

Dr. Ernst Bruckenberger

Wie wäre es mit einer dualistischen Monistik ? Länderranking 2006

Gerade in der gegenwärtigen Debatte um eine monistische Krankenhausfinanzierung nach dem Ende der DRG-Konvergenzphase ist eine Aktualisierung des Länderrankings aus 2004 naheliegend. Es gibt Gewinner und Verlierer, aber es gibt nach wie vor keine plausible Erklärung für die teilweise bedeutenden Unterschiede bei den Landesausgaben für die Krankenhäuser. Das Länderranking 2006 wird im Folgenden auf die Investitionen in Form der KHG-Mittel erweitert. Als Lösung nach dem Ende der Konvergenzphase bietet sich, so der Autor, eine dualistische Monistik an, indem der überwiegende Teil der KHG-Mittel über eine jährliche Pauschalförderung den Krankenhäusern zur freien Verfügung gestellt werde. Entscheidend sei nicht die Frage: monistisch oder dualistisch, sondern ausreichend oder nicht und selbstbestimmt oder nicht.

Komplexe Systeme entziehen sich systemimmanent einfachen monokausalen Erklärungsversuchen. Das Ergebnis eines Länderrankings für die stationäre Krankenhausbehandlung zeigt, dass weder die Berücksichtigung des Wohnortes noch die unterschiedlichen Altersstrukturen eine plausible Erklärung für die teilweise merklichen Unterschiede bei den Ausgaben für die stationäre Krankenhausbehandlung pro Einwohner liefert.

Tatsache ist andererseits, dass einige Länder bei der Gestaltung der Krankenhausstruktur, sei es mit Hilfe der Krankenhausplanung oder auf anderem Wege, bezüglich der kostenmäßigen Auswirkungen für die Beitrags- bzw. Steuerzahler eindeutig mehr Erfolge haben als andere. Erfahrungsgemäß tragen z.B. klare Entscheidungen im Sinne von Krankenhaus- bzw. Abteilungsschließungen eher zur Effizienzsteigerung der stationären Krankenhausbehandlung bei als politikfreundliche konfliktvermeidende Wohlfühlösungen. Erstere sind übrigens auch bei der Lebenserwartung ihrer Bevölkerung auf den vorderen Rängen zu finden. Die Spitzenposition bei diesem Ranking nimmt, wie bereits 2004, auch 2006 eindeutig Baden-Württemberg ein.

Methodik der Platzziffernbewertung

Für den Ländervergleich wurden wie bereits 2004 folgende sechs Faktoren ausgewählt:

- die Angebotsstruktur (Kapazität) in Form der Betten,
- die Nachfrage in Form der in Anspruch genommenen und von den Krankenkassen anerkannten Pflgetage („tatsächlicher Bedarf“),
- die vollstationär behandelten Fälle,
- die entstandenen Kosten pro Fall,
- die Kosten pro Einwohner,
- die Zahl der insgesamt Gestorbenen, quasi als „Ergebnisqualität“.

Selbstverständlich ist die Zahl der Faktoren beliebig erweiterbar. Dies gilt aber eher für die Ursachenforschung oder für eine Analyse der Kausalitäten und nicht so sehr für eine rein ergebnisorientierte Analyse.

Das Ranking der Länder erfolgte mit Hilfe einer Platzziffernbewertung. Dabei wurden bei den sechs Faktoren der jeweils niedrigste Wert mit der Platzziffer 1 und der jeweils höchste Wert mit der Platzziffer 16 bewertet. Die sechs Faktoren wurden als gleichwertig unterstellt. Die Summe der Platzziffern ergab die Rangordnung im Ländervergleich.

Dem Ländervergleich anhand der ausgewählten sechs Faktoren wurden mit dem Ziel einer fortschreitenden Präzisierung beziehungsweise Vertiefung der Analyse drei unterschiedliche Bezugsgrößen zugrunde gelegt:

- Behandlungsort
- Wohnort
- Abweichung der Faktoren vom Bundesdurchschnittswert nach Altersgruppen.

Ländervergleich nach dem Behandlungsort

Hier wurden die sechs Faktoren unabhängig von der Herkunft der Patienten analysiert. Länder, die per Saldo einen Versorgungsanteil für ihre Nachbarn übernehmen, wie z.B. Bremen, Hamburg, Berlin usw., haben dadurch eine vergleichsweise erhöhte Platzziffer. Da dies aber für beide Vergleichsjahre zutrifft und hier nur die prozentuale Veränderung bewertet wird, ist ein behandlungsortbezogener Ländervergleich zur Feststellung von Entwicklungstendenzen durchaus vertretbar.

Für den Vergleich der Jahre 1991 und 2006 wurden für jedes Land die prozentuale Veränderung (z.B. Betten pro 100.000 Einwohner in Berlin: Wert 1991 = 11,58, Wert 2006 = 5,83, Differenz = - 49,6%) und die jeweilige Platzziffer in den beiden Jahren ermittelt. Die Summe der Platzziffern ergab sich aus der Differenz der Platzziffern in 2006 und 1991 für die einzelnen Faktoren. Hat ein Land im Jahr 1991 bei den aufgestellten Betten die Platzziffer 16 und im Jahr 2006 die Platzziffer 5, so ist das eine Verbesserung um elf Plätze (- 11). Die Differenz der Platzziffern ergab sich aus der Abweichung der Platzziffern der sechs Faktoren zwischen 1991 und 2006. Die Addition der Platzzifferndifferenz ergab die Summe der Platzziffern und damit den jeweiligen Rang im Ländervergleich.

Im Ländervergleich nach dem Behandlungsort schneidet Berlin, gefolgt von Hamburg am besten ab, Thüringen gefolgt von Sachsen-Anhalt bildet das Schlusslicht (Tab. 1). Die Bandbreite der prozentualen Veränderungen zwischen den einzelnen Bundesländern von 1991 bis 2006 ist enorm. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass Länder mit einem hohen Ausgangswert, wie ihn beispielsweise Berlin im Jahr 1991 hatte, vergleichsweise leichter größere Reduzierungserfolge erzielen konnten als Länder mit einem niedrigen Ausgangswert (z.B. Baden-Württemberg).

Tab. 1 : Behandlungsortbezogene Veränderungen der sechs Faktoren von 1991 bis 2006

Land	Veränderung in Prozent von 1991 bis 2006						Differenz der Platz- ziffern	Rang 2006	Rang 2004
	Betten pro 100.000 Einwohner	Pflegetage pro 100.000 Einwohner	Fälle pro 100.000 Einwohner	Kosten in Euro pro Einwohner	Kosten in Euro pro Fall	Tote pro 100.000 Einwohner			
Berlin	-49,6	-52,8	11,6	20,8	8,3	-26,9	-35	1	1
Hamburg	-25,6	-34,9	5,8	23,4	16,6	-24,1	-19	2	3
Niedersachsen	-28,4	-33,8	2,2	40,8	37,8	-9,8	-14	3	2
Nordrhein-Westfalen	-24,2	-34,4	10,1	34,9	22,5	-7,4	-10	4	8
Baden-Württemberg	-18,4	-29,2	5,1	40,9	34,1	-11,2	-8	5	4
Hessen	-22,7	-30,6	7,8	41,0	30,9	-13,2	-5	6	7
Rheinland-Pfalz	-16,5	-30,9	7,4	53,9	43,2	-9,2	-5	7	5
Schleswig-Holstein	-20,1	-28,1	8,6	48,8	37,1	-10,7	-3	8	13
Brandenburg	-33,0	-26,7	33,2	140,3	80,4	-15,6	1	9	6
Bremen	-20,5	-32,3	19,7	51,5	26,6	-13,7	2	10	11
Sachsen	-30,8	-27,7	54,1	152,6	63,9	-19,4	5	11	12
Bayern	-19,6	-27,7	7,9	49,1	38,3	-9,9	6	12	10
Mecklenburg-Vorpom.	-28,7	-24,8	25,7	120,7	75,5	-10,1	7	13	9
Saarland	-20,3	-29,6	8,4	57,1	44,8	0,2	22	14	14
Sachsen-Anhalt	-23,9	-21,5	41,6	162,8	85,6	-11,8	26	15	16
Thüringen	-21,1	-18,6	42,7	149,0	74,6	-10,9	30	16	15
Deutschland	-25,2	-31,8	12,6	51,4	34,4	-12,1			

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

Nimmt man die Werte der sechs Faktoren für 2006 als Berechnungsgrundlage für die behandlungsortbezogene Platzziffernbewertung, schneiden wie bereits 2004 Baden-Württemberg gefolgt von Niedersachsen am besten und das Saarland sowie Bremen am ungünstigsten ab (Tab. 2). Eine nennenswerte Verbesserung erreichte Schleswig-Holstein, das sich um vier Ränge verbessern konnte.

Tab. 2 : Behandlungsortbezogenes Länderranking im Jahr 2006 nach der Summe der Platzziffern

Land	Platzziffer 2006						Summe der Platz- ziffern	Rang 2006	Rang 2004
	Betten pro 100.000 Einwohner	Pflegetage pro 100.000 Einwohner	Fälle pro 100.000 Einwohner	Kosten in Euro pro Einwohner	Kosten in Euro pro Fall	Tote pro 100.000 Einwohner			
Baden-Württemberg	3	1	1	4	12	1	22	1	1
Niedersachsen	1	2	2	2	9	8	24	2	2
Schleswig-Holstein	2	3	3	3	8	11	30	3	7
Brandenburg	7	8	6	1	2	9	33	4	3
Hessen	4	4	4	8	10	4	34	5	5
Mecklenburg-Vorpom.	6	9	12	5	1	7	40	6	4
Rheinland-Pfalz	10	5	5	6	5	10	41	7	6
Bayern	8	6	7	10	11	3	45	8	8
Berlin	5	7	8	13	15	2	50	9	10
Sachsen	9	10	9	7	3	14	52	10	9
Nordrhein-Westfalen	13	12	10	11	6	6	58	11	12
Thüringen	14	14	13	9	4	13	67	12	11
Hamburg	11	11	11	14	16	5	68	13	13
Sachsen-Anhalt	12	13	14	12	7	16	74	14	14
Bremen	16	16	16	16	13	12	89	15	16
Saarland	15	15	15	15	14	15	89	16	15

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

Ländervergleich nach dem Wohnort der Patienten

Beim wohnortbezogenen Ländervergleich (ohne Berücksichtigung der Altersstruktur) der Jahre 1991 und 2006 wurden durch Berücksichtigung der Wanderbewegungen die der jeweiligen Wohnbevölkerung zuzuordnenden Betten, Pflegetage, vollstationären Fälle, Kosten und Gestorbenen ermittelt. Auch dabei schneidet Berlin, diesmal gefolgt von Hamburg, Bremen und Niedersachsen, am besten ab. Thüringen, Sachsen-Anhalt und das Saarland weisen die ungünstigsten Werte auf (Tab. 3). Schleswig-Holstein hat sich von 2004 bis 2006 um fünf Ränge verbessert, Brandenburg um drei Ränge verschlechtert.

Tab. 3 : Wohnortbezogene Veränderung der sechs Faktoren von 1991 bis 2006

Land	Veränderung in Prozent von 1991 bis 2006						Differenz der Platz- ziffern	Rang 2006	Rang 2004
	Betten pro 100.000 Einwohner	Pflegetage pro 100.000 Einwohner	Fälle pro 100.000 Einwohner	Kosten in Euro pro Einwohner	Kosten in Euro pro Fall	Tote pro 100.000 Einwohner			
Berlin	-51,5	-54,2	11,7	20,3	7,6	-26,9	-46	1	1
Hamburg	-29,2	-39,4	0,4	20,2	19,8	-24,1	-30	2	2
Bremen	-24,6	-39,5	5,9	35,5	28,0	-13,7	-12	3	4
Niedersachsen	-26,6	-32,3	5,3	43,2	35,9	-9,8	-12	4	3
Nordrhein-Westfalen	-24,1	-34,2	9,6	35,1	23,3	-7,4	-7	5	7
Baden-Württemberg	-18,2	-29,6	3,8	39,0	33,9	-11,2	-6	6	5
Hessen	-21,2	-29,7	9,3	43,2	31,0	-13,2	-6	7	6
Schleswig-Holstein	-22,0	-29,4	5,8	44,8	36,9	-10,7	-3	8	13
Sachsen	-31,9	-29,3	43,4	138,7	66,4	-19,4	5	9	10
Rheinland-Pfalz	-17,5	-31,3	8,0	52,3	40,9	-9,2	6	10	8
Bayern	-19,9	-28,3	8,6	48,9	37,2	-9,9	8	11	12
Brandenburg	-32,7	-26,7	34,0	120,4	64,4	-15,6	9	12	9
Mecklenburg-Vorpom.	-27,7	-23,5	24,8	119,7	76,0	-10,1	11	13	11
Saarland	-20,6	-28,2	12,2	59,4	42,0	0,2	17	14	14
Sachsen-Anhalt	-25,3	-22,1	42,5	156,6	80,1	-11,8	32	15	16
Thüringen	-21,4	-19,1	43,4	145,8	71,4	-10,9	34	16	15
Deutschland	-25,3	-32,0	12,4	51,0	34,4	-12,1			

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

Nimmt man die Platzziffern der sechs Faktoren im Jahr 2006 als Beurteilungsgrundlage für den wohnortbezogenen Ländervergleich, schneidet Baden-Württemberg diesmal gefolgt von Berlin, Hamburg und Niedersachsen, am besten und das Saarland sowie Sachsen-Anhalt am ungünstigsten ab (Tab. 4). Schleswig-Holstein hat sich gegenüber 2004 um fünf Ränge verbessert, Mecklenburg-Vorpommern um sechs Ränge verschlechtert.

Tab. 4 : Wohnortbezogenes Länderranking im Jahr 2006 nach der Summe der Platzziffern

Land	Platzziffer 2006						Summe der Platz- ziffern	Rang 2006	Rang 2004
	Betten pro 100.000 Einwohner	Pflegetage pro 100.000 Einwohner	Fälle pro 100.000 Einwohner	Kosten in Euro pro Einwohner	Kosten in Euro pro Fall	Tote pro 100.000 Einwohner			
Baden-Württemberg	2	1	1	1	12	1	18	1	1
Berlin	1	3	3	11	15	2	35	2	4
Hamburg	4	2	2	8	16	5	37	3	7
Niedersachsen	5	5	6	4	9	8	37	4	3
Schleswig-Holstein	3	4	4	5	11	11	38	5	10
Hessen	6	7	8	6	8	4	39	6	5
Bayern	7	8	7	7	10	3	42	7	6
Mecklenburg-Vorpom.	8	11	13	3	1	7	43	8	2
Sachsen	10	10	9	2	3	14	48	9	9
Rheinland-Pfalz	11	9	10	9	5	10	54	10	8
Bremen	9	6	5	14	14	12	60	11	13
Brandenburg	12	13	12	12	4	9	62	12	11
Nordrhein-Westfalen	14	12	11	13	7	6	63	13	14
Thüringen	15	14	14	10	2	13	68	14	12
Sachsen-Anhalt	16	16	16	15	6	16	85	15	15
Saarland	13	15	15	16	13	15	87	16	16

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

Ländervergleich altersbereinigt (nach dem Wohnort)

Beim wohnortbezogenen und zusätzlich altersbereinigten Ländervergleich des Jahres 2006 wurde nicht nur die Wanderbewegung der Patienten zwischen den Bundesländern, sondern auch die unterschiedliche Alterstruktur der Bevölkerung in den Bundesländern berücksichtigt. Letztere ist ein wesentlicher Gesichtspunkt, da sich sowohl die Nachfrage nach vollstationären Krankenhausleistungen (Fälle) als auch die dafür entstehenden Kosten in den einzelnen Altersgruppen deutlich unterscheiden. Grundsätzlich nehmen sowohl die Nachfrage als auch die Kosten für die vollstationäre Krankenhausbehandlung in den höheren Altersgruppen zu. Diese Feststellung gilt zumindest bis zur Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen.

Bei dem altersbereinigten Ländervergleich wurde der jeweilige Bundesdurchschnittswert der Faktoren Pflegetage, vollstationäre Fälle, Kosten und Gestorbene nach Altersgruppen pro 100.000 Einwohner des Jahres 2006 ermittelt (z.B. 12.242 Fälle pro 100.000 Einwohner in der Altersgruppe der 20- bis 25-Jährigen usw.) und mit der Einwohnerzahl der jeweiligen Altersgruppe der einzelnen Bundesländer hochgerechnet. Die Summe der fiktiven Altersgruppenwerte ergibt einen fiktiven Gesamtwert für das jeweilige Bundesland (z.B. 2.143.111 Fälle). Dieser wird dem tatsächlichen Wert des Jahres 2006 (z.B. 1.863.200 Fälle) gegenübergestellt und die Differenz als Prozentwert ermittelt.

Die größte prozentuale Unterschreitung des fiktiven Wertes (z.B. – 12,2%) wurde mit der Platzziffer 1 und die größte prozentuale Überschreitung (z.B. + 11,2%) mit Platzziffer 16 bewertet.

Die altersbereinigte Abweichung von den Bundesdurchschnittswerten für Pfl egetage, vollstationäre Fälle, Kosten und Gestorbene jeweils pro 100.000 Einwohner pendelt zwischen den einzelnen Ländern überwiegend zwischen – 10% und + 10%. Baden-Württemberg, Hessen und Sachsen unterschreiten bei allen vier Faktoren den Bundesdurchschnittswert, während Nordrhein-Westfalen, Brandenburg, Saarland und Sachsen-Anhalt bei allen Werten darüber liegen (Tab. 5).

Offensichtlich werden die Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung einerseits vom Umfang der Nachfrage, andererseits aber auch von der stationären Angebotsstruktur (überdurchschnittlich hoher Anteil großer bzw. kleiner Krankenhäuser) und der ambulanten Angebotsstruktur beeinflusst.

Tab. 5 : Altersbereinigte Über- und Unterschreitung der Bundesdurchschnittswerte in Prozent 2006

Land	Pfl egetage pro 100.000 Einwohner	Fälle pro 100.000 Einwohner	Kosten in Euro pro 100.000 Einwohner	Gestorbene pro 100.000 Einwohner
Baden-Württemberg	-12,2	-13,1	-8,4	-10,5
Hessen	-3,9	-2,1	-0,6	-5,1
Hamburg	-8,2	-11,9	3,9	-2,5
Bremen	-6,4	-4,8	4,0	-1,5
Berlin	-6,0	-5,6	6,2	-0,9
Bayern	-2,3	0,2	2,1	-0,8
Sachsen	-2,5	-5,4	-12,8	-0,2
Rheinland-Pfalz	-0,5	5,0	1,5	0,4
Niedersachsen	-4,0	-3,1	-2,3	0,8
Schleswig-Holstein	-6,2	-4,9	-2,5	1,1
Nordrhein-Westfalen	10,6	6,9	4,3	2,9
Brandenburg	11,2	10,7	2,3	7,5
Thüringen	8,5	9,2	-1,2	8,0
Mecklenburg-Vorpom.	3,7	9,1	-4,8	8,9
Saarland	9,0	12,3	21,1	11,3
Sachsen-Anhalt	9,7	12,4	7,7	12,2

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

Nach dem wohnortbezogenen und altersbereinigten Ländervergleich zählten bei der vollstationären Krankenhausbehandlung im Jahr 2006 Baden-Württemberg, Hamburg, Sachsen, Schleswig-Holstein und Hessen zum Spitzenfeld; Bremen, Berlin, Niedersachsen, Bayern und Rheinland-Pfalz zum Mittelfeld

und Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Nordrhein-Westfalen, Brandenburg, Saarland und Sachsen-Anhalt zum unteren Tabellendrittel (Tab. 6).

Im Zeitraum von 2004 bis 2006 hat sich Schleswig-Holstein um sechs Ränge verbessert und Niedersachsen um vier Ränge verschlechtert.

Tab. 6 : Altersbereinigtes Länderranking im Jahr 2006 nach der Summe der Platzziffern

Land	Pflegetage pro 100.000 Einwohner	Fälle pro 100.000 Einwohner	Kosten in Euro pro 100.000 Einwohner	Gestorbene pro 100.000 Einwohner	Summe der Platzziffern	Rang 2006	Rang 2004
Baden-Württemberg	1	1	2	1	5	1	1
Hamburg	2	2	11	3	18	2	2
Sachsen	8	4	1	7	20	3	5
Schleswig-Holstein	4	5	4	10	23	4	10
Hessen	7	8	7	2	24	5	3
Bremen	3	6	12	4	25	6	6
Berlin	5	3	14	5	27	7	7
Niedersachsen	6	7	5	9	27	8	4
Bayern	9	9	9	6	33	9	9
Rheinland-Pfalz	10	10	8	8	36	10	8
Mecklenburg-Vorpom.	11	12	3	14	40	11	11
Thüringen	12	13	6	13	44	12	12
Nordrhein-Westfalen	15	11	13	11	50	13	13
Brandenburg	16	14	10	12	52	14	14
Saarland	13	15	16	15	59	15	15
Sachsen-Anhalt	14	16	15	16	61	16	16

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

Altersbereinigter „Länderfinanzausgleich“

Bildet man die Differenz zwischen den tatsächlichen Ausgaben für die vollstationäre Krankenhausbehandlung der einzelnen Länder (wohntortbezogen) und den fiktiven Ausgaben, ermittelt an Hand des bundesdurchschnittlichen, auf die einzelnen Lebensjahre bezogenen GKV-Ausgabenprofils für die stationäre Behandlung, schneiden 2006 Sachsen, Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern prozentual am besten, das Saarland, Sachsen-Anhalt und Berlin am schlechtesten ab.

So lagen die tatsächlichen Ausgaben 2006 z.B. in Baden-Württemberg 621 Mio. Euro (- 8,4%), in Sachsen 410 Mio. Euro (- 12,8%) und in Niedersachsen 128 Mio. Euro (- 2,3%) unter den am Bundesdurchschnittswert gemessenen fiktiven Ausgaben. Im Saarland lagen die tatsächlichen Ausgaben 160 Mio. Euro (+ 21,1%), in Sachsen-Anhalt 140 Mio. Euro (+ 7,7%) und in Berlin 143 Mio. Euro (+ 6,2%) über dem Bundesdurchschnittswert der fiktiven Ausgaben (Tab. 7).

Tab. 7 : Differenz der tatsächlichen und fiktiven Ausgaben für die stationäre Krankenhausbehandlung

Land	fiktive Ausgaben nach GKV-Profil in Millionen Euro	tatsächliche Ausgaben in Millionen Euro	Differenz absolut 2006	Differenz in % 2006	Differenz in % 2004
Sachsen	3.206	2.796	-410	-12,8	-9,6
Baden-Württemberg	7.372	6.751	-621	-8,4	-9,0
Mecklenburg-Vorpom.	1.197	1.140	-58	-4,8	-1,2
Schleswig-Holstein	2.016	1.966	-50	-2,5	2,5
Niedersachsen	5.623	5.494	-128	-2,3	-4,1
Thüringen	1.683	1.664	-20	-1,2	0,8
Hessen	4.262	4.235	-27	-0,6	-0,1
Rheinland-Pfalz	2.866	2.908	42	1,5	-1,8
Bayern	8.622	8.803	181	2,1	1,1
Brandenburg	1.811	1.853	42	2,3	5,9
Hamburg	1.210	1.258	47	3,9	4,7
Bremen	480	500	19	4,0	2,7
Nordrhein-Westfalen	12.628	13.167	539	4,3	3,1
Berlin	2.315	2.458	143	6,2	8,7
Sachsen-Anhalt	1.812	1.951	140	7,7	11,0
Saarland	759	919	160	21,1	18,8

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

Auf dem Weg zur dualistischen Monistik

Nicht nur die Angebotsstrukturen, auch die Leistungsstrukturen und die dadurch ausgelösten Kosten unterscheiden sich deutlich zwischen den Ländern, dies gilt ebenso für die von den Ländern zur Verfügung gestellten KHG-Mittel (Investitionskosten). So unterschied sich beispielsweise 2006 der Haushaltsansatz für die KHG-Mittel pro Fall und pro Einwohner zwischen Niedersachsen und Sachsen-Anhalt etwa 1:4.

Der in der Öffentlichkeit genannte Investitionsstau von rd. 50 Mrd. Euro erscheint bei nüchterner Betrachtungsweise als etwas überzogen. Bei einem Neubaupreis von rd. 250.000 Euro pro Planbett bedeutet dieser Betrag, dass etwa 40 Prozent aller derzeitigen rd. 470.000 Planbetten ersetzt werden müssten und dies bei abnehmenden Bettenkapazitäten. Für welche Krankenhausstruktur die geschätzten 50 Mrd. Euro Investitionsstau eigentlich verwendet werden sollen, ist ebenfalls ungeklärt.

Tab. 8 : Bereinigte Kosten und KHG-Mittel* für die Plankrankenhäuser 2006

Land	Beträge in Mio. Euro			Anteile in %			
	Bereinigte Kosten	KHG-Mittel*	Summe	Bereinigte Kosten	KHG-Mittel*	Summe	Rang KHG-Mittel 2006
Niedersachsen	4.272,5	121,4	4.393,9	97,2	2,8	100,0	1
Saarland	727,2	26,2	753,4	96,5	3,5	100,0	2
Nordrhein-Westfalen	10.738,8	472,0	11.210,8	95,8	4,2	100,0	3
Bremen	711,5	34,3	745,8	95,4	4,6	100,0	4
Berlin	2.029,6	99,6	2.129,2	95,3	4,7	100,0	5
Rheinland-Pfalz	2.250,2	118,8	2.369,0	95,0	5,0	100,0	6
Baden-Württemberg	5.371,6	296,7	5.668,3	94,8	5,2	100,0	7
Bayern	6.918,9	452,6	7.371,4	93,9	6,1	100,0	8
Schleswig-Holstein	1.254,6	88,6	1.343,2	93,4	6,6	100,0	9
Sachsen	2.360,0	167,4	2.527,4	93,4	6,6	100,0	10
Brandenburg	1.446,0	113,6	1.559,6	92,7	7,3	100,0	11
Hessen	3.244,4	258,2	3.502,6	92,6	7,4	100,0	12
Hamburg	1.205,3	110,0	1.315,4	91,6	8,4	100,0	13
Thüringen	1.383,8	127,9	1.511,7	91,5	8,5	100,0	14
Mecklenburg-Vorpom.	849,7	80,6	930,3	91,3	8,7	100,0	15
Sachsen-Anhalt	1.427,0	154,3	1.581,3	90,2	9,8	100,0	16
Deutschland	46.191,2	2.722,0	48.913,2	94,4	5,6	100,0	

* (Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für Folgejahre). Nicht berücksichtigt sind Investitionsmittel der Hochschulkliniken und Vertragskrankenhäuser, Eigenmittel der Plankrankenhäuser, Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahme und Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge (Länderumfrage des Krankenhausausschusses der AOLG))

Tab. 9 : KHG-Mittel pro Fall und Einwohner 2006

Land	KHG-Mittel* pro Fall			KHG-Mittel* pro Einwohner			sechs Faktoren	
	pro Fall in Euro	Rang 2006	Rang 2004	pro Einwohner in Euro	Rang 2006	Rang 2004	Rang 2006	Rang 2004
Niedersachsen	91	1	1	15	1	1	8	4
Saarland	127	2	5	25	2	7	15	15
Nordrhein-Westfalen	135	3	2	26	3	2	13	13
Baden-Württemberg	183	7	7	28	4	4	1	1
Berlin	180	6	13	29	5	11	7	7
Rheinland-Pfalz	166	4	3	29	6	3	10	8
Schleswig-Holstein	215	10	9	31	7	5	4	10
Bayern	209	9	8	36	8	8	9	9
Sachsen	209	8	6	39	9	6	3	5
Hessen	260	13	11	42	10	9	5	3
Brandenburg	237	11	12	45	11	12	14	14
Mecklenburg-Vorpom.	258	12	16	48	12	16	11	11
Bremen	180	5	4	52	13	13	6	6
Thüringen	276	14	14	55	14	14	12	12
Hamburg	334	16	10	63	15	10	2	2
Sachsen-Anhalt	331	15	15	63	16	15	16	16
Deutschland	187			33				

Tatsächlich lautet die für die Krankenhäuser entscheidende Frage nicht: monistisch oder dualistisch, sondern erstens ausreichend oder nicht und zweitens selbstbestimmt oder nicht. **Nicht die Krankenhäuser benötigen in Wirklichkeit die monistische Finanzierung, sondern der Bund, da er damit endlich die zentralstaatliche Steuerung des gesamten Gesundheitswesens, „monistisch“ (d.h. ohne Länder), umsetzen könnte.** Spätestens dann werden sich möglicherweise einige an den „Zauberlehrling“ erinnern : „Die Geister...“

Die Forderung nach mehr Investitionsmitteln und mehr Eigenentscheidung für die Krankenhäuser könnte beispielsweise auch dadurch erfüllt werden, dass der weit überwiegende Teil der KHG-Mittel über eine jährliche Pauschalförderung den Krankenhäusern zur freien Verfügung gestellt würde. Derzeit sind es im Bundesdurchschnitt rd. 40 Prozent. Mit den geforderten DRG-Zuschlägen für Investitionsmittel wird materiell letzten Endes der gleiche Effekt angestrebt.

Würde die aufgestockte Pauschalförderung von den Krankenhäusern weitgehend zur Mittelgewinnung über den Kapitalmarkt eingesetzt, stünden einerseits kurzfristig zusätzliche Investitionsmittel zur Verfügung und andererseits bliebe, zumindest was die Höhe der KHG-Mittel betrifft (Wettbewerb der Länder), die Gestaltungsmöglichkeit der Länder und damit auch der derzeit verfassungsrechtlich vorgegebene Planungsanspruch erhalten. Die berufliche Prüfung der Länder könnte allerdings entfallen und damit der Forderung nach einem Abbau der Bürokratie entsprochen werden. De facto würde es sich um eine **dualistische Monistik** als pragmatischer Kompromiss für eine Übergangslösung nach der Konvergenzphase handeln.

Dr. Ernst Bruckenberger
Hitzackerweg 1 a
30625 Hannover
www.bruckenberger.de