehen gewinnt die Standortfestlegung eine entscheidende Bedeutung.

Auch die **Rechtsqualität der Rahmenvorgaben** wird auf dem Prüfstand stehen, da sie nicht mehr als **Verwaltungsvorschriften** sein können und die Rechtsverbindlichkeit nicht höher eingeschätzt werden kann als die des gegenwärtigen Krankenhausplanes, nämlich als ein **Verwaltungsinternum**. Wenn dem so ist, besteht eigentlich ein besonderer Rechtfertigungsgrund für den mit den Rahmenvorgaben verbundenen Verwaltungsaufwand, gemessen an den tatsächlichen Gestaltungsmöglichkeiten.

Auf die kurzfristig von den Gerichten zerstörte Euphorie der Länder nach der Einführung der Krankenhausplanung im Jahre 1973 bei der Zuordnung der als nicht bedarfsgerecht einzustufenden Krankenhäuser sei hingewiesen. Erfahrungen, die bereits einmal gemacht worden sind, sollten nicht zu Lasten der Steuerzahler wiederholt werden, nur um die Erfahrungen anderer Personen anzureichern.

Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V müssen “die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen”.

Der Begriff **Mindestmenge** ist dem Leistungsrecht des SGB V fremd. Die Rahmenvorgabe kann deshalb nur den gegenwärtigen **tatsächlichen Bedarf** bzw. den hieraus auf der Basis von Tatsachen zu prognostizierenden Bedarf umfassen. Diese Schlußfolgerung bedeutet, dass die Überschreitung der landesweiten Rahmenvorgabe eine Anerkennung nicht bedarfsnotwendiger Leistungen zur Folge haben kann. Dies müsste eigentlich ein Einschreiten der zuständigen Aufsichtsbehörden nach sich ziehen. Die Haftung ist im SGB V geregelt.

Von den Krankenkassen muss nicht nur die Übereinstimmung der Summe der Erlösbudgets der einzelnen Krankenhäuser, sondern auch die Summe der mit den einzelnen Krankenhäusern vereinbarten Fallpauschalen auf Übereinstimmung mit dem landesweiten Gesamtbetrag bzw. der landesweiten Mengenvorgabe überprüft werden.

De facto handelt es sich bei den Rahmenvorgaben um detaillierte, dem tatsächlichen Bedarf entsprechende, landesweite Mengenvorgaben der ab 2003 geplanten 650 und mehr Fallpauschalen für operative und konservative Behandlungen.

Eine derart detaillierte leistungsorientierte Rahmenvorgabe ist ein Widerspruch in sich. Der Begriff ist deshalb irreführend. Überdies ist zu beachten, dass die landesweiten fallpauschalenorientierten Mengenvorgaben nicht nur die vollstationären Varianten getrennt nach hauptamtlich und belegärztlich, sondern konsequenterweise auch die teilstationären, vor- und nachstationären und ambulanten Formen der Krankenhausbehandlung umfassen müssen, da sie ja alle den landesweiten Gesamtbetrag bzw. die landesweite Mengenvorgabe beeinflussen. So gesehen würden die landesweiten Mengenvorgaben **mehrere tausend pauschalisierte Einzelpositionen** umfassen, die laufend fortzuschreiben wären. Wie sollen übrigens bedarfsgerechte Mengenvorgaben behandelt werden, deren Erfüllung tatsächlich unmöglich ist (z.B. Fehlen von Organen für die Transplantationen) ?

Die auf der Landesebene durch die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Krankenkassen zu erarbeitende Mengenvorgabe des gesamten stationären Krankheitsgeschehens der Bevölkerung gibt es in der vorgesehenen detaillierten und verwaltungsaufwendigen Form in keinem anderen Staat der Europäischen Union. Die eigentlichen Gewinner werden erfahrungsgemäß die Beratungsinstitute. Die in diesem System tätigen – und ausschließlich für die Verordnung der Krankenhausbehandlung im konkreten Einzelfall zuständigen Ärzte – werden zu **Verteilungsmanagern** degradiert, für die die Einhaltung der jeweils vereinbarten Fallpauschalenmenge wichtiger wird als der Patient.

Auch wenn in der Begründung zu § 109 a SGB V ausgeführt wird, dass die Krankenhausträger den Beteiligten die für die Rahmenvorgaben erforderlichen Daten übermitteln, ist eine rechtsstaatlichen Ansprüchen genügende Rechtsgrundlage dem Gesetzentwurf bisher nicht zu entnehmen.

Über die Rahmenvorgaben wird nicht zu verhindern sein, dass bewusst eingesetzte Abschläge bei den Fallpauschalen den Wettbewerb im Krankenhausbereich zur Zentralisierung von Leistungen und darüber hinaus zur Zentralisierung von Angebotsstrukturen verstärken können. Die in einem verhandelbaren Fallpauschalensystem gegebenen Möglichkeiten eines Verdrängungswettbewerbs können nur relativiert werden, wenn der Standort des Krankenhauses vorgegeben wird.

- **Unveränderter Bedarfsbegriff**

Die Rahmenvorgaben für die Versorgungsverträge haben sich am tatsächlichen Bedarf zu orientieren. Der **"tatsächlich zu versorgende Bedarf"** ergibt sich nach einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und deren Anerkennung, d.h. der Abrechnung durch die Krankenkasse.

Dieser in jahrelanger Rechtsprechung von der Verwaltungsgerichtsbarkeit geprägte **leistungsrechtliche Bedarfsbegriff** wird durch das neue Vergütungssystem nicht verändert. Allerdings werden künftig an Stelle der anerkannten und abgerechneten Pflgetage bzw. der daraus resultierenden Betten die anerkannten und abgerechneten Fallpauschalen treten. Die Fallpauschalen bekommen so gesehen die **bisherige Funktion der Betten**, mit allen daraus entstehenden Konsequenzen.

Jede anerkannte und abgerechnete Fallpauschale ist grundsätzlich als bedarfsgerecht anzusehen. Die leistungsorientierten Rahmenvorgaben sind für den leistungsrechtlichen Anspruch des einzelnen Versicherten rechtlich irrelevant. Man kann zwar Kapazitäten nicht aber den Umfang der Einzelansprüche verbindlich vorgeben.

Andererseits wird die Differenzierung des Vergütungssystems dazu führen, dass jede Fallpauschale auf ihre Bedarfsgerechtigkeit zu überprüfen ist. Damit wird die Bedarfsdiskussion auf immer kleinere Einheiten heruntergebrochen.

Die Herstellung des **Einvernehmens** zwischen der zuständigen Landesbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen über die landesweiten Rahmenvorgaben ist eigentlich überflüssig, da der landesweite tatsächliche Bedarf gar keinen Interpretationsspielraum läßt. **Es genügt eine Auflistung der tatsächlich abgerechneten Fallpauschalen.**

- **Kündigung als Steuerungsinstrument**

Die Kündigungsmöglichkeiten für die Krankenkassen sollen künftig erleichtert werden. Unklar ist allerdings, wieso ein Krankenhaus zu Lasten der Krankenkassen unwirtschaftlich sein kann, wenn es die vereinbarten Fallpauschalen im Rahmen des Höchstpreises abrechnet. Bei einem pauschalierten Vergütungssystem in Form von Einzelleistungen ist erfahrungsgemäß nicht die Unwirtschaftlichkeit der Einzelleistung, sondern die Mengensteuerung das Problem.

Nicht auszuschließen ist allerdings, dass von den Krankenkassen das Ausmaß der Unterschreitung des jeweiligen Höchstpreises als Maßstab für die Wirtschaftlichkeit und damit für die Kündigung genommen wird.

Bei der vorgesehenen Neuregelung der stationären Krankenversorgung wird so gesehen der Bedarf nicht mehr durch die medizinische Notwendigkeit definiert, sondern als Funktion eines gedeckelten Vergütungssystems.

Bei der vorgesehenen Mengenvorgabe, orientiert am neuen pauschalierten Vergütungssystem, ist eigentlich ein Krankenhaus für ein ganzes Land als bedarfsgerecht anzusehen. Jedes weitere Krankenhaus ist für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung nicht mehr erforderlich.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben sich beim Abschluss bzw. bei einer Kündigung eines Versorgungsvertrages an den gleichen Grundkriterien zu orientieren, wie sie bisher für die Krankenhausplanung des Landes maßgebend waren.

Es ist daher zu erwarten, dass die von der Verwaltungsgerichtsbarkeit entwickelten Grundsätze zur Krankenhausplanung in den künftig zu erwartenden Sozialgerichtsverfahren Eingang finden werden. Die Widersprüche zwischen

- dem Anspruch des einzelnen Versicherten auf Erhalt einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen und das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Krankenhausbehandlung,
 - dem Anspruch des einzelnen Krankenhausträgers auf Führung eines wirtschaftlich eigenverantwortlichen Krankenhausbetriebes und
 - dem Bemühen der Krankenkassen um die Wahrung der Beitragssatzstabilität und damit auch die Einhaltung des kassenartenbezogenen Globalbudgets bzw. des landesweiten Gesamtbetrages für Krankenhausleistungen
- werden deshalb auch künftig für zahlreiche Rechtsstreitigkeiten sorgen.

- **Planungsbehörde oder Aufsichtsbehörde**

Wenn zwischen der landesweiten Mengenvorgabe auf der Basis der einzelnen leistungsorientierten Fallpauschalen und dem Globalbudget im Hinblick auf die Beitragssatzstabilität ein zwingender Zusammenhang hergestellt wird, ist die Überprüfung der Einhaltung der Mengenvorgabe der einzelnen Fallpauschalen kein Aspekt der Krankenhausplanung, sondern eine Aufgabe der jeweiligen Aufsichtsbehörden des Landes und des Bundes. Dies gilt für jede Krankenkasse, da jede Krankenkasse für sich für die Einhaltung ihres Globalbudgets verantwortlich ist.

- **Weiterbestand des sektoralen Denkens**

Zwar wird in der Begründung des Regierungsentwurfes laufend die Notwendigkeit sektorenübergreifender Lösungen betont. Die Tatsache jedoch, dass im stationären Versorgungssektor ein neues Steuerungs- und Abrechnungssystem eingeführt wird, ohne dass dieses mit dem vertragsärztlichen Sektor oder dem Rehabereich abgestimmt oder kompatibel gemacht wird, beweist eher das Gegenteil. In diese Haltung paßt auch die Überlegung, alle Bestimmungen, soweit sie die Vorsorge und Rehabilitation betreffen, in einem eigenem Sozialgesetzbuch (SGB IX) zusammenzufassen und damit deren sektorale Eigenständigkeit zu verlängern.

5.6 Kontrahierungszwang und Sicherstellungsauftrag

Der Sicherstellungsauftrag liegt derzeit in der überwiegenden Zahl der Länder ausschließlich bei den Kommunen. Er korrespondiert konsequenterweise mit dem Kontrahierungszwang für die Krankenkassen.

Sollte dieser wie vorgesehen ab 2003 wegfallen, ist davon auszugehen, dass die Kommunen sich des nur einseitig verpflichtenden Sicherstellungsauftrages verständlicherweise entledigen werden. Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges wird deshalb folgende Konsequenzen zeitigen:

- Die Verbindlichkeit der Einhaltung des Gesamtbetrages und der detaillierten Mengenvorgabe auf Landesebene wird den Sicherstellungsauftrag naheliegenderweise auf die Landesebene verlagern. Der einzelne Krankenhausträger kann nur für die Einhaltung seines Erlösbudgets und seines Versorgungsvertrages zur Verantwortung gezogen werden, nicht aber für die Einhaltung des landesweiten Gesamtbetrages oder der landesweiten Mengenvorgabe.
- Die als Folge der vorgesehenen gesetzlichen Regelungen zunehmenden Defizite und die abnehmenden Gestaltungsmöglichkeiten bei einem wachsenden Konfliktpotential werden die Kommunen verstärkt veranlassen, die eigenen Krankenhäuser zu privatisieren oder privaten Klinikketten zu übertragen.
- Die Krankenhäuser werden bei einer Limitierung des Erlösbudgets die Zahl der vereinbarten Leistungen begrenzen. Kein Krankenhaus wird auf Dauer eine unbegrenzte Leistungspflicht bei einer begrenzten Finanzierungspflicht der Krankenkassen vereinbaren. Diese Konsequenz wird Wartelisten und Rationierungen bedeuten.

Zu beachten ist außerdem, dass der Wegfall des Kontrahierungszwanges eine erleichterte Niederlassung ausländischer Anbieter nach sich ziehen kann. Als Maßstab für die Wirtschaftlichkeit wird von den Krankenkassen erfahrungsgemäß nicht eine bürgernahe Versorgung im Interesse der immer älter werdenden Bevölkerung, sondern das Unterbieten des jeweiligen Höchstpreises der Fallpauschalen angelegt werden.

5.7 Fehlbelegungsprüfungen

Um Fehlbelegungen zu vermeiden und bestehende Fehlbelegungen zügig abzubauen, sollen nach dem Regierungsentwurf zur GKV-Gesundheitsreform 2000 die Befugnisse des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) erweitert werden. Die erweiterten Prüfungsrechte des MDK werden mit Sicherheit die Sozialgerichte beschäftigen. In den bereits vorliegenden Urteilen zu sog. Fehlbelegungen wurden die Krankenkassen zur Übernahme der Kosten von Krankenhausleistungen verurteilt, auch wenn bei der Aufnahme des Patienten nur die subjektive Behandlungsbedürftigkeit im Krankenhaus bestand, die sich aufgrund von Untersuchungen zu einem späteren Zeitpunkt als objektiv nicht vorhanden herausstellte.

Fehlbelegungen können nach Auffassung des Medizinischen Dienstes auch durch die vom betroffenen Krankenhaus nicht beeinflussbare Angebotsstruktur der anderen Versorgungssektoren (Praxen, Rehaeinrichtungen, Tageskliniken usw.) verursacht werden. Bei einer forcierten **Fehlbelegungsdiskussion**, bei der es sich ab 2003 als Folge des neuen Vergütungssystems um eine **Fehlbehandlungsdiskussion** handeln müsste, muss deshalb geklärt werden, ob die für die Beseitigung der Fehlbelegungsursachen durch Änderung der Angebotsstrukturen notwendigen Mittel überhaupt zur Verfügung gestellt werden können. Die vorhandenen Angebotsstrukturen werden überdies nicht von den verordnenden Krankenhausärzten vorgegeben, die zudem einer ständig wachsenden Arbeitsbelastung durch die Nichteinhaltung der Forderungen des Arbeitszeitgesetzes ausgesetzt sind.

Offensichtlich zu wenig beachtet wurde der Zusammenhang zwischen der **einvernehmlichen Verabschiedung** der Rahmenvorgaben (Mengenvorgaben) durch die zuständige Landesbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen auf der Basis der Kategorien des vorgesehenen fallbezogenen pauschalierten Vergütungssystems bis zum 30.06.2003 und den vorgesehenen erweiterten Fehlbelegungsprüfungen. Der Glaube an die limitierende Wirkung der Rahmenvorgaben scheint nicht allzu groß zu sein.

Der medizinische Dienst der Krankenkassen beabsichtigt ab dem Jahr 2000 flächendeckend ein **standardisiertes bundeseinheitliches Prüfverfahren** genannt **AEP (Appropriateness Evaluation Protocol)** zur Ermittlung der Fehlbelegungen einzusetzen. Machbarkeit und Praktikabilität dieses standardisierten Prüfverfahrens einmal vorausgesetzt, müssten aufgrund der länderweise unterschiedlichen Bettenkapazität pro 10.000 Einwohner (Bettenziffer) eigentlich unterschiedliche Fehlbelegungsanteile ermittelt werden. Sinnvollerweise sollte das Ergebnis dieser bundesweiten Aktion zur Prüfung der Fehlbelegung abgewartet werden.

Da sich der leistungsrechtliche Anspruch des Versicherten auf eine dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V entsprechende bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung bezieht, die sich ihrerseits künftig in den Fallpauschalen widerspiegeln soll, wäre es sicherlich hilfreich, wenn sich die beabsichtigten aufwendigen flächendeckenden Fehlbelegungsprüfungen nach dem AEP gleich an dem ab 2003 geltenden fallbezogenen pauschalierten Vergütungssystem orientieren würden. Dadurch könnte das Ergebnis in den Rahmenvorgaben Berücksichtigung finden.

Andererseits ist nicht auszuschließen, dass die Krankenhäuser diese **flächendeckende Überprüfung**, die ja ein **flächendeckendes Misstrauen** zum Ausdruck bringt, mit der Forderung nach einer **flächendeckenden Vorwegbestätigung** beantworten. Es wäre denkbar, bei Patienten mit planbaren Eingriffen bzw. Behandlungen den Medizinischen Dienst sofort bei der Krankenhausaufnahme zu bitten eine Bestätigung auszustellen, dass es sich um keine Fehlbelegung handelt. Dieses Vorgehen würde eine spätere Überprüfung erübrigen. Gleichzeitig würde sich der **Rechtfertigungsdruck von den Krankenhäusern zu den Krankenkassen** verlagern. Ein sicherlich interessanter Wettbewerbsaspekt.

Schließlich werden auch die Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen über die Beiträge der Versicherten finanziert. Es bedürfte den Versicherten nicht zu vermitteln sein, dass der Aufwand für den Medizinischen Dienst gleich oder höher ist, als das durch seinen Einsatz reduzierte Ausgabenvolumen. Das **Wirtschaftlichkeitsprinzip** gilt grundsätzlich nicht nur für die Krankenhäuser, sondern auch für den Medizinischen Dienst als Teil des Gesamtsystems selbst.

6. Schaffung integrierter Versorgungsstrukturen

Bei den bisherigen Bemühungen, über den Weg einer **"Verzahnung" oder "Vernetzung"** innerhalb oder zwischen den Versorgungssektoren die Leistungs- und Ausgabenausweitung besser in den Griff zu bekommen, haben sich bisher die einzelnen Versorgungssektoren nicht selten vor allem Leistungen zu Lasten der anderen Sektoren **additiv dazugeholt**, ohne dass die Leistungserbringung insgesamt effizienter erfolgte und für die Krankenkassen mit weniger Ausgaben verbunden war. De facto lief die Verzahnung meist auf eine **sektorale Optimierung** mit zusätzlichen Ausgaben für die Krankenkassen, nicht aber auf eine Kooperationen gleichberechtigter Partner zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren hinaus. Allerdings war nach Aussagen von Gutachtern bei der Leistungserbringung eine Qualitätsverbesserung für die Patienten zu verzeichnen.

Nach dem Regierungsentwurf sollen auf der Basis von Verträgen (§§ 140 b und 140 d SGB V) zur Verstärkung eines bereits bestehenden Trends integrierte Versorgungsformen eine Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten ermöglichen. Hierbei ist daran gedacht, Leistungsanbieter unterschiedlicher Leistungsbereiche wie z.B. Vertragsärzte, Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen vertraglich zu einer kooperativ ausgerichteten Patientenversorgung zusammenzuschließen und Versicherte auf freiwilliger Basis zu verpflichten, nur Leistungsanbieter dieser integrierten Versorgung in Anspruch zu nehmen. Der Regierungsentwurf greift damit Gedanken auf, die in Niedersachsen im Zusammenhang mit der Abstimmung medizinisch-technischer Großgeräte bereits seit 1979 und im Rahmen der sektorenübergreifend durchgeführten flächendeckenden Strukturgespräche 1995 entwickelt worden sind.

Der Gesetzentwurf geht allerdings auch künftig von einer institutionalisierten sektorenübergreifenden Versorgungsform aus, die unterschiedliche sektorale Leistungsbereiche unter einem neuen Dach zusammenfasst. Für diesen quasi neuen **"Sektor zur sektorenübergreifenden Versorgung"** ist ein gesonderter Budgettopf im Rahmen des Globalbudgets der Krankenkassen vorgesehen.

Mit den integrierten Versorgungsformen wird so gesehen ein **weiterer Sektor** eröffnet, der zum einen durch eine Förderung von Formen der Zusammenarbeit positiv wirken, andererseits aber von den unterschiedlichen Sektoren auch als zusätzlicher Konkurrent betrachtet werden kann, der den insgesamt begrenzten "Vergütungstopf" reduziert.

Zwar hält auch die integrierte Versorgung formal an einer freien Arzt- und Krankenhauswahl des Versicherten fest, über die Bonusregelung des § 140 g SGB V wird jedoch der Versuch unternommen, im Interesse einer wirtschaftlichen Auslastung der integrierten Versorgungsformen eine Patientensteuerung vorzunehmen.

Erfolgreiches sektorenübergreifendes Handeln setzt fundierte, sektorenübergreifende Kenntnisse des Leistungs- und Vertragsrechtes voraus. Man kann mit historisch sektoral geprägten Denkstrukturen nicht erfolgreich sektorenübergreifende Abstimmungen herbeiführen. Hier ist bei vielen Verantwortlichen noch ein enormer Nachholbedarf zu verzeichnen. Die **Freude an Begriffsdiskussionen** übertrifft häufig die Kenntnis der rechtlichen und tatsächlichen Möglichkeiten.

Tatsächlich ist die doppelt besetzte Facharztschiene seit Jahrzehnten das Hauptproblem des deutschen Gesundheitswesens. Sie führt zwangsläufig zur Doppelvorhaltung der notwendigen Infrastruktur und zur sektoralen Optimierung. Wird sie unverändert beibehalten, wird sich an den additiven Konsequenzen für das Gesamtsystem trotz der angestrebten integrierten Versorgungsformen nichts ändern.

Eine nahtlose Verzahnung der stationären und ambulanten fachärztlichen Leistungserbringung kann mittel- und langfristig konsequenterweise nur personell und nicht institutionell erreicht werden. Das heißt, der einzelne Facharzt, gleichgültig ob fest angestellt oder freiberuflich tätig, entscheidet jeweils für sich, ob er die notwendige Behandlung stationär oder ambulant durchführt. Voraussetzung wäre, dass die stationäre und ambulante fachärztliche Leistungserbringung nach Möglichkeit an ein und demselben Standort erfolgt. Dies wäre eine zukunftsorientierte Lösung. Diese Angebotsstruktur existiert in den meisten europäischen Staaten.

7. Zukunftsträchtige Lösungen durch die Gesundheitsreform ?

Bei dem erreichten Integrationsgrad der Europäischen Union sind für das deutsche Gesundheitswesen nachhaltige Veränderungen unmittelbar vorgezeichnet. 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 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.

Wenn der Einzelanspruch der Versicherten auf Krankenhausbehandlung unverändert fortbesteht, könnten bei Eintritt dieser Entwicklung beispielsweise Krankenhäuser im benachbarten Ausland in Anspruch genommen werden. Diese Krankenhäuser werden von der Deckelung nicht erfaßt. Das Globalbudget verbunden mit der Vorgabe der Beitragssatzstabilität ist deshalb kein zukunftsträchtiger Ansatz zur langfristigen erfolgreichen Steuerung des deutschen Gesundheitswesens.

Dennoch soll dem Dogma der Beitragssatzstabilität im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 durch Struktur- oder Systemänderungen Rechnung getragen werden. Zu beachten ist überdies dabei, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen dem Entstehen von Krankheiten und der Beitragssatzstabilität besteht.

Die Forderung nach Beitragssatzstabilität wird übrigens nicht selten von denselben Personen erhoben, die bei der Errichtung neuer Angebote mit entsprechenden Folgekosten nicht bereit waren und sind, **nein** zu sagen.

Wettbewerb bei der Leistungserbringung und der Schaffung neuer Angebote und Ausgabendeckelung bei der Finanzierung vertragen sich nicht.

Zukunftsträchtige Lösungen sollten die mehrheitlich in den anderen Staaten der Europäischen Union gegebenen Versorgungsstrukturen berücksichtigen.

In dem Regierungsentwurf für die Gesundheitsreform 2000 sind derzeit keine zukunftsweisenden, europaorientierten mittel- bis langfristig wirksamen Vorstellungen bzw. Vorgaben

- über die Beseitigung der in Deutschland vorhandenen doppelt besetzten Facharztstrukturen in Verbindung mit der Einführung einer personellen Integration (Beispiel Holland) noch
- über zukunftssträchtige prozeßorientierte Versorgungsstrukturen für die ununterbrochen ansteigende Anzahl der chronisch Kranken noch
- über die Einbindung der medizinischen Rehabilitation in Form von integrierten Versorgungsstrukturen (Aufgabe der sektoralen Selbständigkeit der Rehabilitation und die Zuordnung zu den Krankenkassen) noch
- über die künftige – ebenfalls in Europa atypische - Rolle der Rentenversicherungsträger als Rehaträger im Rahmen der Gesundheitsversorgung noch
- über die künftige Einordnung der stationären Versorgung Deutschlands im europäischen Umfeld
vorgesehen.

8. Zusammenfassung

Eine zusammenfassende Bewertung der im Regierungsentwurf zur Gesundheitsreform 2000 für die stationäre Versorgung vorgesehenen Regelungen führt nach den beabsichtigten Schwerpunkten zu folgendem Ergebnis:

- **Einbindung der Krankenhäuser in das Globalbudget**

Zu begrüßen ist, dass **erstmalig** die länderbezogenen Ausgaben für die einzelnen Versorgungssektoren mit der Möglichkeit eines Benchmarking vorliegen werden. Die vorgesehenen Möglichkeiten und die Bereitschaft zur partnerschaftlichen sektorenübergreifenden Ausgabensteuerung mit Hilfe des Globalbudgets werden jedoch weit überschätzt. Die vorgesehene Deckelung durch die Beitragssatzstabilität wird systemimmanent früher oder später eine **Ratio- nierung** bestimmter Leistungen zur Folge haben.

- **Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems**

Die Einführung eines vollständigen fallbezogenen pauschalierten Vergütungssystems trägt dem herrschenden marktwirtschaftlich und wettbewerbsorientierten Wirtschaftssystem Rechnung. Die konkrete Umsetzung pervertiert jedoch die Fallpauschalen mit hohem Verwaltungsaufwand zu Verteilungseinheiten innerhalb des gedeckelten Systems. An die Stelle einer krankenhausbefugten Pflegesatzverhandlung tritt eine Vielzahl von krankenhausbefugten Fallpauschalenverhandlungen.

- **Einführung der monistischen Finanzierung**

Hinter der Einführung einer monistischen Finanzierung steht die Erwartung einer effizienteren Betriebsführung und einer Begrenzung der Gestaltungsmöglichkeit der Länder. Bei Realisierung der im Regierungsentwurf vorgesehenen gedeckelten monistischen Finanzierung ist ab 2008 bundesweit die Finanzierung eines Investitionsvolumens von jährlich 20 bis 30 Mrd. DM ungeklärt. Ein Kompromiss könnte darin bestehen, auf die Einführung der vollständigen Monistik im Jahre 2008 derzeit zu verzichten, und die Erfahrungen mit der Teilmonistik (pauschale Förderung der kurzfristigen Anlagegüter) abzuwarten.

- **Einführung der “dualistischen Krankenhausplanung”**

Die bisherige angebotsorientierte Krankenhausplanung in der Letztverantwortung der Länder wird durch landesbezogene verwaltungsaufwendige Rahmenvorgaben, bei denen es sich de facto um detaillierte Mengenvorgaben nach Art und Umfang handelt, ergänzt. Dabei soll mit hohem Verwaltungsaufwand das gesamte stationäre Krankheitsgeschehen der einzelnen Länder gegliedert nach Operationen und konservativen Behandlungen vorgegeben werden. Eine Alternative wäre, statt der vorgesehenen Mengenvorgaben, die Krankenhausplanung auf eine Krankenhausrahmenplanung mit Standorten und Abteilungen zu beschränken und die Leistungsstrukturen durch die Krankenhäuser und Krankenkassen vereinbaren zu lassen (Methode Niedersachsen).

- **Schaffung integrierter Versorgungsstrukturen**

Die sektoral geprägte Versorgungsstruktur wird durch Neuregelungen für selbständige integrierte Versorgungsformen und eine Bestätigung und Verlängerung der Sonderrolle der medizinischen Rehabilitation verstärkt und nicht reduziert. Es bleibt so gesehen bei der institutionalisierten Integration. Ein Ansatz für eine zukunftsorientierte personelle Integration ist nicht erkennbar.

Keine der derzeit im Regierungsentwurf zur Gesundheitsreform 2000 vorgesehenen Regelungen schafft **Anreize** für vermehrtes wirtschaftliches Handeln und eine entsprechende Motivation bei den Leistungsanbietern. Generell wird unterstellt, dass tendenziell quasi jedes Krankenhaus enorme Wirtschaftlichkeitsreserven aufweist, aus der jede Innovation und Baumaßnahme finanziert werden kann.

Die seit 1977 in immer kürzeren Abständen verabschiedeten Kostendämpfungsgesetze haben ergebnisorientiert gesehen an dem jährlichen Ausgabenzuwachs für Krankenhausbehandlung nichts geändert. In keinem einzigen Jahr konnten die Ausgaben gegenüber dem Vorjahr stabilisiert oder reduziert werden. Es spricht sogar vieles dafür, dass die jeweiligen Kostendämpfungsmaßnahmen nicht selten den Ausgabenanstieg durch präventive Maßnahmen der betroffenen Krankenhäuser sogar verstärkten (siehe Anlage 9).

Mit jeder Novelle seit 1977 hat außerdem als Folge der gesetzlich veranlaßten zunehmenden Regelungsdichte der Verwaltungsaufwand – inklusive des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen - deutlich zugenommen.

Das bedeutet bei dem verbindlichen Grundsatz der Beitragssatzstabilität immer weniger Mittel für die Patienten. Die Krankenhäuser können dem nur entgegensteuern, wenn insbesondere Personal eingespart wird, was wiederum für die verbleibenden Krankenhausmitarbeiter zu einer Leistungsverdichtung führt.

Tendenziell wird immer mehr Geld für **Kontrollfunktionen**, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, eingesetzt ("Amerikanisierung des Systems"). Bei einem gedeckelten Finanzierungssystem sollte man sich jedoch eigentlich bemühen, den Verwaltungsaufwand so gering als möglich zu halten, damit für die Patienten möglichst viel übrig bleibt. Bei der Gesundheitsreform 2000 ist das Gegenteil der Fall. Dies liegt darin, dass hier ein marktwirtschaftlich orientiertes Abrechnungssystem aus Angst vor einer unkontrollierten Mengenausweitung mit einer überreglementierten Mengenkontrolle vermischt wird.

Überaus strenge, öffentlich nicht bekannte Maßstäbe unterstellen offensichtlich enorme **Wirtschaftlichkeitsreserven** bei den Krankenhäusern. Die Einführung

- des vollständigen leistungsorientierten pauschalierten Vergütungssystems
- der dualistischen Krankenhausplanung in Verbindung mit den landesweiten leistungsorientierten Mengenvorgaben wie auch
- der erweiterten Fehlbelegungsprüfungen des Medizinischen Dienstes

dienen alle demselben Zweck, nämlich der Absicherung der durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität vorgegebene Deckelung der Ausgaben im Krankenhausbereich. Sie führen jedoch zu einer **enormen Bürokratisierung**. Im Interesse der Patientinnen und Patienten scheint deshalb eine Überprüfung der vorgesehenen Maßnahmen auf **Unwirtschaftlichkeit** angezeigt zu sein.

Es weckt falsche Erwartungen, wenn man Neuregelungen als langfristig bzw. endgültig ankündigt, die in Wirklichkeit nur einen weiteren kurzlebigen Beitrag in dem Dauerstreit zwischen den nach wie vor unbegrenzten leistungsrechtlichen Ansprüchen der Versicherten und dem Globalbudget darstellen werden.

Literatur:

- E. Bruckenberger; "Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen", W.Kohlhammer, Köln, Stuttgart, 1978
- E. Bruckenberger; "Dauerpatient Krankenhaus", Lambertus-Verlag, Freiburg, 1989
- E. Bruckenberger, "Markt oder staatliche Planung ? Die pragmatische Alternative heißt Zusammenarbeit", Krankenhaus-Umschau, E.C. Baumann KG, Heft 4/1994, S. 230 ff.
- E. Bruckenberger, "Miteinander präventiv pragmatische Lösungen suchen. Strukturgespräche 1995 zur stationären Krankenhausversorgung in Niedersachsen", Krankenhaus-Umschau, E.C. Baumann KG, Heft 2/96, S. 89 ff.
- E. Bruckenberger; "Kooperation zwischen den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen", Das Krankenhaus, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Heft 4/1996, S. 155 ff.
- E. Bruckenberger, "Abstimmung statt Dualismus zwischen Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen", Reha 2000, Qualität statt Quantität, Verlag Peter Sabo, Schwabenheim a.d.Selz, ISDN 3-927916-40-4
- E. Bruckenberger/H. Klein, "Kooperative Verzahnung statt stagnierendem Töpchendenken", Krankenhaus-Umschau, E.C. Baumann KG, Heft 2/97
- E. Bruckenberger; "Krankenhausplanung vor und nach dem GSG", Das Krankenhaus, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Heft 5/97, S. 238 ff.
- E. Bruckenberger, "Sektorenübergreifende Kooperation statt sektoraler Optimierung", Krankenhaus-Umschau, E.C. Baumann KG, Heft 12/97
- E. Bruckenberger, "Regionalisierung oder Europäisierung – der künftige Krankenhaus- und Reha-Markt", Krankenhaus-Umschau, E.C. Baumann KG, Heft 11/1998
- E. Bruckenberger/Runge; "Tatsächlicher oder erwünschter Bedarf an Krankenhausbetten", das Krankenhaus, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Heft 5/99, S.276 ff.
- E. Bruckenberger, "Wende oder hektischer Stillstand", Krankenhaus-Umschau, E.C. Baumann KG, Heft 5/1999

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 Radio-onkologie 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 integrierten Versorgungskonzepten für Geriatrie, Neurologie 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

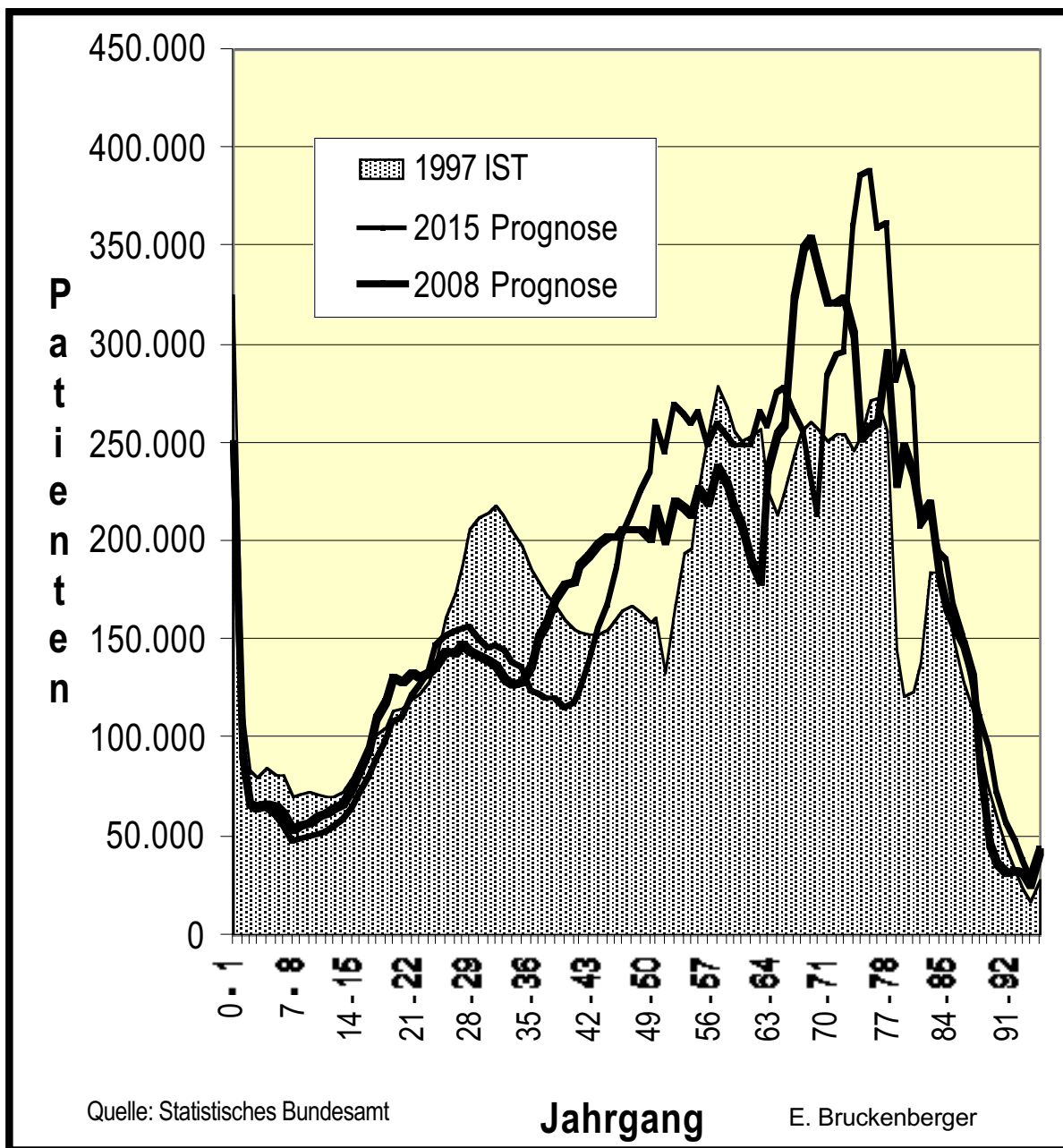
dienstlich:
Telefon: 0049/0511-120-4076
Fax: 0049/0511-120-4288



Anlagen

Anlage 1

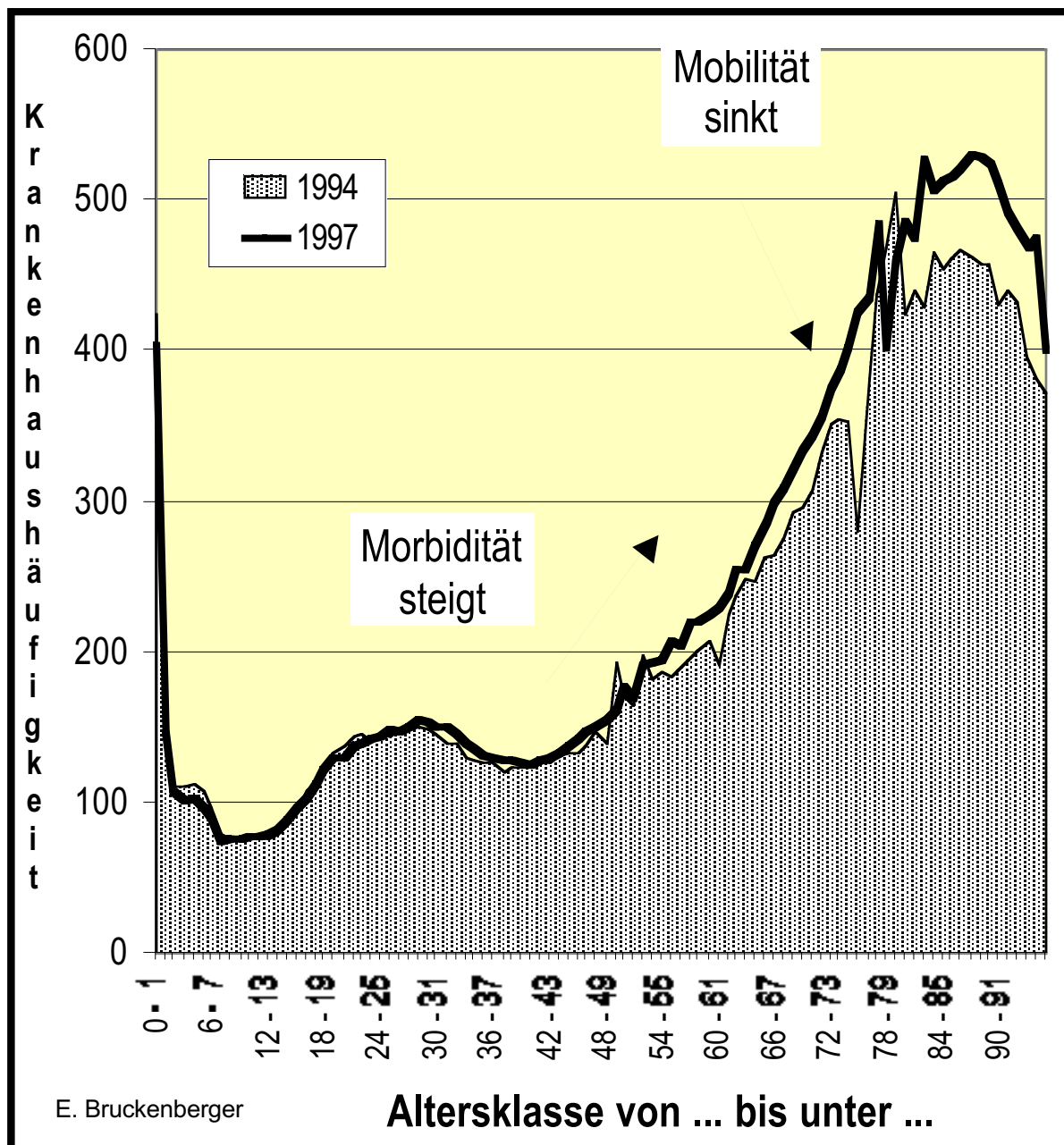
Stationäre Patienten (Fälle) in Deutschland nach Altersgruppen



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

Anlage 2

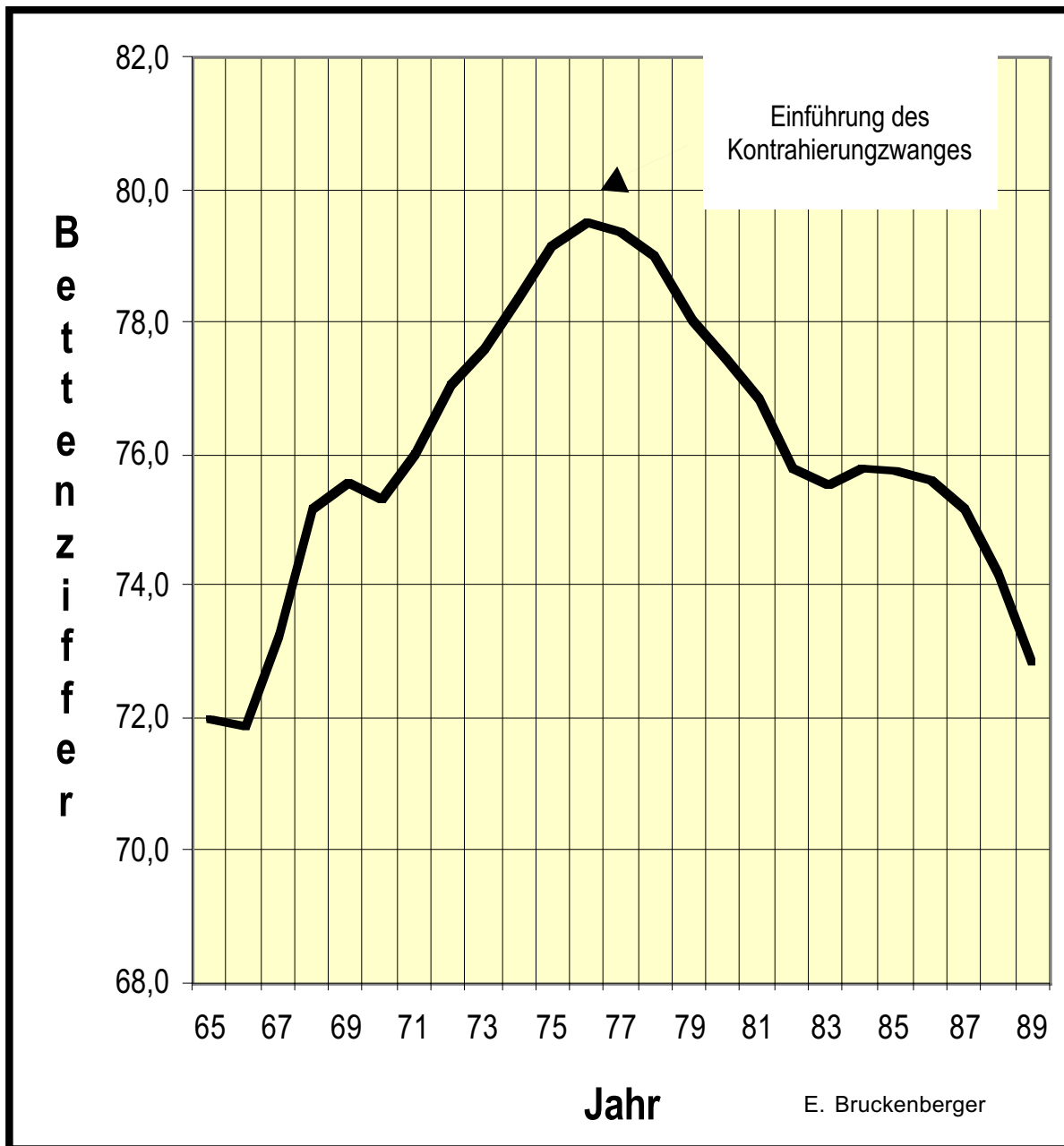
Krankenhaustätigkeit in Deutschland 1994 und 1997 nach Jahrgängen pro 1.000 Einwohner



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

Anlage 3

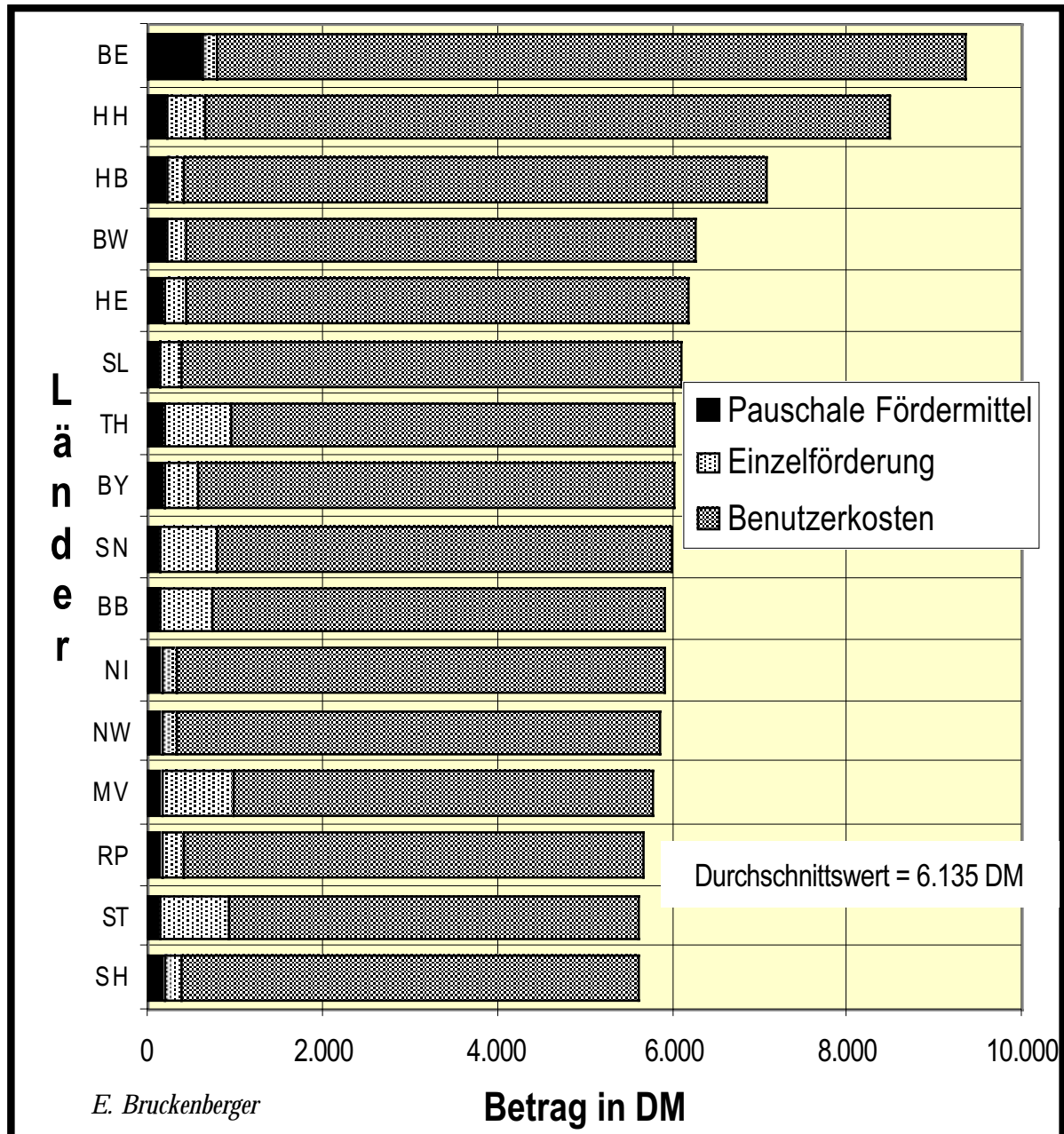
Entwicklung der Bettenziffer (Betten auf 10.000 Einwohner) in den alten Bundesländern



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

Anlage 4

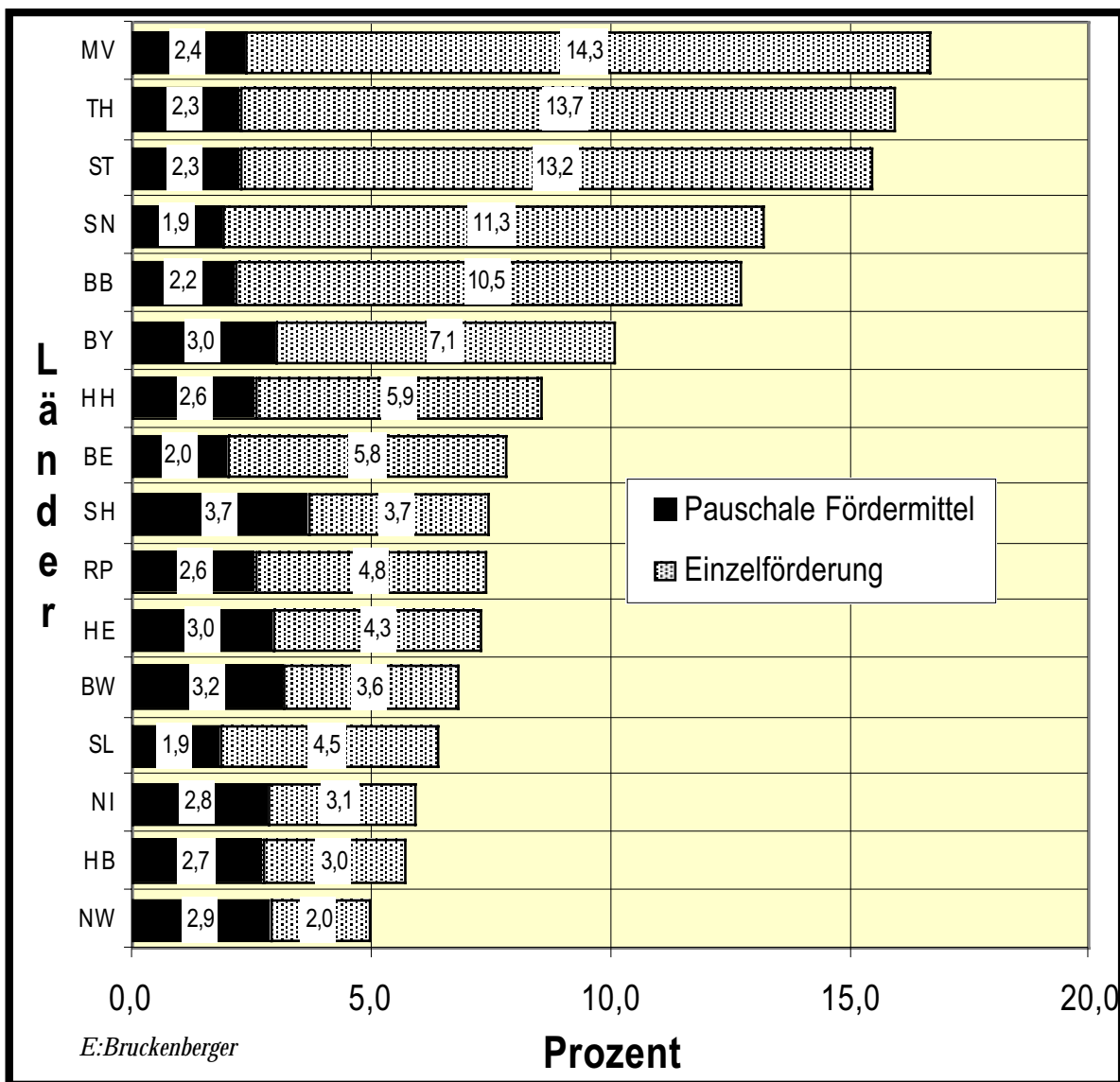
Investitionskosten und Benutzerkosten pro Fall der Plankrankenhäuser 1997 im Ländervergleich



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes und einer Länderumfrage der AOLG

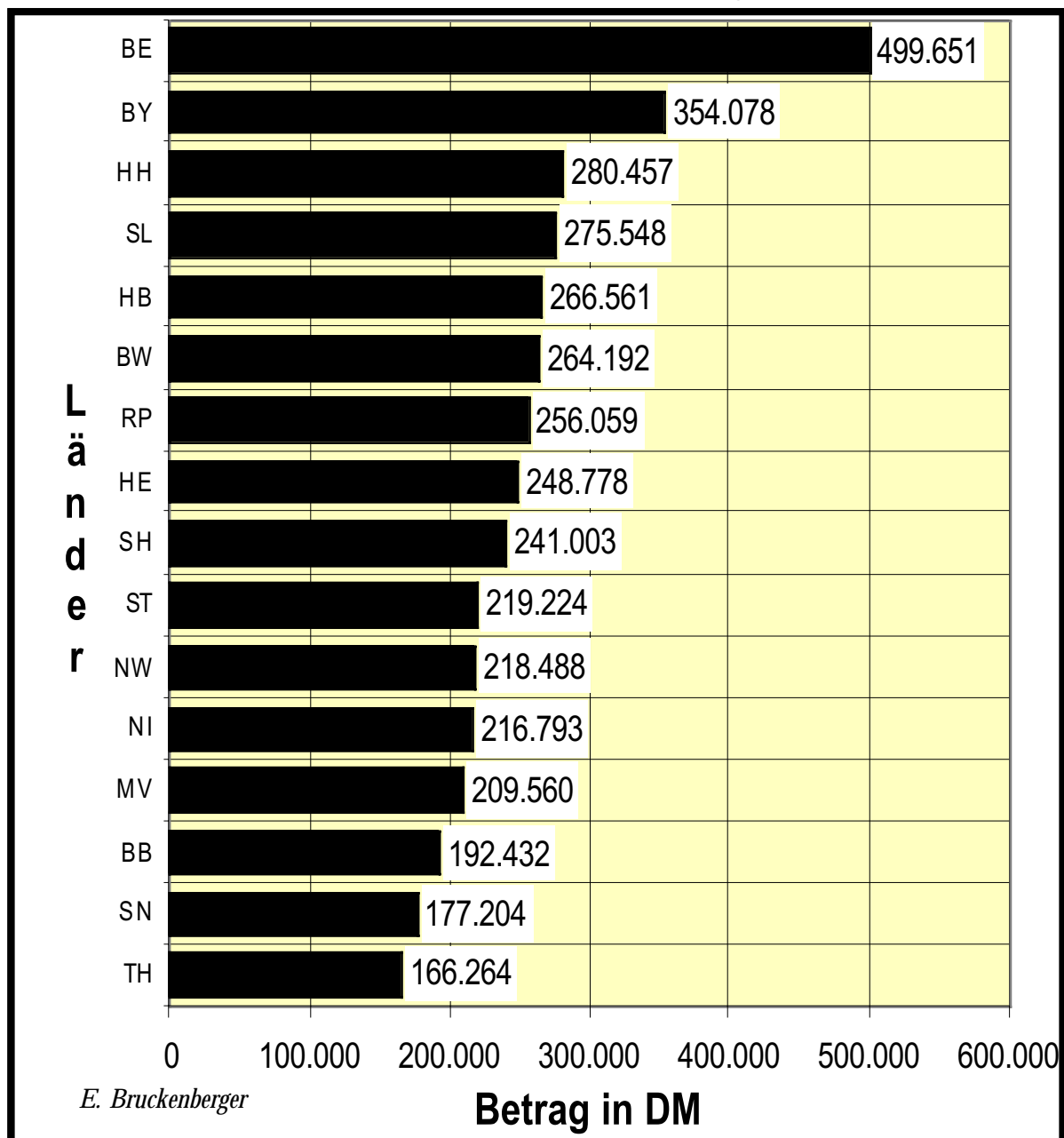
Anlage 5

Anteil der Investitionskosten an den Gesamtkosten der Plankrankenhäuser 1998 im Vergleich



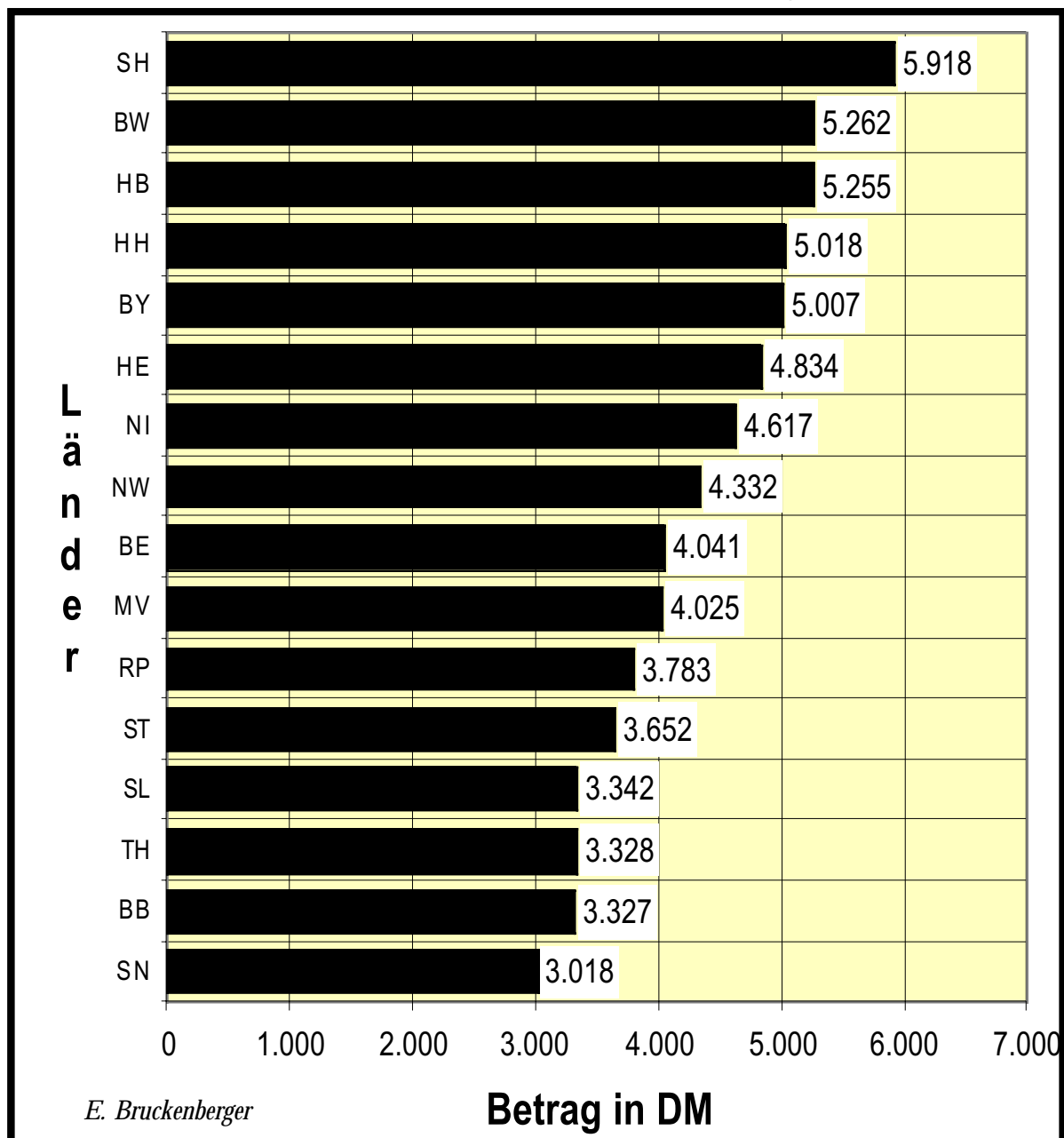
Eigene Berechnung und Darstellung auf der Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes und einer Länderumfrage der AOLG

Anlage 6

KHG-Fördermittel in DM von 1972 bis 1998
pro Planbett im Ländervergleich

Eigene Berechnung und Darstellung auf der Basis
einer Länderumfrage der AOLG

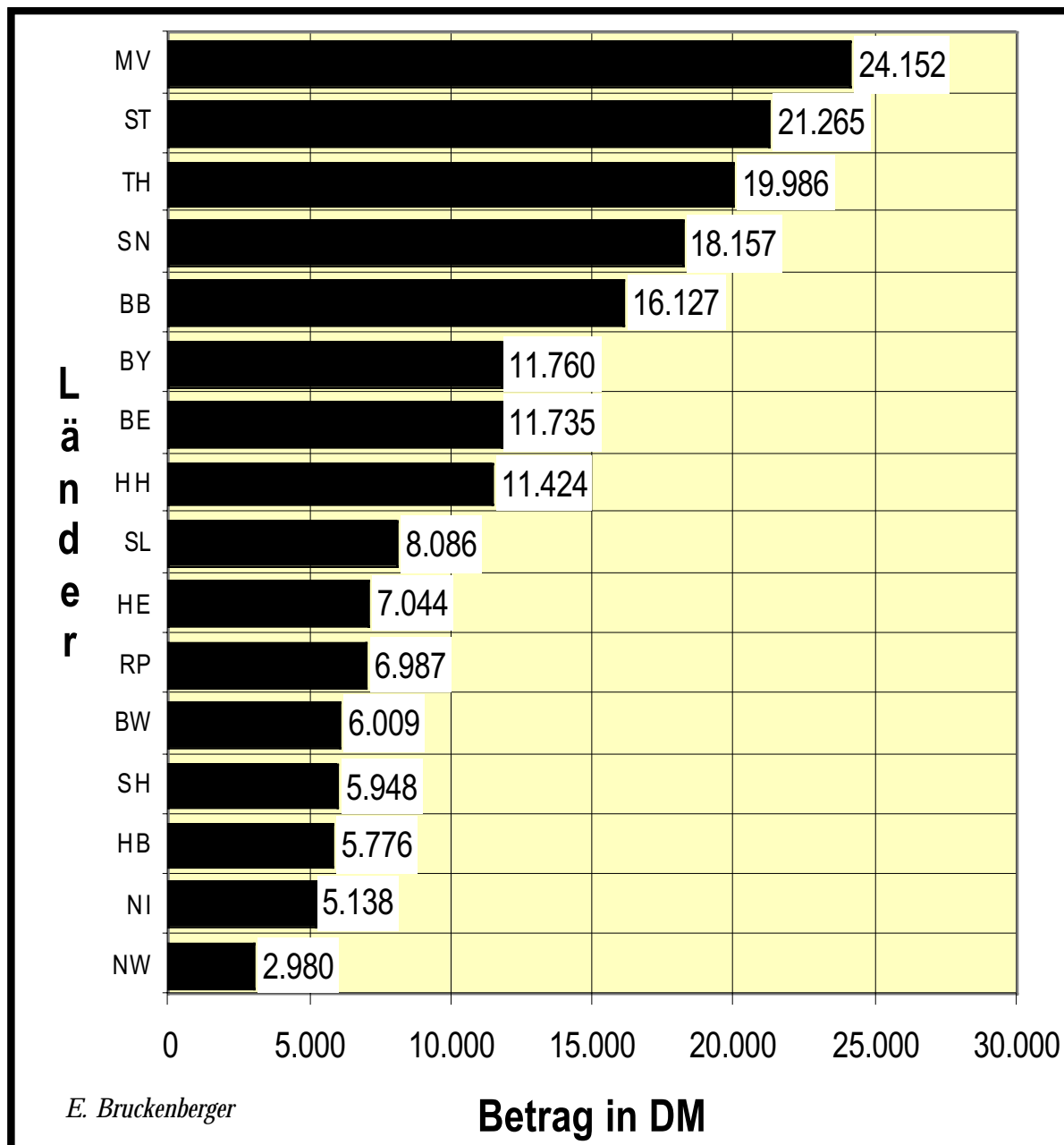
Anlage 7

Pauschale KHG-Fördermittel in DM
pro Planbett 1998 im Ländervergleich

Eigene Berechnung und Darstellung auf der Basis der Haushaltsansätze
und einer Länderumfrage der AOLG

:

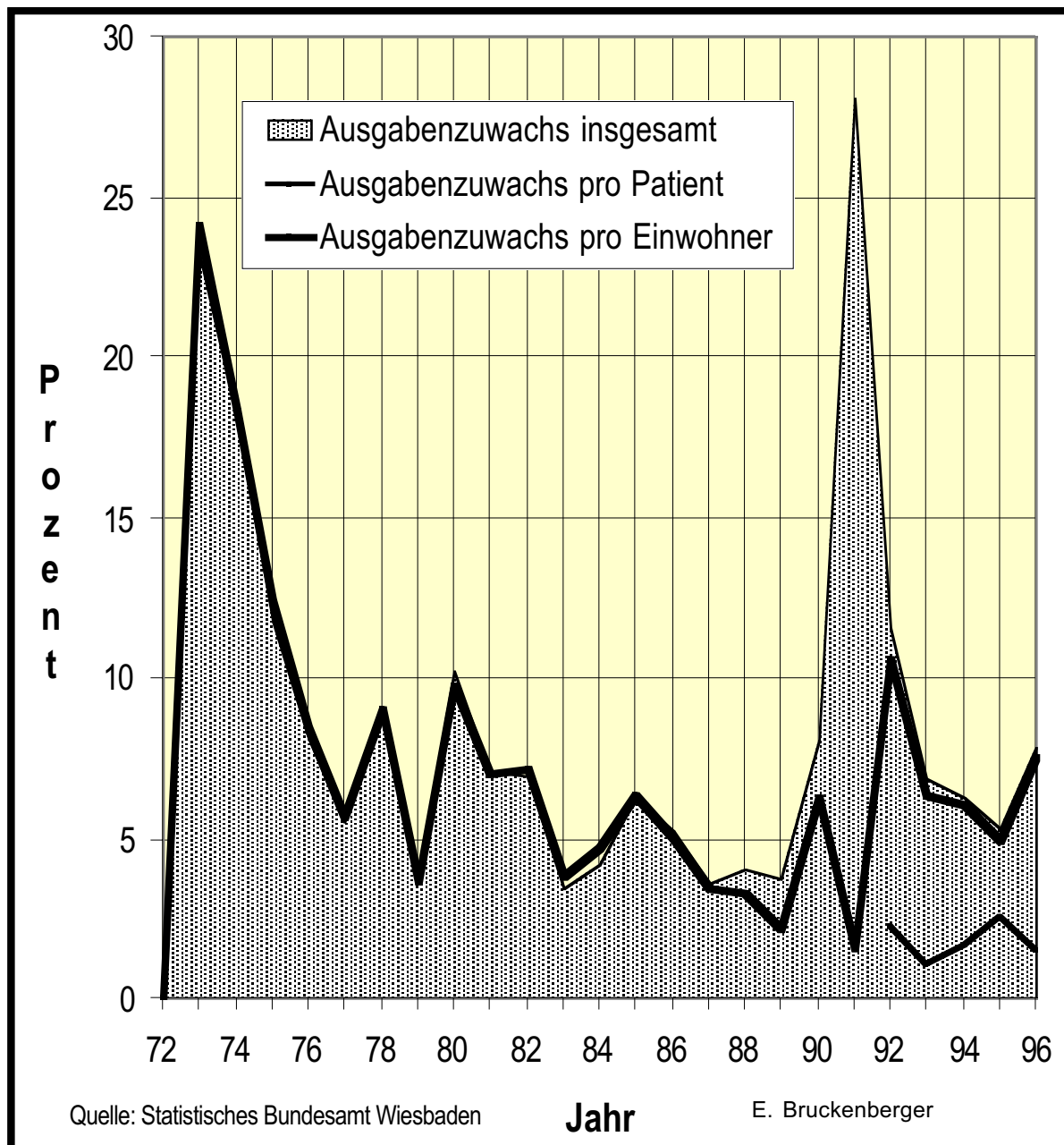
Anlage 8

Einzelförderung in DM pro Planbett 1998
im Ländervergleich

Eigene Berechnung und Darstellung auf der Basis der Haushaltsansätze
und einer Länderumfrage der AOLG

Anlage 9

Zuwachs der Gesamtausgaben für stationäre Behandlungen gegenüber dem Vorjahr in Prozent *



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

* bis 1990 alte, ab 1991 alte und neue Länder