

Krankenhaus-Report 2015

„Strukturwandel“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 175-186



12	Krankenhausplanung am Scheideweg	175
	<i>Günter Neubauer und Andreas Gmeiner</i>	
12.1	Staatliche Krankenhausplanung – ein ordnungspolitischer Widerspruch zum DRG-Wettbewerb	175
12.2	Über-, Unter- und Fehlversorgung als Ergebnisse der Krankenhausplanung	176
12.3	Krankenhausplanung und ihre Weiterentwicklung	178
12.4	Staatliche Investitionsförderung – gibt es eine Alternative?	181
12.5	Skizze eines ordnungspolitischen Neuanfangs: von der Angebotsplanung zur Nachfragesteuerung	183
12.5.1	Steuerung über Patienten und einweisende Ärzte	183
12.5.2	Steuerung über die Krankenversicherungen	184
12.5.3	Vertragsfreiheit für Krankenhäuser	184
12.5.4	Rolle des Staates	185
12.6	Leitet die Bund-Länder-Kommission 2014/2015 eine Wende ein?	185
	Literatur	186

12 Krankenhausplanung am Scheideweg

Günter Neubauer und Andreas Gmeiner

Abstract

Staatliche Krankenhausplanung steht in einem ordnungspolitischen Widerspruch zum DRG-Wettbewerb. Dies führt zu einer mangelnden Systemeffizienz. Auch ist die Investitionsfinanzierung der Länder generell insuffizient. Die bettenzentrierte Krankenhausplanung sollte auf eine Vergabe regionaler Versorgungsaufträge umzustellen. Für eine ausreichende Finanzierung der Krankenhausinvestitionen sollen zukünftig Bundesländer und Krankenkassen gemeinsam verantwortlich zeichnen. Als Kompensation sind die Krankenkassen an der Vergabeentscheidung zu beteiligen. Mittelfristig ist ein Umstieg von der Angebotsplanung zu einer Nachfragesteuerung anzustreben.

State hospital planning is in a regulative conflict with the DRG-System. This leads to a lack of efficiency of the system. The investment financing of the German federal states is generally insufficient. The state planning of hospital beds should be shifted to an allocation of mandates for regional acute care supply. For hospital investments to be sufficient, federal states and health care funds should be jointly responsible. As compensation, the health care funds should be allowed to participate in the allocation of mandates. In the medium term, hospital planning should be shifted to a demand-controlled system.

12

12.1 Staatliche Krankenhausplanung – ein ordnungspolitischer Widerspruch zum DRG-Wettbewerb

Die deutsche Krankenhausversorgung ist von ihrem Ursprung her ordnungspolitisch ein staatliches Planungssystem. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz aus dem Jahr 1972 wurde festgelegt, dass die Bundesländer der Verantwortung für eine „bedarfsgerechte Versorgung“ der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern (§ 1 Abs. 1 KHG) nachzukommen haben. Zur Verwirklichung der genannten Ziele stellen die Länder Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf (vgl. § 6 Abs. 1 KHG). Damit entspricht die Krankenhausversorgung den typischen Grundsätzen einer Planwirtschaft. Zum einen wird staatlicherseits der Bedarf festgestellt und zum anderen soll dieser Bedarf durch eine staatliche Investitionslenkung gedeckt werden. Darüber hinaus schreibt das KHG vor, dass die Planungsbehörde auf sozial tragbare Pflegesätze achten muss und die Selbständigkeit und Unabhängigkeit der Krankenhäuser – soweit die Erfordernisse der Krankenhausplanung dies verlangen – beeinträchtigt werden dürfen. Damit ist die mittlerweile in Deutschland fest verankerte, wenn

auch betriebs- und volkswirtschaftlich suboptimale duale Krankenhausfinanzierung begründet.

Den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen fällt die Aufgabe zu, den Krankenhäusern die laufenden Betriebskosten, das sind vor allen Dingen die Personalkosten und der einjährige Sachaufwand, zu finanzieren. Die politische Verantwortung hierfür trägt die Bundesregierung. Schon in den frühen 90er Jahren nahm das Bundesgesundheitsministerium, nicht zuletzt auf Druck der Krankenkassen, einen Richtungswechsel vor: Anstelle der Erstattung der von den Krankenhäusern nachgewiesenen laufenden Kosten wurde die Forderung nach einem leistungsbezogenen Entgeltsystem erhoben. Dies verlangte eine Definition der Leistungen eines Krankenhauses. Es war und ist allen Beteiligten klar, dass der Krankenhaustag hierfür eine wenig geeignete Grundlage ist: Nach längerer Diskussion in den späten 90er Jahren des letzten Jahrhunderts entschied die Bundesregierung, das damals global diskutierte fallbezogene DRG-System einzuführen. Zugleich forderten die Kostenträger immer lauter einen Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern. Im Planungssystem begannen die Krankenhäuser, um Patienten für ihre Planbetten zu konkurrieren. Der medizinisch-technologische Fortschritt erlaubt nämlich, die Patienten nach immer kürzerem Aufenthalt zu entlassen.

Damit stellte sich ein typischer Systemfehler aller Planungssysteme ein: Die staatliche Planung hinkt der tatsächlichen Entwicklung hinterher. Die Bundesländer schafften es durchweg nicht, die überzähligen Krankenhausbetten der medizinisch-technischen Entwicklung anzupassen. Diese Planungsträgheit und mangelnde Systemeffizienz haben vor allem die Krankenkassen zu finanzieren. Um diesem zumindest teilweise zu begegnen, befeuern die Krankenkassen den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern durch Vergleichsportale für ihre Versicherten. Weiter versuchen sie, den Anbieterwettbewerb durch zögerliche Anpassung der Entgelte in einen Verdrängungswettbewerb einmünden zu lassen. Zwar bleibt es den Krankenhäusern überlassen, wie sie auf die Rahmenbedingungen reagieren. Faktisch sind sie aber gezwungen sich anzupassen, wenn sie überleben wollen. Letztlich könnten die Länder auch den Status eines Plankrankenhauses entziehen und damit über die wirtschaftliche Grundlage eines Krankenhauses weitgehend entscheiden.

12.2 Über-, Unter- und Fehlversorgung als Ergebnisse der Krankenhausplanung

Die Krankenhausplanung erfolgt in Verantwortung der Bundesländer. Dabei ist die Krankenhausplanung traditionell eine Krankenhausbettenplanung. So gehen im Wesentlichen die Verweildauer, die Krankenhaushäufigkeit, die Auslastung der Krankenhausbetten sowie die zu versorgende Bevölkerung als Planungs determinanten ein. Ergänzt wird diese bettenorientierte Planung durch eine bettenorientierte Investitionsförderung. Zumindest wird noch in vielen Bundesländern die so genannte pauschale Investitionsförderung an der Zahl der aufgestellten Planbetten ausgerichtet. Ein Krankenhaus, das also ein Planbett abbaut, verliert Geld, ein Krankenhaus, das ein Planbett unbelegt stehen lässt, erhält Geld. Daraus folgt insgesamt, dass in Deutschland gemessen an der Zahl der aufgestellten Planbetten pro

Tabelle 12–1

Die deutsche Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich 2012

Land	Durchschnittliche Verweildauer 2012 (Akut-Versorgung)	Krankenhaus-Akutbetten pro 1000 Einwohner 2012	Krankenhausentlassungen pro 1000 Einwohner 2011 (oder aktuellste)
Schweden	5,6	2,0	163
Finnland	6,9	2,9	180
Vereinigtes Königreich	5,9	2,3	136
Spanien	6,1	2,3	104
Frankreich	5,1 (2011)	3,4	169
OECD (100 %)	6,67	3,4	160,3
Deutschland	7,8 (117%)	5,4 (157%)	244 (152%)

Hinweis: Alle Angaben beziehen sich auf das angegebene Jahr oder die letzten verfügbaren Daten

Quelle: OECD Health Data 2014

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

100 000 Einwohner eine deutliche, überdurchschnittliche Bettendichte besteht (Tabelle 12–1).

Im OECD-Vergleich hat Deutschland etwa 60 Prozent mehr Krankenhausbetten als der Durchschnitt. Nun ist aber das Krankenhausbett per se nicht auch schon ein Beleg für das, was an Leistung erbracht wird. Von daher wäre es an der Zeit, dass die Krankenhausplanung sich generell umstellt und von der Bettenzentrierung abbrückt.

Der Überversorgung mit Betten steht auf der anderen Seite eine Unterversorgung in bestimmten, sich neu entwickelnden Fachgebieten gegenüber. Die traditionelle Bettenplanung der Länder ist nämlich im Wesentlichen ein Fortschreiben von geübten Strukturen. Spezialisierte, innovative Versorgungsformen, die oft von Fachkliniken angeboten werden, stehen gesetzlich Versicherten mit Verweis auf die Überversorgung im zugeordneten Fachgebiet oft nicht direkt zur Verfügung. Ein Beispiel ist etwa das Fachgebiet der Schmerztherapie. Deutschland ist generell mit schmerztherapeutischen Einrichtungen unterversorgt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013). In den Krankenhäusern ist die Schmerztherapie oft nur ein Anhängsel der Anästhesie, obwohl dies dem Krankheitsbild bei Weitem nicht gerecht wird. Schmerztherapie muss heute multimodal und auch interprofessionell erbracht werden. Hierzu ist in der Regel ein stationärer Aufenthalt erforderlich, weil sich eine ambulante Versorgung aus medizinischen Gesichtspunkten heraus verbietet (vgl. Göbel 2013).

Neben der Über- und Unterversorgung weist die deutsche Krankenhausversorgung auch eine Fehlversorgung auf. Unter Fehlversorgung verstehen wir eine Versorgung, die so nicht erbracht werden sollte, weil eine andere Versorgungsform medizinisch zweckmäßiger und wirtschaftlicher ist. Hierzu zählt vor allen Dingen die Behandlung von in den Krankenhäusern in beträchtlichem Umfang stationär behandelten Patienten (vgl. Tabelle 12–1 Spalte 4), bei denen an sich eine tagesklinische Versorgung möglich wäre. Im Vergleich mit anderen Ländern ist diese tages-

klinische Versorgung in Krankenhäusern, zu der auch das ambulante Operieren gehört, ausgesprochen unterentwickelt. Die Mehrzahl der Patienten, die tagesklinisch versorgt werden könnte, wird zwischen ein und drei Tagen stationär behandelt (vgl. Neubauer 2003).

Für die Krankenhäuser ist es nämlich betriebswirtschaftlich höchst nachteilig, wenn sie Patienten statt stationär lediglich tagesklinisch behandeln und dann eine deutliche Erlöseinbuße verzeichnen. Hier ist das deutsche System vor allen Dingen ökonomisch fehlgesteuert und es wäre an der Zeit, dass hier eine entsprechende Veränderung des DRG-Vergütungssystems stattfindet (vgl. Neubauer und Beivers 2010).

Die angeführten Beispiele für Über-, Unter- und Fehlversorgung ließen sich beliebig verlängern. Die Ursache für diese Versorgungsdefizite liegen in erster Linie im starren Planungssystem sowie in den wenig abgestimmten Systemen der Planung und Investitionsförderung einerseits und der Vergütung der Entgelte für die laufenden Kosten durch die Krankenkassen andererseits. Die Dualität unseres Systems ist letztendlich die Ursache für Defizite, die schließlich auch eine suboptimale Versorgung der Patienten zur Folge hat.

12.3 Krankenhausplanung und ihre Weiterentwicklung

12

Die Krankenhausplanung weist zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede auf. Zum einen ist die Krankenhausplanung in den meisten Ländern noch auf die Betten zentriert und zu wenig regionalisiert (vgl. Tabelle 12–2). Die Beteiligung der direkt Betroffenen, nämlich der Krankenhäuser und Krankenkassen, ist zwar in allen Bundesländern gegeben, doch bleibt die Letztverantwortung bei den Bundesländern selbst, so dass je nach Konstellation die Einflussnahme der Betroffenen sehr unterschiedlich weit reicht.

Zurzeit sieht es so aus, als ob in den staatlichen Planungsbürokratien Bescheidenheit einkehren würde und man einen Rückzug aus der Angebotsplanung vorbereitet. Dass dies weniger aus Einsicht als aus mangelnden finanziellen Gestaltungsmöglichkeiten heraus geschieht, ist zu vermuten. Auf der anderen Seite wird aber auch deutlich, dass die zunehmende Privatisierung der Krankenhäuser ein Konfliktpotential mit der staatlichen Krankenhausplanung und Investitionslenkung beinhaltet. Es sind nämlich vor allem die privaten Krankenhausträger, die an einem Ende der staatlichen Angebotsplanung interessiert sein müssen. Komplettiert wird diese Interessenlage durch die gesetzlichen Krankenkassen. Auch sie drängen darauf, dass die staatliche Angebotsplanung beendet wird und letztlich durch eine Nachfragesteuerung abgelöst wird (vgl. GKV-Spitzenverband 2013, S. 18 f).

Statt Bettenplanung regionale Versorgungsaufträge

Die herkömmliche Krankenhausplanung, die – wie oben angesprochen – relativ starr ist und sich nur langsam bewegt, ist heute Schritt für Schritt auf eine Versorgungsplanung umzustellen. Statt Betten zu planen und Krankenhausstandorten die Bettenzahlen zuzuweisen, wäre es an der Zeit, bestimmte Versorgungsregionen, die sich an administrativen Grenzen, aber auch an geografischen Grenzen orientieren

Tabelle 12–2

Übersicht über die Krankenhausplanung je Bundesland nach ausgewählten Planungsinhalten

Bundesland	Detailplanung: Planbetten je Fachdisziplin und Standort	Rahmenplanung: Gesamtbetten je Standort bzw. Versorgungsgebiet	Kriterien für Struktur- und/oder Prozessqualität	Auslastungsgrad/ i. d. R. Somatik	Auslastungs- grad Kinder-/ Jugendmedizin	Aktualität des Krankenhausplans
Baden-Württemberg		X	Ja	80%–85 %	75 %	2010
Bayern		X	Ja	85 %	70 %	2014
Berlin	X		Ja	80%–90 %	75 %	2010
Brandenburg		X	Ja	85 %	80 %	2013
Bremen	X*		keine Angabe	80%–90 %	75 %	2011–2015
Hamburg	X		Ja	80%–90 %	75 %	2010
Hessen		X	Ja	80%–90 %	75 %	2009
Mecklenburg-Vorpommern		X	Ja	85 %	75 %	2012
Niedersachsen		X	keine Angabe	85 %	80 %	2014
Nordrhein-Westfalen		X	Ja	77,5 %–87,5 %	75 %	2013
Rheinland-Pfalz	X		Ja	70 %–85 %	75 %	2010
Saarland	X		Ja	70 %–85 %	80 %	2011–2015
Sachsen		X	Ja	80 %–85 %	75 %	2014/2015
Sachsen-Anhalt		X	Ja	keine Angabe	keine Angabe	2011
Schleswig-Holstein		X	Ja	86 %	80 %	2010
Thüringen	X		Ja	85 %–90 %	75 %	2011–2015

* Bettenkorridor als Orientierung für die Selbstverwaltungspartner.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Mahlzahl et al (2011), Krankenhauspläne der Länder, DKG (2014)

Krankenhaus-Report 2015

Wido

sollten, als Grundlage der Planung zu nehmen. Eine solche regionalisierte Krankenhausplanung, wie sie z. B. in Hessen praktiziert wird, kann viel stärker auf den spezifischen Versorgungsbedarf eingehen als eine Planung, die mit landesweiten Durchschnittswerten arbeitet.

Eine Krankenhausplanung, die auf die DRG-Gruppierung zurückgreift, könnte eine Brücke zwischen Planung und Entgeltsystem bilden. Hier ist aus unserer Sicht die im Kanton Zürich vorgenommene Umstellung der Krankenhausplanung auf Fachgebiete und Leistungsbündel wegweisend (vgl. Kanton Zürich 2012). Man hat dort das gesamte Leistungsgeschehen fachlich gebündelt und dann zur Grundlage der Versorgungsplanung gemacht. Dadurch wird eine relativ tief gehende, allerdings auch anspruchsvollere Planung realisiert, die sich am Versorgungsbedarf der Bevölkerung und nicht an Kapazitäten der Krankenhäuser ausrichtet.

Aber nicht nur die Ausrichtung auf Versorgungsleistungen, sondern auch die Versorgungsqualität muss eine stärkere Rolle bei der Zuordnung der Versorgungsaufträge auf die einzelnen Krankenhäuser spielen. Auch hier hat der Kanton Zürich wegweisende Schritte unternommen. Doch auch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz der Bundesregierung, das ab 01. Januar 2015 in Kraft treten soll, verlangt eine stärkere Qualitätsorientierung der Krankenhausplanung. Hier müssen neben der Strukturqualität, die vor allen Dingen die ärztliche, pflegerische und medizinisch-technische Ausstattung der Krankenhäuser betrifft, auch Indikatoren für die Prozess- und Ergebnisqualität eingebunden werden. Für die Prozessqualität kann als Orientierungsgröße die Zahl der Behandlungen herangezogen werden. Es geht also letztlich in Richtung von Mindestmengen, die ein Krankenhaus in bestimmten Leistungsgebieten erbringen muss, falls es einen entsprechenden Versorgungsauftrag erhalten will. Bei der Ergebnisqualität könnten hohe Komplikations- und Letalitätsraten sowie zahlreiche Wiederholungseingriffe ein Grund sein, einem Krankenhaus Leistungen zu entziehen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Versorgungsaufträge, die aus der Krankenhausplanung abgeleitet werden, im Kanton Zürich den Krankenhäusern quasi per Ausschreibung zugeordnet werden. Das heißt, Krankenhäuser können sich aufgrund ihrer entsprechenden Kapazität und Qualitätskriterien um ganz bestimmte in der Region ausgeschriebene Versorgungsaufträge bewerben. Es ist dann an der Krankenhausplanung, im Verbund mit den Krankenkassen diese Versorgungsaufträge Krankenhäusern zuzuordnen.

Auch die Frage, welche Leistungsbündel die Universitätsklinik abdecken haben, ist neu zu stellen. Wir meinen, dass Universitätsklinik in erster Linie für Forschung, Entwicklung und Lehre konzipiert sind. Die Versorgung mit Regelleistungen, die von den Plankrankenhäusern ebenfalls übernommen werden kann, sollte schrittweise von den Universitätsklinik abgezogen und entsprechend den regionalen Krankenhäusern zugeordnet werden. Die Lehr- und Ausbildungsaufgabe der Universitätsklinik muss im engen Verbund mit den Lehrkrankenhäusern neu abgestimmt und geordnet werden.¹

¹ Einschränkung gilt, dass in einzelnen Regionen die Universitätsklinik auch Regelleistungen erbringen müssen.

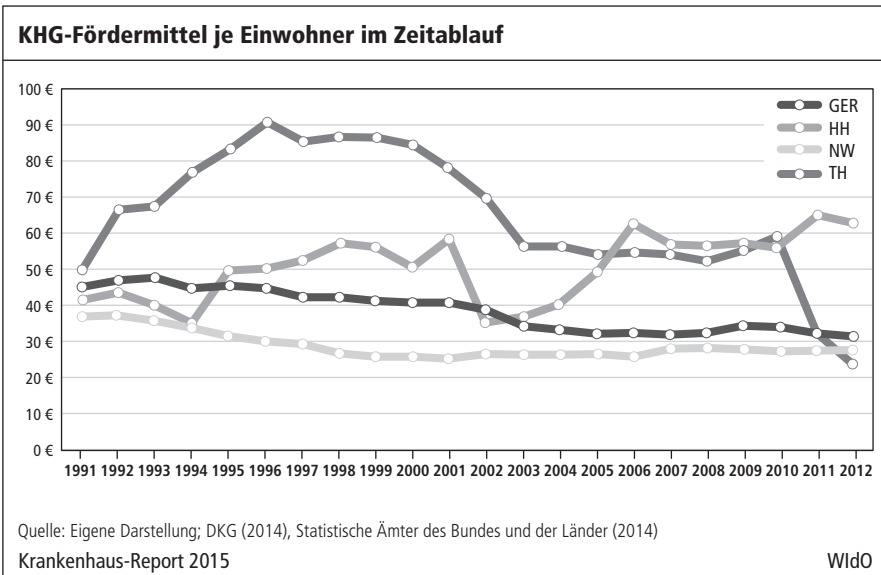
12.4 Staatliche Investitionsförderung – gibt es eine Alternative?

In der Höhe und Art der Investitionsförderung unterscheiden sich die Bundesländer ebenfalls deutlich. In der nachfolgenden Abbildung haben wir die KHG-Fördermittel pro Einwohner im Vergleich beispielhaft für Hamburg, Thüringen, Nordrhein-Westfalen und den deutschen Durchschnitt im Zeitablauf abgebildet. Es zeigt sich, dass zwischen den Bundesländern zwar erhebliche Unterschiede bestehen, aber alle Bundesländer einen negativen Trend in der Förderung über die Zeit aufweisen. Die Fördermittel fielen im Durchschnitt von 45,52 Euro je Einwohner im Jahr 1991 auf 31,92 Euro je Einwohner im Jahr 2012 (vgl. Abbildung 12–1).

Das Investitionsniveau liegt heute mit 3,5 Prozent des Umsatzes deutlich unter dem Niveau, das das Krankenhausfinanzierungsgesetz so vorgibt: „Die Krankenhäuser haben Anspruch auf die Förderung der betriebswirtschaftlich notwendigen Investitionen.“ (§ 5 KHG) Die betriebswirtschaftlich notwendige Investitionsquote der Krankenhäuser müsste demnach bei mindestens zehn Prozent², wahrscheinlich aber bei 12 bis 14 Prozent liegen.

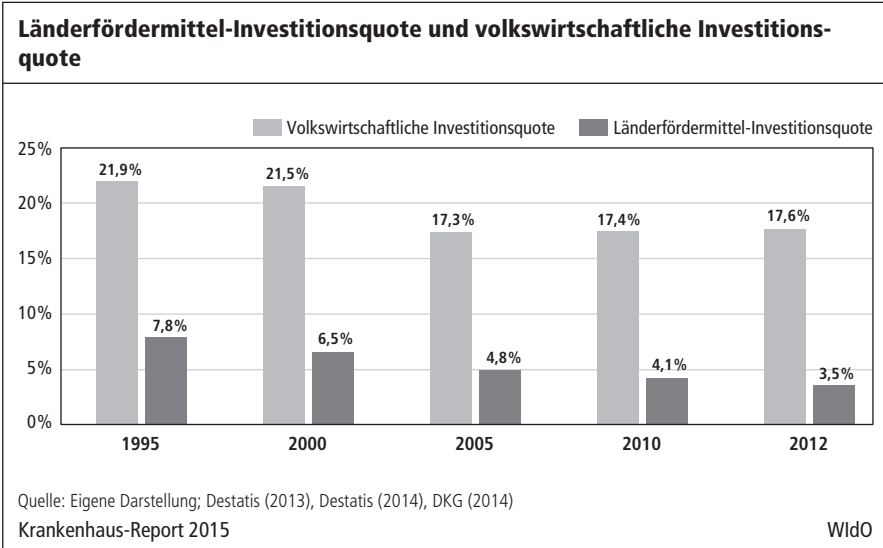
Die durchschnittliche volkswirtschaftliche Bruttoinvestitionsquote in Deutschland über alle Unternehmen hinweg schwankt zwischen in den letzten Jahren zwischen 17 Prozent und 22 Prozent (vgl. Abbildung 12–2) Nun kann man argumentieren, dass Industriebetriebe deutlich kapitalintensiver sind und von daher eine höhe-

Abbildung 12–1



² Laut Augurzky et al (2012) liegt die Investitionsquote bei den privaten Trägern bei 9,7 Prozent der Gesamterlöse.

Abbildung 12–2



re Investitionsquote aufweisen müssen als die eher als Dienstleistungsbetriebe einzustufenden Krankenhäuser. Dies mag zwar richtig sein, doch ist die Krankenhausversorgung ein insgesamt sehr innovationsgetriebener Dienstleistungsbereich. Die Veränderungen in den verschiedenen Diagnose- und Behandlungsmethoden erfordern stetig neue Investitionen bis hin auch zur Anpassung der Gebäude und Fortbildung der Beschäftigten.

Die Krankenhäuser sind mittlerweile gezwungen, die notwendigen Investitionen nahezu zur Hälfte aus Eigenmitteln zu finanzieren; das sind einerseits Überschüsse, die sie aus den Entgelten für die laufenden Kosten erwirtschaften, und zum anderen direkte Zuschüsse und Zuwendungen der Eigentümer. Gleichwohl bleibt noch eine Finanzierungslücke bestehen, die betriebswirtschaftlich starke Krankenhäuser aus Krediten refinanzieren können. Betriebswirtschaftlich schwachen Häusern steht dieser Weg nicht offen. Ein Ergebnis davon ist, dass solche Krankenhäuser häufig von investitionsstärkeren, privaten Krankenhausunternehmen übernommen werden.

Man kann davon ausgehen, dass auch in absehbarer Zeit eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser politisch kaum umsetzbar ist. Von daher wäre es aus unserer Sicht sinnvoll, wenn allen Krankenhäusern eine bestimmte Investitionsquote, die als Anteil an dem jeweiligen Krankenhausumsatz zu definieren wäre, garantiert wird.

Zur Finanzierung dieser Investitionsquote schlagen wir vor, sowohl die Länder wie auch die Krankenkassen zu verpflichten (vgl. Neubauer 2014). Vorrangig allerdings sollten die Länder die Investitionsquote, die mindestens mit zehn Prozent des jeweiligen Krankenhausumsatzes vorgegeben werden müsste, aufbringen. In dem Umfang, wie die Länder diese Investitionsquote unterschreiten, übernehmen die Krankenkassen eine Ergänzungsfunktion. Als Kompensation für die Beteiligung an

den Investitionen wären aber die Krankenkassen entsprechend an der Krankenhausplanung zu beteiligen. Erreicht der Investitionsanteil der Krankenkassen 51 Prozent und mehr, so hätten sie bei den Investitionsentscheidungen entsprechend auch eine Mehrheit, d. h. die Krankenkassen könnten dann bei der Vergabe von Versorgungsaufträgen an Krankenhäuser quasi auch gegen die jeweilige Krankenhausplanungsbehörde entscheiden. Eine Zusammenführung von Planungsverantwortung und Finanzierungsverantwortung halten wir auf mittlerer Sicht für unabdingbar, wenn unser Krankenhausversorgungssystem die Effizienz und Qualität ausweisen soll, die wir erwarten.

Insgesamt muss der Krankenhausplanung, ebenso wie der Investitionsförderung, ein durchweg schlechtes Zeugnis ausgestellt werden. Die Krankenhausplanung ist wenig flexibel und zum Teil zu sehr bettenorientiert. Die staatliche Investitionsförderung entspricht längst nicht mehr dem betriebswirtschaftlich gebotenen Investitionsvolumen, wodurch eine stille Umstrukturierung der Krankenhäuser in Richtung Privatisierung gefördert wird.

12.5 Skizze eines ordnungspolitischen Neuanfangs: von der Angebotsplanung zur Nachfragesteuerung

Nachdem staatliche Angebotsplanung und -förderung gescheitert sind, ist eine ordnungspolitische Hinwendung zur Nachfragesteuerung zu betrachten. Zu den Nachfragern von Krankenhausleistungen zählen die Patienten, die einweisenden Ärzte und die Krankenkassen. Für alle drei Gruppen ist zu prüfen, inwieweit sie an der Steuerung beteiligt werden können. Das Risiko einer angebotsinduzierten Nachfrage wird durch eine erweiterte Vertragsfreiheit der Krankenkassen begrenzt. Aber auch den Krankenhäusern ist eine weitergehende Vertragsfreiheit zu eröffnen. Der staatlichen Krankenhausplanung wird lediglich eine beobachtende Rolle zugeordnet, was im Folgenden kurz skizziert wird (vgl. Neubauer 2006).

12.5.1 Steuerung über Patienten und einweisende Ärzte

Grundlage jeder Nachfragesteuerung ist die Preis-Leistungs-Transparenz der einzelnen Krankenhäuser nach außen. Nur wenn Nachfrager die Preise und Leistungen zueinander ins Verhältnis setzen können, können sie auch rational auf die Krankenhaussteuerung einwirken. Eine solche Preis-Leistungs-Transparenz kann mit Hilfe des DRG-Fallpauschalensystems geschaffen werden. Die Preise eines Krankenhauses können relativ einfach über die jeweiligen Basisfallwerte transparent gemacht werden, die für jedes Krankenhaus individuell vereinbart werden können (vgl. Abschnitt 12.5.3).

Preis-Leistungs-Transparenz und die gezielte Auswahl eines Krankenhauses ist für Patient wie einweisenden Arzt nur dann sinnvoll, wenn damit auch zugleich die freie Krankenhauswahl verbunden ist. Damit wird zwar nur dem Rechnung getragen, was längst Realität ist, jedoch sind damit Folgewirkungen verbunden. Eine davon ist, dass die Einstufung der Krankenhäuser als Plankrankenhäuser entfallen kann. Wichtiger hingegen ist es, dass die Krankenkassen für ihre Versicherten be-

vorzuzugte Vertragshäuser ausweisen können, welche die Patienten aufsuchen sollen, aber nicht müssen.

Um Patienten nicht in die Vertragshäuser ihrer Krankenkasse zu zwingen, muss den Patienten das Recht der Kostenerstattung gegenüber jedem Krankenhaus ihrer Wahl gewährt werden. Damit können einerseits die Krankenkassen zwar Vertragskrankenhäuser auswählen, andererseits wird den Patienten nicht die Wahlfreiheit genommen. Das Recht der Kostenerstattung darf freilich nicht dahingehend eingengt werden, dass es nur begrenzt auf Krankenhäuser oder zeitliche Abläufe anwendbar ist. Vielmehr sollte den Patienten sofort und überall Kostenerstattung als Option zur Verfügung stehen. Die Patienten müssen freilich nachgewiesene Mehrkosten persönlich übernehmen.

12.5.2 Steuerung über die Krankenversicherungen

Auch die Krankenversicherungen müssen als Nachfrager oder besser als Nachfrageagenturen ihrer Versicherten Gestaltungsfreiräume erhalten. Das erste Recht, das Krankenversicherungen zugeordnet werden muss, ist die freie Wahl ihrer Vertragspartner aus der Zahl der verfügbaren Krankenhäuser. Damit wären die Krankenversicherungen nicht länger Erfüllungsgehilfen einer wie auch immer gearteten Krankenhausplanung. Die Krankenversicherungen ihrerseits könnten über individuelle Preis- und Mengenverhandlungen mit einzelnen Krankenhäusern Preise und Mengen aushandeln und sich zugleich selbst Krankenhausbudgetvorgaben machen. Auch hier wiederum ist ein DRG-Fallpauschalensystem von großem Nutzen.

Allerdings ist es völlig unnötig, ja kontraproduktiv, wenn – wie derzeit im Gesetz vorgesehen – die Krankenversicherungen und Krankenhäuser landesweite Einheitspreise auszuhandeln haben. Dies ist nicht der Anfang, sondern das Ende des Wettbewerbs. Viel vernünftiger wäre es, landesweite Preisverhandlungen mit dem Ziel zu führen, Richtpreise zu vereinbaren, die als Ersatz dienen, wenn keine individuellen Preise zustande kommen.

12.5.3 Vertragsfreiheit für Krankenhäuser

Für ein wettbewerbliches Steuerungssystem ist selbstverständlich auch den Krankenhäusern Vertragsfreiheit gegenüber den Krankenversicherungen einzuräumen. Krankenhäuser, die mit keiner Krankenkasse einen Versorgungsvertrag abschließen, haben immer noch die Chance, solche Patienten zu gewinnen, die bereit sind, sich auf Kostenerstattungsbasis bei ihnen behandeln zu lassen. Denn wie oben angeführt muss allen Patienten ein direktes und unmittelbares Kostenerstattungsrecht eingeräumt werden. Leistungsstarke Krankenhäuser könnten dann gänzlich ohne Verträge mit Krankenversicherungen auskommen, wenn genügend Patienten bereit sind, sie über Kostenerstattung zu wählen.

Es bedarf fast nicht der Erwähnung, dass den Krankenhäusern selbstverständlich über ihre Vergütungen auch gleichzeitig ihre Investitionen entgolten würden. Der Wechsel zu einem monistischen Finanzierungssystem wäre damit geboten. Gleichzeitig würde damit auch ein monistisches Steuerungssystem einhergehen, nämlich eine Nachfragesteuerung über Patienten und Krankenversicherungen. Beiden ist ein

umfassendes Recht auf Information zur Leistungsqualität und Preisen der einzelnen Krankenhäuser einzuräumen.

12.5.4 Rolle des Staates

Aufgabe des Staates bleibt es in einem solchen System, darauf zu achten, dass die Akteure die Spielregeln einhalten, die eine wettbewerbliche Nachfragesteuerung verlangt. Hierzu gehören die Festlegung von qualitativen Zulassungsbedingungen für Krankenhäuser, die Bestimmung der Rechte und Pflichten von Patienten und Versicherten und die Aufstellung und Überwachung einer Wettbewerbsordnung.

Schließlich sollte der Staat verpflichtet sein, drohende Versorgungsdefizite anzuzeigen. Gerade letzteres sollte in erster Linie als Aufforderung an die Akteure verstanden werden, sich um die Beseitigung der Defizite zu kümmern. Erst wenn aus ökonomischen Gründen ein solches Versorgungsdefizit nicht zu schließen ist, wäre der Staat berechtigt, über die Nachfrageseite den Leistungserbringern Impulse zu geben, die entsprechenden Leistungen anzubieten.

Dem Staat fällt somit eine subsidiäre Rolle zu. Zugleich würde in den Stadtstaaten, in denen die Stadt Planungsbehörde, Investitionsförderer und Krankenhausbetreiber ist, diese Aufgabenverquickung aufgelöst.

12.6 Leitet die Bund-Länder-Kommission 2014/2015 eine Wende ein?

Im Ergebnis müssen wir feststellen, dass die staatliche Angebotsplanung und das wettbewerblich orientierte Entgeltsystem einen Widerspruch in sich darstellen und zu einer suboptimalen Systemeffizienz und Effektivität führen. Eine Lösung ist jedoch nicht in Sicht, da die Länder nicht auf ihre Planungshoheit und die Krankenkassen nicht auf ein wettbewerbliches Entgeltsystem verzichten wollen. Es bleibt abzuwarten, ob die von der Großen Koalition im Jahre 2014 eingesetzte Bund-Länder-Kommission nachhaltige Lösungsansätze entwickeln wird. Die Voraussetzungen hierfür wären insofern günstig, als die Große Koalition sowohl im Bundesrat wie im Bundestag über eine ausreichende Mehrheit verfügt. Wir wissen aber aus der Vergangenheit, dass dies zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für eine grundlegende Krankenhausreform in Deutschland ist. Zumal die direkt Betroffenen, nämlich die Krankenkassen und die Krankenhäuser, am politischen Entscheidungsprozess nicht direkt beteiligt sind.

Literatur

- Augurzky B, Beivers A, Gülker R. Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2012. RWI Materialien Heft 72. Essen 2012.
- Bundesministerium für Gesundheit. Antwort auf die „Kleine Anfrage der Abgeordneten Bärbel Bas, Elke Ferner, Petra Ernstberger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD betreffend „Versorgungslage chronisch schmerzkranker Menschen“ BT-Drs. 17/14357. http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/13-08-22_AW_PSt_in_W-M_KA_17_14357.pdf (29. Juli 2014).
- DKG Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand: Januar 2014. http://www.dkgev.de/media/file/15861.RS046-14_Anlage-Bestandsaufnahme_Januar_2014.pdf (29. Juli 2014).
- GKV-Spitzenverband. Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung – Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in der kommenden Legislaturperiode. Berlin 2013.
- Göbel H. Innovative Versorgungsformen in der Schmerztherapie. *Schmerz* 2013; 27 (2): 120–2.
- Kanton Zürich. Strukturbericht der Züricher Spitalplanung 2012. Zürich 2012.
- Mahlzahn J, Wehner C, Fahlenbrach C. Krankenhausplanung in der Krise? In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg) Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stand und Land. Berlin: KomPart Verlag; 35–72.
- Neubauer G. Finanzautonomie – Flexibilisiertes Entgeltssystem für eine nachhaltige Reform. *KU Gesundheitsmanagement* 2014; (5): 28–30.
- Neubauer G. Krankenhausplanung in der Sackgasse: Eine ordnungspolitische Neubesinnung ist notwendig. In: Daumann F, Okruch S, Mantzavinos C (Hrsg) Wettbewerb und Gesundheitswesen: Konzeptionen und Felder ordnungsökonomischen Wirkens. Budapest: Andrassy Gyula Deutschsprachige Universität Budapest 2006; 305–19.
- Neubauer G. Möglichkeiten stationersetzender Leistungen und Wege zu deren Ausschöpfung. *KU-Spezial Controlling* 2003; (4): 25–9.
- Neubauer G, Beivers A. Die Leistungen müssen die Vergütung bestimmen: Ein Plädoyer für das ordnungspolitische Resetting des DRG-Systems. *f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus* 2010; (1): 38–42.
- OECD (Hrsg). OECD Health Data: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators – OECD Health Statistics (Datenbank). DOI:10.1787/data-00349-en (29. Juli 2014).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg). Fläche und Bevölkerung. http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp (29. Juli 2014).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg). Gesundheit Kostennachweis der Krankenhäuser 2012. Fachserie 12, Reihe 6.3. Wiesbaden 2013. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/KostennachweisKrankenhaeuser.html> (29. Juli 2014).
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung 2013 – Inlandsproduktsberechnung Lange Reihen ab 1970. Fachserie 18, Reihe 1.5. Wiesbaden 2014. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/VolkswirtschaftlicheGesamtrechnungen/Inlandsprodukt/InlandsproduktsberechnungLangeReihen.html> (29. Juli 2014).