

# **Krankenhausplanung im DRG-System**

**- Expertenbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts -**

**Diplom-Ökonom Udo Müller**

**Dr. Matthias Offermanns**

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf

Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf,

Düsseldorf, im April 2004

<b>INHALTSVERZEICHNIS</b>	<u>Seite</u>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
<b>1 Vorbemerkungen</b>	<b>5</b>
<b>2 Grundlagen einer künftigen Krankenhausplanung</b>	<b>8</b>
<b>3 Investitionsfinanzierung</b>	<b>20</b>
3.1 Szenario I: Duale Finanzierung	<b>20</b>
3.2 Szenario II: Monistik	<b>30</b>
<b>4 Planungsmethodik/-verfahren</b>	<b>32</b>
4.1 Szenario I: Status quo	<b>32</b>
4.2 Szenario II: Neuordnung der Krankenhausplanung	<b>35</b>
<b>5 Diskussion und Ausblick</b>	<b>45</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>50</b>
<b>Anhang: Fragebogen mit Ergebnissen</b>	

## **Zusammenfassung**

### **Hintergrund**

*Die Einführung des Fallpauschalensystems ist die größte Strukturreform im Krankenhausbereich der letzten 30 Jahre. Der zunehmende Wettbewerb wird Zahl, Trägerschaft und Aufgabenstellung der Krankenhäuser deutlich verändern. Mehrheitlich wird von den zuständigen Fachleuten die Auffassung vertreten, dass spätestens nach vollständiger Einführung des Fallpauschalensystems die derzeitige Krankenhausplanung in ihren Inhalten und ihrer Ausgestaltung grundlegender Veränderungen bedarf. Die dazu vorliegenden Vorschläge weisen eine große Bandbreite auf, die z.B. von einer standortunabhängigen Rahmenplanung bis zu einer krankenhausbefugenen Leistungsplanung reichen. Ähnliches gilt für Fragen der Investitionsfinanzierung, des Sicherstellungsauftrages oder der Versorgungsverträge und deren Kündigung.*

### **Methodik**

*Das Forschungsprojekt basiert auf einer schriftlichen Expertenbefragung mit einem standardisierten Fragebogen. Dabei wurde die Mehrzahl der Fragen mehrdimensional unter den Aspekten Stärke der Zustimmung, Einfluss auf eine bedarfsgerechte Versorgung und Einfluss auf eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung betrachtet. Die einbezogenen Experten kommen aus den Bereichen der Landesministerien, der Krankenhausträger, der Kostenträger, der Ärztekammern und der Krankenhausberufe. Von 112 angeschriebenen Experten haben 57 den Erhebungsbogen ausgefüllt zurückgeschickt. Damit ergibt sich eine Rücklaufquote von 50,9%, die als überdurchschnittlich zu bezeichnen ist und die das Interesse an der Thematik belegt.*

### **Ergebnisse**

*Die Experten sind überwiegend der Auffassung, dass die Krankenhausplanung im Hinblick auf die Einführung des DRG-Systems einer weitgehenden Neuorientierung bedarf. Allerdings sollte der staatliche Sicherstellungsauftrag erhalten bleiben; er sollte sich nicht auf eine Rahmenplanung oder auf Fragen der wohnortnahen Versorgung beschränken. Vielmehr befürworten die Experten, dass wegen der notwendigen Planungssicherheit für die Krankenhausträger und für die Kostenträger konkrete Festlegungen für die einzelnen Krankenhäuser im Krankenhausplan vorgesehen werden sollten.*

*Hinsichtlich der Investitionsfinanzierung halten es die Experten eher für wahrscheinlich, dass es zu keiner Umstellung auf eine Monistik kommen wird, sondern dass es auch nach Einführung des DRG-Systems bei der dualen Krankenhausfinanzierung bleibt. Die Einzelförderung, die der Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern oder die zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben dient, sollte erhalten bleiben. Weitgehende Einigung besteht auch hinsichtlich der Pauschalförderung; sie sollte sich nicht an Betten und Versorgungsstufen, sondern ausschließlich an Leistungen (z.B. Art und Anzahl abgerechneter Fallpauschalen) orientieren.*

*Bezogen auf konkrete Planungsverfahren findet eine regionalisierte Bedarfsanalyse eine große Zustimmung. Die Umsetzung des daraus abgeleiteten Versorgungsbedarfs in Standortentscheidungen sollte Teil des Krankenhausplans sein. Eindeutig abgelehnt wird von der überwiegenden Zahl der Experten die Umsetzung des Versorgungsbedarfs durch Versorgungsverträge zwischen Krankenhausträgern und Kostenträgern.*

**Fazit**

*Insgesamt erscheint es schwierig, aus den Angaben der Experten einen konsensfähigen Weg für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung zu entwickeln. Zu kontrovers sind die Auffassungen bezogen auf konkrete Punkte. Aber auch im Grundsätzlichen zeigen sich unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der Ausgestaltung der Krankenhausplanung, was vor allem darin ausdrückt, dass bei einzelnen Expertengruppen (vor allem Krankenhaus-träger, Ministerien) Aspekte der bedarfsgerechten Versorgung im Vordergrund stehen, während andere Experten (vor allem Kostenträger) zum Teil eher den Einfluss auf eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung stärker gewichten. Möglich erscheint eine Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Richtung einer Rahmenplanung unter Berücksichtigung von einzelnen Standorten wie sie bereits teilweise in verschiedenen Bundesländern erfolgt.*

## **1. Vorbemerkung**

Entsprechend § 6 Abs. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) haben die Bundesländer Krankenhauspläne und Investitionspläne aufzustellen und dabei die Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, zu berücksichtigen. Die Pläne sollen dazu beitragen, die im § 1 KHG genannten Ziele zu verwirklichen; dementsprechend steht die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser im Vordergrund, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozialtragbaren Pflegesätzen beizutragen. Daneben ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Insbesondere die wirtschaftliche Sicherung gemeinnütziger und privater Krankenhäuser ist zu gewährleisten. Die Ausgestaltung der Krankenhauspläne wird in den Krankenhausgesetzen der Länder geregelt.

Gegenwärtig ist die Krankenhausplanung der Länder überwiegend als Angebotsplanung angelegt, wobei dieser Planung in der Regel eine Abschätzung des Bedarfs voraus geht. Mit der Planung soll die Entwicklung der Krankenhauskapazitäten gesteuert werden. Eine Steuerungsfunktion hat aber auch die schrittweise Einführung eines umfassenden Fallpauschalensystems; diese ist wettbewerbsorientiert und kommt im vollen Umfang ab 2007 zum Tragen.

Vor diesem Hintergrund ist zu klären, ob die Krankenhausplanung in der bisherigen Form weiterbestehen sollte oder ob sie im Hinblick auf die Steuerungsfunktion des DRG-Systems, die nicht immer zu bedarfsgerechten Ergebnissen führen muss, geändert werden sollte. Die dazu bisher veröffentlichten Vorschläge weisen eine große Bandbreite auf, die z. B. von einer standortunabhängigen Rahmenplanung bis zu einer krankenhausbefugenen Leistungsplanung reichen. Ähnliches gilt für Fragen der Investitionsfinanzierung, des Sicherstellungsauftrages oder für Versorgungsverträge und deren Kündigung.

Mit einer in den Monaten September bis Dezember 2003 durchgeführten Expertenbefragung sollten die bestehenden Vorschläge erfasst und analysiert werden, um auf der Basis der

Ergebnisse Lösungsmöglichkeiten für die Entwicklung der künftigen Krankenhausplanung aufzuzeigen.

Einbezogen in die Expertenbefragung wurden die für die Krankenhausplanung verantwortlichen Mitarbeiter<sup>1</sup> folgender Verbände und Institutionen:

- *Krankenhausträger*
  - Deutsche Krankenhausgesellschaft
  - 9 Spitzenverbände der Krankenhausträger
  - 16 Landeskrankhausgesellschaften
  
- *Kostenträger*
  - 5 Bundesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung
  - Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
  - 7 AOK-Landesverbände
  - 6 IKK-Landesverbände
  - 8 VdAK-Landesverbände
  - 8 BKK-Landesverbände
  
- 16 Gesundheits- und Sozialministerien der Länder bzw. entsprechende Behörden der Stadtstaaten
  
- *Ärzttekammern*
  - Bundesärztekammer
  - 17 Landesärztekammern

Zusätzlich wurden 17 Einzelpersonen aus dem Verband der Krankenhausdirektoren bzw. aus dem Verband der leitenden Krankenhausärzte, die sich mit Fragen der Krankenhausplanung beschäftigt haben, um Ihre Einschätzung gebeten.

---

<sup>1</sup> Soweit die Verantwortlichen nicht bekannt waren, wurden die Namen vorab telefonisch erfragt.

Insgesamt haben von 112 angeschriebenen Experten 57 den Erhebungsbogen ausgefüllt zurück geschickt. Damit ergibt sich eine Rücklaufquote von 50,9%, die als überdurchschnittlich zu bezeichnen ist und die das Interesse an der Thematik belegt.

Von den teilnehmenden Experten sind

- 14 den Krankenhausträgern (in den Abbildungen mit KT abgekürzt),
- 10 den Ärztekammern (ÄK),
- 15 den Kostenträgern bzw. Krankenkassen (KK),
- 10 den Sozialministerien der Länder (Min)
- 8 den Krankenhausführungskräften (Verwaltungsdirektoren, Ärztliche Direktoren - KHF)

zuzuordnen.

In dem Fragebogen wurden die Experten gebeten, zu einzelnen vorformulierten Aussagen oder Statements anzugeben, inwieweit sie dieser Aussage/diesem Statement zustimmen. Dabei war jeweils eine Bandbreite von -2 (stimme gar nicht zu) bis +2 (stimme voll zu) möglich. Bei der Mehrzahl der Statements wurde ergänzend zu der Zustimmung danach gefragt, ob mit der entsprechenden Aussage ein Einfluss auf eine bedarfsgerechte Versorgung oder ein Einfluss auf eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung gegeben ist und wie dieser möglicher Einfluss zu beurteilen ist. Dazu lag wieder eine Bewertungsskala von -2 (sehr negativ) bis +2 (sehr positiv) vor.

In der nachfolgenden Darstellung der Ergebnisse der Expertenbefragung werden die Angaben jeweils zu Mittelwerten für die Experten insgesamt bzw. für Expertengruppen umgerechnet. Ein Wert von Null bzw. nahe Null verdeutlicht dementsprechend gegenüber der jeweiligen Aussage eine eher neutrale Position. Hohe positive bzw. negative Werte bedeuten eine deutliche Zustimmung bzw. deutliche Ablehnung des jeweiligen Statements.

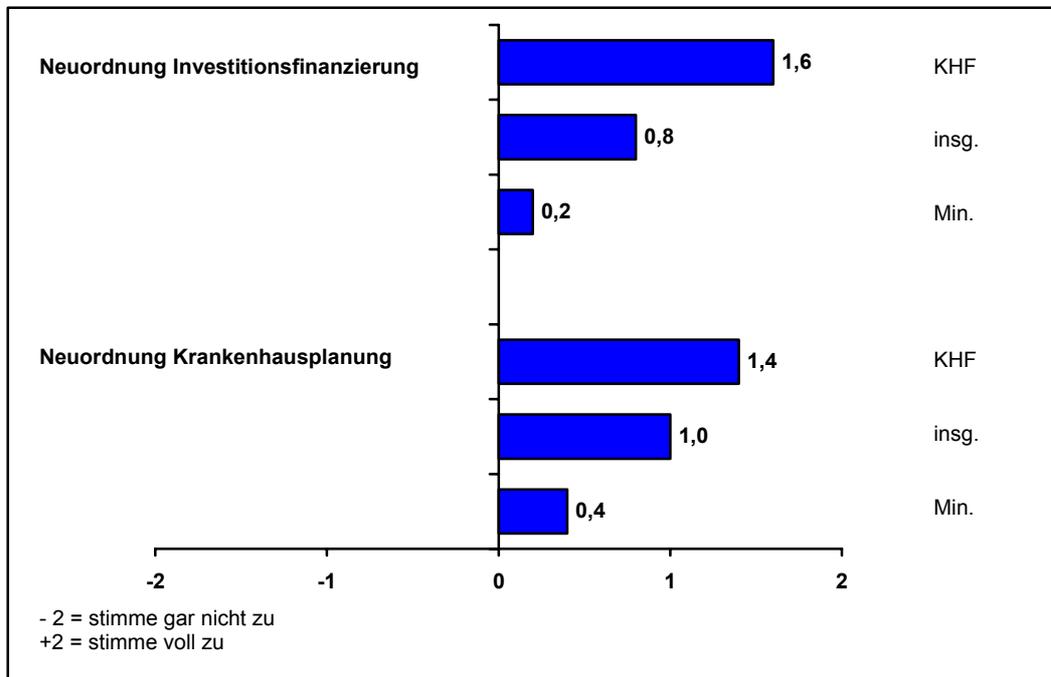
## 2. Grundlagen einer künftigen Krankenhausplanung

In einem einleitenden Statement der Expertenbefragung wurde ausgeführt:

*„Die eher angebotsorientierte Krankenhausplanung, wie sie gegenwärtig in allen Bundesländern vorgenommen wird, bedarf im Hinblick auf die Einführung des DRG-Systems einer weitgehenden Neuorientierung.“*

Diese Aussage greift implizit auf, dass auf eine Krankenhausplanung in staatlicher Verantwortung zwar nicht verzichtet werden kann, mit dem DRG-System aber eine zweite – ökonomische – Steuerung der Krankenhauskapazitäten entsteht. Die Folgen der Einführung des DRG-Systems können zumindest in Teilen der staatlichen Steuerung entsprechend der Krankenhausplanung entgegen wirken. Dementsprechend wäre neu zu bestimmen, welche Aufgaben die Krankenhausplanung in Zukunft haben sollte.

Der überwiegende Teil der Experten stimmt der Aussage zu; der Durchschnittswert entsprechend der Skala liegt bei 1,0 (vgl. Abb. 1). Die deutlichste Zustimmung findet sich bei den Krankenhausführungskräften mit 1,4. Demgegenüber sind die Experten aus dem Bereich der für die Krankenhausplanung zuständigen Sozialministerien nur bedingt der Auffassung, dass die Krankenhausplanung „weitgehend“ geändert werden müsse; der durchschnittliche Skalenwert liegt lediglich bei 0,4. Allerdings zeigen die weiteren Statements im Fragebogen, dass auch die Ministeriumsvertreter einer Weiterentwicklung der Krankenhausplanung durchaus offen gegenüber stehen.



**Abb. 1: Neuordnung der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung**

Eng verbunden mit der Krankenhausplanung ist die staatliche Investitionsfinanzierung, die die Umsetzung der geplanten Entwicklung der Krankenhausversorgung unterstützt. Ein Problem im Zusammenhang mit der DRG-Einführung ist, dass die Länder ihrer Finanzierungsverpflichtung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in den letzten Jahren nur unzureichend nachgekommen sind (Bruckenberger 2002). Dem DRG – induzierten Investitionsbedarf - wie z. B. Optimierung der Behandlungsabläufe oder Aufrüstung der EDV - kann nur bedingt Rechnung getragen werden (Möcks 2003). Darüber hinaus variieren die Fördermittel zwischen den Ländern deutlich, was wegen der Interdependenzen zwischen Investitionen und Betriebskosten in einem DRG-System zu Wettbewerbsverzerrungen führen kann. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hält allerdings eine Aufstockung der Investitionsmittel in den Länderhaushalten für nicht realistisch. Die Anhebung der gegenwärtig unzureichenden Investitionsquote im Krankenhausbereich von ca. 10% bis 15% muss dementsprechend über andere Finanzierungsformen realisiert werden. Soweit private Krankenträger dabei über bessere Möglichkeiten als öffentliche und frei gemeinnützige Träger verfügen sollten, sei mit einer Erhöhung des Marktanteils privater Eigentümer zu rechnen (SG 2003, Ziffer 945 f.).

Die Mehrzahl der Experten stimmt der Aussage

*„Im Zusammenhang mit der Neuordnung der Krankenhausplanung sollte auch die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser neu geordnet werden.“*

zu; der durchschnittliche Skalenwert liegt bei 0,8 (vgl. Abb. 1). Die Zustimmung ist damit etwas niedriger als bei dem Statement zur Neuorientierung der Krankenhausplanung. Insbesondere die Vertreter der Ministerien nehmen bei der Investitionsfinanzierung eine neutrale Haltung ein (Skalenwert 0,1). Umgekehrt erwarten die Führungskräfte in Krankenhäusern, dass im Hinblick auf das DRG-System die Investitionen neu geregelt werden müssten.

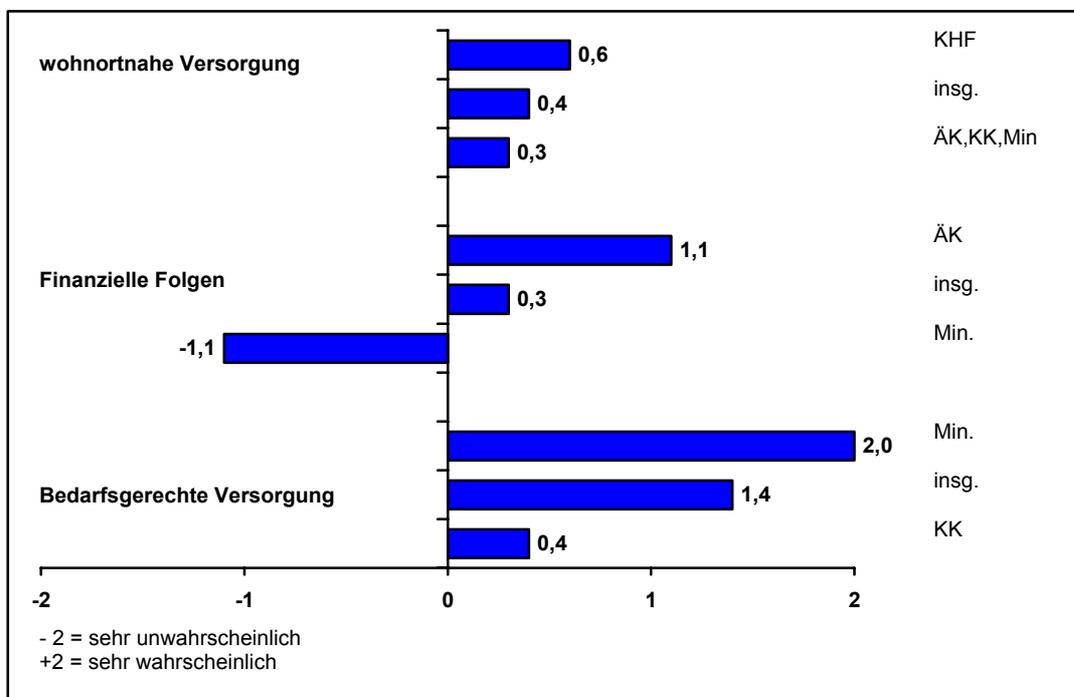
Insgesamt drei Aussagen des Erhebungsbogens befassen sich mit dem örtlichen Sicherstellungsauftrag. Dieser ist abgeleitet aus dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes und damit Teil der staatlichen Daseinsvorsorge (Pfähler 2003). Er ist in der Regel in den Krankenhausgesetzen der Länder verankert. So wird z. B. in § 1 Abs. 2 des Krankenhausgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalens ausgeführt, dass es eine öffentliche Aufgabe des Landes sei, die Krankenversorgung in Krankenhäusern sicher zu stellen.

Das Land kommt dieser ihm zugewiesenen öffentlichen Aufgabe im Wesentlichen dadurch nach, indem es durch eine patienten- und bedarfsgerechte Planung dafür sorgt, dass der Bevölkerung leistungsfähige, sparsame und eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen und dass es die einzelnen Krankenhäuser durch die im Rahmen des Gesetzes vorgesehenen finanziellen Leistungen in die Lage versetzt, ihren Aufgaben auch nachzukommen (Erläuterungen zum KHG NW).

Auch die Experten stimmen der Aussage

*„Der staatliche Sicherstellungsauftrag ist weiterhin erforderlich, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.“*

deutlich zu. Der durchschnittliche Skalenwert von 1,4 ist vergleichsweise sehr hoch (vgl. Abb. 2). Die Experten aus dem Bereich der Ministerien stimmen durchgängig der Aussage voll zu. Umgekehrt sind die Experten aus dem Bereich der Kostenträger etwas zurückhaltender. Sie können sich offensichtlich durchaus auch andere Formen der Sicherstellung der Krankenhausversorgung vorstellen, zumal sie von einem negativen Einfluss des staatlichen Sicherstellungsauftrages auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung ausgehen (durchschnittlicher Skalenwert: -0,8). Aber auch aus den Beurteilungen der anderen Experten wird deutlich, dass eine wirtschaftliche und zum Teil auch eine bedarfsgerechte Versorgung mit dem Sicherstellungsauftrag nur bedingt in Einklang zu bringen ist.



**Abb. 2: Sicherstellungsauftrag und Krankenhausplanung**

Eine sehr große Bandbreite hinsichtlich der Stärke der Zustimmung findet sich bei der Aussage

*„Der staatliche Sicherstellungsauftrag muss in einem DRG-System auch die finanziellen Folgen (z. B. Betriebskostenzuschüsse) beinhalten.“*

Diese Aussage greift die These auf, wonach in einem Finanzierungssystem mit leistungsorientierter Vergütung der Krankenhausplan für ein defizitär geführtes Krankenhaus nur eine begrenzte Hilfe darstellen kann, weil die Vergütung ausschließlich zu marktüblichen Preisen erfolgt (Leber 2003). Die Schlussfolgerung lautet, dass die Sicherstellung der Versorgung durch dieses Krankenhaus nur gewährleistet werden könne, wenn das Land oder die Kommune die Defizite übernehmen. Während die Experten aus den Ministerien das genannte Statement deutlich ablehnen (Skalenwert -1,1), ergibt sich insgesamt eine leichte Zustimmung, die bei den Experten aus dem Bereich der Ärztekammern sogar recht deutlich ausfällt (Skalenwert 1,1).

Mit der Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems ist eine Tendenz zur Spezialisierung und Konzentration des Angebots an Krankenhausleistungen verbunden. Dies könnte für kleine Krankenhäuser der Grundversorgung zu Problemen führen, ihr Angebot auch weiterhin zu den vorgesehenen Vergütungen vorhalten zu können. Daraus ist die mögliche Aussage

*„Der staatliche Sicherstellungsauftrag sollte sich im Wesentlichen auf die wohnortnahe Versorgung beziehen.“*

abzuleiten, der die Experten aber nur bedingt zustimmen. Der Durchschnittswert von 0,4 weist bezogen auf die unterschiedenen Expertengruppen nur geringe Varianzen auf (vgl. Abb. 2).

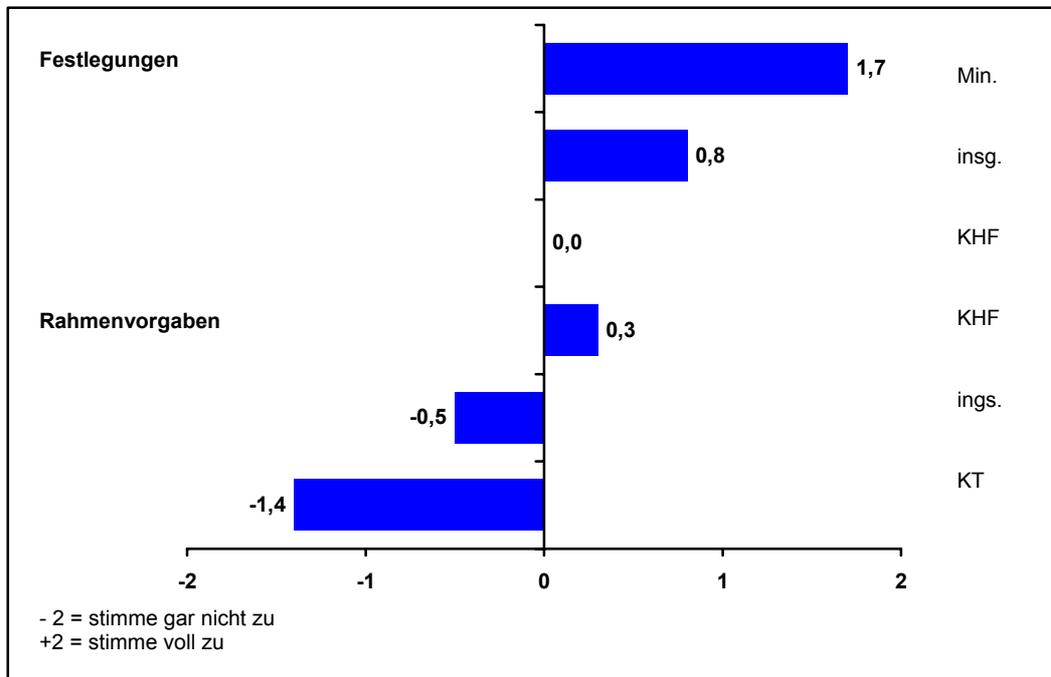
Ein häufig verwendeter Begriff im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung ist die Rahmenplanung, ohne dass allerdings eine einheitliche Definition vorliegt. Teilweise wird dieser Begriff so verstanden, dass die Länder im Rahmen der Krankenhausplanung keine

Standortplanung mehr vornehmen sollten, sondern nur noch einen Versorgungsbedarf für eine Region bestimmen, der von den Vertragspartnern auf der Ebene der Krankenhausstandorte zu konkretisieren wäre (Stapf-Finé/Polei 2002). Eine ähnliche Konzeption sah ein früherer Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes vor, wonach die Länder auf der Grundlage des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems leistungsbezogene Rahmenvorgaben zu Art und Umfang der für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten erforderlichen Krankenhauskapazitäten (ohne Standorte) beschließen und fortschreiben sollten. Dieser Problemkomplex wurde im Erhebungsbogen durch zwei sich in wesentlichen Teilen widersprechende Aussagen aufgegriffen:

*„Die Krankenhausplanung sollte sich auf Aussagen zur Ebene der Kreise/kreisfreien Städte beschränken und auf eine Ausweisung einzelner Standorte verzichten.“*

*„Wegen der notwendigen Planungssicherheit für die Krankenhausträger und für die Kostenträger sollten konkrete Festlegungen (z. B. Fachabteilungen) für die einzelnen Krankenhäuser erfolgen.“*

Die Meinung der Experten ist relativ eindeutig; die überwiegende Mehrzahl ist für konkrete Festlegungen und gegen eine Rahmenplanung bzw. gegen Rahmenvorgaben (vgl. Abb. 3). Am deutlichsten wird eine standortunabhängige Rahmenplanung von den Krankenhausträgern (Skalenwert -1,4) und den Ministerien (Skalenwert -1,0) abgelehnt. Beide Expertengruppen befürworten umgekehrt auch am deutlichsten die konkreten krankenhausesbezogenen Festlegungen. Mit einem Skalenwert von 1,7 liegen dabei die Ministeriumsvertreter vor den Experten aus dem Bereich der Krankenhausträger (Skalenwert 1,4). Weitgehend unentschieden zeigen sich bei diesen Aussagen die Experten aus dem Bereich der Kostenträger; die ermittelten Werte liegen bei 0,0 (Rahmenplanung) bzw. 0,2 (konkrete Festlegung).



**Abb. 3: Rahmenvorgaben oder konkrete Festlegungen**

Nach abgeschlossener Einführung des Fallpauschalensystems wird es voraussichtlich zu einer Neugestaltung der Definition der Versorgungsstufen kommen, wobei allerdings bereits in den letzten Jahren in einzelnen Ländern Veränderungen vorgenommen wurden. Im Sinne einer zunehmenden Transparenz und Vergleichsmöglichkeit unter den Ländern sollte eine Harmonisierung der Definition angestrebt werden (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2003). Prinzipiell möglich wäre natürlich auch eine Abschaffung der Versorgungsstufen. So wird z. B. in Thüringen fachgebietsbezogen zwischen regionalem und überregionalem Versorgungsauftrag unterschieden. Die entsprechende Aussage im Erhebungsbogen

*„Es sollte grundsätzlich auf eine Festlegung von Versorgungs-/Leistungsstufen verzichtet werden.“*

wird tendenziell eher abgelehnt (durchschnittlicher Skalenwert -0,2). Befürworter finden sich vor allem unter den Ministeriumsvertretern, zum Teil aber auch bei den Krankenhausträgern. Umgekehrt wird die Aussage relativ deutlich von den Ärztekammern und insbesondere den Krankenhausführungskräften abgelehnt.

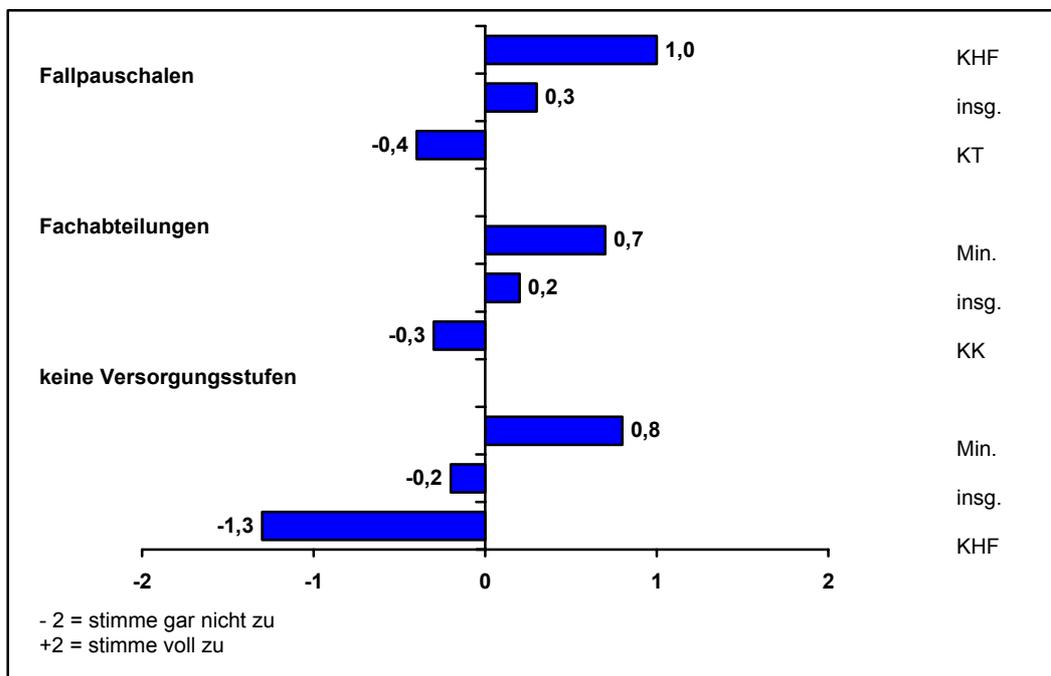
Bleibt es bei den Versorgungs-/Leistungsstufen, gibt die Expertenbefragung nur begrenzte Hinweise, nach welchen Kriterien die Festlegung erfolgen sollte. Die beiden Aussagen

*„Soweit eine Festlegung von Versorgungs-/Leistungsstufen weiterhin erfolgt, sollte sie sich vorwiegend an der Anzahl und Art der Fachabteilungen orientieren.“*

bzw.

*„Soweit eine Festlegung von Versorgungs-/Leistungsstufen weiterhin erfolgt, sollte sie sich an Art und Anzahl abgerechneter Fallpauschalen orientieren.“*

finden jeweils nur eine leichte Zustimmung (Skalenwerte von 0,2 bzw. 0,3, vgl. Abb. 4). Eine Orientierung an Fachabteilungen präferieren vor allem die Vertreter der Ministerien, während die Experten aus dem Bereich der Kostenträger und die Krankenhausführungskräfte eindeutig für eine Fallpauschalenorientierung votieren.



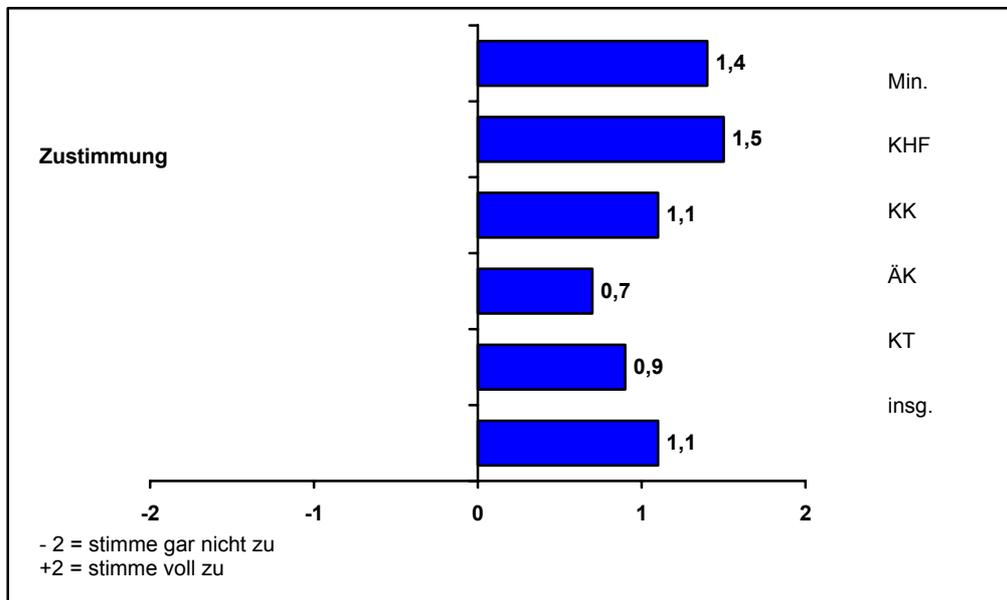
**Abb. 4: Versorgungs- und Leistungsstufen**

Mit dem Statement

*„Unabhängig von der Ausgestaltung der Krankenhausplanung wird faktisch die Steuerung der Leistungsangebote künftig in wesentlichen Teilen durch Vereinbarungen der Krankenhäuser und Kostenträger zu Art und Menge der Fallpauschalen erfolgen.“*

wird erneut aufgegriffen, dass die Steuerungsfunktion der Krankenhausplanung durch die Umsetzung des DRG-Systems eingegrenzt wird. Die Experten stimmen der Aussage deutlich zu; der durchschnittliche Skalenwert liegt bei 1,1 (vgl. Abb. 5).

Die Bandbreite bei den unterschiedenen Expertengruppen ist begrenzt. Auch die Experten aus dem Bereich der Ministerien sehen eine deutliche Verlagerung der Steuerung der Leistungsangebote auf die Vertragsebene; der Skalenwert beträgt immerhin 1,4. Daraus ist allerdings nicht zu schließen, wie diese erwartete Entwicklung beurteilt wird. Die Dimension „Bedarfsgerechtigkeit“ gibt Hinweise darauf, inwieweit die Verlagerung der Steuerungsfunktion auch zu wünschenswerten Ergebnissen führt. Bei den Vertretern der Krankenhausträger, der Ärztekammern und der Ministerien ergibt sich bei der Bedarfsgerechtigkeit ein – wenn auch geringer – negativer Skalenwert. Anderer Auffassung sind insbesondere die Experten aus dem Bereich der Kostenträger, die von einer bedarfsgerechten Entwicklung ausgehen.



**Abb. 5: Steuerung der Leistungsangebote durch Vereinbarungen der Krankenhäuser und Kostenträger**

Der Begriff Krankenhausplanung ist sektoral geprägt. Es wird teilweise die Auffassung vertreten, dass eine entsprechende sektorbezogene Planung den zukünftigen Anforderungen im Hinblick auf Gesundheitszentren oder integrierte Angebotsstrukturen nicht gerecht werden kann (Bruckenberger 2002).

Auch der Sachverständigenrat fordert zur Vermeidung einer durch Sektorengrenzen behinderten Organisation der Versorgung die Entwicklung von Vorstellungen zur Aufgabenstellung sowohl der Krankenhausversorgung als auch der komplementären Versorgungssektoren sowie zur Organisation von Schnittstellen der Krankenhausversorgung mit der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte, mit dem Rettungsdienst und mit Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen (SG 2003, Ziffer 943). Das vor diesem Hintergrund formulierte Statement

*„Die Krankenhausplanung sollte neben der Krankenhausversorgung auch das Angebot der ambulanten Versorgung und der Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen berücksichtigen.“*

findet bei den Experten durchaus Zustimmung, wobei diese mit einem durchschnittlichen Skalenwert von 0,7 aber begrenzt ausfällt. Während die Zustimmung bei den Ärztekammern mit 1,6 sehr hoch ist, ist die sektorenübergreifende Planung bei den Experten aus dem Bereich der Krankenhausträger nur begrenzt zustimmungsfähig (Skalenwert 0,2).

Die abschließende Aussage im Rahmen des Kapitels Grundlagen einer künftigen Krankenhausplanung

*„Die Krankenhausplanung sollte auch die Ausbildungsstätten gemäss § 2 Nr. 1a KHG einbeziehen.“*

findet überwiegend Zustimmung bei den Experten. Vier Expertengruppen erreichen Durchschnittswerte von mindestens 1,1. Lediglich die Vertreter der Kostenträger votieren mit einem Durchschnittswert von 0,7 etwas vorsichtiger.

Insgesamt zeigen sich bei den vorgelegten Statements zu den Grundlagen einer künftigen Krankenhausplanung zum Teil deutlich unterschiedliche Auffassungen zwischen den beteiligten Expertengruppen. Verdeutlichen lässt sich dies, wenn auch die Dimensionen „Bedarfsgerechtigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“ in die Analyse einbezogen werden. Insbesondere bei den Experten aus den Bereichen der Krankenhausträger und der Ministerien sind hohe Zustimmungen zu einzelnen Statements häufig mit hohen Werten für einen positiven Einfluss auf eine bedarfsgerechte Versorgung verbunden. Die höchsten Zustimmungen finden sich bei den Vertretern der Krankenhausträgern zu den Statements

- Beibehaltung des staatlichen Sicherstellungsauftrages und
- konkrete Festlegungen für einzelne Krankenhäuser im Krankenhausplan.

Bei beiden Statements fallen auch die Skalenwerte zur Bedarfsgerechtigkeit mit 1,4 bzw. 1,3 sehr hoch aus. Demgegenüber sind die Werte für einen positiven Einfluss auf eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung weniger ausgeprägt; sie liegen bei 0,5 bzw. 0,7.

Dass auch bei den Ministeriumsvertretern Aspekte der bedarfsgerechten Versorgung im Vordergrund stehen, kann an den beiden gleichen Statements verdeutlicht werden. Die Zustimmungsraten von 2,0 bzw. 1,7 werden bei der Dimension Bedarfsgerechtigkeit von Skalenwerten in Höhe von 1,4 bzw. 1,6 begleitet. Deutlich niedriger wird die positive Beeinflussung der wirtschaftlichen Krankenhausversorgung mit 0,4 bzw. 0,8 eingeschätzt.

Diese Zusammenhänge sind bei den Experten aus dem Bereich der Kostenträger so nicht festzustellen. Vielmehr spielt die Dimension Wirtschaftlichkeit eine deutlich wichtigere Rolle. Die höchste Zustimmung findet das Statement, wonach künftig die Steuerung der Leistungsangebote faktisch in wesentlichen Teilen durch Vereinbarungen der Krankenhäuser und Kostenträger zu Art und Menge der Fallpauschalen erfolgen wird. Die Zustimmung (Skalenwert 1,1) ist verbunden mit einem Skalenwert von 1,2 für einen erwarteten positiven Effekt auf eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung. Demgegenüber werden positive Effekte der Bedarfsgerechtigkeit (Skalenwert 0,7) zwar auch gesehen, sind aber weniger ausgeprägt. Insgesamt weisen bei den Experten der Kostenträger von den neun Statements zur Wirtschaftlichkeit immerhin fünf Statements negative Skalenwerte auf, während dies bei der Dimension Bedarfsgerechtigkeit nur einmal (Verzicht auf Versorgungs-/Leistungsstufen) der Fall ist. Dies erklärt auch, warum nur wenige Statements auf größere Zustimmung treffen.

Bei den beiden anderen Expertengruppen – Ärztekammern und Krankenhausführungskräfte – sind eindeutige Zusammenhänge in Richtung Bedarfsgerechtigkeit oder Wirtschaftlichkeit nur bedingt erkennbar. Statements mit hoher Zustimmung oder hoher Ablehnung werden teilweise von positiven oder negativen Werten zur Beeinflussung der wirtschaftlichen Versorgung, tendenziell aber etwas stärker von positiven oder negativen Werten zur Beeinflussung der bedarfsgerechten Versorgung begleitet.

### 3. Investitionsfinanzierung

Für den Bereich der Investitionsfinanzierung wurden den Experten zwei Szenarien angeboten, für die jeweils Statements/Aussagen beurteilt werden sollten. Ein Szenario sollte sein, dass es in den nächsten Jahren zu keiner Umstellung der Investitionsfinanzierung auf Monistik kommen wird, sondern dass auch nach Einführung des DRG-Systems eine duale Krankenhausfinanzierung erfolgt. Entsprechend war Gegenstand des zweiten Szenarios, dass spätestens ab dem Jahr 2008 die bisherige duale Krankenhausfinanzierung durch eine monistische Finanzierung abgelöst wird.

#### 3.1 Szenario I: Duale Finanzierung

Die Experten wurden zunächst um eine Einschätzung gebeten, wie wahrscheinlich aus ihrer Sicht dieses Szenario sein könnte. Die Mehrzahl der Experten geht davon aus, dass auch nach Einführung des DRG-Systems grundsätzlich eine duale Krankenhausfinanzierung beibehalten wird; der durchschnittliche Skalenwert in Höhe von 0,6 gibt aber nur eine relativ vorsichtige Tendenz wieder (vgl. Abb. 6).

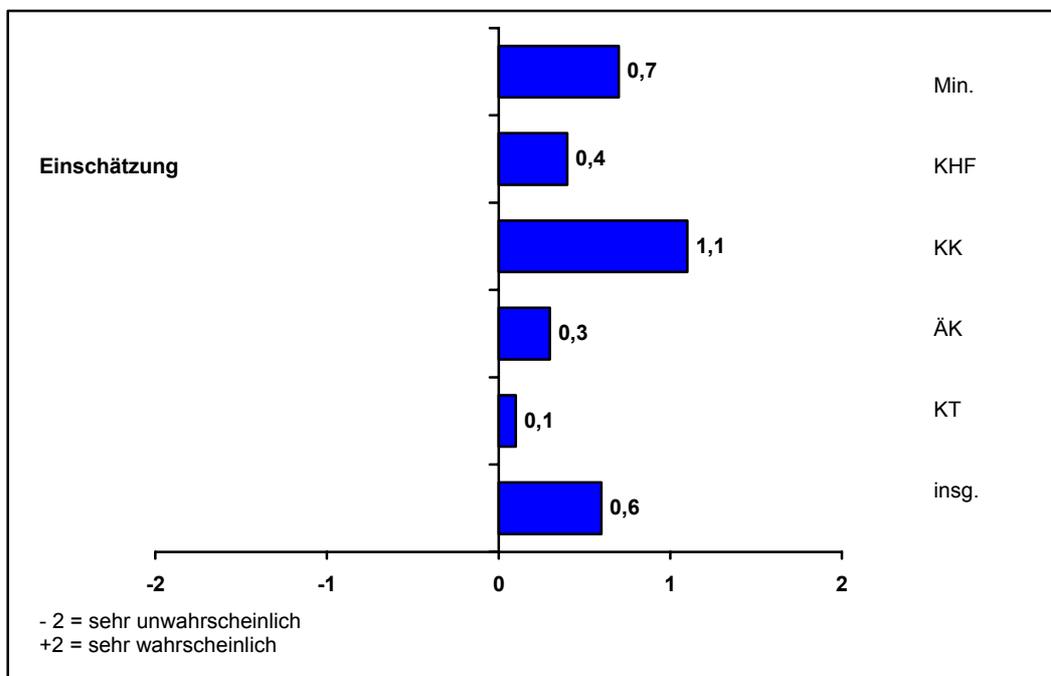


Abb. 6: Szenario I: Es bleibt bei der dualen Finanzierung

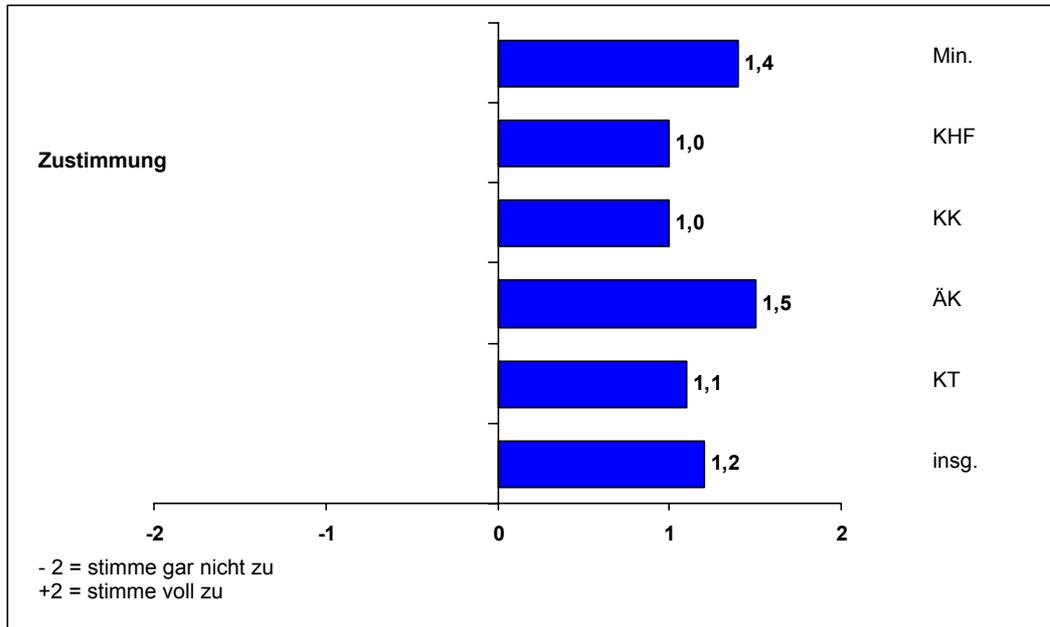
Weitgehend offen ist diese Frage für die Experten aus dem Bereich der Krankenhausträger; sie halten eine grundlegende Veränderung der Investitionsfinanzierung für möglich, sind aber letztlich neutral (durchschnittlicher Skalenwert 0,1). Umgekehrt ist insbesondere für die Experten aus dem Bereich der Kostenträger eine Alternative zur dualen Krankenhausfinanzierung derzeit kaum vorstellbar; der durchschnittliche Skalenwert von 1,1 ist vergleichsweise hoch. Aber auch die Ministerien tendieren vergleichsweise deutlich (Skalenwert 0,7) zu einer größeren Wahrscheinlichkeit der Beibehaltung der derzeitigen Finanzierungsgrundlagen.

Die nachfolgend dargestellten Statements/Aussagen wurden von den Experten unter der Prämisse beurteilt, dass weiterhin eine duale Krankenhausfinanzierung gegeben sein wird; Präferenzen für oder gegen das Szenario sollten damit weitgehend ausgeschlossen werden.

Davon ausgehend fand die Aussage

*Die Investitionsfinanzierung sollte neu geordnet, aber grundsätzlich mit der Krankenhausplanung verbunden bleiben.“*

mit einem durchschnittlichen Skalenwert von 1,2 eine deutliche Zustimmung (vgl. Abb. 7). Die Differenzen zwischen den unterschiedenen Gruppen sind relativ gering. Sie reichen von 1,0 (Krankenhausführungskräfte und Krankenkassen-Vertreter) bis 1,5 (Vertreter der Ärztekammern).



**Abb. 7: Neuordnung der Investitionsfinanzierung, aber mit Krankenhausplanung verbunden**

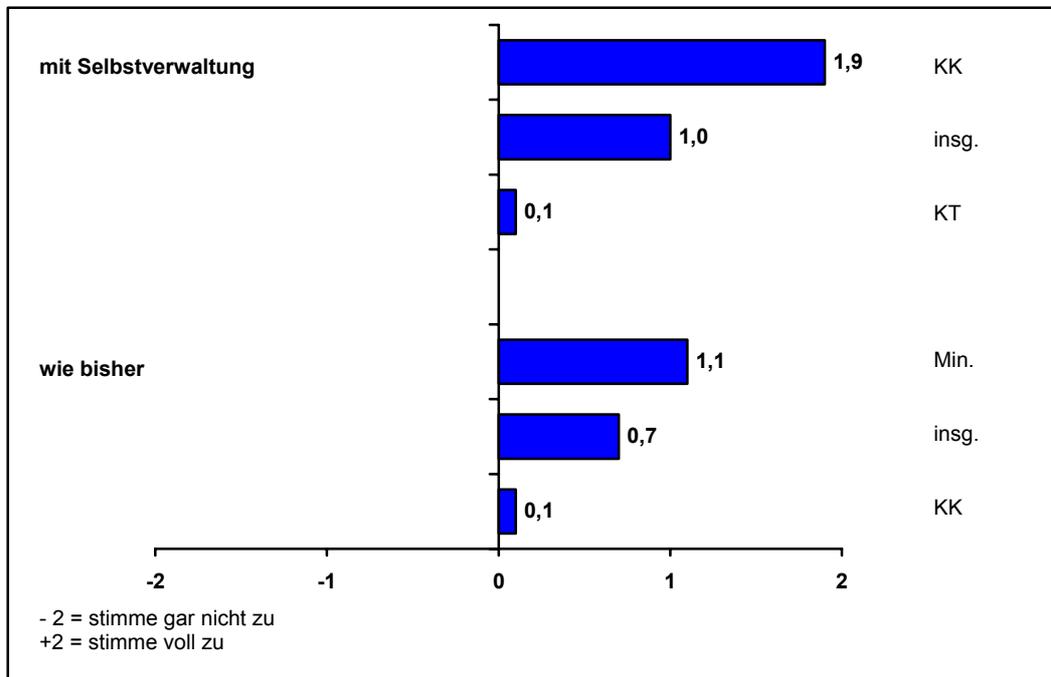
Die Fördertatbestände sind im Einzelnen in § 9 KHG geregelt. Sie waren im Erhebungsbogen Gegenstand von insgesamt 9 Statements/Aussagen. Dabei fand die Aussage

*„Die Einzelförderung zur Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern sollte in der bisherigen Form durch das Land fortgeführt werden.“*

ebenso eine Zustimmung (durchschnittlicher Skalenwert 0,7) wie die Aussage

*„Die Einzelförderung zur Errichtung von Krankenhäusern sollte mit der gemeinsamen Selbstverwaltung abgestimmt werden.“*

mit einer Zustimmung entsprechend der Skala von 1,0. Den höchsten Zustimmungswert für die Beibehaltung der bisherigen Praxis zeigt sich für die Ministerien mit einem Wert von 1,1 (vgl. Abb. 8). Eine neutrale Haltung ergaben die Antworten der Krankenkassen-Experten.



**Abb. 8: Einzelförderung zur Errichtung von Krankenhäusern**

Die Einbeziehung der Selbstverwaltung in die Einzelförderung zur Errichtung von Krankenhäusern stößt insbesondere bei den Experten aus dem Bereich der Krankenhausträger auf deutliche Skepsis; der durchschnittliche Skalenwert liegt lediglich bei 0,1. Umgekehrt sehen die Experten aus dem Bereich der Kostenträger in der Abstimmung mit der gemeinsamen Selbstverwaltung offensichtlich eine Möglichkeit zur verbesserten Steuerung der Krankenhauskapazitäten. Der ermittelte Skalenwert von 1,9 ist sehr hoch. Sie gehen davon aus, dass eine solche Maßnahme sowohl die bedarfsgerechte Versorgung als auch die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung positiv beeinflussen würde (Skalenwerte jeweils 1,5).

Im Unterschied zur Einzelförderung der Errichtung von Krankenhäusern findet die Beibehaltung der Einzelförderung der Wiederbeschaffung von Anlagegütern entsprechend § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHG nur eine schwach ausgeprägte Zustimmung. Für die Aussage

*„Die Einzelförderung der Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren sollte in der bisherigen Form weitergeführt werden.“*

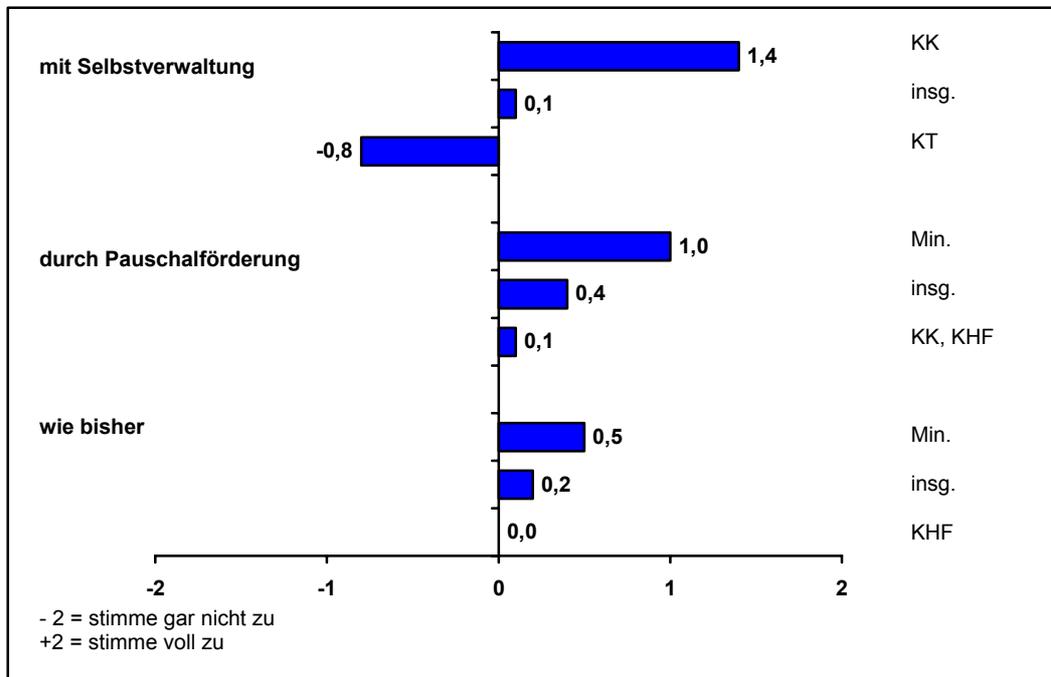
ergab eine durchschnittliche Zustimmung von 0,2 (vgl. Abb. 9). Auch die Differenzierung nach Expertengruppen zeigt kaum Unterschiede; der höchste Wert liegt bei 0,5 (Landesministerien).

Etwas höher fällt die Zustimmung für die Aussage

*„Die Einzelförderung der Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren sollte in die Pauschalförderung überführt werden.“*

aus. Der durchschnittliche Skalenwert in Höhe von 0,4 beinhaltet allerdings nur eine begrenzte Zustimmung zu einer entsprechenden Veränderung, die am ehesten noch durch die Ministerien unterstützt wird. Eine große Bandbreite an Zustimmung bzw. Nicht-Zustimmung findet sich für die Aussage

*„Die Einzelförderung der Wiederbeschaffung von Anlagegütern sollte mit der gemeinsamen Selbstverwaltung abgestimmt werden.“*



**Abb. 9: Einzelförderung der Wiederbeschaffung von Anlagegütern**

Während die Experten aus dem Bereich der Krankenhasträger die Aussage deutlich ablehnen, zeigt die Abb. 9 auf Seiten der Krankenkassen-Vertreter eine noch deutlichere Zustimmung. Im Gesamtergebnis neutralisieren sich die positiven und negativen Beurteilungen durch die Experten.

Insgesamt zeigt die Expertenbefragung zur Einzelförderung der Wiederbeschaffung von Anlagegütern, dass die bisherige Praxis nicht unbedingt befürwortet wird. Allerdings scheint die Überführung in eine Pauschalförderung auch nur eine begrenzt zustimmungsfähige Alternative. Offen bleibt, inwieweit die Beurteilungen durch spezifische Aspekte des DRG-Systems beeinflusst sind oder ob sich auch unabhängig davon eine kritische Betrachtung ergäbe.

§ 9 Abs. 2 KHG regelt, dass die Länder auf Antrag des Krankenhasträgers Fördermittel für insgesamt sechs unterschiedene Bereiche/Maßnahmen bewilligen. Für drei Aspekte wurde in der Expertenbefragung ein Urteil eingeholt.

Dabei fand die Aussage

*„Die Einzelförderung der Anlaufkosten, Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken sollte nur dann beibehalten werden, wenn ansonsten die Fortführung eines bedarfsnotwendigen Krankenhausbetriebs gefährdet wäre.“*

nur eine begrenzte Zustimmung von 0,6 Skalenpunkten. Deutlich kritisch setzen sich mit dieser Aussage die Vertreter der Krankenhausträger auseinander (Skalenwert -0,5), während die Aussage bei den Vertretern der Ministerien eine hohe Zustimmung erfährt (+1,6).

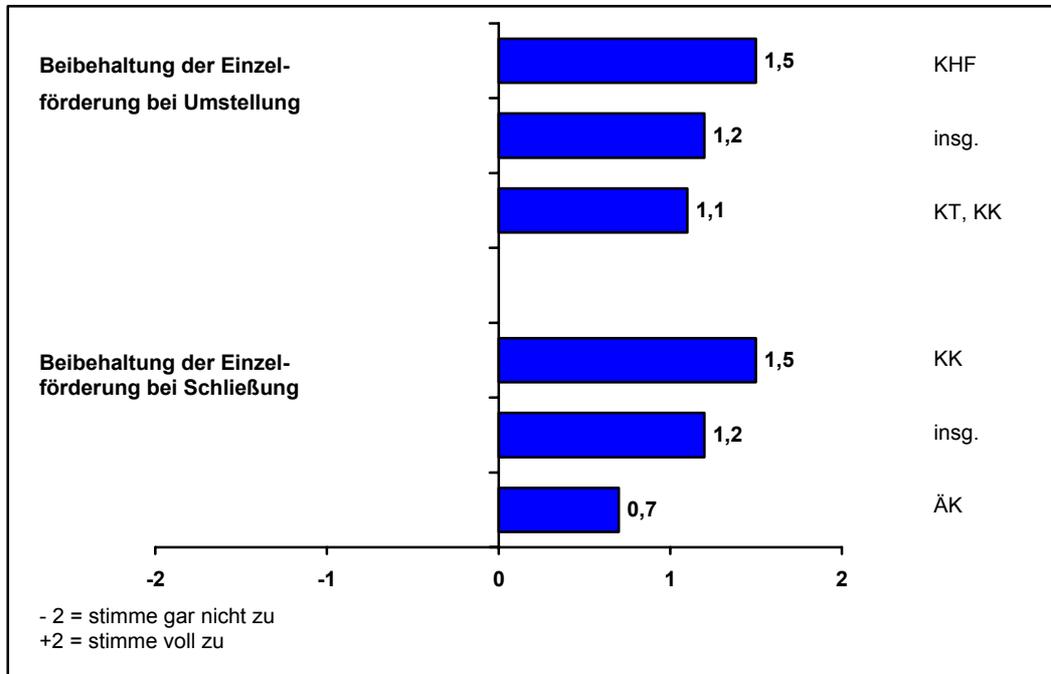
Deutlich weniger umstritten ist die Aussage

*„Die Einzelförderung zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern sollte erhalten bleiben.“*

Die durchschnittliche Zustimmung liegt ebenso bei 1,2 wie bei der Aussage

*„Die Einzelförderung zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben/anderen Versorgungsauftrag sollte erhalten bleiben.“*

Insbesondere die Einzelförderung zur Erleichterung der Schließung findet hohe Zustimmung bei den Vertretern der Krankenkassen (vgl. Abb. 10). Sie erwarten offensichtlich einen positiven Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung (Skalenwert jeweils 1,5). Die Einzelförderung zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben wird am deutlichsten von den Krankenhausführungskräften unterstützt. Aber auch die untere Bandbreite ist mit 1,1 (Krankenkassen und Krankenhausträger) noch vergleichsweise deutlich ausgeprägt.



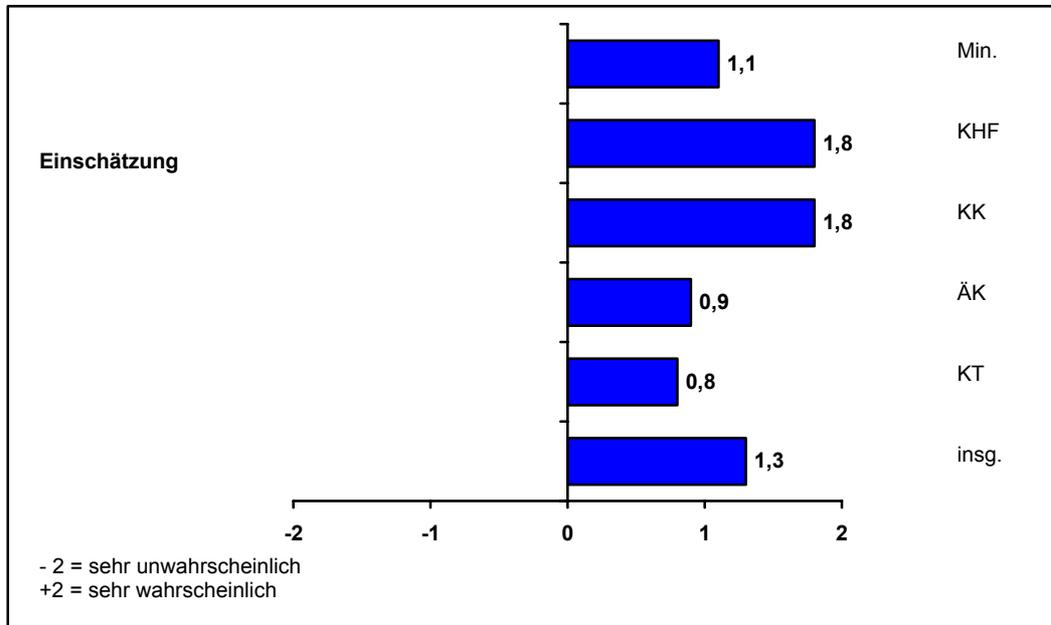
**Abb. 10: Einzelförderung bei Schließung/Umstellung von Krankenhäusern**

Die Pauschalförderung nach § 9 Abs. 3 KHG wird in den Bundesländern unterschiedlich geregelt (DKG 2003). Unanhängig von der derzeitigen Praxis fand die Aussage

*„Die Pauschalförderung sollte sich nicht an Betten und Versorgungsstufen, sondern ausschließlich an Leistungen (z. B. Art und Anzahl abgerechneter Fallpauschalen) orientieren.“*

mit einem durchschnittlichen Skalenwert in Höhe von 1,3 eine vergleichsweise sehr hohe Zustimmung. Vergleichsweise zurückhaltend urteilten die Vertreter der Krankenhausträger, während die Zustimmung bei den Vertretern der Krankenkassen und bei den Krankenhausführungskräften sehr hoch ausfällt (vgl. Abb. 11). Weniger ausgeprägt ist die Zustimmung hinsichtlich der Aussage

*„Die Investitionsförderung nach dem Hochschulbauförderungsgesetz (HBFVG) sollte erhalten bleiben.“*



**Abb. 11: Orientierung der Pauschalförderung an Leistungen**

Der durchschnittliche Skalenwert liegt bei 0,8. Während die Vertreter der Ministerien vergleichsweise deutlich für die Beibehaltung plädieren (Skalenwert 1,4), ist die Zustimmung bei den Krankenkassen eher gering (Skalenwert 0,3). Letztere befürchten vor allem einen – wenn auch geringfügigen – negativen Einfluss auf die Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung.

Insgesamt ergeben sich im Bereich der Investitionsfinanzierung – und im Unterschied zum Kapitel Grundlagen der künftigen Krankenhausplanung – kaum erkennbare Effekte der Dimensionen „Bedarfsgerechtigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“ hinsichtlich des Antwortverhaltens der Experten. Die Analysen zeigen keine größeren Unterschiede bei den einzelnen Statements. Auch zwischen den Expertengruppen sind kaum unterschiedliche Gewichtungen erkennbar. So weisen z. B. bei den Experten aus dem Bereich der Krankenhausträger drei Statements eine Zustimmungsrate größer als 1,0 auf. Bei allen drei Statements ergeben sich auch bei den Dimensionen „Bedarfsgerechtigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“ jeweils durchschnittliche Skalenwerte von mindestens 1,0, wobei je

einmal die Wirtschaftlichkeit bzw. die Bedarfsgerechtigkeit höher ausfällt und einmal beide Werte gleich hoch sind.

Ähnliches gilt für Vertreter der Ministerien, wobei die Höhe der Zustimmung bei vielen Statements zur Investitionsfinanzierung deutlicher ausfällt als bei den Krankenhausträgern. Die Dimensionen „Wirtschaftlichkeit“ und „Bedarfsgerechtigkeit“ weisen dabei aber nur begrenzte Unterschiede auf. Bei der Mehrzahl der Statements sind die Skalenwerte weitgehend identisch.

Auch die Experten aus dem Bereich der Kostenträger stimmen vielen Statements zur Investitionsfinanzierung zu. Die Skalenwerte der Dimension „Wirtschaftlichkeit“ sind dabei nur geringfügig höher als die der Dimension „Bedarfsgerechtigkeit“.

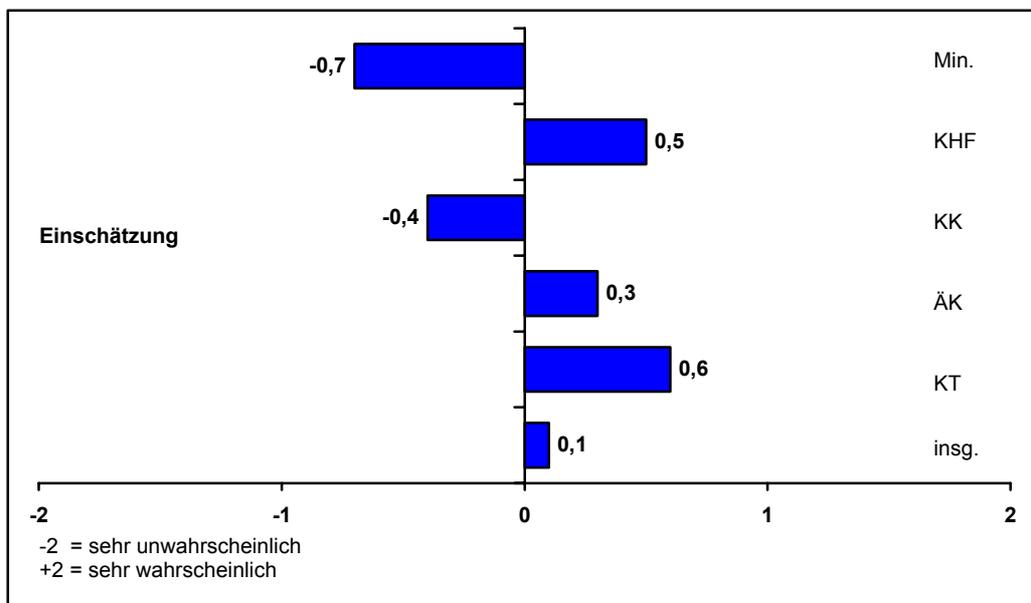
Betrachtet man die Dimensionen isoliert, werden die höchsten Effekte für eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung erwartet, wenn

- die Einzelförderung zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern erhalten bleibt,
- die Einzelförderung zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben/anderen Versorgungsvertrag erhalten bleibt,
- die Pauschalförderung nicht an Betten und Versorgungsstufen, sondern ausschließlich an Leistungen orientiert wird.

Den beiden zuletzt genannten Aspekten werden auch die höchsten Skalenwerte bei der Frage zum Einfluss auf eine bedarfsgerechte Versorgung zugeordnet. Daneben erhält nur noch die Aussage, wonach die Investition zwar neu geordnet, aber grundsätzlich mit der Krankenhausplanung verbunden bleiben sollte, einen gleich hohen Skalenwert hinsichtlich der Dimension „Bedarfsgerechtigkeit“.

### 3.2 Szenario II: Monistik

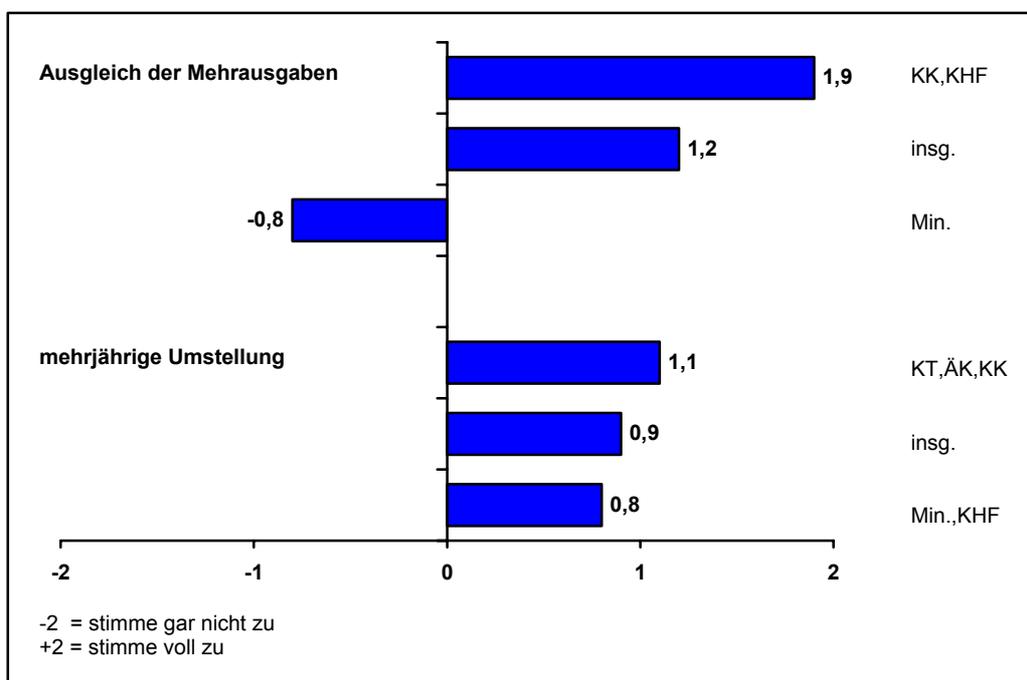
Nicht ganz konsistent erscheinen die Ergebnisse hinsichtlich der Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass spätestens ab dem Jahr 2008 die bisherige duale Krankenhausfinanzierung durch eine monistische Finanzierung abgelöst wird. Nachdem mehrheitlich von den Experten eine Beibehaltung der dualen Krankenhausfinanzierung als wahrscheinlich angesehen wurde, fällt der durchschnittliche Skalenwert von 0,1 für die Monistik etwas zu hoch aus (vgl. Abb. 12).



**Abb. 12 Szenario II: Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Monistik**

Wird die Wahrscheinlichkeit dieser Alternative von den Vertretern der Krankenkassen und insbesondere der Ministerien konsequenterweise negativ eingeschätzt wird, gibt es bei den Experten aus dem Bereich der Ärztekammern und der Krankenhausführungskräfte keine eindeutigen Aussagen. Auffällig ist, dass bei den Vertretern der Krankenhasträger die Wahrscheinlichkeit einer monistischen Finanzierung eindeutig höher als die Beibehaltung des derzeitigen Finanzierungssystems eingeschätzt wird.

Für das Szenario „Monistik“ wurden im Expertenbogen nur wenige Aussagen aufgenommen, da die verschiedenen Aspekte dieser Alternative für die Krankenhausplanung kaum relevant sind. Eindeutig unterstützt wird von den Experten die Aussage, wonach die Umstellung der Investitionsfinanzierung in einem mehrjährigen Prozess und nicht stichtagsbezogen erfolgen sollte. Die Skalenwerte für die unterschiedenen Gruppen bewegen sich in einem engen Rahmen um den Durchschnittswert von 0,9 (vgl. Abb. 13).



**Abb. 13: Bei Monistik: mehrjährige Umstellung, Ausgleich der Mehrausgaben**

Demgegenüber differieren die Aussagen deutlich bei der Aussage

*„Ein Ausgleich der Mehrausgaben für Krankenhausinvestitionen für die Kostenträger sollte durch die Bundesländer erfolgen.“*

Während die Krankenkassen-Vertreter und die Krankenhaus-Führungskräfte diesen Ausgleich sehr deutlich fordern (Skalenwert 1,9) und die Experten aus dem Bereich der Krankenhausträger (1,5) und Ärztekammern (0,9) der Auffassung sind, dass die Mehrausgaben der Krankenkassen ausgeglichen werden müssten, sind die Experten aus

den Ministerien der Länder gänzlich anderer Meinung. Die Ablehnung fällt mit einem durchschnittlichen Skalenwert von -0,8 relativ deutlich aus (vgl. Abb. 13).

Ebenso deutlich lehnen die Ministeriumsvertreter auch eine „Teilmonistik“ ab, bei der die Investitionsmittel für die Errichtung neuer Krankenhäuser weiterhin von den Ländern bereit gestellt würden. Umgekehrt befürworten insbesondere die Experten der Krankenhausträger und die Krankenhausführungskräfte diese Art einer Teilmonistik; die durchschnittlichen Skalenwerte betragen jeweils 1,4. Hintergrund ist im Wesentlichen, dass von dieser Art der Finanzierung ein positiver Einfluss auf die Bedarfsgerechtigkeit der Krankenhausversorgung erwartet wird. Anderer Auffassung sind hier die Vertreter der Krankenkassen mit einem durchschnittlichen Skalenwert von 0,1.

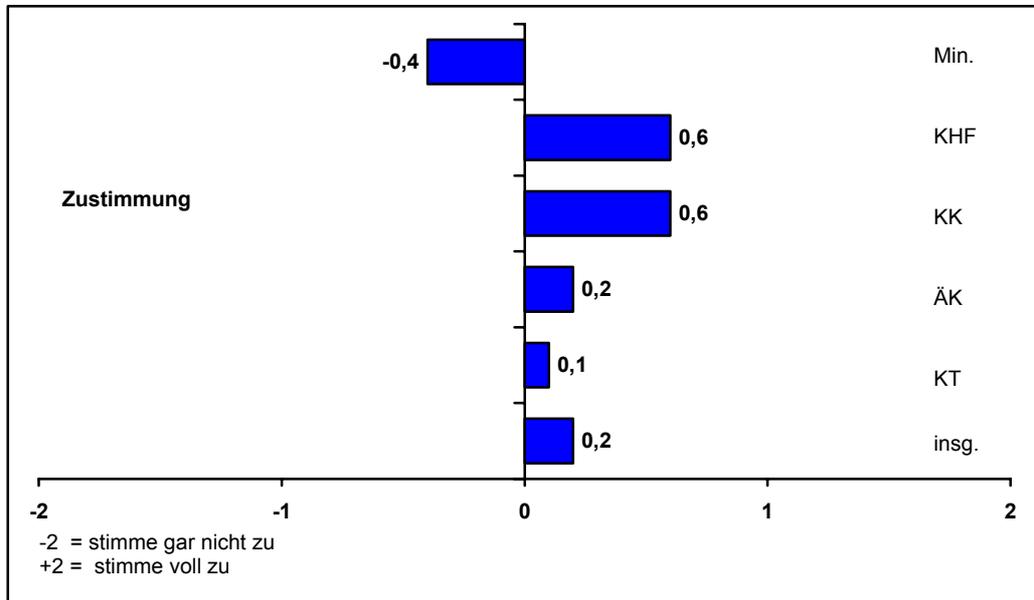
#### **4. Planungsmethodik/-verfahren**

Hinsichtlich der zukünftig im Rahmen der Krankenhausplanung anzuwendenden Planungsmethodik und Planungsverfahren wurden im Erhebungsbogen ebenfalls zwei Szenarien unterschieden. Zum einen wurde unterstellt, dass die Krankenhausplanung im Wesentlichen entsprechend der derzeitigen Praxis weitergeführt wird. In einem zweiten Szenario wurden Aspekte einer Neuordnung thematisiert.

##### **4.1 Szenario I: Status quo**

Die Weiterführung der Krankenhausplanung entsprechend der derzeitigen – länderweise etwas unterschiedlichen – Praxis findet nur eine sehr begrenzte Unterstützung seitens der befragten Experten; der durchschnittliche Skalenwert beträgt lediglich 0,2. Selbst von den Experten in den Ministerien gibt es nur vergleichsweise schwache Votes für diese Alternative (0,5). Genau so hoch ist der Skalenwert bei den Vertretern der Ärztekammern.

Wenig Wert legen die Experten darauf, die Planungsmethodik und das Planungsverfahren der Bundesländer zu vereinheitlichen. Der durchschnittliche Skalenwert beträgt lediglich 0,2 und fällt bei den zuständigen Ministerien sogar negativ aus (vgl. Abb. 14).

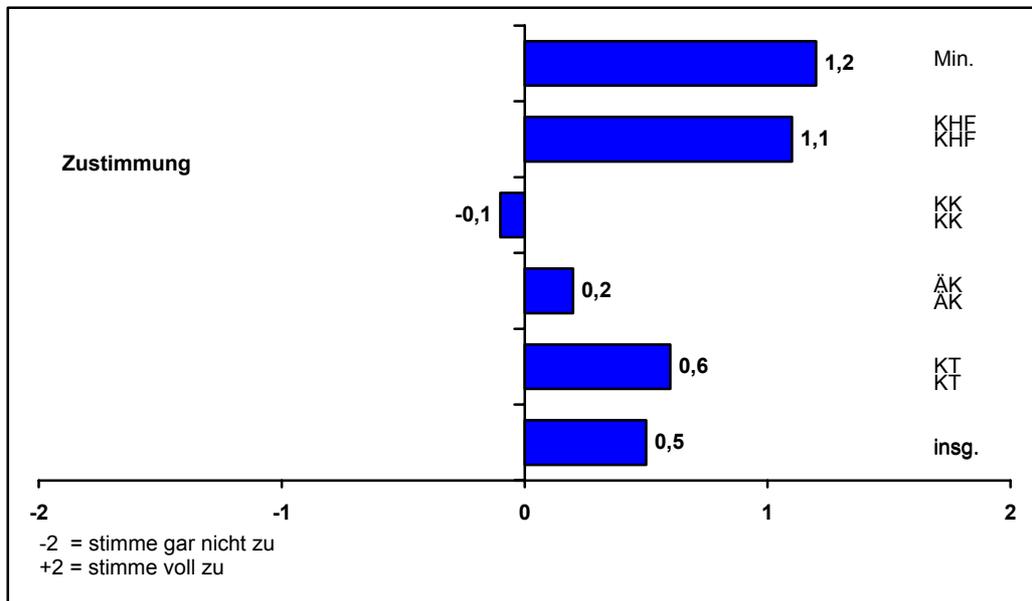


**Abb. 14: Vereinheitlichung der Krankenhausplanung**

Unabhängig davon werden insbesondere von den Ministerien Anpassungen in der Methodik durchaus als zielführend eingeschätzt. Die Aussage

*„Modifikationen der Krankenhausplanung sind im Hinblick auf das DRG-System ohne Weiteres möglich, ohne die derzeitige Praxis insgesamt in Frage zu stellen.“*

weist einen Skalenwert von 1,2 auf (vgl. Abb. 15).



**Abb. 15: Modifikationen der Krankenhausplanung möglich**

Verbunden werden damit in gleicher Höhe Erwartungen hinsichtlich positiver Einflüsse auf eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Krankenhausversorgung. Deutlich davon differieren die Einschätzungen der Krankenkassen-Vertreter. Überwiegend werden Modifikationen der Krankenhausplanung als nicht ausreichend vorgesehen.

Weitgehend einig sind sich die Experten, dass bei der Krankenhausplanung eine mehrjährige Zielplanung einer jährlichen Fortschreibung vorgezogen werden sollte. Der durchschnittliche Skalenwert beträgt 1,1 und bewegt sich in einer engen Bandbreite zwischen 0,8 (Krankenhausträger) und 1,3 (Ärzttekammern, Krankenhausführungskräfte).

Die vergleichsweise geringe Unterstützung für eine Fortführung der derzeitigen Praxis der Krankenhausplanung wird erklärbar, wenn wiederum die Dimensionen „Bedarfsgerechtigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“ einbezogen werden. Ganz offensichtlich wird der derzeitigen Praxis durchaus ein positiver Einfluss auf eine bedarfsgerechte Versorgung zugebilligt; es wird aber in Frage gestellt, ob damit auch eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung erreicht wird. Beispielhaft zeigt sich dies bei den Voten der Experten aus Ärztekammern und Ministerien bezüglich einer Fortführung der derzeitigen Praxis. Den Zustimmungswerten in Höhe von 0,5 stehen durchschnittliche Skalenwerte bei der Bedarfsgerechtigkeit von 1,1 bzw. 1,3

gegenüber. Ein positiver Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung wird demgegenüber nur sehr begrenzt gesehen.

#### **4.2 Szenario II: Neuordnung der Krankenhausplanung**

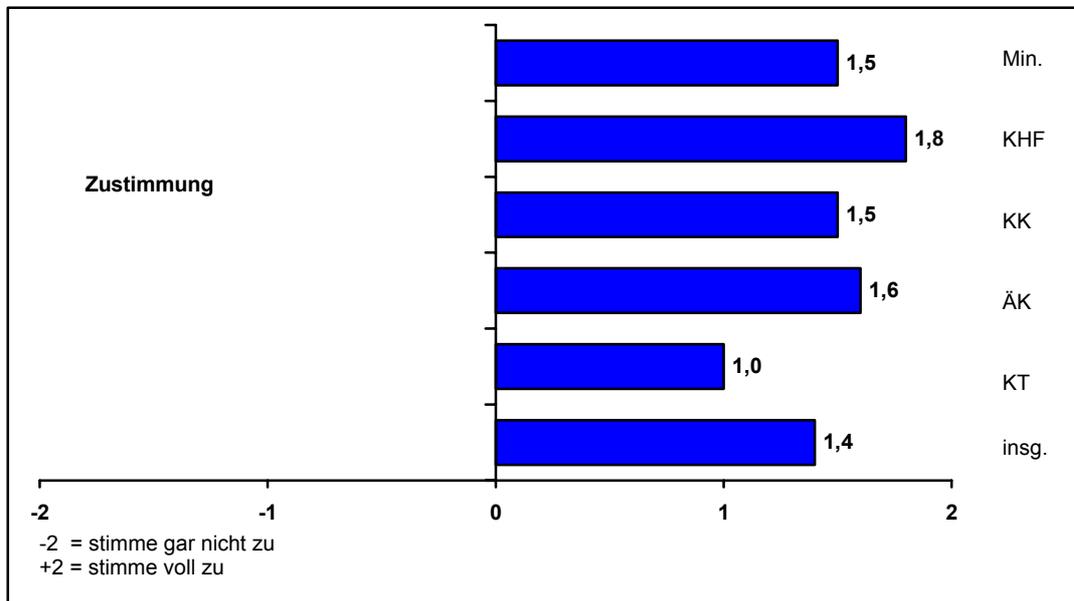
In diesem Szenario wurden Statements zusammengestellt, die verschiedenen Veröffentlichungen/Vorschlägen/Konzepten zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung entnommen wurden. Aufgegriffen wurden zunächst Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Da die Einführung von Fallpauschalen auch Auswirkungen auf komplementäre Versorgungssektoren zeitigen wird, entsteht nach Auffassung des Sachverständigenrates ein Bedarf an systematischen Analysen des Leistungsgeschehens und seiner Entwicklung sowohl innerhalb der sozialrechtlich abgegrenzten Sektoren als auch an ihren gemeinsamen Schnittstellen. Insofern empfiehlt der Rat (SG 2003, Ziffer 950) u.a.

- funktionsbezogene und regionalisierte Bedarfsanalysen als Voraussetzung für eine Krankenhaus-Rahmenplanung unter Berücksichtigung komplementärer Leistungsbereiche,
- Vereinbarungen des Versorgungsauftrags von Krankenhäusern nach Funktion und Versorgungskapazität auf der Basis der Rahmenplanung.

Das vor diesem Hintergrund in der Expertenbefragung aufgenommene Statement

*„Basis der Krankenhausplanung sollte eine regionalisierte Bedarfsanalyse (für Versorgungsregionen) unter Berücksichtigung komplementärer (ambulanter, rehabilitativer, pflegerischer) Leistungsbereiche sein.“*

erhält von den Experten eine sehr deutliche Unterstützung (vgl. Abb. 16).



**Abb. 16: Regionalisierte Bedarfsanalyse als Basis**

Die Bandbreite der Zustimmung reicht von 1,0 (Krankenhausträger) bis 1,8 (Krankenhausführungskräfte).

Eine morbiditätsorientierte Krankenhausplanung wird als der bisher erreichte und akzeptierte Standard beschrieben (Stapf-Finé/Polei 2002). Dabei kann eine Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit der vorgehaltenen Kapazitäten dadurch statt finden, dass auch die im Krankenhaus nicht behandelte Morbidität bzw. allgemein die Morbidität der Bevölkerung auf der Grundlage von Register- und Surveydaten berücksichtigt wird. Erste Analysen in dieser Richtung liegen inzwischen vor (Schneider/Müller/Hofmann 2000). Das daraus abgeleitete Statement

*„Gegenstand der Bedarfsanalyse und damit Zielgröße der Planung sollte die Morbidität der Bevölkerung und der daraus abzuleitende Versorgungsbedarf sein.“*

wird ebenfalls von den Experten unterstützt. Der durchschnittliche Skalenwert liegt wiederum bei 1,4. Bei den Experten aus den Bereichen der Krankenhausträger, der Ärztekammern und der Krankenhausführungskräfte wird sogar ein Skalenwert von 1,6 erreicht. Etwas niedriger

liegt der durchschnittliche Skalenwert mit 1,1 bei den Vertretern der Ministerien; sie befürchten offensichtlich vor allem eine unzureichende Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung (Skalenwert 0,1). Aber auch bei allen anderen Expertengruppen fallen die Skalenwerte bei der Dimension „Wirtschaftlichkeit“ deutlich niedriger als bei der Dimension „Bedarfsgerechtigkeit“ aus.

Auf vergleichsweise große Skepsis trifft die Aussage

*„Die Umsetzung des Versorgungsbedarfs sollte mit den Auswirkungen/Erfordernissen aus Disease-Management-Programmen verknüpft werden.“*

Der durchschnittliche Skalenwert beträgt lediglich 0,4 und erreicht bei den Experten aus dem Bereich der Krankenhausträger mit -0,3 sogar eine Ablehnung. Darin könnte zum Ausdruck kommen, dass Disease-Management-Programme, wenn sie mit Mindestmengenregelungen und Zentrenbildung verbunden werden, den Zielen der Krankenhausplanung und damit ggf. auch einer Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung entgegen wirken können.

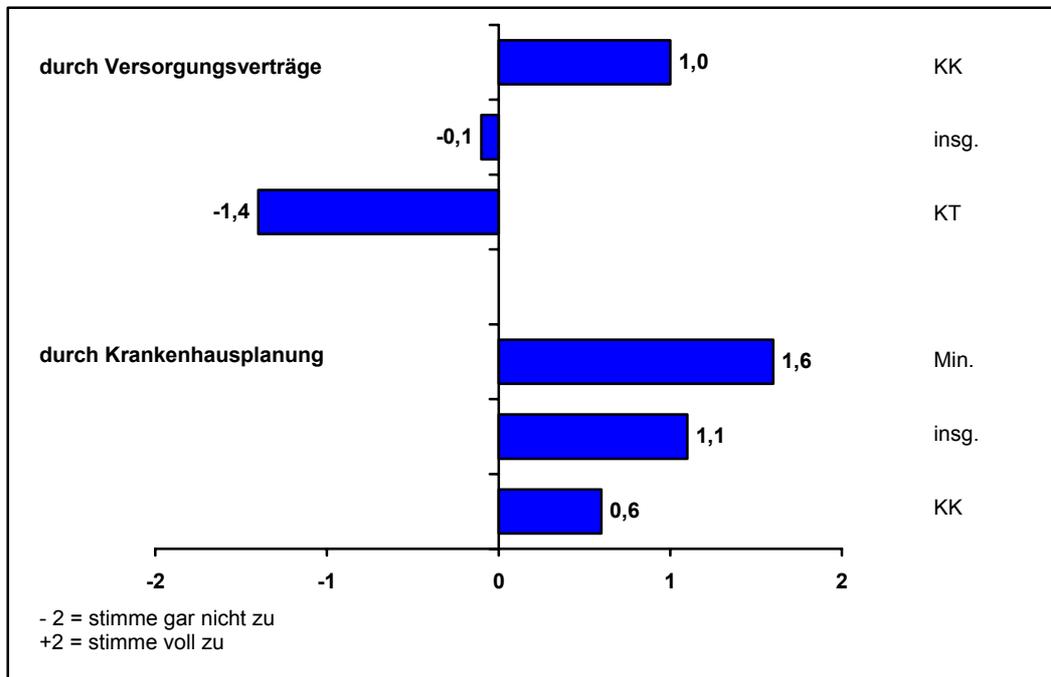
Gering ist auch die Unterstützung für die Aussage

*„Die Umsetzung des regionalen Versorgungsbedarfs wird faktisch in wesentlichen Teilen durch leistungsbezogene Mindestmengenregelungen bestimmt werden.“*

Die Zustimmungsrate liegt wiederum bei 0,4 und reicht von 0,1 (Krankenhausträger) bis 0,7 (Ministerien). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass zum Zeitpunkt der Expertenbefragung noch keine Vereinbarung entsprechend § 137 Abs. 1 Nr. 3 SGB V vorlag. Insofern bestanden sicherlich unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich des Umfangs an Leistungen, für die Mindestmengen vereinbart werden. Insgesamt werden aber die Auswirkungen auf die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung eher skeptisch bis negativ beurteilt. Der durchschnittliche Skalenwert beträgt 0,0 und bei den Experten aus dem Bereich der Krankenhausträger -0,4.

Für die Umsetzung eines ermittelten regionalen Versorgungsbedarfs in Standortentscheidungen kommen im Wesentlichen zwei Möglichkeiten in Betracht. Zum einen kann diese Umsetzung im Rahmen der Krankenhausplanung erfolgen und zum anderen ist vorstellbar, den Bedarf durch Versorgungsverträge zwischen Krankenhausträgern und Kostenträgern umzusetzen. Mit der zweiten Möglichkeit wurden die - bereits erwähnten und letztlich nicht zur Anwendung gekommenen - Vorschriften eines Roh-Entwurfs des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems aufgegriffen. Danach (§ 109a) sollte als Grundlage für den Abschluss, die Änderung und die Kündigung von Versorgungsverträgen die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich allgemeine leistungsorientierte Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge, die sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf zu orientieren haben und in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und entsprechend der Entwicklung fortzuschreiben sind, beschließen. Die Rahmenvorgaben sollten insbesondere Festlegungen zu den notwendigen Leistungsbedarfen und Mindestmengen bei Leistungen, die bezogen auf die Fallgruppen des DRG-Systems darzustellen sind, beinhalten.

Die Experten präferieren eindeutig die Umsetzung des Versorgungsbedarfs durch die Krankenhausplanung (vgl. Abb. 17). Positiv wird dabei insbesondere der Einfluss auf eine bedarfsgerechte Versorgung (durchschnittlicher Skalenwert 1,2) eingeschätzt. So konstatieren auch die Vertreter der Kostenträger, die mit 0,6 die geringste Zustimmung aufweisen, diesen positiven Einfluss; der Skalenwert für die bedarfsgerechte Versorgung beträgt hier 1,0. Naturgemäß ist die Zustimmung für die Umsetzung des Versorgungsbedarfs in Standortentscheidungen durch die Krankenhausplanung bei Vertretern der Ministerien mit 1,6 am höchsten.



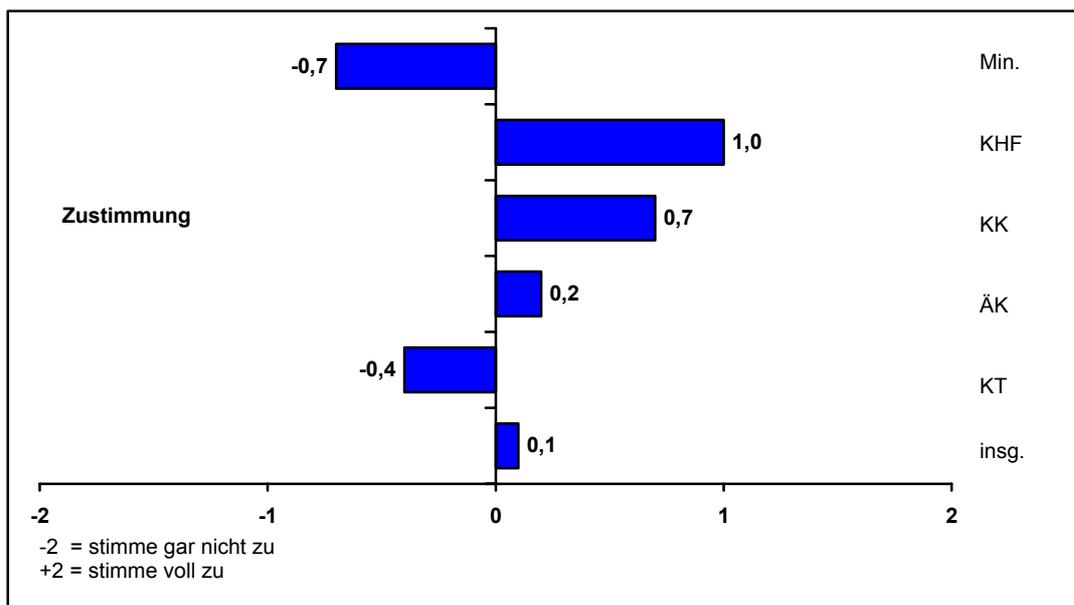
**Abb. 17: Umsetzung des Versorgungsbedarfs durch Krankenhausplanung/Versorgungsverträge**

Negativ fällt demgegenüber die Lösung der Umsetzung durch Versorgungsverträge aus. Deutlich ablehnend ist die Einschätzung vor allem bei den Experten aus dem Bereich der Krankenhausträger (-1,4), aber auch bei den Ministeriumsvertretern (-1,0). Auch hier ist das Urteil stark durch Bedarfsaspekte geprägt; die ablehnende Einschätzung wird jeweils durch einen hohen negativen Skalenwert bei der Dimension „Bedarfsgerechtigkeit“ begleitet.

Umgekehrt ist die Zustimmung für Versorgungsverträge am höchsten bei Vertretern der Kostenträger. Sie erwarten vor allem positive Effekte für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung.

Das neue Vergütungssystem wird das Leistungsspektrum der Krankenhäuser verändern. Es wird – unabhängig von der spezifischen Ausgestaltung der Krankenhausplanung – eine zunehmende Spezialisierung und Zentralisierung im Krankenhausbereich erfolgen. Insofern kommt der Gewährleistung einer wohnortnahen Versorgung mit Krankenhausleistungen

zukünftig besondere Bedeutung zu. Die Experten aus den Ministerien und dem Bereich der Krankenhausträger zweifeln deutlich an einer bedarfsgerechten Angebotsgestaltung, wenn die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung durch Versorgungsverträge zwischen Krankenhausträgern und Kostenträgern erfolgen soll (vgl. Abb. 18.)



**Abb. 18: Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung durch Versorgungsverträge**

Zustimmung findet sich dagegen bei den Krankenhausführungskräften und den Vertretern der Krankenkassen, so dass insgesamt ein neutrales Ergebnis erreicht wird.

Übereinstimmend befürworten die Experten dagegen die Aussage

*„Unabhängig von der regionalisierten Bedarfsanalyse sollte die Planung der Hochleistungsmedizin auf Landesebene sowie länderübergreifend erfolgen.“*

Der durchschnittliche Skalenwert beträgt 1,4 und bewegt sich in einem vergleichsweise engen Rahmen zwischen 1,1 (Krankenhausträger) und 1,7 (Krankenkassen).

Mit insgesamt vier Statements werden Vorschläge zur Veränderung der Krankenhausplanung in Richtung einer Rahmenplanung aufgegriffen. Die Verwendung des

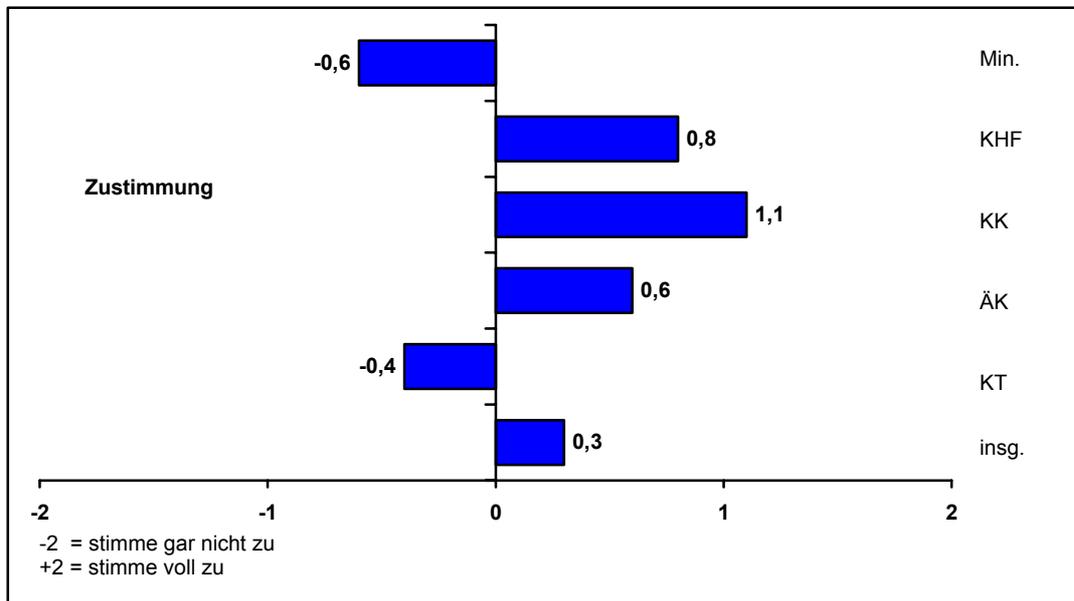
Begriffs „Rahmenplanung“ ist durchaus unterschiedlich. Zum einen wird der Begriff Rahmenplanung im Sinne einer standortunabhängigen Planung verstanden, wie er bereits im Zusammenhang mit dem GMG-Entwurf zu den Versorgungsverträgen thematisiert wurde. Zum Teil wird eine damit verbundene Reduzierung der Aufgabe der Länder auf eine Art Kontrollfunktion gefordert (Schröder/Dudey 2000). Allerdings bleibt auch bei diesen Vorschlägen bei den Bundesländern eine Letztverantwortung für die Krankenhausplanung, da eine bedarfsgerechte Versorgung durch Versorgungsverträge nicht sicher gestellt werden könne.

Davon zu unterscheiden ist die Rahmenplanung, die in mehreren Bundesländern zur Anwendung kommt. Dabei verzichtet das Land auf eine Detailplanung und überträgt diese Aufgabe den Vertragspartnern vor Ort.

Insgesamt wird von den Experten eine Rahmenplanung – bei deutlichen Unterschieden zwischen den Gruppen – dann eher skeptisch betrachtet, wenn sie über die bisher praktizierten Lösungen hinausgeht. Die Aussage

*„Der Krankenhausplan sollte lediglich allgemeine leistungsorientierte Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge enthalten.“*

wird von den Vertretern aus den Bereichen der Krankenhausträger und Ministerien abgelehnt, während insbesondere die Krankenkassen-Vertreter eine Zustimmung erkennen lassen, die mit einem durchschnittlichen Skalenwert von 1,1 recht deutlich ausfällt (vgl. Abb. 19.)



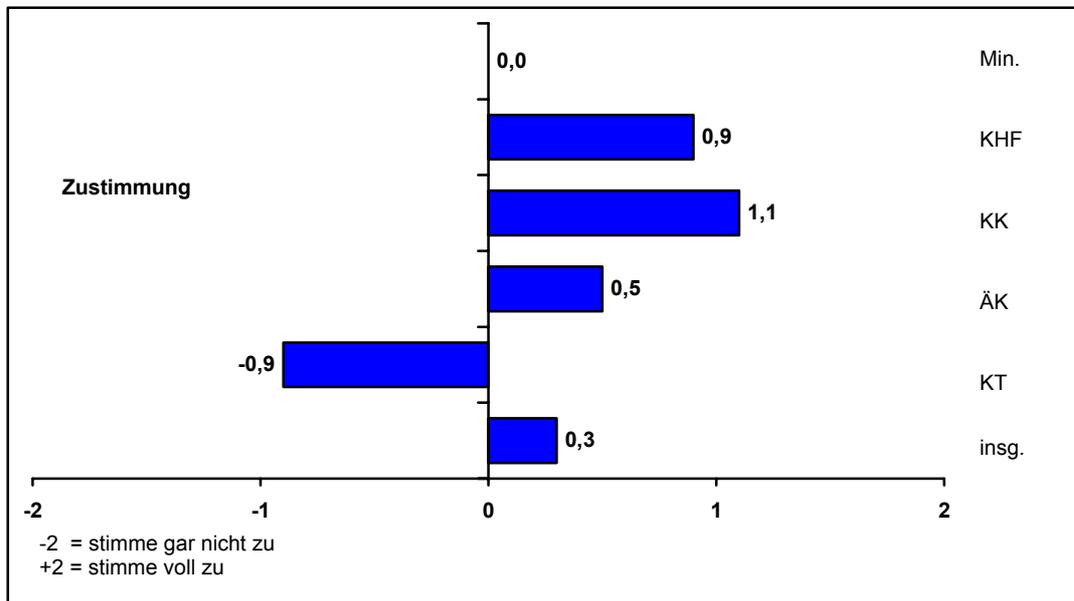
**Abb. 19: Krankenhausplanung enthält nur leistungsorientierte Rahmenvorgaben**

Soweit es allerdings zu solchen Rahmenvorgaben kommen sollte, besteht Einigkeit, dass diese Vorgaben sich am Versorgungsbedarf orientieren und in regelmäßigen Abständen überprüft und fortgeschrieben werden sollten.

Die Aussage

*„Aufgabenstellung und Leistungsstruktur der Krankenhäuser sollte in Versorgungsverträgen zwischen Krankenhasträger und Kostenträger geregelt werden.“*

wird von den Experten sehr kontrovers betrachtet. Während die Vertreter der Krankenhasträger keineswegs mit dieser Lösung einverstanden sind und die Vertreter der Kostenträger wiederum eine deutliche Zustimmung signalisieren, ist die Meinung der Experten aus den Ministerien unentschieden (vgl. Abb. 20).



**Abb. 20: Regelung der Aufgabenstellung und Leistungsstruktur der Krankenhäuser in Versorgungsverträgen**

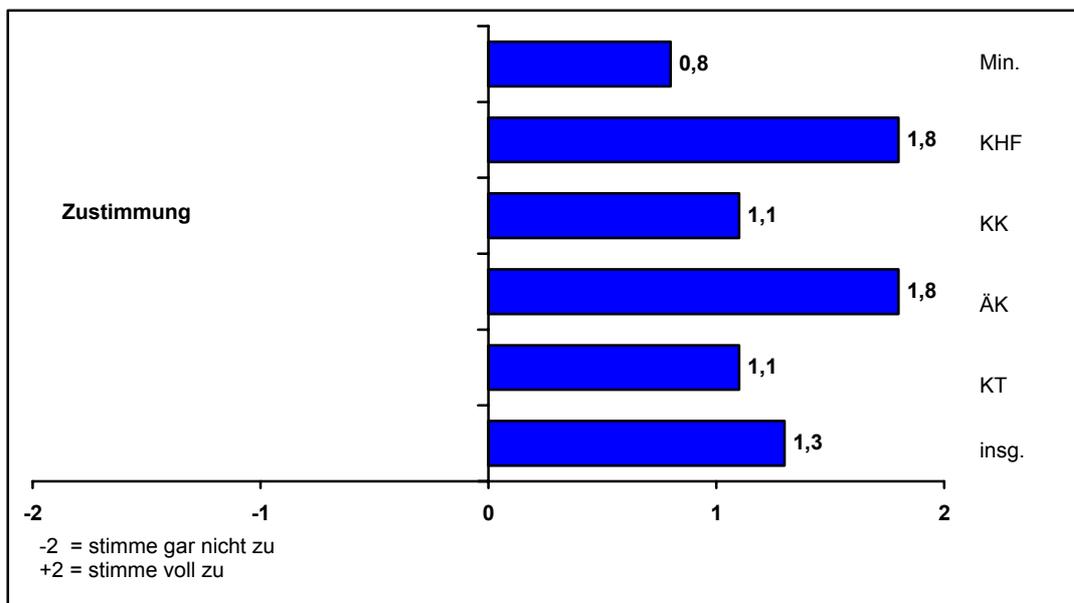
Im Kontext der übrigen Aussagen könnte dies so interpretiert werden, dass für die Ministerien eine Aufnahme der Standorte/der Krankenhäuser in den Krankenhausplan besonders wichtig ist, während die Konkretisierung des Leistungsangebotes nicht zwangsläufig zu den Planungsaufgaben zu rechnen wäre. Demgegenüber befürchten die Krankenhausträger, dass eine entsprechende Regelung in den Versorgungsverträgen zu Lasten einer bedarfsgerechten Versorgung (Skalenwert  $-0,8$ ) gehen könnte.

Sollte es zu Versorgungsverträgen kommen, besteht weitgehend Einigkeit, diese mit einer Genehmigung durch das jeweils zuständige Bundesland zu verbinden. Bei vier der unterschiedenen Gruppen bewegen sich die Zustimmungsraten in einem engen Rahmen zwischen 1,0 und 1,4. Anderer Auffassung sind die Krankenkassen-Vertreter, die ein solches Genehmigungsverfahren ablehnen ( $-0,5$ ). Sie befürchten insbesondere negative Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung (Skalenwert  $-0,6$ ).

## Das Abschlussstatement

*„Aufgabe der Krankenhausplanung sollte sein, Versorgungsdefizite zu ermitteln, die aus DRG-induzierten Leistungskonzentrationen erwachsen.“*

wird deutlich geteilt (vgl. Abb. 21). Diese Zustimmung wurde von der Mehrzahl der Experten sicherlich unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Krankenhausplanung vorgenommen.



**Abb. 21: Ermittlung von Versorgungsdefiziten**

Insgesamt finden die Statements/Vorschläge zur Neuordnung/Weiterentwicklung der Krankenhausplanung kaum uneingeschränkte Zustimmung bei den befragten Experten. Häufig findet sich eine Übereinstimmung bei den Vertretern der Krankenhausträger und der Ministerien und eine abweichende Auffassung bei den Experten der Krankenkassen. Die weitergehenden Analysen zeigen, dass diese Unterschiede zum großen Teil durch die Dimensionen „Bedarfsgerechtigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“ erklärt werden können. Die positive Einschätzung der Vertreter der Krankenhausträger und Ministerien ist deutlich

dadurch geprägt, ob ein positiver Einfluss auf eine bedarfsgerechte Versorgung ausgeht. Demgegenüber steht bei den Vertretern der Krankenkassen der Aspekt der Wirtschaftlichkeit etwas deutlicher im Vordergrund.

## **5. Diskussion und Ausblick**

Die Experten sind überwiegend der Auffassung, dass die Krankenhausplanung im Hinblick auf die Einführung des DRG-Systems einer weitgehenden Neuorientierung bedarf. Etwas vorsichtiger urteilen allerdings die Vertreter aus den Ministerien, wobei sich dies offensichtlich vor allem auf den Begriff „weitgehend“ bezieht; einer Weiterentwicklung der Krankenhausplanung stehen auch die Experten aus den für die Krankenhausplanung zuständigen Ministerien durchaus positiv gegenüber. Weniger deutlich fällt die Zustimmung der Experten aus, wenn es um die Frage geht, ob auch die Investitionsfinanzierung im Zusammenhang mit der Neuordnung der Krankenhausplanung neu geordnet werden sollte.

Der staatliche Sicherstellungsauftrag sollte erhalten bleiben. Dies ist die Auffassung der eindeutigen Mehrheit der Experten. Lediglich die Krankenkassen-Vertreter urteilen etwas zurückhaltender; sie können sich offensichtlich durchaus auch andere Formen der Sicherstellung der Krankenhausversorgung vorstellen.

Der Sicherstellungsauftrag sollte sich nicht auf eine Rahmenplanung oder z. B. auf Fragen der wohnortnahen Versorgung beschränken. Vielmehr befürworten die Experten, dass wegen der notwendigen Planungssicherheit für die Krankenhausträger und für die Kostenträger konkrete Festlegungen für die einzelnen Krankenhäuser im Krankenhausplan vorgesehen werden sollten. Unentschieden sind dabei allerdings die Vertreter aus dem Bereich der Kostenträger. Weder die Rahmenplanung noch die konkreten Festlegungen stoßen auf eine erkennbare Zustimmung oder Ablehnung. Insofern wird es sicherlich auf die Ausgestaltung der Veränderung in der Planung ankommen, inwieweit sie auf Akzeptanz stößt.

Weitgehende Einigkeit besteht bei den Experten, dass die Versorgungs-/Leistungsstufen auch zukünftig Gegenstand der Krankenhausplanung sein sollten. Allerdings bestehen keine eindeutigen Präferenzen, woran sich die Festlegung orientieren sollte. Die im Erhebungsbogen vorgeschlagenen Möglichkeiten, wie z. B. Fachabteilungen oder abgerechnete Fallpauschalen, finden jeweils nur bei einzelnen Expertengruppen Unterstützung. Insgesamt bleibt das Meinungsbild hinsichtlich der weiteren Entwicklung bei dieser Frage eher unklar.

Die Experten gehen ganz überwiegend davon aus, dass faktisch mit Einführung des DRG-Systems die Steuerung der Leistungsangebote in wesentlichen Teilen durch die Vereinbarungen mit Krankenhäusern und Kostenträgern erfolgen wird. Damit kommt allerdings nicht zum Ausdruck, dass diese erwartete Entwicklung auch tatsächlich aus Sicht der Experten zu wünschenswerten Ergebnissen führt. Bezweifelt wird insbesondere, dass diese Steuerung durch das DRG-Vergütungssystem eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten wird.

Vergleichsweise skeptisch werden Vorschläge aufgenommen, wonach die Krankenhausplanung deutlich stärker als bisher die Schnittstellen mit der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte oder mit Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen berücksichtigen sollte. Die Vorteile einer entsprechenden sektorübergreifenden Planung sind offensichtlich nur begrenzt erkennbar.

Hinsichtlich der Investitionsfinanzierung halten es die Experten eher für wahrscheinlich, dass es zu keiner Umstellung auf eine Monistik kommen wird, sondern dass es auch nach Einführung des DRG-Systems bei der dualen Finanzierung bleibt. Am deutlichsten ausgeprägt ist diese Auffassung bei den Krankenkassen-Vertretern. Dabei kommt sicherlich zum Ausdruck, dass bei einer Umstellung der Finanzierung ein finanzieller Ausgleich für die Kostenträger eher nicht erwartet wird.

Die einzelnen Statements/Aussagen zur Investitionsfinanzierung lassen keine eindeutigen Präferenzen für Veränderungen erkennen. Zwar finden Aussagen zur Beibehaltung der derzeitigen Einzelregelungen nur begrenzte Zustimmung; aber auch die vorgeschlagenen

Veränderungen stoßen nur teilweise auf eine größere Akzeptanz. Soweit es um die Frage geht, ob eine stärkere Einbeziehung der Selbstverwaltung erfolgen sollte, zeigen die Antworten jeweils eine große Bandbreite, die durch eine deutliche Skepsis auf Seiten der Krankenhausträger und eine ausgeprägte Zustimmung auf Seiten der Kostenträger gekennzeichnet ist. Allerdings sollte nach Auffassung der Experten die Einzelförderung erhalten bleiben, die der Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern oder die zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben dient. Weitgehende Einigung besteht unter den Experten auch hinsichtlich der Pauschalförderung; sie sollte sich nicht an Betten und Versorgungsstufen, sondern ausschließlich an Leistungen (z. B. Art und Anzahl abgerechneter Fallpauschalen) orientieren.

Bezogen auf konkrete Planungsverfahren findet eine regionalisierte Bedarfsanalyse eine große Zustimmung unter den Experten. Dabei spielt sicherlich auch eine Rolle, dass mit der Einführung von DRGs eine Datengrundlage geschaffen wird, die für die Krankenhausplanung – ggf. auch in Form neuer methodischer Ansätze – genutzt werden sollte. Offen bleibt, ob diese Analysen und der daraus abzuleitende Versorgungsbedarf Bestandteil des Krankenhausplanes selbst sein müssen. Allerdings sollte die Umsetzung des Versorgungsbedarfs in Standortentscheidungen Teil des Krankenhausplanes sein. Eindeutig abgelehnt wird von der überwiegenden Zahl der Experten die ursprünglich im GMG vorgesehenen Regelungen, wonach die Umsetzung des Versorgungsbedarfs durch Versorgungsverträge zwischen Krankenhausträgern und Kostenträgern erfolgen sollte.

Sehr differenziert fallen die Meinungen der Experten zu der häufig geforderten Reduktion der Krankenhausplanung auf eine Rahmenplanung aus. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Begriff der Rahmenplanung nicht immer eindeutig verwendet wird. Soweit die der Rahmenplanung folgende Detailplanung mit der Regelung der Aufgabenstellung und der Leistungsstruktur der Krankenhäuser ausschließlich in entsprechenden Verträgen zwischen Krankenhausträgern und Kostenträgern festgelegt wird und nicht mehr Teil des Planes wäre, findet sich keine mehrheitliche Unterstützung.

Insgesamt erscheint es schwierig, aus den Angaben der Experten einen konsensfähigen Weg für eine Weiterentwicklung der Krankenhausplanung zu entwickeln. Zu kontrovers sind

die Auffassungen bezogen auf konkrete Punkte. Aber auch im Grundsätzlichen zeigen sich unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der Ausgestaltung der Krankenhausplanung, was sich vor allem darin ausdrückt, dass bei einzelnen Expertengruppen Aspekte der bedarfsgerechten Versorgung im Vordergrund stehen, während andere Experten z. T. eher den Einfluss auf eine wirtschaftliche Krankenhausversorgung stärker gewichten.

Insofern zeigt die Expertenbefragung, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt größere Veränderungen oder Entwicklungsschritte, die den voraussichtlichen Auswirkungen des DRG-Systems Rechnung tragen, eher nicht eine ausreichende Zustimmung auf allen Seiten finden werden. Vielmehr erscheint eine Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Richtung einer Rahmenplanung unter Berücksichtigung von Einzelstandorten, wie sie bereits in verschiedenen Bundesländern erfolgt, als möglicher gangbarer Weg. Am Beispiel des Landes Hessen kann diese Planung wie folgt beschrieben werden:

- Der Krankenhausplan besteht aus allgemeinen Rahmenvorgaben, Anforderungen an die ortsnahe Notfallversorgung, Bestimmungen über die Wahrnehmung überörtlicher Schwerpunktaufgaben, regionalen Versorgungskonzepten, Entscheidungen zur Aufnahme und Nichtaufnahme in den Krankenhausplan.
- Der Krankenhausplan ist nach Versorgungsgebieten gegliedert. Diese werden so festgelegt, dass jeweils ein bedarfsgerecht gegliedertes leistungsfähiges Krankenhausangebot sichergestellt ist.
- Unter Beachtung der allgemeinen Rahmenvorgaben werden von Krankenhauskonferenzen die Versorgungsstrukturen und die zur Versorgung der Bevölkerung notwendigen stationären und teilstationären Kapazitäten entwickelt (regionale Planungskonzepte). Die Krankenhauskonferenzen stimmen dabei das Versorgungsangebot der Krankenhäuser untereinander ab und erarbeiten Vorschläge zur Optimierung der Versorgungsstrukturen, insbesondere zu Schwerpunktbildungen, Modellvorhaben und integrierten Versorgungsformen.
- Die regionalen Planungskonzepte werden dem zuständigen Ministerium zur Entscheidung vorgelegt.
- Aufnahme und Nichtaufnahme in den Krankenhausplan, seinen Einzelfestlegungen und Änderungen obliegt dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium.

Es erscheint durchaus sinnvoll, die Krankenhausplanung in diesem Sinne weiter zu entwickeln und zu überprüfen, ob bzw. inwieweit die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Krankenhausversorgung durch die regionalen Planungskonzepte aufgegriffen und im Rahmen einer bedarfsgerechten Versorgung berücksichtigt werden können.

## Literaturverzeichnis

**Bruckenberger, E.:** Die Folgen des Fallpauschalengesetzes für die Krankenhausplanung. Fassung vom 23.01.2002. <http://www.bruckenberger.de>

**Bruckenberger, E.:** DRG-Mindestmengen versus flächendeckende Versorgung, Zukunft der Krankenhausplanung. <http://www.bruckenberger.de>

**Deutsche Krankenhausgesellschaft:** Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Manuskript Düsseldorf, September 2003

**Fritz, T./Gilow, C./Paffrath, D.:** Instrumente des Operations Research in der praktischen Krankenhausplanung. In: Klauber, J./Robra, P.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003. Stuttgart 2004, S. 149-170

**Leber, W.-D.:** Krankenhausplanung in Zeiten des Wettbewerbs. f&w 2/2003, S. 185-189

**Möcks, G.:** Auswirkungen der DRGs auf die Krankenhausplanung und die Investitionsfinanzierung – aus Sicht der Krankenhausträger. Manuskript 26. Dt. Krankenhaustag 2003

**Neubauer, G.:** Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003. Stuttgart 2004. S. 101-119

**Pföhler, W.:** 4 Thesen zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung durch kommunale Krankenhäuser. das Krankenhaus 8/2003, S. 611 f

**Robra, B.-P. et al.:** Krankenhausplanung auf Grundlage von DRGs. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003. Stuttgart 2004, S. 137-147

**Rüschmann, H.-H. et al.:** Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme: Leistungssicherung statt Kapazitätsplanung. Berlin Heidelberg 2000

**Sachverständigenrat** zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Baden-Baden 2003

**Schneider, M./Müller, U./Hofmann, U.:** Zukunftsorientierte Praxisstudie für die Krankenhausplanung in NRW. Gutachten für die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Augsburg, München, Dezember 2000

**Schräder, W.F./Dudey, S.:** Instrumente zur Sicherstellung der stationären Versorgung nach Einführung von DRGs. In: Arnold, M./Litsch, M./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart 2001, S. 285-293

**Stapf-Finé, H./Polei, G.:** Die Zukunft der Krankenhausplanung nach der DRG-Einführung. In: das Krankenhaus, 2/2002, S. 96-107

**Anhang:****Fragebogen mit Ergebnissen**

Der nachfolgende Fragebogen enthält je Statement den durchschnittlichen Skalenwert entsprechend der Expertenbefragung. Zusätzlich ist die Bandbreite (Minimum, Maximum) für die unterschiedenen Expertengruppen angegeben.

Die Gruppen sind dabei wie folgt abgekürzt:

KT = Krankenhausträger

ÄK = Ärztekammern

KK = Krankenkassen/Kostenträger

KHF = Krankenhausführungskräfte

Min. = Ministerien