

**Anhörung
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

Thema: „Neuinvestitionen des Landes in Krankenhäusern für eine gute
und sichere medizinische Versorgung sind unverzichtbar“

am 22. März 2006 in Düsseldorf

**Stellungnahme
zur Anhörung**

von

Dr. Ernst Bruckenberger

Hitzackerweg 1a

30625 Hannover

Einführung

Die stationäre Krankenversorgung wird in den nächsten Jahren durch fünf Hauptfaktoren geprägt werden:

den Auswirkungen der demographischen Entwicklung,
den Auswirkungen des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschrittes,
den Auswirkungen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen,
den Auswirkungen der integrierten Versorgung und
den Auswirkungen der zunehmenden Europäisierung bzw. Globalisierung.

Auswirkungen der demographischen Entwicklung

Der künftige Bedarf an Gesundheitsleistungen wird vor allem durch die demographische Entwicklung bzw. die sich verändernde Altersstruktur und der dadurch ausgelösten Zunahme der Nachfrage geprägt werden.

Die im Alter deutlich zunehmende Morbidität, vor allem durch chronische Erkrankungen, ist tendenziell mit einer abnehmenden Mobilität verbunden. Dies wird entscheidende Auswirkungen auf die künftige Angebotsstruktur haben, die wesentlich stärker als bisher von engen regionalen und sektorenübergreifenden Gesichtspunkten 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 Telemedizin 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

Als konsequente Folge der zunehmenden Deregulierung bisheriger Bereiche der Daseinsvorsorge wird auch das Gesundheitswesen immer stärker vom Wettbewerb erfasst. Es ist allerdings ein reglementierter (solidarischer) Wettbewerb und kein Marktwettbewerb. Ein Solidarprinzip, das sich am Optimum für jeden Einzelnen orientiert, ist allerdings aus objektiven mathematischen Gründen zum Scheitern verurteilt. Nicht übersehen werden sollte auch, dass der Wettbewerb zwar zur betriebswirtschaftlichen Kostensenkung führen kann, aber noch nie eine Ausgabenreduzierung für das Gesamtsystem zur Folge gehabt, da die Kostensenkung erfahrungsgemäß durch die Mengenausweitung mehr als kompensiert wird. Wettbewerb hat ja grundsätzlich nicht das Ziel, die Ausgaben der Krankenkassen zu reduzieren, sondern durch Innovation und Selektion zu Lasten der Mitbewerber besser expandieren zu können. Konzentrationsprozesse sind systemimmanent vorgegeben.

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, integrierte Versorgung

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 die neuen Versorgungsformen wie z.B. die Medizinischen Versorgungszentren. Wenn nachweisbar die systemimmanente Leistungsexplosion das eigentliche Problem des Gesundheitswesens ist, muss angestrebt werden, durch integrierte Versorgungsstrukturen nicht bedarfsnotwendige Leistungen zu vermeiden oder bedarfsnotwendige Leistungen wirtschaftlicher zu erbringen.

Auswirkungen der zunehmenden Europäisierung

Bei dem erreichten Integrationsgrad der Europäischen Union sind für das deutsche Gesundheitswesen nachhaltige Veränderungen vorgezeichnet. Die laufenden Diskussionen über die Grenzen der Daseinsvorsorge und die wettbewerbsverzerrenden Ausgleichszahlungen der Kommunen sind deutliche Anzeichen dafür. 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 Harmonisierung der Steuerrechte wird die unterschiedliche Mittelaufbringung für das jeweilige Gesundheitswesen (Beiträge, Steuern, Mischsysteme) europaweit zwangsläufig angleichen.

Damit die Krankenhäuser, wie gesundheitspolitisch gewünscht, auf die sich schnell ändernden Rahmenbedingungen und die damit verbundenen veränderten Angebotsstrukturen schnell und erfolgreich reagieren können, benötigen sie Investitionsmittel. Und zwar ausreichend und umgehend. Wenn die öffentlichen Hände dazu nicht in der Lage sind, ist eine Zunahme der Insolvenzen sowie eine verstärkte Privatisierung die logische Konsequenz.

Krankenhausfinanzierung

Rechtsgrundlagen

Das KHG bezweckt nach § 1 Abs. 1 die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Die wirtschaftliche Sicherung soll mit zwei Mitteln erreicht werden: Zum einen sollen die Krankenhäuser gemäß § 4 Nr. 2 leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen sowie aus Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten, zum anderen sollen gemäß § 4 Nr. 1 KHG die Investitionskosten der Krankenhäuser im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden. Die öffentliche Förderung der Investitionskosten im Rahmen der dualistischen Finanzierung ist Folge des Verbotes, Investitionskosten durch die Pflegesätze und Vergütungen zu refinanzieren.

Gemäß § 6 Abs. 1 KHG stellen die Länder zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Investitionsprogramme auf. Das Nähere ist nach § 6 Abs. 4 KHG durch Landesrecht zu bestimmen. Die bundesgesetzliche begründete Verpflichtung der Länder zur Förderung der Investitionskosten der Krankenhäuser gemäß § 6 Abs. 1 KHG besteht ohne zeitliche Unterbrechung. Gemäß § 20 Satz 2 KHG NRW ist davon auszugehen, dass für jedes Haushaltsjahr Investitionsprogramme aufgestellt werden. Die Investitionskosten müssen die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser sicherstellen. Damit wird eine Verpflichtung der Länder begründet, Haushaltsmittel zur Verfügung stellen, die es ermöglichen, diese Pflicht zur Übernahme der Investitionskosten zu erfüllen.

Die durch das Gesundheitsreformgesetz und das Fallpauschalengesetz ausgelösten und gesundheitspolitisch gewollten Veränderungen der stationären und ambulanten Angebotsstrukturen erfordern mehr und nicht weniger Investitionsmittel.

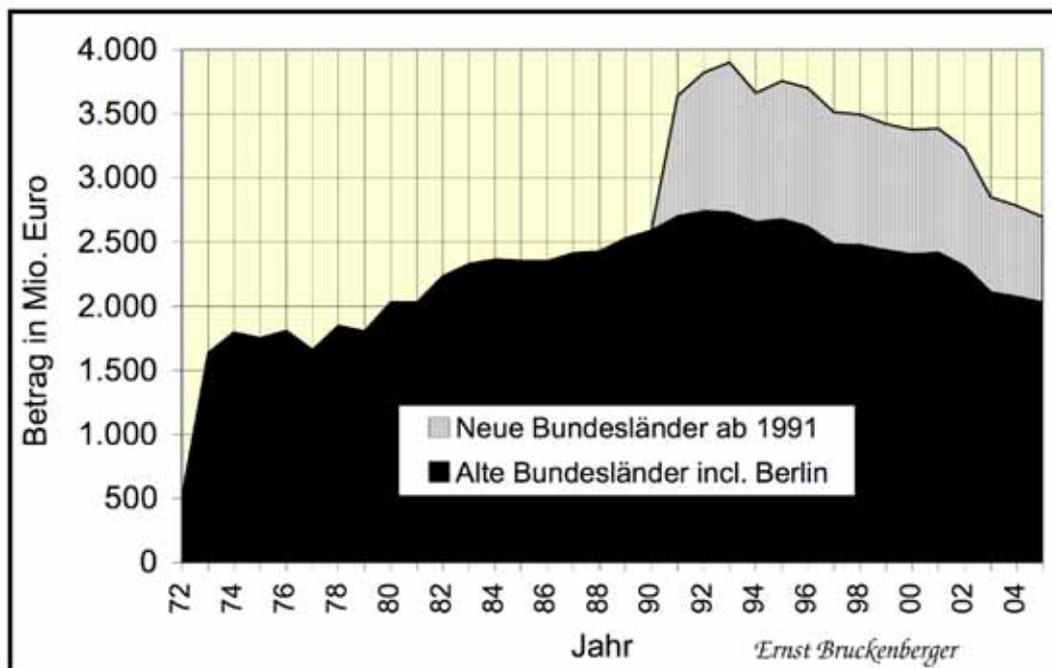
Entwicklung der KHG-Finanzierung im Ländervergleich

Von 1972 bis 2005 wurden in den alten und neuen Bundesländern insgesamt 89.716,1 Mio. Euro an KHG-Mitteln zur Verfügung gestellt (ohne Investitionskosten in der DDR bis 1991). Diese Daten basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen, die im Rahmen einer jährlichen Länderumfrage des Krankenhausausschusses der AOLG erhoben werden. Der höchste Förderbetrag wurde 1993 mit rd. 3.824,5 Mio. Euro erreicht. Seither geht die KHG - Förderung kontinuierlich zurück (siehe Abb. 1). Diese Feststellung trifft übrigens sowohl für die alten als auch die neuen Länder zu. 2005 wurden rd. 2.699,5 Mio. Euro an KHG-Mitteln eingesetzt. Von den gesamten KHG-Mitteln entfielen 1973 auf die Einzelförderung von Baumaßnahmen 77,3% und auf die Pauschalförderung der kurzfristigen Anlagegüter 22,7%, im Jahr 2005 waren es 60,0% und 40,0%.

Nicht mit berücksichtigt werden bei dieser jährlichen Erfassung der KHG-Mittel im Hinblick auf den damit verbundenen Verwaltungsaufwand bzw. der nicht vorliegenden Daten:

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

Abb. 1 : Alle KHG-Mittel in Millionen Euro in Deutschland von 1972 bis 2005



Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten der Länderumfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG

Von 1972 bis 2005 wurden im Bundesdurchschnitt pro Bett/Platz 181.856 Euro an KHG-Mitteln zur Verfügung gestellt, von 1996 bis 2005 waren es 65.806 Euro. Die Relation zwischen dem höchsten und niedrigsten Landeswert betrug 2,8 : 1, bzw. 3,8. Die in den einzelnen Ländern zur Verfügung gestellten KHG-Mittel unterscheiden sich deutlich. An der Spitze liegt Berlin mit 375.824 Euro bzw. Mecklenburg-Vorpommern mit 143.518 Euro pro Bett/Platz, das Schlusslicht bildet jeweils Nordrhein-Westfalen (siehe Abb.2 und 3).

Abb. 2 : Alle KHG-Mittel pro Bett/Platz in Euro von 1972 bis 2005 im Ländervergleich

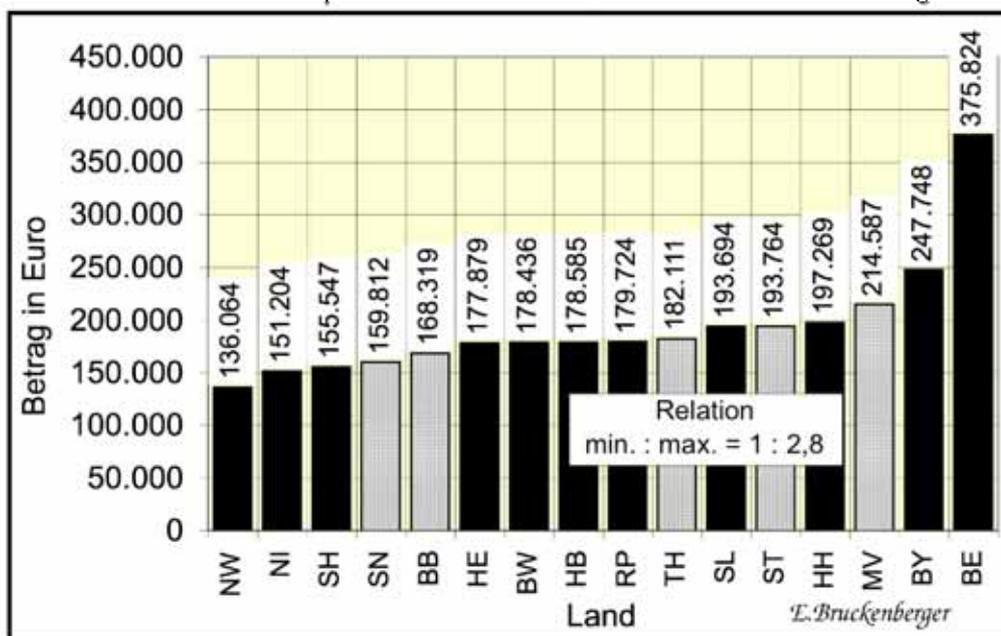
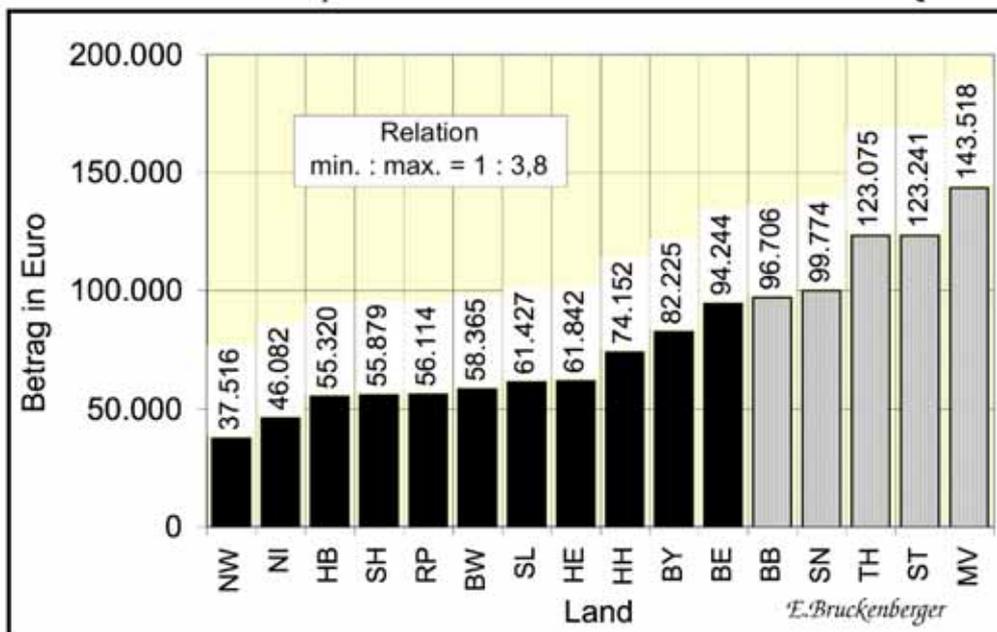


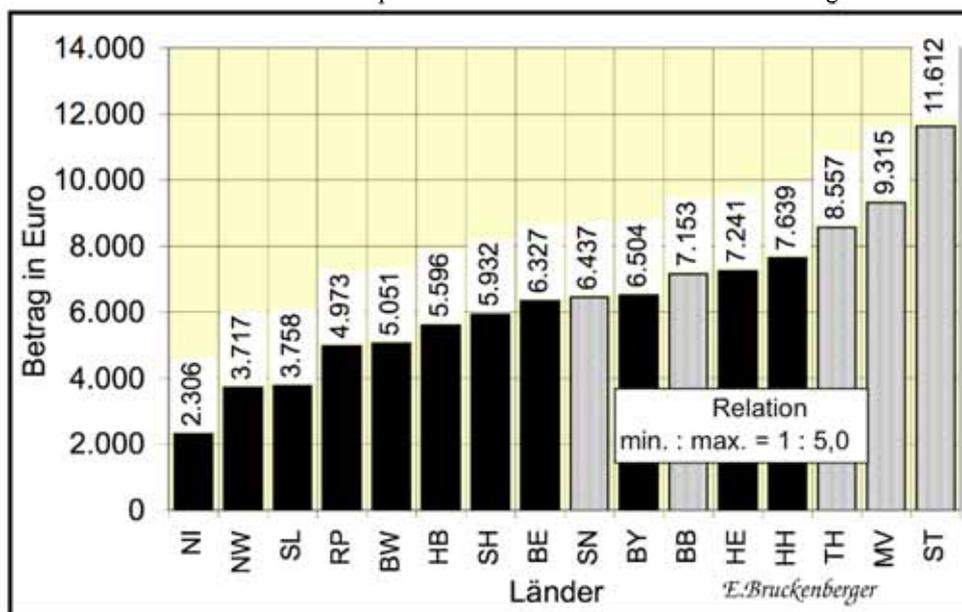
Abb. 3 : Alle KHG-Mittel pro Bett/Platz in Euro von 1996 bis 2005 im Ländervergleich



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten der Länderumfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG

Der Ländervergleich für das Jahr 2005 ist aus der Abb. 4 ersichtlich.

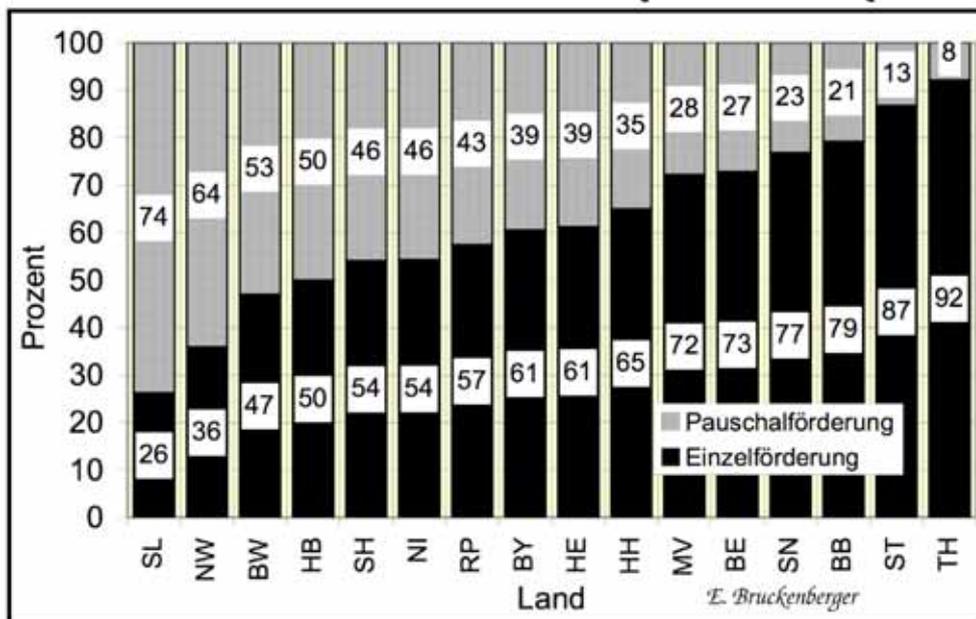
Abb. 4 : Alle KHG-Mittel pro Bett/Platz in Euro 2005 im Ländervergleich



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten der Länderumfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG

Nicht nur die Höhe der KHG-Mittel, sondern auch die Art der Verteilung unterscheidet sich deutlich zwischen den Ländern (siehe Abb.5).

Abb. 5 : Verhältnis der Einzel- und Pauschalförderung 2005 im Ländervergleich

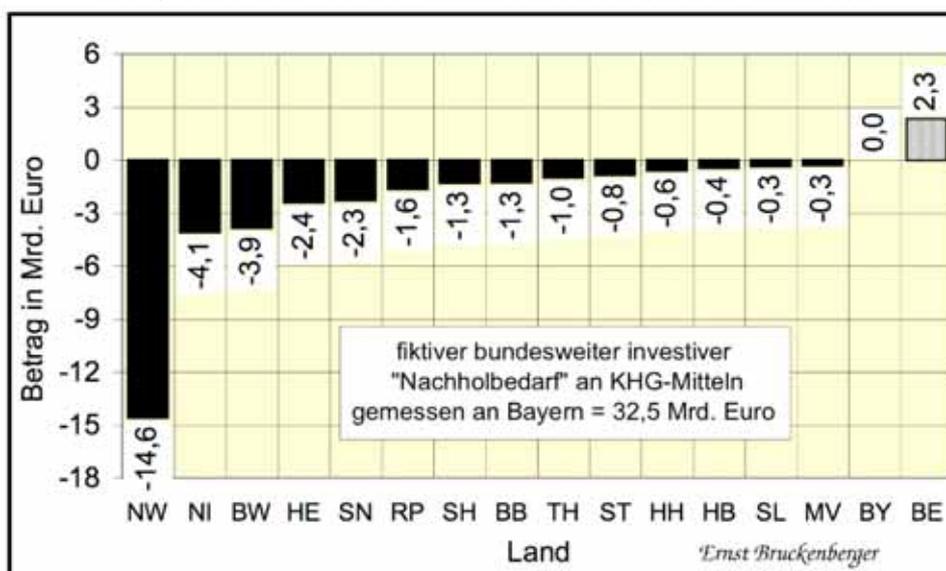


Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten der Länderumfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG

Über die Höhe des „Investitionsstaus“ in den deutschen Krankenhäusern bestehen je nach Interessenlage und Betroffenheit deutlich unterschiedliche Vorstellungen. Die unterschiedliche Finanzierung führt zu massiven Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenhäusern und verstärkt die seit Jahren zunehmende Privatisierung der Krankenhäuser.

Gemessen an den seit 1973 in Bayern zur Verfügung gestellten KHG-Mitteln pro Planbett/Platz bestünde beispielsweise rein rechnerisch ein bundesweiter investiver „Nachholbedarf“ an KHG-Mitteln von 32,5 Mrd. Euro (siehe Abb. 6). Er schwankt länderbezogen von 0,3 Mrd. in Mecklenburg-Vorpommern bis zu 14,6 Mrd. Euro in Nordrhein-Westfalen.

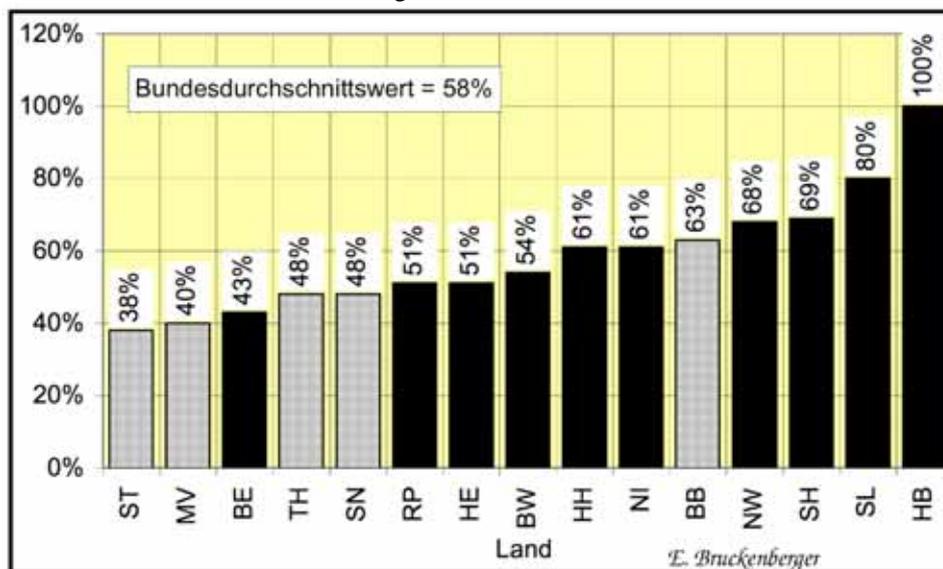
Abb. 6 : Fiktiver investiver Nachholbedarf der deutschen Krankenhäuser



Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten der Länderumfrage des Ausschusses für Krankenhauswesen der AOLG

Nach einer aktuellen Umfrage der Länderarbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen der AOLG aus dem Jahr 2005 halten im Bundesdurchschnitt 58% der Krankenhäuser innerhalb der nächsten 3 bis 4 Jahre als Folge der Einführung der DRG's außergewöhnliche Investitionen im Zusammenhang mit Anpassungsprozessen für erforderlich (siehe Abb. 7).

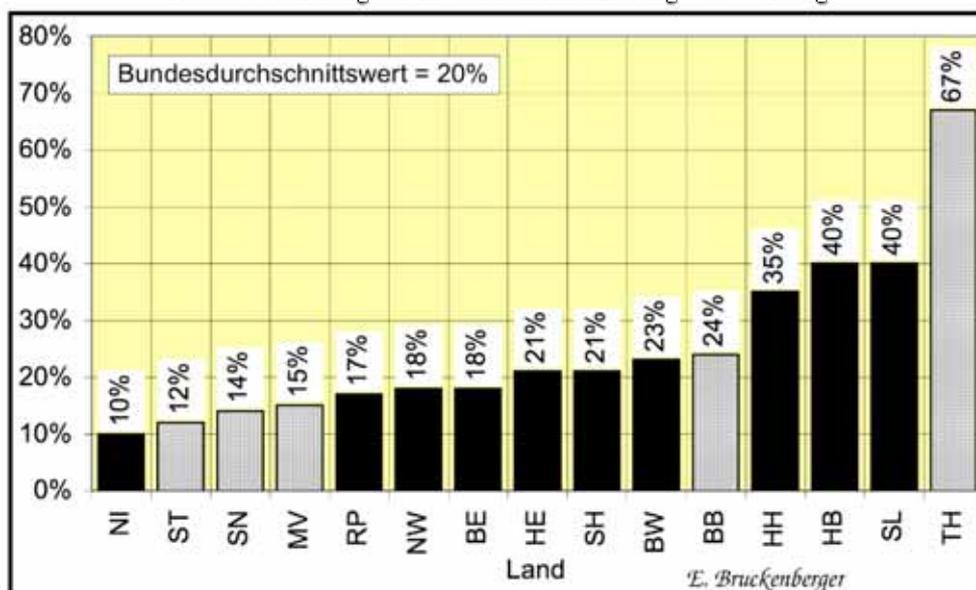
Abb. 7 : Bedarf an außergewöhnliche Investitionen nach Ländern



Eigene Darstellung auf der Basis des 2. Berichtes der Länderarbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen – 2005 – zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei Einführung der Fallpauschalen

Nach Einschätzung der Krankenhäuser ist die Finanzierung dieser kurzfristig erforderlichen Investitionen im Bundesdurchschnitt nur zu 20% gesichert (siehe Abb. 8). Bemerkenswert ist die unterschiedliche Einschätzung in den einzelnen Ländern.

Abb. 8 : Sicherung der Investitionsfinanzierung – Ja Wertung



Eigene Darstellung auf der Basis des 2. Berichtes der Länderarbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen – 2005 – zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei Einführung der Fallpauschalen

Voraussetzungen für die Einführung der monistischen Finanzierung

Vor der Einführung der monistischen Finanzierung müssen zahlreiche Fragen geklärt werden, die teilweise sogar verfassungsrechtliche Konsequenzen auslösen können.

- Klärung der ordnungspolitischen und wettbewerbsorientierten Rahmenbedingungen
- Klärung des Sicherstellungsauftrages der Länder bzw. Kommunen aus wettbewerbsrechtlichen Gründen (Problem der Ausgleichzahlungen)
- Klärung der Gewährträgerhaftung öffentlich-rechtlicher Träger
- Vergleichbare Ausgangsbedingungen für die einzelnen Länder und Krankenhäuser
- Orientierung des Investitionskostenanteils an dem betriebswirtschaftlichen Maßstab einer nutzungsgerechten Wiederbeschaffung der Anlagegüter
- Fortschreibung und Anpassung des Fallpauschalensystems
- Aufhebung der Deckelung in Form der Beitragssatzstabilität
- Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Krankenhausplanung

Krankenhausplanung ist weiterhin Kapazitätsplanung

Bei dem gegebenen dualistischen Finanzierungssystem kann sich die Krankenhausplanung nach dem KHG weiterhin nur auf die notwendigen baulich apparativen Vorhaltungen zur Erfüllung des Versorgungsauftrages, nicht jedoch auf die darin erbrachten Leistungen beziehen. So gesehen war die bisherige Krankenhausplanung immer schon eine kapazitätsorientierte Rahmenplanung, da sie den Rahmen (Vorhaltung) für die von den Vertragsparteien zu vereinbarenden Leistungen vorgab.

Gegenstand der - bei gegebener Rechtsgrundlage - zwangsläufig sektoral orientierten Krankenhausplanung war und ist das Krankenhaus, nicht integrierte Versorgungsstrukturen und nicht die Vorgabe von Fällen oder Leistungen. Das Fallpauschalengesetz eröffnet keine neuen rechtlichen Kategorien, die ein Abgehen von der bisherigen angebotsorientierten (Kapazitäts)Planung gesetzlich legitimieren würde.

Die notwendige Unterbringung in einem „Bett“ ist unverändert die essentielle Voraussetzung für die Anerkennung einer vollstationären Behandlung und damit auch konstitutiv für die Krankenhausplanung. Diese leistungsrechtliche Vorgabe existiert völlig unabhängig von der Frage der Berechtigung der Festlegung der Bemessungsgrundlage „Bett“ für die Ermittlung der Pauschalförderung. Auch die höchstrichterliche Rechtsprechung legt der Überprüfung des tatsächlichen Bedarfs den Begriff „Bett“ zugrunde.

Die Vereinbarung von Art und Menge der Leistungen innerhalb des Versorgungsauftrages ist ausschließlich Angelegenheit der Vertragsparteien. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Inhalt, die Anerkennung und die Kostenübernahme einer vollstationären Krankenhausbehandlung sind, einschließlich der qualitätssichernden Maßnahmen, abschließend bundeseinheitlich im SGB V geregelt.

Gesundheitspolitisch stehen als Folge des hohen Ausgabenanteils der Krankenkassen für die Krankenhäuser seit Jahren die Forderungen nach einem Bettenabbau und einer Reduzierung der Kosten für Krankenhausbehandlung (Bruttokosten abzüglich nicht pflegesatzfähiger Kosten) im Vordergrund. Die Länder versuchen bei grundsätzlich gleichen rechtlichen Voraussetzungen diese Ziele mit unterschiedlicher länderspezifischer Regelungstiefe sowie voneinander abweichenden Planungsmethoden und -zeiträumen zu erreichen.

Stellt man für das Jahr 2004 die aufgestellten 531.333 Betten in Deutschland dem tatsächlichen Bedarf unter Vorgabe einer 85-prozentigen Auslastung gegenüber, das ergibt 473.373 Betten, waren bereits zu diesem Zeitpunkt nach den Kriterien des Bundesverwaltungsgerichtes 57.960 Betten (!) als nicht bedarfsnotwendig anzusehen. Der Umfang reicht von 432 Betten im Saarland bis 15.490 Betten in Nordrhein-Westfalen (siehe Abb. 9). Der tatsächliche Bedarf für Nordrhein-Westfalen lag 2004 bei 65,3 Betten pro 10.000 Einwohner (siehe Tab. 1), der Wert des Landes Baden-Württemberg bei 49,8. Der Rückgang des tatsächlichen Bedarfs verläuft in den Ländern seit Jahren zunehmend schneller als die jeweilige Reaktion der Krankenhausplanung. Die Auswirkungen und Möglichkeiten der Krankenhausplanung werden offensichtlich überschätzt. Die Auswirkungen des medizinischen, medizinisch-technischen und pharmakologischen Fortschrittes sind für die Reduzierung des stationären Behandlungsvolumens und den Kostenanstieg zweifellos höher anzusetzen.

Abb. 9: Vergleich der aufgestellten Betten mit dem tatsächlichen Bedarf 2004 im Ländervergleich



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

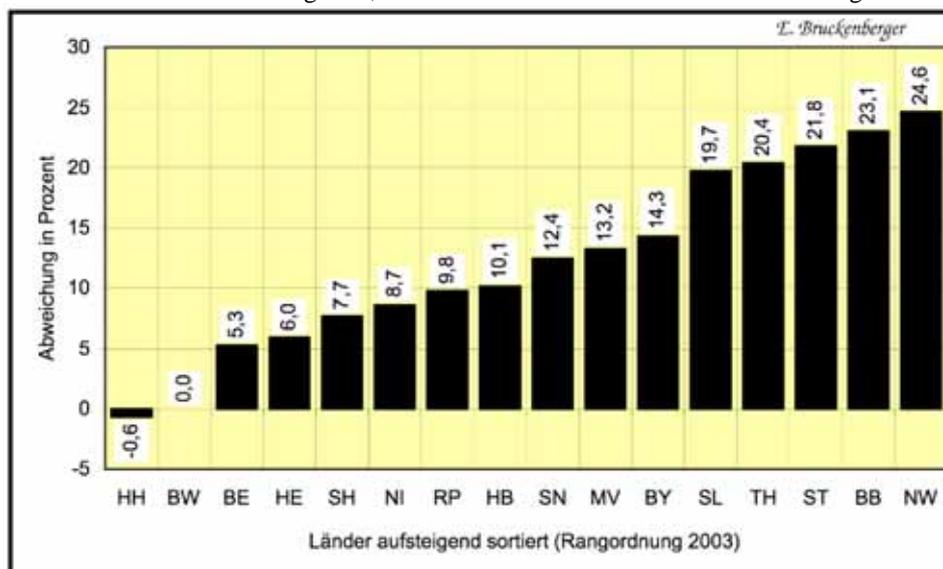
Tab.1: Tatsächlicher Bedarf pro 10.000 Einwohner nach Behandlungsort und Wohnort - 2004

Land	aufgestellte Betten nach Behandlungsort	tatsächlicher Bedarf in Betten nach Behandlungsort	tatsächlicher Bedarf nach Behandlungsort pro 10.000 Einwohner	Versorgungsquote	tatsächlicher Bedarf in Betten nach Wohnort	tatsächlicher Bedarf nach Wohnort pro 10.000 Einwohner
Baden-Württemberg	62.387	54.735	51,1	102,5	53.387	49,8
Hamburg	11.848	10.568	60,9	120,8	8.747	50,4
Berlin	20.531	19.563	57,7	109,8	17.816	52,6
Hessen	37.059	32.090	52,6	98,4	32.625	53,5
Schleswig-Holstein	16.297	14.844	52,5	98,0	15.150	53,6
Bayern	79.674	69.669	56,0	101,9	68.372	54,9
Niedersachsen	45.518	41.744	52,2	94,4	44.233	55,3
Rheinland-Pfalz	25.780	21.909	53,9	95,8	22.859	56,3
Mecklenburg-Vorpommern	10.390	9.805	57,0	100,2	9.784	56,9
Bremen	5.877	5.265	79,4	136,3	3.861	58,2
Sachsen	28.507	25.987	60,5	100,3	25.899	60,3
Brandenburg	15.534	14.506	56,5	89,4	16.226	63,2
Nordrhein-Westfalen	130.489	114.999	63,6	100,3	114.694	63,5
Thüringen	16.759	14.936	63,4	99,9	14.956	63,5
Saarland	7.351	6.919	65,5	102,6	6.744	63,8
Sachsen-Anhalt	17.332	15.835	63,5	96,6	16.400	65,7
Deutschland	531.333	473.373	57,4		473.373	57,4

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

Bei einem Ländervergleich des altersbereinigten und wohnortbezogenen stationären Krankheitsvolumens (Pflegetage pro Einwohner) sind deutliche Abweichungen zwischen den Ländern feststellbar. Legt man einer derartigen Berechnung den Wert des Landes Baden-Württemberg zugrunde, so wird er von Hamburg um 0,6% unterschritten und von Nordrhein-Westfalen um 24,6% überschritten (siehe Abb. 10).

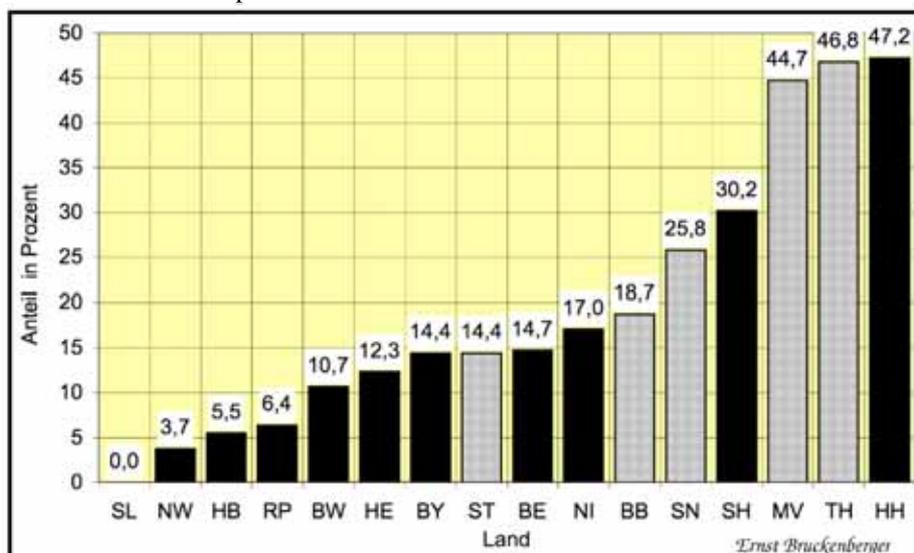
Abb. 10: Abweichung des altersbereinigten stationären Krankheitsvolumens (Pflegetage pro 1.000 Einwohner) 2003 im Ländervergleich, Basis: Wert des Landes Baden-Württemberg



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

Die in der Realität hohe Relativität der im KHG vorgegebenen und politisch hoch bewerteten Trägervielfalt wird aus der Abb. 11 ersichtlich. So schwankte beispielsweise 2005 der Anteil der privaten Krankenhausbetten im Ländervergleich von 0,0% im Saarland und 3,7% in Nordrhein-Westfalen bis 47,2 Prozent im Hamburg und 46,8% in Thüringen. Auffallend ist der vergleichsweise hohe Anteil privater Krankenhausbetten in den neuen Bundesländern.

Abb.11: Anteil der privaten Krankenhausbetten nach Ländern - Stand : Mitte 2005



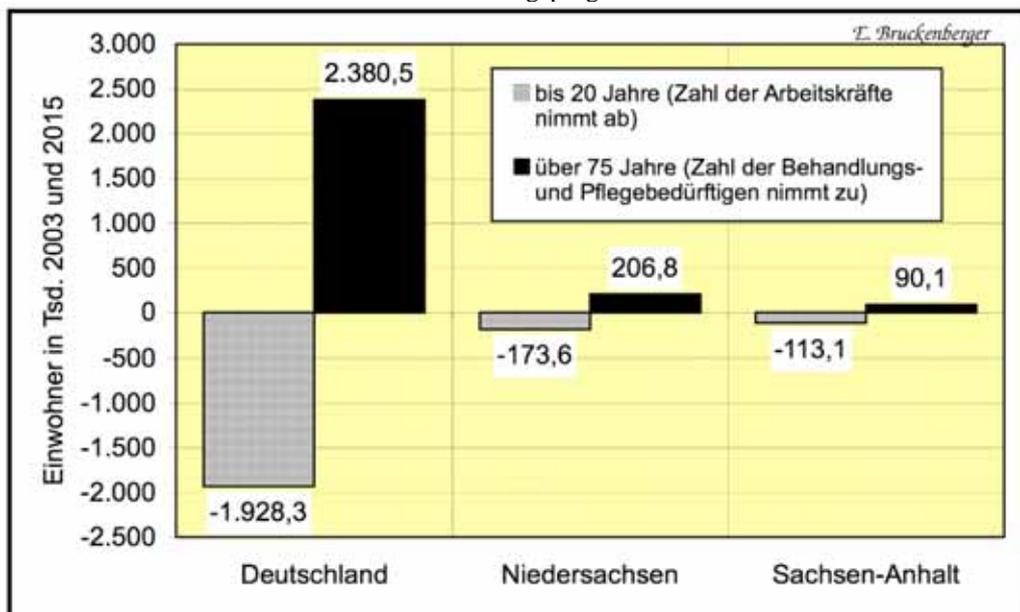
Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes und eigener Erhebungen

Voraussichtlicher Bettenabbau

Da die stationäre Morbidität - d.h. die Zahl der vollstationären Fälle pro 100.000 Einwohner - und damit die Fallzahl mit zunehmendem Alter stark ansteigt, ist die demographische Entwicklung für den künftigen Bettenbedarf von entscheidender Bedeutung. Während die Bevölkerungsprognosen des Statistischen Bundesamtes je nach Variante bis 2020 von einer stagnierenden bis zu einer sinkenden Bevölkerungszahl ausgehen, wird bereits für den vergleichsweise kurzen Zeitraum bis 2015 eine deutliche Veränderung der Altersstruktur prognostiziert.

So wird einerseits in der Altersgruppe der bis 20-Jährigen ein Rückgang und andererseits in der Altersgruppe der über 75-Jährigen ein Anstieg der Einwohnerzahlen prognostiziert (siehe Abb. 12). Aus der erstgenannten Altersgruppe stammt potentiell der berufliche Nachwuchs, beispielsweise das künftige Pflegepersonal und die künftigen Ärzte und aus der zweitgenannten Altersgruppe die ständig steigende Anzahl der Behandlungs- und Pflegebedürftigen. Die dadurch entstehenden Konflikte im Hinblick auf die Besetzungs- und Finanzierungsprobleme sind seit Jahren absehbar und nicht mehr aufzuhalten.

Abb. 12 : Bevölkerungsprognose für 2015

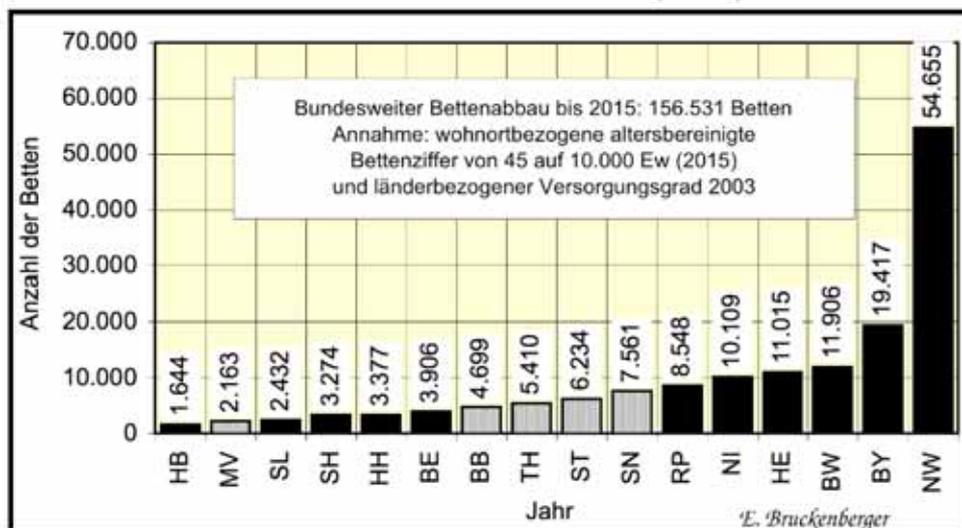


Eigene Berechnungen und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

In den nächsten Jahren ist nach Expertenmeinungen in Deutschland mit einem Bettenabbau von 15 bis 30 Prozent und den damit verbundenen Krankenhausschließungen zu rechnen. Die zunehmende Transparenz der Angebots-, Leistungs- und Nachfragestruktur wird überdies zu einer altersbereinigten Angleichung der in den einzelnen Ländern feststellbaren wohnortbezogenen Bettenziffer (Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner incl. Abwanderung, aber ohne Zuwanderung) führen.

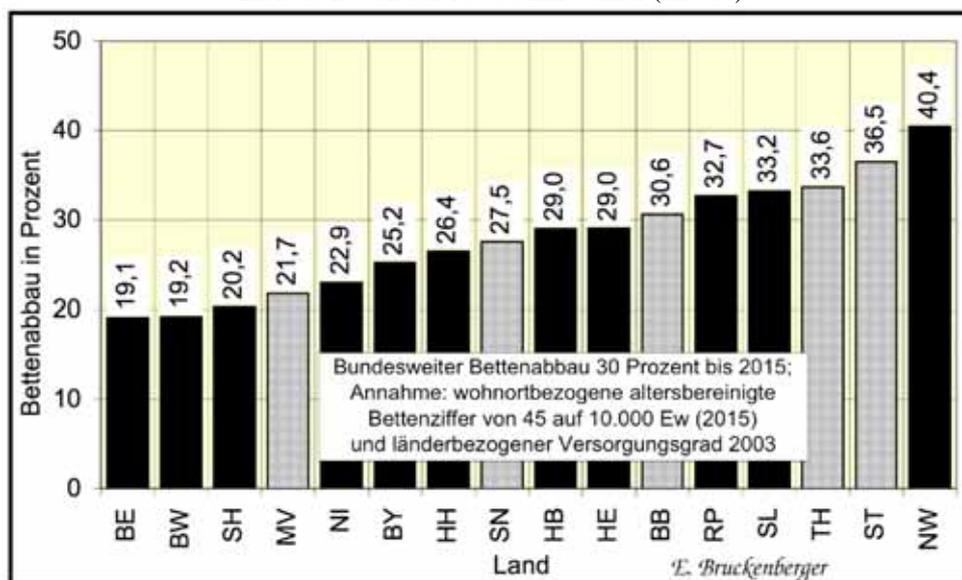
Eine bundesweite altersbereinigte, länderbezogene einheitliche Bettenziffer von 45 Betten auf 10.000 Einwohner würde in Deutschland insgesamt einen Bettenabbau von 156.531 Betten (rd. 30 Prozent) erfordern. Die Bandbreite des erforderlichen Bettenabbaus reicht dabei von 1.664 (29,0%) Betten in Bremen, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern mit 2.163 (21,7%) Betten bis zu Nordrhein-Westfalen mit 54.655 (40,4%) Betten, gefolgt von 19.417 (36,5%) Betten in Bayern (siehe Abb. 13 und 14). Dieser massive Bettenabbau wird auch die Zahl der Krankenhausstandorte merklich reduzieren und die Angebotsstruktur verändern.

Abb. 13: Bettenabbau nach Ländern von 2005 bis 2015 – absolut
Ziel: 45 Betten auf 10.000 Einwohner (dzt. 64)



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

Abb. 14: Bettenabbau nach Ländern von 2005 bis 2015 – in %
Ziel: 45 Betten auf 10.000 Einwohner (dzt. 64)



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

Krankenhausplanung und Daseinsvorsorge

Art. 4 Abs. 1 EGV verpflichtet die Tätigkeit der Mitgliedsstaaten und der Gemeinschaft „dem Grundsatz einer offenen Marktwirtschaft mit freiem Wettbewerb“. Die daraus resultierende Deregulierung hat inzwischen viele Bereiche erfasst (Energie, Verkehr, Post, Wasser usw.), die in Deutschland vor Jahrzehnten noch unbestritten der Daseinsvorsorge zugeordnet wurden. Im Bereich des Beihilferechtes rücken nunmehr die Krankenhäuser in den Blickwinkel der Betrachtung. Auf der Grundlage des „Monti-Paketes“ wird nunmehr eine beihilfekonforme Beurteilung der kommunalen Ausgleichzahlungen angestrebt.

Ohne Selbstkostenprinzip ist der Krankenhausplan im Hinblick auf den Sicherstellungsauftrag der Kommunen weitgehend wirkungslos. Der Krankenhausplan stützt kein defizitär geführtes Krankenhaus. Der mit der Daseinsvorsorge begründete Sicherstellungsauftrag wird tendenziell an die Länder fallen. Wenn die Krankenhausplanung in Verbindung mit einer unzureichenden Investitionsfinanzierung die Sicherstellung nicht mehr garantieren kann, verliert sie ihre Legitimation.

Die Konflikte, Widersprüchlichkeiten und Unklarheiten zwischen Bund und Ländern bei der Steuerung des Gesundheitswesens nehmen zu. Je mehr Konflikte aus atypischen deutschen „Sonderregelungen“ oder „Dualismen“ nicht innerstaatlich gelöst werden können, desto mehr werden sie tendenziell auf die Europaebene gehoben.

Das Ergebnis der Überprüfung auf europarechtliche Kompatibilität durch den EuGH oder die Kommission könnte allerdings unangenehme Überraschungen auslösen. Dies gilt beispielsweise für die durch unkontrollierte Beihilfen an kommunale Krankenhäuser ausgelöste Wettbewerbsverzerrung gegenüber nichtkommunalen Krankenhäusern und ganz aktuell für die Beschwerde von MEDI Deutschland, dass öffentliche Krankenhäuser ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile in der Erbringung von ambulanten Leistungen gegenüber niedergelassenen Ärzten haben. In diesem Zusammenhang könnten die Rechtsgrundlagen für den deutschen Dualismus bei der Erbringung ambulanter Leistungen (doppelte Facharztschiene) auf den Prüfstand kommen.

Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

Die Kosten pro Behandlungsfall betragen 2004 für Nordrhein-Westfalen 3.239,3 Euro. Der Bundesdurchschnittswert lag bei 3.350,1 Euro. Mit einem Anstieg der Fallkosten um 18,4% gegenüber 1991 wies Nordrhein-Westfalen den drittniedrigsten Wert auf. 2004 wurden in Nordrhein-Westfalen pro Einwohner 707 Euro für Krankenhausbehandlung ausgegeben. Der Bundesdurchschnittswert lag bei 682 Euro pro Einwohner. Auch hier weist Nordrhein-Westfalen gegenüber 1991 mit 30,4% den drittniedrigsten Wert auf (siehe Tab. 2).

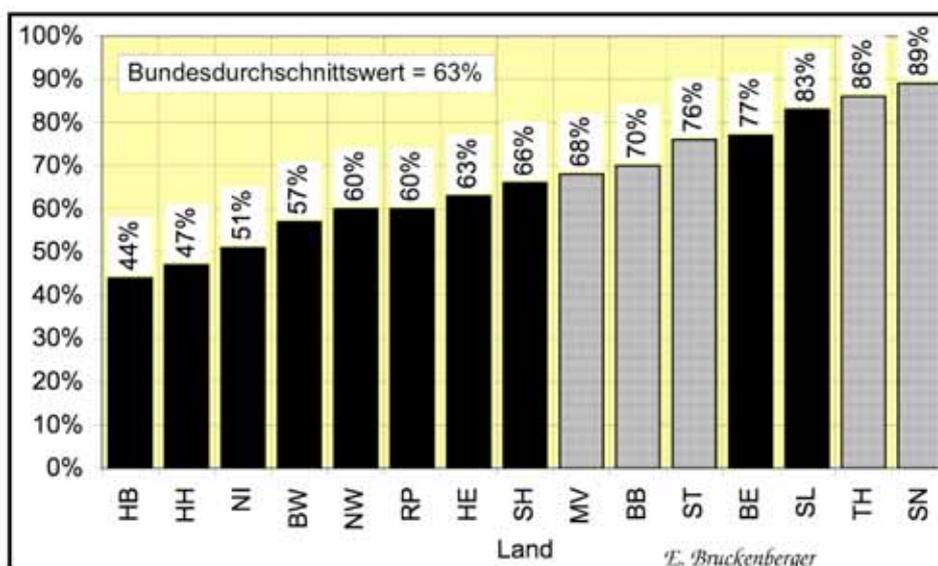
Tab. 2: Entwicklung der Kosten für Krankenhausbehandlung von 1991 bis 2004

Land	Fallkosten 1991 in Euro	Fallkosten 2004 in Euro	Anstieg 2004/1991 in %	Kosten 1991 in Euro pro Einwohner	Kosten 2004 in Euro pro Einwohner	Anstieg 2004/1991 in %
Hamburg	3.451,2	3.949,6	14,4	734	893	21,6
Berlin	3.620,2	3.928,6	8,5	662	806	21,7
Nordrhein-Westfalen	2.736,3	3.239,3	18,4	542	707	30,4
Niedersachsen	2.526,4	3.325,6	31,6	456	615	34,6
Baden-Württemberg	2.714,2	3.499,5	28,9	461	625	35,5
Hessen	2.689,6	3.470,4	29,0	484	670	38,6
Bayern	2.554,5	3.381,5	32,4	480	693	44,5
Rheinland-Pfalz	2.318,3	3.192,0	37,7	438	636	45,1
Bremen	2.987,1	3.663,8	22,7	723	1.065	47,4
Saarland	2.659,7	3.626,1	36,3	589	889	51,0
Schleswig-Holstein	2.494,7	3.537,8	41,8	436	668	53,1
Mecklenburg-Vorpom.	1.663,7	2.952,6	77,5	302	641	112,0
Brandenburg	1.715,5	2.983,9	73,9	260	591	126,9
Thüringen	1.790,9	3.036,7	69,6	285	670	134,9
Sachsen	1.904,7	3.090,6	62,3	267	639	139,3
Sachsen-Anhalt	1.814,6	3.267,2	80,1	296	739	149,9
Deutschland	2.567,2	3.350,1	30,5	466	682	46,4

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

Nach der aktuellen Umfrage der Länderarbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen der AOLG wiesen im Jahr 2004 nur etwa zwei Drittel der deutschen Krankenhäuser einen positiven bzw. ausgeglichenen Jahresabschluss auf (siehe Abb. 15).

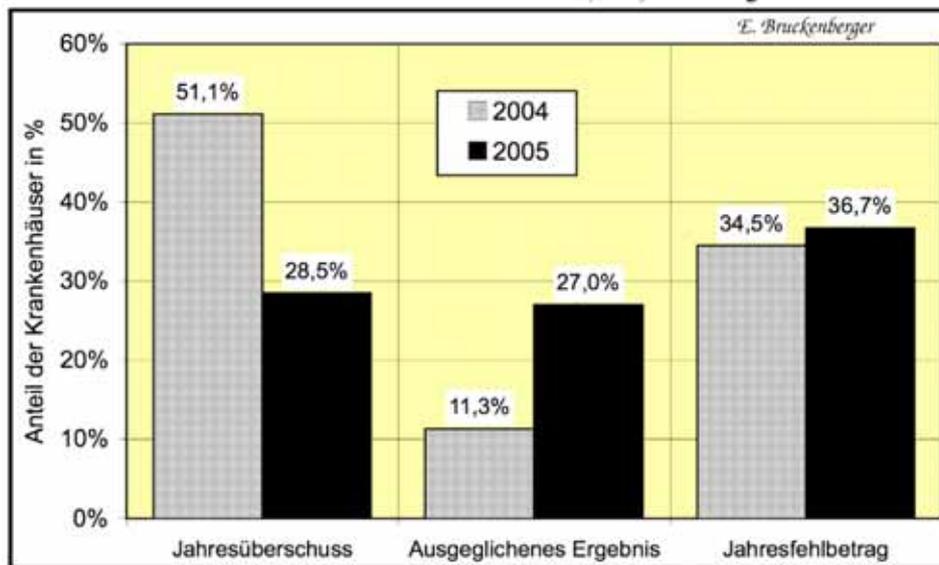
Abb. 15: Positiver bzw. ausgeglichener Jahresabschluss 2004



Eigene Darstellung auf der Basis des 2. Berichtes der Länderarbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen der AOLG – 2005 – zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei Einführung der Fallpauschalen

Das Krankenhausbarometer des Deutschen Krankenhausinstitutes e.V. (Umfrage 2005) kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Danach weisen etwa ein Drittel der Krankenhäuser in den Jahren 2004 und 2005 einen Jahresfehlbetrag aus. Die Zahl der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss wurde von 2004 auf 2005 etwa halbiert, während die Zahl der Krankenhäuser mit einem ausgeglichenen Ergebnis von 11 auf 27% angestiegen ist (siehe Abb. 16).

Abb. 16: Ergebnis des Krankenhausbarometers
des Deutschen Krankenhausinstitutes e.V. (DKI) – Umfrage 2005



Eigene Berechnungen und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Krankenhausbarometers

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nach ausgewählten Versorgungsbereichen

Bei einer ergebnisorientierten Betrachtung der jahrelangen „Verzahnungsbemühungen“ zwischen dem stationären und ambulanten Versorgungsbereich überwiegen nach wie vor die additiven gegenüber den substitutiven Effekten. Die finanziellen Auswirkungen der o.a. Regelungen auf das Gesamtsystem sind im Gegensatz zu dem öffentlich hervorgerufenen Eindruck bestenfalls als marginal zu bezeichnen (siehe Tab. 3 und 4). Tatsache ist jedenfalls, dass die Ausgaben für den Krankenhausbereich nach wie vor ansteigen und die Ausgaben für die angeblich substitutiven Behandlungsformen dazukommen. Auffallend ist bei dieser Entwicklung die Tatsache, dass ausgerechnet die ausgeprägteste und älteste Form einer Verzahnung zwischen einer stationären und einer ambulanten Behandlung, nämlich die Belegarztstätigkeit, trotz anders lautender Lippenbekenntnisse und gesetzlicher Vorgaben im Rückgang begriffen ist.

Tab.3 : Ausgaben der GKV von 1993 bis 2004 - absolut

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

Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des BMG

Tab. 4 : Ausgaben der GKV von 1993 bis 2004 – in %

Jahr	Anteile der Ausgaben nach Versorgungsbereichen in %						
	stationäre Fälle	ambulante Fälle	AHB - Fälle	belegärztliche Fälle	vor-u.nachstat. Fälle	amb.OP (PR)	amb.OP (KH)
93	65,72	32,29	0,92	0,63	0,01	0,43	0,00
94	66,21	31,39	1,11	0,60	0,09	0,58	0,02
95	66,05	31,23	1,29	0,57	0,16	0,66	0,03
96	65,77	31,27	1,49	0,58	0,13	0,72	0,05
97	65,76	31,06	1,67	0,59	0,08	0,78	0,07
98	65,93	30,59	1,79	0,63	0,12	0,85	0,09
99	65,47	30,80	1,91	0,61	0,16	0,92	0,13
00	65,47	30,63	2,01	0,55	0,20	0,98	0,16
01	65,17	30,58	2,11	0,55	0,24	1,15	0,19
02	64,26	31,23	2,25	0,50	0,28	1,26	0,22
03	63,70	31,81	2,21	0,46	0,27	1,27	0,29
04	65,22	30,17	2,19	0,41	0,23	1,28	0,49

Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten des BMG

Zusammenfassung

Die Einführung des Fallpauschalensystems im Krankenhausbereich und das damit verbundene „Denken in Leistungen“ führt wie beabsichtigt zu vergleichsweise dynamischen Verhaltensweisen und zu prozessorientierten Angebots- und Leistungsstrukturen. Vom Wandel der Krankenhausversorgung sind die Leistungsprozesse genau so betroffen wie die Betriebsform und die Trägerschaft. Die Tatsache, dass ein Bettenabbau vergleichsweise leichter umzusetzen ist als die Schließung von Abteilungen oder Krankenhäusern, hat bisher jedoch nicht selten dazu geführt, dass aus sachfremden Gründen unvermeidliche Entscheidungen aufgeschoben werden. Eine Steigerung der Effizienz und der Versorgungssicherheit verbunden mit einer Kostendekung ist damit nicht zu erzielen. Das Umsetzen von „Behandlungsprozessen“ (z.B. durchgehende ambulante und stationäre Behandlung einer Herz-Kreislaufkrankung) kann nicht mit derselben Angebotsstruktur erfolgen, wie das Anbieten von „Produkten“ (z.B. Herzoperation).

Die Krankenhausleistungen lösen sich als Folge des medizinischen und medizintechnischen Fortschrittes seit Jahren vermehrt vom Krankenhausbett und können tagesklinisch oder ambulant erbracht werden. Der Anstieg der ambulanten Operationen als Krankenhausleistung oder im vertragsärztlichen Bereich ist ein Beweis dafür. Innovative Krankenhäuser entwickeln sich folgerichtig immer mehr zu Gesundheitszentren, die verschiedene Gesundheitsleistungen und -anbieter um sich gruppieren und integrieren.

Ausgelöst durch die verschiedenen Reformprozesse der letzten Jahre und gemessen am europäischen Durchschnittsniveau müssen in Deutschland in den nächsten Jahren bundesweit 15 bis 30 Prozent der Betten abgebaut werden. Die Konsequenzen für die einzelnen Länder sind sehr unterschiedlich. Unter der Voraussetzung einer etwa vergleichbaren länderbezogenen und altersbereinigten Bettenziffer sind einzelne Länder mit bis zu 40 Prozent ihrer Bettenkapazität betroffen. Die Auswirkungen des Fallpauschalensystems, der weitere Verweildauerückgang, die Mindestmengenregelung und die Probleme der Mindestbesetzung haben eine zwangsläufig im gesetzlich vorgegebenen System angelegte Schließung von Abteilungen und Krankenhäusern zur Folge. Die bisherige meist schichtenweise Reduzierung der Kapazität hat aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung keine Zukunft. Nur durch Schließungen können tatsächlich Kostensenkungseffekte und Effizienzsteigerungen erzielt und zukunftsgerichtete Motivationen ausgelöst werden. Die mit dieser Entwicklung verbundenen Konzentrationsprozesse führen jedoch zu einem Konflikt zwischen einer wohnortnahen Versorgung und der geforderten Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Qualität.

Im Zusammenhang mit der geschilderten voraussichtlichen Entwicklung des Krankenhauswesens werden deshalb unabdingbar ordnungspolitische Grundsatzfragen aktuell. Dies gilt erstens für die Art der Investitionsfinanzierung. Hier ist die Entscheidung, ob nach dem Ende der Konvergenzphase im Jahr 2009 die dualistische Finanzierung durch eine monistische abgelöst werden soll, noch nicht gefallen. Zweitens gewinnt die Frage, auf welchem Weg die künftig als richtig angesehene regionale Krankenhaus- bzw. Versorgungsstruktur erreicht werden soll, im Interesse der Planungssicherheit der betroffenen Träger immer mehr an Bedeutung. So gibt es derzeit strittige Auffassungen darüber, ob auch künftig die Gestaltung der Krankenhausstruktur im Wege der föderalen staatlichen Krankenhausplanung oder eher im Rahmen eines marktwirtschaftlich orientierten Systems mit all den dann zu ziehenden Konsequenzen erfolgen soll. Die Beibehaltung oder Abschaffung des Kontrahierungszwanges wird dabei eine wichtige Rolle spielen.

Unabhängig von der Lösung dieser ordnungspolitischen Fragen gilt: Die alles entscheidenden Voraussetzungen für den in Deutschland im öffentlich-rechtlich regimentierten Gesundheitssystem seit Jahren geforderten deutlichen Bettenabbau sowie die damit verbundene zeitgemäße Anpassung der Angebots- und Ablaufstruktur sind ausreichende Investitionsmittel und tatsächliche Fortschritte bei der Verzahnung des stationären und vertragsärztlichen Sektors. Genau diese beiden Bedingungen sind jedoch bisher nicht hinreichend gegeben. Da eine ausreichende öffentliche Investitionsförderung im Hinblick auf die Haushaltslage auf absehbare Zeit ausscheidet, ist eine weitere Privatisierung unausweichlich. Die notwendigen Rationalisierungs- und Modernisierungsinvestitionen machen das verfügbare Investitionskapital zu einem wesentlichen Faktor im zunehmenden Konkurrenzkampf der Krankenhäuser. Nur mit Hilfe privaten Kapitals können die geforderten neuen Versorgungsstrukturen zeitnah umgesetzt werden. So gesehen ist davon auszugehen, dass der Anteil privater Träger zu Lasten der öffentlichen, aber auch der freigemeinnützigen in den nächsten Jahren auch in Nordrhein-Westfalen zunehmen wird.

Ein weiterer an Bedeutung gewinnender Faktor stellt die Europäisierung dar. Die Patientenströme gewinnen im Rahmen eines vereinigten Europas immer größere Bedeutung. Mit Hilfe der Weiterentwicklung der offenen Methode der Koordinierung dürfte der europäische Einigungsprozess wohl zu einem der wichtigsten Veränderungsfaktoren der deutschen Krankenhausversorgung werden.

Weiterführende Literatur

E. Bruckenberger, S. Klaue, H-P. Schwintowski : „Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb“, Springer, 2005

Vita

Geboren am 02.04.1940 in Gmunden/Oberösterreich. Studium der Rechtswissenschaften, Promotion, Tätigkeit in der Industrie und in der Sozialversicherung (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Linz). Von 1971 bis 1979 wissenschaftlicher Berater und Gutachter beim Deutschen Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf. Von 1979 bis Anfang 2004 Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung im Niedersächsischen Sozialministerium. Leitender Ministerialrat a. D., Berater- und Expertentätigkeit.

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

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

Anschrift:

Dr. Ernst Bruckenberger
Hitzackerweg 1 a
30625 Hannover

Tel. Nr. 0511 – 57 45 53
Email: ernst@bruckenberger.de

Hannover, 16.03.2006