

Steuerung der Krankenhäuser über Planung oder Wettbewerb – Die Wiederbelebung der Daseinsvorsorge ? - *

Die Dominanz der Daseinsvorsorge

In der Medizin werden seit jeher, wenn auch mit zeitlicher Verzögerung, intuitiv oder mit Absicht die Ordnungsmodelle, die in der Gesellschaft gelebt oder erstrebt werden, übernommen.

Im Krankenhausbereich dominierte Anfang der 70-er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland unverändert die in den 30-er Jahren geprägte Begriffswelt der Daseinsvorsorge, in welcher der Staat in erster Linie als „Gewährleistungsstaat“ angesehen wurde. Die Finanzierung der Investitionen im Rahmen der Daseinsvorsorge erfolgte weit überwiegend durch Barmittel der öffentlichen Hand im Rahmen des Haushaltsvorbehaltes. Die logische Konsequenz war ein zunehmender Investitionsstau der Ende der 60-er Jahre parteiübergreifend politischen Handlungsbedarf auslöste. Im Rahmen des Wiederaufbaus der zerstörten Infrastruktur als Folge des zweiten Weltkrieges waren die Krankenhäuser der letzte große Bereich, der in Deutschland modernisiert wurde.

Die wesentlichen Kennzeichen des jahrelang diskutierten und 1972 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), mit dem u. a. der allseits beklagte Investitionsstau beseitigt werden sollte, waren dabei nach wie vor von den Vorstellungen der Daseinsvorsorge geprägt, wie aus den folgende Regelungen unschwer erkennbar ist :

- Sicherstellungsauftrag der Kommunen bzw. der Länder
- Tagesgleicher Pflegesatz
- Selbstkostendeckungsprinzip
- Steuerung der Bettenkapazitäten durch eine angebotsorientierte staatliche Krankenhausplanung mit Kontrahierungszwang für die Krankenkassen
- Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen mit Hilfe der Raumplanung.

Es war auch die Zeit der Real-Illusionisten : Unbegrenzte Energie mit Hilfe des Atoms, möglichst akademische Bildung für jeden und umfassende Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens für alle. Dazu kam eine ausgeprägte Planungseuphorie für den sozialen Bereich.

* erweiterte Fassung eines Vortrages zur „Steuerung der Krankenhäuser über Planung oder Wettbewerb“ anlässlich eines Symposiums der Sächsischen Krankenhausgesellschaft zum Thema „Quo vadis Krankenhausplanung“ am 11.11.2010 im Messehaus Leipzig

Gemessen an den damals herrschenden parteipolitischen Vorstellungen stand hinter dem KHG des Jahres 1972 ein schlüssiges, wenn auch statisches Finanzierungskonzept für die Investitionskosten, allerdings begrenzt durch den Haushaltsvorbehalt. Ebenso wurde der offensichtliche und grundsätzlich nicht auflösbare Widerspruch zwischen dem Anspruch auf eine bettengenaue Planung durch die zuständige Planungsbehörde bei gleichzeitiger Inanspruchnahme einer freien Krankenhauswahl durch den Patienten nicht weiter problematisiert. Eine Tatsache, die nicht weiter verwundert, da die 1972 bundesweit verbindlich vorgegebene „Krankenhausbedarfsplanung“ anfänglich mehr einer bettenorientierten Mittelverwendungsplanung zur Rechtfertigung der Haushaltsmittel für die Krankenhausinvestitionen, denn als Grundlage für eine qualifizierte stationäre Versorgungsplanung diente. Letztere war auch gar nicht möglich, da es für die stationären Krankenhäuser weder Einzugsgebietsstatistiken, noch Leistungsstatistiken, noch Diagnosestatistiken gab.

Jährliche Ausgabensteigerungen von mehr als 20% für die stationäre Krankenhausbehandlung nach Einführung des KHG 1972 bei den Krankenkassen führten bereits 1976 zur politischen Vollbremsung bei den Betriebskosten. Dies war die Geburtsstunde der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik im Rahmen der Grundlohnsummensteigerung und der Einstieg in die permanenten Kostendämpfungsgesetze. Ebenso zog sich auf Veranlassung der Länder zu diesem Zeitpunkt der Bund aus der Mitfinanzierung der Investitionskosten für die Krankenhäuser zurück und überließ die Finanzierung allein den Ländern und Kommunen. Das Ergebnis in Form eines zunehmenden Investitionsstaus ist bekannt. Er wird gegenwärtig zwischen 10 Milliarden Euro (RWI) und 50 Milliarden Euro (DKG) geschätzt.

Die Vorstellungen der Krankenkassen und anderer waren - abweichend vom System der dualistischen Krankenhausfinanzierung - weitgehend von den Finanzierungsregelungen der übrigen Versorgungssektoren, wie der stationären Rehabilitation, der ambulanten ärztlichen Behandlung, der Arzneimittel und der Heil- und Hilfsmittel, geprägt.

Diese Versorgungssektoren waren und sind privat organisiert (Freiberufler, selbständige Unternehmen) und finanzieren sich weitgehend monistisch über Preise (z.B. Gebührenordnung). Die Finanzierung der Investitionskosten dieser Sektoren erfolgt u.a. über Kredite. In diesen Versorgungssektoren war und ist ein Antragsverfahren zur Gewährung öffentlicher Fördermittel zur Finanzierung von Investitionskosten grundsätzlich unbekannt. Die Verantwortung für die Finanzierung der Investitionskosten liegt beim einzelnen Träger und bedarf keiner staatlichen Planung.

Mit der ständig erhobenen Forderung nach der Einbindung der Krankenhäuser in das Leistungsrecht der übrigen Versorgungssektoren vor allem durch die Krankenkassen und der damit zwangsläufig verbundenen monistischen Finanzierung (Investitionskosten als Teil des Entgeltes, wer immer sie auch finanziert) wurde systemimmanent der Privatisierung der Krankenhäuser das Tor geöffnet.

Ein Entgeltsystem in Verbindung mit einer monistischen Finanzierung bedeutet jedenfalls grundsätzlich eine Finanzierung der Investitionen über die Kapital- und Finanzmärkte. Im Übrigen unterliegen selbstverständlich auch Finanzierungssysteme dem Wettbewerb und sind Gegenstand wissenschaftlicher und politischer Auseinandersetzungen.

Die ursprünglich überwiegende Begeisterung über das KHG hielt bei den Krankenhäusern nicht lange vor. Während die Betriebskosten der Krankenhäuser, seit 1977 orientiert an der Grundlohnsummensteigerung, von 1973 bis 2010 um rd. 800% angestiegen sind, haben sich die KHG-Mittel für Investitionen, geprägt vom Haushaltsvorbehalt der Länder, lediglich um rd. 65% erhöht, obwohl sich die Investitionskosten eines Neubaus pro Bett um mehr als 500% erhöht haben. Lag die Relation der KHG-Mittel zu den Betriebskosten der Krankenhäuser 1973 bei rd. 27%, so ist diese Relation inzwischen auf rd. 4% gesunken.

De facto haben die KHG-Mittel inzwischen nicht selten die Funktion einer temporären Wettbewerbsverzerrung, welche die Zukunft eines Krankenhauses im Zweifel mehr beeinflusst als die Auswirkungen der derzeitigen Krankenhausplanung.

Zentralstaatliche Steuerung des Krankenhauswesens

Die letzten vierzig Jahre waren im Krankenhausbereich einerseits durch eine politisch-strategische und andererseits durch eine ordnungspolitische Entwicklung geprägt.

Das unveränderte politisch-strategische Ziel des Bundes ist die zentralstaatliche Steuerung des Krankenhauswesens. Dieses Ziel wird völlig unabhängig von der parteipolitischen Zusammensetzung der jeweiligen Bundesregierung verfolgt und durch die länderübergreifenden Tendenzen zur Angleichung des Gesundheitswesens innerhalb der EU verstärkt.

Die schrittweise Kompetenzverlagerung für das Krankenhauswesen zu Gunsten des Bundes erfolgt ausschließlich über das Sozialgesetzbuch. Dort und nicht über das Krankenhausfinanzierungsgesetz wird seit den 70-er Jahren die rechtliche und sachliche Weiterentwicklung der stationären Krankenversorgung gesteuert. So wurde mit der Vereinheitlichung des Leistungsrechtes für die stationäre und die ambulante Leistungserbringung durch das Gesundheitsreformgesetz und der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips 1993 de facto das Prinzip der Daseinsvorsorge für den Krankenhausbereich beseitigt und auf diese Weise der Grundstock für die folgende Privatisierungswelle der Krankenhäuser gelegt. Die gleichzeitig mit dem Gesundheitsstrukturgesetz („Lahnstein-Kompromiss“) eingeführte Budgetierung erleichterte diese Entwicklung. Ebenso wurde die sektoral definierte Aufgabenstellung der Krankenhäuser, mit der die Länder ihre als Daseinsvorsorge definierte Gestaltungskompetenz für die stationäre Krankenversorgung begründen, ausgehebelt.

Als nächster Schritt wurde die Umsetzung eines Entgeltsystems in Form von Fallpauschalen für den Krankenhausbereich in Angriff genommen und 2003 umgesetzt. Gleichzeitig wurde die integrierte, d.h. sektorenübergreifende Versorgung mit dem Ziel, sie künftig als Regelversorgung zu verwirklichen, als Versorgungsziel im SGB V vorgegeben, ohne dass für die Länder eine sektorenübergreifende Mitwirkungsmöglichkeit geschaffen wurde.

Mit dem nunmehr vorgesehenen bundeseinheitlichen Beitragssatz, dem Gesundheitsfonds, dem Bundeszuschuss, dem angestrebten Bundesbasisfallwert in Verbindung mit einer bundeseinheitlichen Investitionspauschale und der integrierten Versorgung als Regelversorgung wurde das Ziel einer zentralstaatlichen Steuerung des Krankenhauswesens durch den Bund formalrechtlich weitgehend erreicht.

Offene Marktwirtschaft mit freiem Wettbewerb in der EU

Die für die Krankenhäuser selbst viel entscheidendere Entwicklung in den letzten vierzig Jahren war das Übergreifen der rechtlichen, politischen und ideellen Grundlagen der EU auf das Gesundheitswesen und damit auch auf die Krankenhäuser. Der EU-Vertrag verpflichtet die Tätigkeit der Mitgliedsstaaten und der Gemeinschaft „dem Grundsatz einer offenen Marktwirtschaft mit freiem Wettbewerb“.

Im Gegensatz zur Daseinsvorsorge ist der grundlegende und zunehmend ausschließliche Pfeiler für die europäische Integration die Liberalisierung der Märkte. Die damit verbundenen grundlegenden Funktionsprinzipien sind die Wettbewerbsregeln. Folgerichtig gibt es in den europäischen Verträgen auch keinen besonderen Abschnitt für den öffentlichen Sektor oder für öffentliche Dienstleistungen.

Die Privatisierungen innerhalb der EU geschahen schrittweise. Der erste Schritt der Privatisierung begann in bescheidenem Umfang in den 1960er Jahren in der Bundesrepublik Deutschland (1961 Volkswagen, 1965 VEBA). Der zweite Schritt der Privatisierungen erfolgte in den 1990-er Jahren. Er wurde im Unterschied zum ersten vor allem durch die Politik der Marktöffnung und Deregulierung von Seiten der EG vorangetrieben. Zwei einschneidende Ereignisse bzw. Trends, die eine weltweite Verflechtung, nämlich die von Hoffnungen und Ängsten begleitete Globalisierung, auslösten, unterstützten diese Entwicklung.

Erstens die dramatische Entwicklung der Computer- und Informationstechnik; sie ermöglichte eine neuartige weltweit verflochtene Produktionstechnik und Logistik, sekunden-schnelle weltweite Finanztransaktionen und Instant-Preisvergleiche mit der Folge eines dramatisch intensivierten Kostenwettbewerbs.

Zweitens der Zusammenbruch des sozialistischen Systems in Osteuropa und in seinem Gefolge der Übergang vom vorwiegend politisch definierten Systemwettbewerb (zwischen Marktwirtschaft und Sozialismus) zum vorwiegend ökonomisch definierten Standortwettbewerb nahezu aller Staaten miteinander. Sie alle mussten sich viel intensiver als zuvor um das mobile Kapital bemühen. Viel zu wenig beachtet wird in diesem Zusammenhang die mit der Globalisierung verbundene rechtliche „Entgrenzung“, die abnehmende Neigung verbindliche Regeln anzuerkennen und durchzusetzen und die damit verbundene Verunsicherung der Menschen. Dies gilt auch für die national begründete Solidarverpflichtung. Eine globalisierte Solidarverpflichtung verändert im Ernstfall zwangsläufig ihren Charakter von einer tatsächlichen zu einer verbalen Unterstützung.

Die hinter den Privatisierungswellen stehende Überlegung war, durch Marktöffnung die Unternehmen unter Konkurrenzdruck zu setzen und sie so zu zwingen, die Preise zu senken und gleichzeitig die Leistungen zu verbessern. Durch neue Aufsichts- und Regulierungsbehörden sollte der Wettbewerb gegenüber den Beharrungstendenzen der alten Staatsmonopole durchgesetzt werden.

Der vorläufig letzte Schritt der Privatisierungen in der EU betraf die öffentlichen Güter, die noch bis vor wenigen Jahren unbestritten zum Kernbereich der Daseinsvorsorge zählten. Dazu zählen auch die kommunalen Krankenhäuser.

Durch die umfangreichen Privatisierungen änderten sich aber unmerklich die Finanzierungsgrundlagen, die Bedeutung und der Charakter der Banken. Die Kreditfinanzierung trat gegenüber der Finanzierung über den Kapitalmarkt immer mehr in den Hintergrund. Die Banken verabschiedeten sich von ihrer Rolle als Dienstleister der Realwirtschaft und entwickelten immer mehr ein davon unabhängiges Eigenleben.

Kapitalinvestoren kennen im Gegensatz zu den Bundesländern keine „Auszeit“ durch einen Haushaltsvorbehalt. Die durch die jährlich notwendige Refinanzierung ausgelöste Dynamik in Verbindung mit der notwendigen Effizienzsteigerung ist der durch Wartezeiten geprägten „Barmittelfinanzierung“ der öffentlichen Hand bei der Krankenhausfinanzierung weit überlegen.

Vor allem aber wurde durch die umfassende Privatisierung das im Rahmen der Daseinsvorsorge meist statisch „kameralistisch“ geprägte Denken von Verwaltungsbeamten durch das eher dynamisch „doppisch“ geprägte Denken von Betriebswirten abgelöst, die zunehmend auch im Gesundheitswesen bzw. in den Krankenhäusern tätig wurden. Innovative Unternehmer nutzten die Gunst der Stunde und die Tatsache der unzureichenden KHG-Mittel und gründeten private Klinikketten.

Innovative Reaktionen der Krankenhäuser

Auch die Krankenhäuser selbst reagierten auf die seit 1970 zunehmende Ökonomisierung. So führte die Forderung nach mehr Wirtschaftlichkeit bei den Krankenhäusern ab den 70-er Jahren zuerst zur Privatisierung von einzelnen Versorgungsbereichen (z.B. Wäscherei, Reinigungsdienst, Küche) oft begleitet von emotionalen und ideologischen Auseinandersetzungen und dann zur Privatisierung von Leistungsbereichen (z.B. Apotheke, Labor, Sterilisation). Es folgte die Verbesserung von Betriebsabläufen (z.B. Einführung des Tablettsystems) und die Bildung von Einkaufsgemeinschaften, Laborgemeinschaften usw. Auch Kooperationsverträge zwischen Krankenhäusern und Praxen (z.B. Großgeräte) und Rehaeinrichtungen wurden zunehmend abgeschlossen. Diese Aktivitäten der Krankenhäuser wurden weitgehend weder durch Krankenhausgesetze noch durch die Krankenhausplanung veranlasst, sondern entsprangen Eigeninitiativen der dort Beschäftigten.

Die Trägerschaft der Krankenhäuser blieb zunächst unverändert. So lag der Anteil der privaten Krankenhausträger in der Bundesrepublik Deutschland bis 1990 nur bei etwa 3% (!) und war damit völlig unbedeutend. Einige Länder mussten sogar über die Rechtsprechung gezwungen werden, private Träger in den Krankenhausplan aufzunehmen. Im Saarland gibt es sogar bis heute keinen privaten Krankenhausträger.

Mit der Wiedervereinigung wurden die Regelungen für das Krankenhauswesen der alten Bundesländer ohne Abstriche auf die neuen Bundesländer übertragen. Die Chance, die positiven Erfahrungen in den neuen Bundesländern, beispielsweise mit den Polikliniken oder der Versorgung chronisch Kranker, in die alten Bundesländer mit zu übernehmen, wurde nicht ergriffen. Diese Regelungen wurden allerdings Jahre später unter den Begriffen Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) und Disease-Management-Programm (DMP) wiederbelebt und politisch als eigene originäre innovative (West)Erkenntnisse „verkauft“.

Die Privatisierung, die Fusionierung und die Kettenbildung von Krankenhäusern entwickelten sich in nennenswertem Umfang erst nach der Wiedervereinigung im Zuge der immer mehr Bereiche der früheren Daseinsvorsorge umfassenden Privatisierung. So hat der Anteil der Betten in den privaten Krankenhäusern bis 2008 von 3,0% auf 15,9% zugenommen. Der Druck auf die Effizienz des Krankenhausbetriebs nahm dadurch weiter zu.

Die Zunahme der privaten Krankenhäuser und Krankenhausbetten verlief in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. In Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern liegt der Anteil der privaten Krankenhausbetten bereits über 50%. In 27 Kreisen gibt es inzwischen ausschließlich private Krankenhausträger und in weiteren 32 Kreisen liegt ihr Anteil bei über 50%. In den neuen Bundesländern ist der Anteil der privaten Krankenhausträger erstaunlicherweise größer als in den alten.

Der Wettbewerbsvorteil der privaten Träger lag häufig bei den flexibleren Möglichkeiten und der größeren Risikobereitschaft bei der Finanzierung der Investitionen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit. Die Refinanzierung dieser Investitionen wird als Folge stringenter Regelungen bei der Finanzierung der Mehrleistungen durch die Krankenkassen allerdings erkennbar schwieriger. Wenn die Wirtschaftlichkeitsreserven eines Krankenhauses erschöpft sind, können weitere Wirtschaftlichkeitsreserven nur den Zusammenschluss mehrerer mehrerer Krankenhäuser und/oder durch eine sektorenübergreifende Leistungserbringung gehoben werden. Damit wird die gesundheitspolitisch-strategische Stoßrichtung des Bundes und der Länder mit der wirtschaftlich-strategischen Stoßrichtung innovativer und engagierter Krankenhausträger gleich welcher Trägerschaft deckungsgleich.

Von der Krankenhaus(bedarfs)planung bis zur Betriebserlaubnis

Die Bundesländer haben bei der Auseinandersetzung mit dem Bund zur Gestaltung des Krankenhausesektors ergebnisorientiert und nicht an den Presseerklärungen der Länder gemessen, meist nur "reagierende Abwehrgelände" geliefert. Weder die Nachfrage, noch die Betriebskosten, noch die Qualitätssicherung der stationären Krankenversorgung unterliegen der Gestaltungshoheit der Länder, auch wenn zumindest einige davon in der Öffentlichkeit einen derartigen Eindruck zu erwecken versuchen.

Bei Einführung der Krankenhaus(bedarfs)planung 1973 durch das KHG wurde von den Ländern als Ausfluss der Daseinsvorsorge noch ein absoluter Planungs- und Gestaltungsanspruch unterstellt. Dabei gab es zu diesem Zeitpunkt keine Diagnosestatistik, keine Leistungsstatistik und, von wenigen Ausnahmen abgesehen, keine Einzugsgebietsstatistik. Auch die Fachkompetenz für die Krankenhausplanung musste in den zuständigen Fachbehörden häufig erst aufgebaut werden, eine Tatsache, die Beratungsinstituten interessante neue Tätigkeitsfelder und Expansionsmöglichkeiten eröffnete.

Formal und materiell bestand 1973 eine Kongruenz von Planungs- und Vergütungseinheit (Krankenhaus und tagesgleicher Pflegesatz für das einzelne Krankenhaus). 1989 wurde die Zulassung von Hochschulkliniken, Plankrankenhäusern und Vertragskrankenhäusern zur Krankenhausbehandlung im SGB V geregelt. Sie wurden damit leistungsrechtlich den anderen Versorgungssektoren gleichgestellt. 1994 erfolgte die Klarstellung des Bedarfs als „tatsächlicher“ und nicht „wünschenswerter“ Bedarf durch ein Urteil des BVerwG. Die „Bedarfsplanung“ mutierte so zur „Verteilungsplanung“ des tatsächlichen Bedarfs im Umfang der von den Krankenkassen anerkannten und abgerechneten Pflagetage. Die Einführung des DRG-Systems für die Krankenhäuser führte zur Aufhebung der Kongruenz von Planungseinheit (Krankenhaus) und Vergütungseinheit (Fallpauschale). Dies ergab Probleme für die staatliche Krankenhausplanung, die nach wie vor nicht zufriedenstellend geklärt sind (angebotsorientierte oder leistungsorientierte Planung).

Ausgelöst durch das zunehmend wettbewerbliche Verhalten der Krankenhäuser und die Zunahme der Privatisierung wurde 2003 die aktive Konkurrentenklage durch das BVerfG zugelassen. Die Zunahme des Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern und die Zunahme der Klinikketten führte außerdem zum Tätigwerden des Kartellamtes im Krankenhaussektor. Der Streit darüber, ob der Krankensektor letzten Endes über eine staatliche Krankenhausplanung oder über ein Wettbewerbssystem gesteuert werden soll, ist nach Meinung des Bundeskartellamtes weitgehend entschieden. Die bisherigen, teilweise allerdings widersprüchlichen, Entscheidungen des Bundeskartellamtes unterstellen jedenfalls den Vorrang des Wettbewerbssystems.

Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bestimmt seit 1.4.2007 mit Zustimmung des Bundesrates sogar erstmals der Bund im SGB V eine Leistung zum Gegenstand der „Krankenhausplanung“ der Länder. Es handelt sich um ambulante Behandlungen für einen Katalog hochspezialisierter Leistungen nach § 116 b. Der Katalog kann durch den GBA erweitert werden. Eine Bedarfsprüfung ist nach der Begründung des Gesetzentwurfes ausgeschlossen. Es handelt sich folglich nur um eine Eignungsprüfung (Betriebslaubnis) mit einer Abrechnungsverpflichtung für die Krankenkassen. Dies ist einer Planung nach dem KHG systemfremd und zudem wettbewerbsverzerrend. Die daraus entstandenen zahlreichen Prozesse waren absehbar und geben einen Vorgeschmack für die bei den von den Ländern geforderten sektorenübergreifenden (Rahmen)Planung zu erwartenden Konflikte.

Mit dem ebenfalls 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde schlussendlich sogar die Kongruenz von Facharztbezeichnung und Fachabteilung im Krankenhausplan aufgelöst. Auch die geplante Liberalisierung des Vertragsrechtes, z.B. durch selektive Einzelverträge für planbare Leistungen, entspricht durchaus der Logik eines wettbewerblich orientierten Systems und hätte ebenfalls Auswirkungen auf die Krankenhausplanung.

Die Länder reagierten unterschiedlich auf diese Entwicklungen (siehe E. Bruckenberger; „Krankenhäuser: Die neue Dimension der Marktwirtschaft“ Dtsch Ärzteblatt **2002**; 99: A 261-264 (Heft 5))

Die Wiederbelebung der Daseinsvorsorge

Nachdem die Länder abhängig von den jeweiligen politischen Mehrheitsverhältnissen seit 1976 früher oder später über den Bundesrat den Gesetzen zur schleichenden Zentralisierung des Gesundheitswesens zugestimmt haben, fordern sie nunmehr mit dem Hinweis auf die „Gesamtverantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge“ einstimmig eine Stärkung ihrer Gestaltungshoheit durch den Ausbau von Mitwirkungsrechten.

Die Vorstellung, was sie jeweils föderal gestalten wollen, unterscheidet sich allerdings deutlich zwischen den 16 Ländern, was erfahrungsgemäß nicht weiter verwundert. So schwankt beispielsweise zwischen den Ländern z. B. die Zahl der Krankenhäuser von 16 bis 418 und der Anteil der Betten der privaten Krankenhausträger von 0% bis 55% .

Die wieder auflebende Neigung der Länder, mit dem Argument der Daseinsvorsorge den Krankenhausbereich verstärkt zu reglementieren, muss vor dem Hintergrund der aktuellen gesellschaftspolitischen Entwicklungen gesehen werden. Ausgelöst durch die Terrorismusbekämpfung, die Finanzkrise und die Auswirkungen der demografischen Entwicklung nimmt die Neigung der Politik zu Regelungsausweitung dramatisch zu.

Die demografische Entwicklung in Deutschland gefährdet mittel- bis langfristig die positive ökonomische Entwicklung durch das zunehmende Fehlen von qualifizierten Arbeitskräften. Diese müssen unter dem Primat der Ökonomie möglichst gut aus- bzw. weitergebildet, gesund, mobil und in ausreichendem Maße auch kleinräumig vorhanden sein. Um dieses offensichtlich aktuelle gesellschaftliche Primärziel zu erreichen, werden seit kurzem vermehrt staatliche Steuerungsmaßnahmen eingesetzt. Zuerst wurde, garniert mit Genderaspekten, das Elterngeld eingeführt, mit der Erwartung, dass dadurch die Zahl der Kinder und der weiblichen Arbeitskräfte erhöht würde. Zur Unterstützung soll die Zahl der Krippenplätze und der Umfang der Erziehungshilfen deutlich ausgebaut werden. Nunmehr sind Bildungsgutscheine zur Herstellung der Chancengleichheit und zur Förderung der beruflichen Weiterbildung vorgesehen. Als weiterer Schritt werden inzwischen „Gesundheitsgutscheine“ im Rahmen eines „klassenlosen“ Krankenhauses (2-Bett-Zimmer als Regelleistung mit Malusregelung bei Nichterfüllung, Chefarztbehandlung für alle, gleiche Entfernung des Krankenhauses für alle) oder die Verpflichtung zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen (Nichtrauchen) diskutiert. Bei dem hohen und weiter ansteigenden Anteil an Singlehaushalten (derzeit bis zu 52%) müsste zur Vermeidung von psychischen Problemen eigentlich der „noch patientenfreundlichere“ 1-Bett-Zimmer Standard angestrebt werden. Auch die derzeit heftige Diskussion um den Einsatz der Präimplantationsdiagnostik sollte vor dem Hintergrund des ökonomischen Primärziels gesehen werden.

Bei dem in den nächsten Jahren objektiv zunehmenden Mangel an (qualifizierten) Arbeitskräften liegt es bei Fortbestehen des aktuellen Zeitgeistes nahe, früher oder später aus Gründen der volkswirtschaftlichen Effizienz auch die freie Berufswahl zu hinterfragen. Die kleinräumige Vorgabe des Arbeitsplatzes oder die kleinräumige Steuerung auch der Zuwanderung von Arbeitskräften für bestimmte Berufe wäre konsequenterweise der letzte Schritt. Wer hat sich da eigentlich seit der Wiederbereinigung wem angepasst ?

Der Staat agiert immer mehr als Super-Nanny mit Allmachtsfantasien für eine häufig ökonomieorientierte und zunehmend reproduktionsfeindliche Gesellschaft, die inzwischen teilweise bereits bei der Erziehung der Kinder überfordert ist.

Bei manchen Ländern entwickelt sich vor diesem Zeitgeist unter dem unverfänglichen Begriff „Rahmenplanung“ im Krankenhausbereich eine Neigung zu Detailvorgaben, die weit über die früheren angebotsorientierten Bettenkapazitätsplanungen hinausgehen. Dies gilt auch für die Regelungstiefe der jeweiligen Krankenhausgesetze. Bildhaft gesprochen, nicht der Rahmen eines Bildes, sondern das Bild selbst soll als „Rahmen“ vorgegeben werden. Gemeint sind beispielsweise die rechtswidrigen Vorgaben von Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Landesebene, die Vorgaben von Patientensteuerungen, der Nachweis von Zertifikaten für die Erteilung eines Versorgungsauftrages oder die verpflichtende Vorlage von Weiterbildungsbefugnissen. Dazu kommen die Vorgaben von Mindestmengen, medizinischen Schwerpunkten und detaillierten Leistungen. Die Regelungsintensität verhält sich jedenfalls umgekehrt proportional zur Finanzierungsbereitschaft.

Übersehen wird dabei, dass eine zu detaillierte verbindliche Vorgabe des Versorgungsauftrages und der Voraussetzungen für die Leistungserbringung (z. B. Personalbesetzung) über den Krankenhausplan bzw. das Krankenhausgesetz mit dem Hinweis auf die Daseinsvorsorge dazu führen kann, dass bei der vorgegebenen bundeseinheitlichen Preisgestaltung über das DRG-System ein wirtschaftlicher Betrieb eines Krankenhauses trotz aller Bemühungen des Trägers objektiv nicht mehr möglich ist. Unter diesen Voraussetzungen stellt sich die Frage, ob die aktuelle politische Wiederbelebung der Philosophie der Daseinsvorsorge durch die Länder im Krankenhausbereich und darüber hinaus nicht auch konsequenterweise die generelle Wiederbelebung des Selbstkostendeckungsprinzips zur Folge haben müsste, das 1993 abgeschafft wurde. Daseinsvorsorge und Selbstkostendeckungsprinzip sind untrennbar miteinander verbunden und bedingen einander. Eine Abklärung dieses Problems auf dem Rechtswege ist naheliegend.

Um den Problemen der aktuellen Bedarfsplanung zu begegnen, muss nunmehr nach einheitlicher Auffassung der Länder, die sie bei der Sonderkonferenz der Gesundheitsminister des Bundes und der Länder am 25.10.2010 verabschiedet haben, ihre Gestaltungsmöglichkeit wieder erweitert werden. So muss die Bedarfsplanung künftig:

- *„die Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren (Urteil des BVerwG),*
- *auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d. h. flexibel und kleinräumig gestaltet werden und*
- *sektorenübergreifende (Rahmen-)Planung ermöglichen (§140 SGB V)“.*

Abgesehen von der Frage, woran sich so gesehen eigentlich bisher die Bedarfsplanung der Länder orientiert hat, wenn die Demografie und Morbiditätsentwicklung offenbar keine Rolle spielte, erinnert die Forderung stark an die Situation im Jahr 1973 bei der Einführung der gesetzlich vorgegebenen angebotsorientierten Krankenhaus(bedarfs)planung.

Die Gesundheitspolitiker der Länder fordern diesmal eine sektorenübergreifende (Rahmen-)Planung, ohne dass wie bereits 1972 das dafür notwendige umfassende qualifizierte sektorenübergreifende länder-, kreis-, wohnort-, geschlechts- und altersgruppenbezogene Datenmaterial vorhanden ist. Wieder steht der Gesichtspunkt der Mitwirkung im Vordergrund, ohne dass überhaupt geklärt wurde, was und in welchem Umfang und mit welchem hochqualifiziertem Personal eigentlich konkret und rechtsverbindlich sektorenübergreifend und kleinräumig geplant werden soll. Diese Voraussetzungen sind allerdings sehr gut geeignet für eine Beschäftigungsoffensive bei den zahlreichen Beratungsinstituten.

Die für die Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien sollen nach einstimmiger Auffassung der Länder durch ein zusätzliches sektorenübergreifendes Gremium, selbstverständlich unter maßgeblicher Mitwirkung der Länder, ergänzt werden. Die rechtliche Ausgestaltung soll im SGB V und das Nähere durch Landesrecht geregelt werden. Über die offensichtlichen Folgen der „kleinräumigen“ Mitwirkung von Bürgermeistern und Landräten bei der Krankenhausplanung liegen bekanntlich aus der Vergangenheit genügend Erfahrungen vor.

Wie man sieht, soll die Philosophie der Daseinsvorsorge vor allem aus Gründen der Unsicherheit und der inzwischen drastisch reduzierten Möglichkeiten zur politischen Gestaltung des Gesundheitswesens auf Länderebene unter Vernachlässigung des Problems der Selbstkostendeckung wiederbelebt werden. Die nach wie vor steigende Lebenserwartung gibt dafür jedenfalls keinen Anlass.

Das Ergebnis wären erfahrungsgemäß einmal mehr 16 unterschiedliche Länderregelungen bei bundeseinheitlichen leistungsrechtlichen Ansprüchen der Versicherten, eine überbordende Bürokratie und zahlreiche Prozesse bedingt durch die komplexen Abgrenzungsprobleme verbunden mit der politischen Forderung nach bundeseinheitlichen Regelungen. Tatsache ist jedenfalls, dass sich die Strukturen der Krankenhausplanung einer bundesgesetzlichen Regelung entziehen. Dies gilt nicht für die Zusammensetzung der Landes- und Bundesausschüsse. Eine sektorenübergreifende Planung bei der gesetzlich nach wie vor vorgegebenen sektoralen Letztentscheidung eröffnet jedenfalls die Möglichkeit für zahlreiche endlose neue Diskussionsrunden (verbales perpetuum mobile).

Erstaunlich ist nur eines. Wenn die Überwindung der sektoralen Abgrenzung seit Jahrzehnten eines der Hauptprobleme des deutschen Gesundheitswesens darstellt, warum beseitigt man dann nicht einfach die europafremden konfliktträchtigen Sektorengrenzen, statt mit immer neuen Einfällen, mit immer kürzerer Halbwertszeit, zur bürokratischen und kostenaufwendigen Überwindung dieser Sektorengrenzen zu glänzen? Sollte der Mangel an Ärzten in Deutschland tatsächlich die unterstellten versorgungsgefährdenden Dimensionen annehmen, wäre als präventive Maßnahme eigentlich sofort die stufenweise Abschaffung der doppelt besetzten Facharztschiene in Angriff zu nehmen.

Disparitäten bei der stationären Versorgung

Die nach wie vor bestehenden enormen Disparitäten der stationären Versorgung zwischen den Ländern und innerhalb der Länder werden übrigens trotz 40-jähriger Krankenhausplanung bei der diesmal sogar kleinräumigen Planungseuphorie in der öffentlichen Diskussion völlig vernachlässigt. So schwankte 2008 beispielsweise die Unter- und Überschreitung der altersbereinigten und wohnortbezogenen stationären Morbiditätsziffer (stationäre Fälle pro 100.000 Einwohner = MOZ) vom Bundesdurchschnittswert zwischen den 413 Landkreisen (LK) und kreisfreien Städten (SK) von - 24,0% bis + 40,2% (siehe Abb. 1 und Tab. 1). Die größten Unterschreitungen (positive TOP 5) waren 2008 im LK Reutlingen mit -24,0%, gefolgt vom SK Potsdam mit -23,9%, dem LK Tübingen und dem SK Heidelberg mit je -23,5%, der SK Wiesbaden und dem LK Konstanz mit je -19,1% und dem SK Oldenburg mit -19,0% feststellbar. Die größten Überschreitungen (negativen TOP 5) wiesen 2008 der LK Uecker-Randow mit +40,2%, der SK Zweibrücken mit +38,7%, der LK Prignitz mit +33,8%, der SK Gelsenkirchen mit +32,0% und der SK Schweinfurt mit +30,4% auf.

Tab. 1: Die positiven und negativen TOP 5 im Kreisvergleich - stationäre Morbiditätsziffer (MOZ)

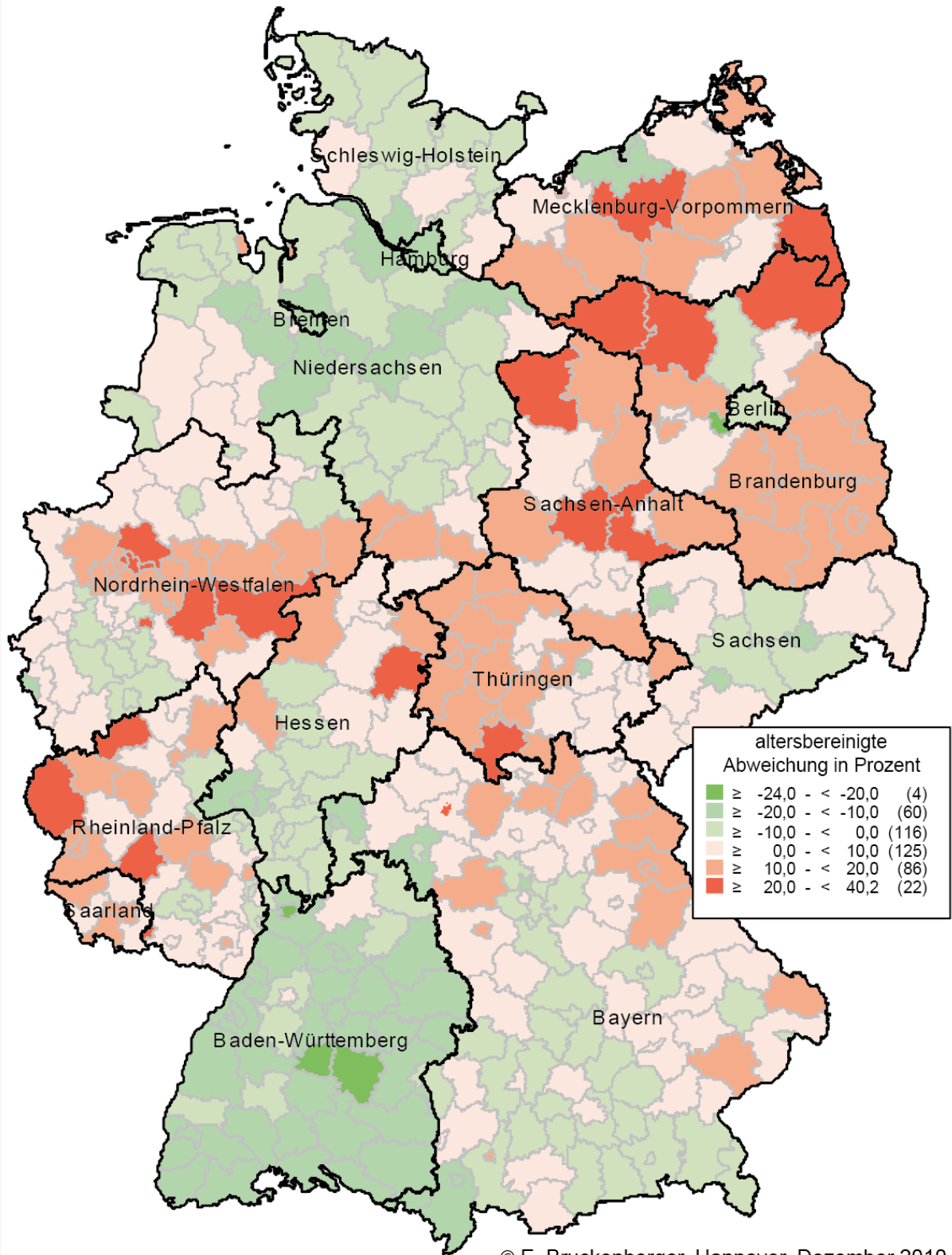
Land	Kreis	Die positiven TOP 5	Land	Kreis	Die negativen TOP 5
		MOZ			MOZ
BW	LK Reutlingen	-24,0	BB	LK Uecker-Randow	40,2
BB	SK Potsdam	-23,9	RP	SK Zweibrücken	38,7
BW	LK Tübingen	-23,5	BB	LK Prignitz	33,8
BW	SK Heidelberg	-23,5	NW	SK Gelsenkirchen	32,0
HE	SK Wiesbaden	-19,1	BY	SK Schweinfurt	30,4
BW	LK Konstanz	-19,1			
NI	SK Oldenburg	-19,0			

Bei der Sterbeziffer (Gestorbene pro 100.000 Einwohner = MORT) reichte die Bandbreite der Abweichung vom Bundesdurchschnittswert von -22,9% bis +23,9% (siehe Abb. 2 und Tab. 2). Die größten Unterschreitungen waren im LK Starnberg mit -22,9%, dem LK Breisgau-Hochschwarzwald mit -18,4%, dem LK Hochtaunuskreis mit -17,9%, dem SK Heidelberg mit 16,6% und dem LK Tübingen mit -16,5% feststellbar. Die größten Überschreitungen wiesen der SK Pirmasens mit +23,9%, der LK Jerichower-Land mit +23,0%, der SK Gelsenkirchen mit +22,7%, der LK Demmin mit +22,1% und der LK Sonneberg mit +21,9% auf.

Tab. 2: Die positiven und negativen TOP 5 im Kreisvergleich - Sterbeziffer (MORT)

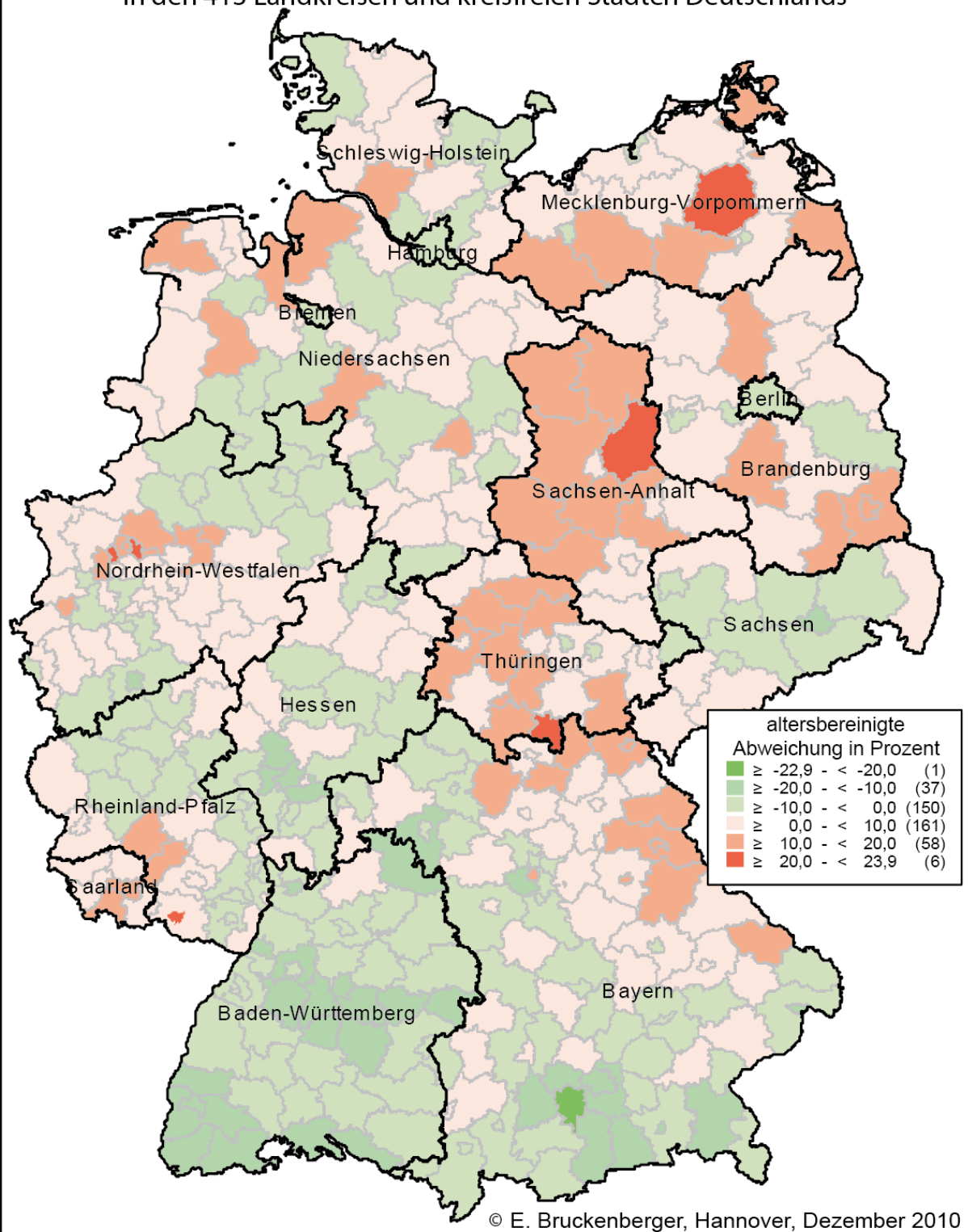
Land	Kreis	Die positiven TOP 5	Land	Kreis	Die negativen TOP 5
		MORT			MORT
BY	LK Starnberg	-22,9	RP	SK Pirmasens	23,9
BW	LK Breisgau-Hochschwarzwald	-18,4	ST	LK Jerichower-Land	23,0
HE	LK Hochtaunuskreis	-17,9	NW	SK Gelsenkirchen	22,7
BW	SK Heidelberg	-16,6	MV	LK Demmin	22,1
BW	LK Tübingen	-16,5	TH	LK Sonneberg	21,9

Abb. 1 : Prozentuale altersbereinigte Abweichung von der bundesdurchschnittlichen stationären Morbiditätsziffer (Fälle pro 100.000 Einwohner) in den 413 Landkreisen und kreisfreien Städten Deutschlands



Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten der statistischen Landesämter

Abb. 2 : Prozentuale altersbereinigte Abweichung von der bundesdurchschnittlichem Sterbeziffer (Gestorbene pro 100.000 Einwohner) in den 413 Landkreisen und kreisfreien Städten Deutschlands



Eigene Darstellung und Berechnung auf der Grundlage von Daten der statistischen Landesämter

Komplexe Systeme entziehen sich einfachen monokausalen Erklärungsversuchen. Tatsache ist aber, dass einige Länder bei der Gestaltung der Krankenhausstruktur, sei es mit Hilfe der Krankenhausplanung, einer überzeugenden Moderation oder einer Mischung von beiden, bezüglich der Strukturen und der kostenmäßigen Auswirkungen für die Beitrags- bzw. Steuerzahler eindeutig mehr Erfolge haben als andere (siehe Tab. 3).

Nach einem wohnortbezogenen und altersbereinigten Länderranking für das Jahr 2008 zählten bei der vollstationären Krankenversorgung auf der Basis der vier ausgewählten wesentlichen Faktoren stationäre Fälle, Pfl egetage/Berechnungstage, Gestorbene und Kosten die Länder Baden-Württemberg, Hamburg und Sachsen zu den positiven TOP 3 (grün) und das Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu den negativen TOP 3 (rot) in Deutschland.

Tab. 3: Länderranking der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland 2008

Land	Fälle *	Pflegetage *	Gestorbene *	Kosten *	Ranking 2008 **	Veränderung zu 2004	LE*** in Jahren männlich	LE*** in Jahren weiblich
Baden-Württemberg	-14,5	-13,4	-9,9	-8,8	1	0	78,58	83,33
Hamburg	-11,4	-7,0	-3,6	1,6	2	0	77,28	82,20
Sachsen	-1,9	-3,8	-0,9	-12,0	3	0	76,76	82,71
Berlin	-9,7	-6,8	-1,2	-0,5	4	+5	76,87	82,03
Bremen	-5,7	-7,1	-1,3	0,5	5	+2	76,00	81,92
Hessen	-2,6	-2,9	-4,2	-0,4	6	-2	77,69	82,54
Niedersachsen	-3,0	-4,0	1,6	-3,7	7	-2	76,79	82,14
Schleswig-Holstein	-2,5	-2,8	1,4	-0,2	8	-2	77,08	82,07
Bayern	0,1	-2,2	-2,1	2,8	9	-1	77,66	82,66
Rheinland-Pfalz	5,3	1,3	-0,3	2,4	10	0	77,05	82,04
Mecklenburg-Vorpommern	9,0	2,9	7,6	-0,8	11	0	75,13	81,75
Nordrhein-Westfalen	7,6	10,4	3,7	5,2	12	+1	76,71	81,85
Brandenburg	9,4	10,6	5,1	2,2	13	+1	76,10	82,01
Thüringen	9,8	9,8	7,9	0,6	14	-2	75,90	81,93
Sachsen-Anhalt	13,1	9,3	12,3	5,5	15	0	75,09	81,43
Saarland	9,9	10,3	10,6	19,9	16	0	75,78	81,12

* Ermittlung der wohnortbezogenen und altersbereinigten prozentualen Unterschreitung (-) und Überschreitung (+) des jeweiligen Bundesdurchschnittswertes auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

** Ranking 2008 = gewichtetes Ranking nach dem Ausmaß der Abweichung vom Bundesdurchschnittswert der vier ausgewählten Faktoren (+ = Rangverbesserung, - = Rangverschlechterung gegenüber 2004)

*** LE = Lebenserwartung in Jahren für Männer (Bund = 77,17) und Frauen (Bund = 82,40)

Baden-Württemberg, Hamburg und Sachsen hatten die Spitzenposition bereits 2004 inne. Sachsen unterscheidet sich damit grundsätzlich von den anderen neuen Bundesländern. Das Saarland und Sachsen-Anhalt bildeten bereits damals das Schlusslicht. Berlin konnte sich im Zeitraum von 2004 bis 2008 um fünf Ränge verbessern. Ein guter Platz beim Länderranking bedeutet allerdings nicht zwingend eine längere Lebenserwartung (siehe Bremen), andererseits ist ein schlechter Platz beim Länderranking statistisch ausnahmslos mit einer geringeren Lebenserwartung verbunden.

Planung in der politischen Welt und Wettbewerb in der realen Welt

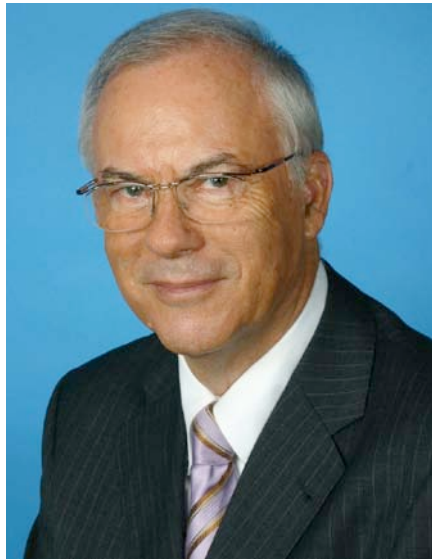
Das Krankenhaus als Institution mit der traditionell gewohnten sektoralen, d.h. stationären und teilstationären Aufgabenstellung, wird zum Auslaufmodell. Es spricht vielmehr vieles dafür, dass künftig auf einer Immobilie stationäre, teilstationäre, ambulante, pflegerische und rehabilitative Leistungen angeboten werden. Diese werden ergänzt durch gesundheitsnahe Angebote und vernetzt mit regionalen Einrichtungen. Alles zusammen wird verbunden mit den Möglichkeiten der Telekommunikation und Telemedizin. Die Träger agieren als Wirtschaftsunternehmen mit den dort üblichen Methoden, Instrumenten, Möglichkeiten und Marketingstrategien. Die kooperative Regionalisierung gewinnt an Bedeutung. Die Verbindung mit anderen Angebotsstrukturen (Lebensmittel, Bekleidung usw.) liegt bei einer rückläufigen Bevölkerung aus raumordnungspolitischen Gesichtspunkten sehr nahe.

Aus dem sektoralen Tante-Emma Krankenhaus ist so gesehen das Großkrankenhaus oder das Fachkrankenhaus und letztlich eine sektorenübergreifende Gesundheitsgalerie geworden. Letztere erfolgreich gesundheitspolitisch zu steuern, geht nur über eine hochqualifizierte transparente Moderation nach Möglichkeit mit Hilfe einer unabhängigen Institution und aktuellen sektorenübergreifenden und öffentlich zugängigen Daten.

Die Medizin als ein organisationssoziologisch stark konservativ orientierter Bereich hat ein weiteres Mal mit zeitlicher Verzögerung Entwicklungen in der Gesellschaft, beispielsweise der Kaufhäuser, übernommen. Dies gilt auch für die Industrialisierung der Arbeitsabläufe und die Qualitätssicherung. In der realen Welt des Gesundheitswesens findet ein immer härterer Wettbewerb statt, in der gesundheitspolitischen Wirklichkeit verstärkt sich die Neigung zur überbordenden bürokratischen hinterherhinkenden Planung.

Vieles ist in der Geschichte zyklisch. Dies gilt auch für die sich wandelnde Wertschätzung von Daseinsvorsorge und Marktwirtschaft und den jeweils zugrunde liegenden Ordnungsmustern der Planung oder des Wettbewerbs. Die Medizin ist davon nicht ausgenommen. An der unveränderten Dynamik der Nachfrage und der steigenden Kosten als Folge des medizinisch-technischen Fortschrittes und der demografischen Entwicklung hat sich dadurch allerdings nichts geändert.

Verfasser



Dr. Ernst Bruckenberger
Hitzackerweg 1 a, 30625 Hannover
Tel.: 0511-574553
Fax : 0511-20 34 685
Mail: ernst@bruckenberger.de
Internet: www.bruckenberger.de

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, Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover, Leitender Ministerialrat a. D., Gutachter-, Experten- und Vortragstätigkeit, Herausgeber des Herzberichtes.

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 Rehaeinrichtungen, die kooperative Regionalisierung, die Auswirkungen des DRG-Systems, die Probleme der Mindestmengenregelung, das Länderranking bei der stationären Krankenversorgung und eine bundesweite jährliche Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie („Herzberichte“).

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

29.12.2010

Dtsch Arztebl 2002; 99(5): A-261 / B-205 / C-193

Bruckenberg, Ernst

Krankenhäuser: Die neue Dimension der Marktwirtschaft

THEMEN DER ZEIT

Die Krankenhauswirtschaft gerät immer mehr in das Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie.

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. Sicher 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 oktroyierten Deckel der Verwaltungsaufwand für das Gesundheitssystem zulasten der Beschäftigten (Leistungsverdichtung) und der Patienten (Rationierung) ständig steigt.

Das Gesundheitswesen, vor allem das Krankenhaus, hat sich in Deutschland, unterstützt durch die Philosophie der „Daseinsfürsorge“, lange erfolgreich gewehrt, die Regeln des freien Marktes und die damit verbundene Dynamik zu übernehmen. Mit der These „ein Krankenhaus ist ein Betrieb wie jeder andere“ wurden jedoch in den letzten Jahrzehnten in immer kürzeren zeitlichen Intervallen die jeweils aktuellen Spielregeln, Leitbilder, aber auch die sich schnell wandelnden betriebswirtschaftlichen Modetorheiten der am freien Markt teilnehmenden Unternehmen übernommen. Auch das Verwaltungshandeln der öffentlichen Hände bleibt von dieser Entwicklung nicht ausgenommen. Zunehmend werden früher juristisch geprägte und rechtsstaatlich überprüfbare Vorgehensweisen und Entscheidungen durch sozial- und wirtschaftswissenschaftlich begründete Methoden ersetzt. Medienwirksames Entertainment ohne Nachhaltigkeit ersetzt die konkrete fachliche Überzeugungsarbeit. Die Professionalität bei der Ankündigung ersetzt die Professionalität bei der Umsetzung.

Es wird spannend werden zu beobachten, ob sich diese Geisteshaltung nach kurzem Innehalten als Folge der aktuellen Erschütterung, vergleichbar dem vorübergehend langsameren Fahren nach einem Verkehrsunfall, wieder Bahn bricht oder ob eine Phase längerer Nachdenklichkeit und des Besinnens eingeleitet wird.

Wettbewerb im Gesundheitswesen kann zwar zur Kostensenkung führen, hat aber noch nie eine Ausgabenreduzierung für das Gesamtsystem und eine gleichmäßige Angebotsstruktur zur Folge gehabt, da die Kostensenkung in der Regel durch die Mengenausweitung mehr als kompensiert wird. Wettbewerb als Kernelement der freien Marktwirtschaft ist seinem Wesen nach ein selektierendes Expansionsinstrument und kein Verknappungsmittel. Übersehen wird auch, dass der Wettbewerb klare, verlässliche und längerfristig kalkulierbare, aber auch verbindliche Rahmenbedingungen benötigt. In einer arbeitsteiligen Welt ist es von zentraler Bedeutung, dass man sich auf Vereinbarungen zwischen Partnern verlassen kann.

Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern hat nicht das Ziel, die Ausgaben der Krankenkassen zu reduzieren,



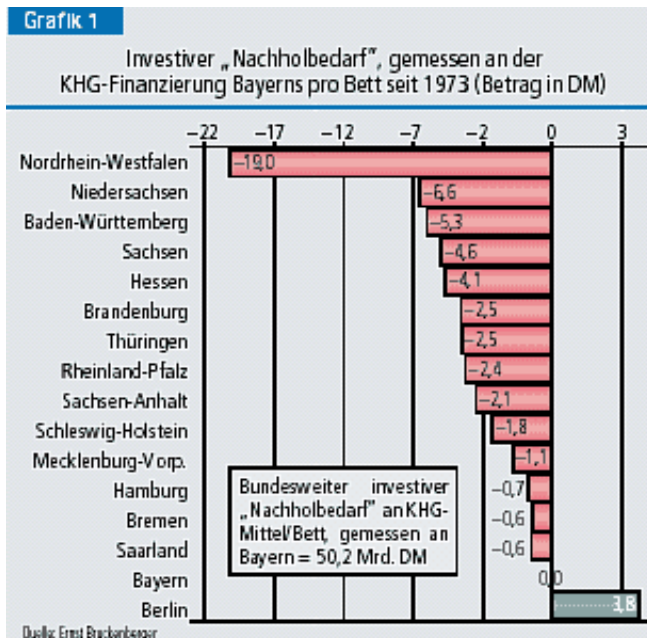
sondern durch Innovation, Selektion und vergleichsweise geringere Kosten zulasten der Mitbewerber expandieren zu können. Auch gibt es keinen Wettbewerb der Krankenkassen um die Gunst von Versicherten oder Patienten, sondern nur um den erwünschten Versicherten beziehungsweise Patienten, und das ist derjenige mit dem geringsten Krankheitsrisiko.

Der Begriff „Krankenhaus“ wird als Folge des Wettbewerbsdenkens und der vermehrten Errichtung kooperativer und integrierter Angebotsstrukturen, unter anderem bedingt durch die demographische Entwicklung sowie das vermehrte Ausgliedern von betrieblichen Einrichtungen und Funktionen, einen Bedeutungswandel erfahren. Das „Tante-Emma-Krankenhaus“ um die Ecke genauso wie die einzelne Praxis haben unter den Bedingungen und Gesetzen der freien Marktwirtschaft sowie der demographischen Entwicklung keine Überlebenschance. Kooperationen und Vernetzungen sind notwendig. Der medizinische Fortschritt findet durch die freie Marktwirtschaft, verstärkt durch den Globalisierungseffekt, die schnell wachsenden Möglichkeiten der Telemedizin und der Medienpräsenz immer schneller weltweite Verbreitung. Jeder Fortschritt steuert aber nicht auf einen Sättigungspunkt zu, sondern wird im Erfolgsfall der Anlass zu weiteren Schritten in alle möglichen Richtungen, wobei die Zwecke sich selber „verflüssigen“. Oftmals sollen mit dem Fortschritt Probleme gelöst werden, die ohne ihn gar nicht bestehen würden. Die schnelle technologische Verbreitung geht, mit geringem Zeitunterschied, auf der Ebene des Wissens wie der praktischen Aneignung vor sich. Die Ersterer wird garantiert durch die weltweiten Möglichkeiten der Kommunikation, die Zweite wird durch den Druck des Wettbewerbs erzwungen. Bei der Einführung immer neuer Formen der Diagnostik und Behandlung als Folge des medizinischen Fortschrittes wird allerdings häufig verdrängt, dass die Zahl der dadurch ausgelösten zusätzlichen Untersuchungen beziehungsweise Behandlungen grundsätzlich größer ist als die Zahl der wegfallenden Untersuchungen beziehungsweise Behandlungen, allerdings oftmals verbunden mit einer geringeren Belastung des Patienten, einer besser auf ihn zugeschnittenen Behandlungsform oder einer besseren Lebensqualität.

Leistungsexplosion, nicht Kostenexplosion

Weil die systemimmanente Leistungsexplosion das eigentliche Problem des Gesundheitswesens ist, wird in Niedersachsen von der Planungsbehörde gemeinsam mit dem Planungsausschuss, dem die Krankenkassen, die private Krankenversicherung, die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft e.V. und die Kommunalen Spitzenverbände angehören, schon seit Jahren angestrebt, durch sektorenübergreifende Kooperationen zwischen den verschiedenen Leistungssektoren wie Praxen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nicht bedarfsnotwendige Leistungen zu vermeiden oder notwendige prozessorientierte Leistungen kostengünstiger zu erbringen. Niedersachsen hat bereits 1979 mithilfe eines Standortplanungsausschusses, dem von Beginn an die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen angehörte, einen kooperativen Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte eingeführt. 80 Prozent aller Großgeräte stehen derzeit auf dem Krankenhausgelände, der überwiegende Teil wird kooperativ zwischen Krankenhäusern und Praxen eingesetzt.

In einem folgerichtigen nächsten Schritt wurden zur Umsetzung kooperativer sektorenübergreifender Versorgungskonzepte zwischen dem Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich verbindliche Abstimmungen zwischen allen Kostenträgern und der Krankenhausplanungsbehörde mithilfe eines „Rehakoordinierungskreises“ herbeigeführt, der 1990 unter der Federführung der AOK Niedersachsen gegründet wurde. Dadurch war es möglich, 1992 integrierte prozessorientierte Versorgungskonzepte für Geriatrie und Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzte umzusetzen. Das integrierte, sektorenübergreifende Versorgungskonzept für Herzerkrankungen folgte kurz darauf. Bei dem geriatrischen Versorgungskonzept ist beispielsweise für jeden anerkannten Standort eine Abteilung für Akutgeriatrie, eine Abteilung für geriatrische Rehabilitation und eine Tagesklinik vorgesehen. Einer flächendeckenden „Geriatrisierung“ in Niedersachsen wird der Schaffung von flächendeckenden Abteilungen für Geriatrie der Vorzug gegeben. Im Planungsausschuss bestand Einvernehmen darüber, dass es für eine verbesserte Versorgung geriatrischer Patienten keine einheitliche, überall geltende Lösung geben kann. Ballungsgebiete und Flächengebiete haben jeweils andere Voraussetzungen.



Der Investitionsstau der Krankenhäuser wird häufig mit rund 15 Milliarden DM geschätzt. Tatsächlich dürfte er wesentlich höher liegen. Konkrete Berechnungen darüber liegen nicht vor. In einer Studie der Oppenheim Research (vom November 2001) wird der Investitionsstau mit rund 60 Milliarden DM veranschlagt. Ein Ländervergleich bestätigt die unterschiedliche Finanzierungsbereitschaft der Länder für ihre Plankrankenhäuser. Gemessen an den seit 1973 in Bayern zur Verfügung gestellten KHGMitteln, bestünde rechnerisch ein bundesweiter investiver „Nachholbedarf“ an KHG-Mitteln pro Fall von rund 43,4 Milliarden DM und pro Bett von 50,2 Milliarden DM. Unterstellt, selbst in Bayern gäbe es noch einen Investitionsstau, wäre der bundesweite investive „Nachholbedarf“ noch größer.

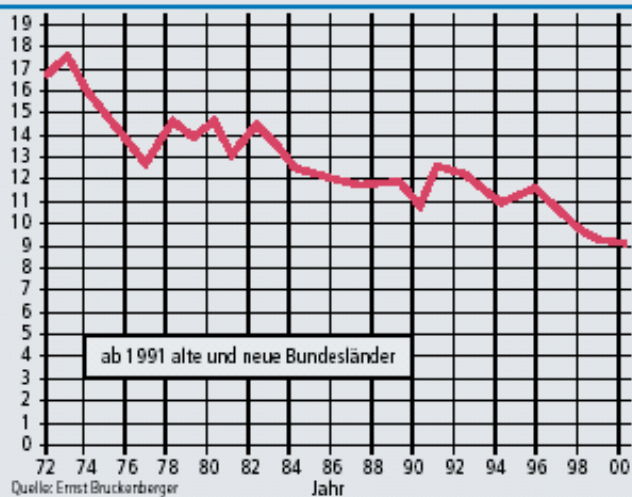
Erfolgreich planen heißt präventiv handeln und nicht nachträglich reparieren. Um diesen Aufgaben Rechnung zu tragen, führte die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde in Niedersachsen gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Weiterentwicklung der Kooperationsphilosophie im Jahr 1995 Abstimmungen in Form von „Strukturgesprächen“ mit Vertretern der Krankenhäuser und der für die Sicherstellung der stationären Versorgung und der Pflege zuständigen kreisfreien Städte und Landkreise durch. Die niedersächsischen Krankenhäuser haben seit 1995 mit allen Leistungssektoren die Zahl der Kooperationen deutlich ausgebaut.

Was bringt die nahe Zukunft? Das Gesetzgebungsverfahren für das Fallpauschalengesetz befindet sich auf der Zielgeraden. Die ab 2003 vollständige Transparenz über das Leistungsgeschehen der einzelnen Krankenhäuser als Folge des neuen Fallpauschalensystems wird die Emotionalisierung und die Konflikte zwischen den Leistungsanbietern und Krankenkassen sowie die Rationierungsdiskussion verstärken. Die Forderungen nach Mindestleistungen, Mindestbesetzungen und Mindestkapazitäten aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung sind eine bisher in der Öffentlichkeit deutlich unterschätzte logische Konsequenz. Bei allen Bedenken gegen derartige Festlegungen und Überlegungen ist aber davon auszugehen, dass als Folge der Transparenz des Leistungsgeschehens die Frage der Mindestfrequenz der einzelnen Behandlungsformen an Bedeutung gewinnen wird und von den Patienten selbst beziehungsweise ihren Interessenverbänden, Selbsthilfegruppen und so weiter in den Mittelpunkt ihrer Wahl des Behandlungsortes treten wird. Tendenziell weisen kleinere Krankenhäuser überwiegend eine geringere Behandlungsfrequenz pro Indikation auf. Geringe Behandlungsfrequenzen gibt es andererseits auch für hoch spezialisierte Leistungen in den Krankenhäusern der Spitzenversorgung. Dies wird zur örtlichen und trägerorientierten Konzentration der Leistungen führen und damit zwangsläufig zur Schließung von Abteilungen oder ganzer Krankenhäuser.

Wohnortnahe Versorgung

Grafik 2

Entwicklung der Investitionsquote aller zugelassenen Krankenhäuser von 1972 bis 2000



Die Investitionsquote aller zugelassenen Krankenhäuser (Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser, Vertragskrankenhäuser) ist zwischen 1972 und 2000 im Bundesdurchschnitt von 17 Prozent auf 9 Prozent gesunken. Dies ist ein objektiver Indikator für die zu geringe Investitionsförderung im Krankenhaussektor. Um eine wie bei Industriebetrieben vergleichbare Investitionsquote von 20 Prozent zu erreichen, müssten die derzeitigen jährlichen Investitionsmittel von etwa 10 Milliarden DM auf 20 bis 25 Milliarden DM aufgestockt werden.

Die Entwicklung spielt sich im Rahmen einer zunehmenden Überalterung der Bevölkerung ab. Die im Alter deutlich zunehmende Morbidität ist tendenziell mit einer abnehmenden Mobilität verbunden. Dies hat deutliche Auswirkungen auf die Art der Leistungserbringung und die damit verbundene künftige Angebotsstruktur. Die zu erwartende weitere Verweildauerreduzierung bei tendenziell immer älter werdenden, vermehrt allein lebenden und zunehmend dementen Patienten wird nachstationär eine verstärkte ambulante ärztliche und pflegerische Betreuung erfordern.

Auch künftig ist mit einer Steigerung der vollstationären Fälle zu rechnen, die per saldo höher sein werden als die sich entwickelnden oder geforderten substitutiven Möglichkeiten der stationären Krankenbehandlung. Bisher hat noch jeder medizinische Fortschritt zu neuen Krankheitsbildern, neuen Diagnosemöglichkeiten, neuen Behandlungsmöglichkeiten, neuen Medikamenten und neuen Kosten geführt. Dazu kommen noch eine höhere Lebenserwartung, eine sinkende Geburtenrate und ein negatives Beitragsaufkommen.

Bei der weiteren Verkürzung der Verweildauer wird sorgfältig zu beachten sein, ob sie denn tatsächlich bei Betrachtung des Gesamtsystems, das heißt aller Leistungssektoren, zu einer Ausgabenreduzierung führt und nicht nur zu einer Ausgabenverlagerung bei gleichzeitiger Verschlechterung der Patientenversorgung. Bettenabbau heißt nicht Leistungsabbau und ebenso wenig Ausgabenreduzierung. Kosten werden grundsätzlich nicht durch Betten, sondern durch die an Patienten verordneten Leistungen verursacht. Die Zahl der vollstationären Fälle in einer reduzierten Bettenkapazität wird vermutlich ebenso zunehmen wie die dadurch ausgelöste Leistungsverdichtung für die im Krankenhaus Beschäftigten – eine Tatsache, die auch das Verhältnis zwischen den Beschäftigten und den Patienten beeinflussen wird.

Die Rolle der Krankenhäuser, ihrer Kapazitäten und Leistungsstrukturen wird vor allem davon abhängen, wie die Konflikte zwischen der Notwendigkeit einer wohnortnahen Versorgung der häufigsten Erkrankungen einerseits und der Konzentration der Angebotsstruktur aus Gründen der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit andererseits gelöst werden. Eine wohnortnahe Versorgung, bei der eine zeitgemäße Qualität der Leistungserbringung nicht gesichert werden kann, wird auch mit Zuschlägen nicht vermittelbar sein. Um die in diesem Zusammenhang zu erwartenden Konflikte mit vertretbaren Mitteln steuern zu können, ist es deshalb erforderlich, auch für die Zukunft nachvollziehbare und praktisch handhabbare Vorstellungen von dem Begriff „wohnortnahe Versorgung“ zu entwickeln.

Um den zu erwartenden Konflikt zwischen einer wohnortnahen Versorgung, den Konzentrationsbestrebungen als Folge des neuen durchgängigen diagnosebezogenen Fallpauschalensystems und einer sich verschärfenden Wettbewerbssituation im Interesse der betroffenen Patienten in Grenzen zu halten, liegt der Gedanke einer kooperativen Regionalisierung der Krankenversorgung nahe. Darunter ist eine enge sektorenübergreifende prozessorientierte Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsanbieter (Krankenhaus, Praxis, Rehabilitationseinrichtungen und so weiter) einer Region zu verstehen. Betroffen sind vor allem Regionen, das heißt zwei oder mehr Landkreise oder kreisfreie Städte, bei denen ein überdurchschnittlicher Austausch von Patienten stattfindet. Dies betrifft zum Beispiel Landkreise und kreisfreie Städte, bei denen eine Abwanderung von mehr als 20 Prozent der dort wohnenden Patienten in wohnortferne Versorgungsschwerpunkte stattfindet. Nur durch eine kooperative Regionalisierung können Synergieeffekte beim Einsatz von Personal und Apparaten

gewonnen werden und Standorte kleiner Krankenhäuser im Interesse einer flächendeckenden Versorgung gesichert werden.

Krankenhaus im Wandel

Im neuen Jahrtausend werden im Krankenhaus Computer, Diagnosesysteme, Roboter und Mikrosystemtechniken herrschen. Was früher eine verletzbare Kunst des Arztes war, wird zunehmend zu einem perfekten technischen Prozess. Mit der Mechanisierung, Automatisierung, Virtualisierung und High-Tech-Medizin werden die Folgen der modernen Medizin deutlich. Die Verwissenschaftlichung hat ihren Preis. Er lautet Spezialisierung, Apparatisierung und Entpersönlichung der Arzt-Patienten-Beziehung. Der Begriff „Krankenhaus“ wird einen grundsätzlichen Bedeutungswandel erfahren.

Diese medizinisch-technische Entwicklung wird immer stärker von den Auswirkungen und Möglichkeiten der freien Marktwirtschaft und der Globalisierung beeinflusst. In der Wettbewerbsgesellschaft ändern sich immer schneller die Bedingungen der Leistungserbringung und -inanspruchnahme. Die Forderung nach Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung der im Krankenhaus erbrachten Leistungen in Verbindung mit innovativen Lösungen wird unter diesen Voraussetzungen im Interesse der Patienten zwangsläufig zunehmen.

Zitierweise dieses Beitrags:

Dtsch Arztebl 2002; 99: A 261–264 [Heft 5]

Anschrift des Verfassers:

Leitender Ministerialrat

Dr. jur. Ernst Bruckenberger

Lehrbeauftragter an der Medizinischen

Hochschule Hannover

Hitzackerweg 1a

30625 Hannover

www.bruckenberger.de

Dieser Grundsatzbeitrag ist dem Geriatriischen Zentrum Göttingen anlässlich seiner Inbetriebnahme am 17. Oktober 2001 gewidmet.

Bookmark-Service:



[Home](#) | [Archiv](#) | [Nachrichten](#) | [Foren](#) | [BLOGs](#) | [DÄ plus](#) | [Förderpreise](#) | [Dossiers](#) | [cme](#) | [ePaper](#) | [Jobs](#) | [Impressum](#)

© 2010 Deutsches Ärzteblatt, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
entwickelt von L.N. Schaffrath NeueMedien GmbH