

Dr. Ernst Bruckenberger

"Fehlbelegungsorientierte Leistungsplanung" **- Die Geister, die man rief ..."**

Es drängt sich der Eindruck auf, dass bei der Einführung der DRG's bei nicht wenigen die Maxime gilt: je weniger sie sich über die enormen systemverändernden Folgen im klaren sind, desto mehr erwarten sie sich davon. Bei einer Unstimmigkeit zwischen einer Idee und der Wirklichkeit ist eben die Wirklichkeit im Unrecht.

Bisherige Ergebnisse der Krankenhausplanung

Nicht bestreitbar ist, dass die der Krankenhausplanung der Länder unterliegenden Bettenkapazitäten vor allem seit der Einführung des Kontrahierungszwanges im Jahre 1977 - Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur in zugelassenen Krankenhäusern erbringen lassen - merklich reduziert worden sind. Seit 1973 (ab 1991 alte und neue Bundesländer) wurden in Deutschland insgesamt 131.889 Krankenhausbetten abgebaut. Die im Verantwortungsbereich der Kostenträger liegenden Kapazitäten, Leistungen und Ausgaben sind demgegenüber seit 1973 laufend angestiegen. Beispielsweise hat sich die Zahl der Betten in den Rehaeinrichtungen um 103.276 Betten vermehrt.

Die Betriebskosten der Krankenhäuser haben sich von 1973 bis 1998 um das Sechsfache (von 17 auf 105 Mrd. DM), die Investitionskosten nur um das Vierfache (von 3 auf 12 Mrd. DM) erhöht. Der Anteil der Investitionskosten an den Gesamtkosten hat sich von 15 auf 10 Prozent reduziert. Die Zahl der Krankenhausärzte, der stationär behandelten Patienten und der für diese verordneten Leistungen ist ununterbrochen angestiegen.

Die mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) im Jahre 1973 eingeführte angebotsorientierte Krankenhausplanung der Länder wird seit dem Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahre 1992 tendenziell durch die Krankenkassen mit Hilfe einer Steuerung über das Entgeltsystem in Frage gestellt. Dabei wird zunehmend eine Verwirrung bei den Begriffen und Inhalten der Krankenhausplanung und Leistungsplanung erkennbar.

Eine durch die zuständigen Planungsbehörden gezielt vorgenommene Steuerung integrierter Versorgungsstrukturen (z.B. Krankenhausbehandlung, Praxen, medizinische Rehabilitation, Pflegeeinrichtungen) gibt es nur in Ansätzen.

Wo, wie beim Belegarztwesen, bereits eine personell integrierte sektorenübergreifende Versorgungsform vorliegt, wird deren seit Jahren vom SGB V sogar geforderte Ausweitung durch eine systemwidrige Abrechnung der stationären Leistungen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung konterkariert und damit die Ausweitung unterlaufen.

Trotz gleicher bundesgesetzlicher Regelungen für die Krankenhausplanung und -finanzierung gibt es sowohl hinsichtlich der Anzahl der für die Bevölkerung der einzelnen Länder vorgehaltenen und geförderten Krankenhausbetten und Plätze pro 10.000 Einwohner wie auch hinsichtlich der Behandlungskosten pro Fall - auch altersbereinigt – merkliche Unterschiede. So schwankt, ohne Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur, die Bettenziffer von 59,0 in Baden-Württemberg bis 73,7 im Saarland.

Der Aspekt der Subsidiarität, d.h. der vorrangigen Berücksichtigung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser, findet in den Ländern nicht immer die gebührende Aufmerksamkeit. So widerspricht beispielsweise eine gleichmäßige, den in den Krankenhäusern tatsächlich versorgten Bedarf außer Acht lassende Reduzierung der Bettenkapazität über alle Trägergruppen eindeutig geltendem Recht.

Selbst nach einer fünfundzwanzigjährigen Kostendämpfungsdiskussion fehlen verständlicherweise die für eine ergebnisorientierte Beurteilung sowohl des Krankenhaussektors als auch der anderen Leistungssektoren erforderlichen vollständigen, alle Kostenträger umfassenden, länder- und leistungssektorenbezogenen Daten über Art und Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen wie auch der dadurch veranlassten Ausgaben. Überprüfbare Nachweise über die in den einzelnen Leistungssektoren durch „Verzahnungen“, „Vernetzungen“, „Integration“ usw. ausgelösten wechselseitigen Auswirkungen von Planungs- bzw. Steuerungsmaßnahmen sind unter diesen Voraussetzungen nur bedingt oder überhaupt nicht möglich.

Bei einem an der Beitragsatzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung gemessenen vorgegebenen Ausgabenvolumen nimmt der Verwaltungsaufwand innerhalb des Systems zu Lasten der Versicherten und der Beschäftigten als Folge einer ständig steigenden Regulierungstiefe immer mehr zu. Eine Tatsache, die mit dem Begriff **„Rationalisierung zugunsten der Bürokratie“** umschrieben werden kann.

Mengensteuerung durch Zugangsbegrenzung

Eine rechtlich haltbare Mengensteuerung setzt die Annahme voraus, dass die notwendigen Krankenhausleistungen für die Versichertengemeinschaft entweder über Vorhaltekapazitäten oder über Leistungsvorgaben nach Art und Umfang objektiv bestimmbar und für einen bestimmten Zeitraum kalkulierbar sind. Nur so ist das subjektiv-öffentliche Recht des Versicherten auf Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V erfüllbar. Eine leistungsrechtliche Begrenzung, d.h. eine auf den einzelnen Versicherten bezogene Begrenzung des Sachleistungsanspruches bzw. der Leistungen unter dem Vorbehalt der verfügbaren Haushaltsmittel oder der Beitragssatzstabilität, ist nach der gegenwärtigen Rechtslage nicht zulässig.

Das SGB V kennt bei der Krankenhausbehandlung keine leistungsrechtliche Regelung zur Mengensteuerung. Die Beschneidung des Leistungsanspruches des einzelnen Versicherten auf den für ihn notwendigen und zweckmäßigen Umfang nach § 12 SGB V erfüllt nicht den Tatbestand der Mengensteuerung. Eine leistungsrechtliche Mengensteuerung würde zwangsläufig *de iure* den Tatbestand einer Rationierung bedeuten.

Eine Mengensteuerung, die den leistungsrechtlich kodifizierten Anspruch des einzelnen Versicherten eingrenzt, entbehrt derzeit jeglicher rechtlichen Grundlage. Sie kann deshalb nur auf der Seite der Leistungsanbieter, d.h. der Krankenhäuser, zur Anwendung kommen. Dabei besteht allerdings die Gefahr, dass die öffentlich-rechtlich im Rahmen des Notwendigen verbürgte, individuell unbegrenzte Leistungsanspruchnahme dem objektiv mengenbegrenzend regulierten Vorhalte- bzw. Leistungsangebot widerspricht. Die auf der Krankenseite wirkende Mengensteuerung durch eine Bedarfsdeckungsplanung darf, wie bereits erwähnt, nicht dazu dienen, berechnete Individualansprüche des Versicherten zu begrenzen.

Eine Mengensteuerung kann also nur zur Vermeidung nicht bedarfsnotwendiger Leistungen eingesetzt werden. Ziel einer derartigen Mengensteuerung ist die Bedarfsdeckung, die jedoch ausschließlich durch die verordnenden Ärzte auf der Basis der leistungsrechtlichen Ansprüche des einzelnen Versicherten definiert wird und vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft werden kann. Die bedarfsnotwendigen Krankenhausleistungen werden in Deutschland von den Ärzten auf der Basis des Wirtschaftlichkeitsgebotes des SGB V verordnet und dürfen nicht durch Vorhalte- oder Leistungskapazitäten vorgegeben werden.

Wenn die vorhandenen Kapazitäten nicht ausreichen, den „tatsächlich zu versorgenden Bedarf“ an Krankenhausleistungen zeitnah zu befriedigen, sind Wartelisten die logische, aber gleichzeitig rechtswidrige Konsequenz. Keine KFZ-Versicherung käme auf die Idee, eine Schadensregulierung für einen im Dezember eingetretenen KFZ-Schaden mit dem Hinweis abzulehnen, die Einnahmen des laufenden Jahres wären durch die bis Ende November eingetretenen Schäden bereits verbraucht. Ebenso wenig ist die Begrenzung der KFZ-Werkstätten mit dem Hinweis, dadurch würde die Zahl der Schadensfälle reduziert, denkbar.

Das Krankenhausfinanzierungsrecht kennt keine Mengendefinition. Weder im KHG noch in der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) gibt es eine Vorschrift, die eine ausdrückliche und klare Rechtsgrundlage dafür liefert, dass bei den Pflegesatzverhandlungen die Leistungsmengen Verhandlungsgegenstand sind. Damit wäre ja der Tatbestand des „Einkaufsmodells“ gegeben.

Zwar liefert der Versorgungsauftrag die Grundlage, die notwendigen einzelnen Krankenhausleistungen im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 SGB V abrechnen zu dürfen; die einzelnen Leistungsmengen dürfen jedoch nicht explizit zwischen Krankenkassen und Krankenhaus festgelegt werden. Die Begrenzung der Leistungsmenge findet bei gegenwärtiger Rechtsgrundlage grundsätzlich durch das vereinbarte Budget statt (3).

In den übrigen EU-Staaten, die überwiegend über ein staatlich organisiertes Gesundheitswesen verfügen, erfolgt eine Mengensteuerung meist über eine verbindliche Vorgabe von Vorhaltungen, d.h. Krankenhauskapazitäten bzw. von Budgets. Was im Rahmen dieser Kapazitäten zeitnah nicht stationär behandelt werden kann, macht sich konsequenterweise in Form von Wartelisten oder zunehmend in Form von Wanderbewegungen ins Ausland bemerkbar. Demgegenüber ergeben sich in Deutschland die bedarfsnotwendigen Kapazitäten aus der Summe der anerkannten Verordnungen zur Krankenhausbehandlung. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird jedoch seit Jahren der Eindruck hervorgerufen, dass eine verbindliche Mengenbegrenzung ohne Rücksicht auf den anerkannten tatsächlich zu versorgenden Bedarf auch in Deutschland zulässig wäre.

Mengensteuerung durch Krankenhausplanung

Zur Erinnerung: Nach dem KHG

„ist der Zweck dieses Gesetzes die wirtschaftliche Sicherung **der Krankenhäuser**, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden **Krankenhäusern** zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechtes insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater **Krankenhäuser** zu gewährleisten ...“.

Bei der mit dem KHG 1973 eingeführten Krankenhausplanung handelt es sich so gesehen um eine verbindliche **Kapazitätsvorgabe** mit Hilfe einer staatlichen angebotsorientierten **„Krankenhausbedarfsplanung“** (Krankenhausstandorte, abteilungsbezogene Bettenkapazität). Die damit in Form von Investitionsprogrammen zum Zwecke der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser verbundene Mittelverwendungsplanung sollte die Krankenkassen entlasten und den Nachweis für den ordnungsgemäßen Einsatz öffentlicher Mittel im Rahmen der dualistischen Finanzierung liefern.

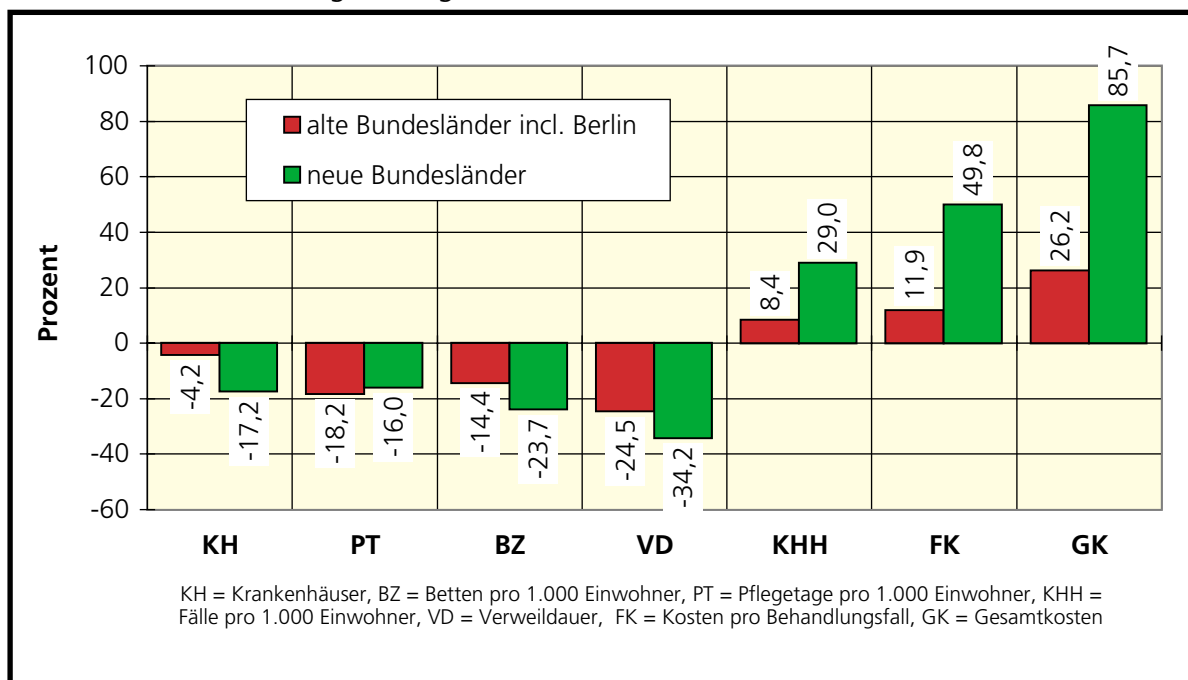
Mit dem aus dem Jahre 1984 stammenden Krankenhaus-Neuordnungsgesetz-KHNG wurde der Begriff „Krankenhausbedarfsplanung“ durch den Begriff „Krankenhausplanung“ ersetzt. In der Begründung des Regierungsentwurfes hieß es dazu: "Der bisher im Krankenhausfinanzierungsgesetz verwendete Begriff "Krankenhausbedarfsplanung" wird aus Gründen der sprachlichen Klarheit durch "Krankenhausplanung" ersetzt. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Gegenstand der Planung nur das Angebot an Krankenhausleistungen sein kann oder auch die Deckung des Bedarfs, nicht aber der Bedarf selbst. Die auch weiter bestehende Notwendigkeit einer qualifizierten Bedarfsdeckungsplanung bleibt demgemäß von der sprachlichen Klarheit unberührt".

Ein Funktionieren des nach wie vor geltenden dualistischen Finanzierungssystems setzt allerdings voraus, dass die Länder ihren Finanzierungsverpflichtungen auf Dauer ausreichend und zeitnah nachkommen. Genau dies ist aber nicht der Fall. Man kann aber, ohne das dualistische Finanzierungssystem in Frage zu stellen, die Krankenhäuser nicht mit Hilfe eines „Investitionsstauens“ oder durch die grundsätzlich rechtswidrige Finanzierung von Investitionskosten über den Pflegesatz finanzieren.

Auch eine ausschließlich unter den Haushaltsvorbehalt gestellte Ablehnung, d.h. eine an sich förderungsfähige Investitionsmaßnahme wird wegen fehlender Haushaltsmittel nicht öffentlich gefördert, widerspricht geltendem Recht .

Der Begrenzung der Zulassung von Krankenhäusern nach § 108 Ziff. 2 SGB V mit Hilfe der Krankenhausplanung liegt die Annahme zugrunde, dass ein größeres Angebot an Krankenhäusern und Krankenhausbetten zwingend ein größeres Nachfragevolumen induziert und umgekehrt. Tatsächlich trifft dies in einer generalisierenden Form nicht zu (siehe Abbildung 1). So wurde beispielsweise von 1991 bis 1998 die Zahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten in den neuen Ländern um 17 bzw. 24 Prozent reduziert, dennoch ist die Zahl der in den verbleibenden Kapazitäten stationär behandelten Fälle um 29, die der Fallkosten um 50 und der Gesamtausgaben um 86 Prozent angestiegen. Eine „angebotsinduzierte Leistungsausweitung“ ist daraus nicht ableitbar.

Tab.1: Entwicklung wichtiger Krankenhausbetriebsdaten von 1991 bis 1998



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

Vielmehr ist an diesem Beispiel überzeugend nachweisbar, dass die Kosten im Krankenhausbereich grundsätzlich nicht durch die vorgehaltenen Krankenhausbetten, sondern durch die an den Patienten erbrachten Leistungen verursacht werden. Damit stellt sich aber sofort die Frage, ob die darauf basierende Zugangsbegrenzung überhaupt ein taugliches Mittel darstellt.

Die Leistungen werden grundsätzlich von Ärzten verordnet, deren Zahl nach wie vor steigt, da es offensichtlich seit Jahren politisch nicht durchsetzbar ist, die Zahl der Medizinstudenten, d.h. der künftigen Verordner von Krankenhausleistungen, zu reduzieren.

Der Streit über die Definition des „Bettenbedarfs“ als Grundlage für die angebotsorientierte Mittelverwendungsplanung wurde durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 14.11.1985 zum Bedarf der Bevölkerung an Krankenhausbetten (BVerwG 3 C 41.84) beendet. Es stellte fest, dass unter Bedarf **der "tatsächlich zu versorgende Bedarf"** und nicht ein mit dem **"tatsächlichen Bedarf nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf"** zu verstehen ist.

Dieser "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 (Kostenübernahmeerklärungen), d.h. der Abrechnung durch die jeweils zuständige Krankenkasse (1). Diese vom Verfasser seit 1985 vertretene Auffassung wurde im Dezember 1998 vom OVG Lüneburg bestätigt und hat inzwischen Rechtskraft erlangt.

Nach der gegenwärtigen Rechtslage sind so gesehen eindeutig die Krankenhäuser und nicht die darin erbrachten Leistungen Gegenstand der Krankenhausplanung nach dem KHG. Die Institution Krankenhaus und nicht die einzelne Krankenhausleistung soll wirtschaftlich gesichert werden.

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

Der Begriff Leistungsplanung im Sinne einer verbindlichen Vorgabe von einzelnen im Krankenhaus zu erbringenden Leistungen ist sowohl dem KHG als auch der BPfIV und dem SGB V fremd. Die Planung einzelner Leistungen (wenn einzelne, warum dann eigentlich nicht alle ?) wie z.B. Schlaganfall, Stammzelltransplantation, Herztransplantation usw., ist so gesehen durch das KHG rechtlich nicht gedeckt. Bei den gegebenen Rechtsgrundlagen kann eine Krankenhausplanung als Basis für die Mittelverwendungsplanung nur die Anerkennung von Standorten und Vorhaltekapazitäten umfassen.

Die vorgesehene Weiterentwicklung des derzeitigen mischkalkulierten Entgeltsystems zu einem durchgängigen pauschalierenden leistungsorientierten Vergütungssystem in Form von DRG'S wird die bisherige staatliche angebotsorientierte Krankenhausplanung in Form einer Mittelverwendungsplanung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser systemimmanent auch bei formeller Weitergeltung de facto ebenso in Frage stellen wie die dualistische Finanzierung. Dennoch wird derzeit nur über die Voraussetzungen und Bedingungen diskutiert, unter denen ab 2003 das neue Vergütungssystem eingeführt werden soll, nicht aber über die daraus entstehenden Auswirkungen.

Mengensteuerung durch Leistungsplanung

Das mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992 eingeführte neue Entgeltsystem in Form von Fallpauschalen und Sonderentgelten bedeutete das Ende der Kongruenz zwischen dem Planungsinhalt (Krankenhaus) und der Vergütungseinheit (tagesgleicher vollpauschalierter Pflegesatz in Verbindung mit dem Selbstkostendeckungsprinzip). Seither wird der Begriff Krankenhaus, Abteilung oder Planbett immer öfter durch den nicht näher definierten Begriff Leistung mit all den daraus entstehenden Konsequenzen für die Krankenhäuser und den die Leistungen in Anspruch nehmenden Patienten ersetzt. Eine Tatsache, die bis heute in ihren Auswirkungen auf die angebotsorientierte Krankenhausplanung der Länder offensichtlich nur unzureichend zur Kenntnis genommen wird.

Die Zulässigkeit einer Leistungsplanung einmal vorausgesetzt, wäre für eine rechtsstaatlichen Ansprüchen gerecht werdende Regelung eine klare und eindeutige Begriffsdefinition der davon betroffenen „Leistungen“ unabdingbar. Je nachdem ob die Patienten (Fälle), die Fallpauschalen oder die einzelnen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen (z.B. Operationen, CT-Leistung) dem Leistungsbegriff zugrunde gelegt werden, führt dies zu jeweils anderen Ergebnissen. Je weiter der Begriff Leistung heruntergebrochen würde, desto mehr gewönne insbesondere die Schutzwirkung des Art. 12 GG dahingehend an Bedeutung, als durch eine Leistungsplanung die unternehmerische bzw. berufliche Ausübungsfreiheit deutlich eingeschränkt würde.

Mit dem Regierungsentwurf zur Gesundheitsreform 2000 sollte erstmals eine Leistungsplanung Eingang in das SGB V finden. So sollten leistungsorientierte landesweite Rahmenvorgaben die Grundlage für den Abschluss, die Änderung und die Kündigung der zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zu schließenden Versorgungsverträge bilden.

Die Rahmenvorgaben sollten sich an den medizinischen Fallkategorien des neuen Vergütungssystems orientieren und insbesondere Festlegungen zu den notwendigen Leistungsbedarfen und Mindestmengen beinhalten. Die innerhalb der neu zu vereinbarenden integrierten Versorgungsformen anfallenden Leistungsmengen hätten dabei ebenfalls berücksichtigt werden müssen. Die vorgesehenen Regelungen zu einer Leistungsplanung scheiterten im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens. Die Frage, ob die zentrale planerische Entscheidung über die Zulassung der Krankenhäuser im Hinblick auf das Fehlen einer Gesetzgebungskompetenz des Bundes (vgl. Art. 84 Abs. 1 GG) überhaupt selbstverwaltungstauglich ist, musste daher nicht geklärt werden. „Es ist davon auszugehen, dass entsprechende gesetzliche Bestimmungen wegen fehlender Gesetzgebungskompetenz des Bundes verfassungswidrig wären“⁽⁴⁾. Eine Steuerung von Leistungen und Leistungsmengen über Entgeltvereinbarungen auf der Basis der DRRG's würde de facto den gleichen Tatbestand erfüllen. Für die Krankenkassen läge darin der Einstieg in das seit Jahren propagierte "Einkaufsmodell".

Dennoch wird die Tatsache, dass ab 2002 im Krankenhausbereich erstmals eine vollständige Transparenz darüber vorliegt wer, wo, was und in welchem Umfang an Krankenhausleistungen erbringt, derartige Überlegungen verstärken. Dazu kommt die Tätigkeit von Verbraucherzentralen, Selbsthilfegruppen oder die Öffentlichkeitsarbeit bestimmter Ärztegruppen, die sich zunehmend bemühen, die Planung bestimmter emotional besetzter Leistungen vor allem aus den Bereichen Herz, Hirn, Krebs und Kinder zu fordern.

Selbst einen anderen Ausgang des Gesetzgebungsverfahrens zur Gesundheitsreform 2000 einmal unterstellt, wäre ein Streit über den tatsächlich landesweit zu versorgenden Bedarf und die Festlegung des tatsächlich zu versorgenden Bedarfes für das einzelne Krankenhaus in Verbindung mit der Schutzfunktion der Art. 12 und 14. GG vorprogrammiert gewesen. Auch die Rechtsqualität der Rahmenvorgaben hätte auf dem Prüfstand gestanden, da sie nicht mehr als Verwaltungsvorschriften hätten sein können. Die Rechtsverbindlichkeit hätte nicht höher eingeschätzt werden können als die des gegenwärtigen Krankenhausplanes, nämlich als ein Verwaltungsinternum. Tatsächlich hätte es sich bei den vorgesehenen Rahmenvorgaben um detaillierte, dem tatsächlich zu versorgenden Bedarf entsprechende, landesweite Mengenvorgaben der ab 2003 geplanten Fallpauschalen gehandelt.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die nach Einführung der staatlichen Krankenhausplanung im Jahre 1973 bestehende Euphorie der Länder, nicht als bedarfsgerecht angesehenen Krankenhäuser aufgrund planerischer Hoheit einfach schließen zu können, von den Gerichten kurzfristig zerstört wurde (Problem: § 371 RVO). Erfahrungen, die bereits einmal gemacht worden sind, sollten nicht zu Lasten der Steuerzahler wiederholt werden, nur um die geringen Erfahrungen neuer Darsteller in der Tragikomödie „Kostendämpfung im Gesundheitswesen“ anzureichern.

Der von der Verwaltungsgerichtsbarkeit in jahrelanger Rechtsprechung geprägte leistungsrechtliche Bedarfsbegriff wird durch das neue durchgängige pauschalierende Vergütungssystem in Form der australischen DRG's nicht verändert werden. Allerdings werden künftig an Stelle der anerkannten und abgerechneten Pflgetage bzw. der daraus resultierenden Betten die anerkannten und abgerechneten Fallpauschalen bzw. DRG's treten. Die Fallpauschalen bekämen so gesehen die bisherige Funktion der Planbetten mit allen daraus entstehenden rechtlichen Konsequenzen. Jede anerkannte und abgerechnete Fallpauschale ist grundsätzlich als bedarfsnotwendig anzusehen. Die Summe dieser Fallpauschalen ergäbe den tatsächlich zu versorgenden Bedarf. Es ist bereits jetzt erkennbar, dass die Krankenhäuser beginnen, zur Sicherung bzw. Verstärkung ihrer Rechtspositionen ihre Leistungen ins Internet zu stellen, um sie entsprechend publik und beweisbar zu machen.

Leistungs(fallpauschalen)orientierte landesweite Rahmenvorgaben wären, gleichgültig wie sie ermittelt werden, für den leistungsrechtlichen Anspruch des einzelnen Versicherten rechtlich irrelevant. Man kann im gegenwärtigen System zwar Vorhaltekapazitäten, nicht aber den Umfang der Einzelansprüche verbindlich vorgeben.

Wenn dem aber so ist, bedarf es keiner Planung derartiger Rahmenvorgaben. Es genügt die Auflistung der während des abgelaufenen Jahres anerkannten und abgerechneten Leistungen (Fallpauschalen), um den tatsächlich zu versorgenden Bedarf festzustellen. Die Einschätzung der künftigen Entwicklung erfüllt nicht den Tatbestand einer Planung.

Krankenhausplanung oder „fehlbelegungsorientierte Leistungsplanung“

Den derzeit in einigen Bundesländern laufenden, von Beratungsinstituten durchgeführten „Krankenhausplanungen“ in Form von „fehlbelegungsorientierten Leistungsplanungen“ liegen so gesehen mehrere nicht haltbare Annahmen zugrunde:

- Die im Regierungsentwurf zur Gesundheitsreform 2000 vorgesehenen leistungsorientierten landesweiten Rahmenvorgaben auf der Basis der DRG's scheiterten im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens. Damit fehlt jegliche Rechtsgrundlage für die Umsetzung einer wie immer gearteten Leistungsplanung unabhängig von der Frage, ob sie verfassungsrechtlich überhaupt haltbar wäre.
- Es wurde nicht ausreichend geklärt, welchen Rechtscharakter die von den Gutachtern für die zuständige Krankenhausplanungsbehörde durchgeführte „fehlbelegungsorientierte Leistungsplanung“ hat. „An die Problemverarbeitungskapazität der zuständigen Planungsbehörden sind umso höhere Anforderungen zu stellen, je anspruchsvoller und komplexer das materiell-rechtliche Ermittlungs- und Entscheidungsprogramm ist, was insbesondere auf planerische Entscheidungen zutrifft“(4).
- Wenn die Methodik und das Ergebnis des Gutachtens von der zuständigen Planungsbehörde mangels eigener Planungsüberlegungen für die Krankenhausplanung übernommen und als verbindlich angesehen wird, unterliegt es der vollen gerichtlichen Überprüfung. Für diesen Fall dürfen aber die Schlussfolgerungen der Gutachter beispielsweise nicht auf Daten beruhen, die der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde selbst für Zwecke der Krankenhausplanung nicht zur Verfügung stehen (§ 301 SGB V) bzw. dafür nicht geeignet sind. Auf einer derartigen Basis können keine nachvollziehbaren, rechtlich haltbaren Entscheidungen für das einzelne Krankenhaus gefällt werden.
- Wenn aber die Ergebnisse des Gutachtens bestenfalls empfehlenden Charakter haben, von denen jederzeit abgewichen werden kann, sind sie rechtlich irrelevant. Dann stellt sich allerdings die Frage des wirtschaftlichen Mitteleinsatzes für ein derartiges, meist aufwendiges, Gutachten.

- Eine „fehlbelegungsorientierte Leistungsplanung“ kann sich bestenfalls in Form einer Indizienvermutung als hilfreich für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen erweisen. Dies erklärt auch das Engagement der Krankenkassen für diese Art der Planung. Für die Planungsbehörde ist sie nicht brauchbar. Planerische Entscheidungen auf der Basis von vermuteten, aber im Einzelfall nicht nachgewiesenen Fehlbelegungen werden einer gerichtlichen Überprüfung nicht standhalten. Dazu kommt, dass weder die zuständige Krankenhausplanungsbehörde noch das betroffene Krankenhaus die Kompetenz besitzen, das der „Fehlbelegung“ unterstellte Substitutionspotential in den anderen Leistungssektoren (ambulante Versorgung, medizinische Rehabilitation, häusliche Pflege, Pflegeheime) zu gestalten bzw. zur Verfügung zu stellen. Hier sei nochmals darauf hingewiesen, dass nicht die vorgehaltene Bettenkapazität den tatsächlich zu versorgenden Bedarf bestimmt, sondern die anerkannten und abgerechneten Krankenhausleistungen die Vorhaltekapazitäten ergeben.
- Der „fehlbelegungsorientierten Leistungsplanung“ kann präventiv am besten mit der Forderung nach einer Vorwegbestätigung begegnet werden. So könnten die Krankenhäuser bei Patienten mit planbaren Eingriffen bzw. Behandlungen die Krankenkassen vor der Krankenhausaufnahme bitten, eine Bestätigung darüber auszustellen, dass es sich um keine Fehlbelegung handelt. Dieses Vorgehen würde eine spätere aufwendige Überprüfung erübrigen. Gleichzeitig würde sich der Rechtfertigungsdruck von den Krankenhäusern zu den Krankenkassen verlagern und damit vermutlich versachlichen. Ein sicherlich interessanter Wettbewerbsaspekt.
- Auch die Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen werden über die Beiträge der Versicherten finanziert. Es bedürfte den Versicherten nicht zu vermitteln sein, dass der Aufwand für den Medizinischen Dienst gleich oder höher ist, als das durch seinen Einsatz reduzierte Ausgabenvolumen der Krankenkassen. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip gilt grundsätzlich nicht nur für die Krankenhäuser, sondern auch für den Medizinischen Dienst als Teil des Gesamtsystems selbst (2).
- Ein sofortiger Bettenabbau mit dem Hinweis auf eine mit Hilfe eines Gutachtens vermutete, aber in einem Streitverfahren nicht nachgewiesenen Fehlbelegung reduziert nicht nur unzulässigerweise den Abrechnungsanspruch des betroffenen Krankenhauses, sondern kann auch den individuellen Behandlungsanspruch der Versicherten durch Minderversorgung oder Wartelisten erheblich gefährden.

- Eine Krankenhausbehandlung, die korrekt begonnen, durchgeführt und von der zuständigen Krankenkasse unbestritten abgerechnet wurde, ist zweifellos eine bedarfsnotwendige Leistung. Sie kann nicht den Tatbestand einer Fehlbelegung, sondern bestenfalls den Tatbestand einer rechtswidrigen Kostenübernahmeerklärung erfüllen.
- Nur der tatsächlich zu versorgende Bedarf, nicht aber eine – auf welcher Grundlage auch immer ermittelte - Prognoseannahme, kann Grundlage einer unmittelbar wirkenden Planungsentscheidung der zuständigen Planungsbehörde sein. Ein unmittelbarer Bettenabbau kann nur erfolgen, wenn die Zahl der anerkannten Planbetten über der Zahl der gegenwärtig durch den tatsächlich zu versorgenden Bedarf belegten Betten liegt. Die bedarfsnotwendigen Kapazitäten haben sich dem tatsächlich zu versorgenden Bedarf anzupassen und nicht umgekehrt. Mit anderen Worten, Entscheidungen, die in Form der Kostenübernahmeerklärung konkret von der zuständigen Krankenkasse getroffen werden müssen, dürfen nicht abstrakt über den Weg von Kapazitätsreduzierungen durch die Planungsbehörde erzwungen werden.
- Eine einseitige detaillierte Leistungsvorgabe für das einzelne Krankenhaus durch die Planungsbehörde oder die Krankenkassen steht ohne entsprechende Rechtsgrundlagen überdies im Widerspruch zum Grundrecht des Art. 12 GG. Eine Einschränkung dieses Grundrechtes setzt neben einer gesetzlichen Regelung unter anderem den Nachweis voraus, dass das angestrebte Ziel beispielsweise der Beitragssatzstabilität für das Gesamtsystem mit Hilfe einer Leistungsplanung tatsächlich erreicht werden kann. Bei den komplexen wechselseitigen Abhängigkeiten und den zudem fehlenden statistischen Daten für die einzelnen Leistungssektoren ist dieser Nachweis derzeit überhaupt nicht zu erbringen.

Zusammenfassung

Die zunehmend - erstaunlicherweise auch von Krankenhäusern und einigen ihrer Verbände quasi als Selbstbeschränkung der unternehmerischen Freiheit nach Art. 12 GG - geforderte verbindliche Leistungsplanung als Folge der Einführung der DRG's wird aus mehreren Gründen scheitern:

- An den fehlenden bzw. widersprüchlichen Rechtsgrundlagen. So ist weder der Begriff der zu planenden Leistung klar definiert noch gibt es für die Länder oder den Krankenkassen einen derart umfassenden im Zweifel sektorenübergreifenden Planungsauftrag mit verbindlichen gerichtlich überprüfbaren Einzelfallentscheidungen.

Er wäre übrigens mit der Mittelverwendungsplanung des KHG nicht zu rechtfertigen und bedürfte einer eigenen Rechtsgrundlage. Diese wiederum wäre mit enormen verfassungsrechtlichen Problemen verbunden. Ungeklärt ist auch die bundeseinheitliche Handhabung einer Leistungsplanung.

- An der Komplexität der Materie. Da die Länder nicht selten schon Probleme mit der vergleichsweise einfachen Betten(bedarfs)planung hatten, sollten sie sorgfältig prüfen, ob es sich lohnt, die vergleichsweise wesentlich komplexere Planung von rd. 800 Fallpauschalen in einer rechtlich handhab- und politisch durchsetzbaren Form in Angriff zu nehmen. Eine Leistungsplanung für den stationären Bereich müsste überdies systemimmanent eine Leistungsplanung in den anderen Sektoren zur Folge haben.
- An den widersprüchlichen ordnungspolitischen Voraussetzungen (Markt oder staatliche Planung). Eine gerichtlich überprüfbare Leistungsplanung steht in einem nicht auflösbarem Widerspruch zur Dynamik eines Wettbewerbssystems.
- An der ab 2003 gegebenen vollständigen Transparenz des Leistungsgeschehens auf der Basis der DRG's verbunden mit dem grundsätzlichen Rechtsanspruch auf Besitzstandswahrung der bisherigen Leistungen einerseits und dem verstärkten Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern andererseits. Bisher konnte ein Krankenhaus – sofern keine förmliche Einschränkung des Versorgungsauftrages vorlag - davon ausgehen, dass das Leistungsgeschehen innerhalb der anerkannten Abteilungen keinerlei Beschränkungen unterlag.
- An dem nach wie vor bestehenden subjektiv-öffentlichen Recht des Versicherten, im Rahmen des Notwendigen unter Berücksichtigung der freien Arzt- und Krankenhauswahl unbegrenzt behandelt zu werden.
- An der Möglichkeit, dass einzelne Krankenhausträger nicht zuletzt aus Gründen des Wettbewerbs die vorgegebenen Fallpauschalen unterbieten werden, um besser expandieren zu können. Wenn damit eine Warteliste reduziert werden kann, ist damit dennoch der Tatbestand des tatsächlich zu versorgenden Bedarfs gegeben. Für welche Zeiträume soll unter diesen Voraussetzungen eine Leistungsplanung gelten?
- An der enormen Dynamik und Innovationsbereitschaft privater Träger als Folge der diesen zusätzlich zur Verfügung stehenden Finanzierungsmöglichkeiten und den nicht ausreichenden öffentlichen Fördermitteln. Auf diese Weise beginnen sich neue Leistungsanbieter völlig unabhängig von einer Leistungsplanung durchzusetzen.

- An den im Wettbewerb stehenden Krankenkassen.
- An dem damit verbundenen kostenträchtigen Verwaltungsaufwand.
- An den europarechtlichen Entwicklungen im Hinblick auf einen freien Warenverkehr. Durch Maßnahmen der Bedarfsdeckungsplanung, gleichgültig, ob über Vorhaltungen oder Leistungen, werden ungleiche Marktzugangsschwellen für die Mitbewerber geschaffen.

Offensichtlich leben inzwischen viel zu viele ganz gut davon, im Rampenlicht der Öffentlichkeit permanent Vorschläge für die Verbesserung des jeweils bestehenden Krankenhausfinanzierungssystems zu unterbreiten (die Ankündigung von Begriffen macht zweifellos mehr Spaß, als deren Umsetzung), während diejenigen, die „an der Front“ kämpfen und dafür sorgen, dass das bestehende System in Anbetracht der permanenten Regulierungswut in der Realität überhaupt noch funktioniert, immer weniger an Unterstützung zuteil wird.

Literatur:

- 1) E.Bruckenberger, H. Runge ; Tatsächlicher oder erwünschter Bedarf an Krankenhausbetten, das Krankenhaus, W. Kohlhammer Verlag, Heft 5/99, S. 276 ff.
- 2) E. Bruckenberger; GKV-Gesundheitsreform, Stellungnahme als Sachverständiger zur Anhörung des Gesetzentwurfes am 21.9.1999 in Berlin
- 3) G. Igl; Mengensteuerung im Gesundheitswesen durch Begrenzung des Zuganges für die Leistungserbringer am Beispiel der ambulanten und stationären "Bedarfsplanung", MedR 2000, Heft 4, S. 157 ff
- 4) M. Burgi, P. Maier; Kompetenzfragen der Krankenhausplanung: Vom Bundesstaat zum Kassenstaat?, Die öffentliche Verwaltung, Juli 2000, Heft 14, S. 579 ff

Der Verfasser:

© Dr. Ernst Bruckenberger
Lehrbeauftragter der Medizinischen
Hochschule Hannover
Hitzackerweg 1a
30625 Hannover

Internet: www.bruckenberger.de
Email : ernst@bruckenberger.de
8.10.2000

