

Die Auswirkungen des Fallpauschalensystems auf die Krankenhausplanung in Deutschland

Das Fallpauschalensystem als Versuch eines leistungsgerechten Preissystems wird in Deutschland eingeführt, ohne dass die Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung sowie die leistungsrechtlichen, finanziellen und datenschutzrechtlichen Wechselwirkungen mit den anderen Leistungssektoren geklärt wurden.



Ernst Bruckenberg

Auflösung der Kongruenz von Planungs- und Vergütungseinheit

Die Krankenhausplanung der Länder ging 1972 von einer Kongruenz zwischen Planungs- und Vergütungseinheit aus. Gegenstand der Planung war das Krankenhaus. Vergütungseinheit war der krankenhaushausindividuelle tagesgleiche vollpauschalierte Pflegesatz unter Beachtung des Selbstkostendeckungsprinzips anstelle eines betriebswirtschaftlich ermittelten Preises.

Die Einführung der Mischkalkulation aus einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie anderer Vergütungsformen im Jahr 1992 führte zur Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips und zur „parallelen Planungs- bzw. Steuerungskompetenz“ zwischen den Ländern und den Vertragsparteien, d.h. den Krankenhäusern und Krankenkassen und damit teilweise zur Aufhebung der Kongruenz zwischen Planungs- und Vergütungseinheit.

Mit der Einführung des Fallpauschalensystems wird die Kongruenz endgültig beseitigt, ohne dass bisher geklärt wurde, wie unter den veränderten Voraussetzungen weiterhin eine gerichtlich überprüfbare Krankenhausplanung durchgeführt werden kann oder was an deren Stelle treten soll.

Rahmenplanung oder Leistungsplanung?

Die staatliche angebotsorientierte Krankenhausplanung (Mittelverwendungsplanung) wurde in Deutschland 1969 verfassungsrechtlich mit der Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung der Länder begründet und legitimiert. Es gibt keinerlei Planungskompetenz der Länder zur verbindlichen Gestaltung der anderen Leistungssektoren.

Der Zweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) aus dem Jahr 1972 ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlichen wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Bei dem unverändert geltenden dualistischen Finanzierungssystem kann sich die Krankenhausplanung nur auf die notwendigen baulichen und apparativen Vorhaltungen, nicht jedoch auf die darin erbrachten Leistungen beziehen. So gesehen ist die bisherige Krankenhausplanung eine Rahmenplanung, da sie den Rahmen (Vorhaltung) für die darin zu erbringenden Leistungen vorgibt.

Die Rechtsgrundlagen für die Krankenhausplanung wurden durch das Fallpauschalengesetz aus dem Jahr 2002 nicht verändert. Gegenstand der Krankenhausplanung war und ist das Krankenhaus. Das Krankenhaus soll wirtschaftlich gesichert werden, das Krankenhaus wird in den Krankenhausplan aufgenommen, das Krankenhaus hat Anspruch auf Förderung und wird in das Investitionsprogramm aufgenommen usw. Die geltenden gesetzlichen Grundlagen bieten keine Ermächtigung, in das Grundrecht der Krankenhausträger auf eine freie Berufsausübung (Art. 12 Grundgesetz) einzugreifen. Ein Eingriff in dieses Grundrecht, beispielsweise in Form einer Leistungsplanung – in welcher Form auch immer –, würde eine gesetzliche Grundlage erfordern.

Planungsmaßstab ist der tatsächliche Bedarf

Der tatsächliche Bedarf als Maßstab für die Krankenhausplanung wird in Deutschland durch den versicherungsrechtlichen Anspruch des Einzelnen bestimmt. Die Entscheidung darüber trifft jeweils der behandelnde Arzt. Sie kann vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft werden. Der tatsächliche Bedarf ergibt sich aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und die Anerkennung, d.h. die Abrechnung der Pflegetage durch die jeweils zuständige Krankenkasse.

Die Limitierung des tatsächlichen Bedarfs erfolgt ausschließlich durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch (SGB V). Eine mengenmäßige Begrenzung der Krankenhausbehandlung (z.B. durch Wartelisten) unabhängig vom tatsächlichen Bedarf ist nicht vorgesehen. Die notwendige Angebotsstruktur zur Erfüllung der versicherungsrechtlichen Ansprüche hat sich am tatsächlichen Bedarf zu orientieren. Eine mengenmäßige Begrenzung des tatsächlichen Bedarfs würde eine Einschränkung des Wettbewerbs, der freien Arzt- und Krankenhauswahl und eine Verkürzung des versicherungsrechtlichen Leistungsanspruches bedeuten.

Der von der Verwaltungsgerichtsbarkeit in jahrelanger Rechtsprechung geprägte leistungsrechtliche Bedarfsbegriff wird durch das Fallpauschalensystem nicht verändert. Allerdings werden künftig an Stelle der anerkannten und abgerechneten Pflegetage bzw. der daraus resultierenden Betten die anerkannten und abgerechneten Fallpauschalen treten.

Mengenorientierte prospektive Rahmenvorgaben, sei es durch das Land oder durch Gutachter, sind für den leistungsrechtlichen Individualanspruch des einzelnen Versicherten irrelevant. Man kann nur Vorhaltekapazitäten, nicht aber den Umfang der künftig auftretenden Einzelansprüche verbindlich vorgeben. Eine verbindliche

Mengensteuerung würde voraussetzen, dass die bedarfsnotwendigen Leistungen objektiv bestimmbar und für einen bestimmten Zeitraum kalkulierbar sind. Nur so wäre das subjektiv-öffentliche Recht des Versicherten auf Krankenbehandlung erfüllbar. Eine Begrenzung der Leistungen unter dem Vorbehalt der verfügbaren Mittel ist nach der gegenwärtigen Rechtslage nicht zulässig.

Nach wie vor ist das Bett essentielle Voraussetzung für die Anerkennung einer vollstationären Behandlung und damit konstitutiv für die Krankenhausplanung. Fallpauschalen sind nur eine jederzeit veränderbare Form der Vergütung, aber keine Leistungen und können deshalb auch nicht Gegenstand der Krankenhausplanung im Sinne des KHG sein.

Veränderung der Angebots- und Ablaufstrukturen

Ab 2005 wird als Folge der von den einzelnen Krankenhäusern zu veröffentlichenden „strukturierten Qualitätsberichte“ in Deutschland erstmals der breiten Öffentlichkeit bekannt werden, wer, welche und wieviele stationäre medizinische Leistungen wo erbringt. Die damit verbundene umfassende Transparenz wird als Folge des Ökonomieprinzips und der steigenden Qualitätsanforderungen bei den Krankenhäusern verstärkt Konzentrationsprozesse auslösen bzw. die Neigung oder den Zwang zu Kooperationen, Fusionen oder Schließungen verstärken.

Der sich daraus ergebende Leistungs- und Qualitätswettbewerb wird die externen Angebotsstrukturen und die internen Ablaufstrukturen (z.B. durch Auflösung der bisherigen Abteilungsstrukturen) sehr schnell verändern. Das vertraute traditionelle Bild des Leistungsanbieters „Krankenhaus“ wird sich kurz- bis mittelfristig durch die Bildung Sektoren übergreifender ambulanter, teilstationärer und stationärer Angebots- und Leistungsstrukturen (kooperativ oder integrativ) drastisch wandeln.

Die Zukunft vieler Krankenhäuser wird jedoch weniger durch die Folgen des Fallpauschalensystems und einer wie immer angepassten Krankenhausplanung als vielmehr durch die nachweisbar fehlenden Investitionsmittel in Milliardenhöhe für die kurz- bis mittelfristige Modernisierung der Angebots- und Ablaufstrukturen gefährdet werden. Die durchschnittliche Investitionsquote liegt in Deutschland bei nur rund 7,5 Prozent. Ohne zusätzliche Investitionen kann man keine zeitgemäßen Versorgungsstrukturen entwickeln und anbieten.

Die unzureichende Beachtung des enormen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser durch die meisten Länder wird deshalb die sich seit einigen Jahren abzeichnende unstrukturierte Privatisierung der Krankenhäuser dramatisch beschleunigen.

Europa lässt grüßen

Die nach wie vor sektoral d.h. ausschließlich stationär geprägte Krankenhausplanung wird der sich verändernden, Leistungssektoren übergreifenden und prozessorientierten Angebots-

Leistungsstruktur nicht mehr gerecht. Zudem wird das „Denken in Fallpauschalen“ als Folge der verstärkten Transparenz zu vergleichsweise dynamischen Verhaltensweisen im Sinne eines marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitswesens führen.

Der europäische Gerichtshof hat festgestellt, dass ambulante ärztliche Leistungen und Krankenhausleistungen Dienstleistungen im Sinne des EG-Vertrages und damit handelbare Waren sind. Auch die Europäische Kommission geht davon aus, dass es sich bei der Krankenhausbehandlung um eine Dienstleistung im Sinne des Vergaberechtes handelt. Der im EG-Vertrag vorgegebene Regelfall ist die wettbewerbsorientierte Wirtschaftsverfassung, wohingegen die Leistungen der Daseinsvorsorge Ausnahmebestände darstellen.

Spätestens dann, wenn die Krankenhausplanung keine Festlegung des einzelnen Standortes und der konkreten baulichen und apparativen Vorhaltung mehr umfassen würde, sondern nur mehr unverbindliche Rahmenvorgaben für eine Art „Einkaufsmodell“ der Krankenkassen – welcher Art auch immer – wird das Vergaberecht, das Wettbewerbsrecht und das Kartellrecht bei der Verteilung der Leistungen (Fallpauschalen?) auf die einzelnen Krankenhäuser an Bedeutung gewinnen. Dies würde nicht nur den bisherigen Charakter der Krankenhäuser, sondern auch den der Krankenkassen grundsätzlich ändern.

Doppelt besetztes Ordnungssystem

Das deutsche Gesundheitswesen ist nicht nur durch eine seit Jahren stereotyp beklagte doppelt besetzte Facharztschiene, sondern auch durch ein doppelt besetztes Ordnungssystem geprägt. Dabei werden von der Marktwirtschaft allerdings nur die wettbewerblichen Begriffe und Thesen entliehen, von der Daseinsvorsorge jedoch nach wie vor die ausgeprägte Neigung zur Reglementierung und das damit verbundene Verhalten übernommen.

Im Ergebnis führte dies bisher systemimmanent dazu, dass bei einem vorgegebenen Deckel (Beitragsstabilität) der Verwaltungsaufwand für das Gesundheitssystem zu Lasten der Beschäftigten (Leistungsverdichtung) bei dennoch steigenden Ausgaben und wachsendem Frust ununterbrochen zunimmt und für die Behandlung der Patienten selbst immer weniger Mittel übrig bleiben.

Unter den gegebenen widersprüchlichen rechtlichen und (un)ordnungspolitischen Vorgaben ist eine zukunftsfähige Entwicklung des deutschen Krankenhauswesens als wesentlicher Teil eines freien Gesundheitssystems derzeit in Frage zu stellen. Eine staatliche Reglementierung wie bei den meisten derzeitigen und künftigen EU-Mitgliedern ist tendenziell nicht auszuschließen.

Dr. Ernst Bruckenberger

Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover

Hitzackerweg 1 a, D-30625 Hannover

Tel. 0049/511-5745 53

ernst@bruckenberger.de