

Dr. Ernst Bruckenberger

**Die Folgen des  
Fallpauschalengesetzes  
für die Krankenhausplanung**

**Fassung vom 23.01.2002**

## **Ausgangslage**

## THESEN

Nach der gegenwärtigen Rechtslage sind die **Krankenhäuser** und nicht die darin erbrachten **Leistungen** Gegenstand der **angebotsorientierten Krankenhausplanung** nach dem KHG. Das „*eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhaus*“ und nicht die einzelne Krankenhausleistung soll in den Krankenhausplan aufgenommen und wirtschaftlich gesichert werden.

Materielle Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan sind die Kriterien Bedarfsgerechtigkeit und Leistungsfähigkeit. Diese Kriterien beziehen sich eindeutig auf das Krankenhaus und nicht auf **einzelne Krankenhausleistungen**.

Der eigentliche Zweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist nicht die Planung von Krankenhauskapazitäten sondern die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (vergl. § 1 KHG) mit Hilfe einer Mittelverwendungsplanung in Form der **Investitionsprogramme** als Folge der dualistischen Finanzierung.

Die Wirkung der staatlichen **angebotsorientierten Krankenhausplanung** gegenüber den Kostenträgern entfaltet sich nur **indirekt** durch den erst 1977 (fünf Jahre nach dem KHG !) eingeführten **Kontrahierungszwang**. Dieser gilt übrigens nur gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Die Neigung der Länder den **Planungsanspruch** auszuweiten hat sich umgekehrt proportional zu ihrer **Finanzierungsbereitschaft** im Rahmen der dualistischen Krankenhausfinanzierung entwickelt. So hat sich die Investitionsquote der zur stationären Krankenversorgung zugelassenen Krankenhäuser seit 1973 von 17 auf 9 Prozent reduziert.

Bisher enthielt kein Krankenhausplan eine aus diesem Plan abgeleitete Schätzung der künftigen Ausgaben für Krankenhausbehandlung für die Krankenkassen. Dies ist erstens **nicht möglich**, da die Vereinbarung über die Betriebskosten der einzelnen Krankenhäuser ausschließlich den Vertragsparteien obliegt, und zweitens **nicht nötig**, da bei den Pflegesatzvereinbarungen ja der Grundsatz der Beitragssatzstabilität lt. Gesetz zu beachten ist.

## VERÄNDERUNG WICHTIGER DATEN DER KRANKENVERSORGUNG IN DEUTSCHLAND VON 1991 BIS 2000

<b>Krankenhäuser</b>	<b>1991</b>	<b>2000</b>	<b>Veränderung %</b>
Zahl	2.411	2.242	<b>-7,0</b>
Betten	665.565	559.651	<b>-15,9</b>
Fälle	13.924.907	16.486.672	<b>18,4</b>
Pflegetage in Tsd.	203.552	167.013	<b>-18,0</b>
Verweildauer	14,6	10,1	<b>-30,8</b>
Personal gesamt	875.816	834.585	<b>-4,7</b>
Ärzte	95.208	108.696	<b>14,2</b>
Pflegekräfte	326.082	332.269	<b>1,9</b>
Kosten in Tsd. Euro	37.420.709	51.603.471	<b>37,9</b>
<b>Rehaeinrichtungen *</b>			
Zahl	1.181	1.398	<b>18,4</b>
Betten	144.172	189.597	<b>31,5</b>
Fälle gesamt	1.473.427	1.915.334	<b>30,0</b>
Fälle AHB, AR	211.228	549.503	<b>160,1</b>
Kosten AHB, AR i.Tsd. Euro	572.081	1.834.423	<b>220,7</b>
<b>Praxen nur GKV*</b>			
Fälle	361.716.806	488.954.958	<b>35,2</b>
Kosten in Tsd. Euro	15.375.274	20.569.495	<b>33,8</b>

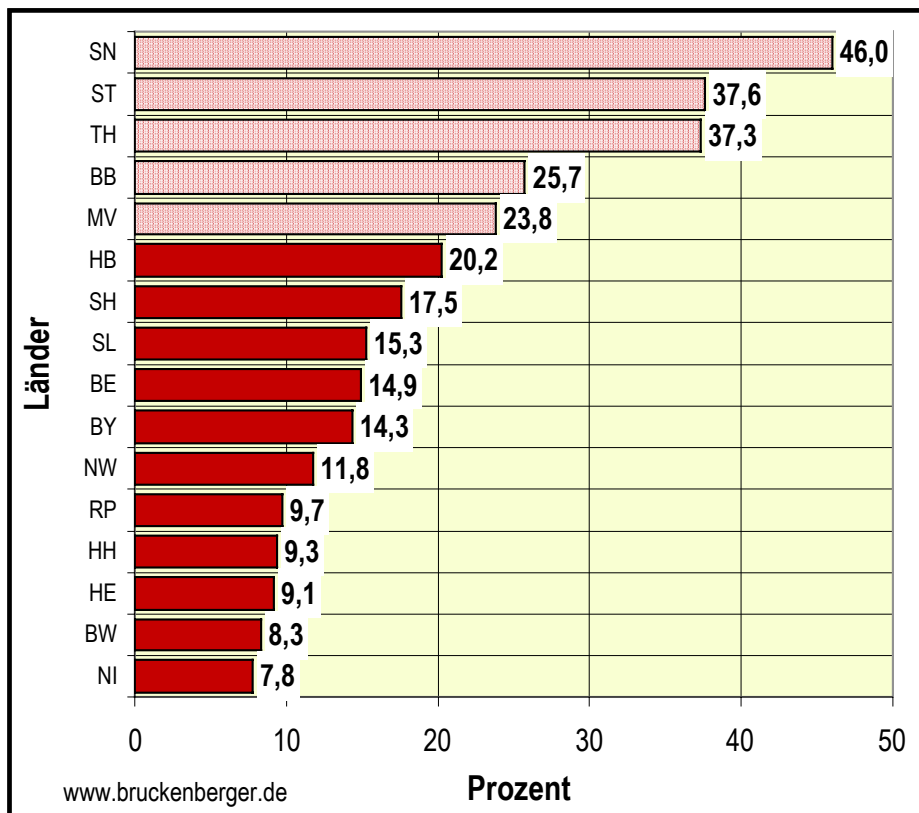
\* Werte aus 1999

Diese Tabelle, wie die folgenden Tabellen und Abbildungen basieren auf eigenen Berechnungen und Darstellungen auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

## ERGEBNISSE DER KRANKENHAUSPLANUNG VON 1991 BIS 2000 Stationäre Fälle pro 10.000 Einwohner (behandlungsortbezogen)

Die Zahl der stationären Fälle pro 10.000 Einwohner (Krankenhaushäufigkeit) ist seit 1991 im Bundesdurchschnitt um 15,1 Prozent angestiegen. Der **stärkste** Anstieg war dabei mit 46 Prozent in Sachsen, der **geringste** mit 7,8 Prozent in Niedersachsen zu verzeichnen (siehe Abb. 1).

Abb. 1: Entwicklung der stationären Fälle pro 10.000 Einwohner



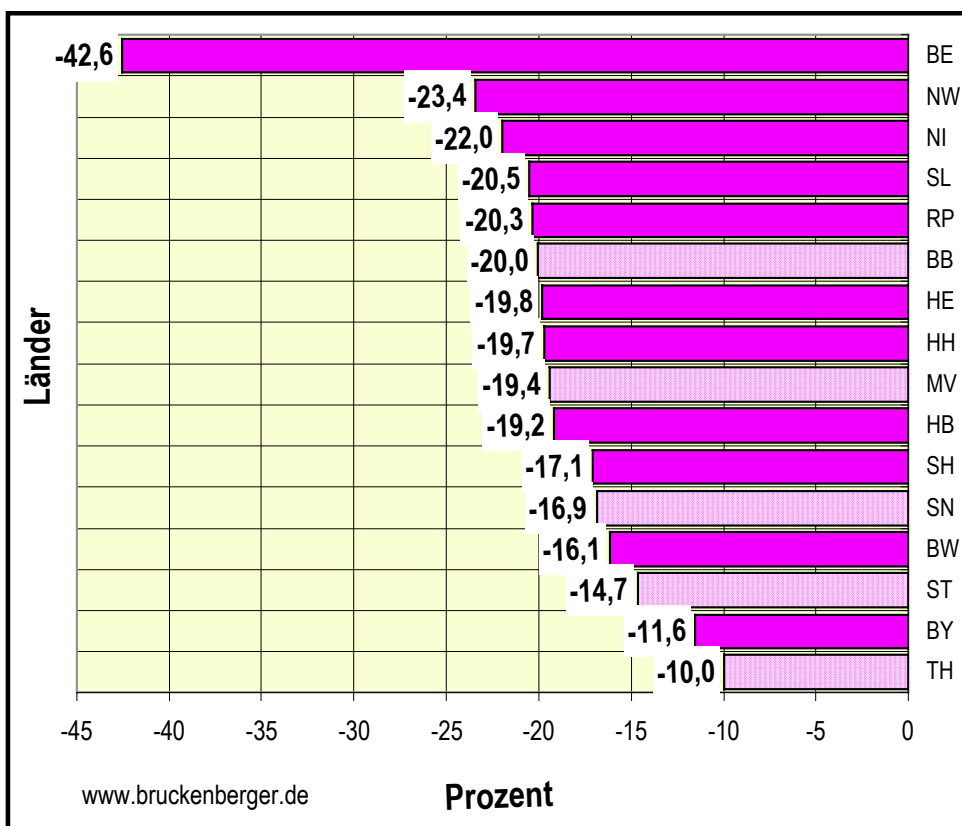
Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

**Legende:** BB = Brandenburg \*, BE = Berlin, BW = Baden-Württemberg, BY = Bayern, HB = Bremen, HE = Hessen, HH = Hamburg, MV = Mecklenburg-Vorpommern \*, NI = Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SH = Schleswig-Holstein, SL = Saarland, SN = Sachsen \*, ST = Sachsen-Anhalt \*, TH = Thüringen \*  
\* neue Bundesländer

## ERGEBNISSE DER KRANKENHAUSPLANUNG VON 1991 BIS 2000 Pflegetage pro 10.000 Einwohner (behandlungsortbezogen)

Die Zahl der Pflegetage pro 10.000 Einwohner wurde seit 1991 im Bundesdurchschnitt um 20,2 Prozent reduziert. Der größte Rückgang war dabei mit 42,6 Prozent in Berlin, der geringste mit 10,0 Prozent in Thüringen zu verzeichnen (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Entwicklung der Pflegetage pro 10.000 Einwohner

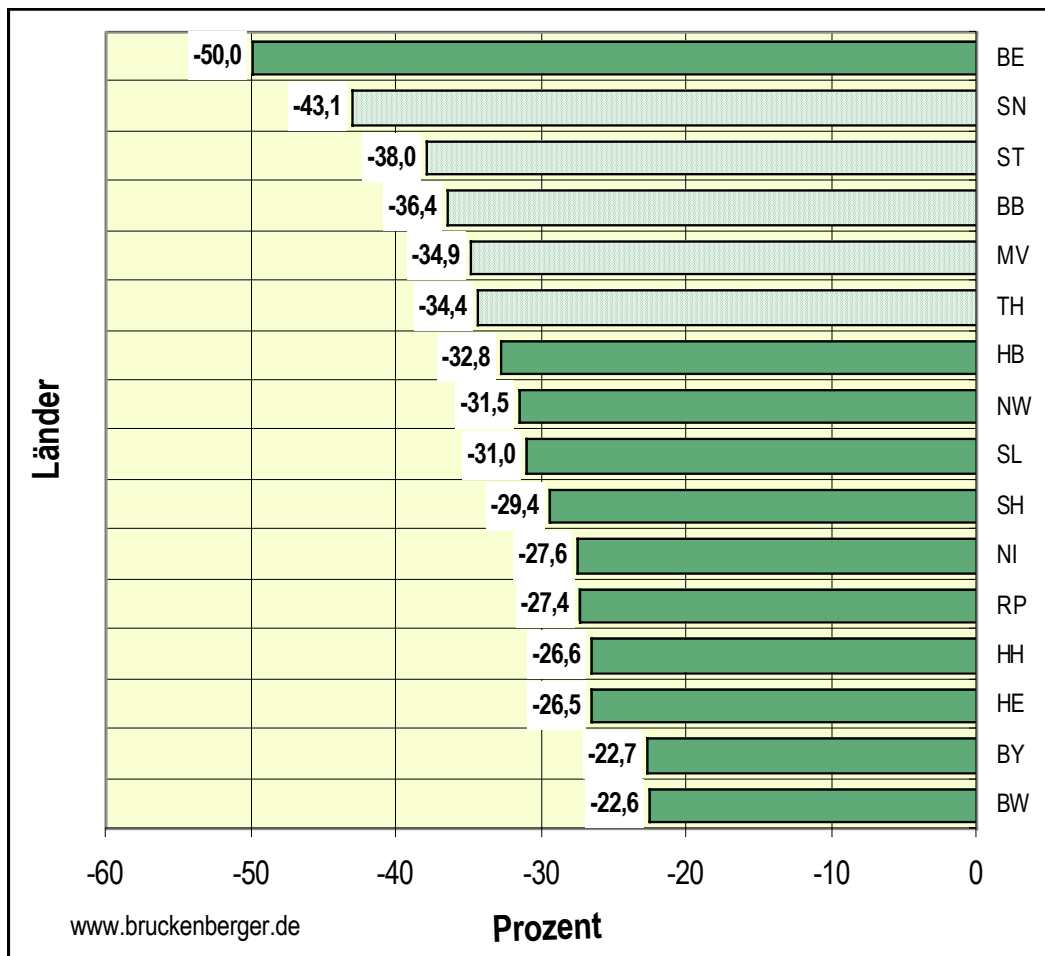


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

## ERGEBNISSE DER KRANKENHAUSPLANUNG VON 1991 BIS 2000 Durchschnittliche Verweildauer (behandlungsortbezogen)

Die Verweildauer wurde seit 1991 im Bundesdurchschnitt um 30,7 Prozent reduziert. Der größte Rückgang war dabei mit 50,0 Prozent in Berlin, der geringste mit 22,6 Prozent in Baden-Württemberg zu verzeichnen (s. Abb. 3).

Abb. 3: Entwicklung der Verweildauer

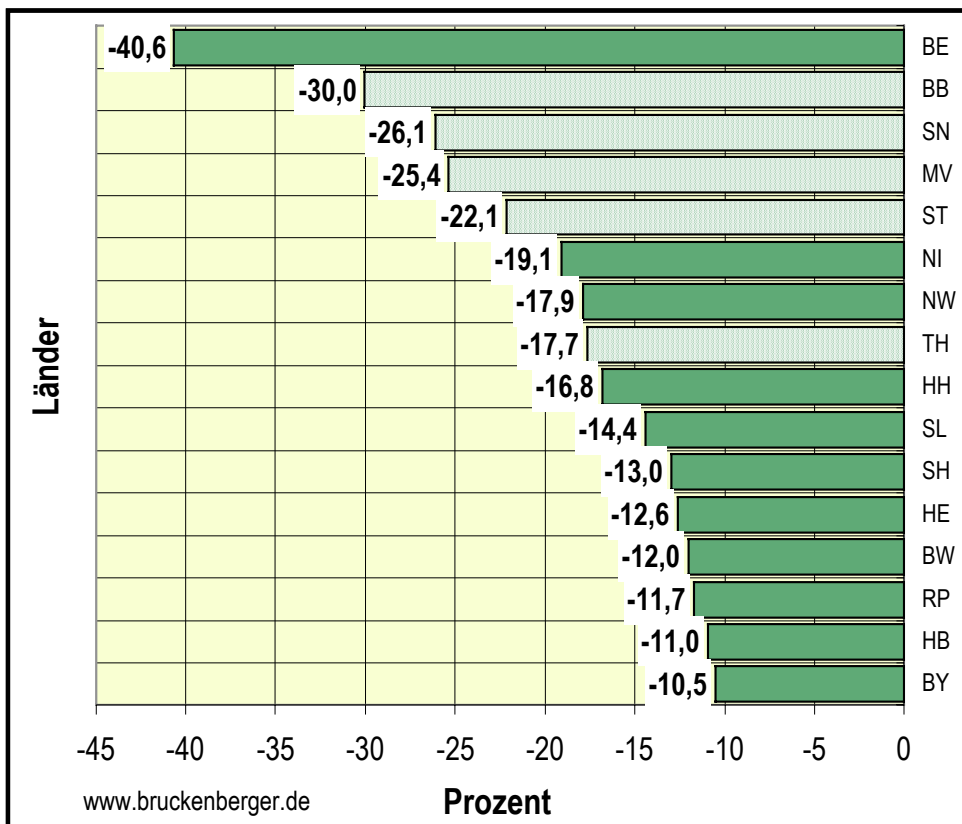


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

## ERGEBNISSE DER KRANKENHAUSPLANUNG VON 1991 BIS 2000 Betten pro 10.000 Einwohner (behandlungsortbezogen)

Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner (Bettenziffer) wurde seit 1991 im Bundesdurchschnitt um 18,2 Prozent reduziert. Der größte Rückgang war dabei mit 40,6 Prozent in Berlin, der geringste mit 10,5 Prozent in Bayern zu verzeichnen (siehe Abb. 4).

Abb. 4: Entwicklung der Betten pro 10.000 Einwohner

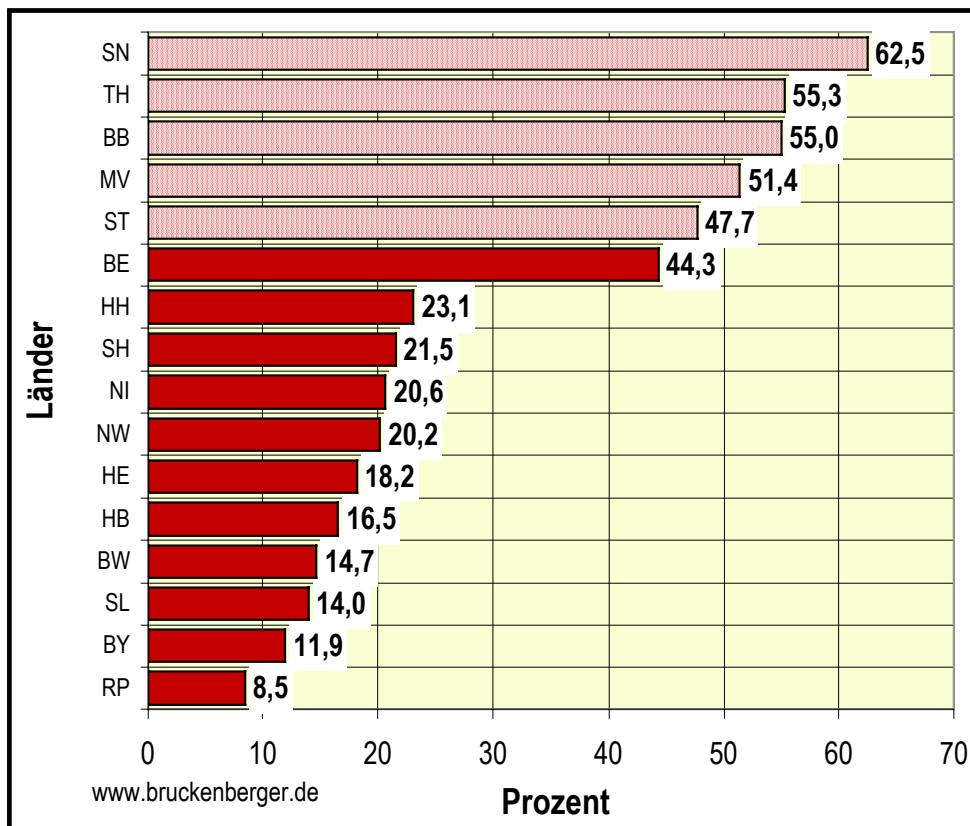


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

## ERGEBNISSE DER KRANKENHAUSPLANUNG VON 1991 BIS 2000 Fälle pro Vollkraft (behandlungsortbezogen)

Die Zahl der Fälle pro Vollkraft wurde seit 1991 im Bundesdurchschnitt um 24,3 Prozent gesteigert. Die größte Steigerung war dabei mit 62,5 Prozent in Sachsen, der geringste mit 8,5 Prozent in Rheinland-Pfalz zu verzeichnen (siehe Abb. 5).

Abb. 5: Entwicklung der Fälle pro Vollkraft

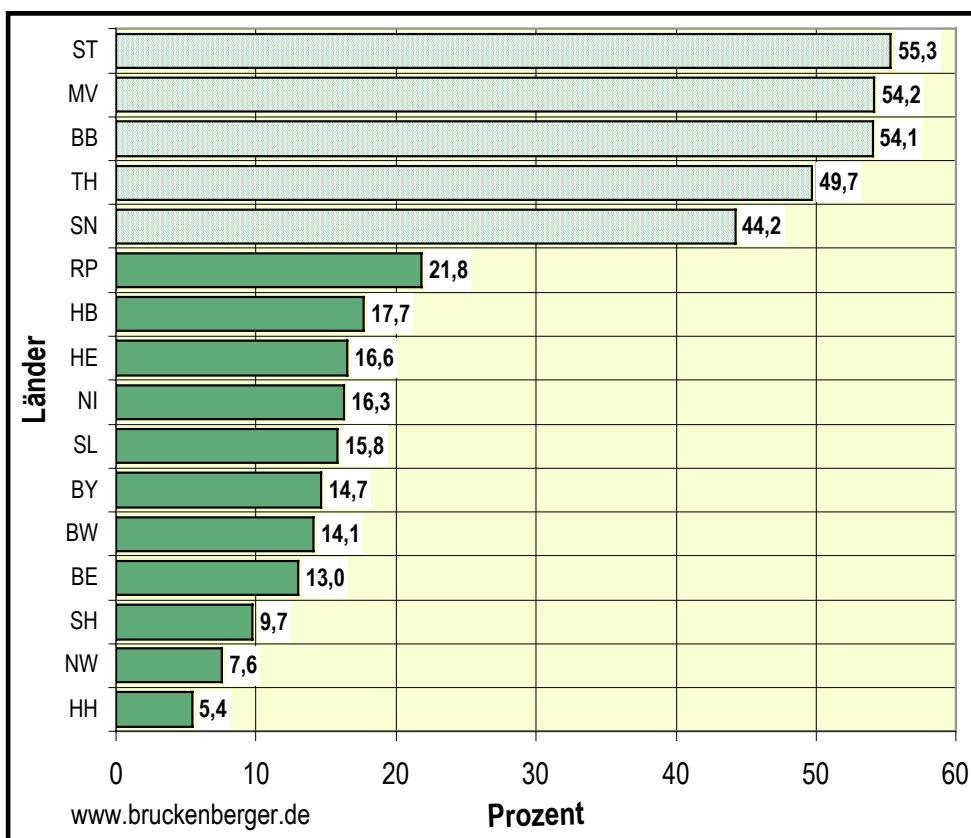


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

## ERGEBNISSE DER KRANKENHAUSPLANUNG VON 1991 BIS 2000 Kosten pro Behandlungsfall (behandlungsortbezogen)

Die Kosten pro Behandlungsfall sind seit 1991 im Bundesdurchschnitt um 16,5 Prozent angestiegen. Der stärkste Anstieg war dabei mit 55,3 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern, der geringste mit 5,4 Prozent in Hamburg zu verzeichnen (siehe Abb.6). Bei einem derartigen Vergleich ist allerdings die unterschiedliche Ausgangslage in den einzelnen Ländern zu beachten.

Abb. 6: Entwicklung der Kosten pro Behandlungsfall

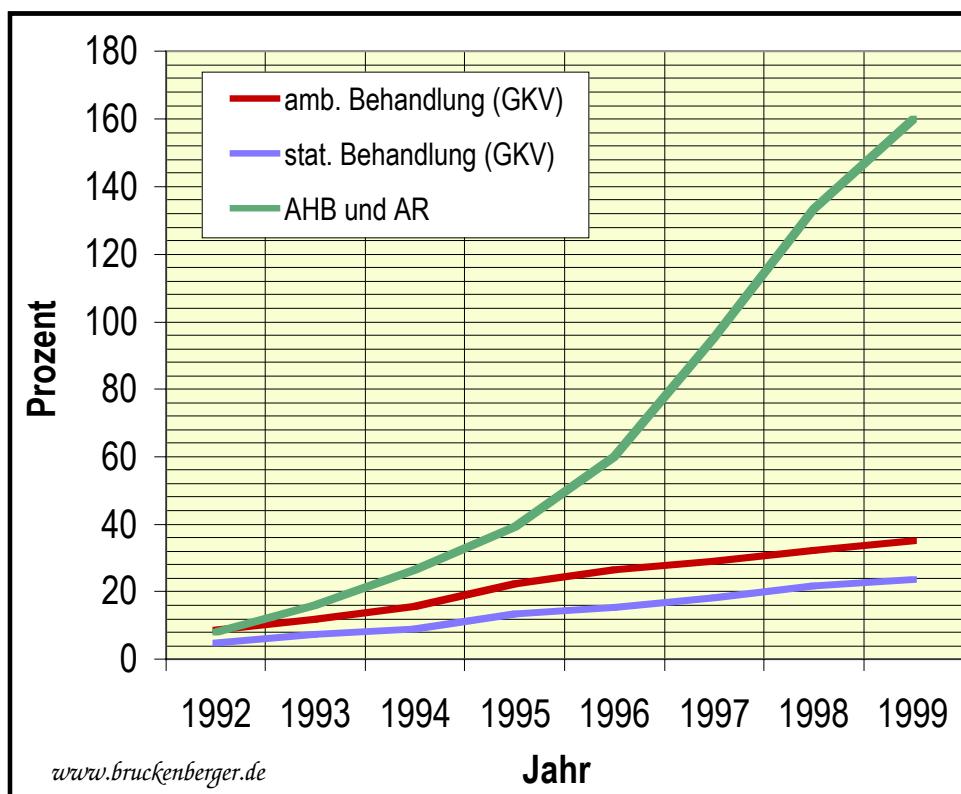


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

## ZUNAHME DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN FÄLLE VON 1991 BIS 1999 IN PROZENT

Die Zahl der stationären Krankenhausfälle hat seit 1991 um 23,6, die der ambulanten Behandlungsfälle um 35,2 und die der stationären Rehabilitanden (Anschlussrehabilitation und Anschlussheilbehandlung) um 160,1 Prozent zugenommen (Abb. 7).

Abb. 7: Zunahme der ambulanten und stationären Fälle

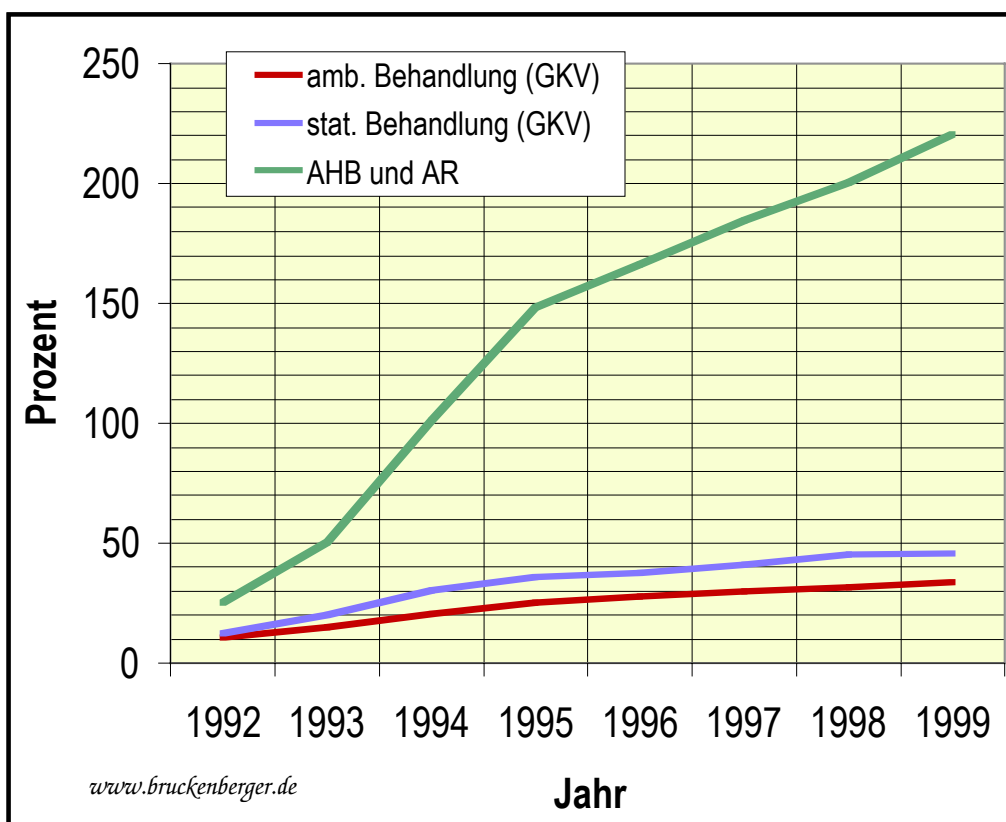


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des BMG

## ZUNAHME DER AUSGABEN FÜR AMBULANTE UND STATIONÄRE BEHANDLUNG VON 1991 BIS 1999 IN PROZENT

Die Ausgaben der Krankenkassen für die **ambulante Behandlung** haben seit 1991 um 33,8, für die **stationäre Krankenhausbehandlung** um 45,6 und für die **stationären Rehabilitation** (Anschlussrehabilitation und Anschlussheilbehandlung) um 220,7 Prozent zugenommen (Abb. 8).

Abb. 8: Zunahme der Ausgaben für ambulante und stationäre Fälle

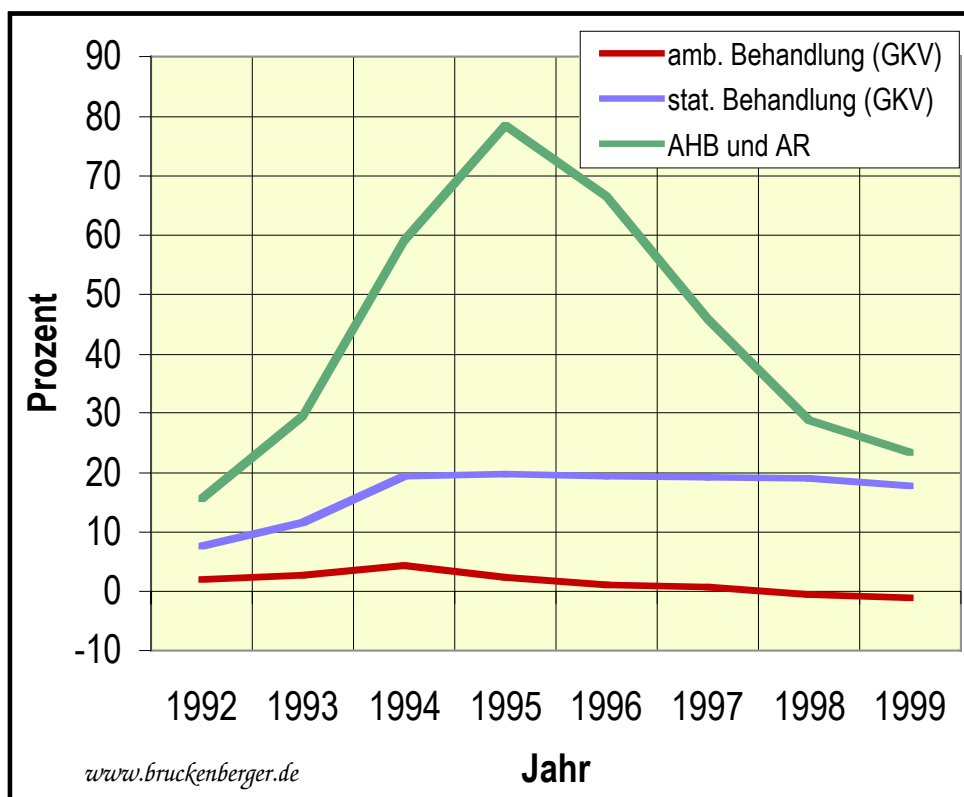


Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des BMG

## VERÄNDERUNG DER FALLKOSTEN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN FÄLLE VON 1991 BIS 1999 IN PROZENT

Die Fallkosten für die **ambulante Behandlung** haben seit 1991 um 1,0 Prozent abgenommen, für die **stationäre Krankenhausbehandlung** um 17,8 und für die **stationären Rehabilitation** (Anschlussrehabilitation und Anschlussheilbehandlung) um 23,3 Prozent zugenommen (Abb. 9).

Abb. 9: Veränderung der Fallkosten der ambulanten und stationären Fälle



Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des BMG

## STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG BEHANDLUNGORTBEZOGENER LÄNDERVERGLEICH 2000

Den folgenden Berechnungen wurde die stationäre Krankenhausbehandlung in den einzelnen Ländern (ohne Abwanderung, incl. Zuwanderung) zugrunde gelegt. Den jeweils niedrigsten Wert bei der **Zahl der Fälle und der Pflgetage** pro 10.000 Einwohner hatte 2000 Baden-Württemberg zu verzeichnen, den jeweils höchsten Bremen. Die **niedrigste Bettenziffer** war in Schleswig-Holstein die höchste in Bremen feststellbar. Die **niedrigsten Fallkosten** waren 1999 mit 2.618 Euro in Mecklenburg-Vorpommern die höchsten mit 4.374 Euro in Berlin feststellbar (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Wichtige Daten der stationären Krankenhausbehandlung  
behandlungsortbezogener Ländervergleich - 2000

Land	Ew über 60 in % *	Fälle pro 10.000 Ew	Pflegetage pro 10.000 Ew	Betten pro 10.000 Ew	Fallkosten in Euro
BW	21,9	1.770	18.114	61,3	3.254
BY	22,4	2.046	20.746	68,3	3.093
BE	20,8	1.967	20.948	68,9	4.374
BB	22,2	1.855	18.908	62,6	2.695
HB	25,1	2.799	27.604	95,0	3.656
HH	23,4	2.179	23.432	76,6	3.905
HE	22,7	1.900	18.832	65,8	3.261
MV	21,6	2.187	18.853	62,6	2.618
NI	23,3	1.866	18.443	60,8	3.086
NW	23,3	2.132	22.247	75,5	3.073
RP	23,7	2.013	19.321	67,5	2.934
SL	25,1	2.412	22.480	75,3	3.262
SN	25,3	1.982	20.799	66,9	2.811
ST	24,2	2.183	21.015	69,9	2.867
SH	23,6	1.864	18.455	60,0	3.031
TH	23,4	2.130	21.478	72,4	2.733
D	23,0	2.004	20.303	68,0	3.130

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

\* Werte aus 1999

## STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG WOHNORTBEZOGENER LÄNDERVERGLEICH 1999

Den folgenden Berechnungen wurde die Krankenhausbehandlung der Wohnbevölkerung der einzelnen Länder (incl. Abwanderung, abzüglich Zuwanderung) zugrunde gelegt. Den jeweils niedrigsten Wert bei der **Zahl der Fälle, der Pflgetage und der Betten** pro 10.000 Einwohner hatte 1999 Baden-Württemberg zu verzeichnen, den jeweils höchsten das Saarland. Die niedrigsten **Fallkosten** waren mit 2.640 Euro in Mecklenburg-Vorpommern die höchsten mit 4.360 Euro in Berlin feststellbar. Bei den jährlichen **Ausgaben** für Krankenhausbehandlung pro Einwohner lag Berlin mit 776 Euro an der Spitze, während Baden-Württemberg mit 543 Euro die geringsten Ausgaben zu verzeichnen hatte (Tab. 2). Vergleichbare Daten aus 2000 liegen noch nicht vor.

Tab. 2 : Wichtige Daten der stationären Krankenhausbehandlung  
wohnotbezogener Ländervergleich – 1999

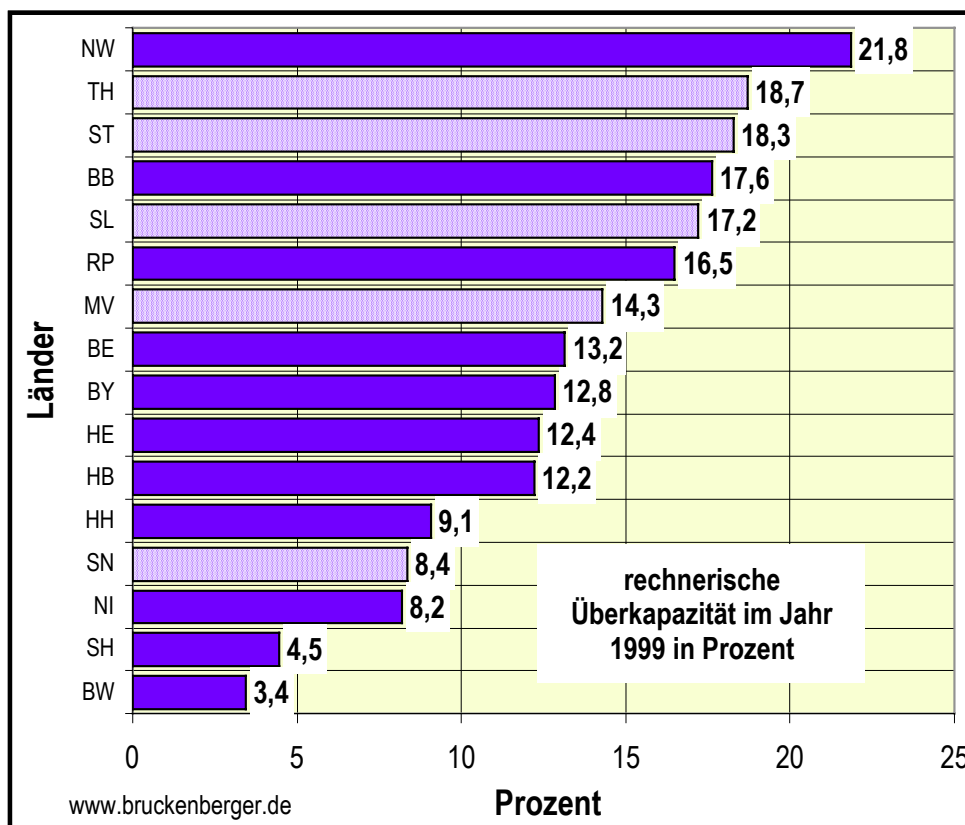
Land	Ew über 60 in %	Fälle pro 10.000 Ew	Pflegetage pro 10.000 Ew	Betten pro 10.000 Ew	Fallkosten in Euro	Ausgaben pro EW in Euro
BB	22,2	2.026	21.125	68,1	2.857	579
BE	20,8	1.780	20.220	65,2	4.360	776
BW	21,9	1.694	17.882	57,7	3.203	543
BY	22,4	1.982	21.022	67,8	3.068	608
HB	25,1	1.966	21.299	68,7	3.567	701
HE	22,7	1.903	19.539	63,0	3.200	609
HH	23,4	1.742	20.105	64,9	3.965	691
MV	21,6	2.137	19.127	61,7	2.640	564
NI	23,3	1.925	19.464	62,8	3.137	604
NW	23,3	2.069	22.388	72,2	3.058	633
RP	23,7	2.095	20.673	66,7	2.925	613
SH	23,6	1.892	19.073	61,5	3.186	603
SL	25,1	2.295	22.716	73,3	3.200	735
SN	25,3	1.953	20.950	67,6	2.795	546
ST	24,2	2.209	21.884	70,6	2.819	623
TH	23,4	2.121	21.962	70,8	2.728	578
<b>D</b>	<b>23,0</b>	<b>1.961</b>	<b>20.565</b>	<b>66,3</b>	<b>3.112</b>	<b>614</b>

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

## BETTENÜBERKAPAZITÄT WOHNORTBEZOGENER LÄNDERVERGLEICH 1999

Gemessen am „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ des Landes Baden-Württemberg (**best-practice**) und den in den einzelnen Bundesländern jeweils aufgestellten Krankenhausbetten gab es 1999 bundesweit eine rechnerische **Bettenüberkapazität in Höhe von 77.550 Betten**. Bei diesem Vergleich wurden die für die Bevölkerung des Landes Baden-Württemberg in den einzelnen Lebensjahren unabhängig vom Behandlungsort d.h. wohnortbezogen 1999 erbrachten Pfl egetage pro 1.000 Einwohner ermittelt und mit der jeweiligen Altersstruktur der anderen Bundesländer multipliziert (Betten = Pfl egetage: 310) (siehe Abb. 10).

Abb. 10: Fiktive Bettenüberkapazität in Prozent 1999 – im Ländervergleich



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

## STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG AUSGABEN GEMESSEN AM GKV-AUSGABENPROFIL 1999

Bildet man die Differenz der **tatsächlichen Ausgaben** für die stationäre Krankenhausbehandlung der einzelnen Länder (**wohntbezogen**) und den **fiktiven Ausgaben**, ermittelt an Hand des bundesdurchschnittlichen, auf die einzelnen Lebensjahre bezogenen **GKV-Ausgabenprofils** (West) für die stationäre Krankenhausbehandlung schneiden 1999 Sachsen und Baden-Württemberg am besten, Berlin und das Saarland am schlechtesten ab. Für Baden-Württemberg betrug die Differenz 674 Mio. Euro zu Gunsten, für Berlin 603 Mio. Euro zu Lasten der GKV-Versicherten (siehe Tabelle 3).

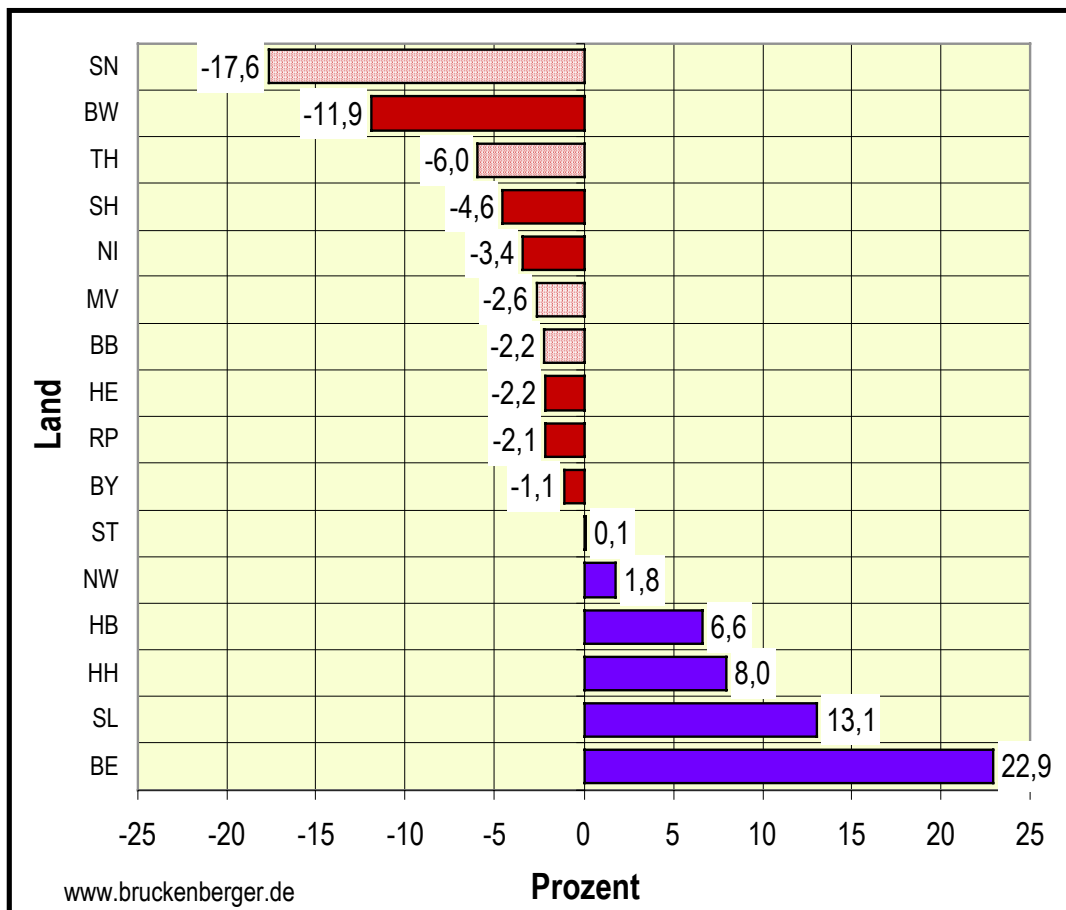
Tab. 3: Ausgaben für Krankenhausbehandlung – tatsächlich und fiktiv

Land	fiktive Ausgaben nach GKV-Profil in Mio Euro	tatsächliche Ausgaben in Mio Euro	Differenz	
			absolut in Mio Euro	in %
Sachsen	2.863	2.434	-429	-17,6
Baden-Württemberg	6.358	5.684	-674	-11,9
Thüringen	1.501	1.417	-84	-6,0
Schleswig-Holstein	1.751	1.674	-76	-4,6
Niedersachsen	4.933	4.770	-163	-3,4
Mecklenburg-Vorpom.	1.036	1.009	-27	-2,6
Brandenburg	1.539	1.506	-34	-2,2
Hessen	3.766	3.686	-81	-2,2
Rheinland-Pfalz	2.523	2.470	-53	-2,1
Bayern	7.472	7.390	-83	-1,1
Sachsen-Anhalt	1.648	1.649	1	0,1
Nordrhein-Westfalen	11.188	11.390	202	1,8
Bremen	434	465	31	6,6
Hamburg	1.083	1.177	94	8,0
Saarland	684	787	103	13,1
Berlin	2.026	2.629	603	22,9

## STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG AUSGABEN GEMESSEN AM GKV-AUSGABENPROFIL 1999

Tendenziell ist ein enger Zusammenhang zwischen der Bettenziffer und der Ausgaben für Krankenhausbehandlung erkennbar. Auffallende Ausnahmen bilden Nordrhein-Westfalen, wo sich eine hohe Bettenziffer nicht in entsprechend hohen Ausgaben für Krankenhausbehandlung niederschlägt und Berlin wo eine vergleichsweise moderate Bettenziffer mit den höchsten Ausgaben für Krankenhausbehandlung korreliert (siehe Abb.11).

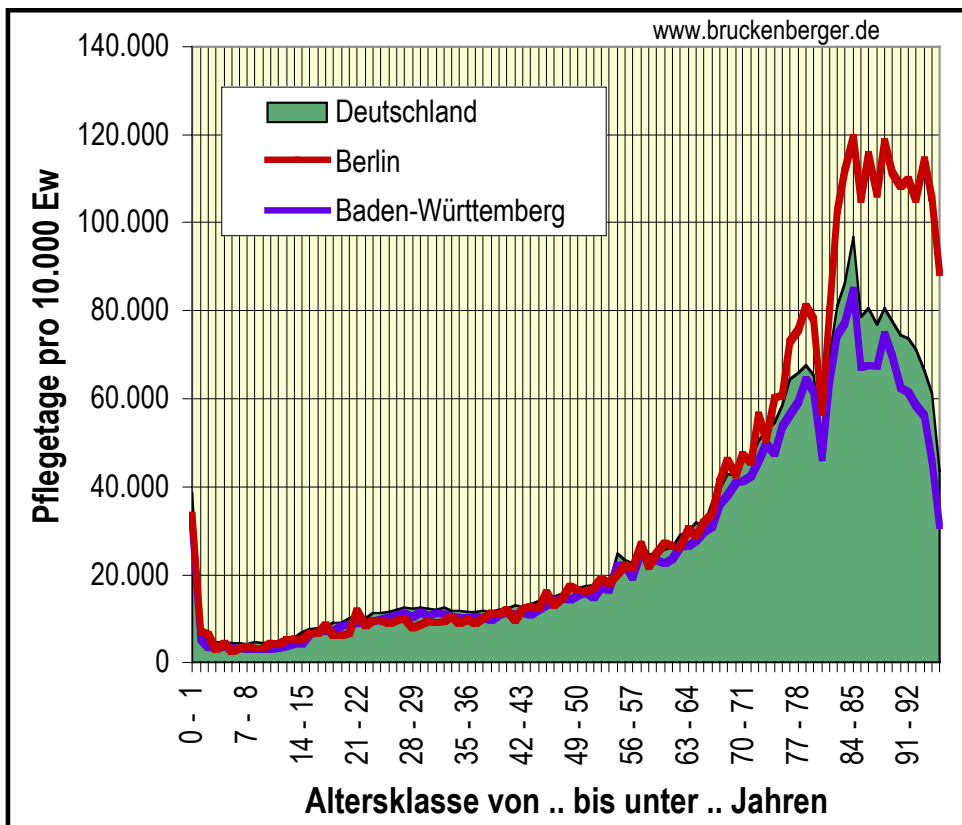
Abb. 11: Differenz zwischen fiktiven und tatsächlichen Ausgaben für Krankenhausbehandlung 1999 in Prozent - länderbezogen



## STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG BENCHMARKING FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG UND BERLIN 1999

Die Pflage tage pro 10.000 Einwohner weichen in den höheren Altersklassen bei den Ländern Baden-Württemberg und Berlin deutlich voneinander ab. Dabei liegen die Werte Baden-Württembergs unter dem Bundesdurchschnitt und die Werte Berlins deutlich darüber (siehe Abb. 12). Letzteres führt zu entsprechend hohen Ausgaben für die Krankenhausbehandlung (siehe Abb. 11).

Abb.12: Pflage tage pro 10.000 Einwohner nach Altersklassen



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

## STATIONÄRE VERSORGUNG 1999 – BETTEN/PLÄTZE PRO 10.000 EW SEKTORENÜBERGREIFENDER VERGLEICH

**Behandlungsortbezogen** wies 1999 Schleswig-Holstein die wenigsten Krankenhausbetten, Nordrhein-Westfalen die **wenigsten** Reha-Betten und Thüringen die wenigsten Dauerpflegeplätze pro 10.000 Einwohner auf. Die **höchsten Werte** hatten bei den Krankenhausbetten Bremen, bei den Reha-Betten Mecklenburg-Vorpommern und bei den Dauerpflegeplätzen Schleswig-Holstein zu verzeichnen (siehe Tabelle 4). Bei diesem behandlungsortbezogenen Vergleich ist zu beachten, dass die Stadtstaaten Hamburg und Bremen sowie das Land Berlin bei der Krankenhausversorgung ein hohe Zuwanderung und bei der Versorgung mit Rehaeinrichtungen eine hohe Abwanderung zu verzeichnen haben. Wohnortbezogene Daten für die Reha-Betten und die Dauerpflegeplätze liegen leider nicht vor.

Tab. 4: Sektorenübergreifender Betten/Plätze Vergleich

Land	Ew über 60 Jahre %	KH-Betten pro 10.000 Ew	REHA-Betten pro 10.000 Ew	Dauerpflegeplätze pro 10.000 Ew
BW	21,9	61,6	30,4	66,7
BY	22,4	68,9	30,6	74,5
BE	20,8	71,4	*	77,2
BB	22,2	63,2	20,8	68,1
HB	25,1	95,9	*	71,4
HH	23,4	80,1	*	86,7
HE	22,7	67,0	34,5	68,6
MV	21,6	64,3	60,6	80,5
NI	23,3	61,3	24,9	87,1
NW	23,3	76,0	11,7	80,1
RP	23,7	68,9	21,2	75,2
SL	25,1	75,6	31,7	82,4
SN	25,3	67,0	20,0	74,9
ST	24,2	70,6	12,7	72,8
SH	23,6	60,2	42,2	113,0
TH	23,4	73,3	26,9	62,6
<b>D</b>	<b>23,0</b>	<b>68,9</b>	<b>23,1</b>	<b>76,8</b>

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

## STATIONÄRE VERSORGUNG – FÄLLE PRO 10.000 EW SEKTORENÜBERGREIFENDER VERGLEICH

**Behandlungsortbezogen** wies 1999 Baden-Württemberg die wenigsten Krankenhausfälle, Nordrhein-Westfalen die wenigsten Reha-Fälle und Baden-Württemberg die wenigstens Pflegebedürftigen pro 10.000 Einwohner auf. Die höchsten Werte hatten bei den Krankenhausfällen Bremen, bei den Reha-Fällen Mecklenburg-Vorpommern und bei den Pflegebedürftigen Schleswig-Holstein zu verzeichnen (siehe Tabelle 5). Wohnort bezogene Daten für die Reha-Fälle und die Pflegebedürftigen liegen leider nicht vor.

Tab. 5: Sektorenübergreifender Nachfrage Vergleich

Land	Ew über 60 Jahre %	KH-Fälle pro 10.000 Ew	REHA-Fälle pro 10.000 Ew	Pflegebedürftige pro 10.000 Ew
BW	21,9	1.803	319	201
BY	22,4	2.025	306	242
BE	20,8	1.945	*	239
BB	22,2	1.831	219	247
HB	25,1	2.730	*	259
HH	23,4	2.117	*	246
HE	22,7	1.906	304	240
MV	21,6	2.140	555	254
NI	23,3	1.836	269	265
NW	23,3	2.102	118	259
RP	23,7	1.993	215	229
SL	25,1	2.374	330	254
SN	25,3	1.949	201	265
ST	24,2	2.159	138	252
SH	23,6	1.826	484	274
TH	23,4	2.101	252	246
<b>D</b>	<b>23,0</b>	<b>1.986</b>	<b>233</b>	<b>245</b>

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

**Planungsmaßstab**  
**Planungsgegenstand**  
**Parallele Planungskompetenz**  
**Rahmenplanung**  
**Leistungsplanung**  
**Versorgungsverträge**  
**Mindestmengen**  
**Sicherstellungszuschlag**  
**Mindestanforderungen**  
**Qualitätsberichte**  
**Nutzung von DRG-Daten**

## **GEGENWÄRTIGER PLANUNGSMAßSTAB IST DER „TATSÄCHLICH ZU VERSORGENDE BEDARF“**

Nach einem Urteil des **Bundesverwaltungsgerichtes** vom 14.11.1985 und ständiger weiterer Rechtsprechung ist unter Bedarf ist der **"tatsächlich zu versorgende Bedarf"** und nicht ein mit dem "tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf" zu verstehen.

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 Pflegetage durch die jeweils zuständige Krankenkasse. Wissenschaftlich oder sachverständig behauptete Überkapazitäten sind nach dieser Rechtsprechung irrelevant.

## KÜNFTIGER PLANUNGSMAßSTAB

Der von der Verwaltungsgerichtsbarkeit in jahrelanger Rechtsprechung geprägte **leistungsrechtliche Bedarfsbegriff** wird durch das vorgesehene diagnose-orientierten Fallpauschalensystem nicht verändert. Allerdings werden künftig an Stelle der anerkannten und abgerechneten Pflgeetage bzw. der daraus resultierenden Betten die anerkannten und abgerechneten Fallpauschalen treten. Jede anerkannte und abgerechnete Fallpauschale ist grundsätzlich als bedarfsgerecht anzusehen.

Mengenorientierte prospektive Rahmenvorgaben sind für den **leistungsrechtlichen Individualanspruch** des einzelnen Versicherten irrelevant. Man kann zwar Kapazitäten nicht aber den Umfang der tatsächlich auftretenden Einzelansprüche verbindlich vorgeben (Wartelistenproblematik). Die diesbezüglichen Erfahrungen in Großbritannien, Norwegen und den Niederlanden sollten zum Nachdenken anregen.

Bei der vorgesehenen Neuregelung des Entgeltsystems für die stationäre Krankenversorgung durch das **Fallpauschalengesetz (FPG)** soll demgegenüber der „Bedarf“ nicht mehr durch die medizinische Notwendigkeit, sondern als **Funktion eines gedeckelten Vergütungssystems** definiert werden. Der jährliche „Bedarf“ ergäbe sich nach dieser Auffassung aus der Summe der von den Vertragsparteien vereinbarten Leistungsmengen. Diese Interpretation des „Bedarfs“ ist **rechtlich nicht haltbar**.

## WANDEL DES „PLANUNGSGEGENSTANDES“

Der „Planungsgegenstand“ ist seit 1973 einem schleichenden Wandel unterworfen, ohne dass die Rechtsgrundlagen entsprechend angepasst wurden bzw. werden. Er bezog sich de iure zuerst auf die Krankenhauskapazität, zunehmend de facto auf die einzelne Leistung und nunmehr tendenziell sogar auf eine prozessorientierte sektorenübergreifende Optimierung vorhandener Ressourcen. Letzteres hat sowohl begrifflich als auch rechtlich mit der ursprünglichen Planung von Angebotsstrukturen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser überhaupt nichts mehr zu tun.

### Seit 1973

#### Angebotsorientierte Krankenhausplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) :

**Kongruenz** zwischen Planungseinheit (Krankenhaus)  
und Vergütungseinheit (krankenhausbezogener Pflegesatz)  
**Steuerungsziel** : Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser,  
Deckung des „tatsächlich zu versorgenden Bedarfs“

### Ab 2003

#### Unklare Übergangsregelungen „Parallele Planungskompetenz“

**Aufhebung der Kongruenz** zwischen Planungseinheit  
(Krankenhaus) und Vergütungseinheit (Fallpauschale)  
**Steuerungsziel**: Beitragssatzstabilität

### Ab 2005

#### „Leistungsmengensteuerung“ (sozialverträgliche Wartelistensteuerung) nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) :

**Steuerungsziel**: Beitragssatzstabilität

### Ab 2015 ?

#### „Genorientierte Krankheitsartensteuerung mit Hilfe der PID (Präimplantationsdiagnostik)“:

Verteilung der Krankheitsarten nach gesellschaftlicher Akzeptanz,  
Ausweitung der genetischen Intervention, Eingriffe in die Keimbahn,  
liberale oder autoritäre Genetik (Habermas)

**Steuerungsziel**: Der defektfreie Mensch mit Hilfe des Gesundheitspasses

## PARALLELE PLANUNGSKOMPETENZ ZWISCHEN PLANUNGSBEHÖRDE UND SELBSTVERWALTUNG

Die Vergütungsform und die **Angebots-** bzw. „**Leistungsplanung**“ beeinflussen sich gegenseitig. Die Entwicklung des Vergütungssystems im Krankenhausbereich vom Selbstkostendeckungsprinzip in Form eines tagesgleichen Pflegesatzes zu einem diagnose-orientierten Fallpauschalensystem führt seit 1973 tendenziell **de facto** von einer sektoralen angebotsorientierten und gerichtlich überprüfbaren Mittelverwendungsplanung in Form einer **Kapazitätsplanung** durch die Länder hin zu einer sektorenübergreifenden prozessorientierten „**Leistungsplanung**“ durch die Vertragsparteien in Form von immer detaillierteren Versorgungsverträgen („**Einkaufsmodell**“).

<b>Vertragsparteien</b>	<b>Planungsbehörde</b>
<b>1973</b> Tagesgleicher Pflegesatz (Selbstkostendeckungsprinzip)	Angebotsorientierte (Standorte und Gebiete) Mittelverwendungsplanung
<b>1985</b> Tagesgleicher Pflegesatz (Prospektives Budget) Vereinbarung des Pflegetagevolumens	Angebotsorientierte Kapazitätssplanung
<b>1989</b> Tagesgleicher Pflegesatz und Fallpauschalen und Sonderentgelte Versorgungsverträge	Angebotsorientierte Kapazitätsplanung
<b>2004</b> Fallpauschalen Versorgungsverträge	Angebotsorientierte Kapazitäts- planung als Rahmenplanung Gesetzlich geregelte „Leistungsplanung“
<b>200?</b> Komplexpauschalen Versorgungsverträge	???
<b>200?</b> Kopfpauschalen Versorgungsverträge	???

## RAHMENPLANUNG ODER „LEISTUNGSPLANUNG“ ?

### Allgemeine Zulassung

Hochschulkliniken

Aufnahme in das Hochschulbauförderungsgesetz

Plankrankenhäuser: Staatliche Krankenhaus(rahmen)planung nach § 6 KHG

Planungsgegenstand Angebotsstruktur:

Standort des Krankenhauses

Abteilungen und Betten nach Gebieten bzw. Schwerpunkten

Besondere Angebote (z.B. Geriatrie, Schädel-Hirn-Verletzte)

Festlegung durch Feststellungsbescheid

### Spezielle Zulassung

Vertragskrankenhäuser

Vertrag zwischen Krankenhaus und Krankenkassen

Staatliche „Leistungsplanung“ (Basis: gesetzliche Regelung)

Planungsgegenstand „Leistung“ bzw. „Leistungsstruktur“ :

Standort des Angebotes (z.B. Transplantationszentrum)

Art von Fallpauschalen bzw. Fallpauschalengruppen

Festlegung durch Feststellungsbescheid

„Leistungsplanung“ der Vertragsparteien durch Versorgungsvertrag

Vereinbarungsgegenstand „Leistung“ bzw. Leistungsstruktur“:

Art und Umfang von Fallpauschalen bzw. Fallpauschalengruppen

Bei Veränderung Mitwirkung der Nachbarkrankenhäuser

(„bei Nichteinigung Anregungsplanung“).

Festlegung durch Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V

Die Frage, ob die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Rechtsgrundlagen für eine nicht gesetzlich geregelte, aber zunehmende „Einzelleistungsplanung“ (z.B. Diabetes, Schlaganfall usw.) für den Eingriff in die Gewerbefreiheit haben wird sicherlich als Folge von **wettbewerbsbedingten Rechtsstreitigkeiten** gerichtlich geklärt werden.

## PLANUNGSGEGENSTAND „LEISTUNG“

### Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Solche unbestimmten Rechtsbegriffe sind nur mit einer praxisnahen Auslegung handhabbar.

Im Regierungsentwurf zum Fallpauschalengesetz und dessen Begründung wurden zahlreiche „Leistungsbegriffe“ verwendet. Welcher Begriff für eine „Leistungsplanung“ der Vertragsparteien künftig konkret verwendet werden soll, ist noch völlig ungeklärt.

### Leistungsbegriffe im Fallpauschalengesetz (incl. Begründung):

- Voll- und teilstationäre Krankenhausleistung
- Diagnostische und therapeutische Leistung
- Medizintechnische Leistung
- Leistungsbezogene Fallpauschalen
- Leistungsbereich (Krankenhausbereich)
- Leistungsstruktur (größere Veränderung von Leistungsbereichen)
- Leistungskomplexe
- Leistungskapazitäten
- Leistungsmenge
- Leistungsvolumen
- Leistungszahlen (regionaler Versorgungsbedarf)
- Leistungsangebot
- Leistungspaket
- Leistungseinheit

## VERSORGUNGSVERTRÄGE NACH § 109 SGB V

Die Festlegung des **Versorgungsauftrages** eines Krankenhauses erfolgte bisher primär durch den Feststellungsbescheid auf der Grundlage des Krankenhausplanes. Festgelegt wurden in der Regel der Standort und das Gebiet (z. B. Abteilung für Chirurgie) sowie die Bettenkapazität. Die **Regelungstiefe** ist länderweise unterschiedlich ausgeprägt. Innerhalb einer in den Krankenhausplan aufgenommenen Abteilung für Chirurgie können beispielsweise sämtliche chirurgischen Leistungen erbracht werden. Einschränkungen sind auf freiwilliger Basis (z.B. im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit) und durch gesetzliche Vorgabe (z.B. Transplantationsgesetz) möglich.

Mit **Versorgungsverträgen** zwischen den Vertragsparteien konnten der per Feststellungsbescheid festgelegte **Versorgungsauftrag** näher konkretisiert werden. Die mögliche Konkretisierung des **Versorgungsauftrages** unterhalb des Krankenhausplanes durch **Versorgungsvertrag** erfolgt ohne Änderung des Feststellungsbescheides durch Differenzierung der Gebiete der ärztlichen Weiterbildungsordnung (z.B. der Chirurgie in Unfallchirurgie und Gefäßchirurgie) bis hin zur Festlegung einzelner Leistungen (z.B. Endoprothesen). Diese ergänzenden Vereinbarungen bedurften des **Benehmens** mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde.

Nach dem FPG kann eine Änderung der Leistungsstruktur im Rahmen des **Versorgungsauftrages** oder eine Änderung des Versorgungsauftrages nur im **Einvernehmen** mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde vereinbart werden. Dies wird, nicht zuletzt aus rechtsstaatlichen Gründen, zwangsläufig zu einer Ausweitung der Planungstätigkeit führen.

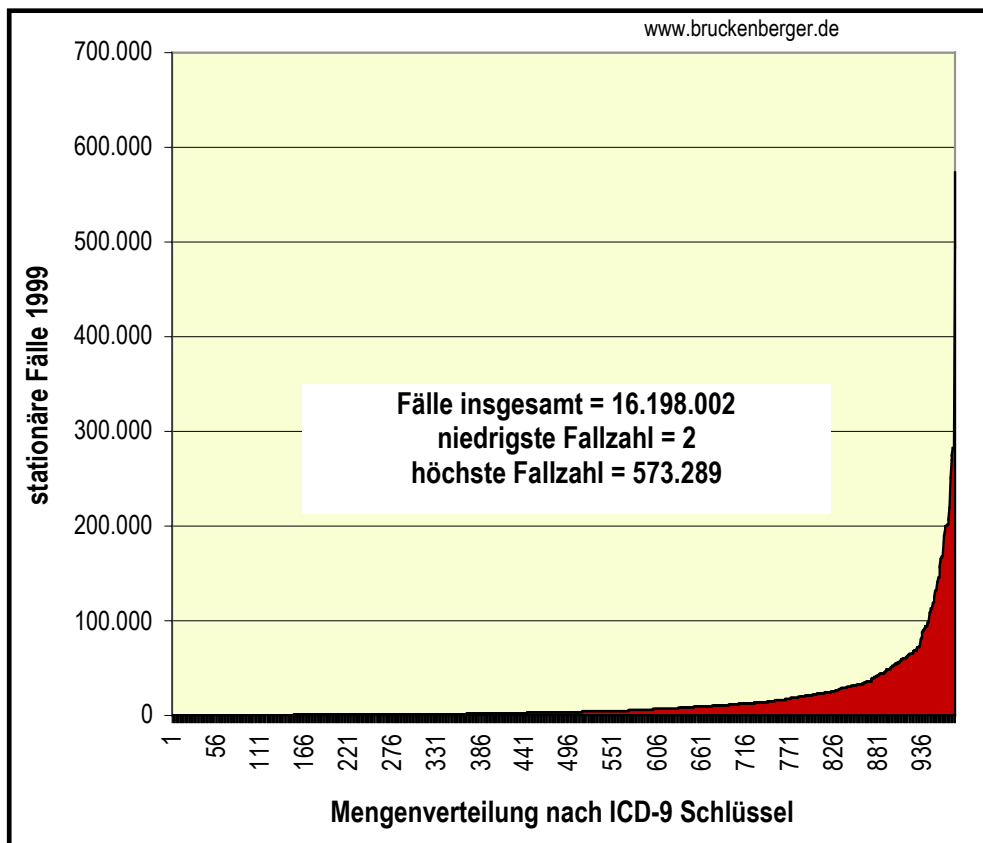
Jede Veränderung des durch den Krankenhausplan bzw. den Feststellungsbescheiden zu seiner Durchführung festgelegten **Versorgungsauftrages** durch einen **Versorgungsvertrag** mit Hilfe eines Feststellungsbescheides („**Anregungsplanung**“) setzt mindestens eine Analyse und Bewertung der Versorgungssituation voraus. Nur so kann dem Argument der Willkür bzw. der Wettbewerbsverzerrung begegnet werden. In einem derartigen Fall kommt allerdings ein Versorgungsvertrag nicht zustande, da der Versorgungsauftrag ja durch einen Feststellungsbescheid geregelt wurde.

## MENGENVERTEILUNG DER DIAGNOSEN NACH ICD-9 SCHLÜSSEL

Die 1999 in Deutschland insgesamt behandelten **16.198.002** vollstationären Fälle verteilen sich auf insgesamt 977 ICD-Schlüssel (siehe Abb. 13 ). Dabei entfielen

- 50 Prozent** aller Fälle auf **nur 50 ICD-Schlüssel**,
- 75 Prozent auf 140 ICD-Schlüssel und
- 90 Prozent auf 290 ICD-Schlüssel.
- 10 Prozent auf die restlichen 687 ICD-Schlüssel.

Abb. 13: Mengenverteilung der 1999 behandelten stationären Fälle



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

## **VERBINDLICHE VORGABEN VON MINDESTMENGEN FÜR EINEN KATALOG VON PLANBAREN LEISTUNGEN**

*„Es besteht ein in verschiedenen Studien nachgewiesener Zusammenhang zwischen der Häufigkeit durchgeführter Operationen und der Qualität des Behandlungsergebnisses, d.h. der Erfahrung bei der Leistungserbringung und im Umgang mit Komplikationen. (Begründung zum Reg. Entw. des FPG).*

*„Schon der Gesichtspunkt, dass ohne eine gewisse Übung das Risiko eines Fehlschlages unvermeidbar wächst, spricht für die vom Gesetzgeber angestrebte Konzentration auf wenige Standorte“ (BVerwG 3 C 41.00 vom 13.9. 2001 !).*

Der Hinweis auf „**Studienergebnisse**“, die größtenteils in anderen Gesundheitssystemen und damit unter anderen Bedingungen erbracht wurden reicht für den Gesetzgeber aus, für einen Katalog planbarer Leistungen die Vorgabe von verbindlichen Mindestmengen gesetzlich zu regeln. Wenn ein Zusammenhang zwischen Quantität und Qualität tatsächlich besteht, müsste er logischerweise auch für die nicht planbaren Leistungen gelten. Eigentlich müsste er in diesen Fällen noch stärker zum Tragen kommen, da den betroffenen Patienten in diesen Fällen keine Wahlmöglichkeit offen steht.

Ein **linearer Zusammenhang** zwischen der Quantität und der Qualität einer Leistung vernachlässigt die Tatsache, dass Unterschiede im Alter der Patienten, unterschiedliche Hygienevoraussetzungen, Operationsmethoden, Arzneimittelinsatz usw. zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können.

Eine auf die **sektoral**, d.h. im Krankenhaus erbrachte Leistungsmenge (z.B. Operation), **beschränkte Kausalität** für die Qualität des Behandlungsergebnisses vernachlässigt zudem die Kausalität des gesamten Behandlungsprozesses für den Behandlungserfolg. Die Frage, ob die qualitätsgesicherte Operation überhaupt erforderlich war, wird ebenfalls nicht beantwortet.

**Beachte: Deutlich mehr als die Hälfte aller Krankenhäuser weisen bei bis zu 80 Prozent aller erbrachten Leistungen eine Jahresfrequenz von weniger als 20 Leistungen auf.** Kreisbezogen sind es bis zu 70 Prozent. Die Bindung von Mindestmengen an Ärzte und nicht an Krankenhäuser wird die Problematik der Mindestmengen noch erhöhen. Nur rd. 40 Indikationen von 977 (Basis ICD-9 Schlüssel) werden in jedem Landkreis mindestens 20 mal jährlich erbracht und betreffen etwa 30 bis 35 aller vollstationären Fälle.

## VORRANG DER QUALITÄT VOR DER WIRTSCHAFTLICHKEIT

Die verbindliche **Vorgabe von Mindestmengen** für planbare Leistungen erfolgt nach dem Willen des Gesetzgebers ausschließlich aus **Gründen der Qualitätssicherung** und nicht aus Gründen der wirtschaftlichen Leistungserbringung. Die Nichteinhaltung der Mindestmenge wird quasi zum Schutz des Patienten als **abstraktes Gefährdungsdelikt** eingestuft. Handlungsanlass ist nicht ein konkret eingetretener Schaden, sondern die nicht erreichte Mindestmenge.

Der Zusammenhang von Leistungsmenge und Wirtschaftlichkeit ist jedoch vergleichsweise wesentlich leichter nachweisbar als der Zusammenhang von Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses. Auch ist es als unwahrscheinlich anzusehen, dass die Mindestmenge für eine aufgrund von „Studien“ unterstellte Qualität mit der Mindestmenge für eine wirtschaftliche Leistungserbringung identisch ist.

Unter diesen Voraussetzungen kann beispielsweise die **Vorgabe einer Mindestmenge** von 20 bestimmten Leistungen zu folgenden Ergebnissen führen:

Liegt die geforderte Mindestmenge für die Qualitätssicherung bei 40, die Mindestmenge für die Wirtschaftlichkeit bei 20 darf die Leistung aus Gründen der Qualitätssicherung nicht erbracht werden.

Liegt die Mindestmenge für die Qualitätssicherung bei 20, die Mindestmenge für die Wirtschaftlichkeit bei 40 kann das Krankenhaus diese Leistung nur unter Inkaufnahme von Verlusten anbieten. Es wird sie also unterlassen.

Da bei den meisten Fallpauschalen die Jahresfrequenz von 20 unterschritten wird, wird diese Konfliktsituation der **Normalfall** und nicht der **Ausnahmefall**.

Konflikte und Streitigkeiten über die Frage, ob die Krankenhäuser unwirtschaftliche Leistungsmengen erbringen müssen, auch wenn sie den **Mindestmengen aus Gründen der Qualitätssicherung** entsprechen, sind deshalb vorprogrammiert.

## SICHERSTELLUNGSZUSCHLAG

„Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des Versorgungsbedarfs ... nicht kostendeckend finanzierbar ist, sind bundeseinheitliche Maßstäbe zu vereinbaren, unter welcher Voraussetzung der Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung vorliegt sowie in welchem Umfang grundsätzlich zusätzliche Zahlungen zu leisten sind“ (FPG).

„Maßstäbe zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung, wie z.B. zumutbare Entfernungen zum nächsten Krankenhaus für die Notfall- und die Grundversorgung... oder die Erreichbarkeit von Krankenhäusern mit öffentlichen Verkehrsmitteln, sollen **bundeseinheitlich** festgelegt werden“ (Gegenäußerung der Bundesregierung, 14/7461)

Beim Sicherstellungszuschlag stehen offensichtlich Aspekte der **Wirtschaftlichkeit** und nicht der **Qualitätssicherung** im Vordergrund. Nicht qualitätsgesicherte Leistungen aus Gründen der wohnortnahen Versorgung vorzuhalten und mit einem Sicherstellungszuschlag zu subventionieren dürfte allerdings nur schwer zu vermitteln sein.

Aus den bundeseinheitlich vorgegebenen Fallpauschalen ist nicht erkennbar, auf der Basis welcher Jahresfrequenz die Höhe der einzelnen Fallpauschalen kalkuliert wurde. Für die wirtschaftlich Betriebsführung eines Krankenhauses ist diese Kalkulationsgrundlage aber eine Überlebensfrage. Da bei den meisten Krankenhäusern die Jahresfrequenz der meisten Leistungen unter 20 liegt, sind zwei Konsequenzen offensichtlich:

Sind die meisten Leistungen trotz der geringen Jahresfrequenz wirtschaftlich zu erbringen, dann bedeutet dies de facto die Rückkehr des **Selbstkostendeckungsprinzips**.

Können die meisten Leistungen im Hinblick auf die geringe Jahresfrequenz nur mit Hilfe eines Sicherstellungszuschlages erbracht werden, dann bedeutet dies ebenfalls die Rückkehr des **Selbstkostendeckungsprinzips**.

Bei der gegebenen Mengenverteilung ist die Qualität und die Wirtschaftlichkeit nur durch eine **Konzentration** der Leistungserbringung zu steigern. Der **Sicherstellungszuschlag** ist so gesehen ein **Instrument zur sprachlichen Relativierung des tatsächlich Zieles**. Es ist davon auszugehen, dass die ersten Novellen des Fallpauschalengesetzes schneller umgesetzt werden, als die erste Veröffentlichung der Maßstäbe für den Sicherstellungszuschlag.

## **BUNDESEINHEITLICHE MINDESTANFORDERUNGEN AN DIE STRUKTUR- UND ERGEBNISQUALITÄT NACH § 137 SGB V**

**Beachte:** Die Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität werden trotz bestehender Länderkompetenz für die stationäre Krankenhausversorgung auf Bundesebene vorgegeben. Die Nichteinhaltung wird zwangsläufig haftungsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

### **Ergebnisqualität:**

„Besonderes Gewicht ist auf die Darstellung der Qualität der Behandlungsergebnisse zu legen“

### **Strukturqualität:**

#### **baulich:**

bundeseinheitliche Flächenvorgaben

bundeseinheitliche Standardvorgaben (z.B. Abteilungsgröße)

#### **apparativ:**

bundeseinheitliche Vorgaben der Geräteausstattung

#### **personell:**

bundeseinheitliche Mindestbesetzung (Urteil des EurGH ?)

bundeseinheitliche arbeitsschutzrechtliche Bestimmungen

bundeseinheitliche Anhaltszahlen über Art und Anzahl des Personals

bundeseinheitliche Qualifikationsvorgaben für das Personal

**Beachte:** Die Länder haben die **bundeseinheitlichen Mindestanforderungen**, soweit es die dafür erforderlichen **Investitionen** betrifft, im Rahmen der dualistischen Finanzierung zu erfüllen, werden sie aber im Hinblick auf die Haushaltsslage in den meisten Fällen nicht erfüllen können. Dennoch hat der Bundesrat dieser Regelung zugestimmt. Es ist davon auszugehen, dass zahlreiche Krankenhäuser, schon aus Gründen der rechtlichen Absicherung, Anträge auf die Finanzierung von Investitionsmaßnahmen beiden für die Krankenhausplanung zuständigen Planungsbehörden stellen und bei Ablehnung derselben den Rechtsweg beschreiten werden. Durch die Zustimmung zu den bundeseinheitlichen Mindestanforderungen haben die Länder einerseits eine Einschränkung ihrer Planungskompetenz und andererseits eine Ausweitung ihrer Finanzierungsverpflichtung akzeptiert.

## PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN

*„Um der Gefahr medizinisch nicht indizierter Verlegungen an den Schnittstellen von Psychosomatik und Psychotherapeutischer Medizin zur Psychiatrie, die vorerst von dem neuen Entgeltsystem ausgeklammert ist, vorzubeugen...“*

werden nunmehr auch Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin von dem DRG-Fallpauschalensystem ausgenommen.

Die vom Gesetzgeber vermutete Gefahr nicht medizinisch indizierter Verlegungen wird allerdings durch die tatsächlich auftretende Gefahr einer deutlichen Zunahme von Anträgen von „psychosomatischen“ Einrichtungen auf Aufnahme in den Krankenhausplan übertroffen werden. Vor allem Rehabilitationseinrichtungen mit psychosomatischen und psychotherapeutischen Indikationen werden, als Folge der vermehrten Schaffung von teilstationären und ambulanten Einrichtungen in den größeren Städten, Anträge auf eine teilweise Aufnahme in den Krankenhausplan stellen. Damit kann größere Attraktivität im Wettbewerb und eine verbesserte Wirtschaftlichkeit erreicht werden. Deutschland ist der weltweit größte Anbieter derartiger Einrichtungen.

Überdies wird sich schnell herausstellen, dass ein wesentlicher Teil der davon betroffenen Indikationen nicht in speziellen Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin sondern in Einrichtungen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie in somatischen Abteilungen (z. B. Innere Medizin, Gynäkologie) behandelt werden. Dies wird dazu führen, dass vergleichbare Tatbestände in den verschiedensten Einrichtungen und Abteilungen erbracht werden. Was wiederum bedeutet, dass die erbrachten Leistungen entweder vom Fallpauschalensystem ausgenommen werden, in Form von Fallpauschalen abgerechnet werden müssen oder in somatischen Abteilungen nicht erbracht werden können. Die Konflikte und Abgrenzungsprobleme sind so gesehen vorprogrammiert.

## STRUKTURIERTE QUALITÄTSBERICHTE

*„In dem Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wird ausführlich der Nutzen der Leistungsberichte der medizinischen Einrichtungen hervorgehoben“ (Begr. Reg. Entw.)*

Der **Nutzen** liegt sicherlich auch auf Seiten derjenigen, die diese Berichte erstellen.

Künftig haben alle zugelassenen Krankenhäuser im Abstand von zwei Jahren einen **strukturierten Qualitätsbericht** zu veröffentlichen. Bei rd. 2.200 Krankenhäusern und einem geschätzten durchschnittlichen Kostenaufwand pro Strukturbericht von 50.000 Euro ergibt dies alle zwei Jahre **ein Gutachtenvolumen von mindestens 100 Mio. Euro**. Spätestens nach der ersten Veröffentlichung wird die Forderung erhoben werden, diese strukturierten Qualitätsberichte einheitlich zu strukturieren und zu gestalten.

Zu den Ausgaben für die strukturierten Qualitätsberichte kommen die Kosten für die Zertifizierungen.

## NUTZUNG VON DRG-DATEN

Aus der Tabelle 6 ist ersichtlich, wer die von den Krankenhäusern künftig zur Verfügung gestellten Struktur- und Leistungsdaten nutzen darf. „Für die Landesbehörden ist die Angabe der dreistelligen Postleitzahl der behandelten Patienten von zentraler Bedeutung für ihre Planungsentscheidung ... „(Begr. Reg.Entw.) Tatsächlich sind die **dreistelligen Postleitzahlen** weder mit Länder-, noch mit Kreis-, noch mit Stadtgrenzen kompatibel. Patientenwanderungen liefern nur auf der Basis von Verwaltungseinheiten für die auch sonstige statistische Informationen d.h. Daten über die Bevölkerung, Unfälle, Morbidität, Mortalität usw. zur Verfügung stehen, sinnvolle Erkenntnisse. Eine Wanderung von Postleitzahl zu Postleitzahl zählt nicht dazu. Auch die **durchschnittliche Entfernung** für den Sicherstellungszuschlag ist mit der **dreistelligen Postleitzahlen** nicht zu ermitteln (Patienten werden nicht per Post zugestellt). Die Summe der DRG-Fälle und die Höhe der abgerechneten Entgelte sollen der Planungsbehörde **nicht** zur Verfügung gestellt werden. Wie soll diese dann die finanzielle Auswirkung (insgesamt oder regional) der Krankenhausplanung feststellen ?

Tab. 6: Nutzung von DRG-Daten

Strukturdaten	Vertragsparteien		Planungs- behörde
	Bund	Land	
a) Institutionskennzeichen, Art des Krankenhauses, Trägerschaft, Anzahl der aufgestellten Betten	X	-	X
b) Merkmale für die Vereinbarung von Zu- u. Abschlägen, Angaben zur Teilnahme a. d. Notfallversorgung	X	-	X
c) Angaben zu Art, Umfang und Kosten der Ausbildung	X	X	X
d) Summe der DRG-Fälle, der Bewertungsrelationen u. d. Ausgleichsbeträge	X	X	-
<b>Leistungsdaten</b>			
a) Krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalles	-	-	-
b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses	X	-	-
c) Institutionskennzeichen der Krankenkasse	X	-	-
d) Geburtsjahr, -monat, Geschlecht des Patienten, dreistellige Postleitzahl	X	-	X
e) Daten zu Aufnahme, Entlassung, Verlegung	X	-	X
f) Haupt- und Nebendiagnosen, Operationen und Prozeduren	X	-	X
g) Art der abgerechneten Entgelte	X	X	X
h) Höhe der abgerechneten Entgelte	X	X	-

## Auswirkungen des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems

## VON DER DASEINSFÜRSORGE ZUM WETTBEWERB

Je mehr Erfolge die **freie Marktwirtschaft**, zumindest gemessen an dem herrschenden Weltbild, kurzfristig zu verzeichnen hat, desto weniger wird sich ein so wichtiger Teil der Volkswirtschaft wie das Gesundheitswesen den Regeln und den Mechanismen des Marktes verschließen können. **Gesundheitsleistungen werden als Dienstleistungen** und damit als handelbare Waren interpretiert, bei denen nationale Grenzen bedeutungslos werden. Der europäische Gerichtshof hat diese Auffassung bereits in seinen Urteilen zur ambulanten und stationären Versorgung zum Ausdruck gebracht.

**Deregulierung und Privatisierung** verwandeln alle Formen von Institutionen – auch Krankenhäuser – tendenziell in Gewinn maximierende Unternehmen. Sicherlich kann dadurch ihre Wirtschaftlichkeit verbessert werden, ihr essenzieller Sinn, das ist die Humanität, wird jedoch deformiert.

Der Markt erobert eine Institution nach der anderen. Denn die Gesellschaft, das scheint die systemimmanente Vorgabe, hat der Ökonomie zu dienen, und nicht umgekehrt. Die politisch vorgegebene Ausgabenlimitierung in Form der Beitragssatzstabilität ist unter einer derartigen Vorgabe **ordnungspolitisch widersprüchlich und systemwidrig**. Es ist so, als ob man den Markt und die staatliche Reglementierung gleichzeitig anstreben würde. Den Markt, um im Sinne des Zeitgeistes bei den „Siegern“ zu sein, die Reglementierung, um das nach wie vor latent vorhandene Sicherheitsbedürfnis zu befriedigen.

In der Realität führt dies dazu, dass bei einem vorgegebenen **Deckel (Beitragssatzstabilität)** der Verwaltungsaufwand für das Gesundheitssystem zulasten der Beschäftigten (**Leistungsverdichtung**) und der Patienten (**Rationierung**) laufend steigt.

## **DAS FALLPAUSCHALENSYSTEM ALS HOFFNUNGSTRÄGER**

Die Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems zur Abrechnung von Krankenhausleistungen wird den Prozess der Ablösung der **Philosophie der „Daseinsfürsorge“** durch die **Ideologie des „freien Marktes“** beschleunigen (siehe die Deregulierung von Bahn, Post, Wasser- und Energiewirtschaft usw.).

Die Interpretation der Krankenhausbehandlung als Dienstleistung, zuletzt durch Entscheidungen des **Europäischen Gerichtshofes**, unterstützt diese Entwicklung. Tendenziell wird dies die bisherige Form der staatlichen Krankenhausplanung kurz- bis mittelfristig endgültig in Frage stellen.

Die erwarteten „positiven“ Folgen des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems sind vergleichsweise auf der Ebene von **„Erwartungen und Hoffnungen“** angesiedelt während die gleichzeitig systemwidrig vorgegebene **Beitragssatzstabilität** durch eine massive Ausweitung des Verwaltungsaufwandes in Form einer **„Leistungsplanung“** in Verbindung mit einer **„Qualitätssicherung“** erreicht werden soll. Auch darin spiegelt sich die an Dynamik zunehmende Auseinandersetzung der Gegenpole „Markt“ und „Daseinsfürsorge“ wider.

Von allen Auswirkungen ist nur eine völlig unbestritten:

**Die Zunahme der Bürokratie.**

## UNGEKLÄRTER ORDNUNGSPOLITISCHER RAHMEN

Das Fallpauschalensystem wird eingeführt ohne dass die **künftige Finanzierung** der **Investitionskosten** der Krankenhäuser und die Auswirkungen des Fallpauschalensystems auf die anderen Versorgungssektoren geklärt werden.

Bei den ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgungssektoren gelten damit auch in den nächsten Jahren **unterschiedliche Finanzierungs- und Abrechnungssysteme** (monistisch, dualistisch, trialistisch, Gebühren, Fallpauschalen, Pflegesätze, Mischformen usw.). Auch die **Zulassungsvoraussetzungen** für die Leistungsanbieter unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Sektoren.

Unter diesen Voraussetzungen spricht vieles mehr für ein chaotisches Systemverhalten als eine gesteigerte Bereitschaft zu **sektorenübergreifenden integrierten Versorgungssystemen** nach § 140 SGB V. Die **zahllosen Modelle** werden daran nichts ändern. Bisher jedenfalls wurden derartige „Erfolge“ nur angekündigt und nicht ergebnisorientiert nachgewiesen.

Kausale Zusammenhänge und Auswirkungen der Verschiebung von Kosten und Leistungen zwischen den einzelnen Versorgungssektoren sind übrigens nach wie vor mangels entsprechender statistischer Daten nicht nachweisbar. So gibt es beispielsweise bei den Krankenkassen nach wie vor keine dem Verband der Rentenversicherungsträger (VDR) vergleichbare Reha-Statistik.

Länderbezogene Statistiken über die Nachfrage und die Ausgaben der GKV gibt es nur für die **landesunmittelbaren**, nicht aber für die **bundesunmittelbaren** Krankenkassen. Dies bedeutet, dass für rd. 50 Prozent der Krankenkassenausgaben keine sektoralen länderbezogenen Informationen vorliegen. Wie will man unter diesen Voraussetzungen eigentlich die Auswirkungen sektorenübergreifender integrierter Versorgungsangebote überprüfen ?

## ABSEHBARE WECHSELWIRKUNGEN DER FALLPAUSCHALEN

- Mengenausweitung → Mengenbegrenzung
- Fehlbelegung → Fehlkodierung
- Leistungsplanung → Aushöhlung der Krankenhausplanung
- Transparenz → Qualitätssicherung, Patientenmitsprache
- Mindestmengen → Konzentration, Kooperation
- Zuordnungsproblematik → Änderung der Weiterbildungsinhalte
- Effizienzsteigerung → Auflösung der Abteilungsstrukturen
- Schnittstellenproblematik → Auflösung der Sektorengrenzen
- Beitragssatzstabilität → vermehrte Verlegungen
- Verweildauerkürzung → Verlagerung in andere Sektoren
- Ablaufänderung → hoher Investitionsbedarf
- Investitionsbedarf → Trägerwechsel (zunehmende Privatisierung)
- Investitionsstau → Ende der dualistischen Finanzierung
- Komplexität → Zunahme der Bürokratie und des Verwaltungsaufwandes
- Verunsicherung → umfangreicher Beratungsbedarf
- Ökonomisierung → Verlust an Humanität, virtuelle Patienten
- Erkenntnisgewinn → Ruf nach einem neuen Vergütungssystem (!!)**

Die Einführung von **bundeseinheitlichen Punktwerten** für die Bemessung der Fallpauschalen wird bei den enorm **unterschiedlichen Investitionsquoten** der Länder aber auch der Krankenhäuser selbst zu **drastischen Wettbewerbsverzerrungen** und dadurch zu einer konfliktreichen Veränderung der Angebotsstruktur führen.

Nach den Erfahrungen in anderen Staaten ist davon auszugehen, dass der Weg von der **Fallpauschale** über die **Fallkomplexpauschale** hin zu einer jährlichen **Kopfpauschale** für die Behandlung der Patienten inclusive der Verschreibung von Arzneimitteln führen wird verbunden mit einer Verlagerung des Versicherungsrisikos von den Krankenkassen zu den Leistungserbringern.

## ÄNDERUNGEN DER ANGEBOTS- UND ABLAUFSTRUKTUREN

Der sich aus dem diagnose-orientierten Fallpauschalensystem ergebende Leistungs- und Qualitätswettbewerb wird die **externen Angebotsstrukturen** (z.B. durch Schließung, Fusion und Kooperation) und die **internern Ablaufstrukturen** (z.B. durch Auflösung der bisherigen Abteilungsstrukturen) sehr schnell verändern.

Das vertraute traditionelle Bild des Leistungsanbieters „Krankenhaus“ wird sich kurz- bis mittelfristig durch die Bildung sektorenübergreifender Angebots- und Leistungsstrukturen (kooperativ oder integrativ) drastisch wandeln.

Die **Telematik** im Gesundheitswesen wird diese sektorenübergreifenden prozessorientierten Lösungen durch neue technische Möglichkeiten der Kooperation unterstützen.

Der **Sicherstellungsauftrag** der Kommunen wird nach Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems zwangsläufig auf die Länder verlagert werden müssen, da die Gestaltungsmöglichkeit der Sicherstellung durch die Kommunen innerhalb des eigenen Wirkungskreises gegen Null tendiert.

## FOLGEN DER TRANSPARENZ

Ab 2003 wird als Folge des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems erstmals in Deutschland der breiten Öffentlichkeit bekannt **wer, wo, welche und wieviele stationäre medizinische Leistungen erbringt**. Die damit verbundene umfassende Transparenz wird als Folge des Ökonomieprinzips und der steigenden Qualitätsanforderungen bei den Krankenhäusern verstärkt Konzentrationsprozesse auslösen bzw. die Neigung zu Kooperationen und Fusionen verstärken.

Die Leistungstransparenz wird auch eine Stärkung der **Selbsthilfegruppen** und **Verbraucherzentralen** mit entsprechender Öffentlichkeitsarbeit zur Folge haben. Der Gebrauch des Internet wird in diesen Zusammenhang an Bedeutung gewinnen und die Möglichkeiten der **Patienteninformation** stärken.

Die Diskussionen in der Öffentlichkeit über die tatsächliche oder vermeintliche **Unterversorgung** emotional besetzter Leistungen wird zunehmen. Dafür eignen sich besonders zahlenmäßig geringe Leistungen, die mit den Begriffen Hirn, Herz, Krebs und Kinder verbunden sind und Angebote, die sich einer klaren Definition entziehen wie Psychosomatik, Psychotherapeutische Medizin, Geriatrie usw.

Bei den Patienten wird bei der Wahl des Behandlungsortes die Frage nach den jährlichen Leistungsmengen (**Mindestmengen**) im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung immer mehr an Bedeutung gewinnen.

## INVESTIVER NACHHOLBEDARF IN MILLIARDENHÖHE

Die **Zukunft vieler Krankenhäuser** wird weniger durch die Folgen des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems und einer immer mehr ausufernden staatlichen Krankenhausplanung als vielmehr durch die nachweisbar **fehlenden Investitionsmittel** in Milliardenhöhe für eine kurz- bis mittelfristige Modernisierung der Angebots- und Ablaufstrukturen gefährdet werden. Ohne zusätzliche Investitionen kann man grundsätzlich auch keine **integrierten Versorgungsstrukturen** entwickeln und anbieten.

Die unzureichende Beachtung des **enormen Investitionsbedarfs** der Krankenhäuser durch die meisten Länder wird die **unstrukturierte Privatisierung des Krankenhauswesens** dramatisch beschleunigen. Die **Investitionsquote** der Plankrankenhäuser schwankte 1999 länderbezogen von 4,7 Prozent in Bremen bis 17,9 Prozent in Thüringen.

Je kleiner das als „Einzelunternehmen“ geführte Krankenhaus, desto größer ist grundsätzlich das Gefährdungspotential.

28 Prozent der Krankenhäuser haben in Deutschland weniger als 100,  
54 Prozent weniger als 200 Betten

Bei den meisten kleineren Krankenhäusern liegt die Jahresfrequenz der erbrachten Leistungen meist unter 20.

Diese Tatsachen beeinflussen den Zeitpunkt der sich abzeichnenden **verstärkten Privatisierung** und die Höhe des zumindest kurzfristig noch zu erzielenden Verkaufserlöses. In diesem Zusammenhang gewinnt die Frage der künftigen Finanzierung der VBL Leistungen für das übernommene Personal immer stärker an Bedeutung.

Die Akzeptanz der staatlichen Planungsvorgaben wird als Folge der fehlenden bzw. unzureichenden öffentlichen Förderung immer mehr abnehmen.

## Zusammenfassung

## STAATLICHE „LEISTUNGSPLANUNG“ OHNE RECHTSGRUNDLAGEN

Das „**Denken in Krankenhäusern**“ führt zu statischen, das „**Denken in „Leistungen“**“ zu vergleichsweise **dynamischen Verhaltensweisen** und zu prozessorientierten Angebots- und Leistungsstrukturen im Sinne eines marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitswesens.

Für eine staatliche „**Leistungsplanung**“ im Sinne einer verbindlichen Vorgabe aller oder eines Großteils der in den Krankenhäusern zu erbringenden Leistungen gibt es weder im KHG noch in der BPfIV noch im SGB V eine Rechtsgrundlage. Im Gegenteil, sie widerspräche dem Grundsatz der Gewerbefreiheit (Verfassungsrang). Sie muss im Einzelfall gesetzlich geregelt werden (z.B. Transplantationsgesetz).

Die derzeitige staatliche angebotsorientierte Krankenhausplanung wurde zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser verfassungsrechtlich durch die Investitionsfinanzierung der Länder legitimiert. Je mehr jedoch die Länder ihrer Finanzierungsverpflichtung nur unzureichend nachkommen, desto fragwürdiger wird diese Legitimation. Mit der Einführung einer **monistischen Finanzierung** entfiele sie übrigens endgültig.

Für Dienstleistungen und dazu zählt nach einem Urteil des EurGRH inzwischen auch die stationäre Krankenhausbehandlung gibt es in einem marktwirtschaftlich geregelten Gesundheitswesen keine staatliche Planung. Die zunehmende Privatisierung des Krankenhauswesens wird diesen **ordnungspolitischen Konflikt** schnell ins Bewusstsein der Öffentlichkeit bringen.

## ZUKUNFT DER STAATLICHEN KRANKENHAUSPLANUNG

Eine **versorgungssektorbezogene Krankenhausplanung** kann es in Deutschland nur solange geben, als es Krankenhäuser als Institutionen gibt. **Gesundheitszentren** oder **integrierte Angebotsstrukturen** werden vom Begriff der Krankenhausplanung nicht erfasst.

Nach dem endgültigen Wegfall der dualistischen Finanzierung wird die **Letzentscheidung** der Länder in Frage gestellt werden.

Der Begriff **Krankenhausplanung** ist **sektoral** geprägt und wird der sich verändernden **sektorenübergreifenden** und **prozessorientierten** Krankheits- und Angebotsstruktur nicht mehr gerecht.

Für eine alle Versorgungssektoren umfassende rechtsstaatlich geregelte und gerichtlich überprüfbare Gesundheitsplanung gibt es andererseits in Deutschland keine Rechtsgrundlage.

Die nächsten Jahre werden deshalb bei unveränderter Rechtsgrundlage geprägt sein von der parallelen Planungskompetenz zwischen Planungsbehörde und Vertragsparteien und einer abnehmenden Akzeptanz von staatlichen Planungsentscheidungen als Folge der unzureichenden und zu späten öffentlichen Förderung.

## MODERATORENROLLE DER LÄNDER

Aufgabe des Staates in Zeiten des zunehmenden Mangels und der Orientierungslosigkeit ist es, Konflikte zwischen den verschiedenen Interessengruppen durch ein an rechtsstaatlichen Grundsätzen orientiertes, **hochqualifiziertes**, präzises, pragmatisches und zeitgerechtes Gestalten und Moderieren zu reduzieren, und nicht permanent verbal optimale Endlösungen anzukündigen.

## 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 Kardiologie/Herzchirurgie, der Radioonkologie und der Nuklearmedizinischen Therapie.

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

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

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

Ausbau der sektorenübergreifenden Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungssektoren in Form der kooperativen Regionalisierung durch Regionalverbände und Managements GmbH's.

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: 0049/511-574553  
Fax: 0049/511-574553  
Email: [ernst@bruckenberger.de](mailto:ernst@bruckenberger.de)  
Internet: [www.bruckenberger.de](http://www.bruckenberger.de)

