

# **Auswirkung der DRGs auf die Krankenhausplanung und die Investitionsfinanzierung - aus Sicht der Krankenhausträger**

<b>1. EINLEITUNG</b>	<b>2</b>
<b>2. RECHTSGRUNDLAGEN DER KRANKENHAUS- UND INVESTITIONSPLANUNG</b>	<b>3</b>
<b>3. PRAXIS DER KRANKENHAUSPLANUNG</b>	<b>4</b>
<b>4. ENTWICKLUNG DES KRANKENHAUSRECHTS UND DER KRANKENHAUSPLANUNG</b>	<b>6</b>
<b>5. BUNDESGESETZGEBUNG ZUR KRANKENHAUSPLANUNG</b>	<b>11</b>
<b>6. KRANKENHAUSSTRUKTURABHÄNGIGE AUSWIRKUNGEN DES DRG-SYSTEMS</b>	<b>15</b>
<b>7. INVESTITIONSFÖRDERUNG</b>	<b>18</b>
<b>8. NUTZUNG DES DRG-SYSTEMS ZU PLANUNGSZWECKEN</b>	<b>19</b>
<b>9. SCHLUSSBEMERKUNG</b>	<b>19</b>

# Auswirkung der DRGs auf die Krankenhausplanung und die Investitionsfinanzierung - aus Sicht der Krankenhausträger

---

## 1. Einleitung

Die Dominanz der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems in der aktuellen Diskussion zur Entwicklung des deutschen Krankenhauswesens verstimmt vielen Akteuren die Sicht auf die strukturellen, gesetzlichen Grundlagen oder wird von ihnen zur Vernebelung ihrer strategischen, systemverändernden Ziele genutzt.

Nicht wenige Planungsbehörden gehen davon aus, daß sie durch die Einführung des neuen Systems von belastenden planerischen Entscheidungen befreit werden.

Die Krankenkassenverbände streben - nachdem sie mit Schlagworten wie "Wettbewerb", "Qualität" und "Wirtschaftlichkeit" die Definitionsmacht erzwungen haben - mit staatlicher Unterstützung die Entscheidungsmacht an.

Insbesondere große Krankenhäuser sahen bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie mit ersten Konsequenzen des "lernenden Systems" in Form von hausindividuellen Verwerfungen bei einzelnen Erlöspositionen und hausindividuellen Basisfallwerten konfrontiert wurden, das Heil in einem Verdrängungswettbewerb.

Mittlere Krankenhäuser sehen sich als "Gewinner" der Systemumstellung.

Kleinere Krankenhäuser - bestärkt durch hyperaktive Beratungsgesellschaften und Banken - sehen sich verstärkt nach Kooperationspartnern um.

In den Gruppen der "kleinen" und "großen" Krankenhäuser steigt das Interesse an "Käufem".

Zumindest während der budgetneutralen Phase haben sich und werden sich die materiellen Grundlagen der Krankenhausträger allein aus der Tatsache, daß Abschlagszahlungen auf gedeckelte Budgets unter neuem Namen erfolgen, nicht ändern. Die zeitliche Abfolge macht deutlich, daß das Verlangen vieler Krankenhäuser, bereits 2003 das neue Vergütungssystem einzuführen, stärker durch die Notwendigkeit, einer "Null-Runde" zu entgehen, denn durch den "Reiz" des neuen Systems motiviert war.

Die bekannt - nach Ländern unterschiedlich stark - unzureichende Förderung der Investitionskosten konnte bisher nicht durch das neue Finanzierungssystem beeinflusst werden, da sie anderen Zeitrastern folgt. Da bereits unter dem alten System eine Verwaltung des Mangels stattfand und durch das neue System die Anforderungen sich nicht verringern werden, ist die Wahrscheinlichkeit, daß die Krankenhäuser auch in den nächsten Jahren mit einer unzureichenden Förderung werden leben müssen, sehr hoch. Und voraussichtlich wird sich auch an dem Finanzier nichts ändern, da weder bei den Ländern eine Absicht zu Kompensationszahlungen an die Krankenkassen bei der Einführung der Monistik noch ein Interesse der Krankenkassen an der Übernahme neuer Verpflichtungen besteht, wenn ihnen die Letztentscheidung über Vorhaltekapazitäten vorenthalten wird.

Da sich die gesetzlichen Grundlagen der Krankenhaus- und Investitionsplanung bisher nicht geändert haben, könnte vermutet werden, daß eine Beeinflussung durch das neue Vergütungssystem ausgeschlossen ist. Die Praxis sieht anders aus.

Spekulationen, Visionen und Ängsten ist Tür und Tor geöffnet.

## **2. Rechtsgrundlagen der Krankenhaus- und Investitionsplanung**

Nach geltendem Recht ist die Krankenhausplanung eine Vorhalteplanung. Krankenhauspläne und Investitionsprogramme sind die im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Instrumente, um die Ziele

- wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser
- Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung (mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern)
- sozial tragbare Pflegesätze

zu erreichen.

Während Leistungs- und Planungsrecht im Ursprung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über das Selbstkostendeckungsprinzip harmonisiert waren, sind durch die Weiterentwicklung des Finanzierungsrechtes - in Sonderheit die Budgetbegrenzung - schwere Konflikte entstanden.

Im Saarländischen Krankenhausgesetz sind die Ziele zum Beispiel wie folgt ausformuliert:

"§ 3 Sicherstellungsauftrag und Trägerschaft

- (1) Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe. Krankenhäuser können von freigemeinnützigen, privaten oder öffentlichen Krankenhaus-trägern errichtet und betrieben werden.
- (2) Das Land stellt die Krankenhausversorgung durch die Krankenhaus- und Investitionsplanung, durch die Universitätskliniken im Landeskrankenhaus Homburg und durch die Genehmigung der vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze sicher.
- (3) Die Gemeindeverbände gewährleisten die Krankenhausversorgung durch das Errichten und das Betreiben von Krankenhäusern als Pflichtaufgabe der Selbstverwaltung. Sie müssen die Pflichtaufgabe nur erfüllen, soweit sich kein freigemeinnütziger, privater oder anderer geeigneter öffentlicher Krankenhausträger findet.
- (4) Die Investitionskosten der Krankenhausträger trägt das Land gemeinschaftlich mit den Gemeinden."

Diese zuletzt genannte Finanzierungsverpflichtung haben die Bundesländer in unterschiedlichem, aber insgesamt unzureichendem Umfang erfüllt; mit der Folge des allseits bekannten Investitionsstaus.

### **3. Praxis der Krankenhausplanung**

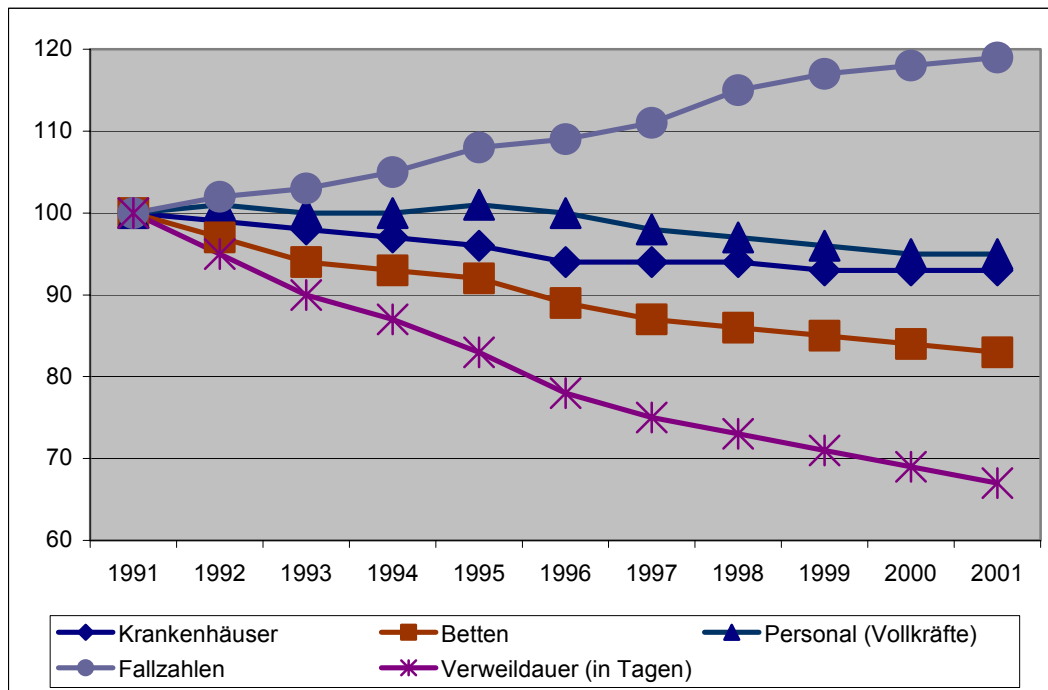
In einer Mischung aus hausindividuellen Leistungs- und Strukturdaten versuchten die meisten Planungsbehörden der Bundesländer in der Vergangenheit die bedarfsnotwendigen Planbetten zu berechnen. Ausgangspunkt (und häufig auch Endpunkt) ist die Hill-Burton-Formel.

Als bester Schätzer für die Zukunft der Entwicklung wurden möglichst aktuelle Daten der Krankenhäuser und demographische Daten benutzt. Anspruchsvollere Ansätze bezogen darüber hinaus die regionale Morbiditätsentwicklung und weitere Strukturfaktoren (zum Beispiel Arztdichte, komplementäre Angebote) zumindest ansatzweise mit ein.

Üblicherweise bedienten sich die Planungsbehörden bei der Entwicklung solcher prognostischer Ansätze externer Gutachter. Soweit die Prognosen konkrete Abbaupotentiale, benannten, war dadurch eine erste Auffanglinie für die anschließenden Konsensgespräche zwischen Krankenhausträger und Planungsbehörde gezogen. Entsprechend kritisch fielen die Bewertungen dieser Gutachten aus - wegen der aufgezeigten Abbaupotentiale aber auch wegen grober methodischer Fehler. Wie alle Gutachten in dieser Republik wurde keines 1 : 1 umgesetzt. Sie dienten vielmehr der Rationalisierung und Legitimation der Planungsentscheidungen und sollten die Krankenhausträger in eine kooperative Grundhaltung versetzen.

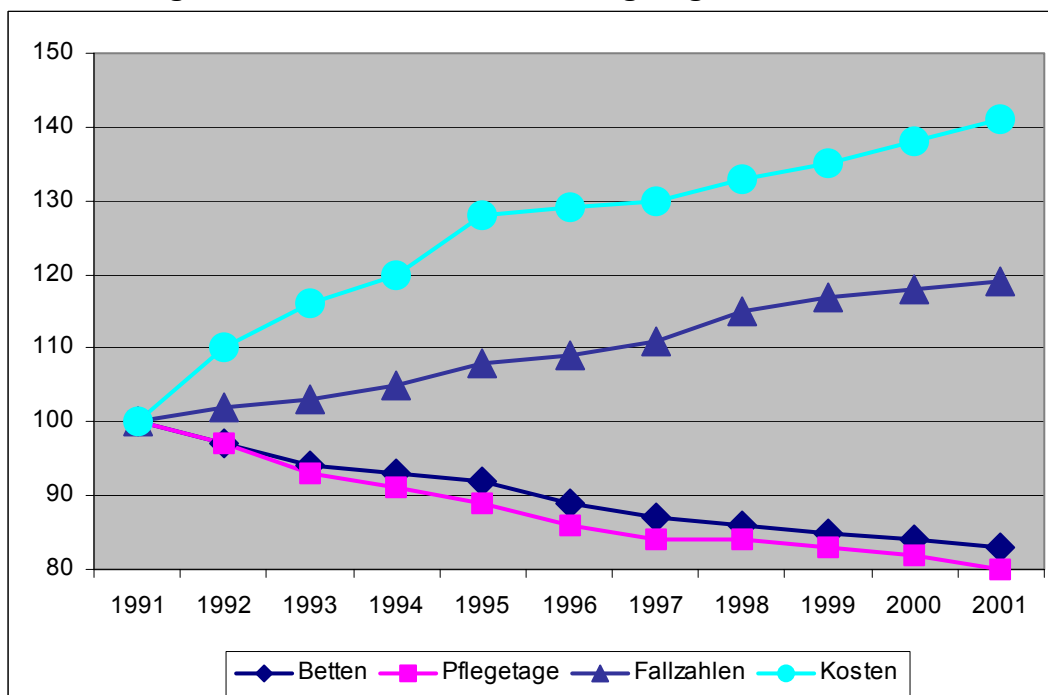
Im Ergebnis folgten moderater Bettenabbau und wenige Krankenhausschließungen - auch weil sich die Planungsbehörden bewußt waren, daß ein gegen einen Feststellungsbescheid klagendes Krankenhaus zum Teil über Jahrzehnte gesichert und unangetastet bleiben konnte.

### Indexierte Krankenhaus-, Betten-, Fall-, Personal- und Verweildauerzahlen



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft

### Entwicklung der indexierten Betten-, Pflegetage-, Kosten- und Fallzahlen



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dieser Abbauprozess verlangsamte sich in den letzten Jahren:

<b>Jahr</b>	<b>Krankenhäuser</b>	<b>Betten</b>
1991		
1992	-1,24 %	-2,79 %
1993	-1,13 %	-2,83 %
1994	-0,72 %	-1,67 %
1995	-0,51 %	-1,46 %
1996	-2,41 %	-2,52 %
1997	-0,48 %	-2,24 %
1998	-0,22 %	-1,52 %
1999	-0,49 %	-1,11 %
2000	-0,44 %	-0,99 %
2001	-0,09 %	-1,25 %

Möglicherweise verlangsamte sich der Abbauprozess auch deswegen, weil Abteilungsgrößen so stark in der Vergangenheit reduziert wurden, daß ein weiterer Abbau unweigerlich zur Schließung der Abteilung und möglicherweise in einer Kettenreaktion zur Schließung des Krankenhauses geführt hätte. Vor dem Hintergrund der Zielgröße "flächendeckende Versorgung" und der zu erwartenden demographischen Entwicklung (ganz abgesehen von politischen Beweggründen) erhöhte sich die "Hemmschwelle" für die Planungsbehörde. Auch setzte sich vereinzelt die Erkenntnis durch, daß in einigen Jahren erforderliche Neubauten höhere Kosten verursachen würden als die Weiterförderung vorhandener Kapazitäten.

#### **4. Entwicklung des Krankenhausrechts und der Krankenhausplanung**

Vor diesem Hintergrund nehmen eine Vielzahl von Planungsbehörden gegenwärtig eine eher abwartende Haltung ein und setzen auf die "Selbsteilungskräfte" des DRG-Systems.

Bei dieser abwartenden Haltung spielen auch rechtliche Erwägungen, wie die "Planung im DRG-Zeitalter" in Einklang zu bringen sei mit den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und den Landeskrankenhausgesetzen eine Rolle. Eine besonders strukturkonservative Haltung nimmt hier Dr. Bruckenberger ein:

"Planungsgegenstand ist das Krankenhaus

- Bei dem gegebenen dualistischen Finanzierungssystem kann sich die Krankenhausplanung weiterhin nur auf die notwendigen baulich apparativen Vorhaltungen, nicht jedoch

auf die darin erbrachten Leistungen beziehen. So gesehen war die bisherige Krankenhausplanung eigentlich immer schon eine Rahmenplanung, da sie den Rahmen (Vorhaltung) für die zu erbringenden Leistungen vorgab.

- Gegenstand der Krankenhausplanung war und ist das Krankenhaus und nicht die Erfüllung der Leistungsansprüche. 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, der Versorgungsvertrag mit dem Krankenhaus wird gekündigt usw.

Kein Eingriff in Grundrechte ohne gesetzliche Grundlage

- Die geltenden gesetzlichen Grundlagen bieten keine Ermächtigung, in das Grundrecht der Krankenhausträger aus Art. 12 GG einzugreifen. Ein Eingriff in Grundrechte, beispielsweise in Form einer Leistungsplanung - in welcher Form auch immer - erfordert eine gesetzliche Grundlage.
- Nach wie vor ist das Bett essentielle Voraussetzung für die Anerkennung einer vollstationären Behandlung und damit konstitutiv für die Krankenhausplanung. Für die damit in Zusammenhang stehenden Leistungen trifft dies aufgrund des medizinischen Fortschritts immer weniger zu, für die Fallpauschalen überhaupt nicht. Sie sind nur eine jederzeit veränderbare Form der Vergütung, aber keine Leistungen und können deshalb auch nicht Gegenstand der Krankenhausplanung im Sinne des KHG sein.<sup>1</sup>

Verdichtet wird diese Diskussion in der Frage, ob die zukünftige Planung eine Leistungsplanung oder eine Kapazitätsplanung sein könne und gleichzeitig wird sie noch überlagert durch die unterschiedliche Nutzung des Begriffs "Rahmenplanung". Einmal meint der Begriff "Rahmenplanung", daß die Vertragspartner vor Ort die angebotsorientierte Krankenhausplanung nach Standorten und Abteilungen in ihrem Detaillierungsgrad ergänzen können. Zum anderen ist damit die Vorgabe von Leistungsmengen, die Gegenstand von Einkaufsentscheidungen der Krankenkassen sein sollen, gemeint. Im Kassensprachgebrauch kaschiert der Begriff Rahmenplanung den Versuch, eine parallele Planungskompetenz aufzubauen und den Staat bestenfalls in einer "Nachtwächter-Funktion" zu belassen.

Richtig ist, daß derartige Versuche derzeit und grundsätzlich an geltendem Recht scheitern müßten. Rechtlich und faktisch nicht ausgeschlossen ist, daß sich die staatliche Planung

---

<sup>1</sup> Bruckenberger, E.: DRG-Mindestmengen versus flächendeckende Versorgung, Zukunft der Krankenhausplanung. [www.bruckenberger.de](http://www.bruckenberger.de)

auch an Leistungen orientiert. Das hat sie bereits in der Vergangenheit getan; das einer bestimmten Fachrichtung zugeordnete "Bett" war bereits in der Vergangenheit ein Indikator für ein bestimmtes Leistungsvolumen. Durch das DRG-System wird die Planungsbehörde verstärkt in die Lage gesetzt, sich an "Leistungen" zu orientieren. Dabei erscheint es sekundär, ob mit den Leistungsdaten "Fallzahlen" und "Verweildauern" die Hill-Burton-Formel nach morbiditätsorientierten Gutachten (IGSF, Dornier/IGES, BASYS) oder Benchmarkansätzen (GSbG) befüllt wurde oder auf der Basis der im DRG-System verfügbaren Daten qualitäts- und betriebswirtschaftlich Mindestmengen zuvor berücksichtigt werden und sogar Leistungsvolumina bestimmt werden.

In allen Fällen ist rechtskonform der förderrelevante Anknüpfungspunkt "Bett" zu erreichen. Diese diffuse Lage spiegelt sich im aktuellen Stand der Krankenhausplanung und -gesetzgebung der Länder.

## Krankenhausplanung im DRG-Zeitalter

Bundesland	Laufzeit des aktuellen Krankenhausplanes	KH-Plan aktuell in Bearbeitung	Leistungsdaten als Grundlage	welche	Anpassung Landeskrankenhausgesetz geplant
<b>Baden-Württemberg</b>	offen, wird laufend überarbeitet	nein	nein		nein
<b>Bayern</b>	unbefristet, jährliche Aktualisierung	nein	nein		nein
<b>Berlin</b>	bis 2005	Fortschreibung 2003 abgeschlossen	ja	L4-/L5-Statistiken	ja (Investitionsförderung)
<b>Brandenburg</b>	2003 neuer Plan verabschiedet	nein	Versuch, Leistungsdaten zugrunde zu legen (Rüschmann-Studie). Ergebnis: Mix aus altergebrachter Methode (Bettenauslastung, Bevölkerungszahl) und Versuch, Leistungsdaten einzubinden		nein
<b>Bremen</b>	2002 - 2005	teilweise	ja	ICD-Schlüssel	nein
<b>Hamburg</b>	2001 - 2005	ja	ja	insbesondere Belegungsdaten	ja
<b>Hessen</b>		ja, Arbeitsentwurf für Krankenhausrahmenplan 2005 durch Ministerium vorgelegt	nein		nein
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	2000 - 2003	Fortschreibung in Bearbeitung	nein		nein

Bundesland	Laufzeit des aktuellen Krankenhausplanes	KH-Plan aktuell in Bearbeitung	Leistungsdaten als Grundlage	welche	Anpassung Landeskrankenhausgesetz geplant
Niedersachsen	jährliche Fortschreibung	ja	nein, Auslastungsgrade		ja
Nordrhein-Westfalen	keine Laufzeit, da Rahmenplanung mit ständiger Aktualisierung	letzte Anpassung in 2001 mit Auswirkungen bis 2003	nein (nur Verweildauer)		nein
Rheinland-Pfalz	2002	ja, Entwurf in der 39. KW	nein		ja
Saarland	2001 - 2004	Änderungen mit Schwerpunkt Intensivplanung abgeschlossen	ja, Rüschemann-Gutachten	§ 301-Daten	ja
Sachsen		in Vorbereitung	nein		ja
Sachsen-Anhalt	2003, Fortschreibung für 2004 ohne Änderung auf Basis Betten	ja, leistungsorientierte Planung in Diskussion	bisher nein	evtl. Fallzahl	ja
Schleswig-Holstein	2001 - 2005	nein	ja	GSBG-Gutachten, das teilweise in KH-Plan eingeflossen ist	nein
Thüringen	2002 - 2004, Verlängerung bis zum 31.12.2005 wird angestrebt	nein	ja	Diagnosestatistiken 1998 und 1999	nein

## 5. Bundesgesetzgebung zur Krankenhausplanung

Daß sich die Krankenkassen allerdings mit ihrem Versuch der Machtübernahme beinahe durchgesetzt hätten, spiegelt sich in den Entwürfen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes der Fraktionen SPD und Bündnis 90/ Die Grünen.

Der neu eingefügte § 109 a SGB V enthielt die "Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge". Erstmals zum 30. Juni 2006 sollte das Land im Einvernehmen mit den Krankenkassen auf Landesebene auf der **Grundlage des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems leistungsbezogene Rahmenvorgaben** zu Art und Umfang der für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten erforderlichen Krankenhauskapazitäten (ohne Standorte) beschließen.

Diese sollten unter Berücksichtigung der Entwicklung des regionalen Versorgungsbedarfs und eines etwaigen überregionalen Versorgungsbedarfs fortgeschrieben werden.

"Die erstmalige Erstellung der Rahmenvorgaben erfolgt ausgehend von den im Jahre 2005 erbrachten Leistungen und unter Berücksichtigung zwischenzeitlicher Entwicklungen sowie medizinischer Neuerungen und Leistungsverlagerungen, beispielsweise in den Bereich der ambulanten Versorgung", so die Begründung zu § 109 a SGB V.

Die Verbände der Krankenhausträger im Land sollten Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten. Im Falle der Nichteinigung sollte die Landesbehörde entscheiden.

Die Planungsbehörde wäre damit in ein Schattendasein von politisch zweifelhafter Komfortabilität abgedrängt worden: "Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes tritt in ihrer Bedeutung zurück"; so die Begründung zu § 108 SGB V des Entwurfs. Die tatsächlichen Entscheidungen hätten die Krankenkassen getroffen: "Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam vereinbaren mit den Trägern der nach § 108 Nr. 1 und 3 zugelassenen Krankenhäuser bis zum 31. Dezember 2007 die Leistungsstruktur des Krankenhauses und die Aufgabenstellung zur Umsetzung der Rahmenvorgaben nach § 109 a." (§ 109 Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern, Abs. 1 Satz 4).

Und weiter regelte Absatz 2 Satz 1 und 2: "Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, die sich um den Abschluß eines Versorgungsvertrages bewerben, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach

pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird."

Dies entspricht den Träumen des Vorstandsvorsitzenden des AOK - Bundesverbandes, Dr. Ahrens: Spätestens ab 2007, so Ahrens, sollte die Krankenhaus-Bedarfsplanung der Bundesländer durch bundeseinheitliche Vorgaben für vertraglich zu vereinbarende medizinische Leistungen abgelöst werden. So könne der Bund zum Beispiel festlegen, wie viele Blinddarmoperationen oder Herzkatheteruntersuchungen insgesamt in einzelnen Regionen gebraucht werden. Die einzelnen Krankenkassen könnten dann dem Versorgungsbedarf ihrer Versicherten entsprechend Leistungen bei den Krankenhäusern einkaufen. Dabei solle es den Krankenkassen freigestellt sein, diese Leistungen in ausgewählten Krankenhäuser einzukaufen.

In verblüffender Naivität erläutert hierzu Dr. Leber - ebenfalls AOK-Bundesverband: "Der ordnungspolitisch heikelste Teil ist die Sicherstellung der Versorgung durch einen Krankenhausplan, der die Kassen zur Kontrahierung mit bestimmten Häusern zwingt. Es gibt gute Gründe, nicht vollständig auf eine staatliche Aufsicht über die Sicherstellung zu verzichten. All zu leicht könnte es ja passieren, daß das Management irgendeiner Kasse wie zufällig vergißt, Verträge zur Versorgung von AIDS-Kranken abzuschließen. Eine ganz andere Frage aber ist, ob objektorientiert bestimmte Krankenhäuser als Vertragspartner vorgeschrieben werden.

Unser Motto an die Politik lautet: Setzen Sie die Krankenkassen unter Kontrahierungszwang, aber schreiben Sie nicht vor mit wem! Natürlich muß sichergestellt sein, daß für definierte Versichertenpopulationen bestimmte Leistungsvolumina vertragsmäßig abgesichert sind. Aber man kann es den Krankenkassen überlassen, in welcher Krankenhausabteilung die entsprechende Versorgung erfolgt. Was wir brauchen, ist also ein Übergang von der objektorientierten Krankenhausplanung zu einer leistungsorientierten Vergabe von Mindestvolumina für Versicherte.

Die Kontrollfunktion haben in einem solchen Modell mit Vertragswettbewerb vor allem die Versicherten, die die Kassen im Falle unzureichender Vertragsabschlüsse durch Abwanderung abstrafen können."

Dr. Leber faßt die ordnungspolitische Ausrichtung der AOK im Krankenhausbereich in der Kurzformel zusammen, die AOK wolle den Krankenhausbereich so geregelt wissen wie den Bereich der Rehabilitation.

Damit wäre die Krankenhausplanung nach Gutsherrenart und Kassenlage perfekt.

Im Rehabilitationsbereich herrscht ein uneingeschränktes Preisdiktat. Verhandlungen finden dergestalt statt, daß Null-Runden angeboten werden oder Dumpingpreise der Konkurrenz als Angebot zugemutet werden. Der Träger wird vor die "Wahl" gestellt, das Angebot auf jeden Fall anzunehmen - und selbst die Annahme ist im doppelten Sinne nicht existenzsichernd, da noch nicht einmal die Belegung der unterfinanzierten Einrichtung gesichert ist.

Auf die oben dargestellten Entwurfsregelungen der §§ 108 ff SGB V übertragen, hätten es die Krankenkassen dann in der Hand, durch Belegungssteuerung die Strukturqualität des Krankenhauses zu beeinträchtigen und damit die Voraussetzung für eine Kündigung des Versorgungsvertrages zu schaffen: "Nicht nur vorübergehend bestehende Defizite in der Qualitätssicherung können zur Kündigung des Versorgungsvertrages durch die Krankenkassenverbände berechtigen (§ 110 Abs. 1 i. V. m. § 109 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1)".

Die Zerstörung der aktuell (noch) als Element der Daseinsvorsorge angelegten Krankenhausversorgung durch "wettbewerbliche" und "qualitätsorientierte" Surrogate wurde durch den Bundesrat gestoppt. Eine ausreichend große Zahl von Bundesländern hat sich gegen diesen Abbau des Sozialstaates gestellt. Damit wurde zunächst verhindert, daß das System zu einer "Armenversorgung" mit Wartelisten einerseits - gleichzeitig würde sich beschleunigt eine "VIP-Versorgung" entwickeln - und einem "Investitionsgrab" andererseits degenerierte. Krankheitsherde eines solchen Degenerationsprozesses waren bereits in der Vergangenheit zu beobachten. Das saarländische Krankenhausgesetz enthält zum Beispiel die Vorschrift: "Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilungen dürfen nur betrieben werden, wenn sie regelmäßig mehr als 300 Geburten jährlich haben". Und sie werden mit den Mindestmengenvorgaben des § 137 SGB V erneut virulent.

Weiterhin bleibt allerdings offen, wie dieses Einhaltgeboten in der Gesetzgebung durch den Bundesrat seine notwendige Entsprechung auf der Seite der Investitionsförderung durch die Länder finden wird, und offen bleibt insbesondere die Frage, wie die Länder ihre Ausfallbürgschaft einlösen, wenn sich für eine bedarfsnotwendige Leistung kein Anbieter findet.

Zunächst ist es aber ein wichtiger Schritt, daß sich die Mehrheit der Bundesländer zur Beibehaltung der staatlichen Krankenhausplanung bekannt hat. In einem Vortrag vor den Krankenhausverwaltungsdirektoren der Bundesländer Rheinland-Pfalz und Saarland führte die saarländische Gesundheitsministerin, Dr. Görner, aus, daß die Einführung des leistungsorientierten fallbezogenen Vergütungssystems auch im Interesse der Patientinnen und Patienten längst überfällig gewesen sei, denn Fallpauschalen belohnten diejenigen, die eine medizinische Leistung von hoher Qualität zu günstigen Kosten erbringen könnten. Und genau darum müsse es in Zukunft gehen. Die Krankenhäuser stünden nun vor der Aufgabe, ihr Leistungsangebot so auszurichten, daß sie Unwirtschaftlichkeiten beseitigten und sich auf

Schwerpunkte konzentrierten, bei denen sie hohe Qualität zu günstigen Kosten anbieten könnten und dafür in der Region, die sie versorgen, auch eine ausreichende Nachfrage vorfänden.

Die Saarländische Landesregierung habe bereits unmittelbar nach der Regierungsübernahme im Herbst 1999 begonnen, im Saarland die notwendigen Veränderungsprozesse zu begleiten, zu ermutigen und planerisch so abzufedern, daß die Krankenhäuser nicht völlig allein gelassen würden. Im neuen Krankenhausplan seien durch Verlagerung in und zwischen den Kliniken sinnvolle Schwerpunkte gesetzt, Doppel- und Dreifachstrukturen, wie sie im Saarland in großer Dichte vorhanden gewesen seien, beseitigt und bis zum Ende des Planungszeitraumes das Angebot an die tatsächlich zu erwartende Nachfrage angepaßt worden.

Sehr viel Aufmerksamkeit habe die saarländische Landesregierung dabei aber auch auf die Frage verwandt, wie kleine Häuser unter den neuen Finanzierungsbedingungen überleben könnten. Daran sei das Saarland interessiert, weil es eine möglichst große Trägervielfalt erhalten und eine angemessene Versorgung in der Fläche gewährleisten wolle. Auch Menschen im ländlichen Raum sollten bei Schlaganfällen und Herzinfarkten eine hochwertige medizinische Erstversorgung in der näheren Umgebung vorfinden. Für ältere, multimorbide Patienten und Patientinnen, die in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind, wolle die saarländische Landesregierung die Krankenhausversorgung vor Ort sicherstellen.

Die Saarländische Landesregierung habe damit ihren Beitrag dazu geleistet, die saarländischen Kliniken für die bevorstehende DRG-Einführung zu wappnen. Daß dies keine grundlose Erwartung sei, zeige sich im Übrigen auch daran, daß im Saarland überdurchschnittlich viele Kliniken für die DRG-Einführung im Jahre 2003 optiert hätten.

Erhebliche Zweifel hatte Ministerin Dr. Regina Görner allerdings daran, ob die jetzt aus Berlin vorgeschlagenen Mindestmengen Sinn machen können. Damit setze man unter Umständen eine "wunderbare Fallzahlenvermehrung" in Gang, weil natürlich jeder versuchen werde, die magischen Mindestmengen Zahlen irgendwie zu erreichen. Im Übrigen dürfe der Bürokratieaufwand, der dafür betrieben werden müsse, die erwarteten Effizienzgewinne heftig übersteigen.

Ausdrücklich sprach sich Ministerin Dr. Regina Görner für die Beibehaltung der staatlichen Krankenhausplanung aus. Die Wettbewerbselemente, die mit dem DRG-System verbunden seien, könnten zwar den Markt ökonomisch ordnen, damit sei den Versorgungserfordernissen aber noch überhaupt nicht Rechnung getragen. Was aus der Perspektive der Bürgerinnen und Bürger eines Landes erforderlich sei, müsse auf dem Wege der politischen Steue-

rung eingebracht werden. Der Versuch, die staatliche Krankenhausplanung auszuhebeln, sei daher von den unionsregierten Ländern im Bundesrat verhindert worden.

## 6. Krankenhausstrukturabhängige Auswirkungen des DRG-Systems

Bis auf die Investitionsförderung kommen in diesem Statement der saarländischen Gesundheitsministerin die wichtigen Schlagworte vor. Wie aber verhält es sich im DRG-System grundsätzlich mit der Leistungsverlagerung und was bedeutet das System für die Krankenhäuser in Abhängigkeit von ihrer Größe, welche neuen Daten stehen der Planungsbehörde zur Verfügung? Von zentraler Bedeutung ist hier § 21 KHEntgG, der die Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten regelt. Gemäß Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 erhält "für Zwecke der Krankenhausplanung" die zuständige Landesbehörde die landesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a bis c und Nr. 2 Buchstabe b und d bis g.

Strukturdaten	Empfänger		
	1. Vertragsparteien Bund	2. Vertragsparteien Land	3. Planungsbehörde
a) Institutionskennzeichen des Krankenhauses, Art des Krankenhauses und der Trägerschaft sowie Anzahl der aufgestellten Betten	X		X
b) Merkmale für die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 und 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, einschließlich der Angabe, ob eine Teilnahme an der stationären Notfallversorgung erfolgt	X		X
c) Anzahl der Ausbildungsplätze, Höhe der Personal- und Gesamtkosten sowie Anzahl der Auszubildenden und Auszubildenden, jeweils gegliedert nach Berufsbezeichnung nach § 2 Nr. 1 a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; die Anzahl der Auszubildenden nach Berufsbezeichnungen zusätzlich gegliedert nach jeweiligem Ausbildungsjahr	X	X	X
d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen sowie der Ausgleichsbeträge nach § 3 Abs. 6 oder § 4 Abs. 9, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr	X	X	

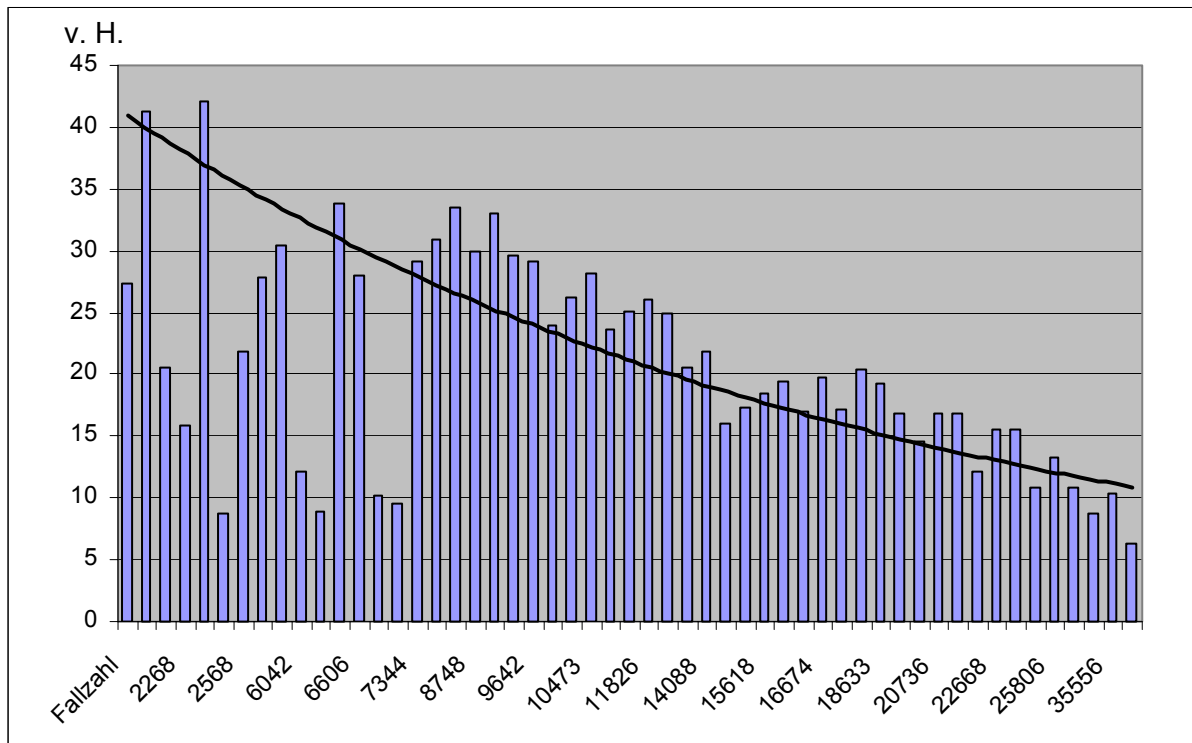
Krankenhaus-Fall-Daten	Empfänger		
	1. Vertragspartei Bund	2. Vertragspartei Land	3. Planungsbehörde
a) krankenhausinternes Kennzeichen des Behandlungsfalles			
b) Institutionskennzeichen des Krankenhauses	X		X
c) Institutionskennzeichen der Krankenkasse	X		
d) Geburtsjahr und Geschlecht des Patienten sowie die um die letzten zwei Ziffern verkürzte Postleitzahl des Wohnortes des Patienten, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem der Geburtsmonat	X		X
e) Aufnahme datum, Aufnahmegrund und -anlaß, aufnehmende Fachabteilung, bei Verlegung die der weiter behandelnden Fachabteilungen, Entlassungs- oder Verlegungsdatum, Entlassungs- oder Verlegungsgrund, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem das Aufnahme gewicht in Gramm	X		X
f) Haupt- und Nebendiagnosen sowie Operationen und Prozeduren nach den jeweils gültigen Fassungen der Schlüssel nach § 301 Abs. 2 Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, einschließlich der Angabe der jeweiligen Versionen, bei Beatmungsfällen die Beatmungszeit in Stunden entsprechend der Kodierregeln nach § 17 b Abs. 5 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und Angabe, ob durch Belegoperator, -anästhesist oder Beleghebamme erbracht	X		X
g) Art der im einzelnen Behandlungsfall insgesamt abgerechneten Entgelte, der DRG-Fallpauschale, der Zusatzentgelte, der Zu- und Abschläge, der sonstigen Entgelte nach § 6	X	X	X
h) Höhe der im einzelnen Behandlungsfall insgesamt abgerechneten Entgelte, der DRG-Fallpauschale, der Zusatzentgelte, der Zu- und Abschläge der sonstigen Entgelte nach § 6	X	X	

Jeweils zum 1. Juli eines Jahres sind diese Daten, die das Krankenhaus zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr geliefert hat, von der DRG-Datenstelle an die zuständige Landesbehörde zu übermitteln. Wegen der statistisch-typischen Verteilung der Leistungen werden diese Daten zu grundsätzlichen Diskussionen führen und werden zur Rationalisierung (Stichworte sind Mindestmengen und Zentrenbildung) bei einer Bettenabbaudis-

kussion mit kleineren Häusern erhalten müssen. Dies um so mehr, als eine unzulässige Vermischung mit der "Mindestmengen-Qualitätsdiskussion" zu erwarten ist.

### Anteil der Fälle in DRGs mit Fallzahl <= 30 an Gesamtfallzahl

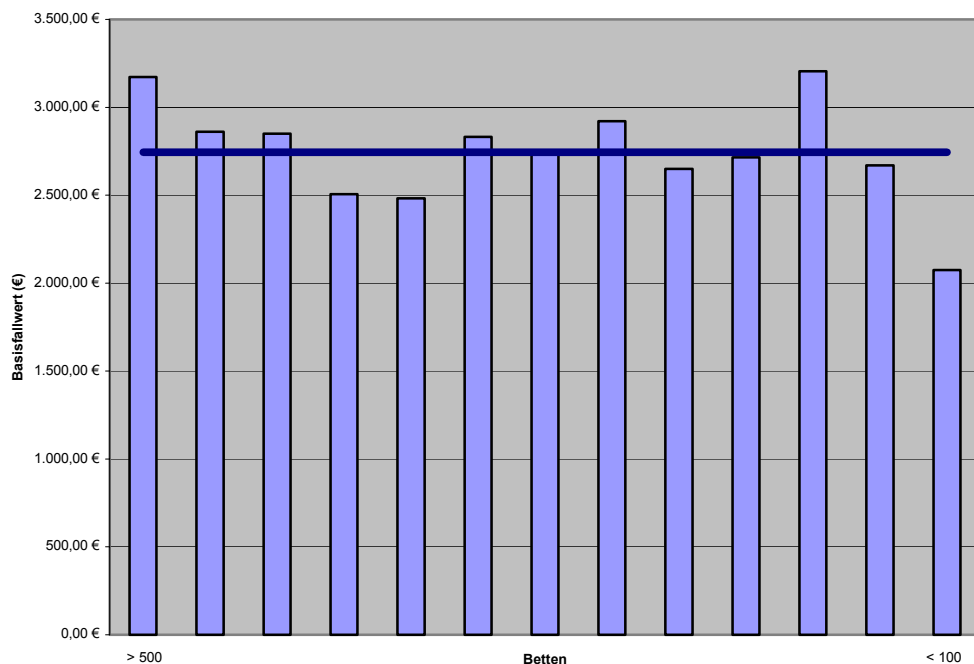
(ausgewählte Krankenhäuser)



Diese Diskussion wird von den Krankenhäusern unter dem Aspekt der wirtschaftlichen Sicherung geführt werden, wenn sich zeigen wird, daß Krankenhäuser mit einer bestimmten Struktur grundsätzlich oder aktuell wirtschaftlich gefährdet sind.

## Basisfallwert 2003

(ausgewählte Krankenhäuser / Saarland - Krankenhäuser nach Anzahl Betten sortiert)



Relevante Auswirkungen auf die Parameter der Krankenhausplanung traditioneller Art zeitigt das DRG-System mit beachtlichen Verweildauerreduzierungen bereits im Optionsjahr.

## 7. Investitionsförderung

Der seit Jahrzehnten aufgelaufene Investitionsstau und die rückläufige Förderfähigkeit der Bundesländer führen mit dem aus DRG-Anpassungserfordernissen resultierenden zusätzlichen Förderbedarf zu einer existenzbedrohenden Situation für die Krankenhäuser.

Der DRG-induzierte Bedarf resultiert aus der Notwendigkeit, die Behandlungsabläufe zu optimieren, den Wettbewerb um Patienten durch bauliche und apparative Angebote zu bestehen sowie EDV-technisch aufzurüsten.

Die Investitionsförderung ist von 1994 bis 2002 um 12 % zurückgegangen. Dieser Gesamtrückgang resultiert aus einem Rückgang von 13 % in den alten und von 9 % in den neuen Bundesländern.

Eine Verbesserung dieser Situation in den nächsten Jahren ist nicht zu erwarten. Eine ausreichende Investitionsförderung ist aber eine unabdingbare Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung.

Aufgrund der Tatsache, daß die Mehrzahl der Bundesländer bereits ihre Pauschalförderung neben Betten auch an Fallzahlen orientieren, sind aus einer stärker fallorientierten Planung keine unüberwindbaren technischen Probleme zu erwarten.

## 8. Nutzung des DRG-Systems zu Planungszwecken

Mittelfristig ist zu erwarten, daß die Praxis der Planung und ihre rechtlichen Grundlagen sich von der Planungseinheit Bett lösen werden. Das DRG-System bietet grundsätzlich durch die Bereitstellung der erforderlichen Daten die Möglichkeit, in unterschiedlicher Planungstiefe fallzahlorientiert zu planen.

Eine standortbezogene Planung aufgrund des Leistungsparameters "Fall" kann sowohl auf Fachabteilungs- wie auf Krankensebene erfolgen. Die medizinische Struktur der Fälle qua Schweregrad kann einbezogen werden. Zur Steuerung der erforderlichen Prognosesicherheit könnten Mengenkorridore vorgesehen werden.

### Planungsparameter <sup>2</sup>

Angebots- / Kapazitäts- Parameter	Nachfrage-/Morbiditätsgliederungsparameter		
	einzelne DRG Fall- /Relativgewicht- Korridor	MDC Fall-/CaseMix-Korridor	Summe DRG Fall-/CaseMix- Korridor
Fachabteilung	<b>X</b>		
Krankenhaus	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

## 9. Schlußbemerkung

Mit den veränderten Möglichkeiten der Krankenhausplanung wird grundsätzlich keine Entscheidung darüber getroffen, wer die Planungsmacht ausübt. Bereits in der Vergangenheit wurden mit der Bestimmung des "Krankenhausstandortes", der "Abteilung" und der Anzahl der "Betten" Leistungsstrukturen und Leistungsvolumina vorgegeben.

Aufgrund ihrer Interessenlage / Haushaltsslage sind die Krankenkassen weder gemeinsam und noch weniger als Einzelverband in der Lage, für eine Krankenhausversorgung, die als Daseinsvorsorge ausgestaltet ist, die Planungsmacht auszuüben. Die Letztverantwortung muß bei den Bundesländern bleiben. Insoweit werden sich auch die Krankenhausträger wei-

<sup>2</sup> vgl. hierzu Stapf-Finé, H. Polei G. Die Zukunft der Krankenhausplanung nach der DRG-Einführung, in: das krankenhaus 2/2002, S. 96 ff.

terhin der staatlichen Krankenhausplanung, die ihnen gegenwärtig Investitionssicherheit - wenn auch nicht ausreichende Fördermittel - gibt, unterwerfen müssen.

Die Einschränkung der Entscheidungsautonomie der Krankenkassen und der Krankenhausträger verhindert eine Eskalation des Preiswettbewerbes, der zu Lasten des Patienten gehen könnte.

Da sich die Mehrheit der Bundesländer offensichtlich ihres Sicherstellungsauftrages bewußt ist, werden sie gerade dann, wenn das DRG-System finanzielle Schieflagen bei Krankenhäusern verstärkt, für ausreichende Investitionsförderung und eine planungskonforme Ausgestaltung leistungsgerechter Erlöse sorgen müssen.