

Dr. Ernst Bruckenberger

Länderranking 2005 - Krankenhäuser

Fakten und Thesen zur Zukunft der Krankenhausfinanzierung
nach Ablauf der Konvergenzphase

Fassung vom 02.03.2007

Entwicklung des Krankenhauswesens seit 1991

Die Deregulierung erfasst auch die Krankenhäuser

- Die inzwischen erfolgte Deregulierung früher unbestrittener Bereiche der Daseinsvorsorge (z.B. Wasser, Strom, Gas, Post und Telekommunikation, Bahn usw.) ergreift Schritt für Schritt auch das Gesundheitswesen. Damit werden auch die mit einer Marktwirtschaft verbundenen Denk- und Verhaltensweisen übernommen. Der humanitäre Auftrag gerät dabei immer stärker unter ökonomischen Rechtfertigungsdruck.
- Die 1973 im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geregelten Voraussetzungen für die Krankenhausplanung und -finanzierung wurden dieser Entwicklung bisher nicht angepasst.

Wandel des Krankenhausbegriffes

- Durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und die laufenden Veränderungen der Angebotsstrukturen verliert der Krankenhausbegriff immer mehr seinen bislang rechtlich eindeutigen sektoralen Bezug auf die Einrichtung, den Standort und die Aufgabenstellung. Unterstützt wird diese Entwicklung durch den Wandel vom sektoral orientierten Krankenhaus zum sektorenübergreifenden Anbieter von Gesundheitsleistungen in Verbindung mit dem Ausbau ambulanter und integrierter Versorgungsformen.
- Der Krankenhausbegriff wird zunehmend mit dem Begriff des Betriebes im Wirtschafts- und Steuerrecht gleich gesetzt. Krankenhäuser sind inzwischen Wirtschaftsunternehmen, die sich Wettbewerbsvorteile erarbeiten und diese auch nutzen. Motor dieser Entwicklung waren die privaten Klinikketten und der Druck des Verdrängungswettbewerbs.

Zukunft der Krankenhausfinanzierung nach Ablauf der Konvergenzphase

Zeitraumen für das Gesetzgebungsverfahren

- Vorbereitende Diskussionen
 - Gespräche auf Fachebene von Verbänden und Ländern
 - Erste Gespräche auf Fachebene des BMG mit Verbänden und Ländern im Dezember 2006
 - Gespräche des BMG mit allen Beteiligten im Feb./März 2007
- Vorbereitung einer Sonderkonferenz der Länder-Gesundheitsminister am 8. März 2007
- Erarbeitung von politischen Eckpunkten auf der Bundesebene bis Mitte 2007
- Gesetzgebungsverfahren
 - Vorlage eines Gesetzentwurfes nach der Sommerpause
 - Abschluss des Verfahrens bis Mitte 2008
 - Inkrafttreten zum 1.1.2009

Wesentliche Streitpunkte

- Marktzugang für Krankenhäuser
 - Weiterhin durch Krankenhausplanung der Länder oder durch Verträge mit Krankenkassen?
 - Weiterhin Kontrahierungszwang für Krankenkassen oder z.B. durch Einkaufsmodelle?
- Sicherstellung der Versorgung, insbesondere in ländlichen Räumen
- Preisfindung
 - Konvergenz der Landes-Basisfallwerte zu einem einheitlichen Bundes-Basisfallwert?
 - Preiswettbewerb?
Weiterhin „Festpreise“ oder „Höchst- oder Richtpreise“?
- Finanzierung der Investitionskosten
 - Weiterhin dualistische Finanzierung oder Finanzierung über den DRG-Preis (monistische Finanzierung)?

Derzeit diskutierte Planungsansätze

Rahmenplanung- oder Leistungsplanung?

- Auch nach Ablauf der Konvergenzphase für das Fallpauschalensystem im Jahr 2009 müssen für die vollstationäre Behandlung nach § 39 SGB V Betten für die Unterkunft der Patienten zur Verfügung gestellt werden (Kapazitätsplanung als Rahmenplanung). Das „Bett“ ist eine essentielle rechtliche Voraussetzung für die Anerkennung einer vollstationären Behandlung und damit konstitutiv für die Krankenhausplanung. Der bedarfsgerechte Umfang ergibt sich unverändert aus der Summe der von den Krankenkassen anerkannten Fälle und der dafür jeweils erforderlichen Verweildauer.
- Man kann in einem Versicherungssystem nicht den gleichen Tatbestand, nämlich das Leistungsangebot des Krankenhauses in Form von Art und Menge, gleichzeitig zum Gegenstand des „Planungsrechtes nach dem KHG“ und des „Leistungsrechtes nach dem SGB V“ (Vereinbarungsprinzip) machen.

Qualitative Standortplanung

- Vorgabe von Standorten (nicht zwingend rechtlich selbständige Krankenhäuser) für die Erbringung einer stationären Krankenhausbehandlung verbunden mit einer Kapazitätsvorgabe (Bett) durch die Planungsbehörde. Diese Vorgabe ist jährlich anhand des tatsächlichen Bedarfes zu überprüfen und anzupassen.
- Ausweisung von Fachgebieten in Abstimmung mit der Weiterbildungsordnung der Ärzte durch die Planungsbehörde. Davon abweichende Planungsinhalte müssen im Hinblick auf die Einschränkung der Berufsfreiheit gesetzlich präzise geregelt werden.
- Die Qualitätssicherung über bundeseinheitliche Kriterien zur Strukturqualität durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Festlegung der qualitativen Voraussetzungen zur Erbringung der Krankenhausleistungen im Einzelfall erfolgt durch die Vertragsparteien

Großer Klärungsbedarf bei der Umstellung auf eine monistische Finanzierung

- Es besteht Unklarheit über die Höhe der verbindlichen, haushaltsmäßig gedeckten bzw. unverbindlichen (z.B. politische Zusagen) Finanzierungsverpflichtungen incl. Ausfinanzierung der Länder für die Plankrankenhäuser.
- Es besteht Unklarheit über die Höhe der verbindlichen, haushaltsmäßig gedeckten bzw. unverbindlichen (z.B. politische Zusagen) Finanzierungsverpflichtungen incl. Ausfinanzierung der Länder für die Hochschulkliniken und der Auswirkungen der Föderalismusreform.
- Es besteht Unklarheit über die Höhe der Finanzierungsverpflichtung der Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken für Investitionen, Leasing, Miete usw.
- Es besteht Unklarheit über die Höhe und die Finanzierung des Investitionsstaues.
- Es besteht Unklarheit über Art und Weise der monistischen Finanzierung (pauschalierte Zuschläge zu den DRG's, pauschalierte direkte Zuweisungen, krankenhaushausindividuelle Zuschläge usw.).
- Es besteht Unklarheit über den Kostenträger des Investitionskostenanteils (Krankenkassen, Länder, ?).
- Es besteht Unklarheit über die Finanzierung der Abschreibung incl. Eigenkapitalverzinsung und Gewinnaufschlag.
- Es besteht Unklarheit über den Übergangszeitraum zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen („Investitionskostenstrukturausgleich“).

Ergo: Seit Jahren wird aus den verschiedensten Gründen (z.B. größere Entscheidungsfreiheit bzw. bessere Gestaltungsmöglichkeit) eine Umstellung auf eine monistische Finanzierung gefordert, ohne die tatsächlichen Kosten zu kennen. Die Einführung einer monistischen Finanzierung ist zudem bei der gegebenen Interessenlage der Länder auf absehbare Zeit als unrealistisch anzusehen.

Am Ende der Entwicklung steht systemimmanent ein zentralstaatlich gesteuertes Krankenhauswesen

- Ein von klarem Gestaltungswillen geprägtes Gesundheitsministerium ist, wie die letzten Jahrzehnte beweisen, gegenüber sechzehn Ländern, die durch unterschiedliche Interessenlagen gekennzeichnet sind, mittel- und langfristig immer im Vorteil.
- Die seit 1977 erfolgte schrittweise Kompetenzverlagerung beim Krankenhauswesen zu Gunsten des Bundes erfolgte fast ausschließlich über das Sozialgesetzbuch (bis 1989 RVO seither SGB V) und nicht über das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Die Regelungen zur Gestaltung der vertragsärztlichen Versorgung werden dabei sinngemäß auf die stationäre Krankenhausbehandlung übertragen.
- Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) hat der Bund erstmals den latent vorhandenen Anspruch auf eine zentralstaatliche Steuerung durchgesetzt und eine Leistung zum Gegenstand der „Krankenhausplanung“ der Länder bestimmt. Es handelt sich um die ambulanten Behandlungen für einen Katalog hochspezialisierter Leistungen (§ 116 b SGB V), seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Dieser Katalog kann durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erweitert werden. Die vorgesehene Regelung erfolgt über das SGB V und nicht über das KHG. Das Erteilen einer „Betriebserlaubnis“ für ambulante Leistungen durch die Krankenhausplanungsbehörde im Rahmen eines Zulassungsverfahrens ist einer Planung nach dem KHG vollkommen systemfremd. Auch wird von Experten die Meinung vertreten, dass durch die Weitergeltung der Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich eine Wettbewerbsverzerrung vorliegt.
- Die Einführung eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes in Verbindung mit steigenden Bundeszuschüssen einerseits und die enormen Versorgungsunterschiede zwischen den Ländern andererseits führen zwangsläufig zu bundeseinheitlichen Basisfallwerten und bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben für die Krankenhausplanung. Die Errichtung einer zentralen Planungsbehörde (Regulierungsbehörde = z.B. GBA oder Bundesversicherungsamt) auf Bundesebene ist eine logische weitere Konsequenz.

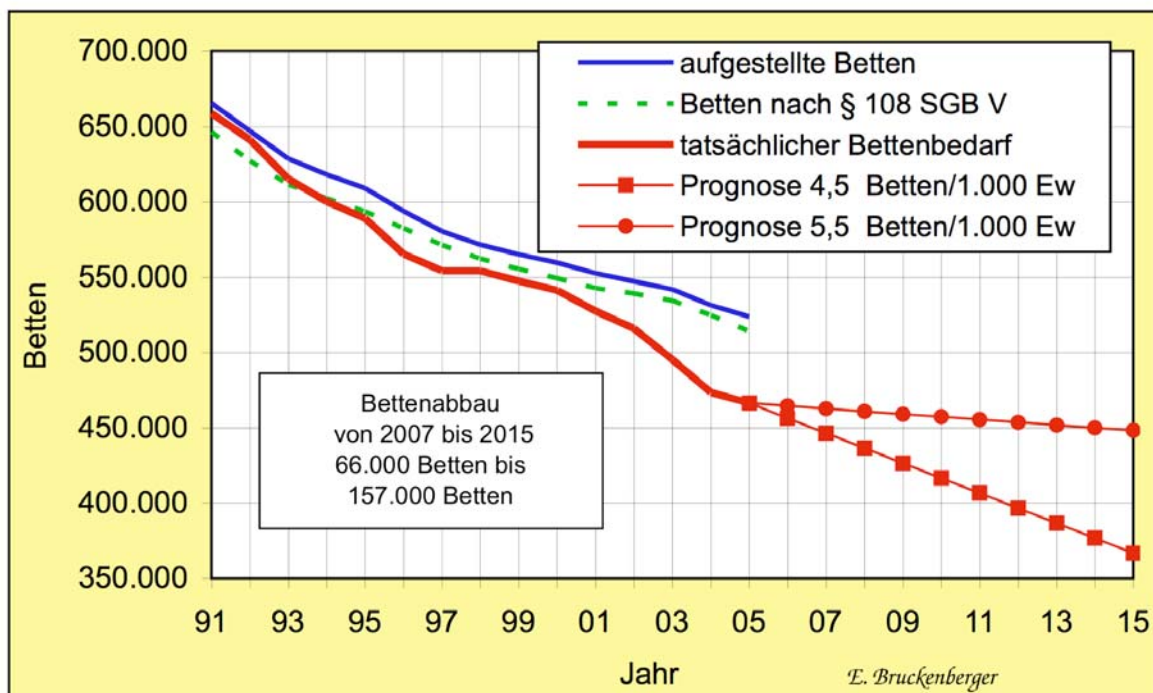
„Ergebnis“ der bisherigen Krankenhausfinanzierung und -planung

Merkliche Versorgungsunterschiede
zwischen den Ländern

Zu geringe Reaktionsgeschwindigkeit der Krankenhausplanung

- Die durch das Fallpauschalensystem und die Gesundheitsreform ausgelösten „wettbewerbsorientierten“ Veränderungen der Nachfrage und der Angebotsstrukturen verlaufen seit Jahren nachweisbar wesentlich schneller als die Umsetzungsgeschwindigkeit einer immer detaillierteren rechtstaatlich geregelten, durch die Rechtsprechung stark beeinflussten und zeitaufwendigen Krankenhausplanung.
- So ist die Differenz zwischen den durch die Krankenhausplanung beeinflussten tatsächlich aufgestellten Betten und dem tatsächlichen Bedarf an Betten bundesweit seit 1991 von rd. 7.000 Betten auf rd. 57.000 Betten im Jahr 2005 angestiegen (siehe Abb.1, Differenz zwischen blauer und roter Linie).

Abb. 1: Entwicklung der Bettenkapazität in Deutschland



Quelle: Darstellung und eigene Berechnungen auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

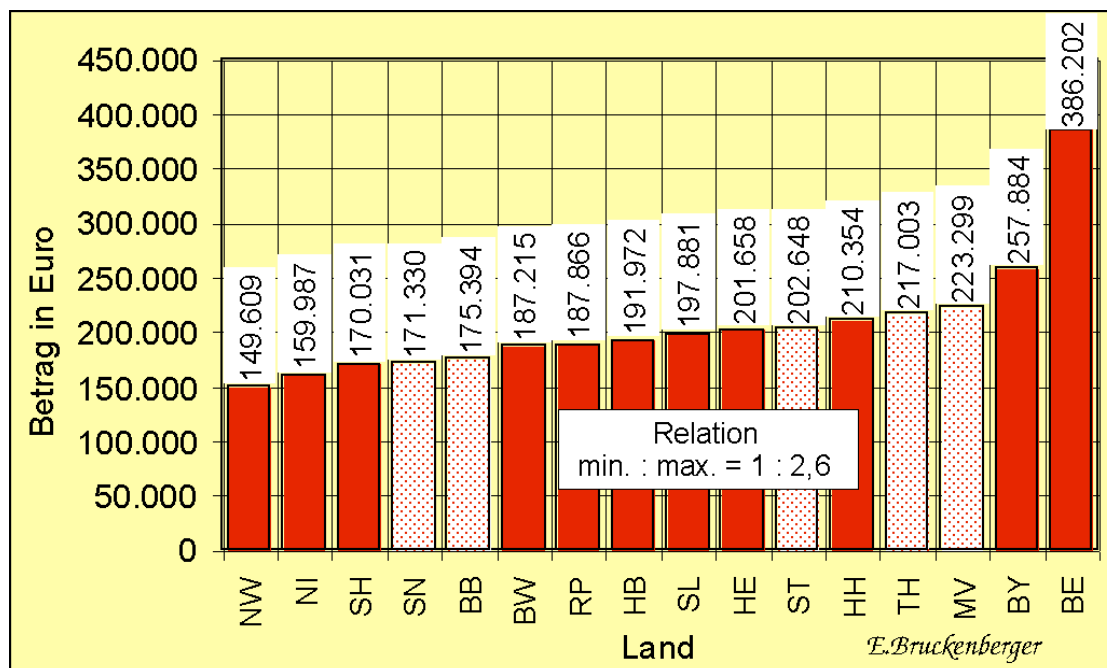
Zusammenhang von Bettenabbau und Kostenentwicklung?

- Trotz eines Bettenabbaues von rd. 21% seit 1991 sind die bereinigten Kosten der Krankenhäuser (Bruttokosten abzüglich der nicht pflegesatzfähigen Kosten) bis 2005 um rd. 52% angestiegen.
- Es gibt keinen monokausalen Zusammenhang von Bettenabbau und Kostenentwicklung. Kosten entstehen grundsätzlich durch Leistungen. So haben beispielsweise die neuen Länder von 1991 bis 2005 vergleichsweise die meisten Betten abgebaut, dennoch sind die Ausgaben für Krankenhausbehandlung bzw. die bereinigten Kosten gegenüber den alten Ländern vergleichsweise um mehr als das Doppelte angestiegen (Leistungsausweitung durch Nachholbedarf).
- Die Anwendung des Fallpauschalensystems hat bisher die Ausgaben für die stationäre Krankenhausbehandlung nicht reduziert.
- Kein Krankenhausplan enthielt oder enthält bisher eine Analyse der durch die Umsetzung des Plans angestrebten bzw. ausgelösten Veränderungen der Ausgaben für die stationäre Krankenhausbehandlung.

KHG-Mittel pro Bett/Platz in Euro von 1972 bis 2006 im Ländervergleich

- Seit 1972 wurden insgesamt 92,4 Mrd. Euro an KHG-Mitteln zur Verfügung gestellt.
- Die von den einzelnen Ländern zur Verfügung gestellten KHG-Mittel unterscheiden sich deutlich. Die KHG-Mittel pro Bett/Platz schwanken von 149.608 Euro in Nordrhein-Westfalen bis 386.202 Euro in Berlin, das ist eine Relation von 1 : 2,6.
- In den neuen Bundesländern wurden ab 1991 mehr KHG-Mittel pro Bett/Platz zur Verfügung gestellt als in einigen alten Bundesländern (NW, NI, SH) seit 1972 (siehe Abb.2). Von dem nicht zu vermeidenden Bettenabbau in den nächsten Jahren werden auch Neubauten betroffen.

Abb. 2: KHG-Mittel pro Bett/Platz seit 1972 im Ländervergleich *



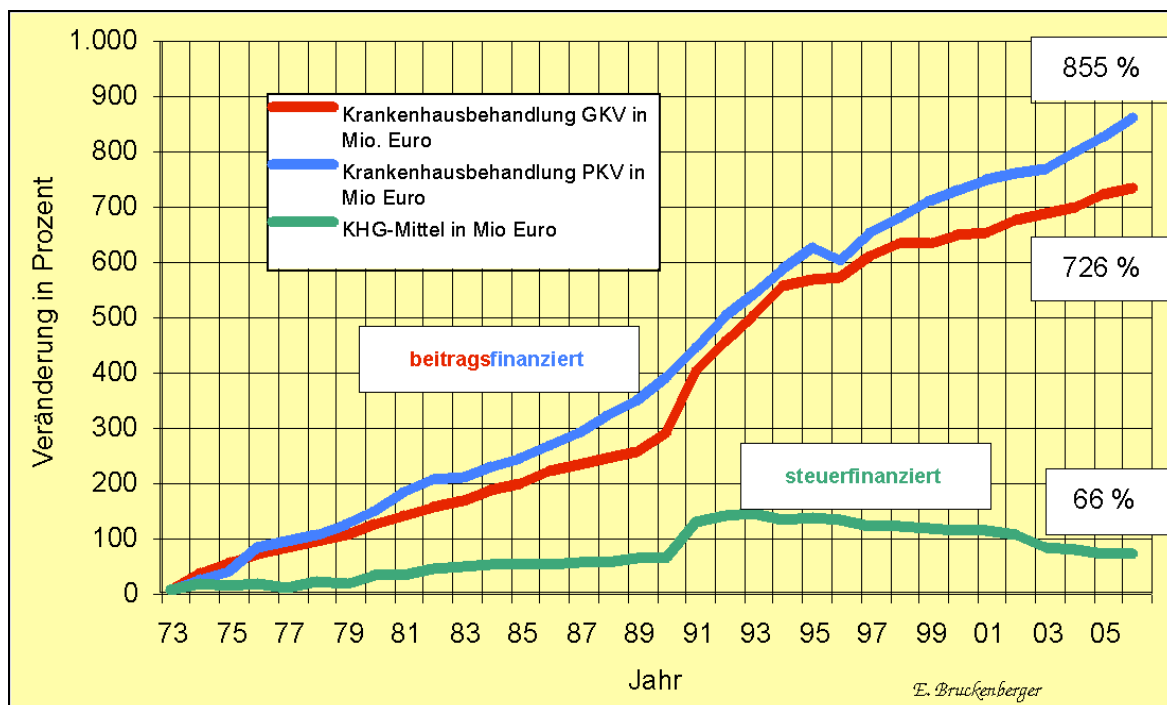
Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des Krankenhausausschusses der AOLG

*Bei den KHG-Mitteln handelt es sich um Haushaltsansätze
Nicht berücksichtigt wurden:
Die Investitionsmittel für Hochschulkliniken
Die Investitionsmittel für Vertragskrankenhäuser
Die Eigenmittel für Plankrankenhäuser
Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen
Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge

Auswirkungen der dualistischen Krankenhausfinanzierung

- Seit der Verabschiedung des KHG im Jahre 1972 werden die Krankenhäuser dualistisch finanziert, d.h. die Investitionskosten werden durch öffentliche Förderung und die Betriebskosten durch die Benutzer bzw. deren Kostenträger aufgebracht.
- Der Anstieg der beitragsfinanzierten Ausgaben für Krankenhausbehandlung ist seit 1973 rd. 11 mal so hoch wie der Anstieg der steuerfinanzierten KHG-Mittel, die unter den Bedingungen des Haushaltsvorhaltes zur Verfügung gestellt werden (siehe Abb. 3).

Abb. 3: Entwicklung der Benutzerkosten und der KHG-Mittel seit 1973



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des BMG und der Haushaltsansätze der Länder

Ergebnis der bisherigen „Verzahnungsoffensive“

- Die bisherigen Bemühungen zur Verzahnung der Versorgungssektoren sind gemessen am tatsächlichen Umfang der eingetretenen Veränderungen bei kritischer Betrachtung marginale, verwaltungsaufwendige Versuche, eine „Verzahnung“ im Wege der Bürokratie bei Aufrechterhaltung der bisherigen Versorgungssektoren herbeizuführen.
- Auffallend ist bei dieser Entwicklung die Tatsache, dass ausgerechnet die ausgeprägte und älteste Form einer Verzahnung zwischen einer stationären und einer ambulanten Behandlung, nämlich die Belegarzt-tätigkeit, trotz gesetzlicher Vorgaben im Rückgang begriffen ist.
- Bei einer ergebnisorientierten Betrachtung überwiegen bei den „Verzahnungsbemühungen“ nach wie vor die additiven gegenüber den substitutiven Effekten. Die finanziellen Auswirkungen auf das Gesamtsystem sind im Gegensatz zu dem öffentlich hervorgerufenen Eindruck bestenfalls als marginal zu bezeichnen. Tatsache ist jedenfalls, dass die Ausgaben für den Krankenhausbereich nach wie vor ansteigen und die Ausgaben für die angeblich substitutiven Behandlungsformen dazukommen (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Entwicklung der Ausgaben verschiedener Versorgungsbereiche

Jahr	Ausgabenentwicklung nach Versorgungsbereichen in Mio. Euro						
	stationäre Fälle	ambulante Fälle	AHB - Fälle	belegärztliche Fälle	vor-u.nachstat. Fälle	amb.OP (PR)	amb.OP (KH)
93	36.008,9	17.691,0	503,2	346,6	5,3	236,5	2,4
94	39.105,3	18.539,1	657,9	353,1	51,5	341,6	10,8
95	40.745,1	19.264,3	796,4	354,4	100,8	405,5	18,5
96	41.346,3	19.658,4	939,2	362,4	80,1	452,7	29,3
97	42.335,9	19.993,8	1.074,5	379,1	54,1	500,4	42,9
98	43.578,3	20.217,7	1.182,5	415,7	80,8	562,5	62,7
99	43.739,4	20.577,6	1.278,7	405,9	105,8	613,8	84,2
00	44.540,1	20.837,4	1.369,4	376,1	137,1	665,7	105,9
01	44.980,0	21.101,8	1.458,0	382,0	168,0	794,9	131,3
02	46.298,2	22.498,1	1.619,2	362,3	202,4	908,9	160,2
03	46.799,7	23.368,1	1.624,4	338,1	198,2	932,5	211,0
04	47.594,4	22.018,6	1.599,4	299,8	167,1	936,1	357,4
05	48.959,1	23.095,9	1.617,0	279,8	168,8	988,7	400,3
	Ausgabenentwicklung von 1993 bis 2005 in Euro: absolut						
	12.950,2	5.404,9	1.113,8	-66,8	163,5	752,2	397,9
	Ausgabenentwicklung von 1993 bis 2005: %						
	36,0	30,6	221,3	-19,3	3.063,4	318,1	16.723,5

Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung auf der Grundlage von Daten des BMG

Deutliche Versorgungsunterschiede zwischen den Ländern

Länderranking 2005 für die stationäre Krankenhausbehandlung *

- Für das folgende Länderranking wurden sechs wichtige Faktoren ausgewählt:
 - die Angebotsstruktur (Bettenkapazität),
 - die Nachfrage in Form der in Anspruch genommenen und von den Krankenkassen anerkannten Pflgetage („tatsächlicher Bedarf“),
 - die vollstationär behandelten Fälle und
 - die Zahl der Gestorbenen

jeweils pro 100.000 Einwohner

- sowie
 - die entstandenen Kosten pro vollstationärem Fall,
 - die Kosten pro Einwohner.
- Das Ranking der einzelnen Faktoren erfolgte mit Hilfe einer Platzziffernbewertung. Der jeweils niedrigste Wert erhielt Rang 1. Es erfolgte keine Gewichtung der einzelnen Faktoren.

* siehe auch Krankenhaus-Umschau, Nr. 1/2007

Wohnortbezogenes Länderranking für die stationäre Krankenhausbehandlung anhand der sechs Faktoren für 2005

- Beim wohnortbezogenen Länderranking (ohne Berücksichtigung der Altersstruktur) für 2005 wurden die der Bevölkerung der einzelnen Länder zuzuordnenden Betten, Pfl egetage, vollstationären Fälle, Kosten und Gestorbenen ermittelt. Die Wanderbewegungen von Patienten wurden dabei berücksichtigt.
- Nimmt man die Platzziffern der sechs Faktoren im Jahr 2005 als Beurteilungsgrundlage für das wohnortbezogene Länderranking, schneidet Baden-Württemberg, gefolgt von Berlin, Hamburg und Hessen, am besten ab, während das Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen die ungünstigsten Werte zu verzeichnen haben (siehe Tab. 2).
- Von 1991 bis 2005 hat sich die Rangordnung der Länder hinter dem unveränderten Spitzenreiter Baden-Württemberg teilweise deutlich verändert. Berlin und Hamburg haben sich nach diesem Ranking von den letzten auf die vorderen Ränge verbessert. Insgesamt haben fünf Länder ihren Rang verbessert und acht Länder ihren Rang verschlechtert. Bei drei Ländern blieb der Rang unverändert.

Tab. 2: Wohnortbezogenes Länderranking

Land	Rang 1991	Rang 2004	Rang 2005	Tendenz 2005/1991	Tendenz 2005/2004
Baden-Württemberg	1	1	1	o	o
Berlin	16	4	2	++	+
Hamburg	12	7	2	++	++
Hessen	5	4	2	+	+
Niedersachsen	8	2	5	+	-
Mecklenburg-Vorpom.	2	2	5	-	-
Schleswig-Holstein	5	8	7	-	+
Bayern	3	6	7	-	-
Sachsen	7	8	9	-	-
Rheinland-Pfalz	8	8	10	-	-
Brandenburg	11	11	11	o	o
Bremen	15	13	12	+	+
Nordrhein-Westfalen	13	13	13	o	o
Thüringen	4	12	14	--	-
Sachsen-Anhalt	10	15	15	-	o
Saarland	13	16	16	-	o

Tendenz : o = gleichbleibend, + = aufsteigend, - = absteigend

Wohnortbezogenes und altersbereinigtes Länderranking für die stationäre Krankenhausbehandlung 2005

- Beim wohnortbezogenen und zusätzlich altersbereinigten Länderranking wurde nicht nur die Wanderbewegung der Patienten zwischen den Bundesländern, sondern auch die unterschiedliche Alterstruktur der Bevölkerung in den Bundesländern berücksichtigt. Letztere ist ein entscheidender Gesichtspunkt, da sich sowohl die Nachfrage nach vollstationären Krankenhausleistungen als auch die dafür entstehenden Kosten in den einzelnen Altersgruppen deutlich unterscheiden.
- Auch bei diesem Länderranking schneidet Baden-Württemberg am besten ab, gefolgt von Hamburg, Sachsen und Hessen während Sachsen-Anhalt, das Saarland, Brandenburg, und Nordrhein-Westfalen die ungünstigsten Werte zu verzeichnen haben (siehe Tab. 3).

Tab. 3: Prozentuale Über- und Unterschreitung der Bundesdurchschnittswerte wesentlicher Versorgungsfaktoren im Ländervergleich

Land	Pflege-	Fälle	Kosten in Euro	Gestor- bene	Rang
	tage				
pro 100.000 Einwohner					
Baden-Württemberg	-11,9	-12,6	-8,1	-9,7	1
Hamburg	-9,8	-8,7	3,5	-2,8	2
Sachsen	-2,5	-5,0	-11,6	0,1	3
Hessen	-5,0	-2,8	0,1	-5,1	4
Schleswig-Holstein	-5,8	-1,4	-2,6	-0,5	5
Berlin	-6,2	-7,6	8,2	-1,0	6
Bremen	-5,1	-4,0	2,7	-0,3	7
Niedersachsen	-2,0	-2,2	-4,0	0,9	8
Bayern	-2,0	0,6	1,5	-1,6	9
Rheinland-Pfalz	-1,1	3,8	0,8	1,4	10
Mecklenburg-Vorpom.	0,1	6,9	-4,5	9,3	11
Thüringen	7,8	7,4	-1,2	7,4	12
Nordrhein-Westfalen	10,2	6,5	4,4	3,3	13
Brandenburg	10,1	9,6	3,9	6,0	14
Saarland	9,1	12,7	20,7	10,2	15
Sachsen-Anhalt	11,2	11,6	7,5	11,3	16

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

Länderranking für die Krankenhauskosten 2005

- Stellt man die 2005 in den einzelnen Ländern für die stationäre Krankenhausbehandlung der jeweiligen Wohnbevölkerung entstandenen und abgerechneten Kosten den am Bundesdurchschnittswert orientierten altersbereinigten fiktiven Kosten gegenüber, sind merkliche Unterschiede zwischen den Ländern feststellbar.
- So stehen beispielsweise in Sachsen tatsächliche Kosten in Höhe von 2,77 Mrd. Euro fiktive Kosten gemessen am Bundesdurchschnittswert in Höhe von 3,133 Mrd. Euro gegenüber. Das bedeutet insgesamt eine Differenz von 363 Mio. Euro und pro Einwohner 85 Euro. Für Baden-Württemberg beträgt die Differenz 581 Mio. Euro bzw. 54 Euro pro Einwohner. Im Saarland ist die Situation umgekehrt. Dort liegen die fiktiven Kosten gemessen am Bundesdurchschnittswert insgesamt um 154 Mio. Euro bzw. 147 Euro pro Einwohner unter den tatsächlichen Kosten. Insgesamt erreichte nach dieser Gegenüberstellung 2005 das Ausgleichsvolumen zwischen den Ländern eine Höhe von 1,233 Mrd. Euro (siehe Tab. 4).

Tab. 4: Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung nach Ländern

Land	fiktive Kosten nach GKV-Profil	tatsächliche Kosten*	Differenz in Mio. Euro		Differenz in Euro pro Ew
	Mio. Euro	Mio. Euro	abs.	%	
Sachsen	3.133	2.770	-363	-11,6	-85
Baden-Württemberg	7.192	6.611	-581	-8,1	-54
Mecklenburg-Vorpom.	1.166	1.114	-52	-4,5	-30
Niedersachsen	5.497	5.276	-221	-4,0	-28
Schleswig-Holstein	1.966	1.914	-52	-2,6	-18
Thüringen	1.649	1.629	-19	-1,2	-8
Hessen	4.175	4.180	5	0,1	1
Rheinland-Pfalz	2.803	2.825	21	0,8	5
Bayern	8.415	8.538	123	1,5	10
Bremen	470	483	13	2,7	19
Hamburg	1.182	1.223	41	3,5	24
Brandenburg	1.762	1.830	68	3,9	27
Nordrhein-Westfalen	12.356	12.900	544	4,4	30
Sachsen-Anhalt	1.776	1.910	133	7,5	54
Berlin	2.252	2.436	184	8,2	54
Saarland	745	899	154	20,7	147
Kosten gesamt	56.539	56.539			
Ausgleichsvolumen zwischen den Ländern			1.233		

* statistisches Bundesamt (bereinigte Krankenhauskosten) und eigene Berechnungen

Versorgungsunterschiede zwischen den Ländern bei ausgewählten Herzkrankheiten

Ischämische Herzkrankheiten
Klappenkrankheiten
Herzrhythmusstörungen
Herzinsuffizienz
Angeborene Fehlbildungen

Wohnortbezogenes und altersbereinigtes Länderranking für die stationäre Krankenhausbehandlung ausgewählter Herzkrankheiten 2005 *

- Vergleichbare Versorgungsunterschiede zwischen den Ländern, wie sie bei der Gesamtversorgung feststellbar sind, gibt es auch bei den einzelnen Krankheitsarten.
- Am Beispiel von ausgewählten Herzkrankheiten wird ersichtlich, dass die stationäre Morbidität (vollstationäre Fälle pro 100.000 Einwohner) in Bremen 21,0 Prozent unter und das Saarland 30,1 Prozent über dem Bundesdurchschnittswert liegt. Auch bei den Linksherzkatheter-Untersuchungen und PTCA's sowie den Herzoperationen pro 100.000 Einwohner sind Abweichungen von -19,1 Prozent und +32,4 Prozent bzw. -16,4 Prozent und +23,3 Prozent feststellbar. Bei der Sterbeziffer gibt sich das gleiche Bild. Hier reichen die wohnortbezogenen und altersbereinigten Abweichungen vom Bundesdurchschnittswert von -22,7 Prozent in Hamburg bis +17,3 Prozent in Thüringen (s. Tab. 5).

Tab. 5: Prozentuale Über- und Unterschreitung der Bundesdurchschnittswerte bestimmter Faktoren bei ausgewählten Herzkrankheiten im Ländervergleich

Land	stationäre Morbidität (2004)	LKU- und PTCA-Häufigkeit	OP-Häufigkeit	Sterbeziffer	Rang
Baden-Württemberg	-16,4	-6,1	-14,5	-12,6	1
Sachsen	-16,4	-13,4	-16,4	9,4	2
Bremen	-21,0	-0,2	-3,1	-11,2	3
Bayern	-8,5	-4,9	-12,6	2,8	4
Berlin	6,6	4,7	-4,0	-20,8	5
Rheinland-Pfalz	8,1	-9,1	4,5	-2,7	6
Hessen	-0,6	6,2	2,2	-2,7	7
Niedersachsen	-3,5	-8,3	8,9	4,3	8
Schleswig-Holstein	-2,7	-7,7	13,5	-0,6	9
Hamburg	-18,3	32,4	22,1	-22,7	10
Thüringen	9,9	-2,2	-5,8	12,2	11
Sachsen-Anhalt	1,9	-19,1	10,3	17,3	12
Brandenburg	13,1	2,3	4,5	13,1	13
Nordrhein-Westfalen	14,9	12,3	8,2	1,9	14
Mecklenburg-Vorpom.	8,6	10,3	9,8	15,9	15
Saarland	30,1	15,3	23,3	0,5	16

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

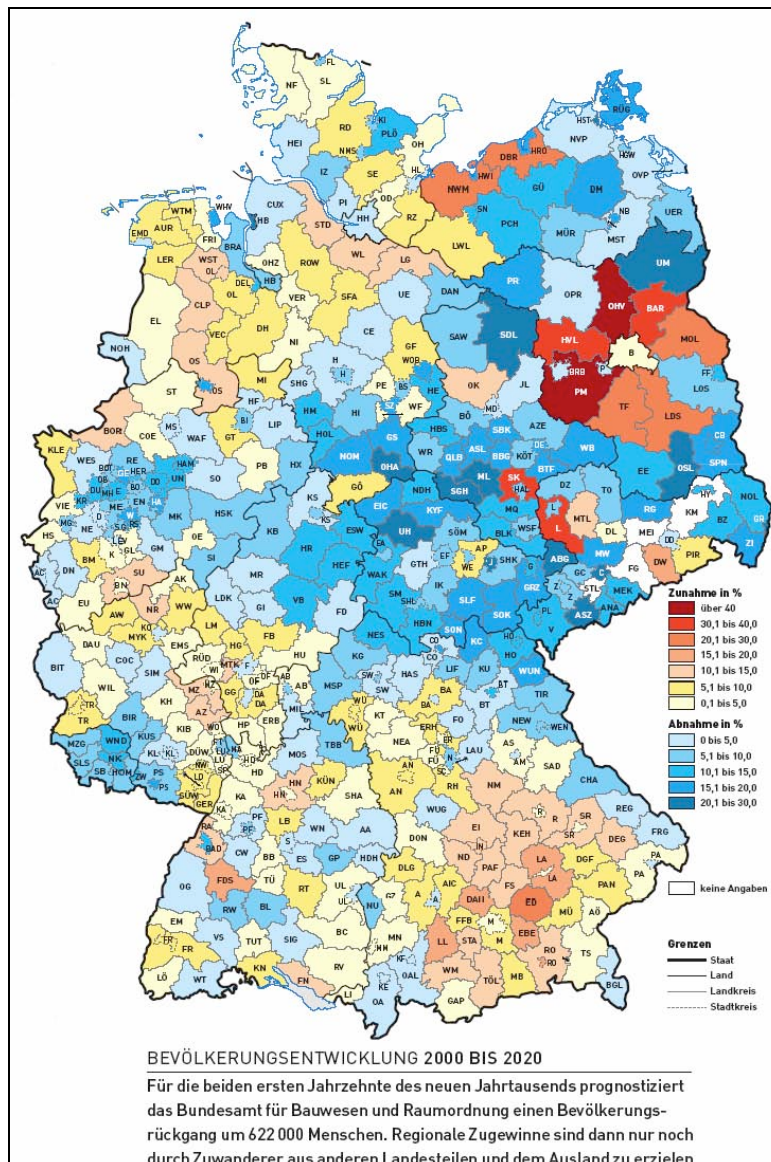
*siehe auch: E. Bruckenberger, Herzbericht 2005 mit Transplantationschirurgie, Eigenverlag

Absehbare Entwicklungen

Deutlicher Bevölkerungsrückgang in den Städten und Landkreisen Deutschlands bis 2020

- In den nächsten zehn bis fünfzehn Jahren ist in einer großen Anzahl der kreisfreien Städte und Landkreise Deutschlands mit einem deutlichen Rückgang der Bevölkerung, teilweise bis zu 30 Prozent, mit Verwüstungseffekten der vorhandenen Infrastruktur und zudem mit einer zunehmenden Überalterung zu rechnen (siehe Abb. 4).
- Bis vor kurzem noch als überholt angesehene Versorgungsstrukturen (z.B. Gemeindekrankenschwestern) werden unter zeitgemäß angepassten Voraussetzungen (z.B. Telemedizin) wieder aufgebaut werden müssen.

Abb. 4: Bevölkerungsentwicklung nach Kreisen

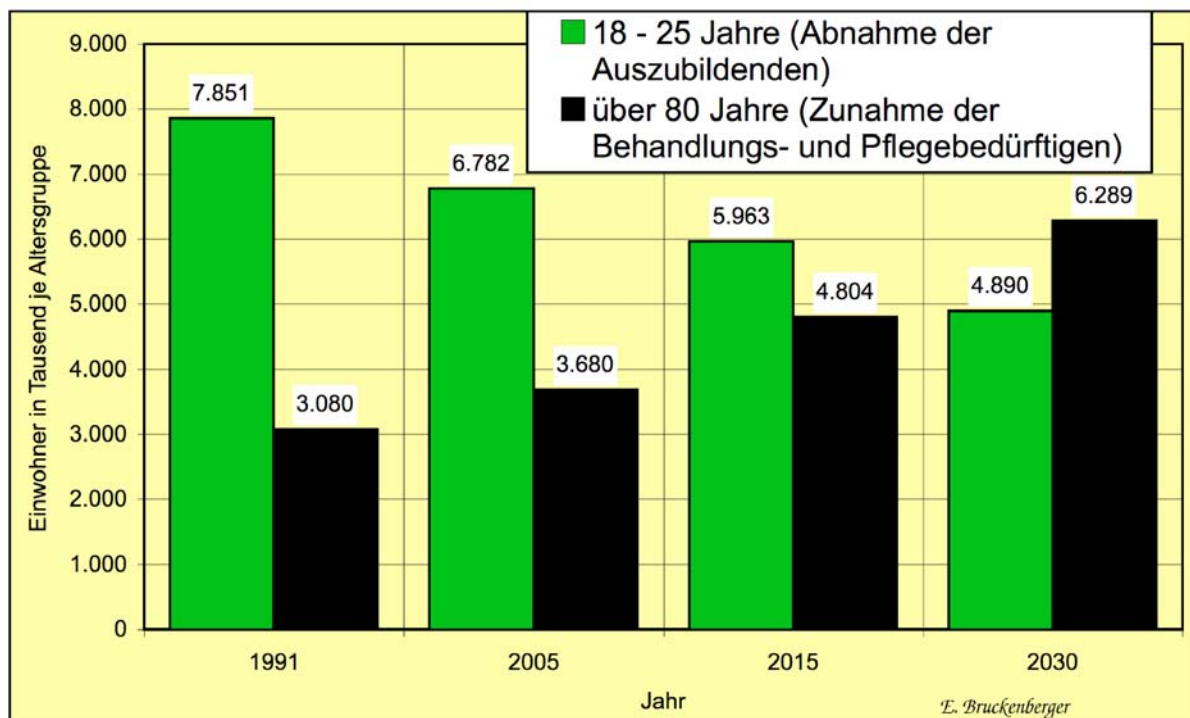


Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

Leistungsausweitung und Personalknappheit

- Die Altersgruppe der über 80-Jährigen wird bis 2030 die Altersgruppe der 18-25-Jährigen zahlenmäßig deutlich übertreffen. Aus der erstgenannten Altersgruppe kommt eine zunehmende Zahl von Behandlungs- und Pflegebedürftigen, aus der zweitgenannten Altersgruppe der berufliche Nachwuchs (siehe Abb. 5).
- Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung (Leistungsausweitung und Personalknappheit) auf das Gesundheitswesen können mit den gegenwärtigen Versorgungsstrukturen nicht erfolgreich bekämpft und finanziert werden.
- Die beabsichtigte Ausbau der Fremdbetreuung von Kindern und Alten aufgrund der „gesellschaftlichen Entwicklung“ benötigt nachhaltig Personal und entsprechende Mittel. Neben der erforderlichen steigenden Eigenbeteiligung für Krankheit und Rente wird deshalb mittel- und längerfristig auch die Eigenbeteiligung für Betreuung und Pflege steigen.

Abb. 5 : Bevölkerungsentwicklung relevanter Altersgruppen



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

Das „Triageprinzip“ wird das „Bedarfsprinzip“ ablösen

- Bei einer notwendigen Reduzierung der Bettenkapazität von 20% und mehr bis 2015 in einigen Ländern muss die daraus resultierende (**präventive**) Schließung zahlreicher Abteilungen und Krankenhäuser und nicht die Erweiterung der Regelungstiefe bei der Krankenhausplanung im Mittelpunkt der gegenwärtigen Überlegungen stehen.
- Nur die Schließung von Krankenhäusern bzw. -abteilungen verbessert die Überlebenschance der verbleibenden. Eine Marktberreinigung würde die Systemeffizienz verbessern. Monopolartige regionale Clusterbildungen von Krankenhäusern bzw. flächendeckende sektorenübergreifender integrierter Angebotsstrukturen sind deshalb naheliegend.
- Der Zwang zur dauerhaften Sanierung der Haushalte wird die öffentliche Förderung der Krankenhäuser in den nächsten Jahren weiter reduzieren (Haushaltsvorbehalt), aber nicht beseitigen. Je weniger öffentliche Fördermittel zur Verfügung gestellt werden, desto gezielter müssen sie aber im Sinne eines „**Triageprinzips**“ zur Vermeidung von Fehlinvestitionen und zur Hebung von Synergieeffekten eingesetzt werden. Die öffentliche Förderung von Neubauten, die absehbar in einigen Jahren geschlossen oder umgewidmet werden müssen, ist auch mit dem Argument vorübergehender Arbeitsplatzsicherung nicht vertretbar.
- Vorrangige Ziele der öffentlichen Förderung im Sinne eines „**Triageprinzips**“ können nur sein:
 - Zusammenschluss von Krankenhäusern = Fusion mit Standortreduzierung
 - Zusammenlegung von Betriebsstellen = Einhäusigkeit, Reduzierung von Doppel- und Mehrfachvorhaltungen
- Bei dem weiter andauernden Rückgang der öffentlichen Fördermittel („**verdeckte Monistik**“) bekommt der Zwang zur Systemerhaltung Vorrang vor der per Gesetz vorgesehenen wirtschaftlichen Sicherung des einzelnen Krankenhauses (Angebotssicherung geht vor Standortsicherung). Das „Triageprinzip“ ist eine folgerichtige Konsequenz.

Zusammenfassung

- Die bisher diskutierten Finanzierungs- und Planungsansätze für die Zeit nach der Konvergenzphase sind nach wie vor überwiegend sektoral geprägt und tragen der systemimmanenten Entwicklung zur integrierten Versorgung nur unzureichend Rechnung. Vor allem werden die teilweise enormen Versorgungsunterschiede zwischen und in den einzelnen Ländern bei der Diskussion über den künftigen ordnungspolitischen Rahmen für die stationäre Krankenversorgung bisher nicht genügend berücksichtigt. Der vorgesehene morbiditätsorientierte Finanzausgleich wird beispielsweise dazu zwingen, die Ursachen für die eindeutig nachweisbaren Morbiditätsunterschiede zwischen den Ländern zu hinterfragen. Die vorhandene Morbidität in den einzelnen Ländern ist nicht schicksalhaft vorgegeben, sondern wird durch Verhaltensweisen und Angebotsstrukturen beeinflusst.
- Die staatliche Festsetzung eines für alle Krankenkassen einheitlichen Beitragssatzes unabhängig von der Bedarfslage bedeutet de facto den Anfang vom Ende des bestehenden Versicherungssystems. Ab 2009 wird ein Gesundheitsfonds eingeführt. Der beabsichtigte, steigende Bundeszuschuss erzwingt auf Dauer bundeseinheitliche Rahmenvorgaben für die vollstationäre Krankenhausbehandlung. Die sektorenübergreifende Ausrichtung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bedeutet den Beginn dieser Entwicklung. Der Ausbau der flächendeckenden integrierten Versorgung als Mittel einer zentralstaatlichen Einflussnahme auf die Gesundheitsversorgung relativiert immer stärker die bisher dominierende stationäre Versorgung und damit den Einfluss der Länder bei der originären Gestaltung der Krankenhausstruktur. Die durchgehende Behandlungskette wird wichtiger als die Institution Krankenhaus. Die Träger integrierter Versorgungsstrukturen gewinnen Oberhand gegenüber reinen Krankenhausketten. Die Beseitigung des pluralen (gesetzliche und private Vollversicherung) Versicherungssystems wird eingeleitet. Die permanent steigende Komplexität bringt das Versicherungssystem tendenziell zum kollabieren. Interventionsketten in immer kürzeren Abständen sind die logische Konsequenz.



Dr. Ernst Bruckenberger

Hitzackerweg 1 a, 30625 Hannover
Tel.: 0511-574553
Fax: 0511-20 34 685
Email: ernst@bruckenberger.de
Internet: <http://www.bruckenberger.de>

Hannover, 02.03.2007

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., Vortrags-, Berater- und Expertentätigkeit.

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 und eine bundesweite jährliche sektorenübergreifende Gesundheitsberichterstattung zur Kardiologie und Herzchirurgie („Herzberichte“).

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