DIGITALES ARCHIV

ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
ZBW – Leibniz Information Centre for Economics

Böhm, Thomas

Book

Krankenhausplanung in Deutschland : Krankenhausgesetze und Krankenhauspläne der Bundesländer - ein kritischer Überblick

Provided in Cooperation with:
Rosa-Luxemburg-Stiftung, Berlin und Brüssel

Reference: Böhm, Thomas (2022). Krankenhausplanung in Deutschland : Krankenhausgesetze und Krankenhauspläne der Bundesländer - ein kritischer Überblick. 2., korrigierte Auflage. Berlin : Rosa-Luxemburg-Stiftung.
https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Studien/Studien_1-22_Krankenhausplanung_2te_korr_Aufl_web.pdf.

This Version is available at:
http://hdl.handle.net/11159/12735

Kontakt/Contact
ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft/Leibniz Information Centre for Economics
Düsternbrooker Weg 120
24105 Kiel (Germany)
E-Mail: *rights[at]zbw.eu*
https://www.zbw.eu/econis-archiv/

Standard-Nutzungsbedingungen:
Dieses Dokument darf zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Sofern für das Dokument eine Open-Content-Lizenz verwendet wurde, so gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

https://zbw.eu/econis-archiv/termsofuse

Terms of use:
This document may be saved and copied for your personal and scholarly purposes. You are not to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public. If the document is made available under a Creative Commons Licence you may exercise further usage rights as specified in the licence.

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

STUDIEN

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

THOMAS BÖHM

KRANKENHAUS-PLANUNG IN DEUTSCHLAND

KRANKENHAUSGESETZE UND KRANKENHAUSPLÄNE DER BUNDESLÄNDER – EIN KRITISCHER ÜBERBLICK

THOMAS BÖHM

KRANKENHAUSPLANUNG IN DEUTSCHLAND

KRANKENHAUSGESETZE UND KRANKENHAUSPLÄNE DER BUNDESLÄNDER – EIN KRITISCHER ÜBERBLICK

Studie im Auftrag der Rosa-Luxemburg-Stiftung

THOMAS BÖHM war im Klinikum Stuttgart als Chirurg tätig. Dort war er bis 2011 auch Personalratsvorsitzender. Für ver.di war er Bezirksvorsitzender in Stuttgart und ist jetzt Mitglied im Landesfachbereichsvorstand Gesundheit, Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft Baden-Württemberg. Für ver.di ist er Mitglied im Landeskrankenhausauschuss der Landesregierung und im Verwaltungsrat des Klinikums Stuttgart. Für ver.di arbeitet er auch aktiv im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik mit. Er beschäftigt sich seit Jahren schwerpunktmäßig mit den Themen Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung.

IMPRESSUM
STUDIEN 1/2022; 2., korrigierte Auflage
wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung
V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel
Straße der Pariser Kommune 8A · 10243 Berlin · www.rosalux.de
ISSN 2194-2242 · Redaktionsschluss: Februar 2022
Illustration Titelseite: Frank Ramspott/iStockphoto
Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin
Layout/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation
Gedruckt auf Circleoffset Premium White, 100 % Recycling

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Rosa-Luxemburg-Stiftung.
Sie wird kostenlos abgegeben und darf nicht zu Wahlkampfzwecken verwendet werden.

INHALT

Vorwort 5

Einleitung 6

1 Gesetzliche Bestimmungen zur Krankenhausplanung und Förderung auf Bundesebene 9
1.1 1950er Jahre und Pflegesatzverordnung – Wiederaufbau ohne übergeordnete Planung 9
1.2 1960er Jahre und Grundgesetzänderung – Notwendigkeit von Planung wird offensichtlich 10
1.3 1970er Jahre und Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) – Beginn der Bedarfsplanung 13
1.4 Weitere Änderungen der Planungs- und Förderungsparagrafen des KHG bis 2020 15
1.4.1 Krankenhauskostendämpfungsgesetz 1981 – Ausbau der Vorgaben zur Planung 16
1.4.2 Krankenhausneuordnungsgesetz 1984 – schrittweise Aufgabe von Planung und Selbstkostendeckung 17
1.4.3 Gesundheitsstrukturgesetz 1992 – Anreiz für private Investitionen und Aufweichen der Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung der Länder 18
1.4.4 Pflegeversicherungsgesetz 1994 – Versuch des Bettenabbaus über finanzielle Steuerung 19
1.4.5 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 – Investitionsrelativgewichte als Vorbereitung einer zukünftigen Monistik 19
1.4.6 Krankenhausstrukturgesetz 2015 – Qualität als Steuerungsmittel zur Bettenreduzierung und Krankenhausschließung 20
1.4.7 Weitere indirekte Regelungen der Planung auf Bundesebene 21
1.5 Zwischenfazit: Auswirkungen auf Bundesebene 21
Exkurs 1: Zeitenwechsel – von Keynes zum Neoliberalismus 24
Exkurs 2: Großgeräteplanung 25
Exkurs 3: Ausbildungsplätze 27

2 Krankenhausgesetzgebung und -planung der Länder 30
2.1 Kriterien der Auswertung 30
Baden-Württemberg 31
Bayern 52
Berlin 58
Brandenburg 68
Bremen 74
Hamburg 82
Hessen 91
Mecklenburg-Vorpommern 100
Niedersachsen 105
Nordrhein-Westfalen 110
Rheinland-Pfalz 117
Saarland 124
Sachsen 133
Sachsen-Anhalt 139
Schleswig-Holstein 144
Thüringen 150
2.2 Zusammenfassende Bewertung – Trends und Raritäten 155
2.2.1 Bettenabbau und Schließung von Krankenhäusern – sinnvoll oder verfehlte Kostendämpfung? 156
2.2.2 Unterschiedliche Beteiligungsformen – Demokratie Fehlanzeige 157
2.2.3 Die Phasen der Krankenhausplanung 158
2.2.4 Planungsmethode, Prognose – immer unverbindlicher 158
2.2.5 Planungstiefe – immer seichter 159
2.2.6 «Leistungsbezogene» Förderung und Pauschalförderung – auch eine Form des Ausstiegs 159
2.2.7 Beschäftigte kommen nicht vor 160
2.2.8 Qualitätssicherung – geringe Qualität der Vorgaben – andere Absichten? 160
2.2.9 Fachplanungen – viel Wirbel um wenig – kein Ersatz 161
2.2.10 Ökonomisierung – Wirtschaftlichkeit – sparsam wirtschaften 161
2.2.11 Privatisierungen – gewollte Folgewirkung 162
2.2.12 Neuste Entwicklungen – Revival der Planung? 162

2.2.13 Nur am Rande – Privatstationen und der Mainstream 162
2.2.14 Fehlanzeige – Vorgaben zur inneren Struktur 162
2.2.15 Ausbildungsstätten und Großgeräte: Versagen auf breiter Front 163
2.3 Tabellen zur tatsächlichen Entwicklung der Krankenhäuser in Deutschland:
Vergleichende Darstellung der wichtigsten Kennzahlen nach Bundesländern 163

3 Rechtsprechung zur Krankenhausplanung 169

4 Krankenhausplanung 2021 in Nordrhein-Westfalen:
Revival einer Bedarfsplanung oder noch mehr Druck? 173
4.1 Das Gutachten 173
4.1.1 Schaffen sich zu viele Betten immer mehr Patient*innen? 173
4.1.2 Die leistungsorientierte Krankenhausplanung 175
4.1.3 Die Versorgungsanalyse 176
4.1.4 Ländliche Gebiete: Flächendeckung versus Leistungskonzentration 177
4.1.5 Die Mindestmengen und die Qualität 178
4.1.6 Die Planungskriterien des NRW-Plans 178
4.1.7 Das Ambulatisierungspotenzial 179
4.1.8 Der Planungsprozess 180
4.1.9 Handlungsempfehlungen des Gutachtens 182
4.1.10 Fazit 183
4.2 Das Krankenhausgestaltungsgesetz von Nordrhein-Westfalen 2021 183

5 Wie kann Bedarfsplanung sinnvoll aussehen? Vorschläge zur Bedarfsplanung 186
5.1 Hindernisse für eine Bedarfsplanung 186
5.2 Wie richtig planen? 186
5.3 Regional gegliederte integrierte Bedarfsermittlung und Versorgung 188

Schlussbetrachtung 190

Tabellenverzeichnis 192

VORWORT

Im Jahr 2020 wurden in Deutschland 20 Kliniken geschlossen. Trotz Corona mussten vor allem kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum aufgrund wirtschaftlicher Probleme dichtmachen. In Ingelheim stellte eine Klinik nach 80 Jahren ihren Betrieb ein. 190 Mitarbeiter*innen wurden entlassen. Zuvor hatte es einen ständigen Trägerwechsel und schlechte Bilanzen gegeben. Am Ende hatte die Stadt die Klinik übernommen und ein Rettungspaket in Aussicht gestellt – und dann kam doch die Insolvenz. Im Landkreis Parchim in Mecklenburg-Vorpommern sollte die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des 1997 privatisierten Klinikums in Crivitz schließen. So sah es zumindest der Betreiberkonzern Asklepios Ende 2019 vor. Da die Klinik in Crivitz seit Längerem rote Zahlen schrieb, wollte Asklepios die verlustträchtigen Bereiche abbauen. Am Ende konnte mit massiven Protesten die Schließung der Gynäkologie- und Geburtsstationen verhindert werden. Die Klinik wurde mithilfe des Landes zurückgekauft und ist Anfang des Jahres 2021 in die Trägerschaft des Landkreises Parchim übergegangen.

Zwei Beispiele mit ähnlichem Verlauf: Das Betreiben einer Klinik wird zu kostspielig. Sie schreibt rote Zahlen und soll schließlich geschlossen werden. Manchmal springen Land oder Kommune ein, um den Krankenhausstandort zu retten. Doch nicht immer hilft das. Fakt ist: Wirtschaftliche Erwägungen und nicht gesellschaftliche Bedürfnisse und staatliche Planung entscheiden über den Weiterbestand von Krankenhausstandorten. Dabei sind Planung und Steuerung der stationären Versorgung eine gesetzlich festgelegte Aufgabe der Bundesländer. Zur Krankenhausplanung gehört dazu zu ermitteln, welchen gesellschaftlichen Bedarf es an Gesundheitsversorgung gibt, und entsprechende Mittel zur Verfügung zu stellen. Stattdessen wurden, wie die vorliegende Studie zeigt, im Zeitraum 1992 bis 2019 bundesweit knapp 145.000 Betten abgebaut und etwa 570 Krankenhäuser geschlossen oder in andere Krankenhäuser eingegliedert. Dieser Bettenabbau war nicht medizinisch gerechtfertigt – so ist im selben Zeitraum die Zahl der Patient*innen um knapp fünf Millionen gestiegen.

Während mit der Corona-Krise die Bedeutung eines gut funktionierenden öffentlichen Gesundheitswesens verstärkt ins öffentliche Bewusstsein gerückt ist, drängen neoliberale Thinktanks wie die Bertelsmann Stiftung dennoch weiterhin auf Privatisierungen und den Abbau von Krankenhäusern. Dabei sollte man meinen, der Wunsch nach einer guten Notfall- und Gesundheitsversorgung samt bedarfsgerechter Planung sei gesellschaftlicher Konsens. Wir alle sind in unserem Leben schon einmal auf ein gut funktionierendes Krankenhaussystem angewiesen gewesen, weil wir selbst oder ein Familienmitglied einen Unfall oder nachts plötzlich starke Schmerzen hatte(n). In solch einer Situation sollte die nächste Klinik am besten nicht weit weg sein. Und kommt es bei Schlaganfällen oder Herzinfarkten bekanntlich nicht oft auf Minuten an? Auch Geburten lassen sich nicht aufschieben, bis das Krankenhaus endlich erreicht ist. Wie also funktioniert die Krankenhausplanung der Länder? Welches sind die zentralen Kriterien? Und wie hat sich Planung in den letzten Jahren verändert?

Diesen Fragen widmet sich die vorliegende Studie. Sie vergleicht die Krankenhausplanungen in allen 16 Bundesländern und untersucht ihren historischen Verlauf. Drei wesentliche Punkte werden dabei herausgearbeitet: Erstens hat die Krankenhausplanung seit Einführung mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 in der Bundesrepublik verschiedene Entwicklungsphasen durchlaufen. Die anfänglich verfolgte Sachplanung wurde zugunsten finanzieller Steuerungen zurückgedrängt. Das bedeutet, dass die Krankenhausplanung immer weiter abgenommen hat oder nur dem Abbau von Bettenkapazitäten diente. Faktisch fand also in den zurückliegenden Jahren kaum mehr eine Planung durch die Länder statt. Zweitens zeichnet sich in der aktuellen Situation eine Rückbesinnung auf die Krankenhausplanung ab. Wie die Modellprojekte für Nordrhein-Westfalen zeigen, hat diese jedoch wenig mit einer bedarfsgerechten Planung zu tun, vielmehr erfolgt über die Vorgabe von Qualitätsstandards und Mindestmengen eine weitere Reduzierung von Krankenhauskapazitäten. Planung wird als Chiffre genutzt, um das durchsetzen, was mithilfe von finanzieller Steuerung (sprich: Kostendruck) in der Vergangenheit nach Meinung von Bertelsmann und Co. nicht ausreichend gelungen ist. Der kritische Blick auf die Planungen der Länder und aktuelle Diskussionen zur Versorgungsstruktur mündet in der Studie drittens in einer Skizze von Ansätzen einer alternativen Bedarfsplanung. Hier wird der Horizont einer Planung entworfen, die sich mit dem Begriff der Bedarfsgerechtigkeit auf eine dem gesellschaftlichen Bedarf angemessene geografische und fachliche Verteilung von Gesundheitsdienstleistungen richtet, aber auch Fragen nach demokratischer Ausgestaltung stellt.

In diesem Sinne bietet die Studie einen umfassenden historischen sowie länderspezifischen Überblick über die Entwicklungen der Krankenhausplanung in Deutschland. Dieser hilft dabei, die Debatten um die Versorgungsstrukturen kritisch zu beleuchten, und liefert zugleich Ansatzpunkte und Argumente für eine bedarfsgerechte Planung. Und diese sind dringend notwendig im aktuellen Streit für ein öffentliches und demokratisches, solidarisch ausfinanziertes und geschlechtergerechtes Gesundheitssystem, in dem die Bedürfnisse der Menschen im Zentrum stehen sollten.

Julia Dück, Referentin am Institut für Gesellschaftsanalyse der Rosa-Luxemburg-Stiftung
Berlin, Januar 2022

EINLEITUNG

Allen Menschen eine gute Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, ist eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe. Eine gute Versorgung ist Voraussetzung für ein menschenwürdiges Leben. Es geht um den Zugang für alle und darum, den gesellschaftlichen Bedarf an Gesundheitsversorgung gut zu befriedigen. Diese bedarfsgerechte Versorgung muss geplant werden. Ziel der Bedarfsplanung ist demnach eine angemessene geografische und fachliche Verteilung von Gesundheitseinrichtungen, damit der Bedarf der Bevölkerung gerecht gedeckt werden kann. Der Begriff der Bedarfsplanung ist dabei in gewisser Weise irreführend – denn der gesellschaftliche Bedarf kann nicht geplant werden. Vielmehr geht es darum, den Bedarf zu ermitteln und auf dieser Grundlage eine bedarfsgerechte Versorgung zu planen. Wie aber kann der gesellschaftliche Versorgungsbedarf ermittelt werden? Und in welche Richtung weisen aktuelle Debatten der Bedarfsplanung?

In den gegenwärtigen Debatten fordern vor allem Gesundheitsökonomen erhebliche Änderungen bei der Krankenhausplanung. Für mediale Aufregung sorgte etwa die Aussage der Bertelsmann Stiftung,[1] dass eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland mit nur halb so vielen Kliniken möglich sei. Demnach hat Deutschland zu viele Krankenhäuser, zu viele Betten, zu hohe Fallzahlen und eine zu lange Verweildauer von Patient*innen im Krankenhaus. Dies sei auch angesichts des Fachkräftemangels in der Pflege ein Problem. Vorgeschlagen wird daher eine Leistungskonzentration in wenigen Krankenhäusern und die Reduzierung der stationären Fallzahlen und Betten, um so zugleich das Problem des Personalmangels zu beheben. Ähnlich argumentiert auch eine Studie der Leopoldina aus dem Jahr 2016.[2]

Bestand in den letzten 30 Jahren eine deutliche Dominanz der finanziellen Steuerung, so wird der Hebel für die angestrebten Veränderungen neuerdings wieder vermehrt in der Krankenhausplanung der Bundesländer gesehen. Hier, nämlich im Bereich des Krankenhausplanungsrechts, sollen die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden, um eine Reduktion der Krankenhäuser und eine Zentrierung der Versorgung zu erreichen. Auf der Grundlage einer Bedarfsplanung sollen die Länder demzufolge strategischen Einfluss auf die Krankenhausversorgung nehmen. Zugleich werden auch neue Regelungskompetenzen auf Bundesebene geschaffen. Zusammen mit dem neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz entwickelt sich der Gemeinsame Bundesausschuss[3] zur dominierenden Instanz für Fragen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Dessen Vorgaben haben auch zunehmend Einfluss auf die Krankenhausplanung der Bundesländer.

Die Entwicklung der gesundheitspolitischen Diskussion ist bemerkenswert: Lag zu Beginn der 2000er Jahre der Fokus der Ökonomisierung im Gesundheitssystem auf der Umgestaltung des Finanzierungsmodells, so zielen aktuelle Debatten mehr und mehr auf die Versorgungsstrukturen. Vor allem die Zahl der Krankenhäuser und Betten steht hierdurch vermehrt zur Disposition. Es werden aber auch neue Fragen aufgeworfen: Kehrt der Staat als planerische Instanz in die Gesundheitsversorgung zurück? Welche Ziele werden verfolgt, wenn neoliberale Thinktanks für Eingriffe des Staates in die Versorgungsstruktur argumentieren? Kann eine Planung nach Bedarf aus linker Perspektive Möglichkeiten für den Ausstieg aus der Ökonomisierung von Gesundheit sein? Ergeben sich Chancen, um in die durch das System der Fallpauschalen (DRGs) geschaffenen Fehl- und Überversorgungen planerisch einzugreifen?

Grund genug, die Bedarfsplanung einmal genauer unter die Lupe zu nehmen. Genau das ist Ziel der vorliegenden Studie. Hierfür beginnen wir zunächst mit der Historie der Krankenhausbedarfsplanung. 1972 wurde im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Ländern vorgegeben, eine Krankenhausbedarfsplanung vorzunehmen und hierzu einen Krankenhausbedarfsplan (später Krankenhausplan) aufzustellen. Diese Bedarfsplanung im Sinne der Ermittlung/Prognose des gegenwärtigen und zukünftigen regional und strukturell gegliederten Bedarfs an Krankenhäusern und Betten ist die Grundlage für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan. Dies wiederum ist die Voraussetzung für die staatliche Förderung von Investitionen in ein Krankenhaus, die gemäß des Systems der dualen Krankenhausfinanzierung von den Ländern übernommen werden.

Der Vorgabe der Bedarfsplanung genügten ab den 1970er Jahren letztlich alle Bundesländer. Sie führten eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Bedarfsplanung mit Prognose des zukünftigen Bettenbedarfs ein und verfeinerten die Methoden der Bedarfsermittlung in den ersten Jahren zum Teil sogar noch. Zu Beginn handelte es sich dabei um eine eindeutige (für den Bereich der Daseinsvorsorge zwingend notwendige) Sachsteuerung: Das heißt, der Bedarf wird anhand von Sachkriterien ermittelt, danach werden die dafür nötigen Mittel zur Verfügung gestellt.

Der Eintritt der BRD in den kapitalistischen Krisenzyklus rückte sehr früh das Thema Bettenabbau in den

1 Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung in Nordrhein-Westfalen, Gütersloh 2019, unter: www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsfaehige-krankenhausversorgung. **2** Busse, Reinhard u. a.: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Ausgabe 7 von Diskussion: Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle 2016. **3** Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das höchste Selbstverwaltungsorgan im deutschen Gesundheitswesen, dem Vertreter*innen der Krankenkassen und der Leistungserbringer sowie unparteiische Mitglieder und Patientenvertreter*innen (nicht stimmberechtigt) angehören.

Mittelpunkt. Dennoch war in den ersten Länderplänen durchaus noch von einem gewissen Mangel an Versorgungskapazitäten die Rede und davon, wie dieser zu beheben sei. Diesem Ansatz setzte die Kostendämpfungspolitik der 1980er und 1990er Jahre jedoch ein jähes Ende.

Gleichzeitig begann die Ära des Neoliberalismus mit seinem Dogma des schlanken Staates (Stichwort: «Standardpranger» als Infragestellen aller ordnungspolitischen Regelungen) und der Überlegenheit der Marktwirtschaft, insbesondere der finanziellen Steuerung. Bei der finanziellen Steuerung wird das Verhältnis von sachlichen Notwendigkeiten und hierfür benötigten finanziellen Mitteln auf den Kopf gestellt. Entscheidend ist nicht mehr, was sachlich notwendig ist, sondern was finanziell möglich ist. Möglich war wenig, weil in Zeiten der beginnenden Krisen insbesondere in den sozialen Bereichen und bei der Daseinsvorsorge Gelder (sogenannte Lohnnebenkosten) eingespart werden sollten.

Da faktisch alle im Parlament vertretenen Parteien die neoliberale «Monstranz» vor sich hertrugen, dass der Markt sowieso alles besser regele, kam es in allen Bundesländern zu einem dramatischen Rückzug aus der Planung. Die Krönung dieser Entwicklung – nämlich der Bewegung weg von Bedarfsplanung und Sachsteuerung Anfang der 1970er Jahre hin zur Ökonomisierung und finanziellen Steuerung ab den 1990er Jahren – stellte die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) im Jahr 2003 dar. DRGs sind Fallpauschalen für die Behandlung jeweils einer bestimmten Erkrankung. Sie sind nicht kostendeckend (was eigentlich für die Finanzierung von Einrichtungen der Daseinsvorsorge notwendig ist) und sollen dies auch nicht sein. Sie funktionieren als Festpreise und sind dazu gedacht, den Wettbewerb anzukurbeln. Dadurch lösen sie einen Zwang zum Kostendumping, zur Mengenausweitung (also der Vermehrung von behandelten Fällen in den Krankenhäusern) und zur Selektion von wirtschaftlich lukrativen Behandlungen aus.

Statt die Zwänge, die mit einem solchen Preissystem einhergehen, anzugreifen oder zumindest abzumildern, wurde ihnen in der Krankenhausplanung nachgegeben und wurde noch mehr Flexibilisierung und damit eine weitere Reduzierung staatlicher Vorgaben gefordert und umgesetzt. Mit der Einführung des DRG-Systems wurde der Abschied von einer staatlichen Planung also weiter vorangetrieben.

Eine der größten Mythen und gleichzeitig der größte Irrtum war, dass diese Form der Marktsteuerung zu einer Reduzierung der Kosten führen würde. Das Gegenteil war der Fall. Deshalb wird heute nach neuen Formen der Kostendämpfung gesucht. Auch die Hoffnung, dass über die Zwangsgesetze der Ökonomisierung Krankenhäuser und Betten «vom Markt» verschwinden würden, hat sich nicht in dem Umfang erfüllt, wie sich das der Mainstream der Politik und ihre neoliberalen Berater gewünscht haben.

In den letzten Jahren hat sich deshalb die Euphorie über die Steuerung durch Preise deutlich gelegt. Selbst neoliberale Thinktanks und ihre Vordenker für den Bereich Gesundheitswesen (RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Bertelsmann Stiftung, Boris Augurzky, Reinhard Busse oder Jonas Schreyögg, um nur einige zu nennen) äußern dezente Kritik – insbesondere an der Mengenausdehnung. Es werden neue Wege der Kostenreduktion gesucht.

Von neoliberaler Seite wird – neben der fortbestehenden finanziellen Steuerung – deshalb ein gewisses Revival der staatlichen Planung propagiert Ein Instrument hierzu ist die Qualitätsdiskussion. Über Qualitätszu- und -abschläge sowie über Qualitätsvergütungen und Ähnliches soll die finanzielle Schraube für die Krankenhäuser mit vorgeblich schlechter Qualität angezogen werden. Wie eine Reduzierung der finanziellen Mittel zu besserer Qualität führen soll, bleibt das Geheimnis der Befürworter*innen dieser Entwicklung. Auch sachliche Qualitätsvorgaben (z. B. Mindestmengen), so sinnvoll sie sein mögen, werden zu einem Instrument, mit dem man die Schließung von Krankenhäusern und den Bettenabbau forcieren kann. Das Problem dabei: Wieder handelt es sich um sachlich ungesteuerte Schließungen unter finanziellem Druck und nicht um eine sachbezogene Planung, die gleichzeitig eine hochwertige, aber auch flächendeckende Versorgung gewährleistet. Ein weiteres Instrument ist die Steuerung über die Vergabe von Leistungsmengen, wie sie gerade in Nordrhein-Westfalen eingeführt wird.

Zum Aufbau der Studie

Die vorliegende Studie untersucht anhand der Entwicklungen der Gesetzgebung des Bundes (1. Teil) und der Gesetzgebungen und Krankenhausplanungen der Länder (2. Teil) die Entwicklungslinien in diesem Politikfeld. Gleichzeitig werden die wesentlichen Ergebnisse dieser Entwicklungen zusammengefasst. Die Studie beschränkt sich sowohl bei der Gesetzgebung des Bundes als auch der Länder auf die Bestimmungen zur Planung. Die Investitionsförderung, die im Zuge neoliberaler Steuer- und Finanzpolitik (insbesondere der Schuldenbremse) in allen Ländern massiven Kürzungen unterlag, wird nur insofern betrachtet, als sie Einfluss auf den Planungsprozess und die Planung selbst hat. Auch die finanzielle Steuerung über das Preissystem der DRGs, die wesentliche Auswirkungen auf die Entwicklung dieses Sektors der Gesundheitsversorgung hat, wird nur in ihren Rückwirkungen auf die Planung dargestellt. Um wesentliche Entwicklungsstränge besser herausarbeiten zu können, erfolgt beim Thema Krankenhausplanung eine Beschränkung auf die somatische Medizin (ohne Psychiatrie/Psychosomatik). Auch eine Betrachtung des Gesundheitswesens in der DDR, die sicherlich interessant wäre, erfolgt aus den obigen Gründen nicht. In einem Exkurs zur «neoliberalen Zeitenwende» wird auf die gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen der Umstellung der Krankenhausplanung und -finanzierung eingegangen.

In zwei weiteren Exkursen wird die 1981 eingeführte Planung von medizinischen Großgeräten und von Ausbildungsplätzen beleuchtet.

In einem 3. Teil werden die richterrechtlichen Rahmenbedingungen (höchstrichterliche Urteile zur Auslegung der gesetzlichen Vorgaben der Krankenausplanung) erörtert, die zwischenzeitlich zu einer echten Hürde für eine sachgerechte Planung geworden sind. In einem 4. Teil wird kritisch auf die neusten Entwicklungen im Bereich der Krankenhausplanung eingegangen: die gutachterlichen Vorschläge zu einer Planung über die Vergabe von Leistungskomplexen in Nordrhein-Westfalen und die hierzu bereits erfolgte Änderung der gesetzlichen Grundlagen der Planung. Im 5. und abschließenden Teil werden aus der Kritik an der bisherigen Planung Vorschläge für eine bedarfs- und sachgerechte Planung abgeleitet, aber auch die Hemmnisse aufgezeigt, die Folge der allgemeinen politischen Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung sind: die Finanzierungart der laufenden Kosten über ein Preissystem, die sektorale Trennung in den ambulanten/stationären Bereich und die unterschiedliche Trägerschaft der Krankenhäuser (öffentlich, freigemeinnützig, privat).

Die Studie berücksichtigt Änderungen der Gesetzgebung und Planung bis zum 15. September 2021.

1 GESETZLICHE BESTIMMUNGEN ZUR KRANKENHAUSPLANUNG UND FÖRDERUNG AUF BUNDESEBENE

1.1 1950ER JAHRE UND PFLEGESATZVERORDNUNG – WIEDERAUFBAU OHNE ÜBERGEORDNETE PLANUNG

Der erste Statistische Bericht über die Krankenanstalten im Bundesgebiet nach dem Krieg erschien 1952.[4] Demnach gab es 1938, also vor Ausbruch des Zweiten Weltkriegs, im Reichsgebiet 4.673 Krankenhäuser mit insgesamt 637.090 Betten für ca. 79 Millionen Einwohner*innen. Im Jahr 1952 existierten dann in der BRD 3.296 Krankenhäuser und 502.547 «Normalbetten» für 50,96 Millionen Einwohner*innen. Diese Zahlen beinhalteten «sämtliche der geschlossenen Krankenfürsorge dienenden Anstalten mit regelmäßiger ärztlicher Betreuung», also auch Kurkrankenanstalten und Gefängniskrankenhäuser.

Die Vorhaltung von Betten als Reserve für Notfälle scheint – im Gegensatz zur heutigen marktgetriebenen Bettenauslastung – damals eine Selbstverständlichkeit gewesen zu sein, denn der Bericht vermerkt, «dass in den ersten Nachkriegsjahren in fast allen Ländern die Bettenzahl der Krankenanstalten zum Teil durch Übernahme von Wehrmachtslazaretten wesentlich höher lag als vor dem Kriege, da unter anderem kranke und verwundete Kriegsteilnehmer, Flüchtlinge, Ausgebombte einer stationären Behandlung bedurften und außerdem eine größere Zahl an Betten für eventuell auftretende Seuchen in Reserve gehalten wurde».

37,4 Prozent der Krankenhäuser hatten weniger als 200 Betten. Der Bettenanteil der öffentlichen Krankenhäuser betrug 58 Prozent, der der freigemeinnützigen 37 Prozent. In privater Hand waren fünf Prozent der Betten.[5]

1953 wird erstmals erwähnt, dass zusätzlich zu den Normalbetten 22.000 «überzählige (zusätzlich aufgestellte)» Betten vorhanden waren.[6] Die Zahl von Notbetten, wie man sie später nannte, blieb bis Anfang der 1970er Jahre immer ungefähr gleich. Notbetten wurden im Bericht von 1960 definiert als Betten in «überbelegten Krankenzimmern oder in Nebenräumen».[7]

Ab 1956 ist in den Statistischen Berichten in Bezug auf die Normalbetten von «Planbetten» die Rede, nicht weil es eine übergeordnete Planung gegeben hätte, sondern in Unterscheidung zu den Notbetten.

Ab 1960 werden Akut-Krankenhäuser gesondert ausgewiesen, also Spezialkliniken, Sonderkrankenhäuser und Kurkliniken herausgerechnet. Der Anteil der Akut-Krankenhäuser an allen Krankenhäusern lag 1960 bei 69,6 Prozent und 1972 bei 67,8 Prozent, blieb also relativ konstant.[8]

Die Zahl aller Krankenhäuser stieg bis 1972 auf 3.519, die Zahl der Betten stieg auf 701.263 (siehe Tabelle 1). Hinter den oft kleinen jährlichen Anstiegen bzw. Absenkungen verbergen sich zum Teil erhebliche Zugänge und Abgänge. So wurden zum Beispiel im Jahr 1963 75 Krankenhäuser neu eröffnet und 83 Krankenhäuser geschlossen.[9] Ab diesem Jahr bis 1972 sank die Zahl der Krankenhäuser (bei zunehmender Bettenzahl) dann um 125, was auf die Neubautätigkeit und die damit verbundene Schließung von überalterten Krankenhäusern, Behelfskrankenhäusern und ehemaligen Lazaretten zurückzuführen sein dürfte.

Der Anteil der Krankenhäuser unter 200 Betten lag 1972 bei 68,1 Prozent, war also gegenüber den 37 Prozent von 1952 deutlich angestiegen. Auch das ist vermutlich ein Ausdruck dafür, dass die Gebietskörperschaften für «ihre» Bevölkerung, ihre Stadt oder ihren Landkreis neue Krankenhäuser bauten, ohne dass es eine übergeordnete Planung gab.

Tabelle 1: Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser und Planbetten 1938 bis 1972

	Krankenhäuser	Planbetten
Reichsgebiet 1938	4.673	637.090
1952	3.288	502.547
1953	3.306	513.104
1954	3.325	524.196
1955	3.396	539.334
1956	3.403	546.593
1957	3.405	553.725
1958	3.440	558.792
1959	3.461	567.266
1960	3.604	583.513
1961	3.627	594.642
1962	3.651	604.932
1963	3.644	615.685
1964	3.609	619.388
1965	3.619	631.447
1966	3.617	640.372
1967	3.609	649.590
1968	3.618	665.546
1969	3.601	677.695
1970	3.587	683.254
1971	3.545	690.236
1972	3.519	701.263

Quelle: Statistisches Bundesamt: Statistische Berichte und Fachserie A, Reihe 7, Gesundheitswesen, verschiedene Jahrgänge.

Anmerkung zur Tabelle: Alle Zahlen inklusive Vorsorge- und Reha-Einrichtungen. Zahlen bis 1954 ohne Saarland und Berlin und ab 1955 bis 1959 ohne Berlin. In den Jahren 1964 bis 1972 kamen noch jeweils zwischen 24 (1964) und zehn (1972) «Krankenhäuser ohne Planbetten» in Bayern hinzu.

4 Statistisches Bundesamt: Statistische Berichte. Die Krankenanstalten im Bundesgebiet 1952, Wiesbaden. **5** Alle Zahlen und Zitate: ebd., S. 78. **6** Statistisches Bundesamt: Statistische Berichte. Die Krankenanstalten im Bundesgebiet 1953, Wiesbaden, S. 3. **7** Statistischen Bundesamt: «Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen III. Krankenanstalten, Heil- und Hilfspersonal 1960», Wiesbaden, S. 3. **8** Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorgeeinrichtungen 1990, Wiesbaden, S. 17. **9** Statistisches Bundesamt: Statistische Berichte. Bevölkerung und Kultur, Krankenanstalten, Heil- und Hilfspersonal 1963, Wiesbaden, S. 3.

Was die Trägerschaft angeht, so befanden sich 1972 noch 54,4 Prozent aller Betten in öffentlicher Hand, 36,4 Prozent entfielen auf freigemeinnützige Träger und 9,3 Prozent auf private Krankenhausbetreiber, wobei der Anteil der Privatbetten in der Akutversorgung nur bei 4,2 Prozent lag und seit 1966 um 13,2 Prozent zurückgegangen war.[10] Offensichtlich investierten die Privaten schon damals mehr in lukrative Sonderkrankenhäuser (für «Privatpatient*innen») anstatt in die allgemeine Versorgung.

Parallel hierzu stieg die Bevölkerungszahl von 50,96 Millionen im Jahr 1950 auf 61,81 Millionen im Jahr 1972, also um 10,85 Millionen. Das ist eine Steigerung von 21,3 Prozent. Die damalige Situation war darüber hinaus gekennzeichnet durch Kriegsschäden, eine Überalterung der Krankenhausbauten und einen erheblichen Bettenmangel, was die Versorgung der schnell wachsenden Bevölkerung erschwerte. Gleichzeitig gab es erhebliche Probleme mit der Finanzierung von Neubauten und der Beseitigung von Kriegsschäden.

Die Träger der Krankenhäuser und die Gebietskörperschaften (Städte und Landkreise) trugen die Hauptlast der Investitionskosten. In den späteren Jahren förderten einzelne Bundesländer ohne gesetzliche Grundlage einzelne Projekte. Diese Finanzierungssituation wurde 1954 durch die «Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten»[11] zementiert. Da laut Grundgesetz die Gesetzgebungskompetenz für Krankenhäuser bei den Ländern lag, zugleich aber versucht werden sollte, die steigenden Pflegesätze und damit die Finanzsituation der Krankenkassen zu stabilisieren, um die Wirtschaft zu entlasten, wurde der Umweg zur Einflussnahme auf die Krankenhauskosten über das Wirtschaftsrecht gewählt. Das Wirtschaftsministerium erließ die Verordnung aufgrund des Preisgesetzes.[12] Die wesentlichen Bestimmungen dieser Verordnung beziehen sich auf die Pflegesätze und ihre Deckelung.

In diesem Zusammenhang ist interessant, wie die Selbstkosten eines Krankenhauses definiert wurden. Grundsätzlich galt damals die sogenannte Monistik, also, dass alle Kosten – auch die Investitionskosten – durch die Kassen und über die Pflegesätze finanziert werden mussten. Wichtig ist, was nach dieser Verordnung alles nicht zu den Selbstkosten gehörte (§ 6 Abs. 1):

«Selbstkosten im Sinne dieser Verordnung sind unbeschadet des § 7 die mit einer stationären Krankenhausbehandlung bei sparsamer Wirtschaftsführung verbundenen Kosten nach Abzug der herkömmlich geleisteten öffentlichen Betriebszuschüsse; hierbei haben die Betriebszuschüsse der letzten 5 Jahre vor der Festsetzung oder Genehmigung von Pflegesätzen als Bemessungsgrundlage zu dienen.»[13] Weiter heißt es in Absatz 2:

«Nicht zu berücksichtigen sind:
1. Zinsen für Fremdkapital, das verwendet wird:
   a) für die Beseitigung von Kriegsschäden,
   b) für die Deckung des Nachholbedarfs, […]
2. Zinsen für Eigenkapital (einschließlich Baukostenzuschüsse und sonstige verlorene Zuwendungen),
3. Tilgungsbeträge für Fremdkapital.»[14]

Anders ausgedrückt bedeutet das, dass die finanziellen Mittel, die die Träger in der Vergangenheit zur Beseitigung der Kriegsschäden, zur Deckung des Nachholbedarfs und zum Ausgleich für die zu niedrigen Pflegesätze gewährt hatten, dauerhaft aus den Selbstkosten herausgerechnet wurden. Damit war die duale Finanzierung praktisch eingeführt, mit dem einen Unterschied, dass die Investitionskosten nicht von den Ländern zu tragen waren, sondern von den Trägern. Die Krankenkassen waren nur noch für die laufenden Kosten zuständig. Zum anderen wurden die bisherigen Betriebszuschüsse der Träger zur weiteren Absenkung der Krankenkassenbeiträge systematisch eingeplant.

Diese Regelung verschärfte die Situation der Krankenhäuser erheblich, insbesondere als Mitte der 1960er Jahre die erste Rezession einsetzte und die Gelder für die Kommunen nicht mehr so sprudelten, dass diese ohne Probleme bei den Krankenhausinvestitionen einspringen konnten.

Zu den Erfordernissen und zur Gestaltung einer Krankenhausplanung oder einer Bedarfsplanung enthielt die Verordnung keine Festlegungen – aufgrund der Bestimmungen des Grundgesetzes hätten dies bestenfalls Empfehlungen sein können. De facto erfolgte die «Planung» durch die Träger, also durch die Gebietskörperschaften (Städte und Landkreise) und die Kirchen, indem sie in den zuständigen Gremien beschlossen, ein Krankenhaus zu bauen, zu erneuern oder zu erweitern. Dies folgte den konkreten Erfordernissen vor Ort (Bettenmangel), was fehlte, waren Kriterien für eine Bedarfsplanung bzw. eine überregionale Planung. Dies ist auch eine Erklärung dafür, warum die Zahl der Krankenhäuser unter 200 Betten (siehe oben) damals so deutlich anstieg: Jeder Landkreis baute «sein» Krankenhaus für den eigenen Bedarf.

1.2 1960ER JAHRE UND GRUNDGESETZÄNDERUNG – NOTWENDIGKEIT VON PLANUNG WIRD OFFENSICHTLICH

Mitte der 1960er Jahre spitzte sich die Lage derart zu, dass die Bundesregierung sich veranlasst sah, die Pflegesatzverordnung zu ändern. Im Spannungsfeld zwischen dem Ziel, die Kassenbeiträge niedrig zu halten, und der Finanznot der Krankenhäuser scheiterte dieses Unterfangen zweimal (1964 und 1965). 1966 beschloss dann der Bundestag, die Bundesregierung um einen Bericht zu ersuchen, der folgende Teile enthielt:

«1. eine Übersicht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten […];

10 Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), BT-Drucksache 7/4530, 30.12.1975, S. 35. **11** Bundesanzeiger Nr. 173, 9.9.1954, S. 14. **12** Seit 1936 galt für die Pflegesätze eine Preisstoppverordnung und ab 1948 ein «Preisgesetz» mit einem leicht abgemilderten Preisstopp, sodass die Pflegesätze schon in der Vergangenheit nicht kostendeckend für den laufenden Betrieb waren, geschweige denn für die Investitionskosten. **13** Ebd., S. 16. **14** Ebd.

2. eine Darstellung, welche rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden können, um den Krankenanstalten die Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben zu ermöglichen;

3. einen Überblick über die gesundheitspolitischen, sozialpolitischen und finanziellen Auswirkungen der beabsichtigten Änderung der Bundespflegesatzverordnung.»[15]

Der Bericht (die sogenannte Krankenhaus-Enquete) wurde 1969 vorgelegt.[16] Bereits vorher, im Juni 1968, hatte die Bundesregierung in der Antwort auf eine große Anfrage der SPD-Fraktion die wesentlichen Grundüberlegungen zur Neugestaltung der stationären Versorgung dargelegt:

«Die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbetten ist eine öffentliche Aufgabe. Sie umfasst die Deckung des Bedarfs und die Sorge für eine Ausstattung, die den modernen Anforderungen an die medizinisch-technische Einrichtung für Diagnostik und Therapie und an die Besetzung mit ärztlichem und pflegerischem Personal gerecht wird. Diese Aufgabe ist trotz hervorragender Leistungen vieler Krankenhausträger und trotz außerordentlicher finanzieller und sonstiger Bemühungen einer Reihe von Ländern und Gemeinden zurzeit nicht überall befriedigend gelöst. Mehr als ein Drittel aller in der Bundesrepublik vorhandenen Krankenhausbetten befindet sich in Krankenhäusern, die aus der Zeit vor 1920 stammen; sie sind also überaltert. Regional bestehen starke Unterschiede in der Krankenhausstruktur und in der Bettenkapazität, sodass diese mancherorts nicht dem Bedarf des Einzugsgebietes entspricht. Darüber hinaus muss der Bettenbedarf den vorausschaubaren Veränderungen der Bevölkerungsziffern und der Bevölkerungsstruktur angepasst werden. […]

Die Lösung des Problems kann nicht in einem voll kostendeckenden Pflegesatz gefunden werden, bei dem das gegenwärtig bestehende Defizit der Krankenanstalten in vollem Umfange vom Benutzer zu tragen wäre. Dies würde eine sozialpolitisch wie auch konjunkturpolitisch nicht vertretbare Erhöhung der Beiträge zu den gesetzlichen Krankenkassen zur Folge haben. Voll kostendeckende Pflegesätze erscheinen aber auch deshalb bedenklich, weil sie zu Fehlinvestitionen führen können.

Es müssen vielmehr zusätzliche Wege zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gefunden werden, die generell dem Grundsatz Rechnung tragen, dass die Bereitstellung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe der allgemeinen Daseinsvorsorge ist. Der hohe Investitions- und Personalaufwand macht es dabei notwendig, dass jedes derartige System der Krankenhausfinanzierung verbunden wird mit langfristigen, ordnenden und koordinierenden Planungen der Länder, die untereinander für das gesamte Bundesgebiet abgestimmt werden, in der die Grundsätze für die Errichtung, Modernisierung und Erweiterung einer bedarfsgerecht gegliederten Krankenhausversorgung festgelegt sind. Nur so können die notwendigen Investitionen der nächsten Jahre gesichert werden, um den wachsenden Bedarf an medizinischen Leistungen optimal zu decken.

Ob und wieweit der Bund bei der Finanzierung von Krankenhausbauten mitwirken soll, gehört zum Fragenkreis der Finanzreform. Im Übrigen hat die Bundesregierung beschlossen, eine Verfassungsänderung einzubringen, durch die dem Bund die Gesetzgebung über die ‹wirtschaftliche Sicherung der Krankenhausversorgung› eingeräumt werden soll, um die Maßnahmen der Länder auf diesem Gebiet koordinieren zu können. Auf der Grundlage dieser erweiterten Zuständigkeit beabsichtigt die Bundesregierung gesetzgeberische Maßnahmen, durch die eine bessere und gleichmäßigere Krankenhausversorgung im gesamten Bundesgebiet erreicht werden soll. Im Interesse einer langfristigen und dauerhaften Neuordnung ist anzustreben, dass öffentliche Finanzierungshilfen für den Bau von Krankenhäusern auch hinsichtlich der Höhe verbindlich festgelegt werden.»[17]

Mit diesen Ausführungen wurde der Systemwandel eingeleitet: Die Bereitstellung von Krankenhausbetten (Einrichtungen der Daseinsvorsorge) wurde zu einer öffentlichen Aufgabe erklärt, sollte also nicht durch die Beitragszahler*innen und auch nicht durch die Träger finanziert werden (Ende der Monistik). Dies war eine grundsätzlich richtige Weichenstellung, weil damit die Erhebung der notwendigen Mittel (über Steuern) zu einer Aufgabe aller wurde und nicht nur die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen belastet.

Andererseits verbarg sich hinter diesen grundsätzlich richtigen Ausführungen auch die Absicht, das Kapital zu entlasten: Die Pflegesätze durften nicht steigen, das gefährde die wirtschaftliche Entwicklung, weil es die Weltmarktstellung der Unternehmen in Deutschland zu stark belaste – eine Überlegung, die in der Folge die gesamte «Kostendämpfungspolitik» der 1980er und 1990er Jahre dominierte.

Wenn die Finanzierung eine öffentliche Aufgabe ist, muss die Verausgabung der notwendigen Finanzmittel auch geplant werden, das heißt, es braucht eine langfristige, ordnende und koordinierende Planung der Länder, die bundesweit abgestimmt ist und zu einer bedarfsgerecht gegliederten Krankenversorgung führt. Damit ist das gesamte Feld der zukünftigen Krankenhausplanung umrissen. Der Bund war grundsätzlich bereit, sich an der Finanzierung zu beteiligen und die notwendigen gesetzlichen Änderungen (Grundgesetz und Krankenhausfinanzierungsgesetz als bundesweiter Rahmen) in die Wege zu leiten.

Auch wenn mit der Beantwortung der SPD-Anfrage schon die wesentlichen Konsequenzen der Krankenhaus-Enquete vorweggenommen sind, ist es trotzdem interessant, einen näheren Blick auf diese Untersuchung zu werfen. Deren wesentliche Befunde waren:

15 BT-Drucksache 5/784, 1.7.1966, S. 1. **16** Bundesministerium für Gesundheit: Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten (Krankenhaus-Enquete), BT-Drucksache 5/4230, 19.5.1969. **17** BT-Drucksache 5/3008, 12.6.1968, S. 11.

Die Finanzlage der Krankenhäuser war desolat. Hatte eine Befragung des Wirtschaftsministeriums im Jahr 1958 die Defizite auf 480 Millionen DM beziffert, so kam eine Berechnung des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 1965 auf 785 Millionen DM.[18]

Die Enquete kam zu noch höheren Defiziten. Rechnet man all das zusammen, was in der Pflegesatzverordnung von 1954 ausgeschlossen war, kommt man auf die stolze Summe von 1,946 Milliarden DM (im Bericht als «Kostenunterdeckung II» bezeichnet),[19] die nach den damals noch geltenden Regelungen eigentlich über die Pflegesätze zu zahlen gewesen wären, und zwar ohne Berücksichtigung des erhöhten Versorgungsbedarfs durch den Bevölkerungszuwachs. Zieht man hiervon die bisher üblichen Betriebszuschüsse in Höhe von 650 Millionen DM wieder ab, verbleiben immer noch 1,296 Milliarden DM («Kostenunterdeckung III»).[20] Weil es sich hier ja um eine Notmaßnahme der Träger handelte, die die Fortexistenz «ihrer» Häuser sichern sollte, kann dieser Betrag keinesfalls als legitimer Finanzierungsbestandteil gewertet werden.[21]

Im Weiteren wurden dann noch die Zuschüsse der Bundesländer, die zwischenzeitlich (ohne gesetzliche Grundlage und ohne klare Förderrichtlinien) die Summe von 454,2 Millionen DM (inkl. 101,9 Millionen DM Darlehen) erreicht hatten, herausgerechnet.[22] Zieht man diese Zuschüsse statt der Betriebszuschüsse von der Gesamtsumme ab, dann ergibt sich ein Defizit von 1,39 Milliarden DM aufseiten der Krankenhäuser – eine für die damalige Zeit extrem hohe Summe.

Der Bericht sprach sich nicht für eine bestimmte Änderung der Finanzierungs- und Planungspraxis aus. Stattdessen wurden mögliche Alternativen (inkl. Zwischenlösungen) und ihre Konsequenzen aufgeführt:

- Bei Beibehaltung der monistischen Finanzierung über Pflegesätze wären die Krankenkassen und die Sozialversicherungen mit 1,5 Milliarden DM belastet worden. Der Pflegesatz der 3. Klasse hätte um 15,50 DM pro Tag angehoben werden und die Beitragssätze der einzelnen Kassen hätten zwischen 0,6 und 6,2 Prozentpunkte steigen müssen.[23]
- Bei Umstellung auf die duale Finanzierung hätten die oben angeführten Finanzsummen über Steuern erbracht werden müssen. Höhere Kosten für die Krankenkassen und Sozialversicherungen wären nur in Höhe der bisherigen Betriebskostenzuschüsse angefallen – insoweit sie tatsächliche Zuschüsse zum laufenden Betrieb und nicht versteckte Investitionskostenzuschüsse waren.

Sehr interessant ist auch, was zur Notwendigkeit einer Bedarfsplanung ausgeführt wurde:

«Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit eines Krankenhaussystems hängen u. a. von der richtigen Relation der Bettenzahl zu der zu versorgenden Bevölkerung, von einem zweckmäßigen Standort, einer sachgerechten Gliederung der bestehenden Krankenanstalten und von einer zweckmäßigen Organisation der einzelnen Anstalt ab. Was die Bettenzahl betrifft, steht die Bundesrepublik Deutschland mit 107,1 Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner, wovon 71,1 Betten in Akut-Krankenanstalten stehen, im internationalen Vergleich an einer der ersten Plätze sowohl von der Gesamtzahl als auch von der Anzahl der Akutbetten her gesehen. Aus dieser Sicht dürfte es kein Problem des Bettenmangels geben. Dennoch ist es oft schwer, an bestimmten Orten für eine notwendige Einweisung das hierfür erforderliche Bett mit der entsprechenden Behandlungsmöglichkeit in einer Krankenanstalt zu finden.

Die Entwicklung vom Hospitalwesen zur heutigen Krankenhausform, d. h. von der Armenpflege zum modernen diagnostischen und therapeutischen Zentrum ist bis vor etwa mehr als zwei Jahrzehnten mangels sachgerechter und der Raumordnung entsprechender Planung im Allgemeinen unorganisch vor sich gegangen. Dieser Mangel hat dazu geführt, dass in der Bundesrepublik eine regional unterschiedliche qualitative und quantitative Krankenhausversorgung besteht, dass in manchen Krankenanstalten technische Apparaturen und Vorrichtungen angeschafft und installiert wurden, die nicht voll ausgenutzt werden können. Krankenanstalten sind im Einzugsbereich bereits bestehender Krankenanstalten errichtet worden. Ein Wettbewerb um Personal sowie mangelhafte Ausnutzung der Kapazität beider Krankenanstalten kann die Folge sein. Das aber ist bei den finanziellen Dimensionen, um die es hier geht, und bei der Lage am Arbeitsmarkt für medizinische Hilfskräfte eine nicht zu vertretende Entwicklung. Aufbau und Organisation des heutigen Krankenhauswesens entsprechen in vielen Fällen wegen der historisch bedingten unorganischen Entwicklung nicht den modernen internationalen Erkenntnissen.

Wenn die Krankenanstalten in Zukunft ihre Aufgabe zufriedenstellend erfüllen sollen, so muss im Bedarfsfalle jeder Bundesbürger unabhängig von seinem Wohnort und seiner sozialen Stellung, die seinem speziellen Fall qualitativ und quantitativ entsprechende Behandlung in einer Krankenanstalt erhalten.»[24]

Resignierend könnte man anmerken, dass sich die Problembeschreibungen bis heute kaum geändert haben. Dennoch bedeutete dieser Bericht eine wesentliche Weichenstellung und ebnete den Weg für eine Änderung der Krankenhausfinanzierung und die Einführung einer Bedarfsplanung.

Ein interessantes Detail ist, dass aus der Krankenhaus-Enquete auch hervorgeht, dass private Krankenhäuser in sechs Bundesländern überhaupt nicht gefördert wurden, in den anderen nur unter der Bedingung, dass «sie auf gemeinnütziger Basis arbeiten und wenn die Baumaßnahmen einem dringenden öffentlichen Bedürfnis entsprechen».[25] Die Anforderung «gemeinnützig», also dass keine Gewinne zur privaten Berei-

18 BT-Drucksache 5/4230, 19.5.1969, S. 9. **19** Ebd., S. 18. **20** Ebd., S. 20. **21** Spätestens hier hat man ein Déjà-vu, wenn man sich die heutige Praxis der Investitionskostenfinanzierung betrachtet. **22** BT-Drucksache 5/4230, 19.5.1969, S. 20. **23** Ebd., S. 26. **24** Ebd., S. 31. **25** Ebd., S. 56.

cherung entnommen werden dürfen, ist das Minimum dessen, was als Bedingung an die Förderung von privaten Trägern zu stellen ist. Diese Festlegungen stehen in wohltuendem Gegensatz zu den späteren Festlegungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz und zur heutigen Praxis, dass alle Träger gleichmäßig gefördert werden müssen.

Die Krankenhaus-Enquete führte dazu, dass nach Gesprächen mit den Bundesländern und einem Aushandlungsverfahren mit dem Bundesrat noch 1969 die benötigte Grundgesetzänderung erfolgte und auch das erste Krankenhausfinanzierungsgesetz auf den Weg gebracht wurde. Möglich wurde dies durch die seit 1966 bestehende Große Koalition aus CDU/CSU und SPD, die für die notwendige Zweidrittelmehrheit im Bundestag sorgte und die gleichzeitig über die Mehrheiten im Bundesrat dessen Zustimmung ermöglichte.

Zum einen wurde mit einer Änderung der Artikel 91a und 104a des Grundgesetzes (GG) die Möglichkeit geschaffen, dass sich der Bund an der Finanzierung von Länderaufgaben beteiligt. Zum anderen erhielt er die Möglichkeit der Rahmengesetzgebung auf dem Gebiet der sogenannten Gemeinschaftsaufgaben. Im *Finanzreformgesetz* (§ 3 Abs. 2) heißt es dazu: «Durch Bundesgesetz mit Zustimmung des Bundesrates werden die Gemeinschaftaufgaben näher bestimmt. Das Gesetz soll allgemeine Grundsätze für ihre Erfüllung enthalten.»

Begründet wurde das folgendermaßen: «Im Bundesgebiet bestehen seit jeher wesentliche Unterschiede in der regionalen Wirtschafts- und Sozialstruktur, die ein Gefälle in den Lebensverhältnissen zur Folge haben. […] Zur Wahrung und Herstellung einheitlicher Lebensverhältnisse im Bundesgebiet ist es erforderlich, solchen Auswirkungen durch Maßnahmen zur Umstrukturierung entgegenzuwirken und die strukturellen Unausgeglichenheiten im Bundesgebiet zu beseitigen. […] Das Wesen der Gemeinschaftsaufgaben liegt in ihrer gemeinschaftlichen Planung und Finanzierung durch Bund und Länder. Dabei soll die Mitwirkung des Bundes bei der Planung jedoch auf das notwendige Maß beschränkt bleiben. Sie soll in der gemeinsam mit den Ländern aufzustellenden Rahmenplanung bestehen, die zu einer wirkungsvollen Erfüllung der Aufgaben unerlässlich ist. Die Aufstellung von Detailplänen bleibt ebenso wie die Ausführung des Rahmenplanes Sache der Länder.»[26]

Damit war noch nicht klar geregelt, dass die Krankenhäuser unter diese Regelungen fallen. Deshalb wurde auch Artikel 74 GG («konkurrierende Gesetzgebung»)[27] geändert und die neue Nr. 19a in diesen Bereich aufgenommen («die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze»).

In dieser Formulierung geht es zwar nur um die finanziellen Aspekte der Sicherung der Krankenhäuser. Durch die Formulierungen im Finanzreformgesetz wird aber klar, dass hierzu auch die allgemeinen gesetzlichen Vorgaben gehören. Das ist auf der finanziellen Seite die Festlegung der Pflegesätze und der allgemeinen Förderrichtlinien für Investitionen, auf der sachlichen Seite die Krankenhausbedarfsplanung, weil ja nur dadurch sichergestellt werden kann, dass die Mittel zielgerichtet «zur Verbesserung der Lebensverhältnisse» ausgegeben werden.

Dementsprechend hieß es dann auch im Entwurf der Bundesregierung zu dieser Grundgesetzänderung: «Die Gesundheit des Menschen gehört zu den bedeutsamsten Lebensgütern. Ihr Schutz ist daher eine der wichtigsten öffentlichen Aufgaben. Daraus ergibt sich die Verpflichtung, alle Möglichkeiten zu erschließen, die die Erfüllung dieser öffentlichen Aufgabe in Zukunft noch wirksamer gestalten können.»[28] Und: «Die Anerkennung der Verantwortung des Bundes für die Pflegesätze der Krankenanstalten schließt aber notwendigerweise die Konsequenz ein, dass dem Bund zur Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse in diesem gesundheitspolitisch wichtigen Bereich auch ein Einfluss auf diejenigen Faktoren eingeräumt wird, die die Kostenlage der Krankenanstalten und damit die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhausversorgung bestimmen. Hierzu bedarf es einer entsprechenden Erweiterung der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes.»[29]

Der Bundesrat widersprach zunächst dieser Grundgesetzänderung, weil noch nicht geklärt war, in welcher Höhe sich der Bund finanziell beteiligen würde. Nachdem dies jedoch geklärt war und im Rahmen des geplanten Krankenhausfinanzierungsgesetzes fixiert werden sollte, waren die notwendigen Mehrheiten gesichert.

1.3 1970ER JAHRE UND KRANKENHAUSFINANZIERUNGSGESETZ – BEGINN DER BEDARFSPLANUNG

Es dauerte noch bis 1972, bis unter der SPD/FDP-Regierung und Bundeskanzler Willy Brandt das erste Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von Bundestag und Bundesrat verabschiedet wurde. Da es in der Großen Koalition Differenzen über die finanzielle Beteiligung des Bundes an den Krankenhauskosten gegeben hatte, begannen die konkreten Vorarbeiten erst nach Bildung der SPD/FDP-Koalition im Jahr 1969. In Bezug auf die eingebrachten Gesetzesentwürfe gab es von Anfang an eine große Übereinstimmung mit dem Bundesrat. Der wesentliche strittige Punkt war die Höhe der Beteiligung des Bundes. Nachdem auch dies im Vermittlungsausschuss einvernehmlich geregelt war, stand der Verabschiedung nichts mehr im Weg.

Das KHG zerfällt in zwei Teile: die Bestimmungen zur «Förderung der Krankenhäuser» und die «Vorschriften

26 BT-Drucksache 5/2861, 30.4.1968, S. 26 u. 28. **27** Konkurrierende Gesetzgebung bedeutet, dass es für Gesetze sowohl eine Zuständigkeit des Bundes als auch der Länder gibt. Wenn der Bund ein solches konkurrierendes Gesetz erlässt, gelten die entsprechenden Ländergesetze nicht mehr, außer es gibt im Grundgesetz oder im Bundesgesetz Ausnahmeregelungen. Umgekehrt müssen die Länder dem Bundesgesetz über den Bundesrat zustimmen. **28** BT-Drucksache 5/3515, 8.11.1968, S. 3. **29** Ebd., S. 6.

über Krankenhauspflegesätze». In unserem Zusammenhang interessieren nur der erste Teil und hier insbesondere die Regelungen zur Krankenhausbedarfsplanung. Die Regelungen zur Förderung werden nur insoweit besprochen, als sich die Förderung natürlich auf die Planung auswirkt und die Länder die Möglichkeit haben, über die Förderentscheidung Einfluss auf die Planung zu nehmen.

Zunächst ist aber der § 1 KHG interessant, weil er den Grundsatz bzw. das Ziel dieses Gesetzes definiert:

«Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.»[30]

Diese Formulierung beinhaltet eine eindeutige Priorisierung: Die Versorgung soll bedarfsgerecht sein und die Krankenhäuser sollen leistungsfähig sein. Zu diesem Zweck sollen die Krankenhäuser wirtschaftlich abgesichert werden und auch die Pflegesätze sozial tragbar bleiben. An dieser Priorisierung in § 1 hat sich – auf dem Papier – bis heute nichts geändert. An diesem Maßstab müssen alle weiteren politischen und gesetzgeberischen Maßnahmen gemessen werden.

Nicht zulässig ist nach dieser Definition, dass zum Beispiel wirtschaftliche Maßnahmen und Entwicklungen die Bedarfsgerechtigkeit und die Leistungsfähigkeit untergraben oder dass es ein gleichrangiges Abwägen zwischen Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit gibt. Dass die Krankenhäuser wirtschaftlich sein müssen, ist in diesem § 1 nicht gefordert. Wirtschaftliche Sicherung ist etwas anderes als die Forderung nach Wirtschaftlichkeit. Im Zweifelsfall muss ein Krankenhaus auch dann gesichert werden, wenn es bedarfsnotwendig, aber nicht wirtschaftlich ist.

Die Formulierung «zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen» bezieht sich nicht auf die Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern, sondern auf die Tatsache, dass durch die Einführung der dualen Finanzierung und damit der Übernahme der Investitionskosten durch den Staat die Pflegesätze massiv entlastet wurden. Dies geht eindeutig aus der Begründung zum Gesetzestext hervor: «Mit der Förderung dieser Investitionskosten aus öffentlichen Mitteln wird ein erheblicher Teil der gesamten Kosten der Krankenhäuser von der öffentlichen Hand übernommen. In diesem Umfang werden die Pflegesätze entlastet. Der Entwurf entspricht damit der Forderung nach teilkostendeckenden Pflegesätzen und trägt so zu sozial tragbaren Pflegesätzen bei.»[31]

Mit dem Krankenhauskostendämpfungsgesetz 1981 wurde dann doch noch die Wirtschaftlichkeit als gleichberechtigtes Ziel über den Umweg der Änderung von § 6 eingeführt (siehe dazu weiter unten). Die Rechtsprechung hat diese eindeutige Priorisierung in § 1 nie akzeptiert, sondern ist immer von der Wirtschaftlichkeit als gleichwertigem Ziel ausgegangen (Näheres siehe Kapitel 3). Von da ist es nur noch ein kleiner Schritt zur Priorisierung von Wirtschaftlichkeit und zur finanziellen Steuerung des Bedarfs unter Kostendämpfungsgesichtspunkten.

Die Notwendigkeit, dass Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten, wird erst in § 4 thematisiert. Zu den Förderungsgrundsätzen heißt es dort: «Die Krankenhäuser werden nach Maßgabe dieses Gesetzes durch Übernahme von Investitionskosten öffentlich gefördert. Dabei müssen die Förderung nach diesem Gesetz und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken.»[32]

Dass Krankenhäuser sparsam wirtschaften sollen (im Sinn von «keine Verschwendung von Geldern der Beitragszahler*innen»), ist unbestritten, gehört aber nicht zu den Zielen (§ 1), sondern zur Frage, wie die Selbstkostendeckung umgesetzt wird. Außerdem ist sparsam wirtschaften etwas anderes als wirtschaftlich sein. Letzteres bedeutet, keine Verluste machen. Das ist aber durchaus möglich, auch wenn man sparsam wirtschaftet.

Andererseits: Gerade wenn die notwendigen Kosten eines Krankenhauses vollständig refinanziert werden sollen, müssen die Krankenkassen auch das Recht haben, die Wirtschaftlichkeit zu prüfen. Dass dieses Recht von den Kassen oft dazu benutzt wurde, um Krankenhäuser massiv unter Druck zu setzen und mit Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen zu überziehen, ist die Kehrseite dieser an sich richtigen Festlegung. Interessanterweise hat sie in der Anfangsphase des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dazu geführt, dass die Bundeländer Anhaltszahlen für den Personaleinsatz (faktisch aller Berufsgruppen) festgelegt haben, um so zu definieren, was wirtschaftlich ist. Die Einführung von Personalbedarfsberechnungen war damals also weniger eine Forderung der Gewerkschaften als eine Vorgabe der Länder für Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen. Dennoch waren sie in der Auseinandersetzung in den Krankenhäusern um mehr Personal ein nützliches Instrument.

Mit dem § 4 ist auch der Anspruch der Krankenhäuser auf (Selbst-)Kostendeckung (unter der Bedingung, dass sie sparsam wirtschaften, aber dennoch leistungsfähig bleiben) formuliert, der im weiteren Verlauf der Entwicklung der Krankenhausfinanzierung in Richtung immer mehr Markt abgeschafft und durch ein Preissystem ersetzt wurde. Andererseits legt der Paragraf fest, dass die Krankenhäuser Anspruch auf öffentliche Förderung ihrer Investitionskosten haben. Diese Formulierung ist ohne Einschränkungen (etwa «teilweise») und bedeutet im Kern, dass die gesamten Investitionskosten von Bund und Ländern übernommen werden müssen.

Die Voraussetzungen für die Förderung sind in § 8 Abs. 1 festgelegt: «Krankenhäuser werden nach die-

30 Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Gesetzentwurf der Bundesregierung), BT-Drucksache 6/1874, 25.2.1971, S. 2. **31** Ebd., S. 9. **32** Ebd., S. 2.

sem Gesetz nur gefördert, soweit und solange sie in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes (§ 6) aufgenommen sind und wenn die zuständige Landesbehörde ihre Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan und im Falle der Förderung nach § 9 die Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm festgestellt hat. Allgemeine Krankenhäuser mit weniger als 100 planmäßigen Betten werden nach § 9 Abs. 1 und 2 nur gefördert, wenn sie in die Krankenhausbedarfsplanung ausdrücklich als zur Versorgung der Bevölkerung auf Dauer erforderlich aufgenommen worden sind.»[33]

Mit Krankenhausbauprogramm ist die konkrete Festlegung gemeint, welche Projekte in den jeweils nächsten Jahren gefördert werden. Das wäre dann die schrittweise Umsetzung der Bedarfsplanung in die Realität. Bereits hier findet sich die (sinnvolle) planerische Vorgabe, dass Krankenhäuser mit unter 100 Betten nur im Ausnahmefall gefördert werden sollen. Die Umsetzung dieser Vorgabe lag bei den Ländern, wurde aber weitgehend negiert.

Die entscheidenden Festlegungen zur Krankenhausbedarfsplanung finden sich in § 6: «Die Länder stellen Krankenhausbedarfspläne sowie für den Zeitraum der mehrjährigen Finanzplanung des Bundes auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus und deren Finanzierung auf. […] Die mehrjährigen Programme sind jährlich der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten. […] Bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus sind die Krankenhausgesellschaft sowie die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören. Die Landesregierungen bestimmen, wer als wesentlich Beteiligter im Sinne des Satzes 1 anzusehen ist. Die Krankenhausbedarfspläne sind in geeigneter Form zu veröffentlichen.»[34]

Aus der Tatsache, dass nur die Krankenhäuser gefördert werden sollen, die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen werden, wird in der Gesetzesbegründung gefolgert: «Der Landeskrankenhausbedarfsplan wird damit zum entscheidenden Steuerungsmittel für Art, Umfang und Ausmaß der künftigen Krankenhausversorgung. Die Planung der Krankenhausversorgung bleibt Angelegenheit der Länder.»[35]

In §§ 9 und 10 wird geregelt, dass die Förderung als Einzelförderung auf Antrag (Errichtung von Krankenhäusern/mittelfristige Anlagegüter) und als Pauschalförderung pro Bett und je nach Größenklasse des Krankenhauses (kurzfristige Anlagegüter) erfolgt. Vom Gesetzestext her geht es um die volle Finanzierung der notwendigen Investitionen. Allerdings war es selbstverständlich auch hier schon möglich, über die Auswahlentscheidung zur Einzelförderung den Finanzrahmen zu begrenzen und von der «Notwendigkeit» zur «Finanzierbarkeit» überzugehen. Bereits damals wurde zudem die Möglichkeit eröffnet, sich Leistungen einzukaufen («§ 11 Förderung der Nutzung von Anlagegütern») und sich diese anstatt der Anschaffung fördern zu lassen.

Weitere Regelungen im Zusammenhang mit Planung und Förderung sind:

- Der Bund beteiligt sich zu einem Drittel an den Investitionskosten (§ 22).
- Bund und Länder bilden einen «Ausschuss für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser», in dem die «Abstimmung der allgemeinen Grundsätze für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser» und die Aufstellung der Krankenhausprogramme nach § 6 erfolgt sowie die Beteiligung des Bundes geklärt wird (§ 7).
- Es wird ein Beirat gebildet, der dem Ausschuss «zur Seite steht». Ihm gehören sieben Vertreter*innen der Träger, fünf Vertreter*innen der Sozialleistungsträger, zwei der Ärzteschaft und je ein(e) Vertreter*in der Arbeitnehmer und Arbeitgeber an (§ 7 Abs. 4).

Insgesamt ist wichtig, dass 1972 noch ausdrücklich eine Bedarfsplanung verlangt wurde. Mit dem Krankenhausneuordnungsgesetz 1984 wurde dieser Begriff in Krankenhausplanung geändert. Beim ersten geht es um eine eigentliche Planung bezogen auf den tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung. Beim zweiten geht es eher um eine Verwaltung der vorhandenen und neu zu schaffenden oder abzubauenden Betten (Näheres hierzu in Kapitel 2). Damit war der Rahmen für die Krankenhausgesetzgebung und die Krankenhausplanung der Länder geschaffen, die dann auch mit einem gewissen Zeitverzug begann.

Als Nächstes sei allerdings noch ein Blick auf die Änderungen des KHG in den folgenden Jahren und bis heute geworfen, soweit sie die Krankenhausplanung und -förderung betreffen.

1.4 WEITERE ÄNDERUNGEN DER PLANUNGS- UND FÖRDERUNGS-PARAGRAFEN DES KHG BIS 2020

Bereits bei der Verabschiedung des KHG hatte der Bundestag die Bundesregierung aufgefordert, einen Bericht über die Auswirkungen des KHG vorzulegen. Dies geschah 1975.[36] Aus ihm ging hervor, dass Bund und Länder seit 1972 insgesamt 10,5 Milliarden DM für Investitionen ausgegeben hatten.[37]

In dem Bericht wurden zudem große Unterschiede in der Differenziertheit und Ausrichtung der Pläne festgestellt. Zur Effektivität der Krankenhausbedarfspläne wurde ausgeführt: «Sie haben bisher jedoch noch nicht zu der vom Gesetzgeber angestrebten Straffung und Neustrukturierung des Angebots an Krankenhausleistungen geführt. […] Die Bundesregierung sieht es als vordringlich an, eine Abstimmung mit den Ländern über allgemeine Grundsätze für die Krankenhausbe-

33 Ebd., S. 4. **34** Ebd., S. 3. **35** Ebd., S. 11 f. **36** Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), BT-Drucksache 7/4530, 30.12.1975. **37** Ebd., S. 8.

darfsplanung so schnell wie möglich herbeizuführen und eine Weiterentwicklung der Krankenhausbedarfspläne mit dem Ziel eines stufenweisen Abbaus der regional und fachlich unterschiedlichen Überkapazitäten einzuleiten. Erforderlich ist eine Angleichung der Bewertungsmaßstäbe und Bedarfsdeterminanten.»[38]

Die Differenzierung der Vorschriften durch das Krankenhauskostendämpfungsgesetz (siehe unten) war also offensichtlich auch eine Reaktion auf das zum Teil zögerliche und uneinheitliche Planungsverhalten der Länder. Das Ziel «Neustrukturierung» wurde aber schon relativiert, es ging auch um Abbau von Überkapazitäten.

1.4.1 Krankenhauskostendämpfungsgesetz 1981[39] – Ausbau der Vorgaben zur Planung

Die ersten relevanten Änderungen des KHG erfolgten 1981 mit Verabschiedung des Krankenhauskostendämpfungsgesetzes (zuständige Ministerin Antje Huber [SPD] in der schwarz-gelben Koalition unter Bundeskanzler Schmidt). Die Möglichkeiten zur Kostendämpfung wurden zunächst im Teil des KHG zu den Pflegesätzen gesehen (schrittweise Aufhebung der Selbstkostendeckung). Die Regelungen zur Planung wurden deutlich ausgebaut. Die Planung wurde offensichtlich als Möglichkeit begriffen, Bettenabbau und Schließungen zu forcieren. Das ist insofern interessant, als noch nicht auf Abbau von Regulierungen zur Erhöhung der Konkurrenz und dadurch bedingte Einsparungen gesetzt wurde, wie es der Neoliberalismus postulierte, sondern auf staatliche Eingriffe.

In § 1 wurde der Satz «Bei der Durchführung dieses Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten» eingefügt – ein erster wichtiger Hinweis darauf, dass das Heil des Gesundheitswesens zunehmend in Privatisierungen gesehen wurde. Die Investitionskosten für Ausbildungsstätten wurden in die Förderung aufgenommen und damit auch die Verpflichtung, die Ausbildungsstätten zu planen (§ 2 Nr. 3e). Die vom Bund gezahlten Summen für Neubauten (inkl. Grundstückserwerb) sanken von jeweils 350 bis 385 Millionen DM in den Jahren 1972 bis 1975 auf jeweils 226 bis 255 Millionen DM in den Jahren 1980 bis 1982.[40]

Der § 6 zur Krankenhausbedarfsplanung wurde völlig neu gefasst und ein § 6a «Investitionsprogramme» hinzugefügt. Die wesentlichen Änderungen waren:

– Von nun an mussten die Bedarfspläne differenzierter aufgestellt werden. Gleichzeitig wurde die Wirtschaftlichkeit als gleichberechtigtes Ziel aufgenommen. Dies erfolgte quasi durch die Hintertür, weil der § 1 nicht geändert wurde. § 6 Abs. 2 lautet: «Die Krankenhausbedarfspläne haben den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser insbesondere nach Standort, Bettenzahl, Fachrichtungen und Versorgungsstufe auszuweisen. In die Bedarfspläne sind auch die Hochschulkliniken sowie die in § 3 Nr. 1 und 4 [Krankenhäuser des Bundes und der gesetzlichen Rentenversicherung; d. Verf.] genannten Krankenhäuser einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung dienen; bei Hochschulkliniken sind die Aufgaben aus Forschung und Lehre zu berücksichtigen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten. Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung können einzelnen Krankenhäusern besondere Aufgaben zugeordnet werden. Krankenhäuser sollen für die Benutzer in zumutbarer Entfernung erreichbar sein. Die Bedarfspläne sollen ferner die Voraussetzung dafür schaffen, dass die Krankenhäuser, auch durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung untereinander, zum Beispiel über die Vorhaltung medizinisch-technischer Großgeräte, die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten sicherstellen können.»
– Neben den Krankenhausgesellschaften und den Spitzenverbänden der Kassen wurde explizit die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen und der kommunalen Spitzenverbände an der Erstellung des Planes vorgeschrieben. Diese Verbände stellten die «wesentlichen Beteiligten» dar, weitere konnten durch Bestimmungen in den Landeskrankenhausgesetzen hinzugezogen werden. Die Art der Beteiligung wurde differenzierter dargestellt (Erörterung der Planungsziele und -kriterien). Die betroffenen Krankenhäuser sind zu hören.
– Verlangt wurde, die notwendigen Investitionen in mehrjährigen Programmen darzustellen. Zusätzlich schrieb das neue Gesetz die Erstellung eines jährlichen Krankenhausbauprogramms mit Angaben zu den notwendigen Finanzmitteln vor.

Der § 8 wurde um folgenden Passus ergänzt: «Ein Rechtsanspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan und in das Jahreskrankenhausbauprogramm besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern hat die Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen nach pflichtgemäßem Ermessen abzuwägen, welches der betroffenen Krankenhäuser den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung des Landes am besten gerecht wird.»

Die Festlegung von Kriterien bei notwendigen Auswahlentscheidungen war eigentlich eindeutig. Es sollte sich aber in der weiteren Entwicklung – vor allem nach der Abschaffung des Gewinnerzielungsverbots 1984 – erweisen, dass diese planerischen Entscheidungen immer wieder von privaten Betreibern – unter Hinweis auf die grundgesetzlich garantierte Berufsfreiheit (Art. 12 GG) – gerichtlich angegriffen wurden, um durchzusetzen, dass sie mehr Betten erhalten. Neben der allgemeinen Privatisierungseuphorie waren diese rechtlichen Beschränkungen in späteren Jahren ein

38 Ebd., S. 16. **39** Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1981, Teil 1, 22.12.1981, S. 1568f. **40** Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1972, Teil 1, 1.7.1972, S. 1015 und Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1981, Teil 1, 22.12.1981, S. 1572.

wichtiger Grund dafür, dass die gesamte Planung – soweit sie überhaupt noch gewollt war – de facto zum Erliegen kam (siehe Kapitel 3).

Des Weiteren entfiel die grundsätzliche Einschränkung der Förderung auf Krankenhäuser über 100 Betten und es wurde ein neuer § 11a zur «Anschaffung oder Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte» eingefügt, der die Großgeräteplanung zum Ziel hatte. Ersteres ist unverständlich, wenn das erklärte Ziel der Planung die Zusammenführung der Versorgung in größeren Krankenhäusern ist. Letzteres wäre ein zusätzliches Element einer sinnvollen Planung (Kooperation statt Konkurrenz), das aber in der Realität mehr einer Bestandsaufnahme als einer Planung entsprach (siehe Exkurs 2: Großgeräteplanung, S. 25–26).

Waren sowohl die Praxis als auch der ursprüngliche Gesetzestext noch nicht an den Interessen von privaten Klinikbetreibern ausgerichtet, so begann sich auch dies zu ändern. Spätere Reformen des KHG sollten diese Tendenz noch stärken. Die neoliberale Ideologie, dass der Staat möglichst «schlank» sein müsse und der Markt und die Privaten eh alles besser machen würden, wurde zunehmend salonfähig.

Insgesamt wiesen die Änderungen im ersten Teil des Gesetzes (Förderung) aber allesamt in Richtung einer differenzierteren Planung und konkreter Festlegungen. Dabei wurden wesentliche Kriterien einer sinnvollen Planung benannt: Festlegung der Versorgungsstufen, Einbeziehung der Universitätskliniken, Erreichbarkeit, Öffentlichkeit, Zusammenarbeit. Solche Planungsvorgaben hätten richtungweisend sein können, wurden aber bereits 1984 wieder abgeschafft. Andererseits (und in gewisser Weise ebenfalls richtungweisend) wurde nun als gleichberechtigtes Ziel die Wirtschaftlichkeit aufgenommen. Dadurch wird klar, dass die richtigen Instrumente (differenzierte Planung) zur Durchsetzung falscher Ziele (Kostendämpfung und Beseitigung eines angeblichen Überangebots) verwendet werden können. Entscheidend sind die Zielvorgaben und die Parameter, mit denen die Planung durchgeführt wird.

1.4.2 Krankenhausneuordnungsgesetz 1984[41] – schrittweise Aufgabe von Planung und Selbstkostendeckung

Aufgrund des Eintritts der BRD in den normalen kapitalistischen Krisenzyklus und der globalen Abkehr vom Keynesianismus sowie der politischen Wende hin zum Neoliberalismus erfolgte eine Umgestaltung des Gesundheitswesens in Richtung immer mehr Markt und kapitalistischer Konkurrenz. Argumentationsgrundlage war die Behauptung einer «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen.[42]

1985 wurde von der schwarz-gelben Koalition unter Helmut Kohl der «Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen» (seit 2004 «Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen») gebildet. Seine Hauptaufgabe ist die regelmäßige Veröffentlichung von Gutachten, die die wissenschaftliche Begründung für die marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens und den Rückzug des Staates liefern sollen (siehe Exkurs 1: Zeitenwechsel, S. 24–25).

Unter Gesundheitsminister Heiner Geißler (CDU) wurde das Krankenhausneuordnungsgesetz beschlossen. Ab jetzt verloren die Paragrafen zur Planung zunehmend an Bedeutung und wurden unverbindlicher. Unterstellt wurde eine Kostenexplosion – bei den Gesundheitsausgaben allgemein und den Krankenhausausgaben im Besonderen – und dass es eigentlich zu viele Krankenhäuser und Betten gäbe. Planung sollte zunehmend zum Ziel haben, Betten abzubauen und Krankenhäuser zu schließen.

Erneut wurde § 1 geändert: «Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte, Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.»

Es wurden die Wörter «eigenverantwortlich wirtschaftenden» eingefügt – eine Metapher für die schrittweise Aufhebung der Selbstkostendeckung.

In Absatz 2 wurden die Bedingungen der privaten Betreiber nochmals verbessert (fett = neu): «Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. **Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.**»

§ 4 hieß jetzt: «Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser» und erhielt folgende Fassung: «Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass (1.) ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie (2.) Erlöse aus den Pflegesätzen erhalten. Die öffentlichen Fördermittel und die Erlöse aus den Pflegesätzen müssen nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts zusammen die vorauskalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken.»

Auch hier schimmert die schrittweise Aufhebung der Selbstkostendeckung durch. Es geht nämlich nur noch um die «vorauskalkulierten» Selbstkosten, was eigentlich bedeutet, dass es ein Budget gibt und man mit diesem Budget auskommen muss (Gewinne und Verluste machen kann). Das ist das Gegenteil von Selbstkostendeckung, bei der ja am Jahresende die Kosten und die

41 Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1984, Teil 1, 20.12.1984, S. 1716 f. **42** Näheres hierzu siehe die Broschüre vom Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen, Maintal 2020, unter: www.krankenhaus-statt-fabrik.de/download/KH_statt_Fabrik_Broschuere_2020.pdf.

Einnahmen spitz abgerechnet werden und damit de facto ein Gewinnerzielungsverbot besteht. Im Gegensatz dazu wurde den Krankenhäusern mit den Neuregelungen auch allgemein die Möglichkeit eingeräumt, Gewinne zu machen. Die Kehrseite war, dass auch Verluste getragen werden mussten (Änderung des § 17 Abs. 1).

§ 6a (Investitionsprogramme) wurde wieder gestrichen und § 6 erhielt den Titel «Krankenhausplanung und Investitionsprogramme» sowie folgende deutlich kürzere Fassung: «(1) Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf; Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen. (2) Hat ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist die Krankenhausplanung insoweit zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen. (3) Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.»

Alle in der vorherigen Version des KHG vorhandenen konkreten Bestimmungen zur Planung wurden gestrichen – ein Ausdruck dafür, dass sich der Bund nicht nur aus der finanziellen Beteiligung zurückzog (siehe unten), sondern auch aus seiner Aufgabe, Rahmenbedingungen für die Planung vorzugeben. Der Begriff Bedarfsplanung wurde ersetzt durch Krankenhausplanung, was nicht nur eine semantische Änderung ist, sondern eine inhaltliche: Es soll zwar noch eine Planung geben, aber der wirkliche Bedarf wird ersetzt durch das «Planungsziel» Kostendämpfung. Eine weitergehende Interpretation besteht darin, dass man grundsätzlich nicht mehr auf Planung, sondern zunehmend auf Wettbewerbselemente und finanzielle Steuerung setzte.

In § 9 wurden die Fördertatbestände um den Punkt 5 «zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern oder ihrer Umstellung auf andere Aufgaben» ergänzt. 1989 wurden durch das Gesundheitsreformgesetz die «anderen Aufgaben» näher ausgeführt. Gemeint war die «Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen».

Diese Regelungen sind erste Ansätze einer finanziellen Steuerung, die versucht, Ziele über materielle Anreize statt über Sachentscheidungen zu erreichen. Später wird dies zum vorherrschenden Steuerungsinstrument mit allen negativen Auswirkungen. Die Frage ist dann nämlich, ob sich eine Entscheidung für die Beteiligten lohnt und nicht, ob sie sach- und bedarfsgerecht ist.

Ein neuer § 11 («Landesrechtliche Vorschriften über die Förderung») verdeutlicht die Planungsmöglichkeiten der Länder in Bezug auf die Ausbildung: «Das Nähere zur Förderung wird durch Landesrecht bestimmt. Dabei kann auch geregelt werden, dass Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben; soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen, ist ihre Finanzierung zu gewährleisten.»

Leider wird diese Möglichkeit faktisch bis heute nicht genutzt (siehe Exkurs 3: Ausbildungsplätze, S. 27–28).

Es wurde ein § 18b eingefügt, der es ermöglichte, sogenannte Investitionsverträge mit den Kassen abzuschließen. Die Kassen sollten Rationalisierungsinvestitionen, Umstellungen und die Beseitigung von Überkapazitäten über den Pflegesatz finanzieren. Näheres sollte durch Landesrecht geregelt werden. Dies war der erste Versuch, den Kassen mehr Einfluss auf Investitionsentscheidungen der Krankenhäuser zu geben und solche Verträge zum Bettenabbau zu nutzen – quasi ein kleiner Schritt zurück in Richtung Monistik. Er war in keiner Weise erfolgreich, der Paragraf wurde durch das Fallpauschalengesetz 2002 wieder abgeschafft.

Die Paragrafen zur finanziellen Beteiligung des Bundes (§§ 21–26) wurden gestrichen. Damit war das kurze Intermezzo einer Beteiligung des Bundes an der Sicherstellung der Daseinsvorsorge im Bereich Gesundheitswesen nach nur zwölf Jahren beendet. Die Haupttriebkräfte dieser Entwicklung waren die allgegenwärtige Sparpolitik und die Interessen, die auf einen grundsätzlichen Rückzug des Staates aus allen sozialen Feldern setzten.

1.4.3 Gesundheitsstrukturgesetz 1992 – Anreiz für private Investitionen und Aufweichen der Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung der Länder

Das Gesundheitsstrukturgesetz wurde 1992 von der schwarz-gelben Regierung unter Kanzler Helmut Kohl mit parlamentarischer Unterstützung durch die SPD eingeführt. Gesundheitsminister war damals Horst Seehofer (CSU). In § 4 wird ergänzt, dass die «Pflegesätze auch Investitionskosten enthalten können». In der Gesetzesbegründung heißt es dazu: «Dem damit eingeleiteten schrittweisen und mittel- und längerfristig angelegten Übergang von einer dualistischen zu einer monistischen Finanzierung über die Pflegesätze wird in der Neufassung von § 4 Nr. 2 Rechnung getragen.»[43]

Die Monistik ist 20 Jahre, nachdem sie abgeschafft wurde, getreu dem Motto «schlanker Staat» also wieder im Kommen. Auch diese Regelung wurde von den Kassen faktisch nicht angenommen. Der «mittel- und längerfristig angelegte Übergang» stockt bis heute.

In § 8 Abs. 1 wurde ergänzt: «Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren.» In der Gesetzesbegründung[44] ist ausdrücklich festgehalten, dass es darum gehe, «einen größeren Anreiz für private Investitionen» zu

43 Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz), BT-Drucksache 12/3608, 5.11.1992, S. 131. **44** Ebd.

schaffen. Auch hier folgten die Regelungen der allgemeinen neoliberalen Generallinie: weg von einer staatlichen Aufgabe und hin zum Kapitalmarkt als Finanzierungsquelle. Der allgemeine gesetzliche Anspruch auf Förderung (§ 4) blieb zwar erhalten, er wurde aber relativiert («teilweise») und damit der Erpressung Tür und Tor geöffnet. Ab dann lief die Förderung nach dem Motto: «Wir nehmen euch in das Förderprogramm auf, aber nur wenn ihr einen Eigenanteil übernehmt.» Zu beachten ist, dass es hier «der Träger» und nicht «das Krankenhaus» heißt, denn das geht ja eigentlich von der Systematik der dualen Finanzierung her nicht (die Zahlungen der Krankenkassen an die Krankenhäuser sind nur für die laufenden Betriebskosten und die Häuser bekommen kein Geld für Investitionen). Praktisch wurden die Krankenhäuser von ihren Trägern gezwungen, zumindest einen Teil der Investitionskosten zu übernehmen und damit die Gelder der Kassen zweckentfremdet zu verwenden. Letztlich bedeutete diese Gesetzesänderung, dass die Verpflichtung der Länder auf Finanzierung aller Investitionen unterlaufen und die jetzige Praxis, dass «Personalstellen in Baustellen» umgewandelt werden, vorangetrieben wurde.

§ 9 Abs. 3 wurde um den Satz ergänzt: «Die Pauschalbeträge sollen nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden.» Auch hier zeigte sich in der Gesetzesbegründung eindeutig, worum es ging: «Die Landesgesetzgeber sind aber aufgefordert, im Rahmen ihrer Förderhoheit neue Kriterien festzulegen, die den Abbau überflüssiger Krankenhausbetten nicht behindern.»[45]

Eine Änderung im Sozialgesetzbuch 5 (§ 109) betraf ebenfalls die Planung: Die Kassen und der Krankenhausträger «können im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gegenüber dem Krankenhausplan geringere Bettenzahl vereinbaren, soweit die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird». Der Plan ist also nur noch die Obergrenze. In der Praxis hat diese Bestimmung allerdings kaum eine Rolle gespielt.

Weitere Änderungen im Sozialgesetzbuch 5 (SGB 5) dienten ebenfalls dem Ziel, den Bettenabbau zu forcieren:

- Die Kassen erhielten einen deutlich umfassenderen Einblick in die statistischen Daten der Krankenhäuser (§ 301).
- Die Krankenhäuser wurden verpflichtet, die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung vor der Aufnahme genau zu prüfen (§ 39/1).
- Die Kündigungsmöglichkeit von Versorgungsverträgen einzelner Krankenhäuser durch die Kassen wurde erleichtert (§ 110/2).

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurde zugleich ein Krankenhausinvestitionsprogramm für die neuen Bundesländer aufgelegt. Der Bund versprach, neben den Mitteln, die die neuen Länder gemäß KHG aufbringen, zwischen 1995 und 2004 jährlich 700 Millionen DM beizusteuern, vorausgesetzt, die neuen Länder brachten den gleichen Betrag zusätzlich auf. Begründung war der desolate bauliche Zustand vieler Krankenhäuser in der Ex-DDR. Auch die Nutzer*innen der Krankenhäuser bzw. die gesetzlichen Kassen mussten sich beteiligen: Sie zahlten bis 2014 8 DM bzw. 5,62 Euro pro Aufenthaltstag.

1.4.4 Pflegeversicherungsgesetz 1994[46] – Versuch des Bettenabbaus über finanzielle Steuerung

Noch unter derselben Regierung wurde 1994 im Pflegeversicherungsgesetz ein neuer Absatz 3 in § 6 aufgenommen: «Die Länder stimmen ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ab, insbesondere mit dem Ziel, Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen. Die Zahl der in die Krankenhauspläne aufgenommenen Krankenhausbetten ist ab dem 1. Juli 1996 unverzüglich, um die Zahl der fehlbelegten Betten zu verringern, die insbesondere durch die in § 17a vorgesehenen Maßnahmen entbehrlich werden. Dabei soll die diesem Ziel dienende Förderung nach § 9 Abs. 2 Nr. 6 vorrangig solchen Krankenhausträgern gewährt werden, die von sich aus eine Umwidmung in Pflegeeinrichtungen nach Satz 1 vornehmen.»

In der Praxis hatte der Versuch, durch Förderversprechen Krankenhäuser in Pflegeeinrichtungen umzuwandeln bzw. Träger zur Umwandlung zu animieren, kaum Erfolg. Es war aber ein weiterer Anlauf, den gewünschten Bettenabbau über finanzielle Steuerung, also über materielle Anreize zu erreichen. Auch an diesen Formulierungen erkennt man deutlich, dass das entscheidende Ziel des Bundes bei seinen Vorgaben für die Landesplanung der Bettenabbau war.

1.4.5 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009[47] – Investitionsrelativgewichte als Vorbereitung einer zukünftigen Monistik

Nach einer durch und durch neoliberalen Gesundheitsreform unter der von Gerhard Schröder angeführten rot-grünen Regierung, die die schrittweise Einführung eines Preissystems (DRGs) bei der Finanzierung der laufenden Kosten der Krankenhäuser mit sich brachte, beschloss die schwarz-rote Koalition 2009 mit Ulla Schmidt (SPD) als Gesundheitsministerin das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz. In diesem wurde ein neuer § 10 «Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung» eingefügt (der alte § 10 hatte sich auf die Großgeräteplanung bezogen und war ja gestrichen worden).

Da die Länder der Vorgabe, die Pauschalmittel nicht mehr über die Bettenzahl zu verteilen, anfangs nur sehr bedingt nachkamen, und die Regierung einen weite-

45 Ebd., S. 132. **46** Bundesgesetzblatt Jahrgang 1994, Teil 1, 26.5.1994, S. 1014. **47** Bundesgesetzblatt Jahrgang 2009, Teil 1, 17.3.2009, S. 534 f.

ren Schritt in Richtung Monistik plante, wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)[48] beauftragt, entlang derselben Systematik wie bei den DRGs einen Katalog «leistungsorientierter Investitionspauschalen» zu entwickeln. Seit 2014 gibt es diesen Katalog, der auf der Basis der dokumentierten Investitionskosten von Kalkulationskrankenhäusern diese Kosten den einzelnen Patient*innen zuordnet und entsprechende «Investitionsrelativgewichte» für jede einzelne DRG festlegt. Dieser Katalog kann zur Verteilung der Mittel der Länder verwendet werden (und wird dies auch teilweise; siehe dazu die Länderkapitel), er ist aber auch die Voraussetzung für eine neue Monistik mit Eingliederung der Investitionskostenfinanzierung direkt in die DRGs.

Wenn die Finanzierung der Investitionen über die Krankenkassen erfolgen würde, hätten diese über die Zuweisung der finanziellen Mittel de facto auch das Planungsrecht und würden es vermutlich dann auch formell beanspruchen («Wer zahlt, schafft an!»). Das wäre dann das Ende jeder Krankenhausplanung durch die Länder und würde noch mehr Konkurrenz und die weitere Vermarktwirtschaftlichung des Gesundheitswesens bedeuten. Ein weiterer Aspekt kommt hinzu: Eine Eingliederung der Investitionskostenvergütung in die DRGs wäre das Ende der Einzelförderung. Folge wäre, dass Krankenhäuser sich bei größeren Projekten auf dem Finanzmarkt verschulden müssten bzw. das erhaltene Geld über Jahre dort anlegen müssten. Bisher ist die Investitionspauschale nur ein Angebot und noch nicht verpflichtend.

1.4.6 Krankenhausstrukturgesetz 2015[49] – Qualität als Steuerungsmittel zur Bettenreduzierung und Krankenhausschließung

Unter Hermann Gröhe (CDU) als Gesundheitsminister in der von Angela Merkel angeführten Großen Koalition wurde der § 1 KHG durch dieses Gesetz so ergänzt: «Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um **eine qualitativ hochwertige, patienten-** und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, **qualitativ hochwertig** und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen» (fett = neu).

Die Überbetonung der Begriffe «qualitativ hochwertig» (gleich zweimal) und «patienten- und bedarfsgerecht» (ist bedarfsgerecht nicht eh schon patientengerecht?) lässt Schlimmes ahnen: Je mehr die tatsächliche Qualität in den Hintergrund gedrängt wird und nicht der Patient, sondern das Geld im Mittelpunkt steht, umso mehr wird in Worten das Gegenteil betont.

Der Verweis auf die Qualität hat aber auch einen realen Zweck: Die Qualitätsprüfung soll zunehmend als Steuerungsmittel zur Bettenreduzierung und Krankenhausschließung genutzt werden. Beispiele hierfür sind die Qualitätszu- und -abschläge, Qualitätsverträge auf der Vergütungsseite und nicht zuletzt die sogenannten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Dies sind Indikatoren, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) jährlich für eine zunehmende Zahl von Diagnosen und Behandlungen festlegt und für die gemäß der Neuformulierung des § 8 KHG gilt: «Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren […] nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden.»

Dies ist im Prinzip eine richtige Festlegung. Sie setzt allerdings voraus, dass die Krankenhäuser die notwendigen Mittel (insbesondere die Mittel für eine bedarfsgerechte Personalausstattung) zur Erreichung der Qualitätsziele erhalten, und sie müsste um Regelungen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität ergänzt werden (z. B. Peer-Review). Geschieht dies nicht, handelt es sich schlicht um Instrumente zur Krankenhausschließung und zum Bettenabbau. Den Ländern wurde freigestellt, ob sie diese Vorgaben umsetzen oder nicht. Die meisten Länder haben es nicht getan (Näheres siehe die Länderkapitel).

Ein weiteres Projekt der finanziellen Steuerung der Krankenhausplanung – besser gesagt des Bettenabbaus und der Krankenhausschließungen – ist der neue § 12 KHG «Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen». Er lautet: «Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet (Strukturfonds). […] Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden.»

Die Länder müssen sich an den Projekten, die aus dem Fonds finanziert werden, mit 50 Prozent beteiligen und dürfen ihre eigene Investitionsförderung nicht kürzen. Mit der neusten Änderung wurde es auch ermöglicht, dass die Länder weniger als 50 Prozent finanzieren, wenn sich die Krankenhausträger beteiligen. Ein Land muss also nur bei den Trägern die Daumenschrauben noch mehr anlegen, um die Gelder des Bundes zu erhalten und um gleichzeitig selbst zu sparen. Die Projekte müssen im Einvernehmen mit den Krankenkassen ausgewählt werden. Das heißt, wenn diese nicht zustimmen, kann das Projekt nicht gefördert werden. Das ist eine neue Dimension der Einflussnahme der Kassen. Bisher wurden sie zu För-

48 Das InEK-Institut wurde auf Basis des § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft als GmbH gegründet. Seine Aufgabe ist die Weiterentwicklung des DRG-Systems. Es veröffentlicht alljährlich den neuen DRG-Katalog und berechnet die Relativgewichte der DRGs. **49** Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015, Teil 1, 10.12.2015, S. 2229.

derprojekten gehört, die Entscheidung traf aber das Land. Außerdem bedeutet die Entnahme der Gelder aus dem Gesundheitsfonds, dass die Gelder nur über die Beitragszahler*innen und nicht über Steuern (also durch alle) aufgebracht werden. Auch das weist in Richtung Monistik.

Die Laufzeit des Strukturfonds wurde durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz[50] und das Krankenhauszukunftsgesetz[51] verlängert und die Ziele wurden um teilweise sinnvolle Tatbestände ergänzt (Bildung von Zentren und Verbünden, IT-Sicherheit, Telemedizin, mehr Ausbildungskapazitäten). Dennoch handelt es sich letztlich um eine Abwrackprämie, mit der versucht wird, planerische Ziele mithilfe finanzieller Steuerung zu erreichen. Auch hier wird den Krankenkassen ermöglicht, sich an den Kosten der (von ihnen gewünschten) Schließungen zu beteiligen (§ 15), was sie aber vermutlich wieder nicht machen werden.

1.4.7 Weitere indirekte Regelungen der Planung auf Bundesebene

Es gibt weitere Bestimmungen in verschiedenen Gesetzen (SGB 5, KHG, Krankenhausentgeltgesetz), die zumindest indirekten Einfluss auf die Planung haben und auch haben sollen. Bei diesen Regelungen kann man grundsätzlich zwischen sachlicher und finanzieller Steuerung unterscheiden. Bei der Sachsteuerung handelt es sich um

- Mindestmengenregelungen bei bestimmten Leistungen (§ 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB 5),
- planungsrelevante Qualitätsindikatoren (siehe oben) (§ 136c Abs. 1 SGB 5),
- inhaltliche Vorgaben (z. B. Erreichbarkeit, Art der Leistungen) für den Sicherstellungszuschlag (§ 136c Abs. 3 SGB 5) sowie
- strukturelle Vorgaben (Zahl der Fachabteilungen, vorzuhaltendes Fachpersonal, zeitlicher Umfang der Vorhaltung) für die Notfallversorgung (§ 136c Abs. 4 SGB 5).

Gegen eine Sachsteuerung spricht nichts, wenn die Bedingungen stimmen, wenn also die notwendigen Mittel und vor allem genügend Personal für das Erreichen der Qualitätsziele bereitgestellt werden. Stimmen die Bedingungen nicht, kommt es auch nicht zu einer bedarfsgerechten Versorgung und zu einer Erhöhung der Qualität, sondern zum Gegenteil und zu einer Selektion über steigenden finanziellen Druck. Auch Sachsteuerung kann also nur bei richtigen Zielsetzungen und unter korrekten Rahmenbedingungen funktionieren.

Zu unterscheiden sind hiervon Regelungen, die über finanzielle Steuerung (Zuschüsse, Abschläge) eine «planerische» Wirkung entfalten. Hierzu zählen:

- Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern (§ 110 SGB 5). Der Qualitätsbegriff ist für diese Verträge nur der Anknüpfungspunkt und eine verschleiernde Beschreibung des tatsächlichen Sachverhalts. Eigentlich sind das Selektivverträge, die es den Krankenkassen erlauben, mit einzelnen Krankenhäusern gesonderte Vergütungsverträge abzuschließen. Das erhöht die Konkurrenz unter den Häusern und führt im Zweifelsfall bei denen, die diese verbesserte Vergütung nicht erhalten, zum «Marktaustritt». Ein Grundprinzip der deutschen Krankenhausfinanzierung, der «Kontrahierungszwang» (die Kassen müssen alle Krankenhäuser, die in den Plan aufgenommen sind, auch finanzieren), wird damit unterminiert.
- Qualitätszuschläge und -abschläge (§ 136b Abs. 1 Nr. 5 SGB 5). Auch hier ist der Zweck klar: Es soll die Konkurrenz geschürt und der Finanzdruck auf die «Verlierer» erhöht werden.[52]
- Auch der 2020 beschlossene sogenannte Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a KHG) in Höhe von immerhin drei Milliarden Euro (plus 1,3 Milliarden Euro durch die Länder/Träger) soll unter anderem für folgenden Zweck eingesetzt werden: «gezielte Entwicklung und die Stärkung wettbewerbsrechtlich zulässiger regionaler Versorgungsstrukturen, um die Versorgungsstrukturen sowohl im Normalbetrieb als auch in Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abzustimmen». Hierbei geht es zwar nicht vorrangig um Schließungen, aber die Stärkung «regionaler Versorgungsstrukturen» wird vermutlich ebenfalls des Öfteren entsprechende Konsequenzen haben.
- Nicht vergessen werden darf der allgemeine Sparzwang durch die Wirkungen der DRGs, die Deckelung der Ausgaben für Krankenhäuser und die Unterfinanzierung der Investitionskosten, die seit Jahrzehnten die Krankenhausversorgung prägen. Erklärtes Ziel der Verschärfung der Wettbewerbselemente in der Vergütung der Krankenhäuser war es ja von Anfang an, Druck aufzubauen, damit die Verlierer dieses Wettbewerbs «vom Markt verschwinden».
- Auch die ganz normalen Förderentscheidungen im Rahmen der Einzelförderung von Krankenhausprojekten sind solche indirekten Steuerungs- und Planungsmittel der Länder. Spätestens seit den 1990er Jahren sind sie in der Regel mit der Auflage verbunden, als Bedingung für eine Förderung den Abbau von Betten zu verlangen.

1.5 ZWISCHENFAZIT: AUSWIRKUNGEN AUF BUNDESEBENE

Nach einer Zeit ohne übergeordnete Planung bis zum KHG verlief die Entwicklung der Krankenhausbedarfsplanung in drei Phasen:

- Zumindest Ansätze für eine echte Bedarfsplanung nach 1972.
- Missbrauch der Planung zur Kostendämpfung in den 1980er Jahren und beginnende Reduzierung der Planung ab 1985.

50 Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals vom 11. Dezember 2018, in: Bundesgesetzblatt 2018, S. 2394. **51** Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser vom 23. Oktober 2020, in: Bundesgesetzblatt 2020, S. 2208. **52** Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz wurden die Qualitätszu- und -abschläge wegen «unerwarteter Umsetzungshindernisse» (Gesetzesbegründung) wieder abgeschafft. Stattdessen sollen die Qualitätsverträge (siehe oben) zügig ausgebaut werden.

– Parallel zur Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips ab etwa 1985 und spätestens ab der Einführung der DRGs (2004) zunehmende finanzielle Steuerung und deutliche Reduzierung bis Aufgabe der Planung.

Als jüngste Entwicklungen kommen wieder gewisse Elemente einer Sachplanung (Mindestmengen, Qualitätsanforderungen) zur weiterhin dominierenden finanziellen Steuerung hinzu. Ob dies (gemeinsam mit den Entwicklungen in NRW) eine neue Phase einleitet, muss abgewartet werden.

Erklärtes Ziel war und ist der Abbau von Kapazitäten (zur Berechtigung dieses Ziels siehe Kapitel 2.2). Im Ergebnis wurde dieses Ziel zu einem erheblichen Teil erreicht, wie Tabelle 2 und 3 erkennen lassen.

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen auf Bundesebene verlief wie folgt:

Bis 1977 gab es noch einen gewissen Aufwuchs an Betten. Danach nahm der Abbau immer größere Dimensionen an – insbesondere ab den 1990er Jahren. Erst in den letzten Jahren kam es wieder zu einer gewissen Abflachung (auch bei den Bettenziffern, der Krankenhaushäufigkeit und den Verweildauern).

Auch in Tabelle 3 werden bis 1989 die Akut-Krankenhäuser betrachtet und aufgrund einer Statistikänderungen in Tabelle 4 die Allgemeinen Krankenhäuser von 1991 bis 2019 (und damit eine um 4,8 Prozent größere Grundgesamtheit).[53] Man erkennt, dass bis 1989 die Trägeranteile relativ gleich blieben. Ab 1991 nahm der Anteil der Privaten deutlich zu (mehr als eine Verdoppelung bei den Krankenhäusern, mehr als eine Vervierfachung bei den Betten). Der Anteil der freigemeinnützigen Häuser ging nur leicht zurück.[54] Diese Entwicklung ist nicht verwunderlich, weil die Kranken-

Tabelle 2: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019)

	Akut-KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH* pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD**	Abnahme in %
1972	2.364		475.555		76,9		8.595.802		139,1		17,8	
1977	2.185	-7,6	487.566	2,5	79,5	3,3	9.557.521	11,2	155,8	12,0	15,8	-11,2
1982	1.898	-13,1	466.943	-4,2	75,9	-4,5	10.101.510	5,7	164,1	5,4	14,4	-8,9
1989	1.735	-8,6	452.283	-3,1	72,2	-4,8	11.192.657	10,8	182,8	11,4	13,1	-9,0
72–89	-629	-26,6	-23.272	-4,9	-4,7	-6,2	2.596.855	30,2	43,7	31,4	-4,7	-26,4

	Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1991	2.164		598.073		74,5		13.664.939		170,2		13,4	
1997	2.020	-6,7	540.914	-9,6	65,9	-11,5	15.184.083	11,1	185,0	8,7	10,5	-21,6
2002	1.898	-6,0	504.684	-6,7	61,1	-7,2	16.933.586	11,5	205,2	10,9	8,6	-18,1
2007	1.791	-5,6	468.169	-7,2	56,9	-6,9	16.670.545	-1,6	202,8	-1,2	7,8	-9,3
2012	1.692	-5,5	458.374	-2,1	56,9	0,0	18.020.968	8,1	223,8	10,4	7,1	-9,0
2017	1.592	-5,9	450.453	-1,7	54,4	-4,4	18.824.723	4,5	227,4	1,6	6,7	-5,6
2019	1.576	-1,0	448.042	-0,5	52,2	-4,1	18.839.815	0,1	226,5	-0,4	6,6	-1,5
91–19	-588	-27,2	-150.031	-25,1	-22,3	-29,9	5.174.876	37,9	56,3	33,1	-6,8	-50,7

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.
*KKH = Krankenhaushäufigkeit, **VWD = Verweildauer

Anmerkung zu den Tabellen: Die Zahlen in Tabelle 2 (1972 bis 1989) beziehen sich auf Akut-Krankenhäuser. Zu diesen gehören nach der Definition des Statistischen Bundesamts: Allgemeine Krankenhäuser ohne abgegrenzte Fachabteilungen, Allgemeine Krankenhäuser mit abgegrenzten Fachabteilungen, Gynäkologisch-geburtshilfliche Krankenhäuser und übrige Fachkrankenhäuser. Die Zahlen ab 1991 beziehen sich nach einer Statistikänderung auf Allgemeine Krankenhäuser. Diese werden vom Statistischen Bundesamt definiert als Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische und neurologische Patienten vorgehalten werden. – Die Betrachtung der Daten wird deshalb jeweils auf diese beiden Zeiträume (1972–1989 und 1991–2019) bezogen. Bis 1984 wurden die *planmäßigen* Betten erfasst, ab 1985 alle *aufgestellten* Betten. Zusätzlich kommen ab 1990 die Zahlen der ehemaligen DDR (539 Krankenhäuser und 163.305 Betten) hinzu. Ein Vergleich auf der Basis von allen Krankenhäusern ist durch die Tatsache, dass anfangs auch der sehr große Reha-Bereich einbezogen war, nicht möglich.

53 Die Zahl der Allgemeinen Krankenhäuser lag 1989 um 83 höher als die Zahl der Akut-Krankenhäuser 1989. Bei den Betten war die Differenz 21.800. Das ist jeweils eine Differenz von 4,8 Prozent. **54** Bei den neuen Bundesländern wurde jeweils das erste Jahr berücksichtigt, für das Daten vorliegen.

Tabelle 3: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989)

Bund	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff*	fgn**	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	2.364	945	965	454	1.735	749	713	273	40,0	40,8	19,2	43,2	41,1	15,7
Betten	475.555	254.553	200.932	20.070	452.283	249.511	185.511	17.261	53,5	42,3	4,2	55,2	41,0	3,8

Tabelle 4: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019)

Bund	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	2.164	996	838	330	1.914	545	645	724	46,0	38,7	15,2	28,5	33,7	37,8
Betten	598.073	367.198	206.873	24.002	494.326	235.767	162.958	95.601	61,4	34,6	4,0	47,7	33,0	19,3

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.
*öff = öffentlich, **fgn = freigemeinnützig

häuser für private Träger erst interessant wurden, als man dort richtig Geld verdienen konnte. Das begann Anfang der 1990er Jahre mit der Einführung von Budgets und Fallpauschalen und damit der Möglichkeit, Gewinne zu machen.

Dennoch ist das alles den Neoliberalen – auch nach den Corona-Erfahrungen – nicht genug, und sie schmieden weiter Pläne, wie noch mehr (öffentliche) Betten und Krankenhäuser verschwinden könnten (siehe hierzu Kapitel 4).

Bei all dem ist klar, dass die Länder anders hätten handeln können (Ausbau einer Bedarfsplanung). Es handelt sich ja bei der Bundesgesetzgebung nur um Rahmenregelungen, die Länder haben die volle Planungskompetenz. Dies scheiterte jedoch in allen Ländern (siehe hierzu Kapitel 2) mehr oder weniger stark daran, dass sie ebenfalls dem neoliberalen Mainstream folgten und die handelnden Akteure sich derselben neoliberalen Ideologie verpflichtet sahen und sehen.

Tabelle 5: Gesundheitsminister*innen in der Bundesrepublik (1969 bis 2021)

Name	Partei	Amtszeit (Beginn)	Amtszeit (Ende)	Kanzler*in	Koalition
Käte Strobel	SPD	22. Okt 69	15. Dez 72	Brandt	SPD/FDP
Katharina Focke	SPD	15. Dez 72	16. Dez 76	Brandt/Schmidt	SPD/FDP
Antje Huber	SPD	16. Dez 76	28. Apr 82	Schmidt	SPD/FDP
Anke Fuchs	SPD	28. Apr 82	01. Okt 82	Schmidt	SPD/FDP
Heiner Geißler	CDU	01. Okt 82	26. Sep 85	Kohl	CDU/CSU/FDP
Rita Süssmuth	CDU	26. Sep 85	05. Jun 86	Kohl	CDU/CSU/FDP
Rita Süssmuth	CDU	06. Jun 86	09. Dez 88	Kohl	CDU/CSU/FDP
Ursula Lehr	CDU	09. Dez 88	18. Jan 91	Kohl	CDU/CSU/FDP
Gerda Hasselfeldt	CSU	18. Jan 91	06. Mai 92	Kohl	CDU/CSU/FDP
Horst Seehofer	CSU	06. Mai 92	27. Okt 98	Kohl	CDU/CSU/FDP
Andrea Fischer	Grüne	27. Okt 98	12. Jan 01	Schröder	SPD/Grüne
Ulla Schmidt	SPD	12. Jan 01	22. Okt 02	Schröder	SPD/Grüne
Ulla Schmidt	SPD	22. Okt 02	22. Nov 05	Schröder	SPD/Grüne
Ulla Schmidt	SPD	22. Nov 05	27. Okt 09	Merkel	CDU/CSU/SPD
Philipp Rösler	FDP	28. Okt 09	12. Mai 11	Merkel	CDU/CSU/FDP
Daniel Bahr	FDP	12. Mai 11	17. Dez 13	Merkel	CDU/CSU/FDP
Hermann Gröhe	CDU	17. Dez 13	14. Mrz 18	Merkel	CDU/CSU/SPD
Jens Spahn	CDU	14. Mrz 18	08. Dez 21	Merkel	CDU/CSU/SPD

Quelle: Wikipedia

EXKURS 1: ZEITENWECHSEL – VON KEYNES ZUM NEOLIBERALISMUS

Nach den Wirtschaftswunderjahren ging in der BRD erstmals 1967 die Wirtschaftsleistung im Vergleich zum Vorjahr zurück. 1975 und 1982 – nach den damaligen Ölkrisen – schrumpfte die Wirtschaft abermals. Das nächste Rezessionsjahr gab es nach dem Ende des Einheitsbooms 1993. Der Wiedereintritt der BRD in den kapitalistischen Krisenzyklus verschärfte den Druck auf die Krankenhäuser und alle Einrichtungen der Daseinsvorsorge erheblich. Die Wirtschaftskrisen nach den Wirtschaftswunderjahren (1967), anlässlich der Ölkrisen (1973 und 1980) und nach dem Wiedervereinigungsboom ließen tiefe Spuren zurück. Die Kostendämpfungspolitik war in vollem Gang. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip als oberstes Ziel gewann immer mehr an Bedeutung.

Auch die Rhetorik verschärfte sich. Zunehmend gerieten auch die Menschen in den Fokus. So erklärte einer der führenden «Sozialmediziner» in der BRD, Professor Hans Schäfer von der Universität Heidelberg, in einem Vortrag: «Es muss sich die Einsicht durchsetzen, dass niemand das Recht hat, um des geringen Vorteils sehr kurzer Lebensverlängerung willen hohe Opfer der Solidargemeinschaft zu verlangen. Zur Eigenverantwortung gehört auch die Bescheidenheit, die sich u. a. auf das freiwillige Opfer von Lebenszeit erstreckt.» (Medical Tribune, 29.8.1983)

Drei Jahre später wurde Professor Wolfgang Gerok, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg, zum Präsidenten der 38. Therapiewoche in Karlsruhe gewählt. Er sagte in seiner Festansprache: «Ein Tag auf der Intensivstation kostet derzeit 2.000 DM. Dies entspricht dem Netto-Monatseinkommen eines Facharbeiters. Für den monetären Aufwand einer Intensivtherapie über drei Monate müsste dieser Facharbeiter 7,5 Jahre arbeiten. Diese Zahlen sprechen für sich.»

In der Tat. Professor Gerok und seine Zuhörer*innen werden weitergerechnet haben: Wie ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis bei jemandem, der 24.000 DM Nettoeinkommen hat? Und bei jemandem, der gar nicht mehr arbeitet, der Rentner ist und die Gesellschaft nur noch «kostet»!

Bei diesen Überlegungen handelt es sich nicht um eine akademische Diskussion. Derartige Thesen findet man in dieser Zeit in vielen offiziellen Stellungnahmen. Ein weiteres Beispiel: Seit 1986 gibt es den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der regelmäßig Gutachten veröffentlicht, in denen Empfehlungen für die Gesundheitspolitik der Regierung ausgesprochen werden. In seinem Gutachten von 1990 heißt es: «Ärzte […] können sich vom Einzelfall nicht lösen und lehnen dann die Möglichkeit ab, in einem konkreten Fall auf eine für medizinisch notwendig erachtete Leistung zu verzichten. […] Die Beurteilung der Effizienz des medizinischen Leistungsgeschehens und die Analyse der Kosten-Nutzen-Relation stützen sich […] nicht auf die Beobachtung von Einzelfällen sondern auf die von Gruppen vergleichbarer Fälle. Damit wird vom Individuum abstrahiert, wodurch die emotionale Komponente der Beurteilung entfällt. Gegenstand der Betrachtung sind nun Zahlen über Patienten, über bestimmte Leistungen, über Erfolge und Misserfolge und über die Kosten, die zueinander in Beziehung gesetzt werden.»[55]

In sein Gutachten von 1991 hat er erstmals ein Kapitel «Ethische Aspekte der Leistungsgewährung» aufgenommen (siehe unten). Neu und erschreckend ist die Offenheit und der Nachdruck, mit dem gefordert wird, dass die Menschen bei der Gesundheitsversorgung ungleich behandelt werden sollen, nämlich nach ihrem «Nutzen» für die Gesellschaft.

Diese Stoßrichtung der Kostendämpfungspolitik ist nur die andere Seite des Kapazitätsabbaus in den Krankenhäusern. Beides dient demselben Zweck. Und das eine (Kapazitätsmangel, Ressourcen sind begrenzt) dient nur der Legitimation des anderen. Auch eine Art sich selbst erfüllender Prophezeiung.

Jahresgutachten 1991 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu ethischen Aspekten der Leistungsgewährung

«780. Die Leistungsgewährung erfolgt in der GKV [Gesetzlichen Krankenversicherung] unabhängig von der individuellen Kaufkraft. Damit entfallen die auf normalen […] Märkten wirksamen Steuerungsinstrumente, die idealtypisch Angebot und Nachfrage in ein Gleichgewicht bringen. […]

781. Der hohe Stellenwert der Gesundheit und der politische Wille, den Versicherten den Zugang zu allen Leistungen der Medizin unterschiedslos zu gewähren, haben zu einer erheblichen Kapazitätsausweitung und […] zum Aufbau völlig neuer Leistungsgebiete geführt. […] Insbesondere die Ärzteschaft hat jegliche Leistungsbegrenzung oder den Nichtvollzug des medizinischen Fortschritts aus ökonomischen Gründen nach wie vor für ethisch unvertretbar gehalten. […]

786. Der einzelne Arzt kommt immer dann in ein Dilemma, wenn er eine individuelle Entscheidung treffen muss und von ihm die für einen bestimm-

55 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1990, Baden-Baden, Ziffer 258.

ten Patienten damit verbundenen negativen Folgen abzusehen sind. Ein solches Dilemma wird tendenziell vermieden, wenn über die Verfügbarkeit von Ressourcen (in Form von Finanzmitteln, Operationskapazitäten, Behandlungseinrichtungen, Zugangsmöglichkeiten) auf einer höheren Ebene entschieden worden ist. Damit werden die Behandlungsmöglichkeiten, Chancen und Risiken beeinflusst, nicht aber dem Arzt allein die Entscheidung für einen Patienten auf Kosten eines anderen abverlangt. […]

788. Die Folgen einer globalen Ausgabenbegrenzung können […] darin bestehen, dass

– die Kapazitäten […] beschränkt werden mit der Konsequenz, dass Wartelisten für bestimmte Behandlungen entstehen […];
– bestimmte Personenkreise vom Leistungsanspruch ausgeschlossen werden (Herztransplantationen in den Niederlanden, Hämodialyse in Großbritannien) oder die Einrichtungen nicht bereitgestellt werden, um bestimmte Behandlungen durchzuführen (Verzicht auf Einrichtungen für Schwerbrandverletzte in den USA).

Allen diesen Entscheidungen liegen zumindest implizit ethische Güterabwägungen zugrunde. […]

794. Die Notwendigkeit einer sorgfältigen Indikation und einer Beurteilung der Behandlungen unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten wird heute in besonderer Weise in der Extremmedizin eine Rolle spielen, vor allem soweit durch den Pflegenotstand der Betrieb vorhandener Einrichtungen nicht möglich ist und deshalb die Kapazitäten unter das gewohnte Volumen abgesunken sind. […]

800. Dem einzelnen Arzt ist mit keiner Entscheidung auf der Ebene der Politik und Selbstverwaltung das Dilemma einer Rationierung von Leistungen zu ersparen. Eine Allokation von Ressourcen für einen Patienten auf Kosten eines anderen wird … immer häufiger erfolgen müssen. Für diese Fälle lassen sich keine starren Handlungsanweisungen vorgeben. In der Aus-, Weiter- und Fortbildung sollten aber die bestehenden Konflikte identifiziert, Dilemmasituationen aufgezeigt und denkbare Entscheidungen gerechtfertigt werden.»[56]

EXKURS 2: GROSSGERÄTEPLANUNG

Mit Großgeräten sind zum Beispiel Computertomografen (CT), Kernspintomografen, Strahlentherapie- oder Steinzertrümmerungsgeräte gemeint. Solche Großgeräte kosten oft mehr als eine Million Euro. Sowohl die Gesellschaft (der Steuerzahler*innen) als auch die Versichertengemeinschaft sollte ein Interesse daran haben, wie viele solcher Geräte angeschafft werden (müssen), damit hier flächendeckend eine gute Ausstattung vorhanden ist. Der Gedanke einer zumindest landesweiten Großgeräteplanung liegt also auf der Hand. Auch eine Planung über die Sektorengrenzen (ambulant/stationär) hinweg wäre mehr als sinnvoll, damit nicht auf engstem Raum mehrere Großgeräte vorhanden sind, die jeweils unter lukrativen Gesichtspunkten betrieben werden.

Die Länder konnten auch schon vor 1981 über die Investitionskostenfinanzierung im Rahmen der Einzelförderung Einfluss auf die Anzahl der Großgeräte in Krankenhäusern nehmen. Das allein ist aber natürlich noch keine Planung und jede Einzelentscheidung löst Konflikte aus. Aber auch eine echte Planung wäre im Rahmen der Regelungskompetenz der Länder in Bezug auf die Planung möglich gewesen, wie das Beispiel Rheinland-Pfalz (siehe entsprechendes Länderkapitel) zeigt.

1981 wurde durch das Krankenhauskostendämpfungsgesetz ein § 11a (später § 10) in das KHG aufgenommen. Unter der Überschrift «Anschaffung oder Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte» heißt es da: «Die Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte ist unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsbedürfnisse, insbesondere der Leistungserfordernisse benachbarter Krankenhäuser sowie der niedergelassenen Ärzte, mit der zuständigen Landesbehörde abzustimmen, um einen wirtschaftlichen Einsatz der Geräte sicherzustellen; dabei ist das Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen herzustellen.»[57]

«Benehmen herstellen» und «abstimmen» sind natürlich keine harten Vorgaben, sie lassen viel Spielraum. Auch § 17 Abs. 3 wurde geändert. Er lautete bisher: «Im Pflegesatz sind Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über einen normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen, und Kosten für Leistungen, die weder unmittelbar noch mittelbar der stationären Krankenhausversorgung dienen, nicht zu berücksichtigen.»

Ergänzt wurde: «Dies gilt auch, soweit Kosten für einen nach den Grundsätzen des Absatzes 1 Satz 2

56 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, Jahresgutachten 1991, Baden-Baden, S. 419–429. **57** Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1981, Teil 1, 22.12.1981, S. 1570.

nicht wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten entstehen, deren Anschaffung oder Nutzung entgegen § 11a nicht abgestimmt ist oder die entgegen einer Zuordnung im Krankenhausbedarfsplan betrieben werden.»[58]

Man kann dies so interpretieren, dass die Nutzung nicht abgestimmter Großgeräte grundsätzlich nicht vergütet werden muss. Man kann es aber auch so interpretieren, dass die Krankenkassen diese Leistungen vergüten müssen, wenn die Großgeräte zwar nicht abgestimmt, aber wirtschaftlich sind. Deshalb wurde 1985 durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz der § 17 Abs.3 neu gefasst: «Im Pflegesatz sind nicht zu berücksichtigen […] 3. Kosten für den Betrieb von medizinisch-technischen Großgeräten, deren Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung entgegen § 10 nicht abgestimmt ist.»[59]

Die Regelung bezog sich zunächst auf den Krankenhausbereich. Ein Großteil der CTs war anfangs dort aufgestellt. Die Länder waren mit einer Vielzahl von Förderanträgen der Krankenhäuser konfrontiert. Die Kassen liefen Sturm und drohten, die laufenden Kosten der Geräte in den Pflegesätzen nicht zu berücksichtigen. Dem kam die Bundesregierung durch die Gesetzesänderungen nach. Auch die Länder waren sicherlich froh, dass diese teuren Einzelförderanträge reglementiert wurden.[60]

Parallel dazu entdeckten aber auch die überwiegend als Kleinunternehmer tätigen Ärzt*innen im niedergelassenen Bereich Großgeräte als Konkurrenzvorteil und Einnahmenquelle, sodass eine Bedarfsplanung beschränkt auf den stationären Bereich nicht mehr sinnvoll durchführbar war. Es drohte eine gesetzliche Regelung auch für die Bedarfsplanung im ambulanten Bereich. Dies hätte aber zum einen die «Selbstverwaltung» des ambulanten Bereichs (Kassenärztliche Vereinigung [KV] und Kassen) infrage gestellt, wogegen sowohl die Kassen als auch die Niedergelassenen waren. Außerdem hätte dies ja einen gewissen Abbau der Sektorengrenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor bedeutet und sich negativ auf die mehr oder weniger garantierten Einnahmeerwartungen der Niedergelassenen ausgewirkt. Aus diesem Grund einigten sich die KV und die Kassen «freiwillig» auf eine «Großgeräte-Richtlinie» für den ambulanten Bereich. Die geplanten gesetzlichen Regelungen wurden deshalb vorerst nicht umgesetzt.

1989 kam es durch das Gesundheitsreformgesetz zu einer weiteren Änderung. Im neuen SGB 5 ist nun in § 122 ein Großgeräteausschuss auf Länderebene (übergreifend ambulant/stationär) vorgesehen (Beteiligte: Kassen, KV, Krankenhausgesellschaft, Landesbehörde). Er soll «Abgrenzung, Bedarf und Standorte» abstimmen. Die Ergebnisse der Abstimmung sind sowohl für die niedergelassenen Ärzt*innen als auch für die Krankenhäuser verbindlich. Die Abstimmung soll jedoch einvernehmlich erfolgen. Bei Nichteinigung hat das Land Entscheidungsbefugnis.

Gleichzeitig wurde mit § 92 dem Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die Aufgabe übertragen, für den ambulanten Bereich eine Richtlinie zu «Bedarfsplanung sowie den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten» zu beschließen, die die bisherige Richtlinie, die auf Freiwilligkeit beruht hatte, ersetzte.

Zwischendurch war auch noch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit einem Katalog der abstimmungspflichtigen Großgeräte sowie Anhaltszahlen für deren Einsatz geplant, zu der es aber nie kam. Was wie ein Fortschritt aussieht, führte im Weiteren zu einer Reihe von auch gerichtlichen Auseinandersetzungen, weil die Regelungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im SGB 5 widersprüchlich und letztlich auch die Zuständigkeiten nicht klar waren. Es gab etliche Urteile des Bundessozialgerichts, die negative Entscheidungen zur Anschaffung von Großgeräten durch niedergelassene Ärzte außer Kraft setzten, unter anderem weil die Freiheit der Berufsausübung (GG § 12) tangiert sei.

Da es (durch § 85 Abs. 2a, eingefügt durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992) für die niedergelassenen Ärzt*innen auch noch eine großzügige Übergangsregelung für vor dem 1. Mai 1992 angeschaffte Geräte gab («gelten bis 31.12.1998 als abgestimmt»), lief die Planung auch noch aus diesem Grund zunehmend ins Leere. Folgerichtig, aber offensichtlich auch getrieben durch die Anwendung neoliberaler Politikvorstellungen wurden durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 der § 122 SGB 5 und auch der § 10 KHG wieder aufgehoben. In der Begründung dazu heißt es: «Die gesetzliche Regelung über die gemeinsame Großgeräteplanung durch die Selbstverwaltung für den ambulanten und den stationären Bereich wird aufgehoben. Diese Form der Großgeräteplanung hat die Entstehung von Überkapazitäten nicht verhindern können. Der Wegfall der Großgeräteplanung stellt einen weiteren Schritt zum Abbau gesetzlicher Vorgaben dar. Der Erlass einer Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrats (Katalog der abstimmungspflichtigen Großgeräte sowie Anhaltszahlen für deren Einsatz) entfällt. Es ist Aufgabe der Selbstverwaltungspart-

58 Ebd., S. 1571. **59** Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1984, Teil 1, 20.12.1984, S. 1718. **60** Zum detaillierten Verlauf dieser Auseinandersetzungen siehe Wingenfeld, Klaus: Zur Entwicklung der Großgeräteplanung in der Bundesrepublik, in: Argument-Sonderband AS 198, Hamburg 1992, S. 149–168.

ner, den wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten insbesondere über Vergütungsregelungen sicherzustellen.»[61]

Bewertung:
Auch hier wäre es eigentlich sehr sinnvoll, planerische Vorgaben zu machen, damit diese Geräte gemeinsam genutzt werden und nicht als «Attraktion» im Rahmen des Konkurrenzkampfes eingesetzt werden. So führt der Zwang zur Amortisierung dieser Geräte zu sehr vielen medizinisch nicht begründeten und zum Teil (etwa wg. des Einsatzes von Röntgenstrahlen) schädlichen Untersuchungen.

Die bis zu ihrer Abschaffung praktizierte Planung war weitgehend unverbindlich und ging ins Leere, sodass in aller Regel nur die Ist-Standorte ausgewiesen und Förderanträge beschieden wurden, aber keine echte prospektive Planung erfolgte. Im Rahmen des allgemeinen Rückzugs aus der Planung («Deregulierung») wurden diese Vorschriften zur Großgeräteplanung bereits 1997 wieder aufgehoben. Sie passten nicht mehr in die Zeit.

EXKURS 3: AUSBILDUNGSPLÄTZE

1981 wurden mit dem Krankenhauskostendämpfungsgesetz die Investitionskosten für Ausbildungsstätten in die Förderung aufgenommen und damit auch die Verpflichtung, diese in den Plan zu integrieren.[62] Ganz abgesehen davon, dass jedes Land selbst die Initiative dazu hätte ergreifen können (solche Vorgaben unterliegen der Länderhoheit), wurde 1985 mit dem Krankenhausneuordnungsgesetz folgender § 11 («Landesrechtliche Vorschriften über die Förderung») eingefügt: «Das Nähere zur Förderung wird durch Landesrecht bestimmt. Dabei kann auch geregelt werden, dass Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben; soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen, ist ihre Finanzierung zu gewährleisten.»[63]

Will man verhindern, dass es Engpässe bei der Versorgung von Patient*innen gibt, versteht es sich eigentlich von selbst, dass man die Zahl und Verteilung der Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe (Ergotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Hebammen/Entbindungspfleger*innen, Krankengymnast*innen/Physiotherapeut*innen Pflegefachfrau/Pflegefachmann, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen, Krankenpflegehelfer*innen, medizinisch-technische Laborassistent*innen, medizinisch-technische Assistent*innen, Logopäd*innen, Orthoptist*innen, medizinisch-technische Assistent*innen für Funktionsdiagnostik) planen muss, insbesondere wenn sie gefördert werden sollen.

Die Wirklichkeit sieht anders aus, wie ein kurzer Überblick zu den Bundesländern zeigt.

Baden-Württemberg
Ausweisung der Standorte ohne Platzzahlen, keine Planung.

Bayern
Ausweisung der Standorte ohne Platzzahlen, keine Planung.

Berlin
Ausweisung der Standorte ohne Platzzahlen.

Interessant ist, dass im Plan 2016 Folgendes festgelegt wurde: «Die Regelungen zur Ausbildung im Krankenhausfinanzierungsgesetz bieten keine ausreichenden Mechanismen zur Durchsetzung einer bedarfsorientierten Planung der Ausbildungsplatzzahl durch das Land. Es liegt in der Verantwortung der Berliner Krankenhäuser, genügend Nachwuchskräfte heranzubilden. Angesichts der demografischen Entwicklung kommt dieser Aufgabe besondere Bedeutung zu. Für die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und für Hebammen und Entbindungspfleger kann die Ausbildung aufgrund bundesgesetzlicher Vorgaben ausschließlich von Krankenhäusern angeboten werden.»[64] Das ist offensichtlich nicht richtig (siehe Gesetzestext oben), soll aber vermutlich als Legitimation dafür dienen, dass man nichts gegen den Pflegenotstand unternommen hat.

Brandenburg
Ausweisung der Standorte ohne Platzzahlen.

Es gibt allgemeine Ausführungen über die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Ausbildung, aber

61 Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV NOG); Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP, BT-Drucksache 13/6087, 12.11.1996, S. 29. **62** Die laufenden Kosten der Ausbildung wurden bis zur Einführung der DRGs über die Pflegesätze abgerechnet, danach über einen Ausbildungsfonds in den auch die Krankenhäuser, die nicht ausbilden, einzahlen müssen. **63** Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1984, Teil 1, 20.12.1984, S. 1718. **64** Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin, S. 109.

keine Planung und keine Initiativen in diese Richtung.

Bremen
Ausweisung der Standorte mit Platzzahlen, keine Planung.

Im Plan 2018 gibt es allgemeine Ausführungen zur Ausbildung mit folgender minimalistischer, neoliberaler Quintessenz: «Die Krankenhäuser im Lande Bremen sollten dabei mindestens den eigenen Fachkräftebedarf durch entsprechende Ausbildungsaktivitäten sicherstellen.»[65]

Hamburg
Kommentarlose Ausweisung der Standorte mit Platzzahlen, keine Planung.

Hessen
Ausweis in den Feststellungsbescheiden, keine Planung.

Im Plan 2020 erging ein Appell an die Träger, mehr auszubilden: «Im Hinblick auf den wachsenden Fachkräftebedarf sind die Krankenhäuser dazu aufgerufen, neue Ausbildungsstätten zu schaffen und vorhandene Ausbildungskapazitäten zu erhöhen.»[66] Das Land selbst hielt sich weiter zurück.

Mecklenburg-Vorpommern
Ausweisung der Standorte mit Platzzahlen, keine Planung.

Niedersachsen
Ausweisung der Standorte mit Platzzahlen, keine Planung.

Nordrhein-Westfalen
Aufzählung und Ausweisung in Feststellungsbescheiden, keine Planung.

Im Plan 2001 wurde angekündigt: «Ein Trend zur Verringerung von Ausbildungsplätzen – insbesondere in der Krankenpflege – zeichnet sich allerdings ab. Sparmaßnahmen dürfen aber nicht dazu führen, notwendige Ausbildungsplätze abzubauen. Daher muss sich der Landesausschuss im Interesse einer ausgewogenen Verteilung grundsätzlich mit der Entwicklung von Planungsparametern befassen. Wegen des offensichtlichen Bedarfs an objektivierten Bedarfsleitlinien entwickelt eine Arbeitsgruppe des Landesausschusses entsprechende Parameter (‹pragmatisches Modell zur indikatorengestützten Planung des Ausbildungsplatzbedarfs in den Gesundheitsfachberufen›). Sie sollen mit Wirkung ab 2003 als Leitlinien für die Bereitstellung bedarfsgerechter Ausbildungsplatzkapazitäten dienen. Das Bedarfsbemessungsverfahren wird somit im Prozess der Krankenhausplanung entwickelt.»[67]

Im Plan 2015 wurde dieses Verfahren fortgesetzt. 2017 wurde das Ganze wieder abgeblasen: «Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und des auch künftig steigenden Nachfragedrucks bestand das besondere Anliegen des MGEPA [Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter] in der Verschlankung des Planungsverfahrens für die Ausbildungsstätten gem. § 2 Nr. 1a KHG. Durch das verschlankte, flexiblere Verfahren werden Ausbildungsbemühungen erleichtert und die – auch kurzfristige – Erhöhung von Ausbildungsplatzkapazitäten an die Erfordernisse wird unterstützt. Schon heute hat sich in den Unternehmen der Gesundheitsbranche die Erkenntnis durchgesetzt, dass Fachkraftsicherung durch Engagement in der Ausbildung und durch Maßnahmen der Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenbindung gelingen muss. Die Verschlankung des Krankenhausplanungsverfahrens trägt dem Rechnung.»[68]

Die Abschaffung der Planung (euphemistisch mit Verschlankung umschrieben) als Verbesserung der Ausbildungssituation darzustellen, das ist ganz schön dreist!

Rheinland-Pfalz
Plan 2010: Ausweisung der Standorte mit Platzzahlen in den «Strukturblättern», keine Planung.

Aber: «Es kann davon ausgegangen werden, dass der Bedarf an Gesundheitsleistungen steigen wird. Eine bedarfsgerechte Kapazitätsanpassung der Ausbildungsstätten […] wird angestrebt.»[69]

Plan 2019: keine Erwähnung.

Saarland
Plan 2018: Es gibt ein größeres Kapitel mit Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität insbesondere des Pflegeberufs. In einem Gutachten (aktiva) zur Ausbildungssituation wurde festgestellt, dass bis 2025 504 neue Ausbildungsplätze notwendig seien. Im Plan heißt es: «Um den erwarteten Bedarf zu decken, sollen in den Jahren 2018 bis 2025 in der Gesundheits- und Krankenpflege/-hilfe und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege die Zahl der Ausbildungsplätze von 1.550 im Jahr 2017 sukzessive auf 1.949 bis zum Jahr 2022 ansteigen. Dies bedeutet einen Aufwuchs von 399 Ausbildungsplätzen in der Gesundheits- und Krankenpflege/-hilfe und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege von 2017-2022.»[70] Auch für wei-

65 Krankenhausrahmenplan des Landes Bremen 2018–2021, S. 53. **66** Krankenhausplan 2020, S. 36. **67** Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2001, S. 63. **68** Informationsblatt zur Änderung/Fortschreibung des Krankenhausplans NRW 2015. **69** Landeskrankenhausplan 2010, S. 48. **70** Krankenhausplan für das Saarland 2018–2025, S. 61.

tere Gesundheitsberufe gibt es eine Planung, so ist unter anderem eine Erhöhung der Anzahl der Ausbildungsplätze vorgesehen.

Sachsen
Ausweisung der Standorte mit Platzzahl, keine Planung.

Sachsen-Anhalt
Ausweisung der Standorte ohne Platzzahlen, keine Planung.

Schleswig-Holstein
Ausweisung der Standtorte im Feststellungsbescheid ohne Platzzahl, keine Planung.

Thüringen
Ausweis der Standorte ohne Platzzahlen.

Im 7. Plan von 2020 heißt es lapidar: «Aus der der Aufstellung des 7. Thüringer Krankenhausplanes zugrunde liegenden Datenlage ergibt sich kein weiterer Änderungsbedarf. Sie werden im 7. Thüringer Krankenhausplan fortgeschrieben.»[71]

Insgesamt spiegelt dieser Überblick eine desaströse Negation der Probleme in der Pflege und der staatlichen Aufgaben in der Planung der Ausbildung wider.

71 7. Thüringer Krankenhausplan, S. 29.

2 KRANKENHAUSGESETZGEBUNG UND -PLANUNG DER LÄNDER

2.1 KRITERIEN DER AUSWERTUNG

Auch hier erfolgt die Betrachtung nur unter dem Aspekt der formulierten landesgesetzlichen Ziele und der Regelungen zur Planung sowie der Planung selbst. Die Förderung wird nur insoweit angesprochen, als sie indirekte Steuerung ist und damit Sachplanung ergänzt oder ersetzt. Die Umsetzung der Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) erfolgte in den einzelnen Ländern in unterschiedlicher zeitlicher Nähe zum Erlass des KHG und in unterschiedlicher Detailliertheit. Im Laufe der Jahre glichen sich die Niveaus tendenziell an. Dennoch bestehen zwischen den einzelnen Bundesländern erhebliche Unterschiede bei den Planungsmethoden, der Planungstiefe und der Prognose.

Faktisch alle Länder sind dazu übergegangen, die Gesamtplanung deutlich zu reduzieren oder sogar faktisch abzuschaffen. Dafür wurde der Bereich Fachplanungen (die gesonderte Planung von speziellen Versorgungsangeboten wie zum Beispiel Onkologie, Neonatologie, Geriatrie, Neurologische Frührehabilitation, Psychiatrie) ausgebaut. Fachplanungen sind sinnvoll, können aber nicht die allgemeine Planung ersetzen. Die Fachplanungen werden hier nur überblicksmäßig angesprochen. Ihre jeweilige ausführliche Behandlung würde den Rahmen dieser Studie sprengen. Es erfolgt hier außerdem im Wesentlichen die Betrachtung der somatischen Fächer, da die Psychiatrieplanungen besonderen Regularien folgen und ihre Einbeziehung ebenfalls den Rahmen sprengen würde. Die Ausbildungsstätten wurden im Exkurs 3 gesondert betrachtet. Qualitätssicherung (zumindest in Worten) hatte bei den meisten Ländern zwischenzeitlich einen hohen Stellenwert.

Die Entwicklung von Landegesetzgebung und Planung wird am Beispiel Baden-Württembergs (alphabetisch das erste Bundesland) ausführlich dargestellt. Dies auch, weil sie in gewisser Weise exemplarisch für die neoliberale Richtungsänderung in der Gesundheitspolitik steht. Es empfiehlt sich also, dieses Kapitel auf jeden Fall und auf dieser Basis die Kapitel zu den einzelnen Ländern zu lesen. Bei den anderen Ländern werden nur die wesentlichen Festlegungen und Abweichungen stichpunktartig dargestellt. Auch wird – wie bei den Gesetzen – in der Regel nur das, was sich von Plan zu Plan verändert hat, aufgeführt. Leider war es trotz erheblicher Anstrengungen nicht möglich, alle beschlossenen Pläne in die Studie einzubeziehen, weil sie bei den zuständigen Stellen nicht vorhanden waren und zum Teil nur eine geringe Kooperationsbereitschaft bestand. Bei einigen Ministerien scheint eine gewisse Geschichtsvergessenheit vorzuherrschen – ungeliebte Kinder halt.

Kriterien, nach denen die Pläne ausgewertet wurden, sind:

- politische Aussagen zum jeweiligen Plan,
- Einbeziehung des Parlaments, Veröffentlichungspflicht,
- Beteiligte am Planungsverfahren,
- Regionalkonferenzen/Bürgerbeteiligung,
- Gutachten,
- Planungstiefe (Betten pro Krankenhaus/Fachgebiet/Subspezialitäten, Versorgungsstufen, Versorgungsregionen),
- Planungsmethode (Burton-Hill, Benchmark, Trendextrapolation), inklusive Detailliertheit (fachgebietsbezogen, morbiditätsbezogen, Bettennutzungsvorgaben) sowie die Planung von Leistungsmengen,
- Prognose (ja/nein, Zeitraum),
- Einbeziehung von medizinischen Expert*innen,
- Fachplanungen (Schwerpunkte, Zentren, besondere Aufgaben),
- Qualitätsvorgaben,
- rechnerische Ergebnisse der Planung,
- Abgabe von Planungskompetenzen an die Krankenkassen (Verträge),
- Einzelförderung und/oder Pauschalförderung, Betten oder Leistungsbezug,
- Vorrang Allgemeinkrankenhäuser vor Fachkrankenhäuser.

Bei den aufgeführten Daten besteht zum Teil ein erkennbarer Unterschied zwischen den Destatis-Daten und den Plandaten. Er rührt im Wesentlichen daher, dass die Grundgesamtheit der einbezogenen Krankenhäuser unterschiedlich ist. Dies erschwert einen direkten Vergleich, weswegen die Entwicklung der Zahlen im Plan und in der Realität in aller Regel für sich genommen betrachtet wird.

Auch die Daten des Statistischen Bundesamtes sind nicht homogen. Bis 1984 wurden nur die Planbetten gezählt, ab 1985 alle aufgestellten Betten. Bei den Betten aller Krankenhäuser machte dies 1984 einen geringen Unterschied von 3.247 Betten mehr aus. Die Zahl der abgebauten Betten ist also geringfügig höher, als aus den Tabellen hervorgeht. Bis 1989 wurde zwischen Alle Krankenhäuser und Akut-Krankenhäuser unterschieden, wobei bei Allen Krankenhäusern auch Kur- und Rehaeinrichtungen sowie Krankenhäuser für chronisch Kranke (z. B. Tuberkulose, Rheuma, Geriatrie) beinhaltet waren – sogenannte Sonderkrankenhäuser. Ab 1990 wurde dann zwischen Alle Krankenhäuser (ohne Vorsorge und Reha) und Allgemeine Krankenhäuser differenziert. Allgemeine Krankenhäuser sind alle Krankenhäuser, abgesehen von rein psychiatrischen, psychotherapeutischen, neurologischen und geriatrischen Kliniken sowie reinen Tages- und Nachtkliniken.

Zwischen 1989 und 1990 hat sich die Zahl der Akut- bzw. Allgemeinkrankenhäuser in den alten Bundesländern um 83 erhöht. Die Zahl der entsprechenden Betten stieg um 21.800. Diese höheren Zahlen dürften im Wesentlichen durch die Statistikumstellung bedingt und kein Ausdruck einer realen Bettenvermehrung sein. Da bei den Allgemeinkrankenhäusern die Kliniken für chronisch Kranke, die vorher zu den Sonderkrankenhäusern gezählt wurden, enthalten sind, steigt bei diesem Übergang auch die Verweildauer. Da der Abbauprozess 1990 sicherlich weitergegangen ist, ist die Zahl der abgebauten Betten also vermutlich höher, als aus den Tabellen hervorgeht.

Die Betrachtung der Daten ist deshalb bei den alten Bundesländern jeweils auf die beiden Zeiträume 1972 bis 1989 und 1991 bis 2019 bezogen. Zusätzlich kamen ab 1990 die Krankenhäuser und Betten in der (ehemaligen) DDR dazu, allerdings lagen einzelne Daten der neuen Bundesländer zum Teil erst Jahre später vor (insbesondere Trägerdaten). 1989 hatte es in der DDR 539 Krankenhäuser mit 163.305 Betten gegeben.

Auch bei den Trägerdaten wurden bis 1989 die Daten der Akut-Krankenhäuser erfasst und danach die Daten für Allgemeine Krankenhäuser. Da die Zahlen vor 1989 für alle Krankenhäuser, inklusive des Vorsorge- und Reha-Bereichs, waren und deshalb erheblich höher sind,[72] ist ein Vergleich auf der Ebene aller Krankenhäuser nicht möglich. Es wird also auch bei den Trägerdaten zwischen der Periode 1972 bis 1989 und 1991 bis 2019 unterschieden.

Kennzahlen, die immer wieder auftauchen, sind die Bettenziffer (BZ), die Krankenhaushäufigkeit (KHH), die Belegungs-/Berechnungstage (BT), die Verweildauer (VWD) und die Bettennutzung (BN).

– Bettenziffer ist die Zahl der Betten eines Bundeslandes bezogen auf die Wohnbevölkerung. Die Zahl wird unterschiedlich angegeben, zum Teil pro 1.000, pro 10.000 oder pro 100.000 Einwohner*innen. Sie kann natürlich auch für einzelne Fachgebiete berechnet werden.
– Krankenhaushäufigkeit bezieht sich auf die Zahl der Einweisung in ein Krankenhaus im Verhältnis zur Einwohnerzahl. Sie wird in aller Regel pro 1.000 Einwohner*innen dargestellt, aber auch andere Bezugsgrößen (10er-Potenzen) werden verwendet. Auch sie kann natürlich bezogen auf ein Fachgebiet oder auf eine Diagnose berechnet und angegeben werden.
– Belegungs- bzw. Berechnungstage geben die Summe der Tage an, die alle Patient*innen im Krankenhaus liegen. Sie werden nach der sogenannten Mitternachtsstatistik ermittelt. Das bedeutet, dass jeweils der Entlassungstag wegfällt, die tatsächliche Zahl der Belegungstage also höher ist.
– Die Verweildauer gibt die durchschnittliche Zahl der Belegungs- bzw. Berechnungstage pro Patient*in im Krankenhaus an. Auch sie kann fachgebietsbezogen oder auch diagnosebezogen dargestellt werden. Auch hier gehen die Zahlen der Mitternachtsstatistik ein. Damit ist die tatsächliche Verweildauer bei jedem Patienten um einen Tag länger, als statistisch erfasst. Das bedeutet bei 123.794.184 Belegungstagen und 18.839.815 Patient*innen in Allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 2019 eine Steigerung der tatsächlichen Verweildauer um 15,22 Prozent (von 6,6 auf 7,6 Tage).
– Die Bettennutzung ist der Prozentsatz der Betten, der im Jahresdurchschnitt belegt ist (inkl. Wochenenden, Feiertage, Ferien usw.). Sie kann pro Krankenhaus und pro Fachabteilung berechnet werden, wird aber im Zusammenhang mit der Bettenplanung normativ vorgegeben und drückt die Vorstellung des Planers über die anzustrebende Auslastung aus. Da sie über die Belegungstage errechnet wird (Zahl der vorhandenen Betten * 365/Zahl der Belegungstage), gehen auch hier die zu niedrigen Zahlen der Mitternachtsstatistik ein.

Baden-Württemberg

GESETZGEBUNG

Vorbereitung der Gesetzgebung

Nach Verabschiedung des KHG 1972 wurde in Baden-Württemberg 1973 zunächst ein «Gesetz zur Änderung des Gesetzes über den kommunalen Finanzausgleich» verabschiedet.[73] Der kommunale Finanzausgleich regelt die Beteiligung der Kommunen an den Steuereinnahmen der Länder und eine Umverteilung der Steuereinnahmen der Kommunen, um das unterschiedliche Steueraufkommen auszugleichen. Durch das Gesetz wurde geregelt, dass sich die Kommunen und Landkreise zu 50 Prozent an der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen beteiligen müssen. Die teilweise Finanzierunglast ging also im Vergleich zur Zeit vor 1972 von den Kommunen und Landkreisen als Träger an die Kommunen und Landkreise als Gebietskörperschaften über. Das Land griff also tief in die Taschen anderer, um seine eigenen finanziellen Belastungen gering zu halten. Zwischenzeitlich (zumindest seit 2005) werden alle Mittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser aus dem Kommunalen Finanzausgleich entnommen.

Mit einer Verordnung[74] wurde geregelt, dass die Regierungspräsidien (Südbaden, Nordbaden, Südwürttemberg, Nordwürttemberg) gemäß KHG die zuständigen Behörden für die Aufnahme in den Kran-

72 Bei der Statistikumstellung von 1989 auf 1990 nahm die Zahl aller Krankenhäuser aufgrund der Herausnahme der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen um 1.017 ab und die Bettenzahl sank um 140.731. **73** Ges.Bl. 1973, Nr. 14, S. 205 ff. **74** Ges.Bl. 1972, Nr. 24, S. 634.

kenhausbedarfsplan sind und über die Verteilung der Fördermittel entscheiden. In Ermangelung eines Plans ging es also anfangs nur um die Verteilung der Mittel.

Mit einer weiteren Verordnung[75] wurden die Organisationen festgelegt, die nach KHG an der Erstellung der Planung zu beteiligen sind. Die Liste fiel vergleichsweise lang aus. Es wurden 34 Organisationen genannt, darunter auch der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und die Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV).

Landeskrankenhausgesetz 1975

Erst 1975 wurde das erste Landeskrankenhausgesetz (LKHG) verabschiedet.[76] In § 1 heißt es: «Ziel des Gesetzes ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige Krankenhäuser und eine bestmögliche Versorgung des Patienten im Krankenhaus zu gewährleisten.»

Dabei fällt auf, dass hier an zwei Punkten vom KHG abgewichen wird: Der Verweis auf die «sozial tragbaren Pflegesätze» fehlt und die Versorgung soll «bestmöglich« sein. Inwiefern dieser anderen Beschreibung der Ziele auch eine andere Politik entspricht, wird sich im weiteren Verlauf der Darstellung zeigen.

Zur Trägerschaft wird klargestellt, dass Krankenhäuser «von öffentlich-rechtlichen, gemeinnützigen und anderen privaten Trägern errichtet und unterhalten werden» können. Vorgaben, dass die Vielfalt der Träger zu beachten ist und dass deren Interessen «insbesondere» (KHG) gewahrt werden müssen, gibt es nicht. Wie im KHG wird in § 4 «Fördergrundsätze» die Selbstkostendeckung als Ziel der Förderung (gemeinsam mit den Pflegesätzen) postuliert.

In §§ 4, 5 und 6 finden sich die Regelungen zur Bedarfsplanung:

«§ 4 Krankenhausbedarfsplan

(1) Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung erstellt einen Krankenhausbedarfsplan und passt ihn der Entwicklung an. Besondere Krankenhausfachpläne sind Teil des Krankenhausbedarfsplans. Er wird von der Landesregierung beschlossen und im Staatsanzeiger für Baden-Württemberg veröffentlicht. […]

(3) Der Krankenhausbedarfsplan enthält allgemeine Zielsetzungen und Einzelfestsetzungen (§§ 5 und 6). Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind dabei zu beachten. Die Versorgung durch Universitätskliniken und sonstige nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz geförderte Krankenhäuser ist zu berücksichtigen. […]

(5) Wurde ein Krankenhaus in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen, so ist dies dem Krankenhausträger gegenüber durch Bescheid festzustellen. […] Gegen den Feststellungsbescheid steht der Verwaltungsrechtsweg offen. Entsprechendes gilt bei für das Krankenhaus wesentlichen Änderungen des Krankenpausbedarfsplans.»

Die Aufstellung des Plans ist Regierungssache. Das Parlament wird nicht beteiligt. Aber er wird zumindest im Staatsanzeiger veröffentlicht. Die Festlegungen zur Planung in § 4 sind allgemein, gehen aber über das KHG hinaus und schreiben die Vorgabe von allgemeinen Zielsetzungen und Einzelfestsetzungen vor. Insbesondere die Zielvorgaben sind wichtig, wenn tatsächlich eine Bedarfsplanung und eine Anpassung der Realität an den Bedarf erfolgen sollen. Dass die Entscheidung der Aufnahme/Nichtaufnahme in den Plan gerichtlich anfechtbar ist, wurde insbesondere von privaten Trägern immer wieder genutzt. Dabei haben sich die Gerichte auch immer wieder (im Wesentlichen unter Berufung auf die Berufsfreiheit in § 12 GG) letztlich gegen Planung und für die Freiheit, Geld zu verdienen, entschieden. Durch eine Vielzahl von Urteilen ist es momentan faktisch nicht mehr möglich, einzelne Krankenhäuser aus dem Plan herauszunehmen oder den Versorgungsauftrag für eine Region neu zu planen und zu vergeben. Die Planung ist durch diese Rechtsprechung de facto zum Erliegen gekommen – unabhängig davon, dass sich das im Laufe der Zeit immer mehr mit den Intentionen der Planungsbehörden gedeckt hat.

«§ 5 Versorgungsgebiete

Der Krankenhausbedarfsplan bildet Versorgungsgebiete. Er ordnet die darin zur Versorgung der Bevölkerung benötigten Krankenhäuser in ein bedarfsgerecht gegliedertes System verschiedener Leistungsstufen ein. Für Fachkrankenhäuser und besondere zentrale Krankenhausfacheinrichtungen sind bei Bedarf besondere Versorgungsgebiete zu bilden.»

Die Vorgabe, Versorgungsgebiete zu bilden, ist wichtig, weil die Notwendigkeiten der Versorgung nicht an Stadt- oder Landkreisgrenzen haltmachen, die Errichtung von Krankenhäusern vor dem KHG aber genau entsprechend dieser Grenzen erfolgte. Erste wichtige Aufgabe einer Planung wäre es also, die regionalen Versorgungsgebiete zu ermitteln. Hierbei spielt insbesondere die leichte Erreichbarkeit eine wichtige Rolle.

«§ 6 Bedarf

(1) Der Krankenhausbedarfsplan weist den Bedarf an Krankenhausplanbetten aus. Der Bedarf ist nach Fachrichtungen aufzuteilen. Dabei sind nach fachlichen Gesichtspunkten gegliederte Bereiche überschaubarer Größe vorzusehen.

(2) Der Krankenhausbedarfsplan nimmt die vorhandenen Krankenhäuser, die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden, nach gegenwärtiger und künftiger Aufgabenstellung, Größe und Leistungsstufe auf. Er legt fest, wie und in welchen örtlichen Bereichen ein zusätzlicher Bedarf oder Ersatzbedarf gedeckt werden soll.»

Dies sind richtige, sehr detaillierte Vorgaben, die eine echte Planung ermöglichen: Ermittlung des Bedarfs gegenwärtig und zukünftig, fachrichtungsbezogen, untergliedert nach Größe und Leistungsstufe (Regelversorgung, Maximalversorgung usw.), spezielle Fachpläne für besondere Versorgungsbedarfe und ggf.

75 Ges.Bl. 1975, Nr. 6, S. 183. **76** Alle Zitate: Ges.Bl. 1975, Nr. 26, S. 838ff.

Feststellung eines Fehlbedarfs. All das ist notwendig, um zu einer Bedarfsplanung zu kommen. Inwieweit dies umgesetzt wurde, wird sich mit den Festlegungen im Krankenhaus(bedarfs)plan zeigen.

Mit § 7 wird ein Krankenhausbeirat (alle «wesentlichen Beteiligten» im Land; siehe obige Verordnung) gebildet, der an der Aufstellung und Fortschreibung des Plans und der Programme angehört wird.

Mit § 8 wird der sogenannte Sicherstellungsauftrag konkretisiert: «Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern ist Pflichtaufgabe der Landkreise und Stadtkreise. Sie erfüllen diese Verpflichtung dadurch, dass sie nach den Festsetzungen des Krankenhausbedarfsplans eigene Krankenhäuser errichten und unterhalten, soweit eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung nicht durch andere Träger sichergestellt wird.»

Eigentlich liegt der Sicherstellungsauftrag bei den Ländern (§§ 1und 6 KHG 1972). Sie können ihn aber «delegieren», was in Baden-Württemberg hiermit geschah. Die Regelung soll verhindern, dass Versorgungslücken entstehen, wenn sich private oder freigemeinnützige Träger – aus welchen Überlegungen auch immer – aus der Versorgung zurückziehen. Insofern ist diese Regelung eminent wichtig für die Versorgung der Bevölkerung, weil sie ungleiche Versorgungs- und damit Lebensbedingungen aufgrund von normalerweise finanziellen Überlegungen nicht-öffentlicher Träger verhindert. Die Privatisierungswut vieler Kommunen und Landkreise kann damit aber zu dem makabren Ergebnis führen, dass sie «ihre» Krankenhäuser verschenken (für einen Euro verkaufen), um sie dann wieder für teures Geld zurückkaufen zu müssen, wenn der private Anbieter plötzlich zu der Ansicht kommt, dass sich das Betreiben des Krankenhauses nicht mehr lohnt.

Weiter ist in § 8 geregelt, dass der Sicherstellungsauftrag analog auch für Krankenhäuser gilt, die eine überörtliche Versorgung durchführen. Die Regierungspräsidien als zuständige Behörden können Neubauten von Krankenhäusern anordnen, den Weiterbetrieb (bei Schließungsabsicht) anordnen oder die Land- und Stadtkreise anweisen, den Betrieb eines anderen Trägers (freigemeinnützig oder privat) zu übernehmen. Nähere Regelungen, was wie gefördert wird (Einzel- und Pauschalförderung), gibt es im Gesetz nicht, damit gelten die entsprechenden Regelungen des KHG unmittelbar.

In § 12 wird die Aufnahme- und Dienstbereitschaft geregelt. Interessant ist, dass eine wechselnde Aufnahmebereitschaft von Krankenhäusern in räumlicher Nähe für die Nacht, für Wochenenden und Feiertage als Soll-Vorschrift vorgesehen ist: Jedes Krankenhaus hatte an einem anderen Tag/Wochenende Notaufnahme und wurde dementsprechend von den Sanitäter*innen angefahren. Dies ist eine sinnvolle Regelung, die auch bis in die 1990er Jahre weitgehend befolgt wurde. Erst als sich durch die zunehmende Ökonomisierung die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander immer mehr verschärfte, hielten sich die meisten Krankenhäuser nicht länger an diese Vereinbarung und gingen zu einer täglichen Notaufnahme über – in der Hoffnung, dadurch mehr Patient*innen «akquirieren» zu können.

Fünf weitere Regelungen seien noch genannt, obwohl sie nicht direkt mit Planung zu tun haben, einfach um den damaligen «Zeitgeist» etwas einzufangen:

- Gemäß § 14 muss die soziale Betreuung von Patient*innen gewährleistet sein.
- § 15 lautet: «Privatstationen werden nicht mehr errichtet. Vorhandene Privatstationen werden aufgelöst.»
- In § 16 ist geregelt, dass die Krankenhausleitung aus je einer Vertreterin/einem Vertreter der Verwaltung, einer Ärztin/einem Arzt und einer Pflegekraft bestehen muss.
- In § 24 «Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus» ist die Pflicht eines Krankenhauses, sich auf Beantragung der Krankenkassen prüfen zu lassen, geregelt. Gleichzeitig wird aber der staatliche Auftrag benannt, entsprechende Prüfrichtlinien (inkl. Personalvorgaben) zu entwickeln, um festzulegen, was bedarfsnotwendig ist. Dies geschah auch und führte zu einer Vielzahl von Personalbemessungsvorgaben.
- Gemäß § 26 werden auch Personalwohnheime und Ausbildungsstätten gefördert. Die Förderung der Ausbildungsstätten wird mit der Änderung des KHG 1981 bundesweit Pflicht.

Landeskrankenhausgesetz – Neufassung von 1986[77]

In § 1, der die Art der Versorgung regelt, wurde der Begriff «bestmöglich» durch «medizinisch zweckmäßig und ausreichend» ersetzt. Der bis dahin fehlende Hinweis auf die «sozial tragbaren Pflegesätze» (als Hinweis auf die zunehmende Bedeutung der Wirtschaftlichkeit) wurde ergänzt. Von bestmöglich zu zweckmäßig – ein steiler Abstieg, aber eben auch ein Dokument der sich wandelnden politischen Großwetterlage und veränderter Prioritäten. Entsprechend wurden die Formulierungen zur Trägerschaft ergänzt: Den freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ist «ausreichend Raum zu geben». Das ist selbstverständlich mehr als «keine Benachteiligung» und klingt schon nach einem Vorboten der Privatisierungswelle der 1990er Jahre.

Der Sicherstellungsauftrag in § 3 wurde wie folgt umformuliert: «Wird die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern nicht durch andere Träger sichergestellt, so sind die Landkreise und Stadtkreise verpflichtet, die nach dem Krankenhausplan notwendigen Krankenhäuser und Krankenhauseinrichtungen zu betreiben.»

Damit wurde die Versorgung durch nicht-öffentliche Krankenhäuser zur Norm gemacht und der Staat nur noch dazu verpflichtet, im Notfall einzugreifen. Subsi-

77 Alle Zitate: GesBl. 1986, Nr. 21, S. 425 ff.

diarität statt Gewährleistung. Das passt gut in die politische Gesamtentwicklung des «schlanken Staats».

§ 4 heißt bezeichnender Weise ab jetzt nur noch Krankenhausplan statt Krankenhausbedarfsplan. Die Ausrichtung am Bedarf wurde gestrichen. In der Praxis geht es stattdessen zunehmend um Bettenabbau und Kosteneinsparung.

Im neuen § 5 «Gegenstand des Krankenhausplans» heißt es nun: «Der Krankenhausplan stellt die für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung in Baden-Württemberg erforderlichen Krankenhäuser dar (bedarfsgerechte Krankenhäuser).» Auch hier findet sich eine Verschiebung der Gewichtung. Bedarfsgerecht ist jetzt, was leistungsfähig und wirtschaftlich ist. Davon war in den Paragrafen zum Krankenhausbedarfsplan 1975 nicht die Rede. Was ist, wenn ein Krankenhaus bedarfsnotwendig und leistungsfähig ist, aber nicht wirtschaftlich betrieben werden kann?

Der § 6 «Inhalt des Krankenhausplans» blieb, was die Anforderungen an die Planung angeht, im Wesentlichen unverändert. Es kam folgender Punkt hinzu: «(3) Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung kann der Krankenhausplan einzelnen Krankenhäusern besondere Aufgaben zuordnen sowie die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und eine Aufgabenteilung vorsehen.»

An diesen Zuweisungen ist prinzipiell nichts auszusetzen, außer dass sie wieder unter den Aspekten der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgen sollten. Damit wurde das Ganze auf den Kopf gestellt: Zunächst müsste die Planung unter Sachgesichtspunkten erfolgen (wo ist die Zuordnung von besonderen Aufgaben und wo ist die Kooperation sinnvoll?). In zweiter Linie kann man sich dann fragen, ob das auch wirtschaftlich ist (vermutlich schon). Wenn es das nicht ist, darf die Prioritätensetzung aber nicht geändert werden.

In § 7 «Umsetzung und Anpassung des Krankenhausplans» wurde folgender Passus aufgenommen: «(3) Übersteigt das Leistungsangebot des Krankenhauses, insbesondere die vorgehaltene Bettenzahl, den durch Bescheid nach Absatz 1 festgestellten Umfang oder weicht es wesentlich davon ab, so kann das Regierungspräsidium die zur Anpassung des Leistungsangebots notwendigen Anordnungen treffen.»

Das klingt eigentlich logisch, kündete aber in erster Linie von der Verschiebung der Perspektive in Richtung Beschränkung des Leistungsangebots. Eine andere Sache ist, dass solche Anordnungen (soweit sie überhaupt erfolgt sind) in der Praxis auf erhebliche Probleme gestoßen wären (Klagerecht der Betroffenen).

§ 8 regelt für die Krankenhäuser die «Auskunftserteilungspflicht über Leistungsdaten». Die ist sinnvoll, weil ohne solche Daten eine Planung nicht möglich ist. Der Krankenhausbeirat wurde in Landeskrankenhausausschuss umbenannt. Seine Teilnehmerzahl wurde radikal beschränkt (von 34 auf nur noch sieben Organisationen, DGB und ÖTV sind rausgeflogen).

In § 10 neu «Grundsatz» (der Förderung) heißt es: «Die Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so zu bemessen, dass sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze notwendigen Investitionskosten decken.»

Die Selbstkostendeckung (§ 4 KHG: Investitionsförderung und Pflegesätze müssen die Selbstkosten decken) als Maßstab der Investitionsfinanzierung verschwindet. Erstmals taucht der Begriff «förderfähig» auf. Dies ist ein Hinweis darauf, dass in Zukunft eine der wesentlichen Tätigkeiten der Förderbehörden sein wird, möglichst viele Kosten als «nicht förderfähig» zu deklarieren und damit ihre Finanzierung abzulehnen. Auch rückten die betriebswirtschaftlichen Aspekte zunehmend in den Mittelpunkt. Weiter heißt es in diesem Paragrafen: «Bedarfsgerechte Landeskrankenhäuser sind geförderte Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzes und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.» Auch das stellt Dinge auf den Kopf: Nicht mehr bedarfsgerechte Krankenhäuser werden gefördert, sondern «geförderte Krankenhäuser sind bedarfsgerecht». Das war die Absage an eine bedarfsgerechte Sachplanung und die Hinwendung zur Bettenverwaltung.

Auch § 13 «Umfang der Einzelförderung» wimmelt nur so vor Formulierungen, dass alles möglichst billig sein muss: «(1) Bei der Festlegung des förderungsfähigen Umfangs einer Investition sind ihre Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, zu berücksichtigen. (2) Förderungsfähig sind nur die entstehenden und nachzuweisenden Kosten der bewilligten Investition, die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigt sind. Bei Errichtungsmaßnahmen (§ 12 Abs. 1 Nr. 1) sind vorhandene Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens zu übernehmen, soweit dies wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist. (3) Es können nur die für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten im Krankenhaus notwendigen Investitionen gefördert werden. […] (5) Der Antragsteller hat auf Verlangen die Wirtschaftlichkeit der Investition, die Folgekosten sowie die Beachtung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelnen darzulegen.»

Mit § 14 wurde die sogenannte Festbetragsförderung eingeführt. Das bedeutet, dass am Anfang einer Investitionsmaßnahme ein bestimmter Festbetrag vereinbart wird, unabhängig von der Entwicklung der tatsächlichen Kosten (z. B. Baupreissteigerungen). Hierbei handelt sich zwar um eine Kann-Regelung. In der Praxis haben die Förderbehörden die Förderentscheidung selbst und auch ihre Höhe zunehmend davon abhängig gemacht, dass die Träger sich mit dieser Festbetragsförderung einverstanden erklärt haben. Alle Risiken lagen damit beim Träger. Das Land entlastete sich bei der Finanzierung wieder zuungunsten der Träger, wie es in den 1950er und 1960er Jahren üblich war.

Systematisch betrachtet drehte diese Festbetragsförderung ebenfalls wieder das Mittel-Zweck-Ver-

hältnis um: Es werden nicht die notwendigen Mittel für einen bestimmten Zweck (Krankenhausbau in guter Qualität) aufgebracht, sondern der Zweck muss an die zur Verfügung gestellten Mittel angepasst werden (z. B. durch zu geringe Flächen). Auch dies eine Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip.

In § 14 werden zudem «Förderrichtlinien» angekündigt, die es offensichtlich gibt (denn in jedem Einzelfall werden sie zur Begründung der Ablehnung von bestimmten Kosten angeführt), die allerdings bis heute nie veröffentlicht wurden und damit jeder demokratischen Kontrolle und Kritik entzogen sind.

In §§ 15 und 16 wurden die Grundsätze der Pauschalförderung fixiert. Die konkreten Festlegungen wurden in eine Rechtsverordnung verlagert. Die Pauschalförderung orientierte sich weiterhin an der Bettenzahl, die unterschiedlichen Beträge entsprechend den Größenklassen der Krankenhäuser fielen allerdings weg. Auch dies ist nicht sachgerecht, weil größere Krankenhäuser normalerweise einer höheren Versorgungstufe angehören und deswegen einen deutlich höheren Aufwand pro Bett haben. Mit der Pauschalförderung werden ja alle kurzfristigen Anlagegüter und nicht nur Betten finanziert.

Der § 17 «Förderung von Nutzungsentgelten», also die Möglichkeit, sich statt der Anschaffung von Anlagegütern diese zu leasen, wurde immer weiter ausgebaut, differenziert und seine Verwendung wurde erleichtert.

Der § 21 «Förderung der Schließung oder Umstellung von Krankenhäusern» kam neu hinzu. Träger, die bereit waren, ihre Häuser zu schließen, sollten über Ausgleichszahlungen hierfür finanzielle Anreize erhalten. Das erinnert schon sehr stark an die «Abwrackprämie» (Strukturfonds), die 2015 mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführt wurde.

In § 25 wurde die Unschädlichkeit eines Trägerwechsels für die Fortgeltung des Plans und die Investitionsförderung festgeschrieben. Auch das ein Hinweis darauf, dass der Weg in Richtung Privatisierung beschritten werden sollte.

Die Bestimmungen zur gemeinsamen Aufnahmebereitschaft (§ 29) wurden von einer Soll-Vorschrift zu einer Kann-Vorschrift.

Die Regelungen zu Privatstationen und zur Zusammensetzung der Krankenhausleitung blieben unverändert. Aber es kam noch eine interessante Ausnahmeregelung hinzu: In § 13/3 heißt es: «Einbettzimmer und Zweibettzimmer als Wahlleistung werden jedoch in angemessenem Umfang gefördert.» Auch hier eine ziemliche Kehrtwende: vom Verbot von Privatstationen zur Förderung von Wahlleistungsbetten.

1998 wurde dann die Pauschalförderverordnung so geändert, dass neben der Grundpauschale, die sich nach der Anzahl der Planbetten richtete, auch noch eine Fallmengenpauschale eingeführt wurde. Die Grundpauschale wurde gekürzt und 28 Millionen DM wurden über die Fallmengen verteilt. Der Zweck war ganz offensichtlich, einem Bettenabbau nicht-finanzielle Hürden in den Weg zu stellen. Nebenbei wurde so ein weiterer finanzieller Anreiz zur Steigerung der Patientenzahlen gesetzt.

Landeskrankenhausgesetz 2007

2005 hatte die Landesregierung eine Expertenkommission «Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg» einberufen, die 2006 ihren Bericht vorlegte. Im Vorwort schwärmte die damalige Ministerin für Arbeit und Soziales, Monika Stolz (CDU), von den Möglichkeiten, die eine neue Sicht auf das Gesundheitswesen biete. Nicht mehr Daseinsvorsorge, sondern: «Der Gesundheitsmarkt verfügt über ein Wachstums- und Entwicklungspotenzial, das für den Wirtschaftsstandort Baden-Württemberg entsprechende Bedeutung hat. Der größte und ausgabenintensivste Bereich, die Krankenhauswirtschaft, hat bereits in den letzten Jahren große Veränderungen erfahren.»[78]

In der «Zusammenfassung der Vorschläge» dieser Kommission finden sich unter anderem folgende Hinweise an die Landeregierung: Es soll von der Bedarfsplanung auf eine «kapazitätsorientierte Rahmenplanung» umgestellt werden. Die Konkretisierung dieser «Rahmenplanung und des Versorgungsauftrages ist Sache der jährlichen Entgeltverhandlungen zwischen den einzelnen Krankenhausträgern und den Krankenkassen». Dabei sollten die Krankenhausträger «selbst entscheiden können, welche Leistungen sie an welchem Standort erbringen». «Das Land muss sich zu seiner politischen Verantwortung für die Krankenhausplanung und damit auch für die Krankenhausförderung sowie zu strukturellen Veränderungen wie der Schließung von Krankenhausstandorten oder von Krankenhausabteilungen bekennen.» Dabei sei aber die «Festlegung von Leistungsstufen […] verzichtbar». «Niedergelassene Ärzte sollen stärker in die notärztliche Versorgung einbezogen werden. Hierbei soll eine organisatorische, räumliche und personelle Verknüpfung von notärztlicher Versorgung und vertragsärztlichem Notdienst angestrebt werden.» «Bei Wegfall von Krankenhausstandorten können stationär erforderliche Leistungen durch niedergelassene Ärzte erbracht werden (neue Form der Praxiskliniken).»[79]

Weiter wird vorgeschlagen: «Bei der Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes ist insbesondere den Gesichtspunkten der Entbürokratisierung, der Deregulierung und der Aktualisierung des Rechts Rechnung zu tragen.» Entsprechend sollten die «planungsrechtlichen Vorschriften des Landeskrankenhausgesetzes […] festlegen, dass das Land sich auf eine Rahmenplanung beschränkt. Die Einzelfestsetzungen für jedes Krankenhaus sollten dabei nur noch die Fachrichtungen und die Zahl der Planbetten umfassen.» «Es wird vorgeschlagen, eine Sonderregelung einzuführen, die bei Outsourcing bestimmter Bereiche eine Rückforde-

78 Ministerium für Arbeit und Soziales: Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg, Bericht der Expertenkommission, Mai 2006, Vorwort. **79** Alle Zitate: ebd., S. 13–17.

rung geleisteter Fördermittel in der Regel ausschließt, wenn die geförderten Anlagen auch künftig stationär genutzt werden.» «Die landesrechtlichen, die innere Strukturierung des Krankenhauses betreffenden Bestimmungen zur Krankenhausbetriebsleitung zum sozialen Krankenhausdienst zur Mitarbeiterbeteiligung an Privatliquidationserlösen sollten gestrichen und in die Verantwortung des einzelnen Krankenhausträgers übertragen werden.» Und nicht zuletzt sollte «steuerrechtlich erleichtert werden, als Krankenhaus den gemeinnützigen Status aufzugeben».[80]

Neben den Einzelvorschlägen, die sich allesamt im späteren Gesetzestext wiederfinden (und dort bewertet werden), finden sich hier zwei neue Argumentationsfiguren, die die Abkehr von bisherigen Festlegungen zur Daseinsvorsorge beinhalten. Die Begrifflichkeiten «Gesundheitsmarkt» und «Krankenhauswirtschaft» sind Sinnbild für die zunehmende Ökonomisierung und Vermarktwirtschaftlichung aller Bereiche der Daseinsvorsorge. Daseinsvorsorge und Gesundheitsmarkt schließen sich von den Zielsetzungen und von den Methoden der Steuerung aus. In dem einen geht es um Bedarfe, gleichen Zugang und gleiche Verfügbarkeit ohne Abhängigkeit vom sozialen Status, in dem anderen um Angebot und Nachfrage und um möglichst hohe Gewinne. Dementsprechend ist keine Planung mehr sinnvoll, sondern allerhöchstens noch eine gewisse Regulierung, um die schlimmsten Auswüchse zu vermeiden.

«Bürokratieabbau» und «Deregulierung» sind weitere Begrifflichkeiten, unter denen der Rückzug des Staates aus allen Bereichen der Daseinsvorsorge angestrebt wurde. Getreu dem neoliberalen Motto des «schlanken Staates» wurden staatliche Planung und staatliche Verantwortlichkeit und Trägerschaft zugunsten privatwirtschaftlicher, profitorientierter Initiativen zurückgefahren.

Im Jahr 2007 wurde dann das überarbeitete Landeskrankenhausgesetz verabschiedet. Im allgemeinen Teil der Begründung heißt es: «Das Gesetz zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg […] verfolgt vorrangig das Ziel, das bisherige Regelungswerk des Landeskrankenhausgesetzes zu aktualisieren, zu entbürokratisieren und Deregulierungen vorzunehmen. Insbesondere die Vorschriften, die wirtschaftliches Handeln behindern und in unternehmerische Freiheiten eingreifen, sollen so weit wie möglich abgebaut werden.»[81]

In das neue Gesetz[82] wurde ein neuer § 3a «Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit anderen Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens» eingefügt:

«(1) Auf der Grundlage des Krankenhausplans sollen die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB 5) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2482) in der jeweils geltenden Fassung zugelassenen Krankenhäuser innerhalb des Einzugsbereichs entsprechend ihrer Aufgabenstellung zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit erstreckt sich insbesondere auf die Bildung von Leistungsschwerpunkten und auf die Krankenhausaufnahme einschließlich der Notfallaufnahme.

(2) Die Krankenhäuser sollen im Interesse der durchgehenden Sicherstellung der Versorgung der Patienten eng mit den niedergelassenen Ärzten und den übrigen an der Patientenversorgung beteiligten ambulanten und stationären Diensten und Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zusammenarbeiten. Dabei ist eine Zusammenarbeit insbesondere im Rahmen der Notfallversorgung anzustreben. Im Rahmen der Notfallrettung ist der Rettungsdienst verpflichtet, Patienten in das nächsterreichbare, für die medizinische Versorgung nach dem Landeskrankenhausplan geeignete Krankenhaus zu befördern, sofern keine zwingenden medizinischen Gründe für eine anderweitige Versorgung vorliegen. Verlegungen zwischen Krankenhäusern aus rein wirtschaftlichen Gründen sollen, soweit Patienteninteressen entgegenstehen, nicht erfolgen.»

Es gab zwar schon vorher einen Paragrafen «Zusammenarbeit der Krankenhäuser». Die Schwerpunktsetzung war aber neu. Die Bildung von Leistungsschwerpunkten und die Überwindung der Sektorentrennung (ambulant-stationär) insbesondere auch bei der Notfallversorgung sind richtige Ziele. Allerdings fehlt bis heute ihre Umsetzung. Auch wurde die Richtung dieser Zusammenarbeit offengelassen: Bekommen die Krankenhäuser das Recht der ambulanten fachärztlichen Versorgung oder sollen die Niedergelassenen (evtl. über medizinische Versorgungszentren) mehr Tätigkeiten in den Krankenhäusern übernehmen? Das sind Fragen, die hier schon angelegt sind und die ein Teil der gesundheitspolitischen Debatte der Gegenwart und der näheren Zukunft sein werden (siehe Kapitel 4).

In § 4 «Krankenhausplan» wurde eingefügt: «Der Krankenhausplan wird durch Einzelfallentscheidungen […] laufend angepasst und bei Bedarf insgesamt fortgeschrieben.» Auch das weist in die Richtung immer weniger Bedarfsplanung, immer weniger Festlegung von Zielen, sondern Bettenverwaltung auf Zuruf und nach Interesse der Träger.

In § 6 «Inhalt des Krankenhausplans» entfiel die Vorgabe, dass die Planung die Versorgungstufe des Krankenhauses und die Zahl der Betten pro Fachabteilung ausweisen muss. Es soll sich nur noch um eine «Rahmenplanung» handeln. Es müssen jetzt nur noch die Fachabteilungen und die Gesamtzahl der Betten des Krankenhauses angegeben werden. Dem Träger soll es überlassen bleiben, wie er die Planbetten nutzt. Damit ist offenkundig, dass es nicht mehr um Bedarfsplanung geht. Wie soll der Bedarf zum Beispiel an Betten der Altersmedizin geplant werden, wenn der Träger die entsprechenden Betten auch in (lukrative) orthopädische Betten umwandeln kann?

Die Planung nach Versorgungsgebiete entfiel ebenfalls. Auch das ein deutlicher Hinweis, dass eigentlich

80 Alle Zitate: ebd., S. 18–19. **81** Landtag Baden-Württemberg, Drucksache 14/1516, 11.7.2007, S. 15. **82** Alle Zitate: GesBl. 2008, 11.1.2008, S. 13 ff.

nur noch möglichst wenig geplant werden sollte und wenn, dann der Abbau. Regionale Versorgungsgebiete sind aber die einzig sinnvolle Struktur, um tatsächlich die Versorgung der jeweiligen Bevölkerung sicherzustellen. In der Begründung heißt es zu den Änderungen des § 6 dagegen:

«Die Neufassung des § 6 bezweckt eine Lockerung des Krankenhausplanungsrechtes. Insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung der DRG-Fallpauschalen sind Flexibilisierungen erforderlich», und: «Absatz 1 Satz 1 stellt fest, dass es sich bei dem Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg um einen Rahmenplan handelt, der insbesondere grundsätzlich keine diagnoseorientierte Leistungsplanung vornimmt.»[83]

Der Hinweis auf die Erfordernisse der DRGs ist entlarvend. Die Entfaltung eines Preissystems verträgt keine Planung. Der Begriff Rahmenplanung ist ein Euphemismus. Er steht für Unverbindlichkeit und Ungenauigkeit, wie es in den Empfehlungen der Kommission deutlich gefordert und in den neuen Gesetzesregelungen auch umgesetzt wurde (siehe oben).

Die Vorschriften zu «Förderrichtlinien» in § 14 wurden gestrichen, «weil sich in der Vergangenheit kein Bedarf für den Erlass von Förderrichtlinien ergeben hat».[84] Diesen Bedarf hat es aber sehr wohl gegeben und diese Richtlinien gibt es intern auch, aber eben nicht öffentlich. Stattdessen wurde in der Gesetzesbegründung Folgendes ausgeführt: «Investitionsmaßnahmen können auch im Wege einer Public Private Partnership (PPP) durchgeführt und gefördert werden.»[85] Ein entsprechender Passus findet sich zwar im Gesetz selbst nicht. Er darf wohl als Klarstellung der Landesregierung verstanden werden, dass solche Finanzierungsformen ausdrücklich gewünscht wurden.

Der § 32 zum Verbot von Privatstationen wurde aufgehoben und abgelöst durch eine Bestimmung, dass ganze Privatkrankenhäuser auf dem Gelände eines Plankrankenhauses betrieben werden können, wenn sie «räumlich personell und organisatorisch» getrennt werden. Es erfolgte also eine scharfe Kehrtwendung: weg vom Verbot von Privatstationen zur Festlegung der Bedingungen für die Errichtung von Privatkliniken als Bestandteil bestehender Kliniken für die Allgemeinversorgung. Kliniken für Superreiche aus dem In- und Ausland und damit Einnahmen außerhalb des DRG-Systems – das war eine Zeit lang das Geschäftsmodell etlicher Klinikvorstände. Wegen der Problematik, dass es damit im Zweifelsfall zu Einschränkungen der Allgemeinversorgung kommen kann, die Privatkassen ggf. zu stark belastet und staatliche Mittel anderweitig verwendet werden, erfolgte hier dann eine gewisse Regulierung (Trennung), aber kein Verbot.

Die Bestimmungen zur gemeinsamen Leitung eines Krankenhauses (Verwaltung, Ärztlicher Dienst, Pflege) wurden aufgehoben (§ 33). Damit wurde auch auf der organisatorischen Ebene die Dominanz der Kaufleute festgeschrieben. Die Ärzt*innen blieben in aller Regel weiter im Boot (oder wie es ein Sana-Manager einmal ausdrückte: «Der Arzt sitzt an der Kasse»). Die Pflege wurde entmachtet, sie sollte ja auch eines der wichtigsten Sparopfer sein.

Landeskrankenhausgesetz – neueste Fassung

Im Bereich der Planungs- und Förderungsparagrafen gab es seit 2007 keine wesentlichen Änderungen mehr. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren konnten in den Plan aufgenommen werden, was nicht geschah. Nur nebenbei sei erwähnt, dass 2017 die Landesverbände der Gewerkschaften und Gesundheitsberufe mit zwei Vertreter*innen wieder in den Landeskrankenhausauschuss aufgenommen wurden.

Tabelle 6: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Baden-Württemberg (ab 1968)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1968–1972	CDU, SPD	Filbinger 2
1972–1976	CDU	Filbinger 3
1976–1978	CDU	Filbinger 4
1978–1980	CDU	Späth 1
1980–1984	CDU	Späth 2
1984–1988	CDU	Späth 3
1988–1991	CDU	Späth 4
1991–1992	CDU	Teufel 1
1992–1996	CDU, SPD	Teufel 2
1996–2001	CDU, FDP/DVP	Teufel 3
2001–2005	CDU, FDP/DVP	Teufel 4
2005–2006	CDU, FDP/DVP	Oettinger 1
2006–2010	CDU, FDP/DVP	Oettinger 2
2010–2011	CDU, FDP/DVP	Mappus
2011–2016	Grüne, SPD	Kretschmann 1
2016–	Grüne, CDU	Kretschmann 2

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausbedarfsplan Stufe I

Der erste Krankenhausbedarfsplan Baden-Württembergs trat im Juni 1977 in Kraft. Der Planungszeitraum war bis 1985 angesetzt. Im Vorwort stellte die damals zuständige Ministerin Annemarie Griesinger (CDU) ihre Einschätzung und die Zielsetzungen wie folgt vor: «Das Bettenangebot ist, von wenigen örtlichen Engpässen abgesehen, ausreichend und bedarf im Wesentlichen nur noch der strukturellen Anpassung. […] Die Effizienz des Krankenhauswesens wird vor allem dadurch gesteigert, dass die im Krankenhausbedarfsplan festgelegte Aufgabenteilung und Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern verschiedener Leistungsstufen möglichst rasch verwirklicht wird. Gleichzeitig sollen Aufgaben der vollstationären Versorgung aus dem ‹Akutbereich› auf andere, weniger kapital- und personalaufwendige Versorgungseinrich-

83 Landtag Baden-Württemberg, Drucksache 14/1516, 11.7.2007, S. 19. **84** Ebd., S. 22. **85** Ebd. **86** Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg: Krankenhausbedarfsplan – Stufe I, Stuttgart 1977, S. 3.

tungen verlagert werden. […] Mit der Vorlage des Entwurfs der Stufe I hat die Landesregierung Bedarfsdeterminanten vorgegeben, die im Bundesvergleich am niedrigsten liegen. […] Laufende Bauprojekte und fertige Planungen wurden um über 5.000 Betten reduziert, über 1.400 vorhandene Betten wurden abgebaut und erhebliche Strukturanpassungen erreicht.»[86] Ein gewisser Stolz über den bisherigen Abbau ist nicht zu übersehen.

In der Einleitung heißt es: «Ein wesentlicher Ansatzpunkt für eine weitere Verbesserung im Gesundheitswesen des Landes ist die Neuordnung des Leistungsangebots in der Krankenversorgung selbst. Hier sind bereits heute erhebliche Rationalisierungsmöglichkeiten vorhanden. Mit der Nutzung der hier gegebenen Möglichkeiten einer stärkeren Leistungsdifferenzierung und Aufgabenteilung, einer besseren Koordination und einer engeren Kooperation der Krankenhäuser könnte eine wesentliche Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung erreicht werden. Das Land strebt deshalb die Schaffung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems sich ergänzender Krankenhäuser verschiedener Leistungsstufen an. […] Es können nicht mehr alle Krankenhausleistungen in einem Krankenhaus und an einem Ort, sondern nur in regionaler Zusammenarbeit mehrerer Krankenhäuser medizinisch und wirtschaftlich optimal angeboten werden. Dies ist jedoch nur auf der Grundlage einer überörtlichen systematischen Koordination erreichbar.»[87]

Es ist bereits hier erkennbar, dass die Ziele, die die damalige Landesregierung verfolgte, Bettenabbau und eine Bereinigung der Krankenhauslandschaft sind. Dieser Prozess fand in Baden-Württemberg früher als in anderen Ländern statt und steht in einem gewissen Gegensatz zu den vollmundigen Formulierungen im damaligen Landesskrankenhausgesetz. Dabei ist interessant, dass nicht, wie in späteren Jahren, Methoden der finanziellen Steuerung verwendet werden sollten, um die Ziele zu erreichen, sondern auf Strukturvorgaben gesetzt wurde. Auch wenn die Bedarfsplanung ein richtiges Instrumentarium zur Steuerung der Daseinsvorsorge ist, kann sie (unter Einsatz falscher Parameter; siehe unten) selbstverständlich auch missbraucht werden.

Unter der Überschrift «Allgemeine gesundheitspolitische Leitgedanken und Grundsätze für eine bedarfsgerechte Versorgung in Baden-Württemberg» wurde Folgendes ausgeführt:

«Maßgebend für eine bedarfsgerechte, langfristig gesicherte Krankenhausversorgung der Bevölkerung sind danach fünf Grundsätze:

1. Grundsatz der medizinischen Wirksamkeit, d. h. ein umfassendes Angebot an medizinisch wirksamen Krankenhauseinrichtungen mit einer hinreichenden Zahl funktionsgerechter Krankenhausplanbetten, das nach der unterschiedlichen Häufigkeit und Schwierigkeit der jeweils notwendigen Behandlung entsprechend gegliedert ist,
2. Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit, d. h. eine ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten, die sich allein nach der Schwere seiner Erkrankung, nicht aber nach seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit richtet,
3. Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung, d. h. die jeweils notwendige Krankenhausleistung mit einem Minimum an personellem, sachlichem und damit finanziellem Aufwand zu erbringen; alle medizinisch und wirtschaftlich sinnvollen Entlastungsmöglichkeiten der stationären Versorgung sind zu nutzen,
4. Grundsatz der Patientennähe der Krankenhauseinrichtungen, d. h. eine gute Erreichbarkeit der Krankenhauseinrichtungen in einer im Verhältnis zur Häufigkeit und Schwierigkeit der jeweils notwendigen Behandlung zumutbaren zeitlichen Entfernung,
5. Grundsatz einer gleichwertigen Versorgung in allen Teilen des Landes, d. h. Abbau regionaler Versorgungsgefälle.»[88]

Diesen Grundsätzen kann man zustimmen, bis auf die Tatsache, dass «Patientennähe» und «gleichwertige Versorgung» in der Wertehierarchie eigentlich vor der Wirtschaftlichkeit stehen müssten. Wohlgemerkt: Es geht dabei nicht um die Rechtfertigung von Unwirtschaftlichkeit und Verschwendung, sondern darum, dass die Wirtschaftlichkeit im Verhältnis zu den sachlichen Zielen eine abhängige Variable ist und kein eigenständiges Ziel. Die festgelegten Ziele sollten so wirtschaftlich wie möglich erbracht werden. Dabei ist ein weiteres Problem, dass die sachlichen Ziele im Laufe der Zeit immer mehr abgesenkt wurden: von «bestmöglich» zu «ausreichend» (siehe die jeweiligen §§ 1 der Landeskrankenhausgesetze). Dennoch meint hier wirtschaftlich noch nicht das, was später als «Ökonomisierung» bezeichnet wird, bei der es ja darum geht, in Konkurrenz zueinander einen ganzen Bereich der Daseinsvorsorge in einen Wirtschaftszweig umzuwandeln.

Der Krankenhausbedarfsplan Stufe 1 hat «die zahlenmäßige Ermittlung des notwendigen Gesamtbedarfs an Krankenhausbetten und zum anderen dessen bedarfsgerechte fachliche und räumliche Verteilung» zum Ziel.[89]

Die Bedarfsdeterminanten dieser Planung sind:

1. Bevölkerungszahl und Altersaufbau der Bevölkerung,
2. Krankenhaushäufigkeit,
3. Verweildauer,
4. Bettennutzung,
5. Bettenziffer.

Der Rechenweg ist wie folgt: «Bevölkerungszahl und Krankenhaushäufigkeit bestimmen die Gesamtzahl der zu versorgenden Krankenhausfälle. Aus der Zahl der Krankenhausfälle und der Verweildauer errechnet sich die Summe der notwendigen Pflegetage. Pflegetage

87 Ebd., S. 9. **88** Ebd., S. 13. **89** Ebd., S. 14.

und Bettennutzung bestimmen die Zahl der notwendigen Planbetten.»[90]

Für die Bevölkerungszahl wurde aufgrund einer Hochrechnung des Statistischen Landesamtes von 9,16 Millionen Einwohner*innen im Jahr 1985 ausgegangen. Es wurde eine Krankenhaushäufigkeit von 140 bzw. 130 für die Akut-Krankenhäuser angenommen. Die Krankenhaushäufigkeit wurde nach drei Altersgruppen und vier Schweregradgruppen unterschiedlich ausgewiesen, beide Differenzierungen sollten aber erst in späteren Plänen angewendet werden. Bei der Verweildauer wurde für 1985 von 13 Tagen im Akutbereich und von 14,5 Tagen für alle Krankenhäuser ausgegangen. Der Wert für die Bettennutzung sollte 85 Prozent über alle Fachrichtungen betragen.

Die Bettenziffer gibt an, wie viele Betten pro 10.000 Einwohner*innen vorhanden sind. Hier wurde von 65,5 notwendigen Betten (Akutversorgung: 54,5) ausgegangen. Diese Zahl ist für die Berechnung der «bedarfsgerechten» Betten nicht notwendig (siehe Rechenweg oben). Sie eignet sich aber für Vergleiche (historisch und länderbezogen). Oft wird sie auch auf 1.000 oder 100.000 Einwohner*innen berechnet. Bei der Berechnung der notwendigen Betten wurde dann noch ein «Wanderungsfaktor» für Patient*innen aus anderen Bundesländern bzw. dem Ausland angesetzt.

Das Ergebnis war, dass das Land für 1985 62.500 Planbetten und 52.000 Betten für den Akutbereich vorsah. Es gibt keine Begründungen zu den Annahmen bei den einzelnen Determinanten (Verweildauer, Bettennutzung, Krankenhaushäufigkeit). Alle Vorgaben sind normativ.

Ausgangspunkt waren Daten des Statistischen Landesamts von 1975 (Statistische Berichte Krankenhäuser) bzw. 1976 (Bevölkerungsdaten). Da die Definitionen für Alle Krankenhäuser bei den Daten des Statistischen Landesamtes und den Plandaten stark differieren, werden hier nur die Zahlen für die Akut-Krankenhäuser verglichen (Tabelle 7). In der Tabelle sind die Ist-Zahlen von 1975, die Planzahlen für 1985 und die tatsächlichen Ist-Zahlen 1985 wiedergegeben, um so sehen zu können, wie weit die Realität 1985 vom Plan abwich.

Tabelle 7: Abweichung der Ist-Daten von den Planungszahlen (1975 bis 1985)

	Patientenzahl	VWD	BN	Pflegetage	KHH
Ist-Stand 1975 Akut-Krankenhäuser	1.308.720	15,0	80	19.105.710	142,5
Plan 1977–1985 Akut-Krankenhäuser	*1.236.484*	*13,0*	*85*	*15.470.000*	*130,0*
Ist-Stand 1985 Akut-Krankenhäuser	1.646.901	13,5	85	19.550.583	177,6

VWD = Verweildauer, BN = Bettennutzungsgrad, KHH = Krankenhaushäufigkeit, BZ = Bettenziffer (pro 10.000 Einwohner*innen)

Die Planzahl bei den Patient*innen im Akutbereich ist im Plan nur bezogen auf die Einwohnerzahl (ohne Patientenwanderung) angegeben und wurde entsprechend der Zahl für Alle Krankenhäuser (inkl. Wanderung) hochgerechnet (+6 Prozent). Die Krankenhaushäufigkeit ist bei den Ist-Zahlen aus der Einwohnerzahl und der Patientenzahl errechnet. Bei den Planzahlen ist sie vorgegeben.

Es fällt auf den ersten Blick auf, dass bei der Krankenhaushäufigkeit und folglich auch bei der Patientenzahl und den Pflegetagen deutlich zu niedrige Werte angenommen wurden. Die tatsächliche Krankenhaushäufigkeit lag um 36,6 Prozent höher. Man könnte nun einwenden, dass es eben unmöglich sei, die Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit genau zu prognostizieren. Auch wenn das Datenmaterial zu dieser Zeit nicht umfassend vorlag, wäre dies aber sehr wohl möglich gewesen, wenn man tiefer gebohrt hätte. Man müsste dazu allerdings die soziale Struktur, die Veränderung der Altersstruktur und die vorhersehbaren Entwicklungen bei den einzelnen Krankheiten mitberücksichtigen. Es müsste zudem nach Versorgungsregionen differenziert werden. Auch eine Worst-Case bzw. Best-Case-Betrachtung wäre hilfreich. So bleibt nur die Schlussfolgerung, dass politische Motive für die angenommenen Werte ursächlich waren.

Hinzu kommt: Bettennutzung und die Verweildauer sind abhängige Variablen der anderen Werte. Anders ausgedrückt: Wenn die Zahl der Patient*innen steigt und die Bettenzahl sinkt, muss die Verweildauer sinken bzw. die Bettennutzung steigen, es sei denn, man weist Patient*innen ab.

Das Land ging bei allen Krankenhäusern von 63.453 anzurechnenden Betten aus. Dementsprechend kam der Plan zu dem Gesamtergebnis, dass 976 Betten bis 1985 abzubauen waren.

Es wurden vier Leistungsstufen für die Krankenhausversorgung definiert und Kriterien festgelegt:

- Grund- und Ergänzungsversorgung (Innere, Chirurgie, Frauenheilkunde/Geburtshilfe, 100 bis 250 Betten, Einzugsbereich 35.000 bis 85.000 Einwohner*innen, Lokalisation in einem Unter- oder Kleinzentrum).[91]
- Regelversorgung (zusätzlich Anästhesie, Radiologie, evtl. Unfallchirurgie, HNO, Augen, Urologie, immer Intensivüberwachung, evtl. Intensivbehandlung – ca. drei bis vier Prozent der Betten, 330 bis 550 Betten, Einzugsbereich 80.000 bis 70.000 Einwohner*innen, Lokalisation in einem Mittelzentrum).
- Zentralversorgung (Innere und Chirurgie mit Teilgebieten, zusätzlich Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, Pathologie, fachgebundene Intensivüberwachung

90 Ebd. **91** Die Begriffe Unterzentrum, Mittelzentrum, Oberzentrum usw. bezeichnen Städte/Gemeinden mit einer bestimmten Größe und wirtschaftlichen Bedeutung und sind im Rahmen der Entwicklungsplanung eines Landes festgelegt.

und interdisziplinäre Intensivbehandlung – ca. fünf bis sechs Prozent der Betten, ca. 800 Betten, Einzugsbereich 350.000 bis 700.000 Einwohner*innen, Lokalisation in einem Ober- oder Mittelzentrum).
- Maximalversorgung (alle Fachgebiete, acht Prozent Intensivbetten, ca. 1.800 Betten, Einzugsbereich 1,2 bis 1,8 Millionen Einwohner*innen, Lokalisation in einem Oberzentrum).
- Weiter sollen Zentren für Kinder, Herzoperationen, chronische Nierenerkrankungen, Reha und onkologische Arbeitskreise (Zusammenarbeit von Kliniken der Maximalversorgung) gebildet werden.

Die Zusammensetzung des Bettenbedarfs wurde prozentual auf die Bereiche konservativ (47,7 Prozent) operativ (40,6 Prozent) und gynäkologisch/geburtshilflich (11,7 Prozent) aufgeteilt. Es wurde auch der Prozentsatz der Betten je Versorgungsstufe festgelegt (42 Prozent Grundversorgung, 35 Prozent Regelversorgung, 15 Prozent Zentralversorgung und 8 Prozent Maximalversorgung). Beides wurde vermutlich aus den Ist-Werten hergeleitet und ist nur nachrichtlich angeführt. Es wurde nicht zum Planungsgegenstand.

Eine Gliederung der Krankenhausbereiche nach Behandlungs- und Pflegeintensität (Intensivversorgung, Regelversorgung, Minimalversorgung, Langzeitversorgung) wurde angestrebt, aber auch in der Stufe II nicht umgesetzt. Danach hatte sich das dann sowieso erledigt, weil keine Bedarfsrechnungen mehr vorgelegt wurden. Zweck dieser Gliederung war laut Plan, Betten für Langzeit- und Kurzzeitpatient*innen aus den (teuren) Maximal- und Zentralversorgern herauszunehmen und in (billigere) Krankenhäuser einer niedrigeren Versorgungstufe auszuweisen. Eine solche Aufgliederung wäre nicht unproblematisch gewesen, da sie die Gefahr beinhaltet hätte, dass die Versorgung nicht nur billiger, sondern auch schlechter wird.

Anschließend wurde der Bedarf «regionalisiert», das heißt einzelnen Landesbereichen zugeordnet. Es wurden fünf Versorgungsgebiete mit insgesamt zwölf Versorgungsregionen gebildet, die jeweils wieder aus den jeweiligen Stadt- und Landkreisen bestanden. Ihnen wurden entsprechend der Bevölkerungszahl die Planbetten zugeordnet. Dabei zeigt sich, dass sich die Gesamtzahl von angeblich 1.000 überzähligen Betten aus einer Vielzahl von Bereichen zusammensetzte, von denen einige (gemäß den Kriterien des Plans) unterversorgt und andere deutlich überversorgt waren (3.800 Betten Überversorgung und 2.800 Betten Unterversorgung). Diese Zahlen und Schlussfolgerungen waren Ergebnis der Bedarfsermittlung der Landesregierung und nur unter der Voraussetzung zutreffend, dass diese Ermittlung korrekt war. Dazu später.

Bis die Einzelzuweisung der Betten an Krankenhäuser, die in der Stufe II geplant war, erfolgte, erhielten alle bestehenden Krankenhäuser eine Zulassung. Einfluss auf die Bettenzahl und -struktur nahm man über die Neuplanungen (sowohl sachlich als auch finanziell über die Förderung).

Krankenhausbedarfsplan II

Dieser Bedarfsplan wurde – später als angekündigt – erst 1982 verabschiedet. Er setzte die allgemeinen Festlegungen des Bedarfsplans Stufe I (Funktion, Größe, Leistungsstufe, fachliche Gliederung) auf die einzelnen Krankenhäuser um. Die Bedarfsdeterminanten der Stufe I (Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettennutzung) wurden nicht geändert.

Mit einem gewissen Stolz wird im Vorwort des Krankenhausbedarfsplans von Baden-Württemberg verkündet, es seien schon vor Inkrafttreten des Plans über 5.000 Betten reduziert und 1.400 vorhandene Betten abgebaut worden.

Aufgrund einer Änderung des KHG durch das Krankenhauskostendämpfungsgesetz 1981 wurden die Investitionskosten der Ausbildungsstätten an Krankenhäusern in die Förderung mit aufgenommen. In die Darstellung wurden deshalb die bestehenden Ausbildungsstätten aufgenommen. Eine Bedarfsermittlung und Planung der Ausbildungsplätze fanden jedoch auch im weiteren Verlauf nicht statt.

Die Psychiatrie wurde einbezogen. Hier wurde eine Krankenhaushäufigkeit von 4,5 Patient*innen pro 1.000 Einwohner*innen, eine Verweildauer von 60 Tagen und eine Bettennutzung von 93 Prozent angenommen, das ergibt 43.600 Patient*innen und 7.700 notwendige Betten. Die Herleitung dieser Planzahlen ist unklar, weil keine Ist-Zahlen und keine Berechnungsmethode benannt wurden.

Obwohl es bereits eine neuere und höhere Schätzung der Einwohnerzahl vom Statistischen Landesamt gab, blieb man bei der (niedrigeren) Zahl von 1975. Ein gewisser «planerischer Ausgleich» war vorgesehen.[92] Er bestand in einer Aufstockung der angenommenen Patientenzahl um 18.000. Die geplante Bettenzahl sank trotz gestiegener Patientenzahl und ansonsten gleicher Bedarfsdeterminanten erstaunlicherweise von 62.500 auf 62.290. Rechenfehler? Jedenfalls wurde ab jetzt von 62.290 notwendigen Betten (ohne Psychiatrie) ausgegangen.

Die getrennte Ausweisung von Akutbereich und «alle Krankenhäuser» wurde aufgegeben. Die neue Begrifflichkeit hieß «Allgemeine Krankenversorgung». Die Verteilung der Betten auf die drei Bereiche wurde folgendermaßen geändert: konservativ (45,8 Prozent), operativ (42,2 Prozent) und gynäkologisch/geburtshilflich (12 Prozent). Warum dies geschah, wurde nicht erläutert – vermutlich aufgrund der tatsächlichen Entwicklung.

Im Vorwort des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, Dietmar Schlee (CDU), ist vermerkt, dass in den Überschusskreisen bereits «freiwillig» etliche Betten abgebaut wurden, dennoch aber weitere 1.400 Betten folgen müssten. Dabei betonte Schlee die gesamtwirtschaftliche Bedeutung (Einsparung von «rund 50–60 Mio. DM»), und es wurde jetzt schon an-

92 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg: Krankenhausbedarfsplan II, Stuttgart 1983, S. 15.

gekündigt, dass «eine weitere Reduzierung der Gesamtbettenzahl nach 1985 ins Auge gefasst werden müsse».

Die Wirtschaftlichkeit wurde immer wichtiger: «Die Kostenentwicklung im Krankenhauswesen als dem teuersten Teil des Gesundheitswesens zwingt nach wie vor alle Verantwortlichen dazu, auf eine bessere Ausgewogenheit zwischen der Leistungsfähigkeit der stationären Versorgung und den Ausgaben für das Krankenhauswesen hinzuwirken.»[93] Das ist eine andere Gewichtung als «das Notwendige möglichst wirtschaftlich zu tun». Hier stehen das Versorgungsziel und Wirtschaftlichkeit gleichwertig nebeneinander.

Im Ergebnis standen den 62.290 geplanten Betten noch 63.100 vorhandene Betten gegenüber. Aus Sicht der Landesregierung mussten also noch weiter 810 Betten abgebaut werden. Auch 1982 gab es trotz insgesamt «überhöhter» Bettenzahlen deutliche regionale Unterschiede. Einem «Überhang» von 2.053 Betten in drei Versorgungsgebieten standen 1.237 Betten zu wenig in zwei anderen Gebieten gegenüber. Seit 1975, als es laut Krankenhausbedarfsplan Stufe I 65.423 planungsrelevante Betten gab,[94] wurde also schon ein Abbau von 2.323 Betten durchgesetzt, obwohl laut Plan Stufe I bis 1985 *nur* 1.000 Betten abgebaut werden sollten.

War im Bedarfsplan Stufe I nur die Gesamtbettenzahl und die Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses ausgewiesen, so erfolgte jetzt die Ausweisung der Betten nach den Fachabteilungen. Es wurde auch festgelegt, dass Abweichungen einer Abteilung nach oben nur in einem sehr geringen Ausmaß möglich sein sollten (bei 20 Betten bis zu einem Bett, bei 80 Betten bis zu vier Betten). Zuwiderhandlung konnte zum Förderentzug führen.

Im Bedarfsplan II wurde zudem festgelegt, wie mit den Krankenhäusern verfahren werden sollte, in denen es nach der Einzelfestsetzung zu viele Betten gab. Die Reduzierungen sollten bis zum 30. Juni 1983 umgesetzt werden. Zusätzlich wurde ab 1. Januar 1983 schon die Pauschalförderung für die «überschüssigen» Betten entzogen. Wurde das gesamte Krankenhaus nicht mehr in den Plan aufgenommen, musste es bis zum 31. Dezember 1983 schließen.[95] Dieses Schicksal traf um die 80 Krankenhäuser, faktisch alle mit einer Bettenzahl unter 50.

Wie sind diese beiden Pläne einzuschätzen?

Ein Problem ist, dass ein Großteil der notwendigen Daten, um eine solche Planung durchzuführen, überhaupt nicht vorhanden war und auch nicht ermittelt wurde. Es gab nur pauschale Daten, die dann prozentual auf der Grundlage von Schätzungen heruntergebrochen wurden. Was gänzlich fehlte, sind regionalspezifische Daten, obwohl es bei der Krankenhaushäufigkeit und der Alterszusammensetzung große regionale Unterschiede gibt. Auch die Bedarfszahlen wurden nur pauschal ermittelt und auf Fachrichtungen, Versorgungsstufen und Regionen aufgrund von Schätzungen heruntergebrochen. Auf dieser Basis mussten alle Prognosen ungenau sein.

Neben der Ungenauigkeit aufgrund fehlender Daten bestand aber ganz offensichtlich auch das Problem der politischen Einflussnahme. Das erklärte Ziel der Landesregierung war schon vor der Durchführung der Berechnungen, Betten abzubauen und Krankenhäuser zu schließen. Es wäre naiv zu glauben, dass diese Ziele bei der Festlegung der Determinanten keinen Einfluss gehabt hätten. So wurde immer von der niedrigsten Schätzung der Einwohnerzahl ausgegangen, auch wenn in der Realität schon größere Steigerungen erkennbar waren. Gleiches gilt für die Krankenhaushäufigkeit. So wurde der Entlassungstag nicht mitgerechnet, was sowohl die Verweildauer als auch die die Zahl der Pflegetage falsch absenkte.

Die Formel, nach der dann der Bettenbedarf berechnet wurde (Burton-Hill-Formel), lautet:

$$\text{Bettenbedarf} = \text{Hill-Burton-Formel} = \frac{\text{Einwohnerzahl} \times \text{Krankenhaushäufigkeit} \times \text{Verweildauer} \times 100}{1.000 \times \text{Bettennutzungsgrad} \times 365\ \text{Tage}}$$

Das Problem ist, dass es sich dabei um voneinander abhängige Variablen handelt. Das war auch dem zuständigen Sozialministerium klar: «Dabei ist zu berücksichtigen, dass Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Bettennutzung von zum Teil gleichen Faktoren beeinflusst werden und deshalb nicht isoliert gesehen werden dürfen.»[96] Die Verweildauer beeinflusst die prozentuale Bettennutzung. Verkürzt sich die Verweildauer durch zu frühe Entlassungen, steigt wegen notwendiger Wiedereinweisungen die Krankenhaushäufigkeit. Steigt die Krankenhaushäufigkeit, so muss bei begrenzter Anzahl von Betten die Verweildauer sinken oder die Bettennutzung steigen. Die Reihe ließe sich fortsetzen. Wenn es tatsächlich zu wenige Krankenhausbetten gibt, muss die Verweildauer sinken, außer man nimmt Wartelisten in Kauf. Die Verweildauersenkung kann dann wieder als Begründung dafür genommen werden, Betten abzubauen, weil ja noch Spielraum da ist. Das ist der typische Fall eines Zirkelschlusses oder einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung.

Dabei muss man wissen, dass geringe Änderungen dieser Parameter zu erheblichen Veränderungen der notwendigen Bettenzahlen führen. Im Fall von Tabelle 7:

93 Alle Zitate: ebd., S. II und III. **94** Krankenhausbedarfsplan – Stufe I, S. 50. **95** Krankenhausbedarfsplan II, Sonderdruck zum Staatsanzeiger Nr. 28 vom 9.4.1983, S. 104 f. **96** Ebd., S. 14.

– ein Tag Verweildauerverkürzung ca. 4.600 Betten weniger,
– zehn Fälle weniger Krankenhaushäufigkeit pro 1.000 Einwohner*innen ca. 3.800 Betten weniger,
– fünf Prozent mehr Belegung (Bettennutzung) ca. 4.400 Betten weniger.

Hinzu kommt, dass die Notwendigkeit der Vorhaltung von Betten für Notfälle und Katastrophen überhaupt nicht berücksichtigt wird. Eine fahrlässige Unterlassung, die – wie Corona lehrt – bis heute nachwirkt und die allgemeine Gesundheitsversorgung bedroht.

Krankenhausplan Stufe III

Die Richtwerte (Bedarfsdeterminanten) der Stufe III wurden bereits 1986 durch Bekanntmachung im Staatsanzeiger[97] beschlossen. Zieljahr war 1995. Grundlage war das Dornier-Gutachten (siehe unten). Nachdem die neuen (niedrigeren) Zahlen schon angewendet wurden, hatte man es mit dem Plan selbst nicht mehr so eilig. Der «Allgemeine Teil» des Plans wurde erst 1989 verabschiedet, der «Besondere Teil» erst 1994. Dazwischen lagen die sogenannten Kreisstrukturgespräche (siehe unten).

Den «Allgemeinen Teil» verantwortete fachlich die Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Barbara Schäfer (CDU), den «Besonderen Teil» erstmalig eine Ministerin der SPD (Helga Solinger). Ähnlich wie bei den Änderungen des KHG und des Landeskrankenhaugesetzes von 1984 wurde hier aus einem «Bedarfsplan» einfach nur ein «Plan» – eine richtungweisende Änderung, die sich aber zunächst nur geringfügig auswirkte. 1986 war es noch zu früh, um zu reagieren, die Vorarbeiten liefen ja schon seit 1984. Und 1990 begannen auch schon die sogenannten Kreisstrukturgespräche zur Umsetzung des Dornier-Gutachtens und der Stufe III. Erst in späteren Plänen wurde diese Änderung konsequent inhaltlich umgesetzt.

Das Dornier-Gutachten

Im Vorfeld hatte die Landesregierung die Dornier System GmbH, eine Tochter des gleichnamigen Rüstungskonzerns damit beauftragt, ein Gutachten über die «Entwicklung der Bedarfsdeterminanten für die Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplans» zu erstellen. Grundlage des Gutachtens waren die Ist-Zahlen bis zum Jahr 1982. In dem Gutachten wurde eine Prognose für die Entwicklung der einzelnen Parameter bis zum Jahr 1995 – also über 13 Jahre – abgegeben. Das Gutachten umfasste 450 Seiten.[98]

Bereits im Vorwort führt Dornier aus, dass sie hier und im Weiteren immer nur von «Bettenreduzierung» sprechen, obwohl ja theoretisch bei der Untersuchung auch hätte herauskommen können, dass es zu wenig Betten gebe. Sie begründeten auch, warum sie dies taten. Ganz einfach, «weil dies zur Zeit Tenor der Diskussion» sei.[99] Politischen Unverstand kann man den Dornier-Leuten also wahrlich nicht vorwerfen. Das zeigt auch eine weitere Aussage in ihrem Vorwort: Da von der «prinzipiellen Unmöglichkeit, den ‹Bedarf› an Krankenhausbetten zu quantifizieren», auszugehen sei, müsse «eine Planungsinstanz eine normative Entscheidung über das fällen, was als Bedarf gelten soll. In diesem Sinn kann auch nicht von Krankenhausbedarfsplanung die Rede sein, sondern eher von Festlegung eines Bettenangebotes.»[100]

Doch es kommt noch dicker: Auf Seite 10 ist zu lesen, dass den Gutachter*innen während ihrer Untersuchung viel Skepsis entgegengebracht worden sei, insbesondere sei ihnen entgegengehalten worden, «dass Prognosen in der Medizin, die über das nächste Jahr hinausgehen, unsolide und unglaubwürdig sind». Die Antwort der Dornier-Leute hierauf fiel eindeutig aus: «Dem kann nur wenig entgegengehalten werden, weil in der Tat niemand in die Zukunft blicken kann.» Hieraus spricht schon sehr stark die politische Positionierung, dass Planung eigentlich unsinnig ist und man besser auf andere Mechanismen (finanzielle Steuerung) setzen solle. Aber wenn die Landesregierung es so wollte, so anscheinend die damalige Haltung, konnte man ja so ein Gutachten durchaus machen, zu den gewünschten Ergebnissen kommen und ein ordentliches Honorar einfahren.

Ein Grund für diese doch eher pessimistische Sicht ihrer eigenen Arbeitsergebnisse hatte mit der Tatsache zu tun, dass es in Baden-Württemberg, aber auch in der gesamten BRD damals keinerlei fundiertes Datenmaterial über die Entwicklung von bestimmten Krankheiten oder über ihre Altersverteilung gab. Auch die Basisdaten über das Gesundheitswesen waren ungenau. So lag die durchschnittliche Verweildauer, die das Statistische Bundesamt angab, alljährlich um etwa zwei Tagen unter derjenigen, die von den AOK berechnet wurde.

Auch die Verfasser*innen des Gutachtens sahen das so: «Dabei hat sich gezeigt, dass die in Baden-Württemberg derzeitig verfügbare Datenbasis für die gestellte Aufgabe nicht ausreicht.»[101] Und weiter: «Für die Krankenhausbedarfsplanung erweisen sich die Schätzungen einer zukünftigen Krankenhaushäufigkeit als besonders problematisch. Es existieren keine epidemiologischen [Ursachenforschung über die Entstehung von Krankheiten; d. Verf.] Studien, aus denen für die wichtigsten Krankheitsarten Entwicklungen in der Form abgeleitet werden könnten, dass sie für den Planungsprozess hilfreich wären.»[102]

Das Gutachten rechnete ebenfalls mit den bisherigen Bedarfsdeterminanten der Burton-Hill-Formel (Krankenhaushäufigkeit, Bettennutzung, Verweildauer, Einwohnerzahl). Es wurde versucht, die Determinanten auf die einzelnen Fachgebiete und Regionen herunterzubrechen und die Altersstruktur zu berücksichtigen. Der Mangel an qualifiziertem Datenmaterial sollte durch eine Befragung (Delphi-Befragung) von

97 Staatsanzeiger Nr. 62 vom 2.8.1986. **98** Schäfer, Thomas/Schmidt, Radegunde/Wachtel, Hans-Werner: Gutachten über die Entwicklung der Bedarfsdeterminanten für die Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplans, Friedrichshafen/Stuttgart 1984. **99** Ebd., S. 7. **100** Ebd., S. 6. **101** Ebd. S. 3. **102** Ebd., S. 28.

170 Expert*innen aus dem Gesundheitswesen (im Wesentlichen Professor*innen und Chefärzt*innen) ausgeglichen werden. Nur knapp über 50 Prozent antworteten. Die Antworten wurden ausgewertet, die Expert*innen wurden mit den aufbereiteten Ergebnissen – ihren eigenen und denen ihrer Kolleg*innen – nochmals konfrontiert und durften sich erneut äußern. Zweck dieses schriftlichen und anonymen Verfahrens war es, persönliche Beeinflussungen zu vermeiden. Da aber offensichtlich immer noch kein Konsens ableitbar war, wurde ein Teil der Expert*innen und die Landesregierung zusammengerufen (entgegen den Regularien einer solchen Befragung). Dornier dazu in seinem Gutachten: «Die unter Berücksichtigung der Expertenurteile erstellten Prognosen wurden in einer abschließenden Diskussion am 16.11.84 im Haus des Auftraggebers durch einen ausgewählten Kreis von Experten der Kritik unterzogen. In den endgültigen Prognoserechnungen wurden die dort abgegebenen Urteile berücksichtigt.»[103] Kann man eine Auftragsarbeit besser beschreiben!?

Die Ergebnisse, die dieses Verfahren zeitigte, waren für die Landesregierung höchst erfreulich: Nachdem zwischen 1975 und 1985 bereits 2.314 Betten in Akut-Krankenhäusern und 7.575 Betten in allen Krankenhäusern abgebaut worden waren, errechnete das Dornier-Gutachten (wenn man von seinen Prognosewerten ausgeht) einen nochmaligen angeblichen Überhang von ca. 13.000 Betten. Das hätte geheißen, dass 19,3 Prozent aller Krankenhausbetten Baden-Württembergs bis 1995 überflüssig waren.

Die angeblich wissenschaftlichen und unbestechlichen Ergebnisse des Dornier-Gutachtens schlugen natürlich ein wie eine Bombe. Die Landesregierung war hochzufrieden. Die Presse stürzte sich darauf und in den Krankenhäusern und der Bevölkerung regte sich Widerstand. Nun begann der zweite Teil der Aufführung. In umfangreichen Verhandlungen mit den beteiligten Interessengruppen (insbesondere der Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen) ließ sich die christlich-soziale Landesregierung um einige Tausend Betten herunterhandeln. Schließlich wurde mit dem Segen (fast) aller verkündet, im Land gäbe es ca. 5.200 Betten zu viel und die müssten spätestens bis 1995 weg. Die wirklich Betroffenen, die Patient*innen, und die, die es aus eigener Erfahrung besser wissen – die Beschäftigten im Gesundheitswesen –, sollten mit den angeblich wissenschaftlichen Ergebnissen des Dornier-Gutachtens mundtot gemacht werden. Dem Widerstand gegen den geplanten Bettenabbau sollte die Rechtfertigung entzogen werden.

Krankenhausplan III – Allgemeiner Teil

Im Vorwort des Plans zeigte sich die damalige Sozialministerin Schäfer (CDU) stolz, dass «Baden-Württemberg 1987 bei den planrelevanten Betten im Vergleich der Bundesländer die geringste Bettendichte»[104] aufwies. Wer aber dachte, das sei genug, der hatte sich getäuscht – siehe die weiteren Festlegungen des Plans. Aufgabe des Krankenhausplans sei es, eine «bedarfsgerechte und sozial tragbare» Versorgung zu gewährleisten. In konsequenter Weiterentwicklung der früheren Pläne wurde hier eine Gleichwertigkeit der Ziele vorgegeben, wobei «sozial tragbar» eher als « für die Wirtschaft tragbar» zu interpretieren ist.

Unter Anwendung der Planungsdeterminanten von 1986 kam der Plan zu dem Ergebnis, dass 1995 57.807 Betten (64.981, inkl. Psychiatrie) notwendig sein würden. Dabei wurde von einer Einwohnerzahl von 9,86 Millionen ausgegangen (Hochrechnung des Statistischen Landesamts). Die durchschnittlich prognostizierte Krankenhaushäufigkeit lag bei 1.669,3 (1.717,3, inkl. Psychiatrie) pro 10.000 Einwohner*innen und die durchschnittlich prognostizierte Verweildauer bei 10,83 Tagen (11,92, inkl. Psychiatrie). Die Bettennutzung wurde erstmalig nach Fachabteilung differenziert und lag im Durchschnitt bei 84,5 Prozent (85,1 Prozent, inkl. Psychiatrie).

Ausgehend von dem Bettenbestand 1985 bedeutete dies einen geplanten Bettenabbau von 5.153 Betten (5.212, inkl. Psychiatrie). Diese Zahlen waren das Ergebnis eines Kompromisses der zwischen Kassen, Krankenhausgesellschaft und Landesregierung in einer Arbeitsgruppe mit dem Titel «Krankenhausplanung» erzielt worden war (siehe oben). Ein Vergleich der prognostizierten Daten mit der realen Entwicklung war in diesem Fall nicht möglich, weil sich ab 1990 die Erhebungsmethoden des Statistischen Bundesamts geändert haben (u. a. Allgemeine Krankenhäuser statt Akut-Krankenhäuser).

Die restlichen Festlegungen (Leistungsstufen, Regionen) blieben gleich, allerdings wurde «auf die Ausweisung von Mischformen bei den Leistungsstufen» verzichtet. Gemeint ist damit die Praxis, dass innerhalb eines Krankenhauses einzelne Fachabteilungen einer höheren Stufe zugeordnet wurden – der erste zarte Hinweis auf das weitere Schicksal der Planung in Leistungsstufen. Die Problematik der Großgeräte (sinnvolle Abstimmung der Standorte) wurde zwar erwähnt, aber erst im besonderen Teil (siehe unten) näher behandelt.

Neu ist, dass der Krankenhausplan zusätzliche besondere Versorgungsleistungen nennt. Das sind die psychiatrische Versorgung, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Psychosomatik, die Versorgung von Krebspatient*innen (Tumorzentren und onkologische Schwerpunkte), die geriatrische Versorgung, Transplantationen, perinatologische Versorgung und sozialpädiatrische Zentren, Schwerbrandverletzte, chronische Schmerzerkrankungen, Therapie mit offenen Radionukliden, Herzchirurgie, Dialyse und die Versorgung von Patient*innen mit apallischem Syndrom. Es erfolgte im Prinzip aber nur eine Beschreibung des Ist-Standes, mit der Feststellung, dass der Bedarf im We-

103 Ebd., S. 13. **104** Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg: Krankenhausplan III, Allgemeiner Teil, Stuttgart 1989, Vorwort.

sentlichen gedeckt sei. Dennoch ist hier eine weitere Änderung der zukünftigen Planung erkennbar. Man geht weg von der allgemeinen Planung des Bedarfs an Betten hin zu (vorrangig inhaltlichen) sogenannten Fachplanungen (z. B. Geriatrie-Konzept, Schlaganfallkonzeption usw.). Als Methoden zur Umsetzung dieser Planungsvorgaben wurden die Kreisstrukturanalyse und die Kreisstrukturgespräche festgelegt.

Kreisstrukturgespräche

Diese Gespräche fanden in den Jahren 1990 und 1991 statt. Das Ziel des Krankenhausbedarfsplans Stufe III, im ganzen Land ca. 5.000 Betten abzubauen, musste in den einzelnen Regionen und Landkreisen umgesetzt werden. Hierfür hatte sich die Landesregierung das Instrument der sogenannten Kreisstrukturgespräche ausgedacht. In jedem Kreis des Landes erschien die Sozialministerin Schäfer, um den örtlichen Politiker*innen und Trägern der Krankenhäuser (Patienten- und Beschäftigtenvertreter*innen oder die lokale Bevölkerung waren nicht geladen) ihre Pläne zu erläutern und sie durchzusetzen. Dies geschah auf Grundlage der Daten der sogenannten Kreisstrukturanalyse, die ebenfalls für jeden Land- bzw. Stadtkreis vom Sozialministerium erstellt worden war.[105] Diese Kreisstrukturanalyse war gegliedert in einen Teil, in dem eine Bestandsaufnahme der Ist-Werte (Entwicklung der Patientenzahlen und der Bettenzahlen) des jeweiligen Kreises erfolgte, sowie in einen weiteren Teil, in dem die vorgegebenen Bedarfszahlen für das Planungsjahr 1995 vorgestellt wurden.

Zur Begründung dieser Planvorgaben wurden in der Kreisstrukturanalyse gleich zwei verschiedene Bedarfsrechnungen vorgelegt. In der ersten Berechnung wurde ausgehend von den allgemeinen Bedarfsdeterminanten (Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer, Bettennutzung) des Krankenhausbedarfsplans Stufe III und dem Dornier-Gutachten der Bettenbedarf aufgeschlüsselt nach den einzelnen Fachgebieten berechnet. Anschließend wurde in einer zweiten Berechnung ausgehend von den einzelnen existierenden Krankenhäusern diesen und ihren Fachabteilungen jeweils eine bestimmte Patientenzahl zugeordnet und auf Grundlage dieser Zahlen nochmals der notwendige Bettenbedarf errechnet. Zum Schluss wurden diese Werte nochmals um einen internen Verlegungsfaktor bereinigt. So ergaben sich die endgültigen Zahlen.

Bereits hier muss man kritisieren, dass in der angeblich konkreten zweiten Berechnungsmethode unabhängig vom jeweiligen Patientengut des Einzelkrankenhauses rasenmäherartig die landeseinheitlichen Zahlen für Verweildauer und Bettennutzung angenommen wurden. Was hieran wirklichkeitsnah sein sollte, wissen allein die Verfasser*innen der Analyse.

Das nächste Problem bei den Daten der Landesregierung war, dass völlig unzureichende Angaben über ihre jeweilige Berechnung gemacht wurden. Man kann also nur Vermutungen anstellen. Insbesondere die Antwort auf die Frage, wie die Landesregierung zu den jeweiligen Patientenzahlen für die einzelnen Kliniken und ihre jeweiligen Fachabteilungen kam, liegt vollkommen im Dunkeln, allzumal hier erhebliche Verschiebungen im Vergleich zu den tatsächlichen Patientenzahlen unterstellt wurden. Es darf vermutet werden, dass so ein struktureller Einfluss auf die Bettenzahl der jeweiligen Häuser genommen werden sollte. Auch die Intensivbetten wurden nicht gesondert ausgewiesen. Sie wurden einfach den Betten der jeweiligen Abteilung zugeschlagen. Insofern erfolgte auch keine Berechnung, ob die Zahl der Intensivbetten ausreichte. Aber vielleicht sollte diese Frage auch gar nicht geklärt werden.

Auch der interne Verlegungsfaktor ist äußerst ominös. Er senkt die notwendige Bettenzahl um fast 10 Prozent. Wie er berechnet wird, ist nicht dargestellt. Wenn man von der fachgebietsbezogenen Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer ausgeht (so wird es in der Analyse dargestellt), dürften interne Verlegungen eigentlich keine Rolle spielen.

Krankhausplan III – Besonderer Teil

Der «Besondere Teil» des Plans setzte die Ergebnisse der Kreisstrukturgespräche in Einzelfestsetzung für jedes Krankenhaus um. Die Zusammenrechnung der Ergebnisse der Kreisstrukturanalysen ergab 67.084 notwendige Betten (inkl. Psychiatrie), also knapp 2.000 Betten mehr, als ursprünglich geplant waren. Da bis zu diesem Zeitpunkt (Ende 1994) schon etliche Betten abgebaut worden waren, bestand jetzt ein Überschuss von ca. 660 Betten. In der Gesamtbilanz sind seit 1985 (bis 1.7.1994) 46 Krankenhäuser und 2.327 Betten ganz weggefallen. 14 Krankenhäuser mit 577 Betten wurden neu aufgenommen. Seit 1983 wurden zusätzlich 1.300 Betten umgewandelt (Altenpflege, Reha usw.).

Gleichzeitig wurde eine neue Prognose erstellt, da sich zum wiederholten Mal die Schätzung der Entwicklung der Einwohnerzahlen als falsch herausgestellt hatte.[106] Ob auch die sonstigen Planungsparameter geändert wurden, kann nicht nachvollzogen werden, weil sie nicht mehr komplett dargestellt wurden. Stattdessen wurden für jeden dieser Planungsparameter erhöhende und verminderte Faktoren aufgezählt, ohne sie aber zu quantifizieren. Der Hochrechnung wurde eine untere und eine obere Variante zugrunde gelegt. Damit ergab sich bis 1995 ein weiterer zusätzlicher Bettenbedarf von 2.100 bzw. 3.100 Betten (inkl. Psychiatrie). Das Sozialministerium hat dann die Planzahlen um 1.200 Betten erhöht, was deutlich unter der unteren Variante lag. Damit hat es nach eigener Einschätzung «auf diese Entwicklung flexibel reagiert und im Rahmen der laufenden Anhörungsverfahren bei Bedarf und plausibel erscheinender Begründung durch ent-

105 Exemplarisch hierzu: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Beruf Baden-Württemberg: Strukturanalyse für die Entwicklung der künftigen Krankenhausversorgung im Stadtkreis Stuttgart, Stuttgart 1991. **106** Der wesentliche Grund für die Fehlschätzungen waren die Eingliederung der DDR und die dadurch ausgelösten Wanderungsbewegungen.

sprechende Zuschläge gegenüber den Ergebnissen der Kreisstrukturanalysen Rechnung getragen».[107]

Zu welcher Bettenvermehrung diese Vorgabe dann tatsächlich geführt hat, wurde nicht ausgeführt, lässt sich aber an der Entwicklung der Ist-Zahlen nachvollziehen.

Tabelle 8: Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahlen in Baden-Württemberg (1992 bis 2002)

Jahr	Allgemeine Krankenhäuser	Betten	Abbau in Prozent
1992	290	64.819	
1997	292	62.573	-3,5
2002	268	57.339	-8,4

Quelle: Statistisches Bundesamt Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Zu einer Trendumkehr kam es jedenfalls nicht. Ganz im Gegenteil: Der Abbau ging beschleunigt weiter.

Erstmalig wurden auch Großgeräte in den Plan aufgenommen, nachdem dies bereits 1981 durch das Krankenhauskostendämpfungsgesetz vorgeschrieben worden war. Es wurden nur die Ist-Standorte (stationär und in Praxen) ausgewiesen, es erfolgte keine Planung im eigentlichen Sinn. Bereits im Plan 2000 waren die Großgeräte wieder verschwunden (Näheres siehe Exkurs 2: Großgeräteplanung, S. 25–26). Nachdem mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 die «teilstationäre Behandlung» und ihr Vorrang vor einer vollstationären Behandlung (§ 39 SGB 5) normiert worden waren, wurden hier erstmals auch teilstationäre Betten ausgewiesen (Ist-Stand, keine Planung).

Krankenhausplan 2000

Der Krankenhausplan 2000 setzte den Weg von der Bedarfsplanung zur Bettenverwaltung bei gleichzeitigem Bettenabbau fort. Schon im Vorwort schreibt der damalige Sozialminister Friedhelm Repnik (CDU): «Die großen Bedarfsfragen sind geklärt. Es geht künftig mehr darum, die Krankenhauslandschaft weiter zu optimieren und die einzelnen Anbieter noch besser aufeinander abzustimmen. […] Weit in die Zukunft weisende Pläne haben sich dafür jedoch als ungeeignet erwiesen. Deshalb beabsichtigen wir, Krankenhausplanung kontinuierlich fallweise zu betreiben, Ad-hoc-Entscheidungen nach genauer Bedarfsanalyse zu treffen und die Änderungen durch zeitlich dichtere Auflagen publik zu machen.»[108]

Damit war eigentlich aus Sicht der Landesregierung alles zum Thema Bedarfsplanung gesagt. Ironischerweise hat das Dornier-Gutachten, das eigentlich zur wissenschaftlichen Legitimation der Bedarfsplanung der Landesregierung gedacht war, mit seiner negativen Haltung («Bedarf ist nicht planbar») und seinen zweifelhaften Methoden letztlich zur Aufgabe der Bedarfsplanung beigetragen. Ausschlaggebend dafür war aber eine andere Entwicklung des «Zeitgeistes»: Markt statt staatlicher Planung. Mit der zunehmenden Ökonomisierung des Krankenhauswesens und der bevorstehenden Einführung der DRGs waren hier die Weichen gestellt. Insofern ist die Aussage des Sozialministers Repnik, dass es auf die noch bessere Abstimmung der Anbieter (auch eine verräterische Begrifflichkeit) ankomme, ein frommer Wunsch. Die Ökonomisierung und die DRGs im Besonderen setzen auf maximale Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander und auf das Abjagen von Marktanteilen, um das eigene Überleben oder Profite für Private zu garantieren.

Zufrieden resümierte der Bericht die Ergebnisse der bisherigen Planung: «Die Folgen waren einschneidend, mussten doch von 363 Krankenhäusern, die 1983 vorhanden waren, zwischenzeitlich 107 entweder ihren Betrieb ganz aufgeben oder mit anderen Krankenhäusern fusionieren, um zu leistungsfähigen Einheiten zu kommen.»[109]

«All diese Herausforderungen haben die meisten Krankenhausträger in Baden-Württemberg und ihre Beschäftigten großartig gemeistert. Sie präsentieren eine Krankenhauslandschaft, die in den zurückliegenden Jahren, natürlich nicht völlig ohne Schmerzen und vielfach auch nur mit Nachdruck der Krankenkassen und des Sozialministeriums, dem Anliegen des Gesetzgebers und der Gesellschaft nach leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern […] sehr nahegekommen ist.»[110]

Die zukünftige Steuerung sollte also weniger über den Plan als über die einzelnen Feststellungsbescheide erfolgen. Die gab es zwar auch schon früher, sie erlangen aber eine immer größere Bedeutung («Krankenhausplanung kontinuierlich fallweise zu betreiben»).

Und nochmals wurde die Gleichrangigkeit von Versorgung und Wirtschaftlichkeit betont: «Der Krankenhausplan ist das wichtigste Steuerungsinstrument für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern. Dabei besteht ein Zielkonflikt zwischen Versorgungsbedürfnissen und Wirtschaftlichkeitsaspekten. Eine Krankenhausplanung muss sich unter Beachtung der in Abschnitt 4.1 dargestellten Planungsgrundsätze auf das Notwendige beschränken. Nur so leistet sie den erforderlichen Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen.»[111]

Dies ist einerseits für eine Einrichtung der Daseinsvorsorge inhaltlich falsch, weil die Versorgung des Bedarfs im Vordergrund stehen muss. Zum anderen ist es ein Euphemismus, weil in der Realität die Kostendämpfung längst den ersten Rang einnahm.

Ebenso wurde der langsame Ausstieg aus der Ausweisung von Leistungsstufen (Grundversorgung, Regelversorgung usw.) im Plan angekündigt: «Bis auf weiteres soll das bisherige Verfahren beibehalten wer-

107 Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg: Krankenhausplan III, Besonderer Teil, Stuttgart 1989, S. 23. **108** Sozialministerium Baden-Württemberg: Krankenhausplan 2000 Baden-Württemberg. Rahmenplanung – Grundlagen – Verfahren – Ergebnisse – medizinische Fachplanungen, Stuttgart 2000, Vorwort. **109** Ebd., S. 8. **110** Ebd., S. 9. **111** Ebd., S. 15.

den. Allerdings haben zwischenzeitlich die in früheren Krankenhausplänen entwickelten Zuordnungskriterien immer mehr an Trennschärfe verloren. Die Leistungsstufenzuordnung hat nahezu keine Auswirkung auf das Wahlverhalten der Patienten. Auch für einweisende Ärzte ist sie nur eingeschränkt orientierend. Letztlich hängt die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses von den tatsächlich erbrachten Leistungen ab.»[112] Diese Argumentation ignoriert völlig, dass die Leistungsstufen bisher hauptsächlich an strukturellen Kriterien (Zahl der Fachabteilungen, Bettenzahl, Intensivversorgung, Einzugsgebiet) festgemacht wurden, die es auch weiterhin gab und die selbstverständlich auch einen Einfluss auf die Qualität der Versorgung haben. Es mag zwar im Einzelfall den begnadeten Chefarzt im 100-Betten-Haus der Grundversorgung geben, aber im Normalfall ist man mit einer schweren Krankheit und einem schweren Eingriff in einem Maximalversorgungshaus besser aufgehoben, vor allem auch, weil die Infrastruktur eine ganz andere ist. Die Argumentation überzeugt also nicht wirklich und diente nur der Legitimation einer zukünftigen weiteren Reduzierung der Planung.

Die Landesregierung erklärte, die Einrichtung teilstationärer Betten weiterhin fördern zu wollen, allerdings mit einer Einschränkung: «Regelmäßig ist bei Neuerrichtung von teilstationären Versorgungsangeboten eine Anrechnung auf bisherige vollstationäre Bereiche vorzunehmen.»[113]

Die Planung nach Regionen und damit die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung standen ebenfalls auf dem Prüfstand:

«Wie die Analyse der Wanderungsbewegungen der Patienten zeigt, kümmern sich die Patienten und die einweisenden Ärzte vielfach jedoch wenig um bestehende Verwaltungsgrenzen und nehmen das ihnen geeignet erscheinende Krankenhaus in Anspruch. […] Eine gute medizinische Versorgung in dünner besiedelten Gebieten muss nicht zuletzt auch durch ein leistungsfähiges System des Rettungsdienstes sichergestellt werden. Entscheidend für eine wirkungsvolle Versorgung der Patienten ist dabei nicht unbedingt die Ortsnähe eines Krankenhauses, sondern die richtige und rechtzeitige medizinische Erstversorgung und die sich daran anschließende Auswahl des für die Weiterbehandlung der Patienten geeigneten Krankenhauses. Angesichts ständig sinkender Verweildauern im Akut-Krankenhaus auf mittlerweile durchschnittlich weniger als zehn Tage – dem gegenüber beträgt die Aufenthaltsdauer von Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen teilweise Monate oder gar Jahre – hat auch das immer wieder als Begründung für größtmöglichen Erhalt von ortsnaher Krankenhausversorgung vorgetragene Argument der Besuchsmöglichkeit durch Angehörige an Bedeutung verloren.»[114]

Folgt man diesen blumigen Ausführungen, ist klar, dass eine Planung auch in Bezug auf die Sicherstellung der Flächendeckung nicht mehr konsequent erfolgen sollte. Tatsächlich waren die «Wanderungsbewegungen» Ausdruck einer ungenügenden Versorgung vor Ort, und es macht auch bei kurzen Liegezeiten einen Unterschied, ob man für Behandlungen und Besuche eine größere Wegstrecke auf sich nehmen muss. Was grundlegend fehlt, sind Überlegungen, wie man Flächendeckung und hohe Qualität bzw. Spezialisierung gemeinsam gewährleisten kann (siehe hierzu Kapitel 4 und 5).

Der Trägervielfalt sah sich der Plan weiterhin verpflichtet. Es sollten «gewachsene ausgewogene Trägerstrukturen so weit als möglich erhalten werden».[115] Dennoch wurden – vermutlich mit klammheimlicher Freude – Fortschritte bei der Privatisierung hervorgehoben: Der Anteil der privaten Träger stieg seit 1994 von 21,3 auf 24,7 Prozent der Häuser und von 5,1 auf 7 Prozent der Betten. Würde man weiter in die Vergangenheit zurückblicken, wäre der Trend noch deutlicher – aber trotzdem nicht vergleichbar mit der Entwicklung nach 2000 (siehe dazu die Tabellen am Ende dieses Kapitels und in den jeweiligen Länderkapiteln).

Die Bedarfsberechnungen – soweit überhaupt noch angestellt – wurden mit den bereits vorher benutzten Determinanten und der Burton-Hill-Formel durchgeführt. Für die Bevölkerungsentwicklung wurde die mittlere Variante des Statistischen Landesamts verwendet. Angesichts der Tatsache, dass man hier bisher immer zu niedrig lag, ein mutiges Vorgehen, allerdings natürlich nicht ohne Zweck.

Die Krankenhaushäufigkeit, Patientenzahl, Verweildauer, Pflegetage und Bettennutzung wurden nur noch in ihrem Verlauf von 1990 bis 1997 dargestellt. Eine Prognose in die Zukunft erfolgte nicht. Viel wichtiger war der Landesregierung: «Im Bundesvergleich hatte Baden-Württemberg im Jahr 1996 mit die niedrigste Krankenhaushäufigkeit aufzuweisen.»[116]

Der entscheidende Passus in diesem Krankenhausplan aber lautet: «Schon im Verfahren zur Aufstellung des Krankenhausplans III hatte sich gezeigt, dass langfristige Planung im Krankenhausbereich die Gefahr beinhaltet, zu lange an Annahmen oder Strukturen festzuhalten, die durch die Entwicklung des medizinischen Wissens und anderer Parameter eigentlich schon wieder überholt sind. Vor diesem Hintergrund hat sich das Sozialministerium dafür entschieden, bis auf weiteres von der Entwicklung langfristiger Prognosen abzusehen und stattdessen auf der Basis der in diesem Plan festgelegten Grundsätze zeitnah durch Überprüfung der Veränderungen in der tatsächlichen Inanspruchnahme von Krankenhauskapazitäten der Entwicklung Rechnung zu tragen und bei Bedarf kurzfristig Veränderungen vorzunehmen. Insoweit stellt der nunmehr vorliegende Krankenhausplan 2000 eine Situations- und Trendbeschreibung dar.»[117]

An einem sollte sich aber nichts ändern, nämlich an der Forderung nach einem weiterem Bettenabbau: «Der LKHA [Landeskrankenhausausschuss] hat

112 Ebd., S. 18. **113** Ebd., S. 19. **114** Ebd., S. 20 f. **115** Ebd., S. 21. **116** Ebd., S. 25. **117** Ebd., S. 31 f.

gleichzeitig zur Kenntnis genommen, dass der Anpassungsprozess im Krankenhausbereich noch nicht abgeschlossen ist, die Trends für die Zukunft einen weiteren Rückgang des stationären Versorgungsbedarfs erwarten lassen und deshalb zu gegebener Zeit weitere Beratungen über die Entwicklung der Bedarfsdeterminanten unter Einbeziehung aktueller Erkenntnisse erforderlich sind. Des Weiteren hat er gebilligt, dass im Zuge der Neuordnung von Strukturen in den Kreisen oder bei geplanten Baumaßnahmen gegenüber den vorgesehenen Anpassungsvorschlägen […] strengere Maßstäbe zu Grunde gelegt werden müssen und dass in den meisten Stadt- und Landkreisen weiterführende Strukturdiskussionen nötig sind.»[118]

Damit dies auch rechnerisch durchzusetzen ist, wurden die «planerischen Richtwerte» angepasst.

– Verweildauer: «unter 10,8 Tage» (inkl. Psychiatrie: unter 11,8 Tage),
– Bettennutzung: «ca. 84 Prozent» (Mittelwert aus Werten der einzelnen Fachabteilungen, z. B. Pädiatrie 75 Prozent, Innere 86 Prozent usw.).

«Jedes einzelne Krankenhaus wurde an dem einvernehmlich als Maßstab akzeptierten Richtwert für die Verweildauer und Bettennutzung unter Verwendung der in Abschnitt 5 dargestellten Berechnungsformel gemessen. Dabei wurde grundsätzlich von den tatsächlich im jeweiligen Krankenhaus und in den einzelnen Fachabteilungen versorgten Patientenzahlen ausgegangen, da sich darin das konkrete Nachfrageverhalten widerspiegelt, das sowohl Veränderungen in der Bevölkerungszahl und -struktur, veränderte Behandlungsmethoden, veränderte rechtliche Rahmenbedingungen oder Patientenwanderungen berücksichtigt. Gleichzeitig wurden die Krankenhäuser aufgefordert, selbst zu überprüfen, ob nach den vorgenommenen Änderungen (meist Reduzierungen) noch wirtschaftliche und leistungsfähige Einheiten vorhanden sind und ggf. durch geeignete Kooperations- und Betriebsformen auf solche hinzuarbeiten. Unter Zugrundelegung des Richtwerts bei den einzelnen Krankenhäusern ergab sich danach aufs Landesganze gegenüber dem SOLL im Besonderen Teil des Krankenhausplans III im vollstationären Bereich (ohne teilstationäre Versorgung und ohne Dialyseplätze) als relativ kurzfristig anzustrebendes Ziel ein rechnerischer Reduzierungsbedarf von rd. 4.200 Betten.»[119]

So sieht die neue «Planung» aus. Die Richtwerte werden nicht mehr für eine Planung des zukünftigen Bettenbedarfs genutzt, sondern nur noch – bezogen auf das einzelne Krankenhaus – zur Ermittlung des jeweiligen Bettenüberhangs bzw. Fehlbestands. Dies ist ein klassisches Benchmark-Verfahren mit eingebauter Kellertreppe: Alle Krankenhäuser werden mit den Durchschnittswerten verglichen. Alle, die darüber liegen, werden abgesenkt. Damit fällt der Durchschnitt immer weiter und alle werden wieder mit dem neuen (niedrigeren) Durchschnitt verglichen usw. Damit ist auch das spätere Verfahren bei beantragten Bettenvermehrungen schon angedeutet. Da kein Bedarf berechnet wird und es im Grunde auch keinen zusätzlichen Bedarf mehr gibt, können nur noch Anträge im Einzelfall gestellt werden. Dabei wird dann die aktuelle Ist-Auslastung zum Kriterium für das zukünftige Ist – ein Soll gibt es ja nicht mehr (Näheres siehe unten).

Die Anwendung der neuen Parameter ergab im Vergleich zum Soll 1995 (Plan III) ein Soll für 1997 von 4.196 Betten weniger. Die Krankenkassen waren damit schon zwei Jahre später (Beschluss des Plans Ende 1999) nicht mehr einverstanden und wollten mehr. Das Sozialministerium meinte aber, dass es zunächst mit den 4.000 Betten zufrieden sei. Außerdem: «Die künftigen Krankenhauspläne sollen deshalb möglichst im Zweijahresrhythmus veröffentlicht werden und die in diesem Zeitraum erfolgten Veränderungen deutlich machen, aber auch erkennbare oder zu vermutende Trends darstellen.»[120] Abschließend schrieb das Sozialministerium: «Das 1997 gesteckte Ziel, in Baden-Württemberg relativ kurzfristig mehr als 4.000 entbehrliche vollstationäre Betten abzubauen, wird somit deutlich erreicht. Auch der Zielsetzung, die Bettenziffer insgesamt (also einschließlich teilstationärer Plätze) auf etwa 6,2 je 1.000 Einwohner zu senken, wird in vollem Umfang entsprochen.»[121]

Der Teil «Medizinische Fachplanungen» wurde weiter ausgebaut. Dabei wurde aber auch nicht mittel- bis längerfristig versucht, den Bedarf festzulegen, sondern es wurden die bestehenden Kapazitäten dargestellt, inhaltlich Ziele (meist Zentrenbildung) benannt und in einzelnen (wenigen) Fällen zusätzlich notwendige Betten ausgewiesen. Woher die jeweiligen Einschätzungen, dass die Betten reichen oder noch einige hinzukommen müssen, stammten, wie sie begründet und berechnet wurden, dazu wurde nichts ausgeführt. Bei neuen Versorgungsangeboten wurden die dafür notwendigen Betten in aller Regel durch eine «Umwidmung» gewonnen, das heißt: Sie wurden woanders abgezogen.

In der Psychiatrie, wo 1999 ein Bettenbestand von 7.790 Betten und Plätzen vorhanden war, errechnete das Land einen aktuellen Bedarf von nur 7.400 Betten und Plätzen. Es wollte also einen weiteren Abbau von 390 Betten durchsetzen. Wie die weitere Entwicklung zeigte, war das ein Fehler.

Auch wenn keine Bedarfsplanung vorlag, waren diese Fachplanungen insgesamt insofern positiv zu beurteilen, als dass sie zumindest eine Richtung vorgaben, wo Schwerpunkte der Entwicklung gesetzt werden sollen.

Krankenhausplan 2010

Trotz der Ankündigung im Krankenhausplan 2000, den Plan alle zwei Jahre zu überarbeiten, erschien der nächste Plan erst 2010.

«Die für jedes Krankenhaus getroffenen Festlegungen stehen stets unter dem Vorbehalt der gesetzlich

118 Ebd., S. 32. **119** Ebd., S. 35. **120** Ebd., S. 37. **121** Ebd., S. 42.

vorgeschriebenen Anpassung an die Entwicklung (§ 4 Abs. 1 Satz 4 LKHG). Daraus folgt, dass permanent Krankenhäuser oder Teile davon (z. B. Fachabteilungen, Betten, Behandlungsplätze), die nicht mehr medizinisch leistungsfähig, kostengünstig oder bedarfsnotwendig sind, auf Grund von Einzelentscheidungen der Krankenhausplanungsbehörde geändert bzw. aufgehoben werden können, vgl. § 7 Abs. 4 Satz 1 LKHG. Ebenso können neue Versorgungsangebote, insbesondere auf Grund der Fortschritte in der Medizin und Medizintechnik, neu in den Krankenhausplan aufgenommen und damit einzelnen Krankenhäusern als Versorgungsauftrag zugewiesen werden; zudem können fachliche Zuordnungen geändert werden.

Die hier vorgelegte Fortschreibung ist insbesondere von dem Bestreben getragen, die Empfehlungen der Expertenkommission ‹Zukunft der Krankenhausstruktur Baden-Württemberg› umzusetzen. Wesentliche Forderung der Kommission und damit Grundgedanke des Krankenhausplans 2010 ist der Abbau entbehrlicher Detailvorschriften und eine Vermehrung der Gestaltungsfreiheit der beteiligten Krankenhäuser und Krankenkassen vor Ort.»[122]

Das ist gründlich gelungen. Der allgemeine Teil des Krankenhausplans 2010 hatte nur noch einen Umfang von 15 Seiten.

Der letzte Schritt hin zur «Nichtplanung» bestand darin, die Betten nur noch für das ganze Krankenhaus auszuweisen und nicht länger für die Fachabteilungen. Den Krankenhausträgern wurde damit die Möglichkeit eröffnet, nach eigenem Gutdünken, besser gesagt nach finanziellen Erwägungen, Betten umzuwidmen. Die Sachfrage, wie der Bedarf an internistischen Betten zum Beispiel durch einen Ausbau der Knie- und Hüftchirurgie gedeckt werden soll, stellt sich in dieser Logik nicht mehr. Das regelt der Markt.

Damit ist das spätere Verfahren bei beantragten Bettenerhöhungen bereits skizziert. Die Krankenhäuser, die eine Bettenerhöhung anstreben, stellen einen Antrag, dieser wird dann anhand der Belegungszahlen, Verweildauer und Auslastung geprüft und abgelehnt, zeitlich verschoben, teilweise oder ganz genehmigt. Dabei reichen die Krankenhäuser mit ihrem Antrag die Leistungszahlen der letzten Jahre (Entwicklung Patientenzahl, Verweildauer und Bettennutzung) ein. Das Sozialministerium errechnet daraus die zusätzlich notwendigen Betten bei der normativ vorgegebenen Bettennutzung und kontrolliert, dass die Verweildauern im Verhältnis zum Durchschnitt nicht zu lang sind. In der Praxis bedeutet dies, dass das Krankenhaus mehrere Jahre mit Überlast fahren muss, um dann endlich mehr Betten zu bekommen. Im Umkehrschluss wird der Antrieb verstärkt, immer mehr Patient*innen zu behandeln, damit die Erhöhung der Bettenzahl legitimiert werden kann. Beides ist nicht wirklich sinnvoll, aber logische Folge der Ökonomisierung und des Verzichts auf wirkliche Planung. Das ist die Politik seit nunmehr zehn Jahren. Die Planung wird zur reinen Bettenverwaltung.

Immer wichtiger wird in einem solchen «planlosen» Zustand die Frage, wie sonst gesteuert werden soll, wie die Ziele der Landesregierung, die ja weiterhin bestehen, umgesetzt werden sollen. Die Antwort lautet: finanzielle Steuerung über die Förderung. Dazu wird ausgeführt:

«Für die Aufnahme eines Krankenhausinvestitionsvorhabens in das Jahreskrankenhausbauprogramm sind folgende Gesichtspunkte maßgebend:

Krankenhausplanung
Das Krankenhaus und sein Leistungsangebot muss für die Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung zumindest mittelfristig notwendig sein. Wohnortnähe bedeutet, dass das Angebot für die Bevölkerung in zumutbarer Entfernung erreichbar ist. Das Krankenhaus muss die Vorgaben des Krankenhausplanes erfüllen, wirtschaftlich arbeiten und bedarfsgerecht sein. Gegebenenfalls sind krankenhausplanerische Anpassungen vorzunehmen.

Krankenhausförderung
Höchste Priorität für eine Förderung genießen Vorhaben, die der Verbesserung der Krankenhausstruktur dienen (z. B. Optimierung von Krankenhausstandorten/Betriebsstellen, Zusammenlegung von Fachabteilungen, Bildung von Behandlungsschwerpunkten, Zusammenschluss von Krankenhäusern durch den Bau einer zentralen Einheit). Mit solchen Projekten müssen die betriebliche Organisation, der fachliche Zuschnitt und die betrieblichen Abläufe verbessert werden. Damit das langfristige Ziel einer Absenkung der Kosten des Gesundheitswesens erreicht werden kann, müssen sich durch solche Projekte die Betriebskosten reduzieren lassen bzw. Effizienzsteigerungen ergeben.»[123]

Und so war es seither auch in der Praxis. Die Steuerung erfolgt über Erpressung bei der Förderung. Wollte ein Krankenhaus in das Investitionsprogramm aufgenommen werden, wurde anfangs meist gefordert, dass dafür Betten abgebaut werden mussten. In neuerer Zeit geht es mehr um Zusammenlegungen, die Einrichtung zentraler Standorte und Schließungen – jeweils verbunden mit Bettenabbau.

Übrigens: Was für die Bevölkerung eine «zumutbare Entfernung» ist, hat der AOK-Vorsitzende Baden-Württembergs, Christopher Hermann, in einem Zeitungsinterview klargestellt: «100 km zur Klinik sind zumutbar.»[124]

Zwischenzeitlich wurde ja auch das Landeskrankenhausgesetz geändert und wurde die Krankenhausplanung zur «Rahmenplanung» (Neufassung LKHG 2007) zurückgestuft. Diese Vorgabe setzte der Plan 2010 gründlich um:

122 Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg: Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg – Textteil, Stuttgart 2010, S. 2 f. **123** Ebd., S. 3. **124** Stuttgarter Zeitung, 12.1.2014.

«Der Krankenhausplan beschränkt sich bei der näheren Festlegung von Versorgungsaufträgen grundsätzlich auf die Zuweisung von Fachgebieten entsprechend der Weiterbildungsordung für Ärzte (WBO) in der von der Landesärztekammer erlassenen aktuellen Fassung.»[125]

Festgelegt werden nur noch die Fachgebiete und die Gesamtzahl der Betten, es gibt keine regionale Planung mehr – ein Rahmen ohne Inhalt.

Am Ausbau der medizinischen Fachplanungen wird weiter festgehalten. Die treibenden Gründe dafür wurden auch benannt. Eine Mischung aus sachlich richtigen und rein monetären Überlegungen: «Bei bestimmten Leistungen muss die Planungsbehörde aus Gründen der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit jedoch Festlegungen mit einem weiter gehenden Detaillierungsgrad treffen. Dabei geht es in der Regel um Leistungen, bei deren Erbringung hohe Kosten anfallen, die wissenschaftlich- medizinisch besonders hohe Anforderungen stellen und die auf der anderen Seite nur in verhältnismäßig geringer Zahl indiziert sind. Dies erzwingt die Konzentration auf eine beschränkte Anzahl von Standorten, insbesondere um durch ausreichende Fallzahlen die Qualität der Leistungserbringung zu sichern.»[126]

Wohlgemerkt: Es handelt sich in den meisten Fällen um inhaltliche Festlegungen und nicht um eine Planung im strengeren Sinn und schon überhaupt nicht um eine Bedarfsplanung. Das soll den Wert der inhaltlichen Festlegungen nicht schmälern, weist aber auf die Begrenztheit des Ansatzes hin. Auch konkrete Qualitätsanforderungen (strukturelle/organisatorische Vorgaben, Mindestzahlen, Zertifizierungen, qualitative und quantitative personelle Vorgaben) sind in aller Regel nicht enthalten. Alle Bundesländer haben sich diesen Trend mehr oder weniger umfangreich angeschlossen.

Der neuste Stand der Fachplanungen und der Zuweisung von besonderen Aufgaben wird anschließend zusammengefasst dargestellt. Eine detaillierte Darstellung für alle Bundesländer hätte den Rahmen dieser Studie gesprengt.

Fachplanungen und besondere Aufgaben

1) Kinder und Jugendpsychiatrie
- Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung, der durchschnittlichen Verweildauer und Bettennutzung wird die notwendige Bettenzahl errechnet.
- Landesweites, regionsübergreifendes Versorgungskonzept.

2) Schlaganfall
- Strukturierung nach dreistufigem System (obere Stufen übernehmen für ihr Versorgungsgebiet Aufgaben der unteren Stufen mit):
  - lokale Schlaganfallstation in jedem Land- oder Stadtkreis (nur jeweils ein Krankenhaus pro Stadt-/Landkreis; insgesamt 17)
  - regionaler Schlaganfallschwerpunkt (insgesamt 21)
  - Schlaganfallzentrum (überregional; insgesamt 12).
- Strukturelle Vorgaben (Geräte, Diagnostik, Behandlungsmethoden, spezialisiertes Personal, Fachabteilungen, Mindestbettenzahl, keine Personalbemessung).
- Kooperation (auch Telemedizin) untereinander.
- Festlegung der Standorte und der Versorgungstufe (siehe oben).

3) Personalisierte Medizin (ZPM)
- Leitungsboard, Landesgremium, zentrale Geschäftsstelle, lokale Geschäftsstelle.
- Momentan nur die Universitäten.
- Auf Stufe 2 Bildung von Kooperationsstandorten (Tumorzentren, OSP).
- Auf Stufe 3 auch niedergelassene Onkolog*innen.
- Etablierung molekularer Tumorboards, Zugang zum ZPM nur über sie.
- Nur austherapierte Patient*innen.

4) Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik und Psychotherapie)
- Fachplanung auf Basis der Burton-Hill-Parameter (inkl. Bevölkerungsentwicklung) mit Prognose der notwendigen Bettenzahl und Fortschreibung.
- Ausweisung der Krankenhäuser mit Betten- und Platzzahl (58 Krankenhäuser).
- Bisher Fachplanung für die einzelnen Regionen, jetzt landesweit.

125 Ebd. S. 8. **126** Ebd.

5) Neurologische Frührehabilitation Phase B
– Inhaltliche Vorgaben zu Therapien.
– Grund für Fachplanung hohe Spezialisierung und hohe Kosten.
– Zuweisung konkreter Planbettenzahlen.
– Vorgabe: Anbindung an Akut-Krankenhäuser oder Reha-Krankenhäuser und Mindestgröße.
– Erhebung der Belegung, Berechnung des Bedarfs mit Burton-Hill, Bettennutzungs-Soll: 90 Prozent, keine epidemiologischen oder demografischen Prognosen. Trendextrapolation der Belegungstage auf Basis der letzten drei Jahre.
– Vorgabe von Ausstattungs- und Leistungsmerkmalen, keine Personalbemessung.
– Festlegung der Standorte (zwölf plus zwei für Kinder).

6) Geriatrie
– Geriatrie-Konzept.
– Ausweisung geriatrischer Schwerpunkte und Zentren.

7) Schlaganfallversorgung
– Schlaganfallzentren (Ausweisung von überregionalen und regionalen Stroke Units, lokale Schlaganfallstationen).

8) Chronische Schmerzen
– Kriterienkatalog Schmerzforum Baden-Württemberg.
– Regionale und überregionale Schmerzzentren.

9) Tumorzentren und onkologische Schwerpunkte (OSP)
– Grundsätze und Kriterien für die Voraussetzungen eines onkologischen Schwerpunkts.
– Ausweisung im Krankenhausplan: fünf Zentren (Universitätskliniken), 14 OSP.
– Inhaltliche und strukturelle Vorgaben.
– Richtzahl: 300 neue Tumorpatient*innen pro Jahr (chirurgisch: 150, gynäkologisch und urologisch: 200, Bestrahlung: 800).

10) Weaning (Beatmungsentwöhnung)
– Keine inhaltlichen oder strukturellen Festlegungen.

11) Chronische Dialyse
– Keine weitere Ausweisung.

12) Zuweisung besondere Aufgaben (Vermerk beim jeweiligen Krankenhaus)
– Organtransplantationen entsprechend der Zulassung nach dem Transplantationsgesetz.
– Versorgung erwachsener Mukoviszidose-Patient*innen.
– Epilepsiechirurgie.
– Diabetologie.
– Rheumatologie.

In Bezug auf das, was früher «Besonderer Teil» hieß, wird ausgeführt: «Für die Festlegung der Gesamtbettenzahl aus den Fachgebieten der einzelnen Krankenhäuser für den Krankenhausplan 2010 werden die Originalbelegungsdaten der Jahre 2006, 2007 und ggf. 2008 und 2009 herangezogen. Als Ausgangsdaten für den zu versorgenden Bedarf wurden die tatsächlich erbrachten Pflegetage zugrunde gelegt. Die Einzelfortschreibungen des Krankenhausplans nach § 7 Abs. 4 LKHG sollen künftig jährlich in einer zusammenfassenden Darstellung veröffentlicht werden. Eine Gesamtfortschreibung mit Anhörung der betroffenen Krankenhäuser und Beschluss der Landesregierung wird bei Bedarf in größeren Abständen erfolgen.»[127] Dieser Bedarf bestand bis zum Erscheinen dieser Studie offenbar nicht.

Nach diesem Plan gab es also auch die Einzelblätter zu jedem Krankenhaus, in denen für jedes Haus ein Soll und ein Ist an Betten ausgewiesen war, nicht mehr. Sie wurden ersetzt durch eine Tabelle, aus der nur noch die Gesamtzahl der Betten und die der Fachabteilungen hervorgehen. Gerade diese Entwicklung ist ein Einfallstor für private Betreiber von Krankenhäusern. Fehlt

127 Ebd., S. 12.

nämlich die Planung, dann gibt es auch keine Argumentation, warum diese ihr Geschäft nicht betreiben oder ausbauen sollen. Genauso haben Gerichte entschieden (siehe Kapitel 3) und deswegen können sich die Privaten immer wieder einklagen. Dies weist auf einen weiteren wichtigen Punkt hin. Planung macht nur Sinn, wenn auch ein Zugriff der öffentlichen Hand auf die Krankenhäuser vorhanden ist. Dieser ist nicht gegeben, wenn ein Großteil der Krankenhäuser freigemeinnützig oder sogar privat betrieben wird. Deshalb scheint für eine Renaissance der Planung und die (Re) kommunalisierung der Krankenhäuser zwingend notwendig.

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die folgende Tabelle zeigt die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Baden-Württemberg.

Länge der beiden Perioden beachtet (jährlicher Abbau 1972 bis 1989: -120, jährlicher Abbau 1991 bis 2019: -576,8 Betten). Betrachtet man die Zeit ab 1991, liegt Baden-Württemberg in der Spitzengruppe der Bundesländer beim Abbau von Krankenhäusern (-35,7 Prozent). Beim Bettenabbau (-24,8 Prozent) liegt es im Mittelfeld (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76).

Es kann auch festgehalten werden, dass die Planung nie demokratisch geerdet war. Die Betroffenen (Patient*innen wie Beschäftigte) waren weder vor Ort noch auf Landesebene einbezogen. Sie waren der Spielball der Entscheidungen von willfährigen Expert*innen und wirtschaftshörigen Regierungen. Man kann auch feststellen, dass die neoliberalen Änderungen der Bundesgesetzgebung in den Landeskrankenhausgesetzen und den Krankenhausplänen unmittelbar übernommen werden.

Tabelle 9: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Baden-Württemberg

	Akut-KH/ Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1972	416		63.636		69,5		1.213.057		132,5		16,7	
1977	380	-8,7	64.757	1,8	71,0	2,1	1.395.700	15,1	153,0	15,5	14,1	74,4
1982	342	-10,0	63.456	-2,0	68,4	-3,6	1.546.309	10,8	166,8	9,0	12,6	10,6
1989	306	-10,5	61.596	-2,9	64,0	-6,5	1.799.655	16,4	187,1	12,2	10,8	14,3
72–89	-110	-26,4	-2.040	-3,2	-5,5	-7,9	586.598	48,4	54,6	41,2	-5,9	-35,3
1991	294		65.217		65,2		1.591.765		159,1		12,7	
1997	292	-0,7	62.573	-4,1	60,2	-7,7	1.731.981	8,8	166,6	4,7	10,6	16,5
2002	268	-8,2	57.339	-8,4	53,8	-10,6	1.905.451	10,0	178,7	7,3	8,5	19,8
2007	242	-9,7	54.828	-4,4	51,0	-5,2	1.899.900	-0,3	176,7	-1,1	7,7	9,9
2012	211	-12,8	50.509	-7,9	47,8	-6,3	1.998.922	5,2	189,1	7,0	6,9	9,6
2017	198	-6,2	49.216	-2,6	44,6	-6,6	2.082.842	4,2	188,9	-0,1	6,5	6,5
2019	189	-4,5	49.066	-0,3	43,5	-2,6	2.068.467	-0,7	186,3	-1,4	6,4	1,1
91–19	-105	-35,7	-16.151	-24,8	-21,7	-33,3	476.702	29,9	27,2	17,1	-6,3	-49,6

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Im Ergebnis führte die Politik der Landesregierung seit 1972 – umgesetzt über die insgesamt sieben Krankenhauspläne – zum Abbau von 225 Krankenhäusern und von 18.191 Betten im Akutbereich/bei den Allgemeinen Krankenhäusern. Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm in den beiden betrachteten Zeiträumen (1972 bis 1989 und 1991 bis 2019) um 7,9 bzw. um 33,3 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 48,4 bzw. um 29,9 Prozent und die Verweildauer nahm um 35,3 bzw. um 49,6 Prozent ab. Die Krankenhaushäufigkeit nahm um 41,2 bzw. um 17,1 Prozent zu.

Die Zahlen des Bettenabbaus differieren stark in der ersten und zweiten Periode (-3,2 Prozent/-24,8 Prozent). Dies gilt auch, wenn man die unterschiedliche

Die Geschichte der Krankenhaus(bedarfs)planung in Baden-Württemberg kann also als schrittweise Abschaffung dieser Planung (keine Betten pro Fachabteilung, keine Versorgungsstufen, keine Versorgungsregionen mehr) und zunehmende finanzielle Steuerung gelesen werden, als neoliberale Umwandlung der Einrichtungen der Daseinsvorsorge in Wirtschaftsbetriebe. Dies drückt sich auch darin aus, dass es seit 2010 keinen neuen Plan mehr gibt. Höhepunkt ist die Praxis, die Bettenzahlen nur noch über die Bescheidung von Trägeranträgen zu verändern bzw. die Gewährung von Fördermitteln von Betten- oder Hausschließungen abhängig zu machen.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 10: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Baden-Württemberg (1972 bis 1989)

	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	416	237	77	102	306	189	67	50	57,0	18,5	24,5	61,8	21,9	16,3
Betten	63.636	45.326	14.017	4.293	61.596	45.326	14.017	4.293	71,2	22,0	6,7	73,6	22,8	7,0

Tabelle 11: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Baden-Württemberg (1991 bis 2019)

	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	294	161	73	60	189	68	46	75	54,8	24,8	20,4	36,0	24,3	39,7
Betten	65.217	47.670	13.918	3.629	49.066	33.188	10.719	5.159	73,1	21,3	5,6	67,6	21,8	10,5

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Die Zusammensetzung der Trägerschaft der Krankenhäuser hat sich ebenfalls erheblich verändert. In der ersten Periode ist die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser noch leicht angestiegen und die der Privaten leicht abgesunken. Die Bettenanteile blieben annähernd gleich. Das trifft auch auf den Anteil der freigemeinnützigen Häuser und Betten zu. In der zweiten Periode hat sich dann der Anteil der öffentlichen Häuser um ca. 20 Prozent verringert, der der Privaten hat sich fast verdoppelt – auch bei den Betten.

Bayern

GESETZGEBUNG

Bayerisches Krankenhausgesetz (BayKrG) 1974

Ziele:
- «Zweck des Gesetzes ist es, im Freistaat Bayern eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten.» (Art. 1)[128]

Planung:
- «Ziel der staatlichen Krankenhausplanung ist es, ein funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Staatsgebiet verteilter, einander ergänzender Krankenhäuser zu schaffen. Diese sollen nach Bau, Ausstattung und Organisation der medizinischen Betreuung der ihnen innerhalb der Gesamtordnung zugedachten Aufgabe entsprechen.» (Art. 3)[129]
- Pflicht zur Ergänzung und Fortschreibung des Plans.
- Drei Versorgungstufen mit Soll-Vorgaben zu den vorzuhaltenden Fachabteilungen, zur Bettenzahl (300, 500 und «deutlich mehr») und zu Fachkrankenhäusern.
- Planungsausschuss mit Kassen, privaten Krankenversicherungen, Krankenhausgesellschaft, Vertreter*innen der Verbände der Gebietskörperschaften zur Mitwirkung bei der Erstellung/Weiterentwicklung des Plans und der Krankenhausbauprogramme.
- Aufstellung des Plans durch das Staatsministerium für Arbeit und Sozialrecht in Absprache mit anderen Ministerien (Inneres, Finanzen, Landesentwicklung), keine Parlamentsbeteiligung und keine Veröffentlichungspflicht.
- Zentraler Nachweis freier Betten (verpflichtend).
- Krankenhausbeirat zur Beratung grundsätzlicher Fragen des Krankenhauswesens: Mitglieder wie im Planungsausschuss und mit zusätzlicher Beteiligung der Arbeitgeber, der Wohlfahrtspflege und der Ärztekammer.

Förderung:
- Festlegungen zur Förderung über Rechtsverordnung

Bewertung:
Zielbestimmung ohne Wirtschaftlichkeitsvorgaben, wenig konkrete Vorgaben, aber in ihrer Allgemeinheit nicht falsch, nur geringe Einbeziehung von anderen gesellschaftlichen Gruppierungen in Planungsausschuss und Krankenhausbeirat (zwar Arbeitgeber, aber keine Gewerkschaften) und auch keine Beteiligung des Parlaments und keine Veröffentlichungspflicht.

Gesetz zur Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes 1986

Ziele:
- Ergänzung des Gesetzeszwecks (Art. 1) durch die Formulierungen, die vorher als Zielbestimmung des Krankenhausplans dienten (Art. 3; siehe oben).

128 Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 14/1974, S. 256. **129** Ebd.

Planung:
- Möglichkeit zur Aufstellung von Fachprogrammen.
- Vier Versorgungsstufen mit näherer Festlegung der Fachabteilungen (z. T. Muss-, z. T. Kann-Regelungen), aber ohne Mindestbettenzahlen.
- Bei Versorgungstufen 1 und 2 soll Belegarzttätigkeit ermöglicht werden.
- Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser (Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkte, Krankenhausaufnahmen, Notfallaufnahmen).
- Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit Niedergelassenen und anderen Einrichtungen (auch zum Zweck der Kostendämpfung).
- Darstellung der erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Bettenzahl, Fachrichtung, Versorgungstufe, ggf. spezifische Versorgungsschwerpunkte (Fachprogramme).
- Planungsausschuss heißt jetzt Krankenhausplanungsausschuss, Aufgaben bleiben gleich, Zusammensetzung wird um Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände und Ärztekammer erweitert, einvernehmliche Regelungen sind anzustreben.
- Krankenhausbeirat und seine Aufgaben fallen weg.
- Jährliche Fortschreibung.

Förderung:
- Jahreskrankenhausbauprogramme.
- Einzelförderung (Bau- und Investitionsmaßnahmen über einer bestimmten Wertgrenze): Festbetragsförderung (Restbeträge verbleiben beim Träger, Mehrkosten auch) oder Höchstbetragsförderung (eigenverantwortliche Entscheidung des Trägers über die Art und Weise der Durchführung, jedoch mit Rückzahlungspflicht bei Unterschreitung des Höchstbetrages) möglich.
- Pauschale Förderung (kleinere Investitionsmaßnahmen unter einer bestimmten Wertgrenze): nach Bettenzahl mit unterschiedlichen Beträgen pro Bett je nach Krankenhausgröße, auch «andere sachgerechte Bezugsgrößen» möglich.
- Förderung auch bei Schließung und Umstellung mit festen Beträgen je wegfallendem Bett.

Bewertung:
Erweiterung auf vier Versorgungsstufen (immer noch relativ allgemein) und auf Fachprogramme (fakultativ – Bedeutung erlangen sie nur, wenn sie im Krankenhausplan ausgewiesen werden). Neu hinzu kam die Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit dem ambulanten Bereich. Die Festlegungen waren wieder relativ allgemein gehalten und die Frage ist, wieweit sie in der Realität Wirkung zeigten. Letztlich kam es durch die Zusammenlegung des Planungsausschusses und des Krankenhausbeirats zu einer Verengung der Aufgabenstellung: «Grundsätzliche Fragen des Krankenhauswesens» fielen mit dem neuen Gesetz weg.

Die Formulierungen zur Planung bezogen sich auf das Ist und den momentanen Bedarf. Eine Bedarfsprognose wurde nicht gefordert, wurde aber in den Plänen durchgeführt (siehe unten).

Festbetragsförderung bedeutet, dass das Baupreissteigerungsrisiko auf die Krankenhäuser überging. Bei der systematischen Unterfinanzierung der Investitionen ist es im höchsten Maße unwahrscheinlich, dass Krankenhäuser Gelder einbehalten können.

Pauschale Förderung: Die «anderen sachgerechten Bezugsgrößen» sollen erst später zur Geltung kommen (siehe unten).

Die Förderung bei Schließung/Umstellung weist auf ein schon damals wichtiges Ziel der Krankenhauspolitik hin und sollte Trägern den Entschluss erleichtern.

Bayerisches Krankenhausgesetz 1990

Ziele: keine Änderung.

Planung:
- Ergänzung durch: «Die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit beim Einsatz von Fördermitteln sind nach Maßgabe der Zielsetzungen der §§ 1 und 4 KHG zu beachten.» (Art. 4 Abs. 10)[130]
- Nähere Definition der Bedarfsgerechtigkeit: «Ein Krankenhaus ist bedarfsgerecht, wenn und soweit es zur Deckung des in seinem Einzugsgebiet vorhandenen Bettenbedarfs notwendig (Bedarfsnotwendigkeit) und hierzu geeignet ist (Bedarfsgerechtigkeit im engeren Sinn). Das Krankenhaus ist insbesondere geeignet, wenn es nach seinem Standort und seiner Größenordnung innerhalb des abgestuften Versorgungssystems nach Maßgabe des Art. 4 seine ihm zugeordnete Aufgabe wahrnehmen kann. Ein nicht in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus, das einen Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan stellt, ist nicht bedarfsnotwendig, wenn in seinem Einzugsgebiet die Versorgung bereits durch bestehende, in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser sichergestellt ist oder anderweitig sichergestellt werden kann.» (Art. 5 Abs. 2)[131]

Förderung:
- Ergänzung: «Die Fördermittel sind so zu bemessen, dass sie die förderfähigen, nach der Aufgabenstellung des Krankenhauses und den Grundsätzen von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit notwendigen Investitionskosten decken.» (Art. 9 Abs. 2)[132]
- Ansonsten keine Änderungen.

Bewertung:
Zunehmende, aber immer noch moderate Betonung der Notwendigkeit von Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Definition der Bedarfsgerechtigkeit ist eigentlich eine gute Grundlage für die Planung. Sie wurde aber durch die Rechtsprechung zunehmend ausgehebelt (siehe Kapitel 3).

130 Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 18/1990, S. 387. **131** Ebd., S. 387 f. **132** Ebd., S. 389.

Bayerisches Krankenhausgesetz 2007

Ziele:
- Änderung Gesetzesziel: «Ziel dieses Gesetzes ist eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung im Freistaat Bayern durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser freigemeinnütziger, privater und öffentlich-rechtlicher Träger. Dies soll auf der Grundlage der Krankenhausplanung durch die Förderung eigenverantwortlich wirtschaftender, leistungsfähiger Krankenhäuser erreicht werden.» (Art. 1)[133]

Planung:
- «Die Krankenhausplanung wirkt auf wirtschaftliche Strukturen bei der bedarfsgerechten Versorgung durch medizinisch leistungsfähige Krankenhäuser hin.» (Art. 3)[134]
- Soll-Vorschrift für die Zusammenarbeit der Krankenhäuser.
- Drei Versorgungsstufen, nur allgemeine Beschreibung der Aufgaben, Möglichkeit zur differenzierteren Festlegung im Krankenhausplan.
- Möglichkeit zum Widerruf der Aufnahme, wenn Voraussetzungen dauerhaft nicht mehr vorliegen.
- Unschädlichkeit eines Trägerwechsels für das Verbleiben im Krankenhausplan.

Förderung:
- Einzelförderung nur noch über Festbeträge.
- Pauschale Förderung weiter über Rechtsverordnung; aktuell (2019) werden die Mittel zu 60 Prozent nach Case-Mix[135] und zu 40 Prozent nach Betten (mit unterschiedlicher Gewichtung je nach Fachgebiet) aufgeteilt.

Bewertung:
Die Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit gewannen an Bedeutung (Stichworte: «effizient», «eigenverantwortlich wirtschaftend», «wirtschaftliche Strukturen»). Wohlgemerkt, es geht in der Kritik an dieser Entwicklung nie darum, dass Krankenhäuser öffentliche Gelder verschwenden sollen. Es geht um die Gewichtung und die Prioritäten.

Die privaten und freigemeinnützigen Träger fanden nun auch im Gesetzestext Erwähnung. Letztlich war das aber auch nur eine Widerspiegelung des Faktischen. Zwischen 1974 und 2007 hatte sich der Bettenanteil der Privaten von 6,3 auf 18,8 Prozent verdreifacht. Die «Förderung der Trägervielfalt» wurde also auch ohne Erwähnung im Gesetzestext politisch schon umgesetzt.

Aus der Verpflichtung zur Zusammenarbeit wurde eine Soll-Bestimmung.

Eine Loslösung der pauschalen Förderung von Betten (auch wenn dies nur teilweise geschieht) sollte zum einen Bettenschließungen erleichtern, weil man dann bei der Förderung keine Verluste erleidet. Sie bevorteilte zum anderen aber auch die Krankenhäuser, die möglichst viele Patient*innen behandeln und bei ihnen möglichst viele Prozeduren abrechneten.

Bayern ist das einzige Bundesland, in dem Privatstationen nie verboten waren.

Bayerisches Krankenhausgesetz – neueste Fassung 2019

- Keine wesentlichen Änderungen zur Vorversion.

Tabelle 12: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Bayern (ab 1970)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1970–1974	CSU	Goppel 3
1974–1978	CSU	Goppel 4
1978–1982	CSU	Strauß 1
1982–1986	CSU	Strauß 2
1986–1988	CSU	Strauß 3
1988–1990	CSU	Streibl 1
1990–1993	CSU	Streibl 2
1993–1994	CSU	Stoiber 1
1994–1998	CSU	Stoiber 2
1998–2003	CSU	Stoiber 3
2003–2007	CSU	Stoiber 4
2007–2008	CSU	Beckstein
2008–2013	CSU, FDP	Seehofer 1
2013–2018	CSU	Seehofer 2
2018–2018	CSU	Söder 1
2018–	CSU, FW	Söder 2

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausbedarfsplan 1974

Im Vorwort schrieb der damalige Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung Fritz Pirkl: «Auf seiner Grundlage soll das angestrebte Ziel, ein bedarfsgerecht funktional abgestuftes System von leistungsfähigen Krankenhäusern mit einem modernisierten Bettenbestand zu schaffen, verwirklicht werden. Ein System, das dem Bürger – sowohl in der Großstadt als auch auf dem Lande – eine möglichst gleichwertige, bestmögliche, patientenorientierte Krankenhausversorgung bietet. […] Um den gestiegenen Ansprüchen der Bürger auf eine entsprechend gute Krankenhausversorgung gerecht zu werden, muss der Bedarf an medizinischem Leistungsangebot sinnvoll geplant werden. […] Unter Verwertung speziell auf Bayern bezogenen wissenschaftlichen Grundlagenmaterials zur Krankenhausplanung liegt dem Bedarfsplan eine Prognose des Sozialministeriums über den künftigen Bedarf an Krankenhausleistungen und Krankenhausbetten in Bayern

133 Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 9/2007, S. 288. **134** Ebd. **135** Jeder DRG ist eine (ökonomische) Fallschwere in Form eines Relativgewichtes zugeordnet. Zählt man die Relativgewichte aller Patienten eines Krankenhauses zusammen erhält man den Case-Mix. In ihn gehen also die Patientenzahl und die Fallschwere ein.

unter Berücksichtigung der dafür bestimmten Faktoren (Einwohnerzahl, Bevölkerungsstruktur, Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer, durchschnittliche Bettennutzung) für das Jahr 1985 zugrunde.»[136]

Allerdings heißt es im Vorwort auch: «Nur wirtschaftlich geführte Krankenhäuser können auf Dauer die erwartete Qualität von Krankenhausleistungen garantieren. Aus dieser Erkenntnis folgt, dass eine Konzentration von Organisationseinheiten mit einer größeren Bettenkapazität eingeplant werden musste.»[137]

Bereits 1966 hatte der Landtag eine «Denkschrift zur Krankenhausplanung in Bayern» gebilligt, in der Planungsgrundsätze und Bedarfsschlüsselzahlen für die einzelnen Fachrichtungen entwickelt worden waren. Durch das KHG von 1972 hatte sich die Rechtslage geändert:

«Um mögliche Fehlinvestitionen und damit eine gesundheits- und wirtschaftspolitisch nicht vertretbare Fehlleitung öffentlicher Mittel zu vermeiden, muss nunmehr, ausgehend von dem Bedarf an Krankenhausleistungen in den einzelnen Versorgungsbereichen, festgestellt werden, welche Krankenhäuser gegenwärtig und zukünftig zur stationären Versorgung erforderlich sind. Diese Planung hat dem gesetzlichen Ziel zu dienen, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern in Bayern zu sichern. […] Dieser Bedarfsplan will unter Berücksichtigung des Bestandes ein koordiniertes System bedarfsgerecht gegliederter Krankenhäuser festlegen, die in ihrem diagnostischen und therapeutischen Leistungsangebot aufeinander abgestimmt sind. Für ganz Bayern wird er im Zuge seiner laufenden Fortschreibung Aussagen treffen, an welchem Ort, für welche Zweckbestimmung, in welcher Zahl und Größe Krankenhäuser vorhanden sein müssen, um eine optimale Versorgung der Bevölkerung im Sinne der zwingenden gesetzlichen Zielsetzungen sicherzustellen.»[138]

«Mit der Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts ist eine Steigerung der berechtigten Ansprüche der Bürger an eine größtmögliche Gleichwertigkeit der stationären Versorgung verbunden. Zwangsläufig setzt dies eine Konzentration auf größere, medizinisch und wirtschaftlich leistungsfähigere Krankenhäuser voraus. Bei der Entscheidung über die Aufnahme bestehender Klein- und Kleinstkrankenhäuser wurde nicht schematisch auf eine bestimmte Mindestbettengrenze abgestellt. Den örtlichen Verhältnissen wurde in jedem Einzelfall Rechnung getragen.»[139]

Relativ strikt heißt es: «Nimmt der Krankenhausträger ohne Zustimmung der Planungsbehörde wesentliche Änderungen der Fachrichtungen, innerhalb der Fachrichtungen oder in der Bettenaufgliederung vor, so entfällt insoweit die Förderungsfähigkeit des Hauses.»[140]

Andererseits wird nichts so heiß gegessen …: «Um der im Krankenhausbetrieb gebotenen Flexibilität Rechnung zu tragen, wurde zunächst davon Abstand genommen, die jeweiligen Gesamtbetten auf die im Einzelnen angeführten Fachrichtungen zahlenmäßig aufzugliedern.»[141]

Die Krankenhäuser wurden in drei Versorgungsstufen und in Fachkrankenhäuser eingeteilt:
- Grundversorgung mit Chirurgie, Innere, Gynäkologie und Geburtshilfe (Soll-Vorgabe) mit ca. 300 Betten, Einzugsgebiet von 60.000 bis 80.000 Einwohner*innen, Planungsebene Gebietskörperschaften.
- Hauptversorgung mit weiteren Abteilungen (Soll-Vorgabe), ca. 500 Betten in Oberzentren, Planungsebene mehrere Gebietskörperschaften zusammen.
- Zentralversorgung (hauptsächlich Universitätskliniken und große Kliniken in Oberzentren), Planungsebene Regierungsbezirk.
- Fachkrankenhäuser und «andere Krankenhäuser besonderer Zweckbestimmung» (keine weiteren Vorgaben).

Zieljahr der Planung war 1985. Die Bedarfsermittlung erfolgte über die Burton-Hill-Formel. Es wurde ein Bevölkerungszuwachs von fünf Prozent angenommen. Einzelprognosen erfolgten für alle 18 Planungsregionen.

Die Krankenhaushäufigkeit stieg seit 1953 kontinuierlich an und lag 1972 bei 135,5 pro 1.000 Einwohner*innen. Für 1985 wurde ein Anstieg auf 140 prognostiziert. Die Verweildauer lag 1972 bei 17,7 Tagen, für 1985 wurde ein Wert von 16,6 Tagen angenommen. Die Bettennutzung lag 1972 bei 88,3 Prozent, jedoch: «Aus fachlicher Sicht ist eine Bettennutzung von 85 Prozent anzustreben.»[142]

Insgesamt herrschte hier in der ersten Planungsphase offensichtlich noch ein anderes grundsätzliches Verständnis von den Aufgaben der Planung vor als zum Beispiel in Baden-Württemberg, wo man schon 1977 Bettenabbau und eine Bereinigung der Krankenhauslandschaft angestrebt hatte.

Auch die Bedarfsdeterminanten wurden anders gewählt. So wurde sowohl bei der Bevölkerungsentwicklung als auch bei der Krankenhaushäufigkeit von steigenden Zahlen ausgegangen. Die geschätzte Absenkung der Verweildauer fiel moderater aus als in Baden-Württemberg (1,1 Tage statt zwei Tage) und die Bettennutzung sollte sogar abgesenkt werden. Zwar sollten Kleinstkrankenhäuser tendenziell geschlossen werden (was in aller Regel auch sinnvoll ist, wenn die Flächendeckung gewährleistet ist), aber auf die konkrete Situation Rücksicht genommen werden.

Auf Basis dieser Annahmen sollten 420 Krankenhäuser mit 89.247 Betten für Akutkranke gefördert werden. Die Zahlen können nicht unmittelbar mit den Ist-Zahlen (siehe Tabelle 13) verglichen werden, weil in ihnen auch neurologische und psychiatrische Betten enthalten sind, die nach der Definition des Statistischen Bundesamts nicht zu den Akut-Krankenhäuser zählen. Außerdem sind im Plan nur die geförderten

136 Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Krankenhausplan des Freistaates Bayern, München 1974, S. 2. **137** Ebd. **138** Ebd., S. 10. **139** Ebd., S. 11 f. **140** Ebd., S. 12. **141** Ebd. **142** Ebd., S. 15.

Betten enthalten, in den Zahlen des Statistischen Bundesamts alle Betten. Dennoch sind die Ist-Zahlen und ihre Entwicklung aufschlussreich: 1972 betrug die Zahl der Akut-Krankenhäuser 509 und die Zahl der Betten 79.404. 1985 gab es nur noch 407 Akut-Krankenhäuser. Die Zahl der Betten stieg aber um 200 auf 79.604. Das Ergebnis der Planung war also eine Strukturbereinigung, aber kein Bettenabbau.

Krankenhausbedarfsplan 1985 (10. Fortschreibung)
Der Planungszeitraum wurde verkürzt. Zieljahr war jetzt 1990. Es wurden «Fachprogramme» eingeführt (Dialyse, Luftrettung, Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma). Die Stufeneinteilung der Krankenhäuser blieb erhalten, allerdings wurden die eigentlich wünschenswerten Größenangaben gestrichen.

Jetzt fanden sich schon Aussagen wie: «Im Bereich des Krankenhauswesens ist es – nicht zuletzt wegen der sprunghaften Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts – außerordentlich schwierig, anhand gesicherter Daten langfristige Aussagen zu machen.»[143] Die Notwendigkeit und Möglichkeit der Planung wurde also relativiert.

Die Bevölkerungszahl wurde als konstant angenommen. Zur Krankenhaushäufigkeit heißt es: «Unter dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung soll angestrebt werden, die Krankenhaushäufigkeit auf einen Wert von ca. 140 je 1.000 Einwohner abzusenken.» Tatsächlich war die Krankenhaushäufigkeit bereits 1983 auf 158 angestiegen und es gab keinen vernünftigen Grund anzunehmen, dass sie sich in der Realität wieder zurückentwickeln würde. Relativ offenherzig wurden die Beweggründe für diese Annahmen genannt, die ja zu einem geringeren Bettenbedarf in der Größenordnung von ca. 7.000 Betten führte.

Die Verweildauer wurde als etwa konstant angenommen (14 Tage) und die Bettennutzung auf 85 Prozent festgelegt. Auf Basis dieser Annahmen sollten 417 Krankenhäuser mit 80.977 Betten gefördert werden (zur unterschiedlichen Zahl der Krankenhäuser im Plan und beim Statistischen Bundesamt siehe oben).

Zur Bewertung der Entwicklung muss auf die Daten aus 1989 zurückgegriffen werden, weil 1990 das Statistische Bundesamt die Ausweisung der Krankenhäuser veränderte: Es wurden ab 1990 nicht mehr Akut-Krankenhäuser, sondern Allgemeine Krankenhäuser ausgewiesen.

Tatsächlich gab es 1989 in Bayern 382 Akut-Krankenhäuser mit 79.286 Betten. Die Krankenhauszahl sank also seit 1985 um 25, die Zahl der Betten um 318. Insgesamt war es seit 1972 zunächst zu einem Anstieg auf 83.323 (1976) gekommen und dann wieder zu einem Absinken (Näheres siehe Tabelle 13 am Ende dieses Kapitels).

Mit diesem Plan begann der Einstieg in den Ausstieg aus der Planung. Kostendämpfungsaspekte wurden wichtiger, schlugen sich aber nur bedingt in den Bettenzahlen nieder. Der Strukturwandel wurde fortgesetzt.

Krankenhausplan des Freistaates Bayern,
Stand: 1. Januar 1995 (20. Fortschreibung)
Kinder-Intensivstationen/Neonatologie, Zentren für Schwerbrandverletzte und herzchirurgische Einrichtungen wurden gesondert ausgewiesen. Die «Fachprogramme» wurden erweitert (Geriatrie). Es sind sinnvolle strukturelle Vorgaben enthalten (z. B. Mindestzahl der Geburten).

Bei Kinder-Intensivstationen/Neonatologie wurde ein zukünftiges Soll an Betten bezogen auf das einzelne Krankenhaus genannt. Es war eine Aufstockung dieser Betten um 18 für ganz Bayern vorgesehen. Eine prospektive Planung erfolgte nicht.

Auch die «abgestimmten» medizinischen Großgeräte im stationären Bereich und ihre Standorte wurden ausgewiesen. Eine Planung im eigentlichen Sinn erfolgte nicht. Die Geräte im niedergelassenen Bereich blieben außen vor.

Ein Zieljahr für den Plan gab es nicht mehr. Die Planungsparameter wurden (außer bei der Bevölkerungsentwicklung) nur noch in ihrer Ist-Entwicklung dargestellt. Ein Prognosewert wurde nicht festgelegt. Es wurde offensichtlich nur noch ausgehend von den aktuellen Ist-Zahlen die Parameter und mithilfe der Burton-Hill-Formel der aktuelle Bedarf ermittelt.

Bei der Krankenhaushäufigkeit wurde gefordert: «Unter dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung sollte einem weiteren Anstieg der Krankenhaushäufigkeit entgegengewirkt werden.»[144]

Zusammenfassend heißt es: «Nach derzeitigen Erfahrungen ist mit einer Entwicklung zu rechnen, die einerseits ständig neue, zusätzliche und meist aufwendige Behandlungsarten ermöglicht, was den Bedarf an Krankenhausleistungen steigert, während andererseits die verfügbaren personellen und finanziellen Mittel begrenzt bleiben. Daher hat bei der Bedarfsdeckung an Krankenhauskapazitäten. insbesondere für sich neu entwickelnde Spezialbehandlungen grundsätzlich die Umwandlung oder Anpassung bestehender Krankenhauskapazitäten Vorrang vor Neuerrichtungen.»[145]

Die letzten Ist-Angaben der Planungsparameter sind aus dem Jahr 1993. Der Plan 1995 beinhaltete 358 Krankenhäuser mit 76.650 Betten und 962 tagesklinische Plätze. Es wurden weiterhin die Gesamtbettenzahl und die Fachabteilungen pro Krankenhaus dargestellt. Eine Gegenüberstellung von Soll und Ist-Zahlen erfolgte nicht – auch nicht zusammenfassend für ganz Bayern. Insofern ist unklar, welche Bettenreduzierung bzw. -aufstockung vorgesehen war.

In der Realität gab es 1995 377 Allgemeine Krankenhäuser mit 80.914 geförderten Betten. Die Differenz in den Zahlen im Vergleich zu 1989 ist durch die Umstellung der Statistik bedingt. Insgesamt wurde immer noch kein wesentlicher Bettenabbau geplant bzw. um-

143 Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung: Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern, München, 31.12.1984 (10. Fortschreibung), S. 5. **144** Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 6, 10.2.1995, Beilage Nr. 4, S. 10. **145** Ebd., S. 8.

gesetzt. Der Ausstieg aus einer echten Planung ging allerdings weiter.

Krankenhausplan 2005 (30. Fortschreibung)
Es gab weiterhin drei Versorgungsstufen. Der Plan beinhaltete 341 Krankenhäuser mit 69.579 geförderten Betten/Plätzen. Real gab es 2005 338 Allgemeine Krankenhäuser mit 73.730 Betten. Der Bettenabbau nahm im Plan und in der Realität Fahrt auf.

Krankenhausplan 2015 (40. Fortschreibung)
Im Vergleich zum Plan 1995 und 2005 gab es keine wesentlichen Änderungen. Die Bettennutzung wurde für die Pädiatrie (75 Prozent) und Psychiatrie (90 Prozent) differenziert dargestellt. Bei den Fachprogrammen kamen die Palliativversorgung und die Akut-Geriatrie hinzu (Struktur, Prozess- und qualitative Vorgaben für das Personal, keine Personalbemessung).

Der Plan wies 360 geförderte Krankenhäuser mit 67.744 Betten aus. Tatsächlich gab es 2025 298 Allgemeine Krankenhäuser mit 66.725 Betten. Der Bettenabbau ging unvermindert weiter.

Krankenhausplan 2021 (46. Fortschreibung)
Bei den Fachplanungen kamen die Transplantationszentren dazu. Die qualitativen Anforderungen sind ausgebaut worden. Es sind Vorgaben zur Ergebnisqualität (insgesamt sehr allgemein, aber Vorgabe einer regelmäßigen Überprüfung) aufgenommen worden. In einem Fall (Palliativstationen) gibt es eine quantitative verpflichtende Personalvorgabe für Ärzt*innen, ansonsten zum Teil Empfehlungen.

Es sind 367 geförderte Krankenhäuser mit 67.706 Betten ausgewiesen.

Zusammenfassende Bewertung der Planung
Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Bayern verlief wie folgt:

Tabelle 13: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Bayern

	Akut-KH/ Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1972	509		79.404		73,7		1.500.908		139,2		17,5	
1977	475	-6,7	83.110	4,7	76,8	4,3	1.657.016	10,4	153,2	10,0	15,9	80,9
1982	417	-12,2	77.948	-6,2	71,1	-7,5	1.769.379	6,8	161,3	5,3	13,9	12,6
1989	382	-8,4	79286	1,7	70,7	-0,6	2.072.470	17,1	184,7	14,5	12	13,7
72–89	-127	-25,0	-118	-0,1	-3,0	-4,1	571.562	38,1	45,5	32,6	-5,5	-31,4
1991	389		80.077		69,1		2.020.236		174,2		12,2	
1997	374	-3,9	79.311	-1,0	65,7	-4,8	2.281.573	12,9	189,1	8,5	10,4	14,8
2002	348	-7,0	76.217	-3,9	61,5	-6,4	2.590.531	13,5	209,1	10,6	8,5	18,3
2007	325	-6,6	69.417	-8,9	55,4	-9,9	2.517.726	-2,8	201,1	-3,8	7,6	11,1
2012	315	-3,1	67.355	-3,0	53,8	-3,0	2.742.491	8,9	219,1	8,9	6,7	11,7
2017	286	-9,2	66.589	-1,1	51,2	-4,8	2.874.889	4,8	221,2	1,0	6,3	5,5
2019	280	-2,1	66.816	0,3	50,9	-0,6	2.893.611	0,7	220,5	-0,3	6,3	0,3
91–19	-109	-28,0	-13.261	-16,6	-18,1	-26,3	873.375	43,2	46,3	26,5	-5,9	-48,5

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Seit 1972 wurden in Bayern 236 Akut- bzw. Allgemeine Krankenhäuser geschlossen oder fusioniert und 13.379 Betten abgebaut. Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm in den beiden betrachteten Zeiträumen (1972 bis 1989 und 1991 bis 2019) um 4,1 bzw. um 26,3 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 38,1 bzw. um 43,2 Prozent und die Verweildauer nahm um 31,4 bzw. um 48,5 Prozent ab. Die Krankenhaushäufigkeit nahm jeweils um ca. 46 Prozent zu.

Die ersten Jahre der Krankenhausplanung erbrachten also einen Anstieg der Bettenzahlen, der dann langsam wieder rückgängig gemacht wurde. So richtig in Schwung kamen die Schließungen und der Abbau dann ab Mitte der 1990er Jahre. Insgesamt lag Bayern in der zweiten Periode auf einem mittleren Platz beim Abbau von Krankenhäusern (-28 Prozent) und auf einem der hinteren Plätze bei den Betten (-16,6 Prozent) (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76).

Die Ist-Zahlen können nicht direkt mit den Planzahlen verglichen werden, weil die Datengrundlagen zu unterschiedlich sind. Am ehesten ist deshalb noch ein Vergleich der Entwicklung der Ist-Daten sinnvoll, um die Ergebnisse der Planung zu beurteilen – auch wenn es hier ebenfalls Brüche gegeben hat (siehe die Einleitung zum Länderteil).

Auch wenn es anfangs Ansätze für eine tatsächliche Bedarfsplanung gegeben hat, hat sich über die Jahre der Aspekt der Kosteneinsparung und des Bettenabbaus durchgesetzt. Da aus den Plandaten nicht hervorgeht, was wo eingespart werden soll (es gibt keine Soll-/Ist-Vergleiche), ist zu vermuten, dass die Kranken-

haus- und Bettenschließungen indirekt über die Förderentscheidungen durchgesetzt wurden.

Eine Prognose im eigentlichen Sinn fand nicht statt, sondern nur eine Festlegung des Bedarfs für das aktuelle Planjahr über die Burton-Hill-Formel, auf Basis der neuesten Ist-Werte. Von Anfang an wurden die Betten nicht auf Fachgebietsebene dargestellt. Die Fachplanungen und die Qualitätskriterien hierfür sind relativ konkret und detailliert, enthalten aber mit einer Ausnahme keine verpflichtenden quantitativen personellen Vorgaben.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 14: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Bayern (1972 bis 1989)

	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	509	313	87	109	382	244	63	75	61,5	17,1	21,4	63,9	16,5	19,6
Betten	79.404	57.947	16.067	5.390	79.286	61.349	12.463	5.474	73,0	20,2	6,8	77,4	15,7	6,9

Tabelle 15: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Bayern (1991 bis 2019)

	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	389	233	61	95	280	122	38	120	59,9	15,7	24,4	43,6	13,6	42,9
Betten	80.077	61.283	12.317	6.477	66.816	47.789	7.885	11.142	76,5	15,4	8,1	71,5	11,8	16,7

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Die Trägeranteile blieben in der ersten betrachteten Periode relativ konstant, der Bettenanteil der Öffentlichen ist sogar noch gestiegen. In der zweiten Periode hat sich der Anteil der Privaten sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den Betten verdoppelt. Insgesamt ist der Anteil öffentlicher Häuser und Betten in Bayern immer noch relativ hoch. Die freigemeinnützigen Häuser haben einen überraschend geringen Anteil, der über die Jahre sogar noch abnahm.

Berlin

GESETZGEBUNG

Landeskrankenhausgesetz (LKG) 1974

Ziele:
- «Ziel des Gesetzes ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in leistungsfähigen, sparsam wirtschaftenden Krankenhäusern durch öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhausträger sicherzustellen, die in struktureller, funktioneller, bautechnischer und hygienischer Hinsicht modernen Anforderungen entsprechen.» (§ 1)[146]

Planung:
- Aufstellung des Plans durch Senat, Abgeordnetenhaus erhält Kenntnis, Auslegung des Plans.
- Ermittlung, welche Bettenzahl nötig ist.
- Ziele: möglichst bedarfsgerechte Verteilung, Abstimmung der Größe, Ausstattung und Zweckbestimmung.
- Mehrjährige Prognose und Fortschreibung des Plans.
- Rechtsverordnung über nähere Regelungen zur Bedarfsermittlung, insbesondere Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer sowie zu einem abgestuften Versorgungssystems, insbesondere hinsichtlich der Unterscheidung, Gliederung und Aufgabenstellung der Krankenhäuser.
- Rechtsverordnung zu Mindestanforderungen zur Erteilung einer Konzession für den Betrieb eines Krankenhauses.
- Krankenhäuser sollen mehr als 100 Betten haben, medizinische Abteilungen 60 bis 120 Betten.
- Krankenhausbeirat zur Beratung grundsätzlicher Planungs- und Strukturangelegenheiten, Mitglieder: mindestens Kassen, private Krankenversicherungen, Krankenhausgesellschaft.
- Zentraler Bettennachweis (verpflichtend) und Verteilung der Patient*innen mit dem Ziel einer gleichmäßigen Nutzung.

Sonstiges:
- Verbot von Privatstationen.
- Weiterführung der Krankenhausreform (§ 19): «Mit dem Ziel einer optimalen Patientenversorgung und

146 Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, 30. Jahrgang, 17.12.1974, S. 2810.

einer Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen der Dienstkräfte des Krankenhauses sollen insbesondere neue Strukturen, Organisationsformen und sonstige Rationalisierungsmaßnahmen entwickelt und erprobt werden.»[147]
– Bei Krankenhäusern des Landes: zweistufiger innerer Aufbau.
  · Abteilungsleitung und Abteilungskonferenzen (gewählte Vertreter*innen der Berufsgruppen), Aufgabe: alle wesentlichen Fragen die Abteilung betreffend.
  · Krankenhauskonferenzen bestehend aus gewählten Vertreter*innen aller Berufsgruppen, Teilnahme auch von Bezirksabgeordneten, Vertreter*innen des Senats, der Krankenhausleitung, des Personalrats und der niedergelassenen Ärzte. Die Krankenhauskonferenz bestellt/beschließt die Krankenhausleitung, die Abteilungsleiter, den Wirtschaftsplan/Jahresabschluss, alle grundsätzlichen strukturellen, organisatorischen und ablauftechnischen Festlegungen; Widerspruchsrecht des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (Aufsichtsbehörde).
  · Struktur der Krankenhausleitung: Dreiergremium (bestehend aus je einer Vertreter*in der Pflege, Verwaltung, ärztlicher Dienst), Vertreter*in der Ärzteschaft und Pflege wird jeweils von den Abteilungsleiter*innen ihrer Berufsgruppe vorgeschlagen.

Bewertung:
Bereits im ersten Gesetz gab es die Verpflichtung, Trägervielfalt zu garantieren. Die Formulierung «sparsam wirtschaftend» ist nicht identisch mit der Forderung nach Wirtschaftlichkeit. Die Planungskriterien waren differenziert, es sollte eine Soll-Planung auf der Basis einer Prognose des Bedarfs stattfinden. Die konkreten Festlegungen wurden in Rechtsverordnungen ausgelagert (siehe Planung).

Es gab eine frühzeitige Festlegung auf Struktur- und Organisationsänderungen und Rationalisierungen.

Der Ansatz, die Mitarbeiter*innen (in den Krankenhäusern des Landes) über gewählte Vertreter*innen und Abteilungs- und Krankenhauskonferenzen zu beteiligen, war ein richtiger Schritt in Richtung mehr innerbetriebliche Demokratie. Er findet sich in dieser Konsequenz in keinem der anderen Landeskrankenhausgesetze (weniger weitgehend die Gesetzgebung in Rheinland-Pfalz). Dass diese Vorgabe auf die Krankenhäuser des Landes beschränkt blieb, zeugt davon, dass sich der Gesetzgeber bei den Freigemeinnützigen und den Privaten offensichtlich nicht einmischen wollte.

Landeskrankenhausgesetz 1986

Ziele:
– Ergänzung «humane» Versorgung in der Zielbestimmung (§ 1).
– Weitere Ziele: Förderung des Zusammenwirkens der Träger, Entlastung der stationären Versorgung durch andere Betreuungsmöglichkeiten, Zusammenarbeit mit Niedergelassenen, Weiterentwicklung der Strukturen, der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit.

Planung:
– Ausweisung der erforderlichen Krankenhäuser nach Standorten, Versorgungstufen, Fachrichtungen (einschließlich Schwerpunkte) und Bettenzahl (Stand und vorgesehene Entwicklung).
– Vier Versorgungstufen.
– Zumindest ab 1986 Vertreter*innen der Gewerkschaften im Krankenhausbeirat.

Förderung:
– Einzelförderung als Festbetrag (im Einvernehmen).
– Pauschale Förderung nach Betten mit unterschiedlichen Beträgen für die Versorgungsstufen.
– Förderung der Schließung oder Umstellung über Ausgleichszahlungen.

Sonstiges:
– Wegfall der Regelungen zu Abteilungskonferenzen.

Bewertung:
Die Wirtschaftlichkeit wurde ausdrücklich in die Ziele aufgenommen. Ergänzt wurden Vorgaben zur Zusammenarbeit der Träger und mit dem ambulanten Bereich, sie blieben aber sehr unverbindlich. Die Vorgabe, das Soll auf der Basis einer Bedarfsprognose zu ermitteln, entfiel. Es wurden vier Versorgungstufen vorgegeben. Die Vorgaben zur innerbetrieblichen Demokratie währten zumindest auf der Abteilungsebene nur kurz. Nach ihrem Wegfall im Gesetz dürften sie in der Realität auch nicht mehr lange Bestand gehabt haben.

Landeskrankenhausgesetz 1999

Ziele: keine Änderung.

Planung:
– Bei überregionaler Bedeutung eines Krankenhauses Abstimmung mit Brandenburg.
– Einsatzpläne für Katastrophenschutz.

Förderung:
– Pauschale Förderung: Grundbetrag pro Bett und nach der Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst.

Bewertung:
Keine wesentlichen Veränderungen. Was die Höhe der pauschalen Förderung mit der Zahl der Ärzt*innen zu tun haben soll, bleibt schleierhaft.

147 Ebd., S. 2812.

Landeskrankenhausgesetz 2001

Ziele:
– Ergänzung der Zielbestimmung: «Krankenhäuser gewährleisten die Transparenz des Leistungsgeschehens im Krankenhaus. Ständige Aufgabe aller an der Krankenhausbehandlung Beteiligten sind insbesondere die Qualitätssicherung und die Patientensicherheit. Die medizinische Qualität bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten ist zu sichern und weiterzuentwickeln.»[148]

Planung:
– Wegfall der Versorgungstufen, Bekanntmachung im Amtsblatt.

Förderung:
– Pauschale Förderung nach Rechtsverordnung (Bemessung nach Fallzahl ohne Gewichtung).
– Festbeträge pro Bett bei Schließung und Umstellung (gestaffelt nach Zahl der Betten, die wegfallen).

Sonstiges:
– Wegfall aller Festlegungen zum inneren Aufbau (Krankenhauskonferenz, Krankenhausleitung).

Bewertung:
Es begann die Zeit der Betonung der Wichtigkeit von Qualitätssicherung – interessanterweise genau dann, als mit dem Beschluss, die DRGs einzuführen, der wichtigste «Qualitätskiller» etabliert wurde und als gleichzeitig die Differenziertheit der Planung deutlich heruntergefahren wurde.

Die Umstellung der pauschalen Förderung von Betten auf Fallzahlen bedeutete eine Abkehr von sachlichen, strukturellen Überlegungen hin zur Belohnung von Leistungen wie im DRG-System. Sie schuf einen weiteren Anreiz, möglichst viele Fälle zu behandeln. Normalerweise handelt es sich bei der Honorierung von Schließungen/Umstellungen um einen Ausgleich für die anfallenden Kosten. Die Einführung einer Prämie für jedes geschlossene Bett reihte sich nahtlos in die anderen Ansätze der finanziellen Steuerung ein.

Der Weg der innerbetrieblichen Entdemokratisierung wurde fortgesetzt, indem auch die Regelungen zum inneren Aufbau (siehe oben) gestrichen wurden.

Landeskrankenhausgesetz 2011

Ziele:
– Wegfall einer der Zielbestimmungen von 1986: «die in struktureller, funktioneller, bautechnischer und hygienischer Hinsicht modernen Anforderungen entsprechen». Dafür: «Dieses Ziel soll durch die Krankenhausplanung und die Förderung eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser erreicht werden.»[149]
– Auch Wegfall der Ziele «Weiterentwicklung der Strukturen, der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit».

Planung:
– Neudefinition der Aufgaben der Planung in § 6: «Der Krankenhausplan ist ein Rahmenplan, der insbesondere 1. eine Bedarfsanalyse enthält, 2. Versorgungsziele, Qualitätsanforderungen und die Voraussetzungen für die Zulassung zur Notfallversorgung benennt, 3. die Standorte der Krankenhäuser mit den Fachrichtungen ausweist.»[150]
– Nur als Kann-Bestimmung sind die weiteren Festlegungen formuliert: «krankenhausbezogene Festlegungen zur Anzahl der standort- und abteilungsbezogenen Krankenhausbetten treffen kann, […] 6. medizinische Versorgungskonzepte und Informationen zum Leistungsgeschehen enthalten kann, und 7. die Voraussetzungen dafür schaffen kann, dass Krankenhäuser auch durch Zusammenarbeit und Aufgabenaufteilung untereinander die Versorgung sicherstellen können».[151]
– Vor Planaufstellung Möglichkeit zur Stellungnahme des Gesundheitsausschusses des Abgeordnetenhauses.
– Bei Trägerwechsel muss ein neuer Bescheid zur Aufnahme in den Plan erfolgen.

Förderung:
– Einzelförderung erfolgt nur noch als Festbetrag.

Bewertung:
Nochmals sieht man hier eine deutliche Reduzierung der Differenziertheit der Planung, die Ausweisung der Betten pro Fachabteilung ist nicht mehr verpflichtend.

In den meisten anderen Bundesländern wird das Parlament **überhaupt** nicht in die Planfeststellung einbezogen, in Berlin gibt es wenigsten die Möglichkeit zur Stellungnahme. Das Verbot von Privatstationen wurde aufgehoben, allerdings dürfen Fördermittel nicht für Privatstationen eingesetzt werden.

Zwar war die «Freiwilligkeit» der Festbetragsförderung (bei der Einzelförderung) schon immer ein Angebot, das man schlecht ablehnen konnte (die Alternative ist ja gar keine Förderung), dennoch bedeutete diese Neuregelung eine prinzipielle Abweichung von der Prämisse, dass das finanziert werden muss, was notwendig ist und was es eben kostet.

148 Landeskrankenhausgesetz (LKG) in der Fassung vom 1.3.2001, GVBl. 2001, S. 110. **149** Landeskrankenhausgesetz (LKG) in der Fassung vom 18.9.2011, GVBl. 2011, S. 483. **150** Ebd., S. 484. **151** Ebd.

Landeskrankenhausgesetz – neueste Fassung 2020

Ziele und Planung: keine Änderungen.

Förderung:
– Umstellung der Investitionsförderung auf sogenannte Investitionspauschalen (nur noch ein jährlicher Betrag, keine Einzelförderung mehr), mit denen das Krankenhaus «frei wirtschaften kann». Berechnung der Pauschale nach Invest-DRGs (§ 10 KHG), Zuschlag im Einzelfall, «wenn dies entweder zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses und Sicherstellung der bedarfsgerechten stationären Versorgung oder zur Gefahrenabwehr erforderlich ist».[152]

Bewertung:
Invest-DRGs bedeuten faktisch die Eingliederung der Investitionsförderung in das Preissystem der DRGs. Das ist die konsequente Fortführung der Abkopplung der Förderung von den sachlichen Notwendigkeiten und ihrer Finanzierung durch die Länder – der eigentlichen Intention des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. («Die Krankenhäuser werden nach Maßgabe dieses Gesetzes durch Übernahme von Investitionskosten öffentlich gefördert.» – KHG 1972) Zum einen bedeutete das den Ausstieg des Landes aus der Krankenhausplanung – wie soll noch geplant werden, wenn ohne Bezug zu konkreten Projekten die Fördermittel verteilt werden? Zum anderen verschärfte es die negativen Steuerungsanreize von Preisen und zum Dritten verwies es die Krankenhäuser auf den Kapitalmarkt, wenn sie größere Bauprojekte realisieren wollen/müssen.

Tabelle 16: Regierungsparteien und Bürgermeister in Berlin (ab 1967)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1967–1971	SPD-FDP	Schütz 1
1971–1975	SPD	Schütz 2
1975–1977	SPD-FDP	Schütz 3
1977–1981	SPD-FDP	Stobbe 1,2
1981	SPD-FDP	Vogel
1981–1984	CDU-FDP	Weizäcker
1984–1989	CDU-FDP	Diepgen 1,2
1989–1991	SPD-Grüne	Momper
1991–2001	CDU-SPD	Diepgen 3,4,5
2001–2002	SPD-Grüne	Wowereit 1
2002–2006	SPD-PDS	Wowereit 2
2006–2011	SPD-PDS/Linke	Wowereit 3
2011–2014	SPD-CDU	Wowereit 4
2014–2016	SPD-CDU	Müller 1
2016–2021	SPD-Grüne-Linke	Müller 2

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausbedarfsplan 1973

«Aufgabe des Krankenhausbedarfsplans ist es, für alle Einwohner Berlins ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser zu entwickeln, damit jedem kranken Bürger das für ihn notwendige Krankenhausbett zur Verfügung steht, sofern und solange er der Krankenhausbehandlung bedarf. Weiter kommt es darauf an, die Krankenhausversorgung so wirksam, so sozial gerecht und so wirtschaftlich wie möglich zu gestalten.»[153]

«Ein vorrangiges Ziel der Planung muss es sein, überalterte Krankenhäuser zu erneuern und auf denjenigen Stand zu bringen, den der Bürger mit Recht von einer neuzeitlichen Krankenhausversorgung erwartet. Dies bedeutet in einer historisch gewachsenen Situation wie der unserer Stadt, die gekennzeichnet ist durch eine unverhältnismäßig große Zahl sehr alter Krankenhäuser, eine umfangreiche und kostenaufwendige Aufgabe. Ziel der Planung ist weiterhin eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Krankenhauseinrichtungen über das Versorgungsgebiet.»[154]

Aufgrund des fehlenden Datenmaterials sollte der erste Zielpunkt der Planung 1975 sein. Perspektivisch war eine Planung über zehn Jahre angedacht.

Der Bettenbedarf wurde über die Burton-Hill-Formel errechnet. Es ist «der objektive Bedarf an Krankenhausbetten für jede Disziplin ermittelt worden, und zwar aufgrund eingetretener Entwicklungen, aus denen sich zukünftige Trends ableiten lassen».[155]

Die Krankenhaushäufigkeit lag 1971 in Berlin bei 144,1. Sie wurde im Plan mit 144,5 für das Jahr 1975 angesetzt. Das war – entgegen dem bundesweiten und auch in Berlin vorhandenen Trend – nur eine minimale Steigerung. Damit wurde natürlich die notwendige Bettenzahl nach unten gedrückt.

Bezüglich der Verweildauer wurde aufgrund des Trends der letzten acht bis zehn Jahre und der Bevölkerungsentwicklung eine Verweildauer von 19 Tagen für das Jahr 1975 angenommen (1971: 21,8 Tage). Die Vorgabe für die Bettennutzung lag bei 85 Prozent für den Akutbereich. Die restlichen 15 Prozent wurden als «Kapazitätsreserve» ausgewiesen. Als weiterer Faktor wurde die Bevölkerungsentwicklung einbezogen.

Sowohl die Werte der Krankenhaushäufigkeit als auch der Verweildauer wurden jeweils für die einzelnen Fachgebiete berechnet. Auch die Berechnung der notwendigen Betten erfolgte auf Fachgebietsebene.

Man befürchtete für Berlin ein «Bettenüberangebot» und eine «gewisse Ungleichheit der Versorgung einzelner Bezirke und Einzugsbereiche».[156]

Berlin verfügte 1973 über einen Bettenbestand von 36.745 Betten (Bettenziffer 17). Der Bedarf lag laut Plan

152 Ebd., zuletzt geändert durch Artikel 20 des LKG vom 12.10.2020 (GVBl. S. 807), S. 7, unter https://gesetze.berlin.de:443/perma?j=KHG_BE. **153** Krankenhausbedarfsplan für das Land Berlin vom 18.12.1973, S. 9. **154** Ebd., S. 10. **155** Ebd., S. 5. **156** Ebd., S. 14.

bei 33.505 Betten in Krankenhäusern und 1.500 Betten in Häusern, die als «Krankenheim»[157] weitergeführt werden sollten. Die Bettenziffer hätte dann 16 betragen. Zur Legitimation der Einschätzung, dass hier ein Überangebot an Betten vorlag, wurde von Benchmark-Zahlen anderer Stadtstaaten ausgegangen, die niedriger waren. Auch hier besteht wieder das Problem der Vergleiche von Ist mit Ist: Mit dem Abbau in einem Bundesland wird die Abbaunotwendigkeit in anderen Ländern begründet.

Der Plan ging in «einer Reihe von Disziplinen von einer erhöhten Krankenhaushäufigkeit aus, die durch einen noch stärkeren Rückgang der Verweildauer mehr als wettgemacht wird. […] Bei der Bevölkerungsentwicklung geht der Plan von einer konstant bleibenden Einwohnerzahl Berlins aus»[158] – entgegen einem Gutachten vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), das einen Rückgang um 230.000 Einwohner*innen prognostiziert hatte. Da damit ein noch höherer Bettenabbau verbunden gewesen wäre, sollte die Entwicklung abgewartet und sollten entsprechende Korrekturen auf den nächsten Plan verschoben werden.

Krankenhäuser unter 100 Betten wurden generell nicht in den Plan aufgenommen.

«Insgesamt werden in Berlin 3.200 Betten, und zwar 1.400 in privaten, 900 in freigemeinnützigen und 900 in städtischen Krankenhäusern nicht in den Bedarfsplan und damit in die neue Förderung aufgenommen. Dabei sind im privaten und freigemeinnützigen Bereich nur Häuser unter 100 Betten betroffen.»[159]

«Bei Umstrukturierungen wird für angemessene neue Arbeitsplätze gesorgt werden.»[160]

Parallel dazu sollte ein Krankenausmodernisierungsprogramm aufgelegt werden, dessen Ziel angeblich «nicht Einsparungen, sondern gezielte Verbesserungen» waren.[161]

Die Zielbestimmungen waren durchaus richtig, insbesondere, die Notwendigkeit eines umfassenden Erneuerungsprogramms. Zur finanziellen Kompensation sollten Betten abgebaut werden. Inwieweit die Zusage eingehalten wurde, «angemessene neue Arbeitsplätze» zu schaffen, ist unklar.

Krankenhausbedarfsplan 1978

Der Plan sollte bis 1990 gelten. «Leitgedanke muss der optimale Einsatz der verfügbaren Mittel sein. Jede Mark, an falscher Stelle gebunden, vermindert die Chance, eine bestmögliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.» Bettenabbau wurde hier als Optimierung vorgestellt. Es seien «umfangreiche Bau- und Sanierungsmaßnahmen zu bewältigen». Weiterhin wurde von einer «Überdimensionierung des Bettenangebots» ausgegangen. Man formulierte «erhebliche Zweifel an der objektiven Aussagekraft vergangenheitsorientierter Ist-Werte».[162]

Die Planungsparameter blieben im Wesentlichen die gleichen. Neben der Bevölkerungsentwicklung und der Krankenhaushäufigkeit wurde auch die Morbiditätsentwicklung in einzelne Diagnosen/Fachgebiete einbezogen. Für die Verweildauer und die Krankenhaushäufigkeit wurden für die einzelnen Fachgebiete Trendextrapolationen durchgeführt. Da diese zum Teil zu extremen Ergebnissen führten, wurde versucht, die Ergebnisse der statistischen Berechnungen durch «objektive Schätzwerte abzuschwächen» (z. B. bei der Inneren Medizin).[163] Diese Schätzwerte wurden zum Ausgangspunkt der Berechnungen. Letztlich bedeutete dies, dass nicht die berechneten Werte, sondern die Bewertungen und Einschätzungen des Ministeriums zur Grundlage der Planung wurden.

Es erfolgte allerdings eine gewisse Abkehr von der Burton-Hill-Formel: «Auch eine Morbiditätsstatistik könnte diese z. T. systembedingten Fehlerquellen nicht ausschalten, wenngleich nicht bestritten werden soll, dass sie – einmal entwickelt – Vergleichs- und Orientierungswerte zu liefern vermag, die Einblicke in das ärztlich-medizinische Handeln ermöglichen. Als Anhaltswert für die Richtigkeit der Bestimmung des erforderlichen Bettenbedarfs bietet sich die Bettendichte (Betten je 1.000 Einwohner) an. Sie ist das Spiegelbild der Ergebnisse der disziplinbezogenen Einzelermittlungen, wird von vielen Bundesländern und im europäischen Ausland (z. B. Holland, Schweden, Großbritannien, Schweiz) angewendet und ermöglicht damit einen Vergleich der einzelnen Länder untereinander.»[164]

Kritisiert wurde an der Burton-Hill-Formel im Kern, dass bei einem Überangebot an Betten mehr Patient*innen aufgenommen würden als notwendig und damit die Krankenhaushäufigkeit bzw. Morbidität künstlich hochgetrieben und dies als Trend in die Zukunft fortgeführt würde. Dies ist im Kern nicht falsch, unterstellt aber, dass wirklich zu viele Betten vorhanden waren und dass die Art der Finanzierung der laufenden Kosten dies honorierte. Bei der echten Selbstkostendeckung (1972 bis 1985) war dies nicht der Fall (weil unabhängig von der Patientenzahl und der Verweildauer nur die Kosten ersetzt wurden, die tatsächlich anfielen, und damit über solche «Manipulationen» kein Gewinn erzielbar war), bei anderen Vergütungsformen (tagesgleicher Pflegesatz, DRGs) allerdings schon.

Gibt es objektiv zu wenige Betten, entsteht der umgekehrte Effekt, indem ein Sinken der Verweildauer erzwungen wird oder/und die Krankenhaushäufigkeit abgesenkt wird, also Patient*innen, die eigentlich stationär behandelt werden müssten, nicht oder nur nach Wartezeit behandelt werden. Wie mit dieser Problematik im Rahmen einer «sinnvollen» Bedarfsplanung umgegangen werden kann, siehe das Kapitel 5 «Wie kann Bedarfsplanung sinnvoll aussehen».

Das Benchmarking mit der Bettenziffer sollte «die Funktion eines Grenzwertgebers» haben.[165] Die Be-

157 Einrichtungen, die «chronisch Kranke aller Altersstufen, aufnehmen, die nicht den vollen Aufwand eines Krankenhauses brauchen, aber aus den verschiedensten Gründen nicht im eigenen Haushalt versorgt werden können» (ebd., S. 6). **158** Ebd., S. 5. **159** Ebd. **160** Ebd., S. 6. **161** Ebd., S. 7. **162** Krankenhausbedarfsplan 1978 für das Land Berlin – Fortschreibung bis 1990; alle Zitate: ebd., S. 7. **163** Ebd., S. 109. **164** Ebd., S. 8. **165** Ebd.

rechnung nach Burton-Hill lief also weiter, wurde aber um ein Benchmarking der Bettendichte (Bettenziffer) ergänzt, dessen Ergebnis letztlich vorrangig ist.

Die Soll-Bettendichte im Akutbereich wurde für 1990 mit 7,5 Betten pro 1.000 Einwohner*innen festgelegt (Stand 1975: 9,09). Das hätte 14.295 Akutbetten entsprochen. Insgesamt wurde für 1990 mit 26.350 Betten geplant, das bedeutete einen Abbau von 7.164 Betten im Vergleich zum Plan 1973.

Der Bettenabbau rückte zunehmend in den Vordergrund der Planung, die strukturelle Erneuerung in den Hintergrund. Die Teilumstellung auf das Benchmark-Verfahren verschärfte die Problematik.

Krankenhausplan 1986

Der Plan wurde erforderlich, weil erhebliche Kritik am alten Plan bestand und weil die Prognose der Bevölkerungsentwicklung einen höheren Bedarf erbracht hatte. Zunächst wurden die ambitionierten Neubau- und Modernisierungsprojekte der vorherigen Pläne ad acta gelegt und insgesamt ein schärferer Sparkurs eingeleitet. Kritisiert wurde, dass die Absicht bestand, «mit einem Bauprogramm alle Krankenhäuser entweder neu zu erstellen oder grundlegend zu sanieren. […] Der Senat hat bereits 1982 in seiner Krankenhaus-Eröffnungsbilanz festgestellt, dass dieser Weg, der vielfach zur Planung von Bettenburgen geführt hatte, im Interesse einer menschlichen Patientenversorgung nicht weiter gegangen werden kann. Auch die Planung von Neubauten ohne jede Rücksicht auf die Folgekosten ist in der jetzigen Zeit, in der mit Krankenkassenbeiträgen besonders verantwortungsvoll umgegangen werden muss, nicht mehr vertretbar.»[166]

Weiter wurde kritisiert: «Der Krankenhausbedarfsplan 1978 unterteilte den Prognosezeitraum in einzelne Zwischenschritte, legte aber nicht im Einzelnen fest, in welchen Zeiträumen die verschiedenen Krankenhäuser die angestrebten Planzahlen zu verwirklichen hatten. Dies führte dazu, dass die meisten Krankenhäuser versuchten, notwendige Bettenreduzierungen oder Abteilungsschließungen bis zum letztmöglichen Zeitpunkt hinauszuzögern. […] Die Krankenhäuser waren im bisherigen Krankenhausbedarfsplan nicht nach Versorgungsstufen eingeteilt. […] Durch das Fehlen von festgelegten Schwerpunkten bei Fachdisziplinen, die in einem Krankenhaus mit mehreren Abteilungen vertreten waren, war die Möglichkeit einer wildwüchsigen Entwicklung gegeben. […] Die Wohnortnähe der Grundversorgung […] spielte keine Rolle. Hauptkriterium, wie die Bettenrücknahmen auf die einzelnen Krankenhäuser verteilt wurden, war die Aufrechterhaltung einer starren Trägerparität, mithin ein Kriterium, das nicht an der Erhaltung der Qualität der medizinischen Versorgung ausgerichtet ist.»[167]

Kritik an «Bettenburgen», «Wildwuchs» und «fehlender Qualität» – eine höchst moderne Argumentation, um Bettenabbau und Kostendämpfung zu verbrämen.

Das Zieljahr der Planung war 1992. Einleitend ist zu lesen: «Krankenhausplanung heißt in erster Linie ständige Anpassung der Struktur, der Größe und der Aufgabenstellung der stationären Krankenversorgung an die sich ändernden Ansprüche durch den Wandel des Krankheitenspektrums und an die stetig sich verbessernden Möglichkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie. Erst in zweiter Hinsicht bedeutet Krankenhausplanung, besonders angesichts der gegenwärtig zu beobachtenden demographischen Entwicklung, eine Rücknahme von stationären Versorgungsangeboten zur Vermeidung von kostspieligen Überkapazitäten. Die Notwendigkeit von Einschränkungen erlaubt es aber, gestaltend auf die Krankenhauslandschaft einzuwirken, sodass das verkleinerte Angebot auf einem höheren qualitativen Niveau als vorher stehen kann.»[168]

Zur qualitativen Verbesserung sollten Schwerpunktbildungen dienen (Onkologische Zentren, Rheumaforschungszentren, Deutsches Herzzentrum, Perinatalmedizin, Verbrennungskranke, natürliche Heilweise, Dialyse, Transplantationen, Infektionskrankheiten). Als weitere Schwerpunkte wurden die Betreuung chronisch Kranker, die Geriatrie, die Psychosomatik, Schlaganfallpatient*innen, Multiple Sklerose und Aids genannt. Die Textteile hierzu sind im Wesentlichen deskriptiv.

Als weiterer Qualitätsaspekt galt die Zahl der Ärzt*innen und der Pflegekräfte pro Bett, hier wurde eine Verbesserung seit 1980 festgestellt. Anforderungen an den Personalschlüssel wurden nicht festgelegt.

Die stationäre Behandlung sollte durch Krankenheime, Krankenwohnungen, Erste-Hilfe-Einrichtungen der Kassenärzt*innen, Selbsthilfegruppen und Sozialstationen vermieden oder verkürzt werden.

Die Bedarfsermittlung sollte genauer werden, indem die Krankenhaushäufigkeit altersgruppenspezifisch in die Bedarfsermittlung der Fachgebiete einfloss. Die Bettennutzung wurde mit 85 Prozent festgelegt (außer Neurologie/Psychiatrie und chronisch Kranke, dort 90 bzw. 98 Prozent). Die Planung erfolgte in vier Einzugsbereichen (Stadtteile) und vier Versorgungsstufen (Grundversorgung, Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Zentralversorgung). Für jedes Fachgebiet wurde eine Prognose erstellt. Man konstatierte eine Überrepräsentanz der Zentralversorgung, die zurückgefahren werden sollte.

Insgesamt sollten bis 1992 2.477 Betten «zurückgenommen» werden. Die regionale Verteilung sollte verbessert werden. Für Notfallkrankenhäuser wurde ein gestuftes System eingeführt. Es wurden wieder Krankenhäuser mit unter 100 Betten in den Plan aufgenommen. In der Großgeräteplanung schrieb man die bisherige Versorgungslage fort.

Insgesamt ging es hier um den weiteren ungebremsten Bettenabbau, von nun an aber unter dem Vorzeichen der Steigerung der Qualität. Gleichzeitig erfolgte der Einstieg in die Fachplanungen.

166 Krankenhausplan 1986 für das Land Berlin, Abgeordnetenhaus, Drucksache 10/776, S. 36. **167** Ebd., S. 36. **168** Ebd., S. 9.

Krankenhausrahmenplan 1991

Der Plan wurde wegen der Eingliederung der DDR schon vorzeitig erstellt. Im Vorwort heißt es: «Deshalb wurde kein Krankenhausplan, sondern ein Krankenhausrahmenplan aufgestellt. In ihm werden Krankenhäuser mit einer Gesamtbettenzahl als Orientierungsgröße aufgenommen und festgelegt, in welchen Fachrichtungen Betten vorgehalten werden sollen. Gleichzeitig werden eine Zuordnung zu den Versorgungsstufen vorgenommen und vorgesehene Trägerwechsel ausgewiesen.»[169]

Am 31. Dezember 1990 wurden im Land Berlin 113 Krankenhäuser mit insgesamt 43.018 Betten (davon 29.808 Betten im Bereich der Akutversorgung) betrieben: 28.060 Betten in 83 Krankenhäusern im Westteil und 14.958 Betten in 30 Häusern im Ostteil der Stadt.

Es wurde festgestellt, dass im Planungszeitraum des 1986er-Plans im Westteil 2.613 Betten geschlossen wurden. Daraus ergab sich für den Westteil, dass noch weitere 1.518 Betten abgebaut werden mussten, um das Planziel zu erreichen. Insgesamt fehlten die planerischen Voraussetzungen für eine Gesamtplanung. Es wurden Mängel in der Versorgung im Ostteil genannt (Koronardiagnostik und -chirurgie, Endoprothetik, Versorgung von Brandverletzten, Zimmergrößen, hygienische Bedingungen in Funktionsabteilungen und bei Operationen, Brandschutz, Energieversorgung mit Braunkohle, Bauzustand, Medizintechnik). Als weiteres Problem kam ab nun die Umlandversorgung hinzu.

Zur Trägervielfalt wurde ausgeführt: «Da im Ostteil der Stadt noch keine Trägerpluralität besteht, gehen die Bemühungen des Senats dahin, die im Westteil der Stadt traditionell vertretenen Krankenhausträger auch an der Versorgung im Ostteil zu beteiligen. Dieser Rahmenplan weist bereits aus, für welche städtischen Krankenhäuser ein Wechsel des Trägers vorgesehen ist.»[170]

Neue Schwerpunkte sollen die Geriatrie-Reform und die Umstrukturierung der Psychiatrie (Regionalisierung) sein. Die anderen Schwerpunktsetzungen blieben gleich. Eine Prognose wurde nicht erstellt.

Aufgrund der (sicherlich schwierigen) Sondersituation wurde auf eine Prognose verzichtet, allerdings beschloss man, an den Bettenabbauzielen festzuhalten. Die Chancen für eine Gesundheitsversorgung ohne Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär, die sich aus der «Übernahme» des staatlichen Gesundheitswesens der DDR ergaben, wurden nicht genutzt, im Gegenteil: Die freigemeinnützigen und privaten Träger durften sich bedienen. Es ist nicht ersichtlich, dass man überhaupt etwas vom Gesundheitswesen der DDR lernen wollte.

Krankenhausplan 1993

Es gab jetzt sechs Versorgungsregionen. Versorgungsstufen wurden nicht mehr ausgewiesen. Ein Schwerpunkt der Planung war die Struktur- und Zielplanung für die Häuser im Ostteil der Stadt, inklusive Grundsanierung oder Neubau. Der Planungshorizont wurde auf 1998 festgelegt. Insbesondere die Probleme in der Psychiatrie, Geriatrie und Pädiatrie sollten angegangen werden.

Im Vorfeld war ein Gutachten zu «Fehlallokationen» erstellt worden, das im Wesentlichen ergeben hatte, dass die Verweildauern in ganz Berlin deutlich zu lang und medizinisch unnötig seien. Dass es soziale Gründe hierfür geben kann und gibt, wurde nicht problematisiert. Die Schlussfolgerung lautete, dass man die Prognosewerte für die Verweildauern absenken müsse und so «500 bis 2.500» Betten einsparen könne.[171]

Die Planung wurde mit dem Land Brandenburg abgestimmt. Schwerpunkte sollten die Hochleistungsmedizin sowie die Bildung eines Transplantationsverbundes sein. Auch die Landeskrankenhausgesetze sollten abgestimmt werden.

Ein inhaltlicher Schwerpunkt war die Geriatrie-Versorgung, die sowohl strukturell als auch vom Bedarf her neu geplant wurde. Als notwendig galten 2.650 Betten, die über die Umwandlung von Betten für chronisch Kranke und von internistischen Betten bereitgestellt werden sollten. Ein weiterer Schwerpunkt war die Psychiatrie-Reform (Umstrukturierungen und Regionalisierung). Der Bedarf an Betten wurde anhand eines Benchmarks der Bettenziffern anderer Bundesländer festgelegt: 0,8 Betten pro 1.000 Einwohner*innen. Auch die Kinderversorgung (inkl. Neonatologie, Perinatalzentren und Geburtshilfe), die Versorgung Schwersthirngeschädigter, Schwerbrandverletzter, Krebskranker sowie die Herzchirurgie und die Notfall- und Unfallversorgung wurden zu neuen inhaltlichen Planungsbereichen erklärt.

Die Prognose des Bedarfs für 1998 wurde mit denselben Parametern und Methoden wie in den vorherigen Plänen erstellt. Die Berechnungen kamen zu dem Ergebnis, dass nur noch 28.180 Betten notwendig waren. Zum 31. Dezember 1992 gab es 39.616 Betten (davon 27.137 Akutbetten). Im Plan wurde dann die Gesamtbettenzahl (nach Abstimmungsgesprächen und Anhörungen der Krankenhäuser) für 1998 auf 30.481 Betten festgelegt (26.351 Akutbetten).

Weiterhin fiel die Planung relativ detailreich aus. Sowohl die Schwerpunktfestlegung auf den Ostteil der Stadt als auch auf Geriatrie und Psychiatrie waren richtig. Allerdings ging der Bettenabbau ungebremst weiter. Die Abstimmung der Planung mit Brandenburg erscheint zwingend, besser wäre eine gemeinsame Planung gewesen.

Krankenhausplan 1999

Dem Plan war ein Gutachten des Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) vorausgegangen. Der Planungshorizont war der Zeitraum bis 2005. Man stellte erhebliche Überkapazitäten im Ost- und im Westteil der Stadt fest, obwohl zwischen 1991 und 1997 bereits rund 13.500 Betten abgebaut worden wa-

169 Krankenhausrahmenplan 1991 – Entwurf, Abgeordnetenhaus, Drucksache 12/407, S. 5. **170** Ebd., S. 73. **171** Ebd., S. 4 f.

ren. Die Verweildauer ist im selben Zeitraum von 21,3 Tagen auf 12,8 Tage gesunken. Die Fallzahlen sind um 5,6 Prozent gestiegen, die Bettenauslastung ging um 5 Prozent zurück. Die aktuelle Planbettenzahl 1999 lag damals bei 26.077 Betten in 64 Krankenhäusern. 12 Prozent aller Behandlungsfälle fielen jetzt in den Bereich Umlandversorgung.

Die Planungsmethoden waren eine Kombination aus:
- Vergleichsmethode mit anderen Stadtstaaten,
- Burton-Hill-Formel und
- morbiditätsorientierte Methode (Analyse der Häufigkeits- und Verweildauerentwicklung bezogen auf wichtige Diagnosen eines Fachgebiets).

Es wurde davon ausgegangen, dass aufgrund der Verweildauerverkürzungen trotz des Anstiegs der Krankenhaushäufigkeit eine Bettendichte von 6,2 Betten pro 1.000 Einwohner*innen ausreichend war. Die Bettenziffer war in Berlin bereits 1997 6,1 Prozent niedriger als in Hamburg. Die Verweildauer lag noch um 5,7 Prozent höher. Auf Basis der Daten wurde prognostiziert, dass 2005 22.030 Betten notwendig sein würden, also 4.047 weniger, als 1999 vorhanden waren.

Berlin ist jetzt eine Planungsregion. Ein Planungsgrundsatz war, dass es im Ostteil zu keiner weiteren Herausnahme von Krankhäusern aus dem Landeskrankenhausplan kommen sollte. Der durch den Plan bestimmte Versorgungsauftrag bezog sich grundsätzlich auf das gesamte Fachgebiet.

Die Fachplanungen (Notfallversorgung, Tumorversorgung, Palliativversorgung, Stroke Units, Dialyse, Geriatrie, Psychiatrie, Pädiatrie, Neonatologie) wurden ausgeweitet und die Krankenhäuser, die hierzu einen Versorgungsauftrag hatten, mit der Anzahl der Betten dargestellt. Es wurde zwischen Basisversorgung und Spezialversorgung unterschieden, wobei die Basisversorgung regional ausgeglichen sein sollte. Die strukturellen Zielsetzungen (Schwerpunktbildungen) blieben im Wesentlichen gleich.

Es wurden Strukturkomponenten zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit aufgeführt. Hierzu zählten Orientierungswerte für die Mindestgrößen von Abteilungen der einzelnen Fachgebiete und Leistungskomponenten (Verweildauer, Auslastung und Fallkosten).

2003 erfolgte eine Zwischenfortschreibung, in der es weiterhin um Detailplanung und Prognose ging, aber auch um nochmaligen Bettenabbau und sinnvollen Ausbau der Fachplanungen.

Fortschreibung 2006

Der Planungshorizont war 2008. Es erfolgte eine Abstimmung mit dem Land Brandenburg. 2004 lag die Bettenziffer nur noch bei 5,5 pro 1.000 Einwohner*innen. Die bisherigen Planungsgrundsätze wurden im Wesentlichen beibehalten. Spezielle Angebote (z. B. Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Geriatrie) sollten möglichst in die Allgemeinkrankenhäuser integriert werden. Bezüglich der Zusammenarbeit mit Brandenburg gab es Vereinbarungen zu Transplantationen, zur herzchirurgischen Notfallversorgung, zu Schwerbrandverletzen, Seuchenstationen, Aids und Rehabilitation. Der Versorgungsauftrag wurde eingeschränkt, wenn die erforderlichen Mindestmengen gemäß § 137 SGB 5 nicht eingehalten wurden. Für die Fachgebiete wurde eine konkrete Bettenzahl festgeschrieben. Die Regelungstiefe wurde verringert (Wegfall von Subdisziplinen).

Zur Frage der Festlegung konkreter Bettenzahlen wurde ausgeführt: «Insofern erscheint es nicht mehr angemessen, eine auf das Bett genaue Kapazitätsvorgabe je Fachabteilung im Krankenhausplan auszuweisen. Wettbewerb schließt ein, den Krankenhausträgern zu ermöglichen, durch die Anpassung ihrer Kapazitäten auf eine konkrete Nachfrage reagieren und vorhandene Stärken ausbauen zu können.»[172] Die Soll-Bettenzahlen können innerhalb der Gesamtbettenzahl um plus/minus zehn Prozent je Abteilung abweichen.

Als neues Thema kam «Qualitätssicherung» hinzu. Es wurde festgestellt, dass die Einführung der DRGs die «Gefahr von Qualitätsverlust»[173] beinhalte, es aber bundesrechtliche Verpflichtungen zur Qualitätssicherung gebe. Es sollten Versorgungskonzepte und Versorgungsschwerpunkte beschrieben werden, «die die Grundlage für qualitätsfördernde Vereinbarungen zwischen den Vertragsparteien sein können».[174] Konkrete Festlegungen, die über die (sowieso geltenden) bundesgesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung hinausgehen, erfolgten nicht.

Im Weiteren wurden die Ist-Situation und die bisherigen Veränderungen bezogen auf die Planungsparameter je Fachgebiet beschrieben. Dann wurden diese Parameter im Vergleich zu den anderen Bundesländern dargestellt und es wurde zufrieden festgestellt, dass Berlin im Bundesdurchschnitt liegt. Im Rahmen der Bedarfsanalyse wurde festgestellt, dass die Bettenauslastung zu niedrig sei und weitere 600 Betten eingespart werden könnten, wenn die Auslastung auf Bundesdurchschnitt angehoben würde. Für die somatische Medizin wurde von einer weiteren Reduzierung der Verweildauer um zehn Prozent ausgegangen und davon, dass das Pflegetagevolumen um fünf Millionen Tage sinkt. Die Vorgaben für die Bettennutzung wurden jetzt verweildauerbezogen berechnet (kurze Verweildauer: 80 Prozent, lange Verweildauer: 90 Prozent). Daraus ergab sich eine Reduktion der Bettenzahl auf 16.135 (2005: 17.780 Betten im Ist). Für die Psychiatrie wurde genauso vorgegangen. Es wurde kein Veränderungsbedarf festgestellt. Resigniert wurde auf die Entwicklung der Rechtsprechung (siehe Kapitel 3) reagiert: «Auf prognostizierte Entwicklungen kann im Bescheid unter Beachtung der verfestigten Rechtsprechung nur im weitestgehenden Einvernehmen mit den Krankenhausträgern abgestellt werden. Bis zum Jahr 2008 sollen deshalb auf dem Weg der Einzelfortschreibung des Krankenhausplans

172 Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans, Abgeordnetenhaus, Drucksache 15/5307, S. 15. **173** Ebd. **174** Ebd., S. 17.

notwendige Anpassungen an den Bedarf vorgenommen werden.»[175]

Anders ausgedrückt: Planen kann man ja noch, aber die Planung durchsetzen geht nicht mehr – ein reales Problem, soweit Bundesländer überhaupt noch den Anspruch haben zu planen. Einzelfortschreibung bedeutet, dass man nur etwas ändert, wenn man mit dem Träger Einvernehmen herstellen kann bzw. wenn der Träger Änderungen seiner Bettenzahl fordert. Die Planung läuft als Richtgröße zur Beurteilung von Trägeranträgen nur noch nebenher. Die Umsetzung der Planung über Sachentscheidungen wurde tendenziell ersetzt durch finanzielle Steuerung über die Gewährung von Fördermitteln.

Einen breiten Raum nahm dann die Darstellung der Versorgungskonzepte und Versorgungsschwerpunkte (siehe oben) ein. Es wurde eine weitere Zentralisierung als «wünschenswert» bezeichnet. Veränderungen sollten über Vereinbarungen mit den Kostenträgern erfolgen.

Wesentliche Entwicklungen waren also: Verkürzung des Prognosezeitraums, Reduzierung der Detailplanung, Anpassung an die DRG-Logik, zunehmende Bedeutung von Benchmark-Verfahren, Betonung der Qualitätssicherung, Abkehr von verbindlichen Planvorgaben und Umstellung auf Einzelfortschreibung, im Kern also auf Bettenverwaltung. Es kam zu einem nochmaligen Ausbau der Fachplanungen, die aber eine Gesamtplanung nicht ersetzen können.

Krankenhausplan 2010

Zieljahr war 2015. Als Ziel des Krankenhausplans wurde erstmalig die «Unterstützung von Konzentrationsprozessen» genannt.[176] Die Ist-Bettenzahl konnte ab jetzt um plus/minus 15 Prozent von der Soll-Bettenzahl abweichen. Die Regelungstiefe wurde weiter verringert, indem bisherige Hauptdisziplinen nun als Subdisziplinen ausgewiesen wurden und die Bettenzahl damit nicht mehr festgelegt wurde bzw. sogar überhaupt auf die Ausweisung verzichtet wurde. Außerdem entfielen Schwerpunktfestlegungen (Palliativmedizin, Neurologische Frührehabilitation, Perinatalzentren). Begründet wurde dies damit, dass die «Gestaltungsfreiräume der Krankenhaus- und Kostenträger weiter erhöht» werden sollten.[177]

In den Ausführungen zur Qualitätssicherungen fanden sich folgende interessante Aussagen zu den Anreizwirkungen der DRGs: «Als Beispiel mag die starke Zunahme der Kaiserschnittentbindungen dienen: In Berlin lag der Anteil der Kaiserschnittentbindungen an allen Krankenhausentbindungen in den Jahren vor der Einführung des DRG-Vergütungssystems nahezu konstant bei 15 Prozent. Ab 2003 stieg er stetig auf über 25 Prozent im Jahr 2008. Diese Erhöhung der Zahl der Entbindungen durch Kaiserschnitt entspricht immerhin einer Steigerung um knapp 90 Prozent in 6 Jahren.»[178]

Konsequenzen wurden daraus keine gezogen. Der weitere Gang der Darstellung folgte dem Plan von 2006 (Analyse der Versorgungssituation, Bundesländervergleich, Entwicklung der Planungsparameter, Bedarfsermittlung und Prognose) und es wurde eine Rubrik: «Wer macht was wie oft?» aufgenommen, in der Fallzahlen bestimmter Behandlungen pro Krankenhaus dargestellt werden.

Es wurde festgestellt, dass das Ist 2010 um 635 Betten über dem Soll des Plans von 2006 lag. Die neuen Plandaten ergaben für 2008 ein Soll von 16.134 somatischen Betten und von 18.714 Betten, inklusive Psychiatrie/Psychosomatik. Für die somatischen Betten sei damit die Versorgung sichergestellt. Handlungsbedarf wurde für die Geriatrie und die psychiatrischen Fachgebiete gesehen. Hier sollte die Bettenziffer (Betten und Plätze) von 0,6 auf 0,88 gesteigert werden (3.000 Betten).

Für 2015 wurde aufgrund der prognostizierten demografischen Entwicklung und der InEK-Daten für jedes Fachgebiet ein Veränderungsfaktor ermittelt, mit dem die Zahl der Pflegetage hochgerechnet und daraus die Bettenzahl (bei vorgegebener Bettennutzung) abgeleitet wurde. Die Burton-Hill-Formel wurde also in gewisser Weise abgewandelt und durch eine Hochrechnung der Pflegetage ersetzt. Es ergab sich ein Bedarf von rund 18.400 für die Somatik, also 1.600 Betten mehr als bisher im Plan ausgewiesen. Unter Berücksichtigung bedarfsmindernder Entwicklungen (Verweildauer) wurde angenommen, dass der Bedarf hierdurch wieder um 300 Betten sinken würde (obwohl zugestanden wurde, dass die Fallhäufigkeit zunehmen und die Bettennutzung aufgrund der immer niedrigeren Verweildauern zurückgehen werde). Als endgültige Zahlen wurden Bedarfe für die Somatik von 18.100 Betten und für die Psychiatrie von 3.400 Betten/Plätzen (300 mehr) prognostiziert.

Trotz dieser Prognose wurden nur 20.600 Betten in den Plan aufgenommen (-900). Lapidar hieß es dazu: «Eine planerische Umsetzung des prognostizierten Bedarfs ist nicht notwendig und auch nicht sinnvoll. Sowohl die Berliner Bevölkerungsprognose als auch die Prognose des Krankenhausversorgungsbedarfs sind mit Unsicherheiten behaftet.»[179]

Die Ausführungen zu den «ausgewählten Versorgungsschwerpunkten» blieben im Wesentlichen so wie im Plan 2006. Bei der Notfallversorgung wurde von einem dreistufigen System auf ein zweistufiges (Notfallkrankenhaus, Notfallzentrum) mit unterschiedlichen Anforderungen umgestellt.

Auch wenn sich aus der Bedarfsberechnung ein Mehrbedarf ergab, wurde am Ziel des Bettenabbaus festgehalten. Die Bereitstellung der vorgegebenen Bettenzahlen wurde flexibilisiert. Besser kann man das Verhältnis von Planung und politischer Intention kaum karikieren.

Die Burton-Hill-Formel wurde abgewandelt durch einen «demografischen Veränderungsfaktor», im Kern

175 Ebd., S. 76. **176** Ebd., S. 7. **177** Ebd., S. 15. **178** Ebd., S. 16f. **179** Ebd., S. 81.

ist das jedoch kein anderes Verfahren. Trotz Prognose eines Mehrbedarfs wurde ein weiterer Abbau festgelegt, zu diesem kam es aber nicht. Die Prognose verlor für den Plan an Bedeutung und der Plan verlor Bedeutung für die reale Umsetzung. Die Entwicklung in Richtung Einzelfortschreibung setzte sich fort.

Krankenhausplan 2016 – neueste Fassung

Zieljahr war 2020. In einer Arbeitsgruppe wurden nochmals die Methoden der Planung diskutiert. Für die Verbesserung der Zusammenarbeit mit Brandenburg sollte ein Regionalausschuss Krankenhausplanung gebildet werden. Als spezielle Versorgungsaufgaben wurden Stroke Units, Neurologische Frührehabilitation Phase B, Weaning und psychosomatische Tageskliniken abhängig von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen ausgewiesen.

An allgemeinen Qualitätsvorgaben wurde formuliert:

- Facharztstandard für Chefärzt*innen und Stellvertreter*innen und zwei weitere Vollzeitstellen.
- Fachabteilungsspezifische Leistungen sollten nur erbracht werden, wenn es die entsprechende Fachabteilung gibt.
- Überwiegend festangestellte Ärzt*innen.
- Auf Intensivstationen ist als Soll-Regelung für zwei Behandlungsplätze eine Pflegekraft pro Schicht erforderlich (in speziellen Fällen 1:1), Intensivfachkräfte sollten einen Anteil von mindestens 30 Prozent haben.

Für die bereits in früheren Plänen festgelegten Schwerpunkte wurden erweiterte Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, zum Teil Zertifizierungen sowie auch personelle Voraussetzungen, gestellt. Krankenhaushygiene kam hinzu. Die Anforderungen waren jedoch meist Soll-Vorschriften bzw. Empfehlungen. Ansonsten blieb es beim Aufbau des Plans wie 2010. Die vorgegebene Bettennutzung lag weiterhin zwischen 80 und 90 Prozent.

Es wurde ein Überhang von 676 Betten im Vergleich zum Soll des Krankenhausplans 2010 konstatiert. Aufgrund der Bedarfsanalyse wurde für 2013 ein Bedarf von 19.346 Betten (inkl. Psychiatrie/Psychosomatik) festgestellt, der übererfüllt sei (200 Betten zu viel). Handlungsbedarf sah man weiterhin in der Geriatrie und Neurologie, weil dort die Auslastung dauerhaft zu hoch war.

Für die somatischen Fächer wurde eine Bedarfsprognose für 2020 von 18.438 Betten gestellt. Das wäre eine Erhöhung von rund 12 Prozent gewesen. Davon wurden wieder fünf Prozent wegen bedarfsmindernder Faktoren (Verweildauersenkung) abgezogen. Damit kam man auf eine Betten- bzw. Platzzahl von 18.044. Die Betten wurden weiterhin pro Fachabteilung ausgewiesen.

Für die Psychiatrie/Psychosomatik wurde eine Erhöhung der Bettenziffer von 0,88 auf 0,94 pro 1.000 Einwohner*innen festgestellt. Damit erhöhte sich die Bettenzahl von 3.040 auf 3.481.

Seit 2010 gibt es einen Trend zur Mehrausweisung von notwendigen Betten, ansonsten keine Veränderungen. Ebenfalls neu war, dass zumindest für einzelne Teilbereiche und als Soll-Regelung Vorgaben zur Personalbesetzung aufgenommen wurden. Das war sicherlich bedingt durch den beginnenden Widerstand der Beschäftigten gegen Arbeitsüberlastung (z. B. Streiks an der Berliner Charité).

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen verlief in Berlin wie folgt:

Tabelle 17a: Zahl der Krankenhausbetten in West-Berlin (1972 bis 1989)

	Akut-KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1972	78		25.289		122,6		340.247		165,0		25,6	
1977	63	-19,2	25.778	1,9	133,8	9,1	377.947	11,1	196,2	18,9	22,8	-10,9
1982	47	-25,4	22.774	-11,7	121,8	-8,9	359.554	-4,9	192,3	-2,0	21,3	-6,6
1989	41	-12,8	20.195	-11,3	94,8	-22,2	390.106	8,5	183,1	-4,8	17,5	-17,8
72–89	-37	-47,4	-5.094	-20,1	-27,8	-22,7	49.859	14,7	18,1	11,0	-8,1	-31,6

Tabelle 17b: Zahl der Krankenhausbetten in Berlin gesamt (1991 bis 2019)

	Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1991	90		36.521		106,0		579.064		168,0		19,8	
1997	62	-31,1	26.124	-28,5	76,3	-28,1	614.253	6,1	179,3	6,7	12,6	-36,4
2002	61	-1,6	21.036	-19,5	62,0	-18,7	687.898	12,0	202,8	13,1	9,4	-25,4
2007	64	4,9	18.912	-10,1	55,4	-10,7	694.912	1,0	203,4	0,3	8,1	-13,6
2012	71	10,9	19.420	2,7	57,5	3,9	771.389	11,0	228,5	12,4	7,5	-7,6
2017	74	4,2	19.630	1,1	54,3	-5,6	851.726	10,4	235,7	3,1	7,1	-5,8
2019	76	2,7	19.815	0,9	52,2	-3,9	865.783	1,7	235,9	0,1	7,0	-1,0
91–19	-14	-15,6	-16.706	-45,7	-53,8	-50,8	286.719	49,5	67,9	40,4	-12,8	-64,6

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Wurden vor der Wende 37 Krankenhäuser abgebaut, kamen danach zunächst die Krankenhäuser der DDR und seit 1991 nochmals 14 Krankenhäuser hinzu. Anders sah es beim Bettenabbau aus. Er summierte sich auf die stolze Zahl von 21.800 Betten. Allein in der Periode ab 1991 wurden 45,7 Prozent der Betten abgebaut. Damit ist Berlin eindeutiger Spitzenreiter unter den Ländern (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76). Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm in den beiden betrachteten Zeiträumen (1972 bis 1989 und 1991 bis 2019) um 27,8 bzw. um 50,8 Prozent ab, die Verweildauer um 31,6 bzw. um 64,6 Prozent. Die Krankenhaushäufigkeit nahm dagegen um 11 bzw. um 64,6 Prozent zu.

Es gibt – auch im Vergleich mit anderen Bundesländern – viele Festlegungen zur Qualitätssicherung, jedoch sind diese oftmals wenig verbindlich. Die Fachplanungen wurden ausgeweitet. Die allgemeine Planung wurde bis heute mit Prognosewerten fortgesetzt. Die Planung in Versorgungstufen und -gebieten wurde aufgegeben. Die Betten wurden durchgehend pro Fachabteilung ausgewiesen.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 18: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in West-Berlin (1972 bis 1989)

	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	78	19	35	24	41	10	23	8	24,4	44,9	30,8	24,4	56,1	19,5
Betten	25.289	14.961	8.565	1.763	20.195	12.853	6.531	811	59,2	33,9	7,0	63,6	32,3	4,0

Tabelle 19: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Berlin gesamt (1991 bis 2019)

	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	90	27	44	19	76	3	28	45	30,0	48,9	21,1	3,9	36,8	59,2
Betten	36.521	23.569	11.157	1.795	19.815	7.763	8.227	3.825	64,5	30,5	4,9	39,2	41,5	19,3

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Zwischen 1972 und 1989 blieb der Anteil der öffentlichen Krankenhäuser konstant, die Bettenzahl stieg sogar. Die Zahl der Privaten ging deutlich zurück. In der zweiten Periode hat sich der Anteil der öffentlichen Häuser und Betten in Berlin deutlich reduziert, auf jetzt nur noch drei Häuser. Von den öffentlichen Betten blieb nur noch ein Drittel. Nutznießer waren insbesondere die privaten Träger, die ihre Anteile verdreifachen bzw. vervierfachen konnten.

Brandenburg

GESETZGEBUNG

Krankenhausgesetz des Landes Brandenburg (LKGBbg) 1994

Ziele:

- «Zweck des Gesetzes ist, eine patienten- und bedarfsgerechte, regional ausgeglichene Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Es soll die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander, mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen sowie den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens fördern. Die Krankenhäuser sollen sich in einem bedarfsgerecht gegliederten, der Vielfalt der Krankenhausträger entsprechenden System ergänzen.» (§ 1)[180]
- Die Sicherstellung der Versorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte. Die Trägervielfalt ist zu beachten.
- Soll-Vorschriften zur Abstimmung der Krankenhäuser untereinander, zu Art und Zahl der Abteilungen inklusive Bettenzahl, Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten, Dokumentation und Nachsorge, Verteilung von Krankenhausaufnahmen, Mitwirkung am Rettungsdienst, qualitätssichernde Maßnahmen, Rationalisierungsmaßnahmen, Nutzung von Geräten und Einrichtungen, Ausbildungsstätten, Abfallbeseitigung.
- Meldepflicht für freie Betten, Mitwirkung am Katastrophenschutz.

180 GVBl. für das Land Brandenburg Teil I, Nr.10, 16.5.1994, S. 107.

Planung:
- Stand und «vorgesehene Entwicklung».
- Erforderliche Krankenhäuser nach Standort, Träger, Abteilungen mit Bettenzahl, medizinisch-technische Großgeräte, Ausbildungsstätten.
- Abgestuftes Versorgungssystem in Versorgungsgebieten.
- Vielfalt der Krankenhausträger ist zu beachten.
- Zuweisung besonderer Aufgaben möglich.
- Landeskonferenz (Krankenhausgesellschaft, Kassen, private Krankenversicherungen, kommunale Spitzenverbände) gibt Empfehlungen zur Planung.
- Gebietskonferenzen (Vertreter*innen der Landkreise/Städte, Träger, Kassen) machen projektbezogene Vorschläge zur Krankenhausplanung und zum Investitionsplan nach den Vorgaben der Landeskonferenz.
- Meldepflicht der Krankenhäuser bei Abweichungen von Planfestlegungen und bei Unterschreiten einer 85-prozentigen Belegung in zwei aufeinanderfolgenden Jahren.
- Abstimmung mit dem Land Berlin.
- Aufstellung durch Ministerium nach Anhörung zuständiger Ausschuss des Landtags, Beschluss durch Landesregierung, Veröffentlichung im Amtsblatt.

Förderung:
- Einzelförderung, auf Antrag des Krankenhauses als Festbetragsförderung.
- Pauschale Förderung: Bemessungsgrundlage durch Rechtsverordnung (pro Bett, differenziert nach Versorgungsstufe).
- Das Land eröffnet die Möglichkeit, Investitionsverträge mit Krankenkassen für Rationalisierungen und Umwidmungen gemäß § 18b KHG abzuschließen.

Sonstiges:
- Verbot von Privatstationen.
- Dreier-Betriebsleitung (Pflege, Verwaltung und ärztlicher Bereich), ausgenommen davon sind kirchliche Häuser.

Bewertung:
Die Formulierungen zu den Zielen waren für die 1990er Jahre Standard, inklusive der Wirtschaftlichkeitsvorgaben. Es gab relativ weitgehende Festlegungen zur Zusammenarbeit, allerdings nur als «Soll». Eine wirkliche Prognose des zukünftigen Bedarfs wurde nicht gefordert; die Bettenzahlen mussten nach Abteilungen differenziert dargestellt werden. An der Planerarbeitung war nur der engste Kreis beteiligt. Ein interessanter Ansatz waren die Gebietskonferenzen, die eine bessere Berücksichtigung örtlicher/regionaler Besonderheiten ermöglichen sollten.

Ein weiterer interessanter Ansatz ist die Meldepflicht für dauerhafte Unterschreitungen der vorgegebenen Bettenbelegung. Allerdings müsste dann die vorgegebene Bettennutzung den tatsächlichen Bedingungen angepasst werden (Verkürzung der Verweildauern führt notwendigerweise zu einem Absinken der Bettennutzung). Zwar wurde der Landtag nicht beteiligt, aber zumindest der zuständige Ausschuss des Landtags hat Anhörungsrecht.

Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz (BbgKHEG) 2009

Ziele: keine Änderung.

Planung:
- Soll-Regelung zur Mitnutzung von OPs, Großgeräten, EDV des Krankenhauses durch Niedergelassene.
- Aufhebung der Pflicht, freie Betten zu melden.
- Ausweisung nur noch der Gesamtzahl der Betten (nicht mehr pro Fachabteilung).
- Keine Ausweisung von medizinischen Großgeräten mehr.
- Aufhebung der Regelung, dass Belegungsunterschreitungen gemeldet werden müssen.

Förderung:
- Ausgleichleistungen bei Schließung von Krankenhäusern, Weitergewährung von Pauschalfördermitteln für zwei Jahre auch für geschlossene Betten.

Sonstiges:
- Ermöglichung von «anderen Formen kollegialer Leitung» statt der Dreierleitung.

Bewertung:
Die Verbindlichkeit der Meldebestimmungen und der Planung wurde deutlich reduziert. Die finanzielle Belohnung von Bettenschließungen pro Bett setzte falsche Anreize, mit weniger Betten noch mehr Patient*innen in noch kürzerer Zeit zu behandeln, damit den Arbeitsdruck für die Beschäftigten zu erhöhen und die Versorgung zu verschlechtern. Interessant, auch wenn nur als Soll-Bestimmung, ist die sektorübergreifende Mitnutzung von Infrastruktur durch Niedergelassene. In der Praxis hatte sie vermutlich wenig Auswirkungen. Vermutlich waren da das Belegarztwesen und letztlich die Übernahme von Teilen der stationären Versorgung durch Niedergelassene die Denkschablone.

Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz 2012

Ziele und Planung: keine Änderungen.

Förderung:
- Einführung einer Investitionspauschale, mit der die Krankenhäuser «frei wirtschaften» können. Die Pauschale setzte sich zusammen aus «förderhistorischen Gesichtspunkten» (20 Prozent) und der Summe der voll- und teilstationären Leistungen (Einnahmen; 80 Prozent). Einzelförderung gab es nur in Einzelfällen, wenn dies «unabweisbar ist».

Bewertung:
Der Abschied von der Einzelförderung bedeutete den Abschied von Planung und die Stärkung der Konkurrenz und des Kapitalmarkts (siehe Kapitel zu Berlin). Es wurden zwar nicht wie in Berlin die Invest-DRGs zur Berechnung der Fördersumme verwendet, sondern «nur» die Einnahmen. Die Wirkungen waren aber ähnlich.

Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz – neueste Fassung 2019

Ziele: keine Änderung.

Planung:
- Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (§ 136c SGB 5) gelten, wenn sie (jeweils einzeln) in den Krankenhausplan aufgenommen werden.
- Anzeigepflicht für die Nichterfüllung der Qualitätsvorgaben des Krankenhausplans, Möglichkeit zum Entzug der Zulassung bei Nichterfüllung.

Sonstiges:
- Verbot von Privatstationen besteht immer noch.

Bewertung:
Die Aufnahme der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses wäre konsequent gewesen. Die Landesregierung hielt sich allerdings die Hintertür offen, sie im Einzelfall nicht in Kraft setzen zu müssen (Näheres dazu siehe das folgende Kapitel zur Planung).

Tabelle 20: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Brandenburg (ab 1990)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1990–1994	SPD, FDP, Grüne	Stolpe 1
1994–1999	SPD	Stolpe 2
1999–2002	SPD, CDU	Stolpe 3
2002–2009	SPD, CDU	Platzeck 1
	SPD, CDU	Platzeck 2
2009–2013	SPD, Die Linke	Platzeck 3
2013–2019	SPD, Die Linke	Woidke 1
	SPD, Die Linke	Woidke 2
2019–	SPD, CDU, Grüne	Woidke 2

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Erster Krankenhausplan 1992 und 1. Fortschreibung 1995

Als Ziele dieses ersten Krankenhausplans wurden genannt: «Weiterentwicklung des gewachsenen Krankenhaussystems, Orientierung am Entwicklungsstand in den alten Ländern, bedarfsgerechtes Angebot in allen Regionen des Landes, gegliedertes Versorgungssystem, wirtschaftlicher Krankenhausbetrieb, Vielfalt der Träger, transparentes Verfahren der Planung.»[181]

In die Planung wurden im Rahmen von zwölf Regionalkonferenzen die Gebietskörperschaften, die jeweiligen Träger, die Trägerverbände und die Verbände der Krankenkassen einbezogen. Auf Grundlage dieser Konferenzen wurden fünf Versorgungsgebiete gebildet. Es erfolgte eine zweite Abstimmungsrunde in «Versorgungsgebietskonferenzen». Für Kinderheilkunde, Intensivmedizin und Psychiatrie wurden spezielle Fachkonferenzen eingerichtet, in denen die Planungsziele mit den medizinischen Fachgesellschaften erörtert wurden. Es erfolgte eine Abstimmung mit den angrenzenden Bundesländern in Bezug auf Krankenhäuser mit länderübergreifenden Aufgaben. Es gab eine Übereinkunft, dass für Schwerstverbrannte, Transplantationsmedizin und Aids-Kranke die Versorgung «durch qualifizierte Berliner Einrichtungen dem Aufbau eigener Kapazitäten in Brandenburg vorzuziehen» sei.[182]

Der Plan sollte jährlich überarbeitet werden. Belegungen unter 75 Prozent in Fachabteilungen über zwei Jahre sind dem Ministerium zu melden. Überschreitungen der 100-Prozent-Marke können zu einer Planänderung führen. Die Planung erfolgte nicht auf Basis der Burton-Hill-Formel. «Es wurde eine Vorgehensweise gewählt, die den spezifischen Erfordernissen Rechnung trägt und durch die vorgesehene jährliche Überprüfung ergänzt und aktualisiert wird.»[183]

«Als Orientierungswerte für die Krankenhausplanung des Landes Brandenburg wurden die Dichtezahlen (Betten je 100.000 Einwohner) der Bundesrepublik Deutschland (alte Länder) für das Jahr 1988 herangezogen […]; spätere Werte aus den alten Ländern sind in erheblichem Maße durch Veränderungen in der Bevölkerungszahl (1989 bis 1991) beeinflusst und eignen sich deshalb weniger für einen Vergleich.»[184]

Dieses klassische Benchmark-Verfahren hat natürlich nichts mit Bedarfsplanung zu tun. Ein wirkliches Soll wird nicht ermittelt. Das durchschnittliche Ist wird als Soll gesetzt, was zusätzlich zu einem Kellertreppeneffekt führt. In der Betriebswirtschaft heißt es dazu treffend, dass eine solche Ableitung des Solls aus dem Ist nichts anderes ist, als Verschwendung mit Verschwendung oder Mangel mit Mangel zu vergleichen, ohne zu wissen, was nun tatsächlich der Fall ist.

Für die BRD wurde der Bettenbestand pro 100.000 Einwohner*innen (Bettendichte) im Jahr 1988 mit 992,5 angegeben, für Brandenburg im Jahr 1991 mit 831,7. Das hätte bei einer Bevölkerungszahl von 2,6 Millionen ein Defizit von 4.165 Betten ergeben. Auch hier wurde dem neoliberalen Grundprinzip der Nutzung von Benchmark-Zahlen gefolgt: Ist die eigene Zahl gemessen an anderen Ländern zu hoch, liefert dies die Begründung für Absenkung, ist sie zu niedrig, wird sie verschwiegen oder ignoriert.

Es erfolgte aber eine Anpassung der Vergleichswerte aufgrund der geschätzten Bevölkerungsentwick-

181 Amtsblatt für Brandenburg Nr. 35 vom 3.6.1992, S. 526 f. **182** Ebd., S. 529. **183** Ebd., S. 534. **184** Ebd., S. 536.

lung, der unterschiedlichen Alterszusammensetzung (neue Bundesländer haben eine jüngere Bevölkerung) und der «Geschlechterstruktur». Aufgrund der bisherigen Patientenabwanderung in andere Bundesländer wurden die Werte nochmals um durchschnittlich 7,8 Prozent abgesenkt (unterschiedlich für die einzelnen Fachgebiete).

Auf der Grundlage dieser Berechnungen wurde das Soll an Planbetten (alle Krankenhäuser) für das Jahr 1995 mit 21.117 hochgerechnet (814,9 pro 100.000 Einwohner*innen). Es handelte sich also um eine Absenkung der Bettenziffer und damit der Betten, obwohl Brandenburg schon weit unter dem Bundesdurchschnitt lag. Der «Bedarf» wurde gesondert für die einzelnen Fachgebiete ausgewiesen.

Das Betten-Ist im Jahr 1991 belief sich laut Statistischem Bundesamt auf 22.918 in 67 Krankenhäusern. Im Plan wurde der Bestand 1991 mit 21.680 angegeben. Ebenfalls aus dem Plan ging hervor, dass der Bestand von 1989 (25.376) bis 1991 schon um 3.696 Betten abgebaut worden war. Tatsächlich gab es dann 1995 noch 60 Krankenhäuser (Alle Krankenhäuser) mit 16.967 Betten (Zahlen: Statistisches Bundesamt).

Nach der Festlegung des Solls wurden die Zahlen auf die einzelnen Versorgungsgebiete und die Fachgebiete heruntergebrochen. Dabei wurden auch hier unterschiedliche Orientierungswerte zur Bettendichte zugrunde gelegt. Wenn zum Beispiel in einem Versorgungsgebiet die Inanspruchnahme niedriger war, weil sich viele in anderen Versorgungsgebieten behandeln ließen, wurde eine niedrigere Bettendichte als bedarfsnotwendig angenommen und festgelegt. So kann man «bedarfsgerechtes Angebot in allen Regionen» natürlich auch definieren. Ein Ausgleich der Versorgungsbedingungen findet damit aber nicht statt.

Die bestehenden Krankenhäuser wurden drei Versorgungsstufen zugeteilt: Grundversorgung (32), Regelversorgung (12), Schwerpunktversorgung (5). Hinzu kamen 13 Fachkrankenhäuser. In jedem Versorgungsgebiet lag ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung. Elf Krankenhäuser mit mehr als 350 Betten waren in der Regelversorgung und «in allen Teilen des Landes in zumutbarer Entfernung gut erreichbar».[185] Die Zahl der Krankenhäuser mit unter 200 Betten sollte auf 17 reduziert werden.

Bedauernd wurde festgestellt, dass es viele öffentliche (91,3 Prozent) und zu wenige freigemeinnützige und private Träger gebe: «Durch die Krankenhausförderung will die Landesregierung dazu beitragen, diese langjährigen Benachteiligungen zu korrigieren. Darüber hinaus werden die öffentlichen Krankenhäuser beim Wechsel zu frei gemeinnütziger bzw. privater Trägerschaft unterstützt.»[186]

Dies ist im Weiteren auch gründlich gelungen. Die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser sank seit 1995 von 43 auf 22 und die Zahl der privaten stieg von 1 auf 21.

Ausgehend von den Zahlen von 1992 erfolgte mit der 1. Fortschreibung des Plans eine Neuberechnung der notwendigen Betten mit denselben Methoden wie im Plan 1992. Ergebnis war, dass für 1995 nur noch 17.607 Betten als notwendig erachtet wurden, also 3.510 Betten weniger als vorher berechnet.

Zweiter Krankenhausplan 1998 und 1. Fortschreibung 2002

Es wurde festgestellt, dass sich die Werte der Krankenhaushäufigkeit und der Verweildauern den Werten in den alten Bundesländern angenähert hatten. Nicht ohne Stolz wurde festgestellt, dass die Zahl der Betten je 10.000 Einwohner*innen nach Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg die drittniedrigste war und unter dem bundesdeutschen Durchschnitt lag.

Auch bei den Kosten je Fall, je Bett und je Tag lag Brandenburg «am untersten Ende der Kostenskala». Dennoch: «Aufgrund dieser dramatischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung [bei den Krankenkassen; d. Verf.] ist es zwingend erforderlich, alle Kostensenkungs- und Kostenbegrenzungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Durch die Krankenhausplanung wird ein wesentlicher Beitrag zur Stabilisierung des Kostengeschehens geleistet. Nicht benötigte Betten werden abgebaut, Leistungsangebote werden zusammengefasst und zentralisiert, Doppelvorhaltungen sollen durch Zusammenschluss benachbarter Krankenhäuser begrenzt werden und Außenstandorte sollen nach Möglichkeit perspektivisch aufgegeben werden.»[187]

Die Kostendämpfung als Ziel der Krankenhausplanung wurde hier offen benannt. Auch damit war Brandenburg im Reigen der anderen Bundesländer angekommen. Und auch hier wurde jetzt auf «Rahmenplanung» umgestellt. Das Land legte die Standorte und die Abteilungen sowie besondere Einrichtungen mit Leistungsschwerpunkten fest. Im Übrigen wurde darauf verwiesen, dass «der Inhalt der im Einzelnen in den Krankenhäusern erbrachten medizinischen Leistungen nach Art und Menge der Vereinbarungshoheit der Vertragspartner vor Ort, also des Krankenhauses und der Krankenkassen» unterliegt.[188]

Planungsgröße war weiterhin die Zahl der vorzuhaltenden Betten, die auch noch pro Fachgebiet festgelegt wurde. Die Planungszahlen wurden auf der Basis einer von der AOK in Auftrag gegebenen Studie[189] und in einer Arbeitsgruppe mit den Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft erarbeitet und dann in fünf Gebietskonferenzen vorgestellt. Danach fanden bilaterale Gespräche statt, worauf in der «Landeskonferenz» weitgehendes Einvernehmen hergestellt werden konnte. Patientenwanderungen vor allem nach Berlin sollten mitberücksichtigt werden und führten – ohne entsprechende Absprache mit Berlin – zum «Abbau von Krankenhauskapazitäten». Davon waren 14 Standorte betroffen.

185 Ebd., S. 543. **186** Ebd., S. 546. **187** Amtsblatt für Brandenburg Nr. 9 vom 12.3.1998, S. 227. **188** Ebd. **189** Rüschmann, Hans-Heinrich/Krauss, Christian/Roth, Andrea: Planungsgrundlagen/Benchmarkanalysen zur Krankenhausplanung im Land Brandenburg, Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GSbG mbH, Potsdam/Kiel 2000.

Eine Abstimmung der Planung zwischen Berlin und Brandenburg wäre sicherlich sinnvoll gewesen. Die Frage ist eher, ob nicht von vornherein eine gemeinsame Planung notwendig gewesen wäre. Die Problematik ist die gemeinsame Prioritätensetzung bei der Planung (Kostendämpfung, Abbau der Überversorgung). Und das, obwohl der «Vergleich mit der Versorgungsdichte in anderen Bundesländern zeigt, dass die Krankenhausplanung für die Gesamtregion auch im bundesweiten Vergleich inzwischen unter dem Bundesdurchschnitt liegende Werte erreicht hat».[190]

Eine prospektive Zielplanung mit Zieljahr fand nicht mehr statt. Am 1. Januar 1997 gab es laut Plan 58 Krankenhäuser mit 17.607 Betten.[191] Das Soll wurde auf 16.472 Betten festgelegt. Dies war ein weiterer deutlicher Abbau (-1.135). Gravierender waren jedoch die Detailänderungen: «Nach Umsetzung der Festlegungen des Zweiten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg werden sich in nahezu allen Fachgebieten und an einer Vielzahl von Krankenhausstandorten zum Teil deutliche Veränderungen gegenüber dem Status quo bzw. gegenüber dem Ersten Krankenhausplan ergeben. Dies betrifft die Zahl der vorzuhaltenden Betten in einzelnen Fachabteilungen, die Zahl und Art der Abteilungen an einzelnen Krankenhäusern sowie den Verzicht auf Krankenhausstandorte, die im Ersten Krankenhausplan noch vorgesehen waren.»[192]

In 31 Krankenhäusern wurden ganze Fachabteilungen «herausgenommen». In vier Häusern kam eine Abteilung dazu.

Es wurde zwar keine Prognose für zukünftige Jahre erstellt. Die Planung vollzog aber die Veränderungen der vergangenen Jahre und die demografische Entwicklung nach und realisierte so weitere Einsparungsmöglichkeiten. Die Großgeräteplanung wurde nicht fortgeführt, nachdem sie auf Bundesebene 1997 (2. GKV-NOG) aufgegeben worden war.

Die 1. Planfortschreibung 2002 (keine Änderung bei der Vorgehensweise) ermittelte einen Bettenbedarf von 15.298 und damit noch einmal 1.174 Betten weniger.

Dritter Krankenhausplan 2008

Auch beim dritten Krankenhausplan gab eine Beratungsfirma Hilfestellung. Das IGES-Institut verfasste eine «Expertise» mit dem Titel: «Gesundheitswirtschaft Brandenburg. Stand und Entwicklung». Allein der Titel ist bezeichnend. Es ging nicht um Einrichtungen der Daseinsvorsorge, sondern die Krankenhäuser wurden als Wirtschaftszweig gefasst. Es ging um Angebot und Nachfrage. Da ist es kein Wunder, dass im Plan zusammenfassend festgestellt wurde:

«In den Landkreisen des engeren Verflechtungsraumes wurde im Land Brandenburg in den zurückliegenden 15 Jahren mehr als jedes vierte Bett in der Grund-, Regel- und Schwerpunktversorgung abgebaut. Ausnahmslos jedes vorhandene Krankenhaus wurde in den Bettenzahlen reduziert. Hierdurch wurde zum einen eine Verbesserung des Versorgungsstandards in den Krankenhäusern und zum anderen eine wirtschaftlich und bedarfsplanerisch vertretbare Auslastung der Krankenhäuser erreicht. Neue Krankenhausstandorte wurden in Brandenburg nicht eröffnet, sondern nur Krankenhausersatzbauten bei gleichzeitiger Verringerung der Bettenzahlen durchgeführt. […] Die Daten des Statistischen Bundesamtes weisen für das Jahr 2005 eine bundesweite Bettendichte von 635 Betten auf 100.000 Einwohner aus. In Berlin und in Brandenburg liegt der entsprechende Wert zur selben Zeit bei 600 beziehungsweise 602 Krankenhausbetten auf 100.000 Einwohner.»[193]

Es wurde gar nicht mehr der Versuch unternommen, die Frage nach der Bedarfsnotwendigkeit aufzuwerfen bzw. zu klären. Die Schwerpunkte der planerischen Festlegungen sollten sich insbesondere an folgenden Vorgaben orientieren:

«– Flexibilisierung der Handlungsmöglichkeiten von Trägern und Vertragspartnern durch eine behutsame Verringerung der Planungstiefe und Ausgestaltung des Krankenhausplanes als Rahmenplan,
– Anpassung der Versorgungsstruktur an die sich aus den Konsequenzen des pauschalierten Entgeltsystems und aus der Weiterentwicklung der medizinischen Möglichkeiten ergebenden Veränderungen in Leistungsspektren und der Inanspruchnahme der Krankenhäuser. […]

Der Dritte Krankenhausplan sieht sich in einem noch stärkeren Maße als ‹Rahmenplan›, als dies bisher der Fall war. Er verzichtet deshalb darauf, auch für die einzelnen Fachabteilungen die jeweilige Bettenzahl vorzugeben und ermöglicht auf diese Weise dem Krankenhausträger und seinen Budgetpartnern eine deutlich größere Flexibilität in der Ausgestaltung des Versorgungsauftrages.»[194]

Konnte bereits vorher schon kaum von einer Bedarfsplanung gesprochen werden, so sollte die Verbindlichkeit von Vorgaben nochmals reduziert werden. Ausgenommen hiervon waren lediglich die Nicht-DRG-Bereiche (Psychiatrie), in denen noch eine Festlegung der Bettenzahl pro Abteilung erfolgte. Hier erkennt man auch die Wechselwirkung zwischen Planung und Finanzierung: Bei den DRGs geht es um maximale Flexibilität und um optimale Bedingungen zum Geldverdienen. Da durfte eine Planung nicht stören.

Ausgehend von den problematischen Benchmarks, kombiniert mit einer Soll-Wertermittlung aus den Ist-Zahlen der Vergangenheit (demografischer Entwicklungen wurden berücksichtigt), wurden dann Strukturentscheidungen getroffen: «Die sich seit 2003 ergebenden Entwicklungen im Leistungsgeschehen und die Herausforderungen der Demografie haben sehr deutlich gemacht, dass die Krankenhausplanung in erster Linie gefordert war, Entscheidungen zur Struktur des Versorgungssystems zu treffen. […] Die so zu treffenden Strukturentscheidungen des Drit-

190 Amtsblatt für Brandenburg Nr. 9 vom 12.3.1998, S. 232. **191** Ebd., S. 235. **192** Ebd., S. 237. **193** Amtsblatt für Brandenburg Nr. 27 vom 9.7.2008, S. 1593 f. **194** Ebd., S. 1597.

ten Krankenhausplanes beziehen sich in der Regel auf einzelne Fachabteilungen, die geschlossen oder dem Krankenhaus neu zugeordnet werden sollen.»[195]

«Die bettenscharfe Festlegung auch der Fachgebiete eines jeden Hauses entfällt für alle vom DRG-System erfassten Fachdisziplinen. Dadurch gewinnen die Krankenhäuser in ihren internen Organisationsmöglichkeiten, aber auch die Vertragspartner in der Ausgestaltung des Versorgungsauftrages im Wege der Struktur- und Budgetverhandlungen größere Flexibilität.»[196]

Als insgesamt notwendige Bettenzahl wurde 14.916 festgelegt und damit 382 weniger im Vergleich zur 1. Fortschreibung des 2. Plans. Insgesamt verbargen sich dahinter 1.124 im Plan geforderte Bettenschließungen und 742 Neuschaffungen in den einzelnen Fachgebieten. Insgesamt flachte sich der reine Abbau der ersten Jahre ab und wurde durch mehr strukturelle Änderungen ersetzt.

Dritter Krankenhausplan 1. Fortschreibung 2013 und Änderung 2016

Die Fortschreibung des 3. Krankenhausplans[197] sollte den Rahmen für die Jahre 2014 bis 2018 darstellen. Der Plan beruhte auf der gleichen Vorgehensweise (u. a. Regionalkonferenzen), Methodik und Wertebetrachtung wie die vorherigen Pläne.

Es erfolgte ein Einstieg in das Thema Qualitätssicherung, die über Kooperationen, Konzentrationen, Ausweisung von Teilgebieten und Fachprogrammen (Geriatrie, Neurologische Frührehabilitation) erreicht werden sollte. Konkrete Festlegungen fehlten.

Es wurde festgestellt, dass sich die Fallzahl von 2007 bis 2011 um 4,5 Prozent erhöht hatte und dass die durchschnittliche Verweildauer von 8,1 Tagen auf 7,6 Tage gesunken war. Die Auslastung war annähernd gleichgeblieben (80,1 bzw. 79,9 Prozent). Die Krankenhaushäufigkeit (217,9) lag (vermutlich auch wegen Patientenwanderung) weiterhin deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (224,3). Bei der Verweildauer verhielt es sich ähnlich. Die Zahl der Betten pro 100.000 Einwohner*innen (606,5) lag weiter unter dem Bundesschnitt (614), die Auslastung dagegen über dem Bundeschnitt (79,9 bzw. 77,3 Prozent).

Auf der Basis dieser Daten wurden als Soll 15.129 Betten festgelegt. Erstmalig ein leichtes Plus von 213 Betten. Auch hier verbargen sich große Veränderungen in einzelnen Fachgebieten. Insgesamt wurden seit dem 31. Dezember 2012 in den einzelnen Fachgebieten 1.255 Betten weniger und gleichzeitig in anderen Fachgebieten 1.325 mehr ausgewiesen.

In der Änderung der 1. Fortschreibung aus dem Jahr 2016[198] wurden Festlegungen zur psychosomatischen Medizin und zur Psychotherapie aufgenommen. Bis dahin gab es keine gesonderte Ausweisung dieser Fachgebiete. Es wurden organisatorische und strukturelle Voraussetzungen für die Ausweisung im Plan festgelegt (z. B. eigenständige Behandlungseinheit mit Facharzt, Anbindung an Somatik und Psychiatrie). Ausgehend von den Ist-Zahlen wurde ein landesweiter Bedarf von 246 Betten festgelegt, der räumlich entlang der Versorgungsgebiete strukturiert wurde. Da sich 21 Klinikträger um Aufnahme in den Plan bewarben und damit 1.057 Betten und teilstationäre Plätze zur Verfügung gestanden hätten, wurde eine Auswahl entsprechend der oben genannten Strukturvorgaben getroffen.

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Brandenburg verlief wie folgt:

Tabelle 21: Allgemeine Krankenhäuser in Brandenburg (1991 bis 2019)

	Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1991	62		20.723		81,5		370.913		145,9		14,5	
1997	53	-14,5	15.726	-24,1	61,1	-25,0	433.659	16,9	168,5	15,5	10,6	-26,9
2002	46	-13,2	15.082	-4,1	58,4	-4,4	500.452	15,4	193,8	15,0	9	-15,1
2007	43	-6,5	14.443	-4,2	57,0	-2,5	505.599	1,0	199,4	2,9	8,2	-9,1
2012	49	14,0	14.241	-1,4	58,1	2,1	528.930	4,6	215,9	8,3	7,7	-5,8
2017	51	4,1	14.247	0,0	56,9	-2,1	546.900	3,4	218,4	1,1	7,5	-2,5
2019	52	2,0	14.050	-1,4	55,4	-2,6	546.602	-0,1	216,7	-0,8	7,3	-2,7
91–19	-10	-16,1	-6.673	-32,2	-26,1	-32,0	175.689	47,4	70,8	48,5	-7,2	-49,7

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Es wurden insgesamt zehn Krankenhäuser (16,1 Prozent) geschlossen, wobei seit dem Tiefststand 2007 (43 Krankenhäuser!) wieder neun Krankenhäuser dazugekommen sind. Anders bei den Betten. Es wurden kontinuierlich 6.673 Betten (32,2 Prozent) abgebaut. Die Zahl der Betten pro 100.000 Einwohner*innen nahm um 26,1 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 47,4 Prozent und die Verweildauer nahm um 49,7 Prozent ab.

Der stärkste Abbau fand also in den ersten Jahren nach der «Wende» statt, danach kam es zu einer Trend-

195 Ebd., S. 1598. **196** Ebd., S. 1602. **197** Amtsblatt 2013, Nr. 34, S. 2111. **198** Amtsblatt 2016, Nr. 7, S. 183.

wende bei den Häusern und zu einem relativen Stillstand bei der Bettenentwicklung.

Die Prognose wurde zuletzt wieder durchgeführt, die Planungstiefe wurde aber deutlich reduziert und es wurden Fachplanungen und sehr bescheidene Festlegungen zur Qualitätssicherung aufgenommen.

Auch wenn die Bettenzahl durchgehend nach Fachrichtungen ausgewiesen wurde, fand insgesamt ein erheblicher Rückzug aus der Planung statt. Der Hinweis auf den Einfluss und die Bedeutung des DRG-Systems für die Planung ist bezeichnend. Sie bestand im Wesentlichen in der Anpassung des Bettenangebots an die «Nachfrage» und an die bundesweiten Vergleichszahlen. Der prospektive Aspekt, die inhaltliche, wissenschaftliche Bewertung bestimmter Entwicklungen, inklusive gesundheitspolitischer Initiativen zur Steuerung von Entwicklung, sowie die demokratische Einbeziehung der Zivilgesellschaft in die Planung fehlten weitgehend.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 22: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Brandenburg (1996 bis 2019)

	1996				2019				Anteil in % 1996			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	54	27	19	8	52	21	15	16	50,0	35,2	14,8	40,4	28,8	30,8
Betten	15.779	10.330	3.534	1.915	14.050	7.749	2.721	3.580	65,5	22,4	12,1	55,2	19,4	25,5

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Anmerkung zur Tabelle: Zahlen liegen erst ab 1996 vor.

Trotz des verkürzten Zeitraums der Betrachtung (ein großer Teil von Änderungen hat sich bis 1997 abgespielt; siehe Tabelle 21) lässt sich gut die neoliberale Grundrichtung (Rückzug der öffentlichen Trägerschaft und die Zunahme des Anteils der Privaten auf etwa das Doppelte) erkennen.

Bremen

GESETZGEBUNG

Anordnung über die Zuständigkeiten zum Vollzug des KHG (1973)

- Zuständig für die Planung ist der Senator für Gesundheit und Umweltschutz. Für die Finanzierung ist die Senatsverwaltung für Wirtschaft und Außenhandel zuständig.

Bremisches Krankenhausfinanzierungsgesetz (BremKHG) 1987

Ziele:

- «Zweck des Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser in der Freien Hansestadt Bremen, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.» (§ 1)[199]
- Sicherstellung ist eine öffentliche Aufgabe, Stadtgemeinden haben Sicherstellungsauftrag, Krankenhäuser können auch von freigemeinnützigen und privaten Trägern betrieben werden.
- Versorgung der Patient*innen muss «medizinisch zweckmäßig und ausreichend» sein.

Planung:

- Aufstellung durch zuständigen Senator/zuständige Senatorin, Beschluss durch Senat, Veröffentlichung der «wesentlichen Teile» im Amtsblatt, keine Parlamentsbeteiligung.
- Fortschreibung bei «Abweichung der tatsächlichen Entwicklung von der zugrunde gelegten Bedarfsentwicklung» (auch bei teilweiser Abweichung).
- «Der Krankenhausplan enthält Grundsätze der Krankenhausplanung und weist den Bestand der bedarfsgerechten Krankenhäuser sowie den aktuellen Bedarf insbesondere nach Zahl der Planbetten je Disziplin, medizinischen Schwerpunkten entsprechend der arbeitsteiligen Koordinierung, Standorten und Trägerschaft (Bedarfsanalyse) aus. Auf dieser Grundlage weist er die Prognose der erwarteten Entwicklung der einzelnen Disziplinen (Bedarfsprognose) aus und legt die für den Planungszeitraum vorgesehenen Anpassungsmaßnahmen fest.» (§ 5)[200]
- Fachpläne zu Ausbildungsstätten und medizinischen Großgeräten.
- Voraussetzung für Aufnahme in Plan ist die dauerhafte Vorhaltung der nach Disziplinen ausgewiesenen Betten, eine durchgehende ärztliche und pflegerische Versorgung, durchgehende Aufnahmebereitschaft.

199 Brem.GBl. 1987, Nr. 23, 6.7.1987, S. 203. **200** Ebd., S. 204.

– Unschädlichkeit eines Trägerwechsels.
– Mitwirkung der «unmittelbar Beteiligten» (Kassen, Krankenhausgesellschaft, Stadtgemeinden).

Förderung:
– Notwendige Mittel werden gemeinsam vom Land und den Stadtgemeinden zur Verfügung gestellt; Stadtgemeinden bringen jeweils ein Drittel der Mittel für geförderte Betten ihrer Krankenhäuser auf. Einzelförderung durch Zuschüsse oder durch Schuldendienst, Festbetragsförderung mit Zustimmung des Trägers.
– Pauschale Förderung pro Bett gestaffelt nach Größe des Krankenhauses (andere Bemessung durch Rechtsverordnung möglich).
– Ausgleichszahlungen bei Schließung.
– Investitionsverträge nach § 18b KHG nur mit Zustimmung des zuständigen Senators/der zuständigen Senatorin.

Sonstiges:
– Verbot von Privatstationen.

Bewertung:
Die Zielbestimmung ist Standard und entspricht den Formulierungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Schon damals wurde der Begriff «Grundsatzplanung» verwendet, allerdings waren die weiteren Festlegungen relativ detailliert. Die Planerstellung erfolgte nur im «engsten Kreis».

Bremisches Krankenhausfinanzierungsgesetz 2003

Ziele und Planung: keine Änderungen.

Förderung:
– Pauschale Förderung über Bettenzahl nach Versorgungsstufe und nach Patientenzahl, Sonderförderung für Intensivbetten, medizinische Großgeräte und Leistungsschwerpunkte.

Bewertung:
Es erfolgte eine sukzessive Umstellung der pauschalen Förderung auf Leistung (Patientenzahl).

Bremisches Krankenhausgesetz (BremKrHG) 2011

Ziele:
– «(1) Ziel des Gesetzes ist die Sicherstellung der Krankenhausversorgung von Patientinnen und Patienten mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich und wirtschaftlich handelnden Krankenhäusern im Land Bremen, um eine qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Preisen und Pflegesätzen beizutragen. Die Qualität der Patientenbehandlung wird durch die Zulassung im Rahmen der Krankenhausplanung, die finanzielle Förderung von Krankenhäusern, die Vorgabe von Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie die Gewährleistung der Rechte der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlung sichergestellt. (2) Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander, mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und die Herstellung eines nahtlosen Übergangs zwischen den Versorgungsbereichen sollen gefördert werden. Die Kooperation von Krankenhäusern zur krankenhausübergreifenden Versorgung soll erleichtert werden.» (§ 1)[201]
– Trägervielfalt ist zu beachten (§ 3).

Planung:
– «Der Krankenhausplan besteht aus dem Krankenhausrahmenplan und den genehmigten Vorschlägen zu dessen Umsetzung. Der Krankenhausrahmenplan wird vom Senat der Freien Hansestadt Bremen beschlossen. […] Er enthält die Grundsätze der Krankenhausversorgung und weist ihren aktuellen Stand und Bedarf aus. Dies umfasst die Prognose der zur Sicherstellung der Versorgung erforderlichen stationären Krankenhauskapazitäten sowie der Gesamtzahl der bedarfsgerechten Planbetten oder der zu versorgenden Krankenhauspatientinnen und -patienten jeweils für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven unter Berücksichtigung der oberzentralen Funktion für die Umlandversorgung. Er kann auch die an den einzelnen Krankenhausstandorten vorzuhaltenden Fachgebiete in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen, arbeitsteilig koordinierte Versorgungsschwerpunkte sowie Qualitätsvorgaben nach § 28 Absatz 3 festlegen. […] Das Verfahren zur Fortschreibung des Krankenhausplans wird zwischen der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit und den Beteiligten nach § 6 Absatz 1 in einem Vertrag zur Intensivierung der Zusammenarbeit unter besonderer Berücksichtigung der Notfallversorgung, der Anforderungen an die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung sowie sektorenübergreifender Versorgungsbedarfe geregelt. […] Die Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren mit den Krankenhausträgern unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen auf der Grundlage des Krankenhausrahmenplans nach Absatz 2 für den jeweiligen Krankenhausstandort einen Vorschlag für einen Versorgungsauftrag (Vereinbarungsvorschlag) mit Ausweisung der standortbezogenen Gesamtbettenzahl sowie der Notfallversorgung und der Intensivmedizin. In den Vereinbarungsvorschlägen erfolgt eine Konkretisierung des Versorgungsauftrages hinsichtlich der einzelnen Disziplinen und ihre jeweiligen Kapazitäten.» (§ 4)[202]

201 Bremische Bürgerschaft, Drucksache 17/1539, 16.11.2010, S. 4. **202** Ebd., S. 5.

– Voraussetzung zur Aufnahme in den Krankenhausplan ist auch die Einhaltung von Maßnahmen der Qualitätssicherung (siehe unten).
– Planungsausschuss mit unmittelbar Beteiligten und einem Patientenfürsprecher, Ärzte-/Psychotherapeutenkammer, Kassenärztliche Vereinigung, ver.di, Marburger Bund, Vertretung der Pflegeberufe.
– Rücknahme und Widerruf der Aufnahme möglich, wenn Abweichung von den Festlegungen und Pflichten.
– Verpflichtung zur Einhaltung von Qualitätsstandards der Ärztekammer und zur Bestellung eines Qualitätsbeauftragten (ggf. Rechtsverordnung).

Förderung:
– Stadtgemeinden tragen jeweils ein Drittel aller Investitionskosten ihrer Krankenhäuser.
– Investitionsförderung durch jährliche Festbeträge sowohl für die Fälle der früheren Einzelförderung (mittel- und langfristige Anlagegüter) als auch der früheren Pauschalförderung (kurzfristige Anlagegüter), wobei die Beträge bis zu 40 Prozent austauschbar sind. Das Krankenhaus kann damit (innerhalb der Zweckbestimmung) frei wirtschaften. Bemessung der Pauschbeträge durch Rechtsverordnung (die neuste Verordnung sieht die Invest-DRGs als Bemessungsgrundlage vor).

Sonstiges:
– Kein Verbot von Privatstationen mehr.
– Nur sehr allgemeine Vorgaben zur Leitungsstruktur (Einhaltung Führungsstandards, Berücksichtigung Transparenzkriterien, Vermeidung von Korruption).

Bewertung:
Die Zielbeschreibung ist ausführlich und beinhaltet Verweise auf die Qualitätssicherung. Die Formulierung im vorherigen Gesetz «eigenverantwortlich wirtschaftend» bedeutete etwas anderes als die neue Formulierung «eigenverantwortlich und wirtschaftlich handelnd». Die Betonung der Wirtschaftlichkeit nimmt zu. Die Planung sollte eine Rahmenplanung sein, allerdings mit Bedarfsprognose, jedoch nur in Bezug auf die Gesamtbettenzahl. In die Erstellung des Rahmenplans wurden weitere gesellschaftliche Akteure, aber nicht das Parlament eingebunden.

Die weitere Ausdifferenzierung erfolgte in Verträgen der Krankenhausträger mit den Krankenkassen, in denen der konkrete Versorgungsauftrag festgelegt wird. Es muss nur noch die Gesamtbettenzahl pro Krankenhaus festgelegt werden. Es handelte sich dabei um einen «Vorschlag» an die Planungsbehörde. Ein ähnliches Vertragsmodell gibt es nur noch in Sachsen-Anhalt (dort auch für Qualitätsvereinbarungen), in Nordrhein-Westfalen und zeitweise im Saarland und in Thüringen. Es ist abzulehnen, weil es den Kassen einen noch größeren Einfluss verschafft. Eigentlich ist die Festlegung des Versorgungsauftrags die ureigenste Aufgabe der Planungsbehörde, die letztlich ja auch den Sicherstellungsauftrag hat.

Die Bindung der Zulassung an die Einhaltung der (Qualitäts-)Vorgaben des Planes ist konsequent, die Frage ist nur, wie weitgehend die Vorgaben der Ärztekammer hierzu sind und ob sie über den «Facharztstandard» hinausgehen und wann sie in den Plan aufgenommen werden. Im neuesten Plan (2018 bis 2021) sind sie jedenfalls nicht enthalten.

Auch hier wurde der Weg zu einer Pauschalförderung statt der Einzelförderung von bestimmten (sinnvollen und notwendigen) Projekten gewählt, allerdings nicht so rigide wie in anderen Ländern. Eigentlich widerspricht sie auch einer stärkeren Ausrichtung auf Qualität, weil das Land diese ja wesentlich weniger beeinflussen kann, wenn es nur noch Geldbeträge ohne konkrete Zweckbindung überweist.

Bremisches Krankenhausgesetz – neueste Fassung 2020

Ziele: keine Änderung.

Planung:
– Vielfalt der Krankenhausträger ist zu fördern, sofern die Qualität gleichwertig ist.
– Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (§ 136c SGB 5) sind Bestandteil des Plans; zuständige Behörde kann Geltung durch Rechtsverordnung ausschließen.
– Rücknahme oder Widerruf der Aufnahme in den Plan auch bei unzureichender Qualität oder Qualitätsabschlägen nach Krankenhausentgeltgesetz.
– Notfallversorgung mithilfe eines «digitalisierten Verfahrens» im Rahmen der Versorgungsaufträge.
– Pflicht zu Fehlermeldesystem und zu regelmäßig stattfindenden «Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen».
– Möglichkeit der Rechtsverordnung zu weiteren Maßnahmen der Qualitätssicherung und ihrer Überprüfung.

Förderung:
– Wiedereinführung einer zusätzlichen Einzelförderung über Festbetrag, wenn die Maßnahme die Förderschwerpunkte des Investitionsprogramms erfüllt.
– Zuschlag zur pauschalen Investitionsförderung im Einzelfall möglich, wenn eine Betriebsgefährdung und eine Gefährdung der Versorgung vorliegen.

Bewertung:
Die Einschränkung, dass die Trägervielfalt nur zu fördern ist, wenn die Qualität gleichwertig ist, ist der Versuch, Planungsentscheidungen (Aufnahme oder Ausschluss) auch juristisch durchsetzen zu können. Die Frage ist nur, ob dies in der Realität tatsächlich möglich ist oder ob es sich nur um eine Alibiformulierung handelt.

Auch hier wurde die Geltung der «planungsrelevanten Qualitätsindikatoren» des Gemeinsamen Bundesausschusses allgemein anerkannt, im Konkreten

können diese aber wieder ausgeschlossen werden. Insgesamt wurde ein deutlicher Schwerpunkt auf die Qualitätsprüfung gelegt. Inwieweit dies praktisch umgesetzt wurde, ist eine andere Frage.

Die Wiedereinführung der (begrenzten) Einzelförderung ging in die richtige Richtung. Sie ist vermutlich auf zu große Verwerfungen nach ihrer Abschaffung 2011 zurückzuführen.

Tabelle 23: Regierungsparteien und Bürgermeister in Bremen (ab 1971)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1971–1975	SPD	Koschnick 2
1975–1979	SPD	Koschnick 3
1979–1983	SPD	Koschnick 4
1983–1985	SPD	Koschnick 5
1985–1987	SPD	Wedemeier 1
1987–1991	SPD	Wedemeier 2
1991–1995	SPD, Grüne, FDP	Wedemeier 3
1995–1999	SPD, CDU	Scherf 1
1999–2003	SPD, CDU	Scherf 2
2003–2005	SPD, CDU	Scherf 3
2005–2007	SPD, CDU	Böhrnsen 1
2007–2011	SPD, Grüne	Böhrnsen 2
2011–2015	SPD, Grüne	Böhrnsen 3
2015–2019	SPD, Grüne	Sieling
2019–	SPD, Grüne, Linke	Bovenschulte

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausbedarfsplan 1974

Zieljahr war 1980. Der voraussichtliche Bettenbedarf für 1980 wurde mit 6.987 Betten angegeben. Das Ist lag 1974 bei 7.288. Für die Psychiatrie wurde bei einem Ist von 1.620 Betten ein Bedarf für 1980 von 1.644 Betten angenommen. Wie die Prognose zustande kam, wurde nicht ausgeführt.

Als Bedingung für die Förderung wurde genannt, dass

«a) die aufgeführten Disziplinen je Krankenhaus vorgehalten werden,

b) ein ständiger interdisziplinärer Bettenausgleich – soweit aufgrund krankenhausspezifischer Gegebenheiten grundsätzlich möglich – zur optimalen Nutzung vorhandener Kapazitäten durchgeführt wird,

c) eine Tag- und Nacht-Aufnahmebereitschaft sichergestellt ist,

d) in Krankenhäusern mit operativen Disziplinen auch ein anästhesiologischer Dienst sichergestellt ist.»[203]

Krankenhausbedarfsplan 1975

Keine Änderung im Vergleich zu 1973. Der Plan enthielt eine Aufzählung der Plankrankenhäuser mit ihrer Gesamtbettenzahl und den Fachabteilungen.

Krankenhausbedarfsplan 1977

Bei den Bedingungen der Förderung wurde ergänzt, dass Änderungen in der Zahl der Planbetten je nach Disziplin der vorherigen Genehmigung des zuständigen Senators bedürfen. Der 1976 geförderte Bettenbestand betrug 6.999 somatische und 1.428 psychiatrische und neurologische Betten. Die Zahl der somatischen Betten sollte bis 1980 auf 6.514 und bis 1985 auf 6.107 Betten sinken. Bei den psychiatrischen/neurologischen Betten war bis 1985 ein Aufbau von 49 Betten geplant. Im Anschluss wurden die einzelnen Maßnahmen zur Bettenanpassung aufgezählt. In jedem Krankenhaus wurden von nun an auch die Bettenzahlen pro Fachabteilung benannt.

Krankenhausbedarfsplan 1981

Der Aufbau des Plans hatte sich nicht geändert. Der Plan erfasste den Zeitraum bis 1985. Außerdem wurde die «wahrscheinliche Bedarfsentwicklung» bis 1990 dargestellt.[204] Als zusätzliche Bedingungen für die Förderung wurden die «dauerhafte Vorhaltung der aufgrund der Vereinbarungen zur arbeitsteiligen Koordinierung gebildeten Schwerpunkte in den fachärztlichen Disziplinen der Krankenhäuser» genannt.[205]

Zumindest wurde festgehalten: «Senat und Deputation haben zum Krankenhausbedarfsplan beschlossen, dass die im Bedarfsplan aufgestellte Prognose über die Entwicklung der Bedarfsdeterminanten und damit über den zukünftig notwendigen und zu fördernden Bettenbedarf jährlich überprüft wird. Sollten sich entgegen den Erwartungen die einzelnen Determinanten anders entwickeln als im Bedarfsplan aufgezeigt, wird dieser entsprechend angepasst.»[206]

Erstmals wurde auch erwähnt, dass bei Nichterfüllung der Voraussetzungen für die Förderung (siehe oben) ein Ausschluss aus dem Plan erfolgen kann. Ob dies in der Praxis so umgesetzt wurde, ist nicht bekannt.

Der 1980 geförderte Bettenbestand lag bei 6.975 somatischen und 1.280 psychiatrischen Betten. Die Zahl der somatischen Betten sollte bis 1985 auf 6.476 und bis 1990 auf 6.197 Betten sinken. Bei den psychiatrischen Betten war bis 1985 ein Abbau auf 997 Betten vorgesehen. Bis 1990 waren keine weiteren Veränderungen geplant.

Krankenhausplan 1985 bis 1992 (Kurzfassung)

Die veröffentlichte Fassung ist gekürzt. Auch bei den weiteren Plänen 2006 bis 2009 sind die Langfassungen nicht erhältlich. Zwar stand am Anfang dieses Plans in einer Fußnote: «Diese Kurzfassung enthält alle für den Vollzug des Planes entscheidenden Aussagen.»[207] Andererseits ist der Textteil des Plans nur eine Seite lang (hinzu kommen Tabellen mit der Aufzählung der Krankenhäuser und Betten im Soll und im Ist) und es finden

203 Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, BT-Drucksache 7/4530, S. 161. **204** Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen 1981, Nr. 70, S. 803. **205** Ebd. Die «Arbeitsteilige Koordinierung» beschreibt ein System der Kooperation einzelner Krankenhäuser mit der Festlegung von bestimmten Aufgaben, Schwerpunkten und Vorhaltungen. **206** Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen 1981, Nr. 70, S. 803. **207** Amtsblatt der Freien Hansestadt Bremen 1985, Nr. 91, S. 661.

sich nur sehr magere Ausführungen wie diese: «Der Landes-Krankenhausplan erfasste einen Zeitraum von acht Jahren, einen näheren Planungszeitraum bis einschließlich 1988 und einen weiteren bis einschließlich 1992.»

Der Landes-Krankenhausplan enthielt zusätzlich zu den nach Disziplinen ausgewiesenen bedarfsnotwendigen Krankenhausplanbetten einen Ausbildungsstättenplan, einen Großgeräte-Standortplan für den Bereich der Krankenhäuser in Bremen und Bremerhaven und eine tabellarische Darstellung der Arbeitsteiligen Koordinierung der Krankenhäuser in Bremen und Bremerhaven.

«Die im Landes-Krankenhausplan vorgesehenen bedarfsnotwendigen Maßnahmen werden anhand aktualisierter Ist-Analysen jährlich überprüft. Erst wenn die Prognosen durch die tatsächliche Entwicklung bestätigt werden, werden die geplanten Maßnahmen eingeleitet.»[208]

Der 1980 geförderte Bestand umfasste 6.449 somatische und 1.215 psychiatrische Betten. Die Zahl der somatischen Betten sollte bis 1988 auf 5.713 und bis 1992 auf 5.373 Betten sinken. Bei den psychiatrischen Betten war bis 1985 ein Abbau auf 931 Betten geplant und bis 1992 ein Abbau auf 881 Betten. Auch hier gab es keine Angaben zu den Grundlagen der Prognose. Warum im Plan von 1981 für 1990 noch 6.197 somatische Betten angestrebt wurden und laut diesem Plan im Jahr 1992 5.373 Betten ausreichen sollten, wurde nicht begründet.

Die «Großgeräteplanung» bestand in einer Auflistung der bestehenden Standorte. Die Ausbildungsplätze sollten bis 1985 um 83 Plätze aufgestockt werden.

Krankenhausplan 1991 bis 1996 (Kurzfassung)

Auch hier finden sich wieder nur sehr kurze und allgemeine Ausführungen. Aufbau und Inhalt haben sich im Vergleich zum letzten Plan nicht geändert. Die Bettenzahl wurde weiterhin pro Fachabteilung ausgewiesen.

Die Bedarfsentwicklung wurde wieder prognostiziert. Wie dies geschah, ist nicht dargelegt. Jedenfalls kam der Plan zu dem Schluss, dass die 1989 vorhandenen 7.060 Betten (inkl. Psychiatrie) bis 1993 auf 7.193 erhöht werden sollten (Somatik von 6.072 auf 6.245 Betten, Psychiatrie gleichbleibend bei 988 Betten). Wodurch diese Änderung der Bettenzahl gegenüber dem vorangegangenen Plan zustande kam, wurde mit keinem Wort erläutert.

Krankenhausplan 1996 bis 1998 (Kurzfassung)

Die allgemeinen einführenden Feststellungen blieben gleich. Es wurden allgemeine Ziele (Wiederholung der Vorgaben des Krankenhausgesetzes) und Schwerpunkte (ältere und mehrfach erkrankte Patient*innen, Kinder, Menschen mit schweren Schädel-Hirnverletzungen, kardiologisch Erkrankte, onkologische Patient*innen, Intensivpatient*innen sowie psychosomatische und psychiatrische Patient*innen) angeführt, aber nichts weiter dazu ausgeführt.

Der Plan sah von 1994 bis einschließlich 1996 eine Verringerung der Planbetten (inkl. Psychiatrie) in den geförderten Krankenhäusern im Land Bremen vor: von 7.152 auf 6.527, also um 625 Betten (Somatik von 6.239 auf 5.715 Betten). Eine Erklärung für diese Kehrtwende im Vergleich zum Plan 1991 bis 1996 findet sich nicht. Auch hier fehlen Hinweise darauf, wie die Prognose erstellt wurde.

Die «Arbeitsteilige Koordinierung» ist in Form einer Tabelle dargestellt, aus der die Parameter «bettenführende Abteilung», «arbeitsteilig koordinierte Schwerpunkte in der Krankenhausversorgung» und «Großgerätestandort» je Krankenhaus in einem Ja-Nein-Schema hervorgehen. Besonders erhellend dafür, wie diese Koordinierung funktionieren sollte, ist dies nicht.

Krankenhausplan 1998 bis 2003 (Kurzfassung)

Einleitend wurde festgestellt, dass die Ziele des letzten Krankenhausplans mit neun Prozent Bettenabbau bis 1996 erreicht wurden.

Der Plan formulierte gesundheits- und sozialpolitische Ziele: «Sicherstellung einer leistungs- und bedarfsgerechten sowie wirtschaftlich zu erbringenden Krankenversorgung, Pflege und Rehabilitation unter Berücksichtigung von ‹ambulant vor stationär› und ‹Rehabilitation vor Pflege›, Verzahnung von ambulanter und stationärer Diagnostik, Therapie, Pflege, Rehabilitation und sozialer Dienstleistung, dauerhafte und regional ausgewogene Vorhaltung notwendiger medizinischer, pflegerischer und rehabilitativer Leistungen einschließlich der erforderlichen medizinischen Spezialisierung im ambulanten und stationären Bereich zu günstigen Kosten, Wahrnehmung von oberzentralen Versorgungsaufgaben, Einführung und Berücksichtigung neuer Behandlungs- und Operationsmethoden, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit notwendiger Krankenbehandlung und Berücksichtigung von Kostenbegrenzung und Beitragssatzstabilität, Sicherung von Behandlungsverlaufen und -ergebnissen durch ein bereichsübergreifendes Qualitätsmanagement, Sicherung und bereichsübergreifende Weiterentwicklung von Aus-, Weiter- und Fortbildung in Medizin und Pflege, Qualifizierung der Gesundheitseinrichtungen für neue medizinische und pflegerische Aufgaben, Prävention und Gesundheitsvorsorge als Voraussetzung für den Erhalt und die Wiederherstellung von Gesundheit und eine verlängerte Lebenszeit in Gesundheit, Stärkung der Rolle von Patienten und Pflegebedürftigen.»[209]

Es handelte sich um einen bunten Mix aus richtigen, aber sehr allgemeinen Festlegungen und einer deutlichen Fixierung auf «Kostenbegrenzung». Auch Qualitätsmanagement wurde angesprochen. Es wurde angekündigt, bis 2010 1.040 Betten (840 in der Somatik, 170 in der Psychiatrie) abbauen zu wollen.

208 Alle Zitate: ebd. **209** Amtsblatt 1998, Nr. 91, S. 591.

Die «Arbeitsteilige Koordinierung» sollte «überprüft» und «weiterentwickelt» werden: «In diesem Zusammenhang sollten auch Überlegungen zur Bildung von Zentren als fachbereichsübergreifende Organisationseinheiten Berücksichtigung finden. […] Angebotskonzentrierungen und die Verringerung von Standorten können grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden.»[210]

Die Schwerpunktsetzungen blieben im Wesentlichen gleich.

In Tabellenform wurden dann die Abbaupläne bis 2000 dargestellt. Der Bettenbestand (inkl. Psychiatrie) sollte von 6.337 auf 5.688 Betten sinken (-10,2 Prozent). Die Zahl der teilstationären Plätze sollte von 183 auf 436 erhöht werden. Eine Darstellung des Vorgehens bei der Prognose gab es weiterhin nicht.

Krankenhausplan 2002 bis 2005 (Kurzfassung)

Ohne gesetzliche Grundlage (diese wurde erst 2011 beschlossen) wurde ein dreistufiges Verfahren der Planerstellung eingeführt: Erstellung eines Rahmenplans durch die Behörde, Vereinbarungsvorschläge der Selbstverwaltungsebene (Kassen und Träger) für die einzelnen Krankenhäuser, Genehmigung der Vorschläge durch die Behörde bzw. Erlass bei Dissens. Damit gab das Land Planungskompetenzen ohne Not ab, wodurch die Kassen einen deutlichen Machtzuwachs verzeichneten.

Zum Rahmenplan wurde ausgeführt: «Der Rahmenplan enthält neben dem allgemeinen Teil mit der Beschreibung der rechtlichen, strukturellen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und Schwerpunkte die Regionalteile mit der disziplinbezogenen Analyse und Prognose für die Stadt Bremen und Bremerhaven.»[211] Damit ist man auch nicht schlauer, aber die vollständigen Pläne hatte das Ministerium ja nicht archiviert, sondern irgendwann in den Reißwolf geworfen.

Die Prognose erfolgte disziplinbezogen und in Form eines «Bettenkorridors», der sich rechnerisch aus der Differenz einer 80- bzw. 90-prozentigen Auslastung (Geburtshilfe und Kinderheilkunde: 75 Prozent) ergab. Weitere Ausführungen gab es nicht – auch keine Darstellung des Korridors in Zahlen. Die Prognose sah für die Somatik einen Abbau zwischen 265 und 687 Betten bis 2005 vor. Die genehmigten Vereinbarungen ergaben einen Bettenabbau von 423 Betten (10,4 Prozent) bis 2005. In der Psychiatrie sollten 113 Betten (18,5 Prozent) wegfallen. Die Zahl der teilstationären Plätze sollte von 287 auf 414 im Jahr 2001 steigen. Beim Aufbau von Plätzen wurden offensichtlich die Planungsziele nicht erreicht (siehe oben).

Stolz wurde verkündet: «Werden alle Anpassungsmaßnahmen plangerecht vollzogen, wird – unter Herausrechnung des Versorgungsanteils für auswärtige Patienten (ca. 34 Prozent) – die Bettendichte bis zum Jahr 2005 auf 5,66 Betten/Plätze je 1.000 Einwohner absinken. Im Jahr 2000 lag dieser Bettenindex für das Land Bremen noch bei 6,15 Betten/Plätze je 1.000 Einwohner und – zum Vergleich – der des gesamten Bundesgebietes bei 6,2 (alle Werte für Somatik und Psychiatrie einschließlich teilstationär).»[212] Da alle Länder so agierten, war der Abwärtstrend vorprogrammiert.

Krankenhausplan 2006 bis 2009 (Kurzfassung)

Die einzelnen Teile des dreistufigen Verfahrens wurden erstmals etwas näher dargestellt. Im Teil «Rahmenplan» wurde realistischerweise ausgeführt: «Ein für die Verweildauerentwicklung bedeutsamer Faktor, der auch im vorhergehenden Krankenhausplan bereits weitestgehend korrekt eingeschätzt wurde, ist die umfassende Einführung von Fallpauschalen in das deutsche System der Krankenhausfinanzierung ab 2003/04 bis 2009 (Konvergenzphase). Hierdurch wird es zu einer Fortsetzung der bereits für die vergangenen Jahre prägenden Entwicklung einer Verkürzung der Verweildauer und der Reduzierung des Pflegetagevolumens bei wie bisher hohem Fallzahlniveau kommen.»[213]

Weiterhin Fehlanzeige bei der Darstellung der Prognoseart. Auch vom Korridor (siehe oben) ist keine Rede mehr. In Bezug auf die zweite Phase («Vereinbarungsvorschläge») heißt es, dass man sich darauf geeinigt habe, «kurzfristig nur geringe Veränderungen» vorzunehmen. Es wurde ein «Strukturänderungsbedarf» festgestellt. Auch die unklare Entwicklung wegen der Einführung der DRGs wurde thematisiert. Letztlich wurde aber eingeräumt: «Es kann also davon ausgegangen werden, dass im Sinne der Prognose des Rahmenplans nach Einigung über die noch ausstehenden Verhandlungskomplexe ein weiterer Bettenabbau folgen wird.»[214]

Im Ergebnis hatte sich die Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft (mit Zustimmung des Ministeriums) auf einen Abbau von 111 Planbetten in der Somatik bis 2009 geeinigt. In der Psychiatrie sollten 46 Betten neu geschaffen werden.

Als Schwerpunkte wurden genannt: Bildung eines Kopfzentrums, Aufbau einer Einrichtung für interdisziplinäre Frührehabilitation, Strukturveränderungen im Bereich der Gynäkologie, Geburtshilfe, Augenheilkunde, HNO, Errichtung eines Mutter-Kind Zentrums in Bremerhaven, Referenzzentren für seltene Erkrankungen, Sicherung einer qualifizierten Krankenhausversorgung von Kindern, Qualifizierung und Ausbau der Intensivmedizin/Notfallversorgung sowie Aufnahme des Naturheilverfahrens in die stationären Krankenhausangebote.

Die in allen Plänen seit 1991 vorhandene Formulierung, dass «bedarfsnotwendige Maßnahmen» erst eingeleitet würden, wenn sich die Prognosen bei der jährlichen Überprüfung als richtig herausgestellt hätten, klingt gut. Zu bedenken ist allerdings der Effekt einer «sich selbst erfüllenden Prophezeiung». Wenn ständig Betten abgebaut werden und die Patientenzahlen steigen, muss die Verweildauer sinken. Unter Bedin-

210 Ebd., S. 592. **211** Amtsblatt 2003, Nr. 45, S. 336. **212** Ebd., S. 337. **213** Amtsblatt 2007 Nr. 39, S. 302. **214** Alle Zitate: ebd., S. 302.

gungen der finanziellen Steuerung, insbesondere der DRGs, wird dieser Effekt noch durch das ökonomische Interesse der Krankenhausbetreiber unterstützt, möglichst viele Patient*innen zu behandeln.

Krankenhausrahmenplan 2010 bis 2015

Dies war die erste vollständig veröffentlichte Fassung eines Krankenhausplans für den Stadtstaat Bremen. Der Plan hielt am Bett als Planungsgröße fest. Die Betten wurden fachabteilungsbezogen ausgewiesen. Es erfolgte eine Prognose für 2015 und ein «Szenario» für 2020. Als Grundsätze wurden unter anderem genannt: «Schwerpunktsetzung und Leistungskonzentrierung», «gesicherte Qualität», «Abbau von Doppel- und Mehrfachvorhaltungen», «arbeitsteilige Koordinierung» und «Weiterentwicklung zu Kompetenzzentren» sowie «Referenzzentren für seltene Erkrankungen».

Die Prognose wurde aus der demografischen Entwicklung, insbesondere der Entwicklung der Alterszusammensetzung, für die wichtigsten Diagnosen abgeleitet, auch aus den hierfür jeweils spezifischen Krankenhaushäufigkeiten. Kombiniert mit den jeweiligen durchschnittlichen Verweildauern ergab sich eine Zahl von Pflege- und Berechnungstagen, die dann auf Grundlage der vorgegebenen Bettennutzung in notwendige Betten umgerechnet wurde. Zusammengenommen ergaben die Analysen und Trendrechnungen für das Jahr 2015 in Bremen eine Zunahme der Fallzahl über alle Gruppen von 8.000 bzw. 5,9 Prozent. Für Bremerhaven lag sie bei 4,4 Prozent. Es gab einen großen Anteil an Mitversorgung des Umlandes. Dafür sind etwa 1.700 Betten notwendig.

Anschließend erfolgte ein Benchmarking der Leistungszahlen mit den anderen Bundesländern. Es wurde festgestellt, dass die Verweildauern in Bremen zwischenzeitlich zu den niedrigsten gehörten. Auch beim Bettenabbau wurde festgestellt, dass der von Bremen mit 20,8 Prozent seit 1998 deutlich über dem Bundesdurschnitt (14,5 Prozent) liegt. Der offensichtliche Kellertreppeneffekt bei solchen Vergleichen wurde nicht problematisiert.

Auch die Auswirkung der Planung auf die Beschäftigtenzahl findet Erwähnung (eine Seltenheit unter den Ländern). Die Tatsache, dass trotz deutlich steigender Fallzahlen die Zahl der Vollkräfte seit 1992 um fünf Prozent gesunken ist, entlockte den Autoren nur die Anmerkung, dass «die Anforderungen an das medizinische und pflegerische Personal im Krankenhaus steigen».[215]

In Bezug auf die Umsetzung des Plans 2006 bis 2009 wurde festgestellt, dass die Prognosen zutrafen bzw. Vorgaben sogar unterschritten worden waren (z. B. bei der Verweildauer). Die Differenz zwischen Prognose 2009 und Ist 2008 bei den Pflegetagen betrug für Bremen nur 0,2 Prozent.

Es folgte die Darstellung der Ist-Daten 2008, aufgeschlüsselt nach Disziplinen und Subdisziplinen. Schwerpunkte der Planfortschreibung waren die Bildung eines Kopfzentrums, inklusive der Verlagerung von Leistungen dorthin, die interdisziplinäre und geriatrische Frührehabilitation, seltene Erkrankungen, Kinder im Krankenhaus, integrierte Versorgung, die gynäkologische Unterversorgung behinderter Frauen und Mädchen, die Notfallmedizin, die Tropenmedizin, Langzeitbeatmung, die Psychiatrie-Reform und die Ausbildung. Oft findet sich nur eine Beschreibung der Problematik, aber keine erkennbare Planung.

Die Prognose ergab für Bremen folgende Ergebnisse: Absenkung der Verweildauer um 0,2 Tage, Anstieg der Fallzahl um 9.000 sowie Anstieg der Pflegetage um 60.000. Trotzdem wurde wegen der geringen Auslastung ein Abbau von 100 bis 500 Betten für möglich gehalten. Für Bremerhaven wurde von einem Reduktionspotenzial von 60 bis 180 Betten ausgegangen, in der Psychiatrie von einer Bedarfsgerechtigkeit des Bettenangebots. Im Szenario für 2020 ergaben sich im Wesentlichen die gleichen Werte.

Zu Beginn des Planungsverfahrens konnten die einzelnen Träger Anträge zur Weiterentwicklung ihres Angebots stellen. In den Vereinbarungsvorschlägen der Selbstverwaltungspartner (2. Phase) wurde für das einzelne Krankenhaus und die jeweiligen Fachgebiete die Entwicklung der Bettenzahlen und der teilstationären Plätze bis 2015 dargestellt. Auch die Bettenzahlen für spezielle Einrichtungen (z. B. Intensivstationen, Frührehabilitation, Stoke Units) wurden genannt. Außerdem wurden geplante Veränderungen (z. B. Verlagerung von Betten zwischen einzelnen Standorten eines Hauses) dargestellt.

Krankenhausrahmenplan 2018 bis 2021

2016 wurde zwischen den Selbstverwaltungspartnern und der Senatorin für Gesundheit ein «Vertrag zur Intensivierung der Zusammenarbeit bei der Fortschreibung des Krankenhausplans» geschlossen, in dem die Planerstellung näher dargestellt ist. Es wurde ein Planungsausschuss gebildet, der Leitlinien «der medizinischen Schwerpunktsetzung, der Wettbewerbsentwicklung, besonderer ggf. in Einzelplänen darzustellender stationärer Behandlungsbedarfe, der Notfallversorgung, der Anforderungen an die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung, sowie Sektoren übergreifender Versorgungsbedarfe» (§ 2) entwickeln soll. Das dreiphasige Planungsverfahren (siehe oben) blieb bestehen.

Bei den Grundsätzen gab es keine wesentlichen Änderungen. Die «Arbeitsteilige Koordinierung» und die «Definition medizinischer Kompetenzzentren» sind nicht mehr enthalten. Die Detailtiefe der Darstellung ist deutlich reduziert. Die «planungsrelevanten Qualitätsindikatoren» des Gemeinsamen Bundesausschusses sind nicht länger enthalten, wie auch sonstige Qualitätsverpflichtungen nahezu vollständig fehlen.

Es ist festgehalten, dass zwischen 2010 und 2017 insgesamt 309 Betten (5,9 Prozent) abgebaut wurden. An

215 Krankenhausrahmenplan 2010–2015, aus: Vorlage für die 4. Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit vom 6.12.2011, S. 25.

teilstationären Kapazitäten kamen 111 tagesklinische Plätze (21,3 Prozent) hinzu. 34,6 Prozent der Patient*innen kamen 2017 aus dem niedersächsischen Umland.

Der Aufbau und die Methodik der Darstellung sind im Wesentlichen wie im vorherigen Plan. Als Schwerpunkte werden genannt: die Geburtshilfe und Pädiatrie, die psychiatrische und geriatrische Versorgung, die Ausweisung von Zentren und die Ausbildung der Gesundheitsfach- und Therapieberufe.

Die prognostizierten Bettenzahlen sind nur bezogen auf Bremen und Bremerhaven und je Fachgebiet ausgewiesen. Die Zuordnung erfolgte über die Strukturgespräche der Selbstverwaltungspartner. Es gab eine kurzfristige Prognose bis 2021 (Basisjahr 2016) und eine bis 2034 mit «stark hypothetischem Charakter».[216] Bei der Bevölkerungsentwicklung sind drei Szenarien (unterschiedliche Wanderungsbewegungen) dargestellt. Bei der Verweildauerentwicklung und der Krankenhaushäufigkeit (nach Fachgebieten) wurde jeweils der Status quo als Basis der Modellrechnung zugrunde gelegt. Es erfolgt hierzu also keine Prognose mehr, das Ist wird einfach als Soll gesetzt. Damit sind die einzigen Soll-Faktoren die Bevölkerungsentwicklung und die normativ festgelegte Bettennutzung. Es ergibt sich daraus für die Stadt Bremen ein mittlerer Mehrbedarf von 177 Betten bei einer Auslastung von 80 Prozent und ein Bettenüberschuss von 32 bei 90 Prozent (Bremerhaven: +37/-19).

Als Anlage 4 zum Plan findet sich ein «Geriatrisches Zielkonzept mit Handlungsempfehlungen», aber ohne verbindliche Festlegungen. Anlage 5 ist ein Konzept zur Bewertung von Anträgen auf Zentrumsbildung (Zentren für besondere Aufgaben gemäß § 2 Krankenhausentgeltgesetz).

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Bremen verlief wie folgt:

Tabelle 24: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Alle/Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Bremen

	Akut-KH/ Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1972	19		7.087		96,5		127.665		173,9		18,1	
1977	18	-5,3	7.499	5,8	106,6	10,5	145.075	13,6	206,3	18,7	15,7	76,7
1982	16	-11,1	8.334	11,1	121,6	14,0	149.391	3,0	218,0	5,6	17	-8,3
1989	14	-12,5	7.205	-13,5	106,9	-12,0	161.955	8,4	240,4	10,3	14,6	14,1
72–89	-5	-26,3	118	1,7	10,4	10,8	34.290	26,9	66,5	38,3	-3,5	-19,3
1991	*15*		*7.291*		106,6		*159.073*		*232,7*		*14,7*	
1997	*15*	0,0	*6.575*	-9,8	97,6	-8,5	*174.825*	9,9	*259,4*	11,5	*10,8*	26,5
2002	14	-6,7	5.830	-11,3	88,1	-9,8	194.709	11,4	294,1	13,4	8,6	20,4
2007	12	-14,3	5.228	-10,3	78,8	-10,5	193.430	-0,7	291,7	-0,8	7,6	11,3
2012	12	0,0	4.934	-5,6	75,4	-4,4	201.361	4,1	307,5	5,4	7,0	8,7
2017	12	0,0	4.815	-2,4	70,7	-6,2	207.329	3,0	304,4	-1,0	6,6	4,8
2019	12	0,0	4.909	2,0	72,1	1,9	204.865	-1,2	300,7	-1,2	6,6	0,4
91–19	-3	-20,0	-2.382	-32,7	-34,6	-32,4	45.792	28,8	68,1	29,3	-8,1	-55,1

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Anmerkung zur Tabelle: kursiv = Alle Krankenhäuser, da Daten für Allgemeine Krankenhäuser nicht vorliegen.

Da die Zahlen von 1989 Allgemeine Krankenhäuser und 1991 Alle Krankenhäuser nur um ein Haus und 86 Betten differieren, scheint eine zusammenfassende Bewertung möglich. Seit 1972 wurden in Bremen sieben Krankenhäuser (-36,8 Prozent) geschlossen und 2.178 Betten (-30,7 Prozent) abgebaut. Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm in den beiden betrachteten Zeiträumen (1972 bis 1989 und 1991 bis 2019) um 10,4 bzw. um 34,6 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 26,9 bzw. um 28,8 Prozent und die Verweildauer nahm um 19,3 bzw. um 55,1 Prozent ab. Die Krankenhaushäufigkeit nahm um 66,5 bzw. 68,1 Prozent zu.

Betrachtet man die Zeit ab 1991, lag Bremen bei den Krankenhausschließungen im hinteren Mittelfeld der Bundesländer (-20 Prozent). Bei den Bettenschließungen lag es auf Platz fünf (-32,7 Prozent) (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76). In der zweiten Periode hat der jährliche Bettenabbau dramatisch zugenommen.

Aufgrund der fehlenden Pläne und weil zum Teil nur Kurzfassungen vorliegen, ist eine wertende Übersicht der Entwicklung erschwert. Die folgenden Aussagen beziehen sich daher auf die letzten Pläne.

Die Möglichkeiten zur Qualitätssicherung, die das Landesgesetz beinhaltet, wurden nicht genutzt. Fachplanungen sind nur im Ansatz vorhanden. Das Modell der Auslagerung der konkreten Planung in Verträge zwischen Kassen und Trägern ist der Einstieg in den Ausstieg aus jeglicher Planung. Es erfolgt zwar eine

216 Krankenhausrahmenplan des Landes Bremen 2018–2021, 11.9.2018, S. 55.

Prognose. Sie stellt aber nur eine pauschale Vorgabe für die Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Trägerseite dar. Die Bedarfsermittlung aus den Ist-Zahlen und der Bevölkerungsentwicklung ist zwar detailliert, es fehlen aber (Experten-)Bewertungen der Einflussfaktoren. Damit handelt es sich letztlich um eine Ableitung des Solls aus dem Ist.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 25: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Bremen (1972 bis 1989)

	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	19	8	5	6	14	5	6	3	42,1	26,3	31,6	35,7	42,9	21,4
Betten	7.087	4.639	2.017	431	7.205	4.725	2.220	260	65,5	28,5	6,1	65,6	30,8	3,6

Tabelle 26: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Bremen (1992 bis 2019)

	1992				2019				Anteil in % 1992			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	14	5	6	3	12	5	3	4	35,7	42,9	21,4	41,7	25,0	33,3
Betten	7.073	4.571	2.242	260	4.909	3.172	1.119	618	64,6	31,7	3,7	64,6	22,8	12,6

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Daten liegen erst ab 1992 vor. In der ersten Periode nahmen die Anteile der Öffentlichen und Privaten etwas ab, die der Freigemeinnützigen deutlich zu. Die Bettenanteile blieben relativ konstant. In der zweiten Periode sanken die Anteile der Freigemeinnützigen im Wesentlichen zugunsten der Privaten, die ihren Bettenanteil (auf geringem Niveau) verdreifachten.

Hamburg

GESETZGEBUNG

Hamburgisches Krankenhausgesetz (HmbKHG) 1990

Dies war das erste Gesetz. Vorher gab es nur Durchführungsverordnungen zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1935 und eine «Verordnung über wesentlich Beteiligte» gemäß KHG von 1973.

Ziele:

- «Ziel des Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in leistungs- und entwicklungsfähigen sowie sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern durch öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhausträger sicherzustellen. Dieses Gesetz soll außerdem das Zusammenwirken der Krankenhäuser mit anderen Trägern der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung sowie den Kostenträgern fördern und damit zur Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens beitragen.» (§ 1)[217]

Planung:

- Aufstellung durch zuständige Behörde, keine Parlamentsbeteiligung (Bürgerschaft), Veröffentlichung im Amtsblatt.
- «Der Krankenhausplan legt die allgemeinen Versorgungsziele fest und prognostiziert den künftigen Bedarf an Krankenhausleistungen auf der Grundlage wissenschaftlicher Methoden, insbesondere unter Berücksichtigung der Entwicklung der Krankheitsarten, der Bevölkerungszahl, der Bevölkerungsstruktur, der Krankenhaushäufigkeit, der Verweildauer, der Bettenausnutzung sowie vor- und nachstationärer Leistungsangebote. Der Krankenhausplan weist die bedarfsgerechten Krankenhäuser nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung aus, insbesondere nach Standort, Versorgungsstufe, Bettenzahl, Fachrichtungen, Versorgungsauftrag und Trägerschaft.» (§ 15)[218]
- Ausweisung der bedarfsgerechten medizinischen Großgeräte.
- Zuweisung von besonderen Aufgaben möglich.
- Allgemeine Soll-Festlegungen zur Zusammenarbeit und zur Aufgabenteilung.
- Gesetzliche Krankenkassen, private Krankenversicherungen, Krankenhausgesellschaft, zusätzlich Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalt, Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Gewerkschaften, Berufsverband Krankenpflege, Universität sind zum Plan anzuhören.

217 Mitteilung des Senats Der Bürgerschaft, Drucksache 13/6716, 11.9.1990, S. 4. **218** Ebd., S. 6f.

– Der Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung besteht nur aus Krankenhausgesellschaft, Kassen und privaten Krankenversicherungen. Er soll einvernehmliche Vorschläge für den Plan machen. Die Letztentscheidung liegt bei der zuständigen Behörde.
– Meldepflicht für freie Betten.
– Pflicht zur Notfallplanung für Brand- und Katastrophenschutz. Kann-Regelung zur Verpflichtung, Notfallaufnahmen einzurichten. (§ 3)

Förderung:
– Festlegung der Details zur Einzelförderung (auf Antrag des Trägers als Festbetrag) und Pauschalförderung (Bemessungsgrundlagen) durch Rechtsverordnung.
– Fördermittel auch für Schließung und Umstellung.
– Ermöglichung von Investitionsverträgen mit den Kassen nach § 18b KHG.

Bewertung:
Standardzielbestimmung in Zeiten der Kostendämpfung. Betonung der Notwendigkeit des «Zusammenwirkens». Die Festschreibung einer «wissenschaftlichen» Festlegung der Planungskriterien mit relativ vielen Details ist nicht üblich; ungewöhnlich ist auch, dass offensichtlich soziale Determinanten der Bevölkerungsstruktur mitberücksichtigt werden sollten. Gesellschaftliche Gruppen sind nicht im Landesausschuss vertreten, sie müssen nur angehört werden.

Zweites Gesetz zur Änderung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes 2005

Ziele und Planung: keine Änderungen.

Förderung:
– Einzelförderung soll «grundsätzlich» als Festbetrag erfolgen.
– Unschädlichkeit des Trägerwechsels.

Gesetz zur Änderung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes 2014

Ziele: keine Änderung.

Planung:
– «(1) Das Krankenhaus ist verpflichtet, Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität und dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend zu erbringen. Zur Erfüllung dieser Pflicht trifft es Maßnahmen entsprechend den Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB 5. (2) Die zuständige Behörde kann im Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten […] für qualitätssensible Leistungen oder Leistungsbereiche ergänzende Qualitätsanforderungen festlegen. Vor der Festlegung von ergänzenden Qualitätsanforderungen nach Satz 1 ist den Beteiligten […] Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. (3) Der Senat wird ermächtigt, zur Erreichung einer qualitätsgesicherten Versorgung durch Rechtsverordnung 1. für qualitätssensible Leistungen oder Leistungsbereiche, wenn eine einvernehmliche Festlegung […] nicht zustande gekommen ist, ergänzende Qualitätsanforderungen zu bestimmen und 2. Vorgaben für die Veröffentlichung von Ergebnissen für Qualitätsindikatoren festzulegen.» (§ 6b)[219]
– Pflicht, einen Qualitätsbeauftragten zu installieren.
– Anforderungen für Aufnahme in Plan (durchgängige Versorgung, Facharztstandard).
– Rücknahme und Widerruf der Aufnahme in den Plan, wenn Krankenhaus den Anforderungen (siehe oben) nicht nachkommt.

Bewertung:
Es zeigt sich eine deutliche Ausweitung der Bestimmungen zur Qualitätssicherung. Die hierbei angesprochene Rechtsverordnung wird 2018 erlassen (siehe unten).

Hamburgisches Krankenhausgesetz – neueste Fassung 2018

Ziele: keine Änderung.

Planung:
– Allgemeine Festlegungen unverändert.
– Zuständige Behörde kann die bundesweiten «planungsrelevanten Qualitätsindikatoren» nach SGB 5 in Kraft setzen (im Einvernehmen mit den «unmittelbar Beteiligten»); zusätzliche Qualitätsanforderungen werden in einer «Verordnung über ergänzende Qualitätsanforderungen» für die Teilgebiete Gefäßchirurgie, Herzchirurgie und Thoraxchirurgie festgelegt. Es handelt sich um Anforderungen an die Qualifikation der Ärzt*innen und der Pflegekräfte sowie um Verfügbarkeit von Leistungen und um strukturelle und organisatorische Vorgaben (Kernspin usw.); keine Vorgaben zur Zahl der notwendigen Ärzt*innen und Pflegekräfte (Personalbemessung).

Förderung:
– Weiterhin Einzelförderung.
– Pauschale Förderung: Bemessungsgrundlage durch Rechtsverordnung (Bemessung nach Fällen, im DRG-Bereich Case-Mix).

Bewertung:
Auch hier wurde nur die Möglichkeit geschaffen, die «planungsrelevanten Qualitätsindikatoren» und weitere Qualitätsanforderungen in Kraft zu setzen. Qualitätsvorgaben sind zu begrüßen, allerdings fehlt die notwendige Personalbemessung. Die pauschale Förderung wird an den DRGs (Case-Mix) orientiert, damit kommt es zu einer Bevorteilung von Häusern mit hohem Case-Mix-

219 HmbGVBl. Nr. 64, 30.12.2014, S. 552.

Index (z. B. Fachkrankenhäusern) und zu einer Belohnung von Leistungsausdehnungen, tendenziell aber zu einer Vernachlässigung der Grundversorgung.

Tabelle 27: Regierungsparteien und Bürgermeister in Hamburg (ab 1970)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1970–1971	SPD, FDP	Weichmann
1971–1974		Schulz
1974–1978		Klose 1
1978–1981	SPD	Klose 2
1981–1983		Dohnany 1
1983–1987		Dohnany 2
1987–1988	SPD, FDP	Dohnany 3
1988–1991		Voscherau 1
1991–1993	SPD	Voscherau 2
1993–1997	SPD, STATT	Voscherau 3
1997–2001	SPD, GAL	Runde
2001–2004	CDU, PRO, FDP	Beust 1
2004–2008	CDU	Beust 2
2008–2010	CDU, GAL	Beust 3
2010–2011		Althaus
2011–2015	SPD	Scholz 1
2015–2018	SPD, Grüne	Scholz 2
2018–2020		Tschentscher 1
2020–		Tschentscher 2

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausbedarfsplan 1973

«Der Krankenhausbedarfsplan gibt den Bestand und den Bedarf mit dem Ziel wieder […] eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten.»[220]

Der erste Krankenhausplan Hamburgs ist nur knapp eine Seite lang und gab im Wesentlichen die Gesetzeslage wieder. Im Anhang enthielt er pro Krankenhaus die Ist-Bettenzahl 1973 und das Soll bezogen auf das Zieljahr 1977. Angaben über die Berechnung des Solls gab es nicht. Es wurde nur nach Erwachsenen- und Kinderbetten sowie Psychiatrie- und Tuberkulose-Betten unterschieden.

Der Ist-Bestand betrug insgesamt 22.710 Betten (inkl. Psychiatrie und Tuberkulose) und sollte bis 1977 auf 21.207 Betten reduziert werden (-1.503 Betten). Der gewünschte Abbau wurde bezogen auf die einzelnen Fachabteilungen dargestellt.

Krankenhausbedarfsplan 1975

«Die inzwischen eingetretene Bedarfsentwicklung macht eine Fortschreibung der Planung und als ihr Ergebnis eine Ersetzung des Krankenhausbedarfsplans vom 18.12.1973 […] erforderlich.»[221]

Was mit «eingetretene Bedarfsentwicklung» gemeint ist, wurde nicht dargestellt. Das Zieljahr der Planung war 1985. Der Bedarf wurde mittels der Burton-Hill-Formel ermittelt. Die Parameter wurden ausgehend von den Ist-Zahlen geschätzt. Die Hochrechnung der Einwohnerzahl ergab für 1985 1.629.000. Bei der Krankenhaushäufigkeit wurde eine Steigerung auf 140 angenommen. Der Ist-Wert wurde nicht angegeben. Die Verweildauer wurde mit 14 Tagen angenommen, bei einem Ist von 17,2 Tagen im Jahr 1974. Die Bettennutzung wurde mit 85 Prozent vorgegeben. Für die Psychiatrie wurde eine Senkung des Bedarfs von 3,5 Betten (Soll des Krankenhausplans von 1973) pro 1.000 Einwohner*innen auf drei unterstellt. Der Psychiatrie-Bedarf hätte dann 1985 bei 4.900 Betten gelegen. Hier erfolgte die Berechnung also nicht über die Burton-Hill-Formel, sondern über die Bettenziffer. Genauso wurde bei den Tuberkulose-Betten vorgegangen. Sie sollten aufgrund des Rückgangs der Patientenzahlen von 210 auf 100 reduziert werden.

Der Ist-Stand der Betten (inkl. Psychiatrie und TBC) 1975 war 21.195, der für die Allgemeinversorgung 16.192. Das neue Soll wies nur noch 17.433 Betten (Allgemeinversorgung: 12.434) aus. Das war eine Gesamtreduzierung um 3.762 Betten (Allgemeinversorgung: 3.758) bzw. um knapp 18 Prozent (Allgemeinversorgung: 23,2 Prozent). In den Planzahlen waren 1.800 Betten für die Versorgung des Umlandes (Schleswig-Holstein, Niedersachsen) enthalten.

In einer weiteren Fortschreibung aus dem Jahr 1977 wurden die Planungsziele für 1985 nochmals korrigiert: Verringerung der Betten für die Allgemeinversorgung von 14.917 (Ist) auf 12.200 (-2.717). Die Anpassungen betrafen 1.431 Betten in öffentlichen und 1.286 Betten in freigemeinnützigen Häusern.

Krankenhausbedarfsplan 1990 (Fortschreibung 1984)

«Für den Bereich der stationären Behandlung stellt sich für den Staat die Aufgabe, eine bedarfsgerechte, das heißt medizinisch zweckmäßige, ausreichende und wirtschaftliche Krankenhausversorgung sicherzustellen. Diese Aufgabe muss – insbesondere vor dem Hintergrund der Diskussion über die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen – mit der Forderung in Einklang gebracht werden, Krankenhausleistungen zu sozial tragbaren Pflegesätzen zu erbringen.»[222]

Der Plan wurde 1984 beschlossen und hatte das Zieljahr 1990. Bei der Erstellung wurde die Stadt Hamburg vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) beraten. Ein besonderer Schwerpunkt sollte auf die Reduzierung der Kinderbetten gelegt werden, weil hier die Bedarfszahlen, insbesondere die Verweildauer, deutlich zurückgegangen waren. Die Krankenhäuser wurden in Grund- und Regelversorgung sowie Schwerpunkt- und Zentralversorgung unterteilt.

«Um eine breitbasige Allgemeinversorgung sowie eine flächendeckende Not- und Unfallversor-

220 Mitteilungen des Senats der Bürgerschaft, Drucksache VII/3565, 18.12.1973, S. 1. **221** Mitteilungen des Senats der Bürgerschaft, Drucksache 8/1205, 2.12.1975, S. 3. **222** Mitteilungen des Senats der Bürgerschaft, Drucksache 11/3619, 29.1.1985, S. 4. **223** Ebd., S. 7.

gung sicherzustellen, müssen sowohl personelle als auch bauliche und organisatorische Voraussetzungen in den Krankenhäusern erfüllt sein.»[223] Als Vorgaben wurden genannt (Soll, kein Muss): durchgehender ärztlicher und pflegerischer Dienst, Ausbildung und Einsatz von qualifiziertem Personal, die baulichen Voraussetzungen sollten eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung ermöglichen, der «Bettennachweis»[224] sollte auf die Belegung einwirken können.

Bei der Krankenhaushäufigkeit für Akut-Krankenhäuser wurde weiterhin von 141 je 1.000 Einwohner*innen ausgegangen. Das ist die gleiche Annahme wie im vorherigen Plan. Die Ist-Zahlen der Krankenhaushäufigkeit und ihre Entwicklung wurden nicht dargestellt. Nimmt man die Daten des Statistischen Bundesamts (Einwohner- und Patientenzahlen) und errechnet daraus die Krankenhaushäufigkeit, so kommt man zu ganz anderen Zahlen. Demnach lag die Krankenhaushäufigkeit im Akutbereich schon 1977 bei 201,4 und stieg bis 1987 auf 215,6 (Näheres siehe Tabelle 28). Die Differenz ist eklatant, aber letztlich aufgrund der fehlenden Angaben im Plan nicht aufzuklären. Bei den Verweildauern wurde eine Absenkung auf 13,6 Tage prognostiziert, bei einer Ist-Verweildauer 1981 von 14,6 Tagen. Die Vorgabe zur Bettennutzung sollte bei 85 Prozent bleiben. Von 1977 bis 1982 hatte sich die Bettennutzung von 81,5 auf 84,1 Prozent erhöht – trotz sinkender Verweildauer. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass das Bettenangebot eigentlich zu knapp war, um die steigende Zahl von Patient*innen zu versorgen.

Aus den im Plan aufgeführten Daten ergab sich ein Bedarf von 9.765 Akut-Betten. Hinzukommen sollten 226 Reha-Betten. Für die Versorgung von Patient*innen aus dem Umland sollten 1.900 Betten vorgehalten werden.

Anfang 1983 gab es in Hamburg laut Plan 13.116 geförderte Betten für die Allgemeinversorgung. Demgegenüber stand ein prognostizierter Bedarf von 12.100 Betten für 1990. Der Bedarf wurde weiterhin nicht nach Fachrichtungen erhoben. Die Betten werden aber pro Fachabteilung ausgewiesen.

Die Entwicklung in der Psychiatrie wurde in einem gesonderten Bericht behandelt. Der Bettenbestand von 2.886 zum 1. Januar 1983 sollte bis 1990 auf 2.221 abgebaut werden.

Der Plan stellte fest, dass nach dem Abbau von rund 3.000 Betten zwischen 1975 und 1982 der Bettenabbau «in spektakulärer Größenordnung»[225] abgeschlossen sei, dass nur noch Anpassungen an die Veränderung der Planungsparameter nötig seien und dass man in einen «Abschnitt der Konsolidierung» eingetreten sei, der für die Verwirklichung struktureller Zielvorstellungen (Differenzierung nach Fachdisziplinen und Versorgungsstufen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Verteilung des Leistungsangebots unter regionalen Gesichtspunkten, Aufgabenteilung und Zusammenarbeit, Ausbau krankenhausentlastender Einrichtungen) genutzt werden sollte. Den geplanten Abbau von 1.000 weiteren Betten als Konsolidierung zu bezeichnen ist schon ziemlich dreist.

Der bundesgesetzlichen Verpflichtung zur Großgeräteplanung (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz) wurde durch eine Ist-Ausweisung der vorhandenen Geräte und durch die Bildung einer Arbeitsgruppe nachgekommen.

In einem eigenen Abschnitt wurde das Thema «Bettenabbau und Personalplanung in öffentlichen Krankenhäusern»[226] behandelt. Dass dieses Thema überhaupt angesprochen wurde, ist nicht der Normalfall beim bundesweiten Bettenabbau. Es wurde betont, dass keine Entlassungen durchgeführt werden sollten. Insgesamt wurden 1.175 Stellen «freigesetzt», sprich gestrichen, und die Mitarbeiter*innen auf andere Stellen verschoben. Bis 1990 sollten weitere «650 bis 700 Mitarbeiter freigesetzt werden».[227]

Krankenhausplan 1995 (Fortschreibung 1990)

Der Plan wurde 1990 verabschiedet und hatte 1995 als Zieljahr. Während damals in anderen Bundesländern bereits der Rückzug aus der Planung begann, hielt Hamburg weiterhin an einer detaillierten Planung fest: «Zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen bedarf es eines komplexen Planungsverfahrens, bei dem auf der Grundlage einer Bestandsaufnahme eine Prognose für die künftige Entwicklung der Krankenhausversorgung gegeben werden soll. Die Planung beschränkt sich dabei nicht auf eine rein rechnerische Bedarfsermittlung, sondern berücksichtigt auch andere für die Gesamtplanung wichtige Untersuchungen und Analysen.»[228]

Andererseits kam in den weiteren Ausführungen ein gewisses Unbehagen der Autoren über die Notwendigkeit der Planung zum Ausdruck: «In einer vorwiegend marktwirtschaftlich ausgerichteten Gesellschaft gilt die Planung eines wesentlichen Wirtschaftssektors als Fremdkörper. Da der Staat nach herrschender […] Auffassung einen Sicherstellungsauftrag hinsichtlich des Angebotes an stationärer Versorgung hat, bleibt zur Zeit [Hervorhebung d. Verf.] keine andere Möglichkeit als staatliche Rahmenplanung auf dem Krankenhaussektor. Weil Marktprozesse notwendigerweise immer ein gewisses Risiko beinhalten und damit eine partielle bzw. räumlich oder zeitlich beschränkte Über- bzw. Unterversorgung nicht ausgeschlossen werden kann, könnte der Staat seinen Sicherstellungsauftrag unter Zuhilfenahme der Steuerungsinstanz ‹Markt› nicht immer und überall erfüllen.»[229]

In einem weiteren Absatz widmete sich der Plan der Situation der Beschäftigten, insbesondere in der Pflege, und forderte unter anderem Verbesserungen beim

224 Der Krankenhausbettennachweis (KBN) ist eine Einrichtung der Gesundheitsbehörde. Sie hat die Aufgabe, Patient*innen (nicht Notfälle) möglichst schnell ein geeignetes Bett zu vermitteln. Ausdruck der existierenden Bettenknappheit ist die Aussage in diesem Zusammenhang: «Trotz der Bemühungen der Gesundheitsbehörde kann es in Spitzenbelegungszeiten vorkommen, dass die Patienten nicht immer in das von ihnen gewünschte Krankenhaus eingewiesen werden können.» (Ebd., S. 21) **225** Ebd., S. 17. **226** Ebd., S. 35. **227** Ebd. **228** Mitteilungen des Senats der Bürgerschaft, Drucksache 13/6891, 16.10.1990, S. 3. **229** Ebd.

Stellenschlüssel, einen Ausbau der Ausbildungsplätze und Veränderungen beim Arbeitsablauf.[230] Die Konsequenz, eine verbindliche Personalbemessung einzuführen, wurde nicht gezogen.

Die geriatrisch/rehabilitative Versorgung sollte ausgebaut werden. Insgesamt sollte die Krankenhausplanung «morbiditätsorientiert» werden.[231] Dies sollte durch detaillierte Ist-Analysen und eine Betrachtung der Entwicklung von Krankheiten und ihrer Behandlungsmöglichkeiten unter Einbeziehung von medizinischen Expert*innen und durch eine Feinstrukturierung des Versorgungsangebots ebenfalls unter Einbeziehung von Expert*innen geschehen.

Dies war deutlich erkennbar ein anderer Ansatz als in anderen Ländern. Dennoch hingen die Ergebnisse selbstverständlich nicht nur von diesem methodischen Ansatz ab, sondern auch weiterhin von den zugrunde gelegten Bedarfsdeterminanten.

Zu Recht erkannte der Plan das Problem, dass es darauf ankommt, von welcher Morbidität man ausgeht: von der «wahren» (ohne Fehlversorgung) oder der «behandelten» Morbidität? Er entschied sich für die «behandelte» Morbidität, wollte diese allerdings einer kritischen Analyse unterziehen. Solche Analysen sollten für 130 Krankheitsgruppen durchgeführt werden. Was daraus geworden ist, wird in den weiteren Plänen nicht erwähnt.

Geprüft wurde außerdem, ob den Krankenhäusern Versorgungsaufträge (Zuordnung von Leistungskatalogen) entsprechend ihrer Versorgungsstufe erteilt werden sollten. Zumindest für den Plan 1995 wurde dies bis auf die Bereiche Geburtshilfe, Pädiatrie und Geriatrie verworfen.

Für die Geriatrie wurden folgende Vorgaben formuliert: räumliche Anbindung an ein Akut-Krankenhaus, Vorhaltung von speziellen Leistungsbereichen (z. B. physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, psychologischer Dienst, Sozialdienst), Vorhaltung einer Tagesklinik, Zusammenarbeit mit ambulanten und komplementären Versorgungsangeboten.

Bei Geburtshilfe und Pädiatrie gab es drei Versorgungsstufen mit unterschiedlichen Anforderungen (Regelversorgung ohne Risikogeburten, geburtshilflich-neonatologischer Schwerpunkt, Perinatal-Zentrum). Auf eine weitere Reduzierung der Bettenzahlen wurde verzichtet. Die Kinderintensivkapazitäten sollten ausgebaut werden.

Weitere strukturelle Vorgaben bezogen sich auf die Intensivmedizin allgemein, die Herzchirurgie, die Schmerzbehandlung und die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender.

Die Vorgabe von Strukturzielen und von Prüfaufträgen sowohl in Bezug auf einzelne Krankenhäuser als auch auf Fachgebiete wurde in allen weiteren Krankenhausplänen fortgesetzt, konnte aber im Rahmen dieser Studie nicht näher untersucht werden.

Die gemäß § 10 KHG abgestimmten Großgeräte wurden in den Einzelblättern der Krankenhäuser ausgewiesen. Die Planung sollte auf der Basis des Entwurfs der Großgeräte-Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzt*innen und Krankenkassen 1989 (Durchschnittswerte der Relation Einwohner*in je Gerät) und eines Gutachtens erfolgen.

Problematisiert wurde auch die Vorgabe einer 85-prozentigen Belegung in Bereichen mit niedriger Verweildauer und vielen akuten Fällen. Auch die Vorausschätzung der Verweildauer auf Grundlage der Entwicklung der Ist-Zahlen wurde infrage gestellt, weil geringe Änderungen zu großen Auswirkungen auf die Zahl der notwendigen Betten führen (in Hamburg: ein Tag weniger Verweildauer = 1.000 Betten). Die Problematik sollte durch die Einbeziehung von medizinischen Expert*innen entschärft werden.

Auf der Basis dieser Überlegungen wurden für alle Fachgebiete die Planungsparameter festgelegt. Insgesamt führte dies zu folgenden Vorgaben für 1995:

- Bei der Bevölkerungsentwicklung wurde von 67.400 zusätzlichen Einwohner*innen ausgegangen. Das entsprach 539 mehr Betten.
- Bei der Krankenhaushäufigkeit wurde mit einer Zahl von 205,16 gerechnet.
- Bei der Verweildauer wurde eine Absenkung um 2,64 Tage prognostiziert, allerdings mit dem Vorbehalt, dass dies nur mit einer Verbesserung der Personalsituation möglich sei.
- Die Bettennutzung wurde mit 84 Prozent festgelegt.

Die letzten drei Parameter wurden pro Fachgebiet festgelegt und waren daraus berechnete Durchschnittswerte. Der Plan kam zu dem Gesamtergebnis, dass 1995 12.937 Betten notwendig sein würden (inkl. Reha im Krankenhaus und inkl. auswärtiger Patient*innen; ohne Psychiatrie). Das Ist im Jahr 1990 betrug 12.366 Betten.

Die Planung für die Psychiatrie erfolgte auf der Basis eines Gutachtens der Firmen Dornier und IGES. Im Plan war ein Abbau von 321 Betten und ein Plus von 30 Plätzen vorgesehen.

Krankenhausplan 2000 (Fortschreibung 1995)

Der Plan wurde 1995 aufgestellt und hatte das Zieljahr 2000. Er hielt an der «morbiditätsorientierten» Planung fest. In Bezug auf das 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurde betont, dass die Planung nur noch eine Kapazitätsobergrenze darstelle und dass die Planungsbehörde Vereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Kassen zur Bettenreduzierung «nachdrücklich unterstützen» würde.[232]

Es blieb bei dem Vorgehen, wie beim Plan 1995 beschrieben (siehe oben). Die neuen Behandlungs- und Entgeltformen des Gesundheitsstrukturgesetzes (teilstationär, vor- und nachstationär, ambulantes Operieren) sollten berücksichtigt werden. Die Planungsparameter (Bevölkerungsentwicklung, Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer, Bettennutzung) wurden für die einzelnen Fachgebiete dargestellt. Insgesamt

230 Ebd., S. 4. **231** Ebd., S. 5. **232** Mitteilungen des Senats der Bürgerschaft, Drucksache 15/4412, 21.11.1995, S. 7.

ging der Plan von folgenden Parametern aus: Krankenhaushäufigkeit: 254,96,[233] Verweildauer: 9,74 Tage, Bettennutzung: 88,48 Prozent.

Die im Großgeräteausschuss «abgestimmten» Großgeräte wurden weiterhin in den Einzelblättern der Krankenhäuser ausgewiesen. Für die weitere Planung wartete man auf eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit, die aber nie kam. Beim nächsten Plan hatte sich die Sache dann aufgrund gesetzlicher Änderungen (Gesundheitsreformgesetz) erledigt.

Obwohl die Zahl der Betten im Zeitraum 1973 bis 1995 bereits um 4.866 reduziert worden war und die Zahl der Patient*innen um rund 27 Prozent gestiegen war, sollten bis zum Jahr 2000 weitere 894 Betten abgebaut werden. 440 Betten sollten für die geriatrische Versorgung umgewidmet werden. Zusätzlich sollten 387 teilstationäre Behandlungsplätze «im Wesentlichen durch Bettenumwandlung» neu geschaffen werden.

1998 erfolgte eine Zwischenfortschreibung des Plans auf Grundlage eines Gutachtens des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG), das die Streichung von weiteren 574 Betten empfahl. Zur Umsetzung hieß es im Krankenhausplan 2005: «In diesem Sinne wurde mit der Zwischenfortschreibung weniger das Ziel einer vollständigen Umsetzung der gemäß Gutachtenergebnis rechnerisch zur Disposition stehenden Kapazitäten als vielmehr die Vorbereitung struktureller, mit dem Krankenhausplan 2005 umzusetzender Entscheidungen angestrebt.»[234] Die Zwischenfortschreibung war umstritten. Die Kassen verlangten stärkere Kürzungen. Die Planungsbehörde legte daraufhin fest, dass weitere 339 Betten abgebaut werden sollten.

Krankenhausplan 2005 (Fortschreibung 2000)

Der Plan wurde 2001 aufgestellt und hatte das Zieljahr 2005.

Bezugnehmend auf die für 2003 geplante Einführung der DRGs wurde kritisch ausgeführt: «Angebotsorientierte Krankenhausplanung einerseits und die Vergütungsregelungen eines leistungsorientierten Entgeltsystem auf der Basis von DRG-Fallpauschalen andererseits sind konkurrierende oder gar sich ausschließende Prinzipien zur (bedarfsgerechten) Steuerung von Krankenhausleistungen. So wird das Ziel der Krankenhausplanung, eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern zu gewährleisten unterlaufen, wenn die Krankenhäuser, die in dem Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, unter den Bedingungen des neuen Entgeltsystems aus den Erlösen für die erbrachten Leistungen keine ausreichenden Mittel zur Finanzierung ihres laufenden Betriebes erhalten.»[235]

Dann allerdings folgte der Schwenk Richtung Mainstream: «Unter dem Eindruck dieses Antagonismus gestaltet der Krankenhausplan 2005 die Struktur der klinischen Versorgung in Hamburg in einer Weise, die die stationären Leistungsanbieter für den zunehmenden Wettbewerb in der gesundheitlichen Versorgung ertüchtigt.»[236] Im Plan wurden jetzt auch vergleichend die Bettendichte und die Bettennutzung der Bundesländer aufgeführt. Hamburg lag über dem Bundesschnitt. Das war aufgrund der Mitbehandlung von Patient*innen aus dem Umland (25 Prozent aller Fälle) nicht überraschend. Auch die Krankenhaushäufigkeit, die Verweildauern und die Fallkosten wurden verglichen. Offensichtlich sollte der Benchmark-Ansatz den notwendigen Druck herstellen, um weiterhin Bettenabbau betreiben zu können.

Zur Erarbeitung des Plans war ein Lenkungsgruppe bestehend aus den Kassen und der Krankenhausgesellschaft gebildet worden, die bei der Erstellung des Plans «eng zusammenarbeitete». Zusätzlich wurde die Erstellung eines vorbereitenden Gutachtens (IGES und ISEG) in Auftrag gegeben. Das Gutachten wurde öffentlich vorgestellt und in Gesprächen mit den einzelnen Krankenhäusern erörtert. Das einvernehmlich erzielte Ergebnis war, dass im Jahr 2005 noch 11.800 Planbetten vorgehalten werden sollten. Außerdem sollte eine Reduzierung der Krankenhausstandorte angestrebt werden.

Das Gutachten bzw. im Anschluss der Plan kam zu folgenden Prognosen:

- Zunahme der Patientenzahl um 4,7 Prozent.
- Sinken der Verweildauer auf 7,2 Tage (1998: 8,8 Tage).
- Anstieg des Auslastungsgrads von 79,3 auf 84,6 Prozent.
- Verringerung der Bettenzahl um 19 Prozent (das waren 2.796 Betten weniger).
- Die Zahl der tagesklinischen Behandlungsplätze sollte auf 793 erhöht werden (Ist 2000: 556).

Der Plan ging jetzt – auch aufgrund eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichts – vom «tatsächlichen Bedarf» aus (es wurden also z. B. auch Patient*innen berücksichtigt, die aus dem Umland kommen) und kalkulierte den Bettenbedarf entsprechend. Außerdem wurden von nun an auch diejenigen Krankenhäuser miteingerechnet (Häuser mit Versorgungsvertrag und Belegkrankenhäuser), die bisher nicht in den Plänen enthalten waren.

Die Zuordnung Krankenhäuser zu Versorgungsstufen wurde mit Hinweis auf die DRGs aufgegeben. Sie wurden nur noch nach dem Kriterium «Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung» unterteilt. Auch die gesonderte Ausweisung von Intensivbetten wurde aufgegeben. «Vor dem Hintergrund des Anspruchs einer Rahmenplanung»[237] erfolgte grundsätzlich keine Aus-

233 Die Krankenhaushäufigkeit fiel deshalb so hoch aus, weil in ihr alle behandelten Fälle (auch Nicht-Hamburger) bezogen auf die Hamburger Bevölkerung dargestellt sind. Auch bei der Bettenprognose wurde in den bisherigen Plänen der Teil der Betten, der für die Umlandversorgung notwendig war, abgezogen statt mitberechnet. Dies erklärt zum Teil die Differenzen zwischen Bettenzahlen in den Plänen und Bettenzahlen in der Realität. **234** Mitteilungen des Senats der Bürgerschaft, Drucksache 16/5822, 3.4.2001, S. 2–3. **235** Ebd., S. 2–5. **236** Ebd. **237** Ebd., S. 6–9.

weisung mehr von Schwerpunkten unter der Fachgebietsebene (einzelne Ausnahmen blieben möglich). Der Rückzug aus der Planung nahm also deutlich Fahrt auf.

Krankenhausplan 2010 (Fortschreibung 2005)
Der Plan wurde 2007 aufgestellt und hatte das Zieljahr 2010.

Als Leitbild für den neuen Plan kann das folgende Zitat dienen: «Dabei muss dem Wettbewerb um den Patienten/die Patientin mit der bestmöglichen Leistung eine künftig stärker werdende Rolle zukommen.»[238]

Wieder erfolgte die Planung auf der Basis eines Gutachtens (ISEG). Es wurden 16 «Konsensuskonferenzen» mit über 300 medizinischen Expert*innen und den Beteiligten gemäß Landeskrankenhausgesetz durchgeführt. Ursprünglich sollten nur noch Leistungsmengen und Kapazitätskorridore beschrieben werden. Planbetten sollten nur noch nachrichtlich aufgenommen werden. Aufgrund der fehlenden Datenbasis der DRG-Statistiken musste dieses Vorhaben jedoch aufgegeben werden.

Stattdessen wurde im Wesentlichen auf eine Ist-Berechnung des Bettenbedarfs aufgrund der Fallzahlen und Verweildauern des Jahres 2006 umgestellt, diese Zahlen wurden als Soll für das Jahr 2008 genommen. Die Zahlen für 2010 beruhten dann auf einer rechnerischen Trendabschätzung und den «Konsensuskonferenzen». Als prognostizierter Planungsparameter ging also nur noch die Bevölkerungsentwicklung ohne eine Differenzierung nach sozialen Kriterien ein. Für Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer wurden die Ist-Zahlen verwendet. Die Bettennutzung wurde auch auf Basis der Ist-Zahlen normativ festgelegt. Der Planungshorizont betrug nur noch zwei Jahre. 2009 sollte es eine weitere Zwischenfortschreibung geben, in die dann die Zahlen von 2008 einfließen sollten. Die Planung reduzierte sich also auf ein Monitoring der Entwicklung, bestenfalls mit kurzfristigen Reaktionen.

Tendenziell gingen damit Änderungen bei der Behandlung (z. B. medizinischer Fortschritt) und beim Gesundheitszustand der Bevölkerung nur noch als Rechnungskorrektur über die Expertenmeinungen ein und hatten dementsprechend nur einen geringen Einfluss. «Ausgehend von dieser ‹Nullstellung› wurde das Betten-Soll zum 1. Januar 2008 unter Berücksichtigung bereits bestehender krankenhausspezifischer Rahmenbedingungen (z. B. bauliche Vorgaben) angepasst. Es ist zu betonen, dass diese sogenannte Nullstellung keine Kapazitätsreduzierung oder gar Leistungseinschränkung darstellt. Vielmehr wird dadurch eine numerische Anpassung der benötigten Planbetten an die Realität nachvollzogen, welche beschreibt, wie viele Planbetten für die in 2006 erbrachten Leistungen benötigt wurden.»[239]

Das war kreativ: Nicht das Ist wurde an das Soll angepasst, sondern der Plan an das Ist.

Aufgrund der DRGs sollte es mehr Flexibilität geben. Deshalb wurden für den Planungszeitraum nur noch die Standorte und die einzelnen Fachgebiete der Krankenhäuser ausgewiesen. Zusätzlich sei «bis auf Weiteres» gesetzlich auch die Ausweisung der Betten pro Krankenhaus und Fachabteilung notwendig, aber die Kapazitäten könnten ja um bis zu zehn Prozent verschoben werden. Die vorgegebene Bettennutzung wurde an die Verweildauer angepasst (je höher die Verweildauer, umso höher muss die Bettennutzung sein).

Die Kapazität der Plankrankenhäuser sollte bis zum 1. Januar 2008 auf 11.078 Betten reduziert werden (-927 Betten). Die Zahl der teilstationären Behandlungsplätze sollte von 821 auf 915 erhöht werden. Für Ende 2010 wurde nachrichtlich eine Planbettenzahl von 10.030 Betten angegeben.

Was die Qualitätsanforderungen angeht, so verwies der Plan einerseits auf die Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und auf die medizinischen Leitlinien. Für ausgewählte Versorgungsschwerpunkte (Notfallversorgung, Herzinfarkt- und Schlaganfallversorgung, Geburtshilfe und Neonatologie) sah er besondere Konzepte vor.

Krankenhausplan 2015 (Fortschreibung 2010)
Der Plan wurde 2010 erstellt. Die 2009 erfolgte Zwischenfortschreibung des Plans 2010 ergab nun 11.191 notwendige Betten und 936 teilstationäre Behandlungsplätze. Das Betten-Soll zum 1. Januar 2011 betrug 11.344 Betten und 963 Behandlungsplätze.

«Zur Prognose des Planbettenbedarfs wurde, differenziert nach Fachgebieten, eine Vorausberechnung zur Bestimmung des demografischen Effekts auf das Behandlungsvolumen und dem sich daraus ergebenden Bettenbedarf zum Jahr 2015 ermittelt (Status-quo-Prognose). Darüber hinaus gehende qualitative Faktoren wie Veränderungen durch medizinischen Fortschritt, Veränderungen in der Versorgungsstruktur etc. wurden unter Würdigung der Aussagen der Fachgesellschaften und Fachgebietskonferenzen anschließend zusätzlich berücksichtigt.»[240]

Das Ergebnis:
- Planbetten nach Status-quo-Prognose vom 31. Dezember 2015 (rechnerisch): 11.629 Betten,
- Planbetten zzgl. Aufschlag für qualitative Entwicklung: 11.811 Betten.

Es wurde also auf den vorher hochgelobten «morbiditätsorientierten» Ansatz verzichtet. Stattdessen wurden lediglich noch die Ist-Zahlen verwendet bzw. entsprechend der demografischen Entwicklungsprognose auf das Zieljahr hochgerechnet. Hinzu kam noch ein «Expertenzuschlag» von 182 Betten. Auch dieser Plan sollte nach zwei Jahren «zwischenfortgeschrieben» werden.

Ansonsten folgte der Plan 2015 in Zielsetzung, Aufbau, Planungsverfahren und Planungsmethode («Nullsetzung») ganz dem Plan 2010. Auffallend ist, dass die

238 Mitteilungen des Senats der Bürgerschaft, Drucksache 18/7221, 23.10.2007, S. 2. **239** Ebd., S. 3. **240** Mitteilungen des Senats der Bürgerschaft, Drucksache 19/7920, 23.11.2010, S. 2.

«Prosa» immer mehr zunahm und die eigentliche Planung kaum mehr Raum beanspruchte. Zwischenzeitlich umfasste der Plan 334 Seiten.

Zur Qualitätssicherung wurde im Wesentlichen auf die bundesgesetzlichen Vorschriften verwiesen.

Zwischenzeitlich machten sich auch die indirekten Folgen der DRGs immer deutlicher bemerkbar: Der Landesbetrieb Krankenhäuser wurde an Asklepios verkauft, es gab Fusionierungen von freigemeinnützigen Krankenhäusern und die Zahl der Privaten nahm zu. Hatte es 1990 noch neun private Krankenhäuser mit 553 Betten gegeben, so waren es 2010 bereits 31 mit 6.640 Betten.[241]

Auch bei diesem Plan erfolgte eine Zwischenfortschreibung 2012 auf Basis der Ist-Daten von 2011. Die Planbettenzahl wurde um 223 Betten und vier Behandlungsplätze erhöht, die in der Psychiatrie um vier Betten reduziert und um 141 Behandlungsplätze erhöht.

Krankenhausplan 2020 (Fortschreibung 2015)

Der Plan wurde 2015 mit dem Zieljahr 2020 erstellt. Eine weitere Zwischenfortschreibung erfolgte 2017. Es gab keine wesentlichen Änderungen im Planungsprozess und bei den Planungsmethoden. In die Planungsparameter ging ein weiterer Anstieg der Fälle (+17.309) und der Belegungstage zwischen 2013 und 2014 ein. Die Verweildauer sank um 0,2 Tage.

Die Berechnung des Bettenbedarfs für den Plan 2020 erfolgte wieder nach der Status-quo-Prognose (siehe oben), diesmal allerdings für das Zieljahr 2020 mit einem Verweildauerabschlag von 0,2 Tagen, weil die Verweildauer in Hamburg im Vergleich mit anderen Bundesländern als zu hoch erachtet wurde.

Die Berechnung ergab für den 1. Januar 2016 insgesamt 136 Betten mehr als im Plan 2015 (11.740). Zusätzlich sollten aufgrund zusätzlicher «Angebote und Anträge» 122 Betten mehr in den Plan aufgenommen werden.

Obwohl die Psychiatrie stark ausgelastet war, sollte es hier wegen der erwartenden Veränderungen durch die Einführung des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), dem Pendant der DRGs in der Psychiatrie, keine weiteren Betten geben. Lediglich für «zusätzliche Angebote» sollten im Saldo 40 Betten hinzukommen.

Zum 31. Dezember 2020 ergaben sich rechnerisch 12.346 Betten. Dies bedeutete zwar eine Erhöhung der Bettenzahl, zeigt aber dennoch die Anfälligkeit dieser Berechnungsart, wenn mit dem Verweildauerabschlag die zusätzlich notwendige Bettenzahl um 312 Betten gesenkt werden kann.

In den Plan wurden auf der Basis dieser Rechnungen folgende Bettenzahlen aufgenommen:
1. Januar 2016: 12.108 Betten und 11.656 Behandlungsplätze,
31. Dezember 2020: 12.346 Betten und 11.65 Behandlungsplätze.

Qualitätsvorgaben sollten eine wichtigere Rolle einnehmen. Weitere Qualitäts- und Strukturvorgaben befanden sich in der Planung. Seit der Änderung des Hamburger Krankenhausgesetzes 2014 (siehe dort) müssen die Krankenhäuser die Erfüllung der einzelnen gesetzlichen Vorgaben schriftlich bestätigen. Das Land hatte angekündigt, eigene planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu entwickeln. 2016 kam es zu einvernehmlichen Qualitätsvorgaben für die Neurochirurgie, 2018 folgten Vorgaben für die Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie (siehe oben unter Gesetze).

Ein Schwerpunkt sollte der Ausbau der Geriatrie sein (durch «kompensatorische Umwidmung» anderer somatischer Betten) sowie die Weiterentwicklung der Psychiatrie und Psychosomatik.

Die Zwischenfortschreibung 2017 ergab für den 1. Januar 2018 ein Soll von 12.493 vollstationären Betten und 1.269 teilstationären Plätzen, das auch für 2020 Geltung haben sollte. Auch dies stellte nochmals eine Erhöhung der Bettenzahl dar (+385 Betten im Vergleich zum Ist 2016).

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Hamburg verlief wie folgt:

241 Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 6.1, Grunddaten der Krankenhäuser 1990 und 2010.

Tabelle 28: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Hamburg

	Akut-KH/ Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1972	54		17.177		97,3		291.249		164,9		17,9	
1977	54	0,0	16.196	-5,7	96,4	-0,9	338.367	16,2	201,4	22,1	14,6	71,6
1982	41	-24,1	15.423	-4,8	91,9	-4,7	325.586	-3,8	200,5	-0,4	15	-2,7
1989	41	0,0	14.922	-3,2	91,8	-0,1	357.022	9,7	219,5	9,5	13,2	12,0
72–89	-13	-24,1	-2.255	-13,1	-5,5	-5,6	65.773	22,6	54,6	33,1	-4,7	-26,3
1991	42		15.292		91,6		330.651		198,1		14,7	
1997	37	-11,9	14.031	-8,2	82,3	-10,2	346.597	4,8	203,3	2,6	11,8	19,7
2002	35	-5,4	12.503	-10,9	72,3	-12,1	388.926	12,2	225,0	10,7	9,3	21,2
2007	44	25,7	12.029	-3,8	67,9	-6,1	402.754	3,6	227,5	1,1	8,6	7,5
2012	49	11,4	12.126	0,8	69,9	2,9	470.915	16,9	271,5	19,4	7,9	7,7
2017	53	8,2	12.532	3,3	68,5	-2,1	505.019	7,2	275,9	1,6	7,5	5,5
2019	54	1,9	12.787	2,0	69,2	1,1	498.158	-1,4	269,7	-2,2	7,5	-0,5
91–19	12	28,6	-2.505	-16,4	-22,4	-24,5	167.507	50,7	71,5	36,1	-7,2	-48,7

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Seit 1972 wurden in Hamburg 4.760 Betten abgebaut. Die Zahl der Krankenhäuser fiel bis 1989 auf 41 und stieg dann wieder auf 54 an. Eine gewisse Sonderentwicklung besteht darin, dass sich auch die Zahl der Betten seit 2002 wieder nach oben entwickelt. Im Zeitraum 1991 bis 2019 lag Hamburg im Vergleich der Bundesländer (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76) beim Krankenhausabbau an letzter Stelle (+28,6 Prozent), beim Bettenabbau an viertletzter Stelle (-16,4 Prozent). In der zweiten Periode nahm der Bettenabbau pro Jahr sogar ab.

Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen sank in den beiden betrachteten Zeiträumen (1972 bis 1989 und 1991 bis 2019) um 5,5 bzw. um 22,4 Prozent. Die Patientenzahl stieg um 22,6 bzw. um 50,7 Prozent und die Verweildauer nahm um 26,3 bzw. um 48,7 Prozent ab. Die Krankenhaushäufigkeit nahm um 54,6 bzw. sogar um 71,5 Prozent zu.

In der Planung wurde lang an einer detaillierten («morbiditätsorientierten») Vorgehensweise festgehalten, bis dann im Rahmen der DRG-Einführung in Richtung Mainstream eingeschwenkt wurde. Allerdings gab es immer noch Expertenanhörungen und eine Fünf-Jahres-Prognose, die relativ detailreich erstellt wurde. Auch die Bettenzahlen der einzelnen Krankenhäuser werden nach wie vor pro Fachgebiet ausgewiesen.

Sinnvolle Qualitätsanforderungen wurden (leider nur für Teilgebiete und ohne Personalbemessung) formuliert.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 29: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Hamburg (1972 bis 1989)

	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	54	15	22	17	41	13	19	9	27,8	40,7	31,5	31,7	46,3	22,0
Betten	17.177	11.682	4.698	797	14.922	9.385	5.043	494	68,0	27,4	4,6	62,9	33,8	3,3

Tabelle 30: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Hamburg (1991 bis 2019)

	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	42	12	21	9	54	3	12	39	28,6	50,0	21,4	5,6	22,2	72,2
Betten	15.292	9.457	5.281	554	12.787	1.753	4.115	6.919	61,8	34,5	3,6	13,7	32,2	54,1

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Charakteristisch für Hamburg ist der nahezu vollständige Ausverkauf der öffentlichen Krankenhäuser (nur noch 5,6 Prozent Häuser und 13,7 Prozent der Betten sind in öffentlicher Hand). Auch die Zahl der freigemeinnützigen Häuser ging deutlich zurück. Hamburg ist mit 54,1 Prozent privaten Betten das einzige Bundesland (gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern mit 50,4 Prozent), in dem die Privaten die Mehrheit aller Betten betreiben. Sie haben ihren Häuseranteil mehr als verdreifacht und ihren Bettenanteil um das 15-Fache erhöht.

Hessen

GESETZGEBUNG

Hessisches Krankenhausgesetz (HKHG) 1973

Ziele:
- Zuständig für Sicherstellung: Land, Landkreise, kreisfreie Städte und Landeswohlfahrtsverband, Erfüllung auch durch private Trägerschaft. (§ 1)

Planung:
- «Die Krankenhausbedarfsplanung soll die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen durch die Entwicklung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser sicherstellen.» (§ 3)[242]
- Ausweisung des Bettenbedarfs – unterteilt nach Versorgungsgebiet, nach Zahl und Standort.
- Unterteilung in Allgemeine Krankenhäuser, Fach- und Sonderkrankenhäuser.
- Meldepflicht von freien Betten pro Versorgungsgebiet an einen zentralen Bettennachweis (Leitstelle des Rettungsdienstes).
- Krankenhauskonferenz der Träger eines Versorgungsgebiets (Aufgaben: Erfahrungsaustausch und Zusammenarbeit, Weiterentwicklung des Krankenhausbedarfsplans).
- Aufstellung durch Sozial- und Innenministerium im Benehmen mit kommunalen Spitzenverbänden und unter Beteiligung der «wesentlichen Beteiligten» (Kassen, Krankenhausträger), keine Parlamentsbeteiligung, Veröffentlichung im Staatsanzeiger.

Förderung:
- Beteiligung der Landkreise und kreisfreien Städte an Investitionskosten durch Umlage gemäß Finanzausgleichsgesetz.
- Festlegung der Förderbestimmungen über Rechtsverordnung.
- Förderung nur wenn die oben genannten Verpflichtungen erfüllt werden. Einstellung der Förderung, wenn sie nicht mehr erfüllt werden.
- Förderung von Wohnheimen und Ausbildungsstätten.

Sonstiges:
- Privatstationen werden nicht mehr errichtet, vorhandene «Privatbetten» sind einzugliedern, bezahlte Sonderleistungen für «Privatpatient*innen» möglich, wenn dadurch andere Leistungen nicht beeinträchtigt werden.

Bewertung:
Es gibt keine Zielbestimmung und nur eine äußerst dürftige Beschreibung dessen, was ein Krankenhausbedarfsplan soll. Es gibt weder eine Unterteilung nach Versorgungsstufen noch Prognosedaten. Beteiligt an der Erstellung und Fortschreibung des Plans ist nur der «engste» gesetzlich vorgegebene Kreis. Auch hier gibt es den Versuch, auf regionaler Ebene Gespräche zu führen, allerdings nur mit den Krankenhausträgern und ohne Entscheidungsbefugnis. Die pauschale Förderung erfolgte anfangs über die Bettenzahlen. Die Förderung von Ausbildungsstätten, die in die bundesgesetzliche Rahmenregelung (KHG) erst 1981 aufgenommen wurde, erfolgte in Hessen bereits ab 1973. Diese frühzeitige Förderung von Ausbildungsstätten und von Wohnheimen ist in anderen Bundesländern nicht üblich.

Hessisches Krankenhausgesetz 1989

Ziele:
- «Ziel des Gesetzes ist es, im Lande Hessen eine patienten- und bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen durch ein flächendeckendes gegliedertes System leistungsfähiger, sparsam wirtschaftender und eigenverantwortlich arbeitender Krankenhäuser und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. (2) Bei der Durchführung dieses Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten; insbesondere ist frei-gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ausreichend Raum zur Mitwirkung an der Krankenhausversorgung der Bevölkerung zu geben.» (§ 1)[243]
- Gewährleistung der Versorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes und der Gebietskörperschaften.
- Verpflichtung zur Zusammenarbeit innerhalb ihres Einzugsgebiets, insbesondere bei der Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten und bei der Krankenhausaufnahme einschließlich der Notfallaufnahme. Die beteiligten Krankenhäuser treffen über die Zusammenarbeit Vereinbarungen.
- Verpflichtung auch zur Zusammenarbeit mit dem ambulanten Bereich.
- Verpflichtende Mitwirkung beim Brand- und Katastrophenschutz.

242 GVBl. für das Land Hessen, Teil I, 11.4.1973, S. 145. **243** GVBl., Teil I, 22.12.1989, S. 453.

Planung:
- Vier Versorgungsstufen:
  - Grundversorgung, ortsnah, bis zu drei Fachrichtungen.
  - Regelversorgung, überörtlich, weitere Fachrichtungen.
  - Schwerpunktversorgung, mehr Fachrichtungen als Regelversorgung.
  - Zentralversorgung, hochdifferenzierte medizinische Einrichtungen.
- Belegärzt*innen sollen bei der Grund- und Regelversorgung berücksichtigt werden.
- Aufstellung und Fortschreibung «in angemessenen Zeitabständen» durch Ministerium, Mitwirkungen der Beteiligten (siehe unten), Beschluss durch Landesregierung, weitere im Bereich des Krankenhauswesens tätige Verbände und Organisationen werden angehört.
- «Der nach Versorgungsgebieten gegliederte Krankenhausplan führt die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung gegenwärtig und zukünftig erforderlichen Krankenhäuser nach Standorten, Bettenzahl, Fachrichtungen und Versorgungsstufen auf. Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung kann der Krankenhausplan die Zusammenarbeit und eine Aufgabenteilung zwischen Krankenhäusern festlegen sowie einzelnen Krankenhäusern mit Zustimmung des Krankenhausträgers besondere Aufgaben zuordnen.» (§ 17)[244]
- Festlegung der Vorhaltung der medizinisch-technischen Großgeräte.
- «Die Versorgungsgebiete sind so festzulegen, dass in jedem ein bedarfsgerecht gegliedertes leistungsfähiges Krankenhausangebot in allen Versorgungsstufen (§ 16 Abs. 3) sichergestellt ist. Dabei sind […] insbesondere die Siedlungs-, Bevölkerungs- und Erwerbsstruktur, die topografischen Verhältnisse die Verkehrsverbindungen sowie Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer, Bettennutzung und Krankheitsartenstatistik zu berücksichtigen.» (§ 17)[245]
- «Wesentliche Änderungen des Krankenhausplanes, insbesondere die Aufnahme oder die Herausnahme eines Krankenhauses oder einer Fachabteilung aus dem Krankenhausplan und Veränderungen der Planbettenzahlen, soweit diese 5 vom Hundert der gesamten Bettenzahl eines Krankenhauses übersteigen, sind in der zuständigen Krankenhauskonferenz (§ 21) und im Landeskrankenhausausschuss (§ 20) zu behandeln.» (§ 18)[246]
- Landeskrankenhausausschuss behandelt Grundsätze der Planung, Aufstellung und Weiterentwicklung des Plans. Mitglieder: Gesetzliche Krankenkassen, private Krankenversicherungen, Krankenhausgesellschaft, Berufsgenossenschaften, Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung.
- Krankenhauskonferenz in jedem Versorgungsgebiet soll Rahmendaten vorlegen und Vorschläge zu Projekten im Rahmen der Planung machen. Mitglieder: Kassen, Träger und Gebietskörperschaften. Beschlüsse werden mehrheitlich gefasst, allerdings nur für die Vorschläge.
- Über den Bettennachweis müssen Vereinbarungen mit den Rettungsleitstellen getroffen werden.

Förderung:
- Einzelförderung mit Zustimmung des Trägers als Festbetrag.
- Pauschalförderung nach Bettenzahl mit unterschiedlichen Beträgen je nach Versorgungsstufe.
- Förderung bei Ausscheiden aus Plan und Umstellung durch Ausgleichszahlungen oder durch Prämie pro Bett (Höhe abhängig von der Zahl der geschlossenen Betten).
- Investitionsverträge mit den Kassen nach § 18b KHG werden ermöglicht.
- Gebietskörperschaften tragen die Hälfte der Förderung nach Abzug von 80 Millionen DM.

Sonstiges:
- Verbot von Privatstationen.
- Dreier-Betriebsleitung (Ärzteschaft, Pflege, Verwaltung).

Bewertung:
Es wurde eine Standardzielbestimmung nach dem Muster des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingeführt. Ob der Formulierungsunterschied «sparsam wirtschaftender und eigenverantwortlich arbeitender Krankenhäuser» statt «eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser» eine tiefere Bedeutung hat, ist unklar.

Die Verpflichtung zum Abschluss von Vereinbarungen über die Zusammenarbeit ist besser als ein allgemeiner Appell. Inwieweit solche Vereinbarungen tatsächlich getroffen wurden und Wirkung erzielten, ist nicht bekannt.

Die Vorgaben für die Planung, inklusive der Versorgungsstufen, und die Bedarfsprognose wurden deutlich ausgeweitet, allerdings nur als Kann-Regelung zur Zusammenarbeit. Es gibt eine Meldepflicht bei Abweichungen vom Plan.

Der Kreis derer, die an der Planung beteiligt werden, wurde erweitert, allerdings gehörten die Gewerkschaften nicht dazu.

Auch hier gibt es den Ansatz, die regionalen Versorgungsstrukturen in die Planung einzubeziehen. Das ist eigentlich sinnvoll, weil differenzierter auf konkrete Problemstellungen eingegangen werden kann. Allerdings setzt das voraus, dass hierüber tatsächlich eine Beeinflussung der Planung möglich ist.

244 Ebd., S. 458. **245** Ebd. **246** Ebd.

Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen 2002

Ziele:
- In der Zielbestimmung in § 1 wurde die Formulierung leistungsfähig durch «qualitativ leistungsfähig» ersetzt. Eine weitere Ergänzung bei der Mitwirkung der freigemeinnützigen und privaten Träger lautet, «soweit sie dazu auf Dauer bereit und in der Lage sind».[247]
- Verpflichtung zur Qualitätssicherung, Rechtsverordnung zur Festlegung von Maßnahmen und Kontrollen möglich.

Planung:
- Aufrechterhaltung von Versorgungsgebieten, keine Festlegung von Versorgungsstufen mehr.
- Der Plan besteht nur noch aus allgemeinen Rahmenvorgaben, den Anforderungen an eine ortsnahe Notfallversorgung und den Bestimmungen über die Wahrnehmung überörtlicher Schwerpunktaufgaben und den regionalen Versorgungskonzepten.
- Festlegung einer versorgungsgebietsübergreifenden Aufgabenwahrnehmung, einer Zusammenarbeit und einer Aufgabenteilung möglich.
- Die Rahmenvorgaben enthalten insbesondere die Planungsgrundsätze und Planungsziele, die Bestimmungen zur Qualitätssicherung (SGB 5) sowie die Bestimmungen zu den Planungsverfahren und der Planungsmethode.
- «Die unter Beachtung der allgemeinen Rahmenvorgaben von den Krankenhauskonferenzen zu entwickelnden und zur Entscheidung […] vorzuschlagenden regionalen Planungskonzepte legen für das jeweilige Versorgungsgebiet die Versorgungsstrukturen und die zur Versorgung der Bevölkerung notwendigen stationären und teilstationären Kapazitäten fest. Sie stimmen dabei das Versorgungsangebot der Krankenhäuser untereinander ab und enthalten Vorschläge zur Optimierung der Versorgungsstrukturen, insbesondere zu Schwerpunktbildungen, Modellvorhaben und integrierten Versorgungsformen.» (§ 18)[248]
- Beschränkung der Planvorgaben auf Festlegung Standort, Fachgebiet und Gesamtbettenzahl.

Förderung:
- 50-prozentige Beteiligung der Gebietskörperschaften an der Förderung nach Abzug von 40,9 Millionen Euro.
- Pauschalförderung durch Grundpauschale (bettenbezogen) und Leistungspauschale (fallbezogen); nähere Bestimmung durch Rechtsverordnung.

Sonstiges:
- Aufhebung des Verbots von Privatstationen.

Bewertung:
Es handelt sich hier eher um rhetorische Übungen zur Betonung der Notwendigkeit von Qualität und Qualitätssicherung. Die Planungstiefe wurde deutlich reduziert, die Planung in Versorgungsstufen wurde aufgehoben. Es gab eine Verlagerung der Planung auf die regionalen Krankenhauskonferenzen, die quasi einen vollständigen Vorschlag für die Planung in ihrem Versorgungsgebiet machen sollten. Auch wenn dies weiterhin «nur» Vorschläge an das Sozialministerium und den Landeskrankenhausauschuss waren, ist doch die Frage, ob dies noch sinnvolle Einbeziehung oder schon erhebliche Abgabe von Planungskompetenzen ist. Vermutlich geht es mehr in die Richtung Reduzierung von Planung und Abgabe von Kompetenzen an die Kassen und die Träger, die sich einigen sollen.

Bei der Förderung wurde auch hier (teilweise) auf Leistungsbezug der Förderung umgestellt.

Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen 2011

Ziele:
- Ergänzung von «qualitativ hochwertig» bei der patienten- und bedarfsgerechten Versorgung in der Zielbestimmung in § 1.
- Weitere Ergänzung in § 1: «Eine bedarfsgerechte Versorgung erfordert insbesondere die Vorhaltung einer ausreichenden Anzahl von Krankenhäusern, die die Notfallversorgung sicherstellen, sowie ausreichende intensivmedizinische Kapazitäten. Planbare Krankenhausleistungen sollen in jedem Versorgungsgebiet zeitnah zur Verfügung stehen.»[249]
- Streichung der Vorschrift, Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern zu treffen; Verpflichtung zur Zusammenarbeit bleibt.
- Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach §§ 125–139c SGB 5.

Planung:
- «Die allgemeinen Rahmenvorgaben des Krankenhausplans enthalten insbesondere die Planungsgrundsätze und Planungsziele sowie die Bestimmungen über das Planungsverfahren und die Planungsmethode.» (§ 18)[250]
- Vorrang von Häusern, die eine umfassende und ununterbrochene Vorhaltung von Notfallversorgung sicherstellen und mindestens Chirurgie und Inneres abdecken.
- «Fachkliniken haben nur dann einen Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan, wenn sie bedarfsgerecht sind und sie glaubhaft machen, dass ihr Leistungsspektrum und die Qualität ihrer Leistungen die Versorgung der Bevölkerung verbessern werden.» (§ 18)[251]

247 GVBl., Teil I, 13.11.2002, S. 662. **248** Ebd., S. 668. **249** GVBl., Teil I, 23.12.2010, S. 588. **250** Ebd., S. 594. **251** Ebd.

– Rahmenplanung hat qualitative, strukturelle und zeitliche Anforderungen an die ortsnahe Notfallversorgung zu definieren.
– Soll-Bestimmung zur Zusammenarbeit und Aufgabenteilung insbesondere bei chronischen Erkrankungen und Notfallversorgung.
– Bei Aufnahmeentscheidungen in den Plan sind die Indikatoren zur Ergebnisqualität nach § 135–139c SGB 5 zu berücksichtigen.
– Krankenhauskonferenzen werden in Gesundheitskonferenzen umbenannt. Zusätzliche neue Aufgabenbestimmung: «die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und mit den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten einen intensiven Dialog zu führen, insbesondere soll sie a) drohende Unterversorgung erkennen, b) Qualitätsdefizite aufdecken, c) Vorschläge zur Optimierung der Versorgung machen, d) die Bildung von Kooperationen und Versorgungsnetzwerken […] unterstützen und moderieren und e) dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium jährlich über die Entwicklung der regionalen Versorgung berichten […].» (§ 21)[252]
– Erweiterung der Teilnehmer*innen der Gesundheitskonferenz um Vertreter*innen der Gebietskörperschaften (Wiederaufnahme), der Kassenärztliche Vereinigung, der Ärztekammer und von Patientenorganisationen.

Förderung:
– Pauschalförderung durch gewichtete Fallzahlen.
– Pauschalierung der Zuschüsse bei Schließung/Umstellung pro geschlossenem Bett.
– 50-prozentige Beteiligung der Gebietskörperschaften an Förderung nach Abzug von 18,4 Millionen Euro.

Sonstiges:
– Beteiligung von Ärzteschaft und Pflege an der Leitung muss nur noch «angemessen» sein.

Bewertung:
Planbare Leistungen im Versorgungsgebiet sind nur noch eine Soll-Vorschrift, was im Klartext bedeutet, dass weitere Wege der Patient*innen in Kauf genommen werden. Die Verpflichtung, Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß SGB 5 zu ergreifen, sind eigentlich überflüssig, weil sie eh geltendes Recht sind. Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser wurde entsprechend der Steigerung der Konkurrenz durch das DRG-System immer unwichtiger. Es gab eine nochmalige Reduzierung der Festlegungen zu den Inhalten des Plans.

Interessant ist der formulierte Vorrang von Allgemeinkrankenhäusern/Notfallversorgern vor Fachkliniken. Dies ist sinnvoll, weil sonst die Fachkliniken die planbaren, lukrativen Fälle abgreifen und die Grundversorger Defizite einfahren. Leider wurden solche Festlegungen durch die Rechtsprechung kassiert (siehe hierzu Kapitel 3).

Die Aufgaben der regionalen Gesundheitskonferenzen wurden nochmals ausgeweitet.

Die pauschale Förderung fand jetzt nur noch über «gewichtete Fallzahlen» (= Case-Mix) statt, womit sie unmittelbar an die DRGs angedockt ist und Leistungsausweitungen belohnt werden.

Hessisches Krankenhausgesetz – neueste Fassung 2018

Ziele: keine Änderung.

Planung:
– Krankenhausplan enthält neu die Darstellung der Versorgungsstrukturen und der Morbidität im Land (Versorgungsatlas).
– Aufnahme des Landespflegrats in den Landeskrankenhausausschuss, Gewerkschaften sind immer noch nicht vertreten.
– Abschaffung der Gesundheitskonferenzen (geplant: sektorenübergreifende Versorgungskonferenzen).

Förderung:
– Abschaffung der Einzelförderung, stattdessen Jahrespauschale auf Basis der Invest-DRGs nach § 10 KHG; bei Teilnahme an der Notfallversorgung wird die Pauschale um 15 Prozent erhöht; Genehmigungsplicht von Sanierungen, Neu- und Erweiterungsbauten über zehn Millionen Euro durch Ministerium (aber keine gesonderten Mittel).
– Erhöhung der Schließungs-/Umstellungspauschalen (Verdreifachung, wenn ganzes Krankenhaus ausscheidet).

Bewertung:
Die grafische Darstellung (Versorgungsatlas) kann hilfreich sein, wenn sie tatsächlich zur Planung genutzt wird. Leider wurden die Ansätze einer regionalen Planung durch die Gesundheitskonferenzen wieder kassiert. Die geplanten Versorgungskonferenzen (sektorenübergreifend) waren nicht in der Lage, eine konkrete Planung durchzuführen. Dazu fehlten ihnen die (bundes-)gesetzlichen Mittel. Solche Ansätze in anderen Ländern haben sich alsbald zu unverbindlichen Diskussionszirkeln entwickelt.

Die komplette Abschaffung der Einzelförderung und die Verwendung der Invest-DRGs nach § 10 KHG zur pauschalen Verteilung der Mittel waren fatal (siehe hierzu das Kapitel zu Berlin und die Kommentierung der dortigen Gesetzgebung).

252 Ebd., S. 595 f.

Tabelle 31: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Hessen (ab 1970)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1970–1974	SPD, FDP	Osswald 2
1974–1976		Osswald 3
1976–1978		Börner 1
1978–1984		Börner 2
1984–1987	SPD, Grüne	Börner 3
1987–1991	CDU, FDP	Wallmann
1991–1995	SPD, Grüne	Eichel 1
1995–1999		Eichel 2
1999–2003	CDU, FDP	Koch 1
2003–2009	CDU	Koch 2
2009–2010	CDU, FDP	Koch 3
2010–2014		Bouffier 1
2014–2019	CDU, Grüne	Bouffier 2
2019–		Bouffier 3

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausplan 1971 bis 1985

Die Planung erfolgte in drei Versorgungsstufen und in sechs Versorgungsgebieten. Die Versorgungsgebiete sollten mindestens eine Million Einwohner*innen und jeweils mindestens ein Maximalversorgungshaus umfassen. Planungsziel waren sieben Betten pro 1.000 Einwohner*innen. Wegen der sinkenden Verweildauern bei gleichzeitig steigender Krankenhaushäufigkeit (was sich angeblich ausgleichen sollte) erfolgte eine Anpassung des Bettenbedarfs nur aufgrund der Bevölkerungsentwicklung. Auf Basis dieser Erwägungen sollten bis 1985 in Akut-Krankenhäusern 7.522 Betten zusätzlich geschaffen werden. Die Aufteilung der Betten auf Fachgebiete erfolgte nach «Erfahrungswerten» und sollte weiter verfeinert werden. Ein besonderes Augenmerk sollte auf die Herzchirurgie und die Dialyse-Plätze gelegt werden, die in zwölf Zentren mit 100 Plätzen ausgebaut werden sollten. Die Bettenkapazität der Psychiatrie sollte von 9.139 auf 10.552 erweitert werden

In einer Fortschreibung im Jahr 1973 erfolgte eine Reduzierung der Planungsziele aufgrund der geringeren Bevölkerungsentwicklung und der Reduzierung der Verweildauer. Statt wie bisher geplant 43.210 Betten sollten jetzt im Jahr 1985 nur noch 38.374 Betten in Akut-Häusern bedarfsgerecht sein. Das waren 4.883 Betten weniger. Von der ursprünglich geplanten Erhöhung blieben also nur noch 2.686 Betten. Nähere Ausführungen dazu, wie diese Zahlen zustande kamen, werden nicht gemacht. Die ursprünglich angestrebte Zahl von sieben Betten pro 1.000 Einwohner*innen sank auf 6,74 Betten pro 1.000 Einwohner*innen. Bei der Bevölkerung von Hessen im Jahr 1972 machte das allein 1.439 Betten weniger aus.

Eine weitere «Verfeinerung» des Plans erfolgte 1978. Es sollten die Betten differenziert auf die Fachgebiete verteilt und die geplanten Fachgebiete in den jeweiligen Krankenhäusern festgelegt werden – nicht jedoch die Betten pro Fachgebiet im einzelnen Krankenhaus. Letzteres sollte später erfolgen. Allerdings kamen jetzt auch andere Aspekte bei der Planung hinzu: «Die verfeinerte Darstellung des fortgeschriebenen Krankenhausplanes des Landes Hessen fällt in die Zeit bundesweiter Bemühungen um Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen.»[253]

Unter dieser Prämisse wurde wieder neu gerechnet. Die neuen Berechnungen ergaben aufgrund der Bevölkerungsentwicklung (ohne Änderung der anderen Parameter) wieder die Notwendigkeit einer weiteren Reduzierung der für 1985 vorgesehenen Bettenzahl um 1.432. Dieser Plan sollte mit einer weiteren Fortschreibung in Kraft gesetzt werden. In Bezug auf die Psychiatrie wurde das Planziel für 1985 auf 9.955 Betten gesenkt.

Die neue Berechnung wurde jetzt ausdrücklich mit der Burton-Hill-Formel durchgeführt. Vermutlich war diese aber auch schon bei früheren Berechnungen zum Einsatz gekommen. Man ging nun von einer Krankenhaushäufigkeit von 149,5, einer Verweildauer von 14 Tagen und einer Bettennutzung von 85 Prozent aus.

In einer weiteren Fortschreibung aus dem Jahr 1981 erklärte man dann die vorher schon errechnete Verringerung der notwendigen Betten zum neuen Planziel. In der konkreten Planung für die einzelnen Fachgebiete und Krankenhäuser stand dann einem Zuwachs von 50 Betten ein Abbau von 1.976 Betten in der Akut-Versorgung gegenüber. Die Bettenziffer sank auf 6,66. Es gingen also offensichtlich nicht nur veränderte Daten zur Bevölkerungsentwicklung in die Berechnung ein, sonst hätte die Bettenziffer ja gleichbleiben müssen. Auch bei der Psychiatrie wurde ein Zurückbleiben des Bedarfs hinter der bisherigen Planung prognostiziert. Es sollte ein eigener Fachplan Psychiatrie erstellt werden und die Psychiatrien sollten stärker in die Allgemeinkrankenhäuser integriert werden.

Zusätzlich wurde eine Standortbestimmung für Computertomografen aufgenommen.

In einer nochmaligen Fortschreibung von 1983 wurden «freiwillig angebotene Bettenreduzierungen» von Krankenhausträgern aufgenommen. Es handelte sich dabei um 439 Planbetten an 20 Krankenhäusern. Dies bedeutet eine Rücknahme der ursprünglichen Ausbauerwartungen um 7.223 Betten auf jetzt 35.987 Planbetten und eine Bettenziffer von 6,58. Von den ursprünglich geplanten 7.522 Mehr-Betten blieben also gerade einmal 299 übrig. Wieso das Angebot einzelner Träger, Betten zu reduzieren, zu einer Planänderung geführt hatte, wurde nicht erklärt. Hätte man die Planung ernst genommen, hätte dieses Angebot eigentlich zu einer Mehr-Planung in anderen Häusern der Versorgungsregion führen müssen. Wenn allerdings die Kostendämpfung Zweck der Planung ist, ist das nicht zu erwarten.

253 Staatsanzeiger für das Land Hessen, 1978, Nr. 10, 6.3.1978, S. 486.

Krankenhausplan 1993 (3. Fortschreibung)

Als Ziele der Krankenhausplanung wurden «Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit, Finanzierbarkeit und Trägervielfalt» definiert.[254] Die Planung sollte in vier Versorgungsstufen und sechs Versorgungsgebieten erfolgen. Die Bettenausweisung erfolgte jetzt nach Fachgebieten je Krankenhaus. Es wurden zu den einzelnen Fachgebieten Aussagen zu Strukturvorgaben, Abteilungsgrößen vorzuhaltende Nachbardisziplinen und Mindestleistungszahlen gemacht. Sie waren nicht zwingend, sondern sollten lediglich eine «Hilfestellung» geben. Weitere Ausweisungen für besondere Aufgaben (Onkologie, AIDS) hielt man für «denkbar».

Bezüglich der Großgeräteplanung wurde ausgeführt, dass die im Landesgesetz vorgegebene Aufgabe, die Vorhaltung medizinisch-technischer Großgeräte festzulegen (siehe oben), durch die bundesgesetzlichen Regelungen (§ 122 SGB 5) verdrängt worden sei. Man könne in den Planungsgremien zwar diskutieren, aber die Planung laufe über den Großgeräteausschuss.

Die Bedarfsermittlung sollte jetzt nicht mehr pauschal über alle Fachgebiete hinweg, sondern bezogen auf die einzelnen Fachgebiete erfolgen. Für die einzelnen Bedarfsdeterminanten waren Zeitreihen von 1970 bis 1988 aufgestellt worden, auf deren Grundlage Prognosen erstellt wurden. Zusätzlich wurden Sachverständigenanhörungen (auch zu den Qualitäts- und Strukturvorgaben) durchgeführt.

Der Planungszeitraum erstreckte sich bis zum Jahr 2000. Neben der prognostizierten Zunahme der Wohnbevölkerung ging auch die Altersstruktur in die Berechnungen ein. Die Krankenhaushäufigkeit und die Verweildauer wurden pro Fachgebiet einbezogen. Die Bettennutzung wurde mit wenigen Ausnahmen (z. B. Pädiatrie) mit 85 Prozent angenommen.

Das Basisjahr der Planung war 1988. Damals gab es 165 planrelevante Krankenhäuser mit 43.453 Planbetten (inkl. Psychiatrie). Bis 1991 reduzierte sich diese Zahl auf 163 Krankenhäuser mit 41.709 Betten.

Konkret ging in die Prognose der somatischen Fächer eine unveränderte Gesamt-Krankenhaushäufigkeit (188 je 1.000 Einwohner*innen) ein, wobei sich bei der Betrachtung der einzelnen Fachgebiete zum Teil deutliche Veränderungen ergaben (z. B. eine Absenkung bei der Chirurgie und Zunahme bei der Inneren Medizin). Für die Verweildauer wurde eine Abnahme von 10,8 Tagen auf 10 Tage prognostiziert. Man nahm an, die Bevölkerung würde um 331.000 Personen wachsen.

Daraus ergab sich für das Jahr 2000 im Saldo eine Gesamtbettenzahl in der Somatik von 36.290 und von 4.451 in der Psychiatrie, zusammen also 40.741 Betten und damit etwa 1.000 Betten weniger als 1991 und 2.700 weniger als 1988.

Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005

Der «Allgemeine Teil» des Plans wurde Ende 2003 veröffentlicht, der «Besondere Teil» Ende 2005. Entsprechend des 2002 in Kraft getretenen neuen Hessischen Krankenhausgesetzes beschränkte sich die Krankenhausplanung von da an nur noch auf eine «strukturierende Rahmenplanung» (§ 18). Das bedeutete: «Von Seiten des Landes werden […] die Planungsgrundsätze und -ziele festgelegt. Dazu zählen die Strukturvorgaben für die wohnortnahe Notfallversorgung und die besonderen überregionalen Aufgaben sowie die Gestaltungsregeln der so genannten regionalen Versorgungs- bzw. Planungskonzepte. […] Den regionalen Krankenhauskonferenzen (KHK) [siehe Teil Gesetzgebung; d. Verf.] obliegt die Aufgabe, entsprechend diesen allgemeinen Vorgaben regionale Planungskonzepte zu entwerfen und weiterzuentwickeln, die den regionalen Gegebenheiten und Erfordernissen gerecht werden. […] Das Land ermittelt dafür den Planbettenbedarf nicht mehr auf der Ebene der einzelnen Krankenhäuser, sondern nunmehr auf der Ebene der Versorgungsgebiete. […] In welchem Umfang ein Versorgungsauftrag einer Klinik übertragen wird, wird zunächst in der jeweiligen Krankenhauskonferenz verhandelt, entschieden und in einem regionalen Planungskonzept zusammengefasst, das dem Land zur Feststellung vorgeschlagen wird.»[255]

Versorgungsstufen wurden nicht mehr ausgewiesen. An den Versorgungsgebieten wurde festgehalten. Es gab nur noch für sie verbindliche Bettenprognosen je Fachgebiet. Den Rest mussten die Träger und die Kassen im Rahmen der regionalen Krankenhauskonferenzen untereinander ausmachen. Im «Besonderen Teil» des Plans wurden dann die genehmigten Planungskonzepte im Vergleich zu den Ist-Zahlen abgebildet. Als spezielle Ziele der Planung wurden die Geriatrie, Neurologische Frührehabilitation, Psychosomatik, Kinderchirurgie und Plastische Chirurgie genannt. Die Texte zu den Fachplanungen waren aber im Wesentlichen deskriptiv.

Als übergreifende und besondere Versorgungsaufgaben wurden Herzchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin, Perinatalzentren, Tumorzentren, Schwerbrandverletzte, Transplantationszentren und hochkontagiöse Infektionskrankheiten genannt. Für die Notfallversorgung wurden Strukturanforderungen festgelegt. Eine Vorgabe für die Erreichbarkeit gab es nicht. Zur Qualitätssicherung wurden Mindestabteilungsgrößen berechnet (zwischen 23 und 40 Betten). Allerdings waren Unterschreitungen mit Begründung möglich. Auf strukturelle und quantitative Vorgaben zur Intensivversorgung wurde verzichtet.

Die Planungsmethode ist eine Trendextrapolation der Verweildauer- und Fallzahldaten von 1990 bis 2001 pro Fachgebiet und Versorgungsgebiet. Die Bettennutzung wurde verweildauerabhängig normiert (zwischen 80 und 90 Prozent). Auf dieser Basis wurde mit der

254 Staatsanzeiger für das Land Hessen, 1994, Nr. 7, 14.2.1994, S. 451. **255** Staatsanzeiger für das Land Hessen, 26.1.2004, Nr. 4, S. 440. **256** Zit. nach Wikipedia (https://de.wikipedia.org/wiki/Trendextrapolation).

(vereinfachten) Burton-Hill-Formel der Bettenbedarf bestimmt. Vereinfacht deswegen, weil nicht von der Bevölkerungszahl und der Krankenhaushäufigkeit ausgegangen wurde, sondern von der Fallzahl. Planungszieljahr war 2005.

Eine Trendextrapolation als Planungsmethode ist ungeeignet. Auf Wikipedia ist zur Problematik dieser Methode zu lesen: «Ein aus Vergangenheitsdaten erkannter Trend kann in die Zukunft fortgeschrieben werden, wenn davon auszugehen ist, dass die trendbildenden Einflussfaktoren in ihrer Art und Intensität auch in der Zukunft Bestand haben werden. Da jedoch die trendbildenden Faktoren in Zukunft abgelenkt werden können, sich abschwächen oder völlig verschwinden können, ist eine Trendextrapolation gefährlich. Deshalb besteht der Nachteil einer Trendextrapolation darin, dass man davon ausgeht, dass die bisher beobachtete Entwicklung sich in gleichem Maße fortsetzen wird.»[256] Anders ausgedrückt: Hat man den Trend «Bettenabbau» erst einmal etabliert, kann man ihn statistisch begründet immer fortsetzen.

Die Zahl der Betten und Plätze lag 2001 bei 33.292 (ohne Psychiatrie). Auf Basis der Berechnung ergab sich für ganz Hessen ein Überschuss von 10,7 Prozent oder 3.562 Betten und Plätzen. Da die Plätze zunahmen, war der Bettenabbau noch um 80 Betten höher. Laut Berechnung gab es in keinem Fachgebiet zu wenig Betten. Die geforderten Abbauquoten lagen zwischen 33,1 Prozent (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie) und 5 Prozent (Neurochirurgie). Da keine Gesamtfallzahlen und durchschnittlichen Verweildauern für ganz Hessen über alle Fachgebiete hinweg genannt wurden, ist ein Vergleich mit der tatsächlichen Entwicklung nicht möglich.

Einen wesentlichen Beitrag zu diesen Ergebnissen leisteten zum einen die hohen Bettennutzungsvorgaben und zum anderen die «trendextrapolierten» Annahmen, dass die Verweildauern weiterhin rasant sinken, die Fallzahlentwicklung aber deutlich dahinter zurückbleiben würden. Es ist offensichtlich, dass bei sinkenden Verweildauern die Bettennutzung ebenfalls sinken muss. Damit ging ein systematischer Fehler in die Berechnung ein. Die Mitternachtsstatistik, die den Pflegetagen und der Verweildauer zugrunde liegt (und den Entlassungstag unterschlägt), tut ein Übriges.

In den Krankenhauskonferenzen und im anschließenden Abstimmungsverfahren mit dem Land kam es nur zu wenigen Änderungen, sodass der beschlossene Plan lediglich 214 Betten weniger als die ursprünglichen Vorgaben des Landes beinhaltete. In den Feststellungsbescheiden wurden nur noch die Gesamtbettenzahl eines Krankenhauses und die Fachabteilungsstruktur ausgewiesen.

Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009

Im Vorwort schrieb die damalige Sozialministerin Silke Lautenschläger (CDU): «Mehr denn je wird dann Krankenhausträgern ein unternehmerischer Handlungsspielraum offenstehen müssen, dem staatliche Vorgaben nur dort entgegentreten sollten, wo dies für die Sicherstellung einer medizinisch und wirtschaftlich leistungsfähigen und regional ausgewogenen Versorgung unabdingbar ist.»[257]

Dies kann durchaus als Motto dieses Plans gesehen werden: «Die gewandelten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen haben das Verständnis von Krankenhausplanung wesentlich verändert. Der Handlungsspielraum der Krankenhäuser kann eben nur in dem Maße erweitert werden, in dem sich Krankenhausplanung auf die Regelungsbereiche zurückzieht, die zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags unumgänglich sind. Krankenhausplanung kann in diesem Sinne nur Rahmenplanung sein und eine solche Rahmenplanung kann im Hinblick auf die vorgegebenen Zielsetzungen nur strukturierend erfolgen.»[258]

An den Planungszielen, -vorgaben und -methoden hatte sich im Vergleich zu 2005 nichts geändert. Das Zieljahr war 2009. Es wurde also lediglich noch die Zeit von den letzten vorliegenden Daten (2006) bis zur Planaufstellung prognostisch überbrückt. Das Antragsverfahren für vom Träger gewünschte Bettenkürzungen bzw. -vermehrungen wurde so geregelt, dass bis zu 15-prozentige Veränderungen genehmigungsfrei waren.

Bei den speziellen Zielen kamen die Nutzung integrierter Versorgungformen sowie die Palliativversorgung hinzu. Es wurde ein eigener Pandemieplan aufgestellt. In Bezug auf Fusionsbestrebungen einzelner Krankenhäuser wurde die Vorgabe gemacht, dass sich die Zusammenlegung auch auf das fachlich-medizinische Angebot auswirken müsse, das heißt, dass es standortübergreifender Leitungsstrukturen, medizinischer Schwerpunktsetzungen und einheitlicher Qualitätsstandards bedarf. Die Berechnung kam zu dem Ergebnis, dass 3.494 Betten (10 Prozent) abgebaut werden konnten.

Eine Umsetzung in einen besonderen Plan erfolgte nicht mehr. Begründet wurde dies mit den anstehenden umfassenden Änderungen des Hessischen Landeskrankenhausgesetzes.

Hessischer Krankenhausplan 2020

Erst 2020 wurde ein neuer Plan verabschiedet. Er gliedert sich in einen «Allgemeinen Teil» und in einen «Leistungsreport», in dem die Entwicklung der Leistungsdaten des Landes, der Versorgungsgebiete und der einzelnen Krankenhäuser nach Fachgebieten dargestellt sind. Beides zusammen umfasste 380 Seiten. Der Leistungsreport sollte jährlich erscheinen. Eine Prognose erfolgte nicht mehr.

In anderer Hinsicht erfuhr der Plan eine nochmalige Aufwertung. Er wurde jetzt als «substanzieller Plan» bezeichnet.[259] Je geringer die tatsächliche Planungs-

257 Hessisches Sozialministerium: Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. Allgemeiner Teil: Planungsgrundlagen und Bedarfsprognosen, Wiesbaden 2009, Vorwort. **258** Ebd., S. 12. **259** Hessisches Ministerium für Soziales und Integration: Krankenhausplan 2020, Wiesbaden 2020, S. 3.

funktion, um so hochtrabender die Begrifflichkeit: «Wir nehmen das Ziel der Patientengerechtigkeit neu auf. […] Mit dem neuen Krankenhausplan blicken wir in die Zukunft […] Mit dem neuen Krankenhausplan 2020 geben wir der sektorenübergreifenden Versorgung einen neuen Stellenwert.»[260]

Andererseits musste der Plan angesichts der Rechtsprechung (siehe Kapitel 3) einräumen: «Wenn schon die Nichtaufnahme eines Krankenhauses zu derartigen Grundrechtsbeeinträchtigungen führt, ist erst recht die (ggf. auch teilweise) Herausnahme einer Klinik aus dem Krankenhausplan kaum umsetzbar, wenn es nicht sehr schwerwiegende Gründe hierfür gibt.»[261]

Auch wenn die Betonung der Bedeutung der Qualität den ganzen Plan verbal dominierte, wurde auf die Festlegung eigener Qualitätsparameter verzichtet. Es erfolgte lediglich die Übernahme der sowieso geltenden bundeseinheitlichen Qualitäts- und Mindestmengenvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA wurden im Gegensatz zu den meisten anderen Bundesländern übernommen. Das bisherige Notfallkonzept wurde ebenfalls den Vorgaben des G-BA angepasst. Die Fachplanungen für einzelne spezielle Bereiche wurden ausgebaut (Geriatrie-, Onkologie- und Psychosomatik-Konzept).

Bei den Planungszielen kam neu hinzu: «Das Land Hessen erwartet von allen Krankenhausträgern vermehrte Anstrengungen zur Verbundbildung und zur Standortkonzentration».[262] Da ist es schon problematisch, dass die Aufgabe der Einzelförderung verhindert, hier gezielt Einfluss zu nehmen.

Der Plan normierte richtigerweise einen Vorrang von Allgemeinkrankenhäusern vor Fachkrankenhäusern. Die Begründung: Sicherstellung der Notfallversorgung. Ein weiteres Argument, das nicht erwähnt wurde, ist, dass das DRG-System systematisch Allgemeinversorger gegenüber (meist privaten) Fachkrankenhäusern finanziell benachteiligt. Wie und ob dieser Vorrang angesichts der Rechtsprechung (siehe Kapitel 3) durchgesetzt werden sollte, blieb offen.

Im eigentlichen Kernbereich der Planung wurde es dann ziemlich dünn: «Seit dem Jahr 2011 wird auf eine Ausweisung der Planbetten in den somatischen Fachgebieten verzichtet. Das Land legt nur noch im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Gebiete die Kapazitäten fest.»[263]

«Eine konkrete Bettenplanung findet nicht mehr statt. Damit soll den Krankenhäusern ein möglichst breiter Gestaltungsspielraum gegeben werden. Das Planungsverfahren wird üblicherweise durch Anträge von Krankenhäusern angestoßen. Prinzipiell gibt es zwei Antragsarten:

– Antrag auf Neuaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan sowie
– Antrag auf Erweiterung des Versorgungsauftrags.»[264]

Natürlich kann auch das Ministerium entsprechende Änderungen anstoßen. Die Planungsmethode (Feststellung der Bettennutzung, Fallzahl, Verweildauer und Errechnung der sich daraus ergebenden Bettenzahl) wurde jetzt zur Beurteilung des Einzelfalls verwendet: «Stellt ein Krankenhaus einen Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan, auf Erweiterung seines Versorgungsauftrages oder auf Ausweitung der Bettenkapazitäten, dann wird dieser Antrag geprüft, indem mittels der nachfolgend beschriebenen Planungsmethode der tatsächliche Bedarf berechnet wird.»[265] Gegebenenfalls konnten bei der Beurteilung des Antrags auch Wartelisten mitberücksichtigt werden.

Wie in Baden-Württemberg reduzierte sich die gesamte Planung auf Einzelfallentscheidungen, also auf die Beurteilung von Anträgen auf Bettenvermehrungen, die mit der stattgehabten Fallzahlentwicklung begründet wurden. Im Kern bedeutete dies eine Verstärkung der Anreize zur Mengensteigerung, die auch schon im DRG-System enthalten sind. Will ein Krankenhaus seine «Marktanteile» erhöhen, muss es nur seine Fallzahlen steigern und bekommt dafür als Belohnung auch noch mehr Planbetten. War früher das Hauptziel der Planung der Abbau von Betten, macht sie sich jetzt (wegen des Wegfalls einer echten Planung) zum Büttel der Ökonomisierung.

Die Prognose ging nicht mehr systematisch in den Plan ein. Sie diente nur noch der Darstellung der «Auswirkungen des demografischen Wandels» und der Fallzahlentwicklung. Die Darstellung der «voraussichtlich benötigten Bettenkapazitäten»[266] hatte keine konkreten Auswirkungen mehr. Sie wurde nur noch nachrichtlich mitgeteilt. Da auch die Einzelförderung mit dem Hessischen Krankenhausgesetz von 2018 aufgegeben wurde, bestehen hier keinerlei Einflussmöglichkeiten mehr.

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Hessen verlief wie folgt:

260 Ebd., S. 3 f. **261** Ebd., S. 9. **262** Ebd., S. 7. **263** Hessisches Ministerium für Soziales und Integration: Versorgungsatlas Hessen 2017: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser, Wiesbaden 2018. **264** Krankenhausplan 2020, S. 37. **265** Ebd., S. 44. **266** Ebd., S. 47.

Tabelle 32: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Hessen

	Akut-KH/ Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1972	175		37.217		67,3		721.640		130,4		16,6	
1977	174	-0,6	38.683	3,9	69,8	3,8	793.556	10,0	143,2	9,8	15	80,4
1982	154	-11,5	37.516	-3,0	67,0	-4,0	855.911	7,9	152,8	6,7	13,4	10,7
1989	146	-5,2	36.855	-1,8	65,1	-2,8	986.138	15,2	174,2	14,0	12	10,4
72–89	-29	-16,6	-362	-1,0	-2,2	-3,2	264.498	36,7	43,8	33,6	-4,6	-27,7
1991	164		37.895		64,9		984.526		168,7		12,1	
1997	160	-2,4	37.525	-1,0	62,2	-4,2	1.095.006	11,2	181,5	7,6	9,9	18,2
2002	154	-3,8	34.781	-7,3	57,1	-8,2	1.162.715	6,2	190,9	5,1	8,3	16,2
2007	157	1,9	32.429	-6,8	53,4	-6,5	1.155.877	-0,6	190,3	-0,3	7,7	6,9
2012	149	-5,1	33.268	2,6	55,3	3,5	1.281.305	10,9	213,0	11,9	7,2	7,1
2017	137	-8,1	32.867	-1,2	52,6	-4,8	1.335.688	4,2	213,9	0,5	6,8	5,3
2019	135	-1,5	32.491	-1,1	51,7	-1,8	1.325.503	-0,8	210,8	-1,5	6,7	1,2
91–19	-29	-17,7	-5.404	-14,3	-13,2	-19,7	340.977	47,3	42,1	25,0	-5,4	-44,5

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Seit 1972 wurden in Hessen 58 Krankenhäuser und 5.766 Betten abgebaut. Auch hier zeigt sich eine deutliche Beschleunigung des Bettenabbaus in der zweiten Periode. Dennoch nahm Hessen in dieser Zeit sowohl beim Abbau der Häuser als auch der Betten nur den viertletzten (-17,7 Prozent) bzw. letzten Platz (-14,3 Prozent) ein (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76).

Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm in den beiden betrachteten Zeiträumen (1972 bis 1989 und 1991 bis 2019) um 3,2 bzw. um 19,8 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 36,7 bzw. um 47,3 Prozent und die Verweildauer nahm um 27,7 bzw. um 44,5 Prozent ab. Die Krankenhaushäufigkeit nahm um 43,8 bzw. um 42,1 Prozent zu.

Die Planungstiefe war nie besonders groß, wurde aber immer weiter reduziert, bis hin zur Nichtausweisung von Betten im somatischen Bereich. Die zwischenzeitlich angewandte Trendextrapolation ist ungeeignet, sie erkennt keine Entwicklungsbrüche. Den krönenden Abschluss dieses Prozesses der völligen Aufgabe einer Planung bilden die Reduzierung der Planung auf Einzelfallentscheidungen und die Förderpauschalen.

Präzise Qualitätsvorgaben gibt es nicht, außer den Bezug auf die bestehenden bundeseinheitlichen Regelungen. Auch die Fachplanungen hinken hinter der in vielen anderen Bundesländern hinterher.

Hessen ist eines der wenigen Bundesländer, das die «planungsrelevanten Qualitätsindikatoren» des Gemeinsamen Bundesausschusses pauschal übernommen hat. Dafür gibt es kaum eigene Qualitätsvorgaben.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 33: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Hessen (1972 bis 1989)

	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	175	64	73	38	146	54	65	27	36,6	41,7	21,7	37,0	44,5	18,5
Betten	37.217	21.688	13.830	1.699	36.855	21.931	13.484	1.440	58,3	37,2	4,6	59,5	36,6	3,9

Tabelle 34: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Hessen (1991 bis 2019)

	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	164	56	71	37	135	43	32	60	34,1	43,3	22,6	31,9	23,7	44,4
Betten	37.895	21.639	13.835	2.421	32.491	16.372	8.130	7.989	57,1	36,5	6,4	50,4	25,0	24,6

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Auch hier erkennt man, dass die Trägeranteile sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den Betten in der ersten Periode noch relativ konstant waren. Auch in der zweiten Periode sank der Anteil der öffentlichen Häuser «nur» um einstellige Prozentzahlen, der von freigemeinnützigen Trägern hat sich deutlich reduziert, während die Privaten ihren Anteil bei den Häusern verdoppeln und bei den Betten vervierfachen konnten.

Mecklenburg-Vorpommern

GESETZGEBUNG

Landeskrankenhausgesetz (LKHG M-V) 1992

Ziele:
- «Ziel dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit leistungs- und entwicklungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Das Gesetz soll außerdem die Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit anderen Trägern der ambulanten und stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung sowie den Kostenträgern fördern. […] Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung ist eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte. Krankenhausträger sind in der Regel freigemeinnützige, kommunale oder private Träger und das Land.» (§ 1)[267]
- Der Sicherstellungsauftrag liegt bei den Gebietskörperschaften.
- Pflicht zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit ambulanten Institutionen. Zu den Aufgaben zählen insbesondere auch die Zusammenarbeit mit dem «Not- und Unfalldienst, die Abstimmung mit dem Notfallvertretungsdienst der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen und mit dem Rettungsdienst, die Verteilung der Krankenhausaufnahmen, die Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten, die Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte, die Nutzung sonstiger medizinischer, wirtschaftlicher und technischer Einrichtungen, die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen, die Nutzung von Datenverarbeitungsverfahren und die Errichtung und den Betrieb von Ausbildungsstätten für nichtärztliche Heilberufe.»[268] Krankenhäuser sollen untereinander Vereinbarungen schließen.

Planung:
- Aufstellung durch das Sozialministerium, in der Regel fünfjährige Fortschreibung, keine Parlamentsbeteiligung, keine Veröffentlichungspflicht.
- Drei Versorgungsstufen: Regelversorgung (mindestens Chirurgie und Innere), Schwerpunktversorgung (weitere Abteilungen), Zentralversorgung (Universitätskliniken).
- Festlegung von Zusammenarbeit, Aufgabenteilung und Schwerpunktbildung.
- «Der Krankenhausplan enthält Grundsätze der Krankenhausplanung und weist den Bestand der bedarfsgerechten Krankenhäuser sowie den aktuellen Bedarf insbesondere nach Zahl der Planbetten je Disziplin, medizinischen Schwerpunkten, Standorten und Trägerschaft aus. Auf dieser Grundlage stellt er die Prognose der erwarteten Entwicklung der einzelnen Disziplinen (Bedarfsprognose) dar und legt die für den Planungszeitraum vorgesehenen Anpassungsmaßnahmen fest.» (§ 24)[269]
- Abstimmung mit anderen Bundesländern bei länderübergreifender Versorgung.
- Voraussetzung für Aufnahme in den Plan: Erfüllung der oben genannten Ziele des Plans, dauerhafte Vorhaltung der ausgewiesenen Betten je Disziplin, durchgehende Versorgung und Aufnahmebereitschaft.
- Unschädlichkeit eines Trägerwechsels.
- Herstellung des Einvernehmens mit den «unmittelbar Beteiligten nach KHG» (Kassen, private Krankenversicherungen, Krankenhausgesellschaft, kommunale Landesverbände).
- Verpflichtung zu Vereinbarungen zum Brand- und Katastrophenschutz und zum zentralen Bettennachweis.

Förderung:
- Einzelförderung (auf Antrag als Festbetrag) und pauschale Förderung (Betrag pro Bett, unterschiedlich nach Versorgungsstufe).
- Förderung von Personalwohnraum.
- Ausgleichzahlen bei Schließung/Umstellung.
- Ermöglichung von Investitionsverträgen mit den Kassen laut § 18 KHG nach Zustimmung durch Ministerium.
- Das Land bringt 60 Prozent der Investitionsmittel auf, die Gebietskörperschaften 40 Prozent.

Sonstiges:
- Verbot von Privatstationen.
- Dreier-Betriebsleitung (Ärzteschaft, Pflege, Verwaltung).

Bewertung:
Es handelt sich um Standardzielbestimmungen auch in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit, allerdings wird viel Wert auf die Zusammenarbeit gelegt. Verbindliche Vereinbarungen hierzu sind allerdings nur Soll-Bestimmungen. Es gibt keine Einbeziehung des Parlaments.

267 Entwurf eines Landeskrankenhausgesetzes, Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Drucksache 1/2195, 31.8.1992, S. 7. **268** Ebd., S. 8. **269** Ebd., S. 20.

Die Bestimmungen zur Planung fallen noch relativ detailliert aus – zu einem Zeitpunkt, an dem sie in anderen Ländern schon zurückgefahren wurde.

Landeskrankenhausgesetz 2002

Ziele: keine Änderung.

Planung:
– Streichung der Versorgungstufen.
– Veröffentlichung im Amtsblatt.

Förderung:
– Bemessungsgrundlage für die pauschale Förderung über Rechtsverordnung (zumindest seit 2015: Verteilung der Pauschalmittel entsprechend dem Budget eines Krankenhauses, das mit den Kassen vereinbart ist).

Bewertung:
Der Rückzug aus der Planung begann mit der Streichung der Versorgungstufen. Die Anbindung der pauschalen Förderung an das Budget hatte die gleichen Wirkungen wie die Anbindung an den Case-Mix in anderen Ländern: Es kommt zur Förderung von Leistungsausweitungen und Überversorgung (DRG-Folgen).

Landeskrankenhausgesetz 2011

Ziele:
– Streichung der Worte «patientengerecht» und «entwicklungsfähig» in der Zielbestimmung.
– Aufnahme des Satzes: «Bei der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen handelt es sich um eine Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse.»
– Meldepflicht bei einer nachträglichen Änderung der Zuweisung von Fachabteilungen zu Betriebsstätten eines Krankenhauses.
– Streichung der Detailregelungen zur Zusammenarbeit (siehe oben), stattdessen sollten Vereinbarungen geschlossen werden.

Planung:
– Der Krankenhausplan ist Rahmenplan, Fortschreibung nicht mehr alle fünf Jahre, sondern «regelmäßig».
– Streichung aller konkreten Regelungen zum Inhalt des Plans (siehe oben). Dafür: «Insbesondere sind die Qualität und Sicherstellung der Versorgung zu beachten. […] Der Krankenhausplan kann Einzelregelungen zur medizinischen Fachplanung enthalten.»[270]
– Pflicht zur Bereitstellung von Betten bei Massenanfall von Patient*innen.
– «Die Einzelfestsetzungen für jedes Krankenhaus umfassen mindestens die Fachabteilungen und die Gesamtzahl der Planbetten. Darüber hinaus kann auch die Zahl der Planbetten je Fachabteilung, die Zuweisung besonderer Aufgaben sowie die Zusammenarbeit mehrerer Krankenhäuser festgelegt werden. Der Krankenhausplan hat insbesondere den Anforderungen an eine ortsnahe Notfallversorgung Rechnung zu tragen und weist die teilnehmenden Krankenhäuser entsprechend aus.»[271]

Förderung:
– Einzelförderung «in der Regel» über Festbetrag.

Bewertung:
Warum die Worte «patientengerecht» und «entwicklungsfähig» gestrichen wurden, geht auch aus der Gesetzesbegründung nicht hervor. Normalerweise wird ja in den Zielbestimmungen nicht mit positiv besetzten Attributen gegeizt.

Reduzierung der Planungstiefe mit Aufgaben der Bettenzuordnung auf Fachgebiete.

Bei der Klarstellung, dass es sich um Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse handelt, geht es um die EU-Gesetzgebung und -Rechtsprechung zur Förder- und Zuschussfähigkeit von Krankenhäusern, die von den privaten Klinikbetreibern seit Jahren angegriffen wird.

Landeskrankenhausgesetz – neueste Fassung 2018
– Keine wesentlichen Änderungen.

Tabelle 35: Regierungsparteien und Ministerpräsident*innen in Mecklenburg-Vorpommern (ab 1990)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1990–1992	CDU, FDP	Gomolka
1992–1994	CDU, FDP	Seite 1
1994–1998	CDU, SPD	Seite 2
1998–2002	SPD, PDS	Ringstorff 1
2002–2006	SPD, PDS	Ringstorff 2
2006–2008	SPD, CDU	Ringstorff 3
2008–2011	SPD, CDU	Sellering 1
2011–2016	SPD, CDU	Sellering 2
2016–2017	SPD, CDU	Sellering 3
2017–	SPD, CDU	Schwesig

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausplan 1992
Im Vorwort heißt es: «Mit diesem Plan werden folgende Ziele verfolgt: Aufbau eines bedarfsangepassten Angebotes medizinischer Fachrichtungen und Beseitigung der vorhandenen disziplinbezogenen Ungleichgewichte sowie Verwirklichung des Grundsatzes, dass die qualitätsgerechte Medizin zugleich am wirtschaft-

270 Entwurf eines Krankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern, Drucksache 5/3967, 1.12.2010, S. 15. **271** Ebd., S. 16.

lichsten ist.»[272] Der letzte Teil des Satzes bezieht sich offensichtlich auf die Langzeitfolgen und -kosten von schlechter Qualität. Es ist eine bemerkenswerte Definition von Wirtschaftlichkeit in einem Krankenhausplan. Spannend wird da die Betrachtung der weiteren Entwicklung.

Als Mängel wurden festgestellt: «Die Ausstattung der Krankenhäuser entsprach nicht den aktuellen Notwendigkeiten einer modernen Medizin. Es bestand kein bedarfsangepasstes Angebot der medizinischen Fachrichtungen. Die Betreuungsbedingungen für die Patienten und die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern waren nicht ausreichend. Der bauliche Zustand der Krankenhäuser stellte sich in den meisten Fällen als unzureichend dar, da er medizinischen, betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Anforderungen nicht gerecht wurde.»[273]

In eine vorläufige Förderliste wurden 48 Krankenhäuser (inkl. Universitätskliniken) mit 15.370 Betten aufgenommen. Es wurde ein Gutachten durch die Firma IGES erstellt und es wurden acht Regionalkonferenzen im Vorfeld der Planerstellung durchgeführt.

Der Planungszeitraum ging bis 1997. Als Planungsmethode wurden die Bettenziffern (Betten pro 10.000 Einwohner*innen) je Fachgebiet verwendet. Das bedeutete, dass der Bettenbedarf durch ein Benchmark-Verfahren und einen Vergleich mit anderen Bundesländern ermittelt wurde. Das hatte weder etwas mit dem tatsächlichen Bedarf noch mit einer Planung zu tun. Die Auslastung wurde mit 85 Prozent (Kinder: 75 Prozent; Psychiatrie: 90 Prozent) vorgegeben.

Planungsschwerpunkte sollten die Geriatrie und Psychiatrie sowie die neurochirurgische und orthopädische Versorgung sein. Konkrete inhaltliche Ausführungen hierzu fehlten. Geburtshilfliche und pädiatrische Abteilungen sollten eine «hauptamtliche Leitung» haben. Anders als im Gesetzestext wurden keine Versorgungsstufen ausgewiesen. Die Begründung hierfür war, dass damit die «Autonomie der Krankenhausträger»[274] eingeschränkt würde – eigentlich Zweck und ein Grundprinzip jeder Planung.

Vorhandene Großgeräte wurden kommentarlos in den Einzelblättern aufgeführt. Daran änderte sich bis 2005 nichts. Danach tauchten sie nicht mehr auf.

Ein Ergebnis des Benchmark-Verfahrens war, dass für 1997 lediglich 13.117 Betten als notwendig erachtet wurden. Das bedeutete im Vergleich zum Ist am 30. September 1991 (14.384) einen Abbau von 1.267 Betten, also eine Reduzierung um fast neun Prozent.

Zweiter Krankenhausplan 1997

Der Planungszeitraum betrug jetzt nur noch zwei Jahre. Einleitend wurde festgestellt: «Die Reduktion der aufgestellten Betten ging so rasch vonstatten, dass bereits zum Jahresende 1996 die Prognosezahlen für 1997 unterboten wurden.»[275]

Zwischen 1990 (55 Krankenhäuser mit 18.835 Betten) und 1997 war der Bestand auf 37 Krankenhäuser (plus eine Tagesklinik) mit 12.306 Betten/Plätzen gesunken. Die Schwerpunktplanungen waren nicht mehr Bestandteil des Plans.

Das Sozialministerium erstellte auch eine Langzeitprognose bis 2004, die nachrichtlich mitgeteilt wurde. Außer dass die Bevölkerungsprognose und «gesetzliche Neuerungen» einbezogen wurden, ist nichts über die Prognosemethode ausgesagt. Die Prognose sah einen Abbau auf 10.659 Betten vor.

Bis zum 1. Januar 1998 sollten weitere 484 Betten abgebaut werden (11.825 Betten), die Krankenkassen forderten einen noch stärkeren Abbau. Die Planungsmethode (Benchmark der Bettenziffern) blieb gleich.

Dritter Krankenhausplan 1999

Der Planungshorizont lag wegen der DRG-Einführung bei vier Jahren (bis 2003). Unter «Ausgangslage» hieß es: «Mit 64,9 Betten pro 10.000 Einwohner liegt Mecklenburg-Vorpommern trotz seiner geringen Bevölkerungsdichte im unteren Drittel aller Bundesländer.»[276]

Die Ausweisung der Planbetten erfolgte weiter nach Fachabteilungen. Die Prognoseparameter waren die Ist-Pflegetage und die Bevölkerungsentwicklung. Daraus abgeleitet wurde die Entwicklung der Belegungstage. Es wurde mit einem Rückgang der Pflegetage (und damit der notwendigen Betten) gerechnet. Es wurden zwei Modellrechnungen für das Jahr 2003 durchgeführt, einmal mit konstanten Pflegetagen (Ergebnis: 11.210 notwendige Betten) und einmal mit einer Absenkung der Pflegetage um zwei Prozent pro Jahr (Ergebnis: 10.580 notwendige Betten).

Die medizinische Schwerpunktbildung (erweitert gegenüber dem Plan 1992) wurde mit der Ausweisung der jeweiligen Einrichtungen wieder in den Plan aufgenommen.

Für das Jahr 2000 wurden 11.278 Betten/Plätze in den Krankenhausplan aufgenommen. Die Zahlen sollten bei Veränderungen fortgeschrieben werden. In den Jahren 2001 und 2002 wurden die Planzahlen korrigiert: 2001: 11.001 Betten/Plätze, 2002: 11.048 Betten/Plätze. 2004 wurde der Krankenhausplan bis zum 31. Dezember desselben Jahres verlängert. Die Betten-/Platzzahl wurde auf 10.531 korrigiert.

Vierter Krankenhausplan 2005

Die Laufzeit ging bis 2008. Einleitend heißt es im Plan 2005: «Dem Grundsatz der Bürgernähe wird im Rahmen des wirtschaftlich Vertretbaren Rechnung getragen.»[277] Bürgernähe als abhängige Variable!

Grundlage der Prognose waren die Bevölkerungsprognose bis 2020 nach Altersgruppen und die Daten zur Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer je Fachrichtung und Altersgruppe von 1994 bis 2001.

272 Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Erlass des Sozialministers vom 8.12.1992 – IX 320, S. 7. **273** Ebd., S. 9. **274** Ebd., S. 15. **275** Zweiter Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Erlass des Sozialministers vom 18.11.1997, S. 1. **276** Dritter Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Erlass des Sozialministeriums vom 21.12.1999, S. 4. **277** Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern: Vierter Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Schwerin 2005, S. 5.

Die Bettennutzung wurde mit 85 Prozent vorgegeben (Ausnahmen: Pädiatrie und Psychiatrie). Mittels statistischer Verfahren wurden die künftigen Werte für die Krankenhaushäufigkeit und die Verweildauer ermittelt. Die Ermittlung des Bedarfs erfolgte mit der Burton-Hill-Formel. Die Umrechnung auf die einzelnen Krankenhäuser erfolgte anhand des bisherigen Anteils der Pflegetage des Krankenhauses an den gesamten Pflegetagen. Damit wurde die bisherige Inanspruchnahme zu einem wesentlichen Planungskriterium. Unter DRG-Bedingungen heißt das, wer am meisten in die Menge geht, wird auch noch mit mehr Betten belohnt. Die Planbetten pro Krankenhaus wurden gegliedert nach Fachrichtungen im Ist und im Soll ausgewiesen. Es hieß, in den Planungsgesprächen habe «weitestgehend Einvernehmen» erzielt werden können.

2005 wurde eine Bettenziffer von 58,8 pro 10.000 Einwohner*innen erreicht. In den Plan wurden 9.950 Betten und 356 Plätze aufgenommen. Das Soll für 2008 war eine Bettenziffer von 56,5 bzw. 9.292 Betten. Zwischen 2001 und 2005 wurden 1.083 Betten abgebaut. Die Zahl der tagesklinischen Plätze wurde um 107 erhöht. Bis 2008 sollten weitere 688 Betten abgebaut werden.

Die Grundversorgung wurde damals als flächendeckend angesehen, wenn Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe in einer Entfernung von 25 bis 30 Kilometern vorhanden waren. An medizinischen Schwerpunkten wurden Onkologische Zentren, Perinatalmedizin, Stroke Units, Neurologische Frührehabilitation, Transplantationszentren und Geriatrie ausgewiesen.

2008 wurde der Plan um eine gesonderte Psychiatrieplanung ergänzt, 2009 wurde er bis Ende 2010 verlängert und die Betten-/Platzzahlen auf 10.531 korrigiert.

Krankenhausplan 2020

Der Plan hat als Zieljahr 2025. Er führte den Begriff der Rahmenplanung ein. Der Plan legte nur noch die Standorte und die Fachabteilungen fest. Die Betten wurden nicht mehr den Fachabteilungen zugeordnet. Die Krankenhausträger dürfen die Betten «in eigener Verantwortung» verteilen. Es existiert nur noch eine Anzeigepflicht. Änderungen innerhalb eines Jahres wurden auf fünf Prozent der jeweiligen Fachgebietsbetten begrenzt. Innerhalb medizinischer Fachplanungen fand eine Bettenzuweisung statt. Das Land wurde in vier Planungsregionen aufgeteilt. Die Vorgabe einer Kilometerentfernung für die flächendeckende Grundversorgung wurde aufgegeben.

Zur Trägervielfalt findet sich folgende Formulierung: «Dies bedeutet gleiche Möglichkeiten des Marktzutritts und der eigenverantwortlichen Betriebsführung. Der Krankenhausplan hat nicht die Aufgabe, in jeder Region des Landes sicherzustellen, dass alle Trägergruppen […] vertreten sind.»[278]

Die kindgerechte Versorgung und die Notfallversorgung wurden zu wichtigen Anliegen erklärt, allerdings wurden dazu keine verbindlichen Vorgaben gemacht. Der zentrale Bettennachweis bei den Leitstellen wurde verpflichtend. Versorgungsaufträge wurden nur den Fachabteilungen zugewiesen. Ausnahmen gelten für tagesklinische Einrichtungen und Abteilungen, bei denen es um Leistungen geht, «bei deren Erbringung hohe Kosten anfallen, die wissenschaftlich-medizinisch besonders hohe Anforderungen stellen und die auf der anderen Seite nur in verhältnismäßig geringer Anzahl indiziert sind».[279]

Für Psychosomatik/Psychotherapie wurden gesonderte Planvorgaben gemacht. Auch zur Schwerpunktplanung Schlaganfallversorgung finden sich detailliertere Vorgaben (Zertifizierung, infrastrukturelle und prozessuale Voraussetzungen). Als weiterer Schwerpunkte werden Adipositas-Chirurgie und Palliativmedizin genannt.

Bei den Zentren kamen pädiatrische Zentren hinzu. Die Zentren sollen «allgemeine besondere Aufgaben»[280] im Rahmen eines Netzwerkmanagements für andere Krankenhäuser erfüllen, zum Beispiel Fallkonferenzen, Datenaustausch und Telemedizin oder Fachexpertise für Mitbehandler*innen. Auch ein Trauma-Netzwerk und herzmedizinische Zentren (Netzwerkstruktur und Aufgaben wie bei pädiatrischen Zentren) wurden in den Plan aufgenommen.

Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit der Versorgung von Behinderten. Es werden organisatorische, räumliche und personelle Voraussetzungen (Soll: Tagschicht eine Pflegekraft auf fünf Patient*innen, Nachtschicht eine Pflegekraft auf zehn Patient*innen) benannt. Hochansteckende Patient*innen sollen in Hamburg behandelt werden. Insgesamt sind die Fachplanungen deutlich detaillierter als zuvor.

Die Methode der Prognoseerstellung entspricht der im Plan 2005. Da für die Fachabteilungen Neurologie, Frührehabilitation und Unfallchirurgie/Orthopädie Abweichungen des Solls von der tatsächlichen Entwicklung festgestellt wurden, wurden für diese und die Fachabteilungen Psychiatrie/Psychosomatik (auch Kinder) deshalb alternativ die Planbetten aus den Berechnungstagen ermittelt. Aus den bisherigen jährlichen Zuwachsraten wurden die Berechnungstage 2011 bis 2025 hochgerechnet und abschließend mit der fachspezifischen Normauslastung in Planbetten umgerechnet.

Es ergaben sich im Plan für 2025 10.142 Planbetten und 1.436 tagesklinische Plätze. Damit soll es erstmalig zu einem Zuwachs von 850 Betten kommen. Weiterhin sollen kurzfristige Planfortschreibungen bei Bedarf durchgeführt werden.

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Mecklenburg-Vorpommern verlief wie folgt:

278 Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern: Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern, Stand: November 2020, Schwerin 2020, S. 15. **279** Ebd., S. 17. **280** Ebd., S. 33.

Tabelle 36: Alle Krankenhäuser (1991 bis 2002) und Allgemeine Krankenhäuser (2002 bis 2019) in Mecklenburg-Vorpommern

	Alle KH/ Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1991	*47*		*16.008*		*84,6*		*336.660*		*178,0*		*13,3*	
1997	*36*	*-23,4*	*11.920*	*-25,5*	*65,9*	*-22,1*	*362.060*	*7,5*	*200,3*	*12,5*	*9,4*	*-29,3*
2002	*36*	*0,0*	*10.859*	*-8,9*	*61,5*	*-6,7*	*396.572*	*9,5*	*227,4*	*13,5*	*8,1*	*-13,8*
91–02	*-11*	*-23,4*	*-5149*	*-32,2*	*-23,1*	*-27,3*	*59.912*	*17,8*	*49,4*	*27,8*	*-5,2*	*-39,1*
2002	33		10.731		61,5		394.331		226,0		8,1	
2007	30	-9,1	10.151	-5,4	60,4	-1,7	388.304	-1,5	231,2	2,3	7,6	-6,0
2012	33	10,0	10.227	0,7	63,9	5,7	405.853	4,5	253,6	9,7	7,1	-6,1
2017	33	0,0	10.114	-1,1	62,8	-1,8	413.307	1,8	256,5	1,2	6,8	-4,9
2019	33	0,0	9.983	-1,3	61,0	-2,8	412.532	-0,2	256,5	0,0	6,6	-3,0
02–19	0	0,0	-748	-7,0	-0,5	-0,8	18.201	4,6	30,5	13,5	-1,5	-18,5

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Anmerkung zur Tabelle: kursiv = Zahlen für Alle Krankenhäuser.

Für Mecklenburg-Vorpommern liegen die Häuser- und Bettenzahlen für Allgemeine Krankenhäuser erst ab 2002 vor. Deshalb werden für 1991 bis 2002 die Zahlen für Alle Krankenhäuser getrennt dargestellt.

Zwischen 1991 und 2002 wurden elf Krankenhäuser und 5.897 Betten abgebaut. Seit 2002 erfolgte im Bereich der Allgemeinen Krankenhäuser zunächst (bis 2007) ein Abbau um drei Krankenhäuser und 580 Betten. Danach blieb die Zahl der Krankenhäuser konstant. Die Zahl der Betten sank nur noch um 168. Auch hier erfolgte also der wesentliche Kahlschlag in den ersten Jahren nach der Eingliederung der Ex-DDR. Da die Zahlen zwischen Alle Krankenhäuser und Allgemeine Krankenhäuser 2002 nicht stark differieren (drei Häuser und 128 Betten), kann man zusammenfassen, dass Mecklenburg-Vorpommern einen Mittelplatz beim Abbau von Krankenhäusern einnimmt (-29,8 Prozent). Beim Bettenabbau liegt es auf Platz drei (-37,6 Prozent) (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76).

Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen bezogen auf alle Krankenhäuser nahm zwischen 1991 und 2002 um 27,3 Prozent ab. Bezogen auf die Allgemeinen Krankenhäuser nahm sie seit 2002 nur noch um 0,8 Prozent ab und die Patientenzahl stieg nur um 4,6 Prozent. Die Verweildauer nahm um 18,5 Prozent ab.

An der Erstellung einer Prognose wurde festgehalten. Die Umstellung vom Benchmark-Verfahren auf die Ableitung aus den Ist-Zahlen und der Bevölkerungsentwicklung mittels Burton-Hill-Methode ist zwar ein kleiner Schritt in die richtige Richtung. Wesentliche Elemente einer «guten» Planung (Einbeziehung der Betroffenen, Expert*innen usw.) fehlen aber weiterhin und auch die angenommenen Parameter müssten einer näheren Prüfung unterzogen werden. In den somatischen Fächern werden keine Bettenzahlen pro Fachabteilung mehr ausgewiesen.

Die Fachplanungen, inklusive qualitativer Vorgaben (jedoch ohne verbindliche Vorgaben zur Personalstärke), sind sinnvoll und wurden im Laufe der Jahre ausgeweitet. Allgemeine qualitative Vorgaben fehlen.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 37: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern (1992 bis 2019)

	1992				2019				Anteil in % 1992			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	42	29	9	4	33	7	7	19	69,0	21,4	9,5	21,2	21,2	57,6
Betten	14.820	11.346	2.769	705	9.983	3.315	1.639	5.029	76,6	18,7	4,8	33,2	16,4	50,4

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Die Trägerangaben bei den Allgemeinen Krankenhäusern liegen schon ab 1992 vor, während alle anderen Daten für Allgemeine Krankenhäuser erst ab 2002 vorliegen. Dem massiven Abbau öffentlicher Häuser (Reduzierung um mehr als zwei Drittel) steht eine genauso massive Zunahme des Anteils bei den Privaten gegenüber (ca. Verdreifachung). Bei den Betten sank der Anteil der Öffentlichen auf unter die Hälfte, der Anteil der Privaten nahm um das Zehnfache zu. Ein Ausverkauf der öffentlichen Daseinsvorsorge! Nach Hamburg (mit 54,1 Prozent privaten Betten) ist Mecklenburg-Vorpommern mit 50,4 Prozent privaten Betten das Bundesland mit dem zweithöchsten privaten Bettenanteil. Der Anteil der Freigemeinnützigen blieb konstant.

Niedersachsen

GESETZGEBUNG

Niedersächsisches Gesetz zum Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Nds. KHG) 1973

Ziele:
- «Die Landkreise und kreisfreien Städte haben die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises nach Maßgabe des Krankenhausbedarfsplans […] sicherzustellen. Sie haben eigene Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten, soweit die Krankenhausversorgung nicht durch andere Träger gewährleistet wird.» (§ 1)[281]

Planung:
- Der Landtag hat die Möglichkeit zur Stellungnahme bei Aufstellung des Plans, Beschluss durch Ministerium, Veröffentlichung im Ministerialblatt.
- «Der Krankenhausbedarfsplan nennt die Grundsätze und Ziele der Krankenhausplanung. Die Planungen werden für bestimmte Versorgungsgebiete und Standorte auf der Grundlage eines allgemeinen und eines nach Fachdisziplinen ermittelten Bettenbedarfs ausgewiesen.» (§ 3)[282]
- Drei Versorgungstufen (Grund-, Regel-, Zentralversorgung und Sonder-Krankenhäuser) mit Mindest- und Soll-Bettenzahlen (mindestens 100, 200, 400 Betten) und Vorgaben für Fachgebiete.
- Beratender Ausschuss (Spitzenverband Kommunen, Arbeitsgemeinschaft der Sozialversicherungsträger, Krankenhausgesellschaft).

Förderung:
- Hälftige Finanzierung der Investitionsmittel durch Land und Landkreise/kreisfreie Städte.

Bewertung:
Es gibt keine Zielbestimmung im engeren Sinn. Die Planungsvorgaben sind relativ differenziert (Bettenbedarf nach Fachrichtungen, Versorgungsgebiete, Versorgungsstufen), aber es wird keine Bedarfsprognose gefordert.

Die Beteiligten bei der Planung waren auf das Minimum beschränkt, aber immerhin wurden die Pläne im Landtag erörtert. Zur Art der Förderung gibt es keine Festlegungen.

Nds. KHG 1986

Ziele: keine Änderung.

Planung:
- Ersetzung des Begriffs «Krankenhausbedarfsplan» durch «Krankenhausplan».
- Streichung der Versorgungstufen.
- Neue Formulierung: «Der Krankenhausplan enthält die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert nach den Fachrichtungen (Gebieten), Planbetten und Funktionseinheiten.» (§ 3)[283]
- Jährliche Fortschreibung.
- Planungsausschuss zur Beteiligung an der Aufstellung und Fortschreibung des Plans, Mitglieder neben unmittelbar Beteiligten (Kassen, Privatversicherungen, Krankenhausgesellschaft, Kommunale Spitzenverbände): Ärztekammer, Gewerkschaften, Kassenärztliche Vereinigung, Landesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrts- und Unternehmerverbände.
- Aufnahme der Standorte von medizinischen Großgeräten in den Krankenhausplan.

Förderung:
- Aufbringung der Fördermittel zu 60 bis 66,66 Prozent vom Land und zu 33,33 bis 40 Prozent von den Gebietskörperschaften (unterschiedlicher Anteil je nach Förderanlass).
- Einzelförderung auf Antrag als Festbetrag.
- Pauschale Förderung nach Bettenzahl (Betrag gestaffelt nach Krankenhausgröße).
- Zuschüsse bei Schließung/Umstellung von Krankenhäusern (auch als Pauschale).
- Investitionsverträge mit den Kassen nach § 18b KHG werden ermöglicht.

Bewertung:
Die Änderungen liegen im «Bundestrend»: Es geht nicht mehr um den Bedarf, die Differenziertheit der Planung nimmt ab. Die Beteiligung von zivilgesellschaftlichen Organisationen an der Planerstellung wurde erweitert, hinzu kamen auch Unternehmerverbände. Die Förderung erfolgt nach Standardbestimmungen.

Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG) 2011

Ziele: keine Änderung.

Planung:
- Ortsnahe Notfallversorgung muss gewährleistet sein.
- «Im Krankenhausplan sind dessen Grundsätze und Ziele sowie die voraussichtliche Entwicklung der Krankenhausversorgung darzustellen. Der Kranken-

281 Niedersächsisches Gesetz zum Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, Drucksache 7/1626, 14.12.1972, S. 2. **282** Ebd. **283** Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Gesetzes zum Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, Drucksache 10/5183, 3.12.1985, S. 3.

hausplan kann für einzelne Fachrichtungen und für medizinische, insbesondere fachrichtungsübergreifende Schwerpunkte durch Krankenhausfachpläne ergänzt werden; diese sind Teil des Krankenhausplans.» (§ 4)[284]
- «Der Krankenhausplan führt die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser auf, gegliedert nach den Versorgungsregionen, den Standorten, der Zahl der Planbetten und teilstationären Plätze und den Fachrichtungen.» (§ 5)[285]
- Beschluss jetzt durch Landesregierung.
- Regelungen zur Notfallversorgung («jederzeitig») und zu Alarm- und Einsatzplänen.
- Verordnungsermächtigung zur Bestimmung von Ausnahmen von Mindestmengen bei planbaren Leistungen (falls flächendeckende Versorgung gefährdet wäre).
- Bei Trägerwechsel Ausscheiden aus Plan, Möglichkeit Neuaufnahme zu beantragen.

Förderung:
- Pauschale Förderung durch Grundpauschale nach Zahl der Betten (ggf. gestaffelt nach Fachrichtungen) und Leistungspauschale nach Zahl der Patient*innen. Möglichkeit, die gleiche Pauschale zu erhalten, auch wenn Betten (bis zu einer bestimmten Zahl) gestrichen werden (Rechtsverordnung möglich).

Bewertung:
Die Regelungen zum Plan wurden eher wieder differenzierter (Versorgungsregionen, Fachpläne). Die pauschale Förderung wurde teilweise umgestellt auf Leistungsbezug (Fälle).

Niedersächsisches Krankenhausgesetz (NKHG) – neueste Fassung 2020

Ziele: keine Änderung.

Planung:
- Im Planungsausschuss sitzt jetzt auch die Pflegekammer.
- «Der Bescheid […] kann mit Nebenbestimmungen nur versehen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele des Krankenhausplans […] zur Qualitätssicherung oder zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von besonderen Leistungen erforderlich ist. Unter den Voraussetzungen des Satzes 1 können Auflagen auch nachträglich aufgenommen, geändert oder ergänzt werden.»[286]

Förderung:
- Pauschale Förderung: fester Geldbetrag als Grundpauschale nach Zahl der Betten mit unterschiedlichem Betrag je nach Krankenhausgröße und Fachabteilungen und fester Geldbetrag als Leistungspauschale (nach Zahl der Fälle, im DRG-Bereich nach Case-Mix).

Bewertung:
Die Planung wurde geöffnet in Richtung Qualitätsvorgaben und Vorhaltung von besonderen Leistungen. Die pauschale Förderung hat jetzt einen noch stärkeren Leistungsbezug (Anbindung an das DRG-System).

Tabelle 38: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Niedersachsen (ab 1970)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1970–1974	SPD	Kubel 1
1974–1976	SPD, FDP	Kubel 2
1976–1977	CDU	Albrecht 1
1977–1978	CDU, FDP	Albrecht 2
1978–1982	CDU	Albrecht 3
1982–1986	CDU	Albrecht 4
1986–1990	CDU, FDP	Albrecht 5
1990–1994	SPD, Grüne	Schröder 1
1994–1998	SPD	Schröder 2
1998	SPD	Schröder 3
1998–1999	SPD	Glogowski
1999–2003	SPD	Gabriel
2003–2008	CDU, FDP	Wulff 1
2008–2010	CDU, FDP	Wulff 2
2010–2013	CDU, FDP	McAllister
2013–2017	SPD, Grüne	Weil 1
2017–	SPD, CDU	Weil 2

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausbedarfsplan 1973

An den allgemeinen Ausführungen findet sich lediglich: «Der Krankenhausplan wird ergänzt und weiterentwickelt. Dabei werden die Grundsätze und Ziele dargestellt, die für eine bedarfsgerechte Versorgung maßgeblich sind. Anzustreben sind ein Ausnutzungsgrad von 90 % und eine durchschnittliche Verweildauer von 16 Tagen.»[287]

Danach wurden die Krankenhäuser einzeln mit ihren jeweiligen Gesamtbetten aufgezählt und festgestellt, dass es in den sieben Versorgungsregionen 57.422 Planbetten gab, von denen nur 49.455 förderfähig (in den Plan aufgenommen) waren. Das ergab für 1974 einen Bettenindex von 6,89 förderfähigen Betten. Eine Herleitung oder Begründung der Differenz fehlten genauso wie eine Prognose.

Anschließend wurde noch das Krankenhausbauprogramm von 1974 bis 1978 bekanntgemacht.

284 Entwurf eines Niedersächsischen Krankenhausgesetzes (NKHG), Drucksache 16/3649, 18.5.2011, S. 3. **285** Ebd. **286** Niedersächsisches Krankenhausgesetz, Nds. GVBl. 2012, 2, 19.1.2012, S. 3/12. **287** Niedersächsisches Ministerialblatt 1974, Nr. 11, 14.3.1974, S. 381.

Krankenhausbedarfsplan 1978

Man erfährt, dass in den Jahren vor der Krankenhausplanung (1966 bis 1976) der tatsächliche Bettenbestand um 3.717 erhöht worden ist. Im Vorwort stellte der zuständige Sozialminister Hermann Schnipkoweit (CDU) fest: «Der Krankenhausbedarfsplan weist im Ergebnis für das Land Niedersachsen einen Bettenüberhang von 5.463 Krankenhausbetten aus. Dies bedeutet, dass von den derzeit geförderten knapp 47.000 Betten in den Akutkrankenhäusern in den nächsten Jahren rund 12 % entbehrlich werden. […] Für die Landesregierung wird es in den nächsten Jahren deshalb darauf ankommen, auf der Grundlage des Krankenhausbedarfsplanes notwendige Anpassungen an den Bedarf behutsam vorzunehmen. Die Landesregierung wird den bisher eingeschlagenen Weg des engen Einvernehmens mit allen Beteiligten konsequent fortsetzen. So wird sie als nächsten Schritt den Landkreisen und kreisfreien Städten, denen die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises übertragen ist, diesen Krankenhausbedarfsplan zur Stellungnahme zuleiten. Sie wird sodann intensive Gespräche mit den mittelbar und unmittelbar Betroffenen, insbesondere den Krankenhäusern führen. Erst danach wird eine Entscheidung über einen Abbau überzähliger Krankenhausbetten und die ggf. notwendige Umstrukturierung der Leistungsangebote in den Krankenhäusern erfolgen können.»[288]

Tatsächlich wurde eine sehr detaillierte Planung mit Expertenanhörung und Abstimmung mit den Gebietskörperschaften der 14 Versorgungsregionen durchgeführt. Die Festlegung des Bettenbedarfs (pro Fachabteilung) erfolgte mittels der Burton-Hill-Formel und «korrigierender Faktoren».[289] Es wurde ein «rechnerischer Bedarf» und anschließend ein «korrigierter Bedarf» ermittelt.[290] Die Ermittlung des rechnerischen Bedarfs erfolgte als Mittelwert aus einer «optimistischen» und einer «pessimistischen» Annahme zu den Planungsparametern (Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit) jeweils für alle Versorgungsregionen und Fachgebiete. Die verwendeten Daten stammten aus der Ist-Datenerhebung und aus Expertengesprächen. Außerdem wurden die Daten mit den anderen Bundesländern verglichen, ohne dass explizit ein Benchmarking vorgenommen wurde. Die Bettennutzung wurde mit 85 Prozent vorgegeben – außer Infektiologie (50 Prozent) und Pädiatrie (80 Prozent).

Als «korrigierter Bedarf» wurden «sowohl Patientenwanderungen zwischen den Entwicklungsräumen (‹überregionale Versorgung›) als auch Besonderheiten innerhalb der einzelnen Entwicklungsräume (‹entwicklungsraumspezifische Faktoren›) in Betracht» gezogen.[291] In regionalen Abstimmungsgesprächen wurden diese Korrekturen in die Planung eingearbeitet (z. B. Geburtenraten, Anteil älterer Menschen) und im Plan detailliert dargestellt.

Unter Ziele ist zu lesen: «Dabei ist die gute Erreichbarkeit für den Bürger das übergeordnete Ziel. Die Sicherung einer ausreichenden ärztlichen Routine und eine ökonomische Auslastung der medizinisch-technischen Einrichtungen erfordern jedoch gewisse Konzentrationen.»[292] Anschließend wurden in allgemeiner Form «medizinische Ziele» genannt.

Krankenhausplan 1985 – Neuaufstellung

Einleitend wurde festgestellt: «Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass eine zu detaillierte und längerfristig angelegte Prognose nur von geringem praktischen Wert ist.»[293] Die Planung in 14 Entwicklungsregionen wurde aufgegeben zugunsten einer Planung in den Grenzen der Gebietskörperschaften. Zieljahr für die Prognose war 1990. Die Prognose bezog sich nicht auf die einzelnen Krankenhäuser und Fachgebiete: «Eine Prognose des erforderlichen Bettenangebotes ist daher allenfalls für einen Fünf-Jahres-Zeitraum und auf das ganze Land bezogen zweckmäßig.»[294]

Die Prognose wurde mit einer Trendextrapolation erstellt, bei der Bettennutzungsgrade zwischen 80 und 90 Prozent zugrunde gelegt wurden. Trendextrapolationen sind problematisch, weil sie keine Richtungsänderungen bzw. Brüche berücksichtigen. Eine regionale Planung ist nicht erkennbar. Versorgungsstufen wurden nicht ausgewiesen. Eine Großgeräteplanung kam trotz gesetzlicher Verpflichtung in diesem Plan und in den Plänen bis 1999 nicht vor.

Der Plan sollte jährlich fortgeschrieben werden. Dabei sollte das Angebot einzelner Krankenhäuser unter folgenden Gesichtspunkten überprüft werden:

- anstehende Baumaßnahmen,
- medizinisch oder demografisch ausgelöste Nachfrageveränderungen,
- erhöhte oder verminderte Bettenausnutzung oder Verweildauer,
- Antrag des Krankenhauses.

Die Planung bestand also eigentlich aus einem Nachvollziehen der bereits eingetretenen Entwicklungen. Letztlich wurde das Bettenangebot auf der Basis der Anträge der Träger festgelegt und ggf. an die Gesamtvorstellungen des Landes zur Bettenentwicklung angepasst – oder umgekehrt.

Im Krankenhausbedarfsplan 1978 waren 56.279 Betten ausgewiesen. Der Ist-Bettenstand 1985 war 54.973. Das Soll für 1990 lag bei 53.500. Die Darstellung der Ist-Bettenzahlen erfolgte pro Abteilung eines jeden Krankenhauses. Durch das Verfahren der Fortschreibung hat die Prognose höchstens noch eine orientierende Bedeutung für die Landesregierung bei der Beurteilung, ob sie im Einzelfall kürzen oder erhöhen soll.

288 Niedersächsischer Krankenhausbedarfsplan, Nds. MBl. Nr. 45/1978, Vorwort. **289** Ebd., S. 19. **290** Ebd., S. 35. **291** Ebd., S. 40. **292** Ebd., S. 27. **293** Niedersächsischer Krankenhausplan, Stand: 1.1.1985, DS 10/4410, S. 2. **294** Ebd., S. 3.

Krankenhausplan 1990 (5. Fortschreibung)

Die Prognose zielte auf das Jahr 1992, der Prognosezeitraum wurde also auf zwei Jahre verkürzt. Die Methoden und Parameter blieben gleich, auch bei der jährlichen Fortschreibung (siehe oben).

Zum 1. Januar 1990 gab es 54.170 geförderte Betten. Der Bettenbedarf zum 1. Januar 1992 wurde mit 53.200 angegeben.

Krankenhausplan 1993 (8. Fortschreibung)

Der Prognosezeitraum betrug jetzt nur noch ein Jahr, ansonsten blieb es beim Vorgehen der Vorjahre. Zum 1. Januar 1993 gab es 53.563 geförderte Betten. Die Prognose wurde nur noch in Form einer Bettenziffer pro Fachgebiet dargestellt, das heißt, ein geplantes Betten-Soll wurde überhaupt nicht mehr dargestellt, obwohl es dieses gab, was die Planungskonsequenzen noch schwerer nachvollziehbar machte.

Der Krankenhausplan wurde um einen Statistikteil, einschließlich der Darstellung der «Leistungsdaten» (Verweildauern, Patientenzahlen, Pflegetage, Bettenziffern usw.), ergänzt. Ein Benchmark-Vergleich mit den Bettenziffern anderer Bundesländer ist natürlich auch enthalten.

Krankenhauspläne 1999 bis 2008 (14. bis 23. Fortschreibung)

1999 gab es 48.291 Planbetten, im Vergleich zu 1993 also 5.272 weniger.

Die Festlegungen zur Planung waren jetzt mit «Rahmenplan» überschrieben. Die Prognose umfasste im Plan 1999 wieder einen Zweijahreszeitraum (bis 2001). Ab dem Plan 2004 wurde wegen der Einführung der DRGs und der damit erwarteten Veränderungen ganz auf die Prognose verzichtet und nur noch die jährliche Ist-Entwicklung dargestellt. Das Verfahren der jährlichen Fortschreibung blieb gleich (siehe hierzu Krankenhausplan 1985).

Es wurden integrierte Versorgungskonzepte dargestellt (Geriatrie, Herzchirurgie, Schwerst-Schädel-Hirn-Geschädigte), die allerdings nicht über eine Ist-Beschreibung hinausgehen. Ab jetzt bis 2003 erfolgte die kommentarlose Ausweisung der Standorte von medizinisch-technischen Großgeräten in Tabellenform, danach nicht mehr. In einem ausführlichen Statistikteil wurden ab jetzt in allen weiteren Plänen kommentarlos die Leistungsdaten mit den anderen Bundesländern verglichen – die Kostendaten durften natürlich nicht fehlen.

2008 gab es nur noch 41.214 geförderte Betten. Innerhalb von neun Jahren hatte also ein Abbau von nochmals 7.077 Betten stattgefunden. Dieser Abbau war rasant und sollte im Weiteren fortgesetzt werden.

Krankenhauspläne 2009 bis 2020 (24. bis 35. Fortschreibung)

Es blieb grundsätzlich bei den Vorgaben aus dem Krankenhausplan 1985 und bei der jährlichen Fortschreibung aufgrund der tatsächlichen Nutzung (was ja in Wirklichkeit keine Planung ist). Allerdings wurde wieder eine Prognose bis 2015/2020 eingeführt. Die Prognosemethode ist näher beschrieben: «Hierzu wurde als Basis die Krankenhaushäufigkeit jeder Fachrichtung in jedem Altersjahr ermittelt und hochgerechnet auf die Altersstruktur der Prognosejahre 2015 und 2020 […]. Die resultierende fiktive, altersbereinigte Fallzahl ergibt, multipliziert mit der fachrichtungsspezifischen durchschnittlichen Verweildauer, das prognostische Behandlungsvolumen. Dabei wird bis 2020, abhängig von der Fachrichtung, von einer um bis zu 20 % sinkenden Verweildauer ausgegangen.»[295]

Zwischenzeitlich wurde das Land in vier Versorgungsregionen unterteilt. Die Prognose erfolgte aber nicht auf der Ebene der Regionen, sondern nur auf Landesebene. Die Vorgaben zur Bettennutzung blieben gleich. Auch die Methode der Zuweisung der Betten zu den einzelnen Krankenhäusern änderte sich nicht.

Die Prognose in Form der Bettenziffer (pro 10.000 Einwohner*innen) ergab: Ist 2009: 51,5, Prognose 2015: 49,8, Prognose 2020: 45,9. Das bedeutete einen Bettenabbau von 3,3 bzw. 10,9 Prozent. Bei einem Betten-Ist im Jahr 2009 von 41.034 Betten hätte dies 1.354 bzw. 4.473 Betten entsprochen.

Die Ausweisung der Betten erfolgte immer noch je Fachabteilung. Auch in den weiteren Fortschreibungen änderte sich die Systematik nicht. Es wurden lediglich in der Prognose die Ist-Werte nachgezogen und im Plan 2014 wurde die Prognose auf 2030 verlängert. Der Prognosewert 2030 für die Bettenziffer beträgt 41,6, also ein leichter Anstieg. Im Plan 2016 wurde die Bettenziffer-Prognose für 2030 auf 42,1 erhöht. 2018 betrug der Prognosewert für 2030 42,2. Im Vergleich zum Ist 2018 (41,9) also keine wesentliche Änderung.

2019 wurde ein «Krankenhausfachplan Zentren» in den Plan aufgenommen, indem Anforderungen an die Aufnahme in diesen Fachplan formuliert wurden und die Zentren (Onkologische Zentren, überregionale Stroke Units, überregionales Traumazentrum, Zentren für Pädiatrie und Zentrum für pädagogische Onkologie) sowie die Standorte benannt wurden. Die Anforderungen richteten sich nach den Vorgaben des § 136c Abs. 5 SGB 5 bzw. der vom Gemeinsamen Bundesausschuss hierfür beschlossenen Regelungen, sind also bundesgesetzlich verpflichtend.

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Niedersachsen verlief wie folgt:

295 Niedersächsischer Krankenhausplan 2009, S. 3.

Tabelle 39: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Niedersachsen

	Akut-KH/ Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1972	272		50.478		70,0		929.069		128,8		17,1	
1977	264	-2,9	53.752	6,5	74,4	6,3	1.050.878	13,1	145,5	13,0	15,6	81,2
1982	229	-13,3	50.761	-5,6	69,9	-6,0	1.108.485	5,5	152,8	5,0	14	10,3
1989	208	-9,2	48.890	-3,7	67,1	-4,0	1.262.049	13,9	173,3	13,4	12,3	12,1
72–89	-64	-23,5	-1.588	-3,1	-2,8	-4,1	332.980	35,8	44,5	34,6	-4,8	-28,1
1991	202		49.291		65,9		1.257.527		168,2		12,3	
1997	190	-5,9	45.702	-7,3	58,3	-11,6	1.359.601	8,1	173,3	3,0	9,9	19,5
2002	192	1,1	43.142	-5,6	54,1	-7,2	1.514.647	11,4	189,8	9,5	8,4	15,2
2007	179	-6,8	38.152	-11,6	47,9	-11,5	1.455.697	-3,9	182,6	-3,8	7,6	8,9
2012	172	-3,9	37.575	-1,5	48,3	0,9	1.578.085	8,4	202,9	11,1	6,8	10,7
2017	151	-12,2	36.917	-1,8	46,4	-4,0	1.648.481	4,5	207,0	2,0	6,3	7,4
2019	148	-2,0	36.069	-2,3	45,1	-2,7	1.632.354	-1,0	204,2	-1,4	6,2	2,0
91–19	-54	-26,7	-13.222	-26,8	-20,8	-31,6	374.827	29,8	36,0	21,4	-6,1	-49,6

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Seit 1972 wurden in Niedersachsen 118 Krankenhäuser und 14.810 Betten abgebaut. Der Bettenabbau hat sich seit 1991 massiv beschleunigt. Niedersachsen lag in der zweiten Periode sowohl beim Krankenhausabbau (-26,7 Prozent) als auch beim Bettenabbau (-26,8 Prozent) im Mittelfeld der Bundesländer (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76).

Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm in den beiden betrachteten Zeiträumen (1972 bis 1989 und 1991 bis 2019) um 4,1 bzw. um 31,6 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 35,8 bzw. um 29,8 Prozent und die Verweildauer nahm um 28,1 bzw. um 49,6 Prozent ab. Die Krankenhaushäufigkeit nahm um 34,6 bzw. 21,4 Prozent zu.

Anfänglich gab es eine relativ detaillierte Planung, bei der nicht nur die Burton-Hill-Formel zum Einsatz kam, sondern auch Expert*innen gehört und deren Einwände in Bezug auf die Versorgungsregionen zum Teil auch berücksichtigt wurden. Ab 1985 erfolgte dann eine Wende bei der Planung. Trendextrapolationen ermöglichen aber keine sachgerechte Planung.

Letztlich besteht die «Planung» in der Bescheidung von Trägeranträgen. Da keine regionale Planung (trotz der vier Regionen) und keine Planung in Versorgungsstufen erfolgt, besteht eine geringe Planungstiefe. Die Ausweisung der Betten auf Fachgebietsebene auch im letzten Plan ist eher untypisch. Es gibt nur wenige Fachplanungen und keine Festlegungen zur Qualitätssicherung.

Zuerst gab es eine Prognose, dann wurde auf die Prognose verzichtet, dann wurde sie wieder eingeführt, aber eher nur nachrichtlich als Leitlinie für die Regierung und nicht konkret für den Plan. Dort bleibt es bei der jährlichen Fortschreibung.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 40: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Niedersachsen (1972 bis 1989)

	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	272	93	113	66	208	86	87	35	34,2	41,5	24,3	41,3	41,8	16,8
Betten	50.478	28.442	19.388	2.648	48.890	27.745	18.921	2.224	56,3	38,4	5,2	56,7	38,7	4,5

Tabelle 41: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Niedersachsen (1991 bis 2019)

	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	202	81	88	33	148	42	51	55	40,1	43,6	16,3	28,4	34,5	37,2
Betten	49.291	27.417	19.730	2.144	36.069	16.069	13.073	6.927	55,6	40,0	4,3	44,6	36,2	19,2

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Die Veränderungen in der Trägerstruktur lagen im Bundestrend. Zwischen 1972 und 1989 blieben die Zahlen relativ konstant. Ab 1991 hat sich die Zahl der privaten Häuser mehr als verdoppelt und die Zahl der Betten dort mehr als vervierfacht.

Nordrhein-Westfalen

GESETZGEBUNG

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHG-NRW) 1975

Ziele:
- «Zweck dieses Gesetzes ist es, die Krankenhausversorgung der Bevölkerung mit einem bedarfsgerechten System einander ergänzender, miteinander kooperierender, leistungs- und entwicklungsfähiger Krankenhäuser sicherzustellen.» (§ 1)[296]
- «Die Krankenhausversorgung sicherzustellen sowie dazu leistungsfähige Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, ist eine öffentliche Aufgabe. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung obliegt dem Land. Gemeinden und Gemeindeverbände sind im Rahmen des Krankenhausbedarfsplanes (§ 8) verpflichtet, dabei mitzuwirken. Die Aufgabe, leistungsfähige Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, wird in der Regel von freien gemeinnützigen Trägern, von kommunalen Trägern und vom Land wahrgenommen.» (§ 2).[297]
- Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser eines Einzugsbereichs durch Vereinbarungen (Bildung von Schwerpunkten, Verteilung der Aufnahmen, Notfallaufnahmebereiche, Rationalisierungsmaßnahmen).

Planung:
- Anhörung des zuständigen Landtagsausschusses bei Aufstellung des Plans, Veröffentlichung im Ministerialblatt.
- «Der Krankenhausbedarfsplan enthält eine Aufstellung der betriebenen Krankenhäuser und ihrer Betten, gegliedert nach Fachrichtungen, -abteilungen, Versorgungsgebieten, kreisfreien Städten und Kreisen. Außerdem sind die aufgrund der Bedarfsermittlung erforderlichen Krankenbetten, gegliedert nach Fachrichtungen, Aufgabenstellung, Versorgungsgebieten, kreisfreien Städten und Kreisen aufzuführen und Standorte für Krankenhäuser nach den Planungsgrundsätzen dieses Gesetzes […] festzulegen.» (§ 8)[298]
- Drei Versorgungsstufen (ortsnahe Grundversorgung, überörtliche gehobene Breitenversorgung, Hochschulkliniken).
- «Es werden Versorgungsgebiete gebildet. In ihnen ist die Krankenhausversorgung in möglichst allen Versorgungsstufen zu gewährleisten. Es sind […] auch die Siedlungs-, Bevölkerungs- und Erwerbsstruktur, die topografischen Verhältnisse und Verkehrsverbindungen zu berücksichtigen.» (§ 8)[299]
- Bei Krankenhäusern unter 100 Betten ist eine Bestätigung nötig, dass das Krankenhaus dauerhaft bedarfsnotwendig ist (1987 nicht mehr aufgeführt).
- Anzeigepflicht bei Abweichung von Bettenzahl und Abteilungen und bei nicht nur vorübergehender Unterschreitung der Bettennutzung von 75 Prozent.
- Verpflichtung zu einem zentralen Bettennachweis bei Rettungsstellen.

Förderung:
- Beteiligung der Gemeinden und Landschaftsverbände an den Kosten nach dem jeweils geltenden Finanzausgleichsgesetz.
- Rechtsverordnung zu Anforderungen an den Bau von Krankenhäusern (1987 nicht mehr explizit aufgeführt).
- Förderung auch von Ausbildungsstätten, Kitas und Personalwohnheimen.
- Krankenhausbeirat (Träger, Betriebsleitungen, Niedergelassene, Kassen, Gesundheitsamt, Rettungsdienst, Kurverwaltungen) zur Beratung in Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung (z. B. Ziele, Organisation, Zusammenarbeit) in den Gebietskörperschaften.

Sonstiges:
- Gesondert berechenbare Leistungen sind erlaubt, dürfen aber die allgemeine Versorgung nicht beeinträchtigen, kein Verbot von Privatstationen.
- Dreierleitung (Ärzteschaft, Pflege, Verwaltung); die Leiter sind berechtigt, in ihrem Aufgabengebiet allein zu handeln, bei übergreifenden Themen gemeinsame Entscheidung.

Bewertung:
Noch werden Wirtschaftlichkeitsziele nicht formuliert. Es gibt auch keine Erwähnung der privaten Träger und der Trägervielfalt. Die Planungsvorgaben sind sehr detailliert. Die Sonderregelungen für Krankenhäuser unter 100 Betten sind sinnvoll. 1975 gab es 185 Krankenhäuser unter 100 Betten, 1980 waren es nur noch 115, 1985 nur noch 75.[300] Die Vorschrift scheint also gewirkt zu haben. Auch die Anzeigepflicht bei unterdurchschnittlicher Bettennutzung ist unter Bedarfsgesichtspunkten sinnvoll, dürfte allerdings dazu geführt haben, dass die Krankenhäuser ihre Liegezeiten verlängert haben, damit sie nicht unter die Grenze rutschen. Der Krankenhausbeirat ist eine sinnvolle Form der regionalen Beteiligung; ihre Zusammensetzung war allerdings nicht sehr demokratisch und «bevölkerungsnah».

Es gibt keine Festlegung der Art der Förderung. Ausbildungsstätten wurden schon gefördert, bevor der Bund dies vorschrieb (1981). Die Förderung von Kitas und Wohnheimen ist im Ländervergleich eine Rarität. Das Verbot von Privatstationen kam erst 1987.

296 Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), BT-Drucksache 7/4530, 30.12.1975, S. 216. **297** Ebd. **298** Ebd., S. 217. **299** Ebd. **300** Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge.

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen 1987

Ziele:
- «Zweck dieses Gesetzes ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen. Es soll die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit den sonstigen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie mit den niedergelassenen Ärzten fördern.» (§ 1)[301]
- Verpflichtung zur Zusammenarbeit, insbesondere gehören dazu die «Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten, die Wahrnehmung besonderer Aufgaben der Dokumentation und der Nachsorge im Zusammenwirken mit den niedergelassenen Ärzten, die Verteilung der Krankenhausaufnahmen, die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen, die Mitwirkung bei der Schwangerenbetreuung, die festzulegenden Notfallaufnahmebereiche […], Rationalisierungsmaßnahmen, die Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte, die Nutzung medizinischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen, die Nutzung von Datenverarbeitungsverfahren, die Errichtung und den Betrieb von Ausbildungsstätten für nichtärztliche Heilberufe». (§ 11)[302]
- Pflicht zu interner Qualitätssicherung.
- Pflicht zur Mitwirkung beim Katastrophenschutz.

Planung:
- Aufnahme von medizinischen Großgeräten und Schwerpunktaufgaben in die Planung.
- Zuordnung von besonderen Aufgaben möglich.
- «Abgestufte» Krankenhausversorgung (soweit dies zur bedarfsgerechten Versorgung nötig ist) statt drei Versorgungstufen.
- Weiterhin Planung der Betten pro Fachabteilung.
- Mitwirkung des Landesausschusses bei der Planung; Mitglieder: Krankenhausgesellschaft, Gesetzliche Krankenkassen, private Krankenversicherungen, kommunale Spitzenverbände, Kirchen, Spitzenverbände Wohlfahrtspflege, Ärztekammern, Gewerkschaften, Kassenärztliche Vereinigung sowie Mitarbeitervertretungen der kirchlichen Krankenhäuser.
- Anzeigepflicht bei Abweichungen von Planfestlegungen. Mehrere Betriebsstätten eines Trägers bilden nur dann ein Krankenhaus, wenn Abteilungen nicht parallel vorgehalten werden.

Förderung:
- Einzelförderung mit Zustimmung des Trägers als Festbetrag.
- Pauschale Förderung nach Planbettenzahl (gewichtet mit Punktwert nach Fachrichtung) und nach Versorgungsstufe.
- Ausgleichszahlungen bei Schließung/Umstellung, Weiterzahlung der Pauschalförderung bei Reduzierung der Bettenzahl.
- Ermöglichung von Investitionsverträgen mit Kassen (§ 18 KHG).

Sonstiges:
- Verbot von Privatstationen.
- Betriebsleitung: nur noch «angemessene» Vertretung von Ärzteschaft und Pflege.

Bewertung:
Die Verpflichtung auf die Wirtschaftlichkeit ist im Gesetzestext angekommen. Es werden nun auch private Träger erwähnt. Die Pflicht zur Zusammenarbeit ist ausführlich dargestellt. Die Versorgungsstufen wurden abgeschafft. Großgeräte und Schwerpunktaufgaben kamen hinzu.

Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen 1998

Ziele:
- Ergänzung von «gestufter wohnortnaher» Versorgung in der Zielbestimmung in § 1.
- Pflicht zu Maßnahmen zur Überleitung vom Krankenhaus in andere Einrichtungen.
- Nur noch allgemeine Bestimmungen zur Zusammenarbeit, aber weiterhin Pflicht zu Vereinbarungen.
- «Grundsätzliche» Pflicht zur Aus- und Weiterbildung.

Planung:
- «Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine ortsnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser […] aus. Er besteht aus 1. den Rahmenvorgaben, 2. den Schwerpunktfestlegungen und 3. den regionalen Planungskonzepten.» (§ 13)[303]
- Veröffentlichung im Ministerialblatt alle zwei Jahre, keine Anhörung des Landtagsausschusses zum eigentlichen Plan mehr. Der zuständige Landtagsausschuss ist jetzt bei den Rahmenvorgaben (siehe unten) zu beteiligen.
- Weiterhin Planung der Betten pro Fachabteilung.
- «In den Versorgungsgebieten ist die notwendige abgestufte Versorgung mit ortsnahen, leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhäusern zu gewährleisten. Die Angebote benachbarter Versorgungsgebiete auch außerhalb des Landes Nordrhein-Westfalen sind zu berücksichtigen.» (§ 13)
- «Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze, besondere und überregionale Aufgaben und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität.» (§ 13)[304]

301 Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen, Nr. 44, 20.11.1987, S. 392. **302** Ebd., S. 393. **303** Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen, Nr. 51, 22.12.1998, S. 698. **304** Ebd.

– Meldepflicht bei Unterschreitung der vorgegebenen Bettennutzungszahlen um zehn Prozent über zwei Jahre.
– «Besondere und überregionale Aufgaben sind den Schwerpunktfestlegungen des Landes vorbehalten. Sie werden in den Rahmenvorgaben benannt.» (§ 15)[305] Anträge von Trägern und von Kassen möglich.
– «Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben […] legt das zuständige Ministerium insbesondere Leistungsstrukturen, Planbettenzahlen und Behandlungsplätze abschließend fest. Hierzu legen die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen ein von ihnen gemeinsam und gleichberechtigt erarbeitetes regionales Planungskonzept zur Fortschreibung des Krankenhausplans vor.» (§ 16)[306] Inhaltliche und rechtliche Prüfung durch das Ministerium. Falls keine Einigung, Ersatzvornahme durch Ministerium. Die «kommunale Gesundheitskonferenz» kann eine Stellungnahme abgeben.
– Neu: «Wenn Krankenhausträger ohne Zustimmung der zuständigen Behörde von den Feststellungen […] abweichen oder planwidrige Versorgungsangebote an sich binden, kann das Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden.» (§ 18)[307]

Förderung: keine Änderung.

Bewertung:
Es wurde zwar eine «gestufte wohnortnahe Versorgung» vorgegeben. Was darunter genau zu verstehen ist, wurde nicht definiert und blieb den Krankenhausplänen vorbehalten. Es fand eine Umstellung auf eine «Rahmenplanung» mit Schwerpunktkonzepten statt. Das Verfahren zur Festlegung von regionalen Planungskonzepten (Verhandlungen zwischen Trägern und Kassen mit Einigungszwang) muss ebenfalls als Rückzug aus der Planung gewertet werden, weil originäre staatliche Aufgaben abgegeben wurden. Wenig Demokratieverständnis zeigt auch, dass die kommunale Gesundheitskonferenz nur eine Stellungnahme abgeben darf. Erstmals erfolgte eine Androhung von Sanktionen, wenn mehr angeboten wird, als im Plan festgelegt ist. Das ist eine klare Reaktion auf die zunehmenden Versuche der Krankenhäuser zu verstehen, miteinander über die Ausweitung des Leistungsangebots in Konkurrenz zu treten.

Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) 2007

Ziele: keine Änderung.

Planung:
– Streichung der Vorgabe zu Schwerpunktsetzungen.
– «Die Rahmenvorgaben enthalten die Planungsgrundsätze und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität.» (§ 13)[308]
– Es gilt weiterhin, dass die Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen das regionale Planungskonzept erarbeiten (§ 14). Betten werden nur noch pro Krankenhaus und nicht mehr pro Fachgebiet ausgewiesen.
– «Der Landesausschuss für Krankenhausplanung […] schlägt bei Bedarf unter Beachtung der bundesrechtlichen Bestimmungen auch über diese hinaus Qualitätsmerkmale und -indikatoren vor, über die ein Krankenhaus die Öffentlichkeit so zu unterrichten hat, dass Patientinnen und Patienten ein direkter Vergleich zwischen verschiedenen Krankenhäusern möglich wird.» (§ 7)[309]

Förderung:
– Keine Einzelförderung mehr, nur noch Pauschalbetrag, mit dem das Krankenhaus im Rahmen der allgemeinen Zweckbindung frei wirtschaften kann, Bemessungsgrundlagen über Rechtsverordnung (im Wesentlichen Berechnung über Case-Mix des Krankenhauses).
– Festsetzung eines «besonderen Betrags» zur Einzelförderung von Bauten und Anlagen, soweit dies zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit «notwendig und ausreichend» ist.

Sonstiges:
– Aufhebung des Verbots von Privatstationen.

Bewertung:
Die Planungstiefe wird zurückgefahren (nur noch Gesamtbettenzahl pro Krankenhaus). Die Streichung der Vorgaben zu Schwerpunktsetzung kann ebenfalls als Kapitulation vor dem Konkurrenzkampf der Krankenhäuser gelesen werden. Es erfolgte ein Einstieg in Qualitätsvorgaben – allerdings nur «bei Bedarf». Man verabschiedete sich zunehmend von der Einzelförderung konkreter Projekte, statt einer Förderung wurde den Krankenhäusern ein pauschaler Betrag zur Verfügung gestellt. Dieser Ansatz kann als Ausstieg aus der Planung über die Förderung «mit einem kleinen Hintertürchen» (Einzelförderung zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit) bezeichnet werden.

305 Ebd. **306** Ebd., S. 699. **307** Ebd. **308** Gesetz- und Verordnungsblatt Ausgabe 2007, Nr. 34, 28.12.2007, S. 9. **309** Ebd., S. 6.

Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen – Stand: 2020

Ziele: keine Änderung.

Planung:
- Ergänzung von «qualitativ hochwertig» bei den Zielen der Krankenhausplanung.
- Neu: «Bei der Aufstellung des Krankenhausplans und seinen Einzelfestlegungen haben Krankenhäuser Vorrang, die eine zeitlich und inhaltlich umfassende Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen. Zudem soll die – auch kommunale Gebietsgrenzen überschreitende – Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit dem Ziel der Bildung und Sicherung von Behandlungsschwerpunkten im Einzugsbereich zu einer bevorzugten Berücksichtigung führen.» (§ 12, Abs. 4)[310]
- Neu: «Zur Erbringung besonderer Leistungen wird das zuständige Ministerium ermächtigt, Mindestfallzahlen im Krankenhausplan auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin festzulegen.» (§ 13)[311]
- Planungsrelevante Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesauschusses (§ 136c SGB 5) werden erst nach Aufnahme in die Rahmenvorgaben Bestandteil des Krankenhausplans.
- Trägerwechsel ist anzuzeigen.

Förderung:
- Pauschalförderung grundsätzlich wie 2007, Einzelförderung bei Errichtung von neuen Krankenhäusern möglich, wenn entsprechende Förderschwerpunkte im Investitionsprogramm ausgewiesen sind.
- Besonderer Betrag (siehe oben) nur, wenn eine Vorfinanzierung unzumutbar ist.

Bewertung:
Der Vorrang von Krankenhäusern mit Notfallversorgung, von Gebietsgrenzen überschreitender Zusammenarbeit und Bildung von Behandlungsschwerpunkten war ein Novum in der Gesetzgebung, weil dies die Möglichkeit bietet, eine Auswahl zwischen Krankenhäusern zu treffen und nicht jedes Krankenhaus, das einen Antrag stellt, aufnehmen zu müssen. Problematisch dürfte dabei die bestehende Rechtsprechung sein (siehe Kapitel 3).

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren und Mindestmengen sind möglich, wurden aber ins Belieben des Ministeriums gestellt. Es gab eine gewisse Einschränkung der Pauschalförderung und eine Rückkehr zur Einzelförderung unter bestimmten Bedingungen.

Nordrhein-Westfalen gehört zu den Ländern, in denen gesetzlich vorgegeben war, dass die Bettenplanung immer auf Fachabteilungsebene erfolgen muss.

Das Dritte Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (2021) wird in Kapitel 4 behandelt.

Tabelle 42: Regierungsparteien und Ministerpräsident*innen in Nordrhein-Westfalen (ab 1970)

Amtzeit	Parteien	Kabinett
1970–1975	SPD, FDP	Kühn 2
1975–1978	SPD, FDP	Kühn 3
1978–1980	SPD, FDP	Rau 1
1980–1985	SPD	Rau 2
1985–1990	SPD	Rau 3
1990–1995	SPD	Rau 4
1995–1998	SPD, Grüne	Rau 5
1998–2000	SPD, Grüne	Clement 1
2000–2002	SPD, Güne	Clement 2
2002–2005	SPD, Grüne	Steinbrück
2005–2010	CDU, FDP	Rüttgers
2010–2012	SPD, Grüne	Kraft 1
2012–2017	SPD, Grüne	Kraft 2
2017–	CDU, FDP	Laschet

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Vorläufiger Krankenhausbedarfsplan 1974

Es gab schon 1971 – also vor Verabschiedung des KHG – einen Landeskrankenhausplan. Er sollte fortgeführt werden und den Bedarf bis Ende des Jahrzehnts festlegen. Der Plan unterschied 14 Versorgungsgebiete. Im Vorfeld fanden sogenannte Zielplanbesprechungen in den Versorgungsgebieten unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft, der Gebietskörperschaften, der freien gemeinnützigen Wohlfahrtspflege, der Versicherungsträger und der Landschaftsverbände statt.

Aufgrund von «Bedenken» anderer Ressorts der Landesregierung und der «wesentlichen Beteiligten» gegen Datengrundlagen, Methoden der Bedarfsermittlung, der anstehenden kommunalen Neugliederung und der Begrenzung der Fördermöglichkeiten wurde nur ein vorläufiger Plan erstellt, der eine Ist-Erhebung darstellte. 79 Krankenhäuser mit unter 100 Betten wurden nicht in den Plan aufgenommen und mit «Auslaufzeitpunkten» versehen.

Krankenhausbedarfsplan 1979

Der Planungshorizont war 1985. Es erfolgte eine umfassende Ist-Analyse. Es wurde die Burton-Hill-Formel angewandt. Für die Entwicklung der Bevölkerungszahl wurde eine Bevölkerungsprognose verwendet. Die Bettennutzung wurde mit 85 Prozent angenommen. Die Krankenhaushäufigkeit wurde nach Versorgungsgebieten (jetzt insgesamt 16) und, soweit möglich, nach Fachgebieten ermittelt. Die Verweildauer wurde aufgrund der Werte von 1975 (16,7 Tage) mit 15,5 Tagen für 1985 angesetzt. Es sollte eine jährliche Überprüfung und Fortschreibung der Prognosedaten geben. Es fanden weiterhin Zielplanungsgespräche in den Versorgungsgebieten statt.

310 Gesetze und Verordnungen Landesrecht NRW, Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen, Stand: 16.12.2020, S. 6. **311** Ebd.

Zwischen 1975 und 1977 war die Zahl der Krankenhäuser um 30 und die Zahl der Betten um 2.306 auf 143.698 zurückgegangen. Dennoch: «Die bereits vollzogene Reduzierung des Bettenangebots reicht jedoch bei weitem nicht aus, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Angebot und Bedarf zu schaffen, da infolge des Rückgangs der Einwohnerzahl, der erheblichen Verkürzung der Verweildauer trotz Zunahme der Krankenhaushäufigkeit die Nachfrage nach Betten in Allgemeinkrankenhäusern stark rückläufig sein wird.»[312] Die Bedarfsberechnung ergab, dass weitere 4.691 Betten abgebaut werden sollten.

Krankenhausplan 2001

Seit 1979 erfolgten lediglich Planfortschreibungen, bei denen die tatsächliche Auslastung und die landesdurchschnittliche Verweildauer zugrunde gelegt wurden. Eine Neufassung 1991 mit vorbereitendem Gutachten der Firma Dornier System GmbH wurde wegen der zu erwartenden Verwerfungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz verschoben.

In einer Fortschreibung 1991 wurde festgelegt, dass die Großgeräte in den Feststellungbescheiden ausgewiesen werden sollen (unter Beachtung der Abstimmung im Großgeräteausschuss nach § 122 SGB 5). In der Fortschreibung 1997 wurden alle Festlegungen zur Großgeräteplanung wieder gestrichen.

2000 verabschiedete der Landesausschuss für Krankenhausplanung Planungsgrundsätze. 2001 überreichten die Kassen, die Krankenhausgesellschaft und die Ärztekammer eine Reihe von Gutachten bzw. Praxisstudien. Ebenfalls 2001 kam es zur Verabschiedung des «Krankenhausplans – Rahmenvorgaben».

Treffend wurde Planung als Gegensteuerung gegen die Ökonomisierung durch die DRGs beschrieben: «Das bedeutet, dass sie künftig noch mehr als bisher darauf achten werden und auch darauf achten müssen, nur solche Leistungen anzubieten, die unter Effizienzkriterien sinnvoll sind. In diesem Zusammenhang ist es Aufgabe der Landesplanung, auf die Sicherstellung einer ausgewogenen Versorgung zu achten, Versorgungslücken zu vermeiden und unter Umständen in unterversorgten Regionen sogar die Vorhaltung zwingend notwendiger Strukturen sicherzustellen.»[313] Im Entwurf des Plans, der an den Landtagsausschuss weitergeleitet wurde, hieß er sogar: «[…] die Vorhaltung unwirtschaftlicher Strukturen zu erzwingen».[314] Eigentlich ist diese Gewichtung der Wirtschaftlichkeit im Verhältnis zu den Bedarfsnotwendigkeiten völlig korrekt. Der Verweis auf die ggf. notwendige Vorhaltung von unwirtschaftlichen Strukturen war für die Landesregierung oder den Landtag wohl doch zu weitgehend, sodass die Formulierung im endgültigen Plan abgeschwächt wurde. Wie diese Vorgaben dann in der Realität praktiziert wurden, ist eine andere Frage.

Völlig zu Recht wurde auch darauf hingewiesen, dass die Bettennutzung falsch berechnet wurde: «Statistisch wird in Bezug auf die Bettennutzung eine sogenannte Mitternachtsstatistik geführt. Dies bedeutet, dass die Belegung jedes Krankenhausbettes um 0.00 Uhr registriert wird. In der Konsequenz kann dies aber heißen, dass, obgleich zwei Patientinnen und Patienten stationär behandelt wurden, nur ein Fall registriert wird. In Abteilungen, in denen die Patientinnen und Patienten überwiegend relativ kurze Zeit therapiert werden, macht sich dieser Effekt stärker bemerkbar als in solchen, in denen lange Liegezeiten üblich sind.»[315] Konsequenzen wurden daraus aber nur für die Bettennutzung gezogen (siehe unten), aber nicht für die angenommenen Verweildauern, die ja ebenfalls zu niedrig ausgewiesen waren.

Der Plan bestand grundsätzlich aus drei Teilen: den Rahmenvorgaben, den Schwerpunktfestsetzungen und den regionalen Planungskonzepten, wobei Letztere nicht im veröffentlichten Plan enthalten waren. Das Ministerium machte allgemeine Vorgaben und Vorgaben für die Schwerpunkte. Außerdem stellte es «quantitative Eckpunkte» bezüglich der Planungsparameter (basierend auf den Ist-Zahlen und den Trends) auf.

Der Planungshorizont war das Jahr 2003. Die Verweildauern wurden jetzt fachgebietsabhängig und liegezeitabhängig (zwischen 75 und 87,5 Prozent) festgelegt. Teilgebiete wurden partiell mit beplant. Die Planungsparameter und der Bettenbedarf wurden pro Fachgebiet ausgewiesen. Grundsätzlich wurde mit der Burton-Hill-Formel gearbeitet (inkl. Bevölkerungsprognose und Trendanalyse der fachgebietsbezogenen Leistungszahlen). Es wurde ein Bettenbedarf von 109.491 angegeben.

Die regionalen Planungskonzepte, inklusive der konkreten Bettenzahlen und ihrer Verteilung auf die Krankenhäuser, wurden auf der Basis dieser Vorgaben in den Regionen zwischen den Kassen und den Krankenhausträgern ausgehandelt. Sie enthielten die Festlegungen für jedes einzelne Krankenhaus. Die Bezirksregierungen und das Ministerium sollten nur noch in den Fällen prüfen bzw. entscheiden, in denen es keine Einigung gab, und danach die Feststellungsbescheide erlassen. Aus der konkreten Planung zog sich das Land also zurück.

Versorgungstufen gab es nicht, dafür aber eine «gestufte Versorgung» mit «fließenden Grenzen».[316] Zur Erreichbarkeit hieß es, dass Krankenhäuser der Grundversorgung nicht mehr als 20 Kilometer entfernt sein sollten. Es wurden für einzelne Fachgebiete Richtwerte für die Abteilungsgröße (Bettenzahl) vorgegeben. Bestimmte Leistungsangebote wurden von der Planung nach Burton-Hill ausgenommen («Schwerpunktplanung» für Perinatalzentren, Transplantationszentren, Knochenmarkstransplantationen, Herzchirurgie, schwer Brandverletzte, schwer Hirnverletzte, Infektionsbetten, Suchtbehandlung, Stroke Units, Quer-

312 Ministerialblatt 1979, Nr. 111, 21.12.1979, S. 2569. **313** Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen. Rahmenvorgaben, Düsseldorf 2002, S. 16 f. **314** Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2001, Entwurf, Stand: 9.11.2001, S. 17. **315** Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen. Rahmenvorgaben, S. 36. **316** Ebd., S. 12.

schnittsgelähmte, Epilepsie-Chirurgie). Einrichtungen der Frührehabilitation, Schmerztherapie und Palliativmedizin wurden im Plan gesondert ausgewiesen.

2005 wurden die «Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum» und die «Anerkennungsgrundlagen» für Stroke Units geändert. Es wurden Anforderungen an Mindestzahlen (Soll-Bestimmung), an Zertifizierungen, an Strukturen und an die innere Organisation festgelegt.

Krankenhausplan 2015

Im Vorwort der zuständigen Ministerin Barbara Steffens (Die Grünen) heißt es: «Es ist unsere Grundüberzeugung, dass die stationäre Versorgung nicht dem freien Spiel der Kräfte des Marktes überlassen werden darf. Kranke Menschen benötigen Hilfe, sind oft verunsichert und ängstlich. […] Umgekehrt wäre es völlig falsch, wenn Krankenhäuser ihren Blick auf Patientinnen und Patienten soweit verengen, in ihnen nur noch ‹Kundinnen und Kunden› zu sehen, die einer ‹Reparatur› bedürfen.»[317] Mit welchen Maßnahmen diese reale Entwicklung aber umgekehrt werden sollte, wurde nicht erläutert.

Der Plan wurde 2013 verabschiedet und hatte das Zieljahr 2015. Die Planungsmethode blieb im Wesentlichen gleich. Unter «4. Bedarf»[318] wurden interessante Aspekte zur Morbiditätsentwicklung bezogen auf einzelne Krankheitsbilder dargestellt. Es ist aber nicht erkennbar, ob sie in die konkrete Planung eingingen.

2012 wurde ein Gutachten bei der IGES Institut GmbH in Auftrag gegeben, um eine Bestandsaufnahme von Qualitätsvorgaben und bestehenden Qualitätsproblemen zu machen und Grundlagen für Qualitätskriterien zu erarbeiten.

Die Teilgebietsplanung wurde wieder aufgegeben, dafür wurde der Versorgungsauftrag an die Erfüllung von Qualitätskriterien «insbesondere personeller Art»[319] gebunden. Gemeint sind keine Personalbemessungszahlen, sondern die ärztliche Qualifikation. Sie sollten allerdings «grundsätzlich nur eine Orientierung» geben, «es sei denn, eine unmittelbare Anwendung wird planerisch ausdrücklich vorgegeben».[320] Dies war für die Kardiologie, Stroke Units, die Unfallchirurgie/Traumaversorgung, Gefäßchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie der Fall. Hier sollten als Qualitätskriterien Leitlinien (der Fachgesellschaften) und/oder Zertifikate dienen.

Ausführlich wurde auf die Probleme mit der gestuften Versorgung eingegangen: «Konsequenzen der gestuften Versorgung sind einerseits, dass Krankenhäuser Bedarfe, die wegen ihres seltenen Auftretens wirtschaftlich nicht oder nicht besonders attraktiv sind, keinesfalls vernachlässigen dürfen. Entsprechende Leistungen sind insbesondere im Notfall zu erbringen. Andererseits gehören Leistungen, die finanziell attraktiv, aber nicht der örtlichen Versorgung zuzurechnen sind, nicht zum Versorgungsauftrag, insbesondere dann nicht, wenn Abteilungen für Innere Medizin und Chirurgie betrieben werden und der entsprechende Versorgungsauftrag einem regional benachbarten Krankenhaus zugerechnet werden muss, weil er dort leistungsfähiger und mit höherer Qualität erbracht wird. Das System der Betriebskostenfinanzierung über DRG hat eine solche Tendenz ausgelöst. Die gezielte Auswahl von Leistungen sowohl aus betriebsorganisatorischen als auch insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen ist als attraktiv erkannt worden. Zur ersten Gruppe zählt die Vermeidung von Vorhaltungen für die Notfallversorgung, zur zweiten die Vermeidung medizinisch ‹unattraktiver› Patientinnen und Patienten und die Konzentration auf tendenziell Gesündere.»[321] Die völlig richtige Beschreibung der Problematik dürfte ein Anlass für die geplanten Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen gewesen sein (siehe hierzu Kapitel 4).

Auch die Vorgaben für Schwerpunktangebote wurden reduziert. Im Rahmenplan sind Festlegungen für die Schlaganfallversorgung, Herzchirurgie, Versorgung von gefährdeten Früh- und Neugeborenen, von Transplantationseinrichtungen, von Versorgungseinrichtungen für Infektionspatient*innen sowie Intensiv- und Palliativbetten enthalten.

Pro Fachgebiet sind das «Angebot 2010», die «Bedarfsprognose 2015» und das «Versorgungsziel» dargestellt. Es ergab sich ein Bedarf für 2015 von 109.965 Betten, also etwa gleich dem Bedarf, der im Plan 2001 ausgewiesen worden war.

Wie stark die Planung von der Realität abweichen kann, zeigt zum Beispiel die Geburtshilfe. Im Teil «Angebot 2010» hieß es: «Im Jahr 2010 standen für die stationäre Versorgung im Gebiet ‹Frauenheilkunde und Geburtshilfe› insgesamt 9.255 Betten zur Verfügung. Davon entfielen 5.587 Betten auf die Frauenheilkunde und 3.668 Betten auf die Disziplin Geburtshilfe. Die Bettenkontingente verteilen sich […] in der Geburtshilfe auf 185 Abteilungen. In jedem Kreis, in jeder kreisfreien Stadt war mindestens eine Abteilung für Frauenheilkunde und für Geburtshilfe vorhanden. Die Prognosen bis 2025 gehen davon aus, dass die Fallzahlen in den Krankenhäusern in NRW […] bei Schwangerschaften, Geburten und Wochenbett […] um rd. 4 % sinken werden.»[322]

In der «Bedarfsprognose 2015» hieß es: «Nach Auswertung der Auslastungsdaten bis 2010 und mathematischer Trendberechnung sinkt bis zum Jahr 2015 der rechnerisch prognostizierte Bettenbedarf insgesamt um 19 % auf 7.515 Betten. Der Bedarf in der Frauenheilkunde sinkt um 21 % auf 4.406 Betten, in der Geburtshilfe um 15,3 % auf 3.109 Betten. Nach Anhörung der Fachgesellschaft und Gewichtung der relevanten Sachverhalte wird ein Bettenbedarf von 6.212 als realistisch angesehen.»[323]

Die Differenz zwischen Trendberechnung und der «Gewichtung relevanter Sachverhalte» wurde nicht

317 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan NRW 2015, Düsseldorf 2013, S. 9. **318** Ebd., S. 67. **319** Ebd., S. 34. **320** Ebd., S. 51. **321** Ebd., S. 34 f. **322** Ebd., S. 75. **323** Ebd.

erklärt – immerhin 1.300 Betten! Interessant ist aber auch, dass der angenommene Geburtenrückgang so nicht eingetroffen ist. Prognostiziert wurde ein «Rückgang bei Schwangerschaften, Geburten und Wochenbett» um rund vier Prozent bis 2025. Tatsächlich stiegen die Geburtenzahlen vom Tiefststand 2011 (143.097) bis 2019 (170.391) um 19 Prozent. Eine Planänderung erfolgte nicht. Das zeigt die Limitierung von Trendberechnungen, aber auch, dass es dringend notwendig ist, die Planungen demokratisch rückzukoppeln und ggf. kurzfristig zu revidieren.

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Nordrhein-Westfalen verlief wie folgt:

Tabelle 43: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Nordrhein-Westfalen

	Akut-KH/ Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1972	573		141.756		82,5		2.481.732		144,3		18,5	
1977	508	-11,3	143.698	1,4	84,4	2,3	2.722.435	9,7	159,9	10,7	16,4	78,6
1982	416	-18,1	136.582	-5,0	80,5	-4,6	2.825.241	3,8	166,6	4,2	15	8,5
1989	380	-8,7	131.617	-3,6	77,0	-4,4	3.251.020	15,1	190,1	14,1	12,9	14,0
72–89	-193	-33,7	-10.139	-7,2	-5,5	-6,7	769.288	31,0	45,7	31,7	-5,6	-30,3
1991	408		137.334		78,4		3.252.425		185,7		13,3	
1997	398	-2,5	126.827	-7,7	70,6	-10,0	3.524.173	8,4	196,1	5,6	10,4	21,8
2002	386	-3,0	121.110	-4,5	67,0	-5,0	3.969.356	12,6	219,6	12,0	8,7	16,3
2007	361	-6,5	112.439	-7,2	62,5	-6,7	3.863.594	-2,7	214,7	-2,2	7,9	9,4
2012	317	-12,2	110.421	-1,8	62,9	0,7	4.227.386	9,4	240,8	12,2	7,1	9,8
2017	284	-10,4	107.973	-2,2	60,3	-4,2	4.463.761	5,6	249,2	3,5	6,7	6,5
2019	284	0,0	107.501	-0,4	59,9	-0,6	4.524.797	1,4	252,1	1,2	6,6	1,4
91–19	-124	-30,4	-29.833	-21,7	-18,5	-23,6	1.272.372	39,1	66,4	35,7	-6,7	-50,7

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Seit 1972 wurden in Nordrhein-Westfalen 317 Krankenhäuser geschlossen und 39.972 Betten abgebaut. Der Bettenabbau pro Jahr hat sich ab 1991 fast verdoppelt.

Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm in den beiden betrachteten Zeiträumen (1972 bis 1989 und 1991 bis 2019) um 6,7 bzw. um 23,6 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 31 bzw. um 39,1 Prozent und die Verweildauer nahm um 30,3 bzw. um 50,7 Prozent ab. Die Krankenhaushäufigkeit nahm um 31,7 bzw. 35,7 Prozent zu.

Der Prognosezeitraum war mit zwei Jahren kurz, die Planungsmethode durchgehend Burton-Hill. Prognosezahlen für die jeweiligen Fachgebiete gab es nur noch auf Landesebene. Die Aufgabe der Planung in Teilgebieten war ein Rückschritt, genau wie der Verzicht auf die Ausweisung der Betten auf Fachgebietsebene. Die Übergabe der konkreten Festlegung des Bettenbedarfs der einzelnen Krankenhäuser an Kassen und Krankenhausgesellschaft bedeutete zumindest teilweise die Aufgabe der eigentlichen Planung. Es gab Ansätze von qualitativen Vorgaben, die aber wenig verbindlich waren und das vorzuhaltende Personal nicht berücksichtigten. Der zwischenzeitlich beabsichtigte Übergang zur Leistungsplanung ist bereits im Plan 2015 angedeutet.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 44: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (1972 bis 1989)

	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	573	99	435	39	380	72	293	15	17,3	75,9	6,8	18,9	77,1	3,9
Betten	141.756	40.692	99.997	1.067	131.617	38.731	91.993	893	28,7	70,5	0,8	29,4	69,9	0,7

Tabelle 45: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (1991 bis 2019)

	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	408	78	311	19	284	52	194	38	19,1	76,2	4,7	18,3	68,3	13,4
Betten	137.334	40.718	95.448	1.168	107.501	29.201	69.322	8.978	29,6	69,5	0,9	27,2	64,5	8,4

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Der Anteil öffentlicher Häuser blieb relativ konstant, lag aber weit hinter dem Anteil der freigemeinnützigen Häuser. Die Privaten haben sich im Wesentlichen zulasten des Anteils der Freigemeinnützigen entwickelt. Ihr Häuseranteil hat sich seit 1991 verdreifacht, ihr Bettenanteil verzehnfacht, blieb aber im Zehn-Prozent-Bereich.

Rheinland-Pfalz

GESETZGEBUNG

Krankenhausreformgesetz (KRG) 1973

Ziel:
- «Ziel des Gesetzes ist es, die Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern sicherzustellen. Die Krankenhäuser sollen einander in einem bedarfsgerecht gegliederten System ergänzen. Ihre Organisation und ihre innere Struktur sollen den Patienten dienen und eine wirksame Zusammenarbeit der im Krankenhaus Tätigen gewährleisten.» (§ 1)[324]
- Versorgung ist eine öffentliche Aufgabe, die durch Landkreise und kreisfreie Städte (haben Sicherstellungsauftrag), freigemeinnützige Träger und «andere geeignete Träger» erfüllt wird.

Planung:
- Aufstellung durch Sozialministerium, Beschluss durch Landesregierung, keine Parlamentsbeteiligung, Veröffentlichung im Staatsanzeiger.
- Der Bedarfsplan nach KHG ist Bestandteil des Landeskrankenhausplans.
- «Der Landeskrankenhausplan hat alle Krankenhäuser, die zur Versorgung der Bevölkerung benötigt werden, in Übereinstimmung mit der Landesentwicklungsplanung, insbesondere in Anlehnung an das Netz der zentralen Orte, in ein bedarfsgerechtes und abgestuftes System einzuordnen; fachliche und organisatorische Gesichtspunkte sind zu berücksichtigen. In dem Landeskrankenhausplan ist ferner die jeweils bestehende und die künftige Aufgabenstellung jedes Krankenhauses mit der Zahl der Krankenhausplanbetten und ihrer Aufteilung auf die einzelnen Fachabteilungen anzugeben.» (§ 3)[325]
- Krankenhausbeirat (bestehend aus Krankenhausgesellschaft, Kassen und «sonstigen wesentlich Beteiligten» festgelegt durch Rechtsverordnung) wird an der Aufstellung und Durchführung des Plans beteiligt.
- Soll-Regelung für wechselnden Aufnahmedienst von benachbarten Krankenhäusern.
- Meldepflicht für freier Betten bei Rettungsleitstelle.

Förderung:
- Finanzierung der Förderung je zur Hälfte durch Land und Landkreise/kreisfreie Städte.
- Keine Angaben zur Art der Förderung (Einzelförderung, pauschale Förderung).
- Förderung auch von Personalwohnheimen und Schulen.

Sonstiges:
- Wahlleistungen möglich; Privatstationen bei Neubauten nicht mehr vorgesehen; Essensangebote und Besuchszeiten müssen für alle gleich sein.
- Betriebsführung durch Dreier-Direktorium (Ärztlicher Dienst, Pflege, Verwaltung; nur einstimmige Beschlüsse), Ärztlicher Vorstand (alle Chefärzt*innen und jeweils eine gewählte ärztliche Mitarbeiterin jeder Fachabteilung), Krankenhauskonferenz (Vertreter*innen aller Personalgruppen, Betriebsrat/Personalrat, Patientenfürsprecher*innen, Direktori-

324 Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), BT-Drucksache 7/4530, 30.12.1975, S. 225. **325** Ebd.

um). Die beiden letzteren Gremien sollen bei wichtigen Themen Stellung nehmen; Sonderregelungen zur inneren Struktur mit Zustimmung des Ministeriums möglich.

Bewertung:
Bei den Zielen stand die Versorgung im Mittelpunkt, Wirtschaftlichkeitsvorgaben gab es nicht. Beschäftigte und ihre Interessen wurden erwähnt. Es gab keine Verpflichtung auf Trägervielfalt. Zeitgemäß lag eine differenzierte Darstellung der Inhalte des Plans vor. Die Vorgaben zur Innenstruktur der Krankenhäuser waren relativ demokratisch.

Landeskrankenhausgesetz (LKG) 1986

Ziele:
- «Ziel des Gesetzes ist es, […] eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen sowie sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Darüber hinaus soll das Zusammenwirken mit der ambulanten gesundheitlichen Versorgung und mit den ambulanten und stationären pflegerischen Diensten und Einrichtungen gefördert und verbessert werden. Die Krankenhäuser sollen sich in einem bedarfsgerecht gegliederten, der Vielfalt der Krankenhausträger entsprechenden System ergänzen.» (§ 1)[326]
- Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser (insbesondere bei Qualitätssicherung und Nutzung von medizinischen Großgeräten) im jeweiligen Einzugsgebiet und mit ambulanten Einrichtungen.

Planung:
- «In den Landeskrankenhausplan werden […] alle gegenwärtig und zukünftig für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert nach Versorgungsstufen und Versorgungsgebieten, aufgenommen. Die gegenwärtige und die zukünftige Aufgabenstellung der einzelnen Krankenhäuser, die Art und die Anzahl der Fachabteilungen und Versorgungsschwerpunkte sowie die Zahl der Krankenhausbetten (Planbetten) und ihre Aufteilung auf die einzelnen Fachabteilungen sind anzugeben.» (§ 6)[327]
- Kann-Regelung zu besonderen Fachplänen, insbesondere zu medizinisch-technischen Großgeräten (Anschaffung, Nutzung, Mitbenutzung) und Ausbildungsstätten.
- Aufstellung in mehrjährigen Zeitabständen, maximal sieben Jahre, durch zuständige Behörde nach Erörterung im Ausschuss für Krankenhausplanung (Ziel: einvernehmliche Regelung). Beschluss durch Landesregierung. Mitglieder im Ausschuss sind Gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen, Krankenhausgesellschaft und Ärztekammer.
- Träger kann unter Beibehaltung der Fachabteilungen und Gesamtbettenzahl Änderungen der Betten der Fachabteilungen vornehmen (Verpflichtung zur Unterrichtung der zuständigen Behörde).
- Soll-Vorschrift zu wechselndem zentralen Aufnahmedienst (Genehmigung bzw. Ersatzvornahme durch zuständige Behörde).
- Meldepflicht von freien Betten.

Förderung:
- Einzelförderung in der Regel über Festbetrag.
- Pauschale Förderung nach Aufgabenstellung und Bettenzahl durch Rechtsverordnung.
- Ausgleichszahlungen bei Schließung und Umstellung.

Sonstiges:
- Privatstationen sind unzulässig.

Bewertung:
Wir sehen hier eine Standardzielbestimmung mit zunehmender Hervorhebung der Bedeutung der Wirtschaftlichkeit. Neu war die Verpflichtung zur Zusammenarbeit, zur Qualitätssicherung und zur Trägervielfalt.

Die grundsätzlichen Festlegungen zum Plan fielen gegenüber dem Gesetz von 1973 differenzierter aus, was untypisch ist. Fachplanungen sollten möglich sein. Es gab jedoch eine Aufweichung der Festlegung der Bettenzahlen pro Abteilung auf Wunsch des Trägers, jedoch mit Genehmigungspflicht.

Die Regelungen zur Förderung sind Standard. Es fand eine Herausnahme aller Regelungen zur inneren Struktur (siehe oben) statt – der Träger sollte es regeln.

Landeskrankenhausgesetz 2008

Ziele: keine Änderungen.

Planung: keine Änderungen.

Förderung: keine Änderungen.

Landeskrankenhausgesetz 2018

Ziele:
- Ergänzung von «wohnortnah» und «qualitativ hochwertig» bei den Zielen.
- Die Krankenhäuser sollten sich «im Rahmen ihres im Landeskrankenhausplan vorgesehenen Versorgungsauftrags» ergänzen.
- Ergänzung der Bestimmungen zur Krankenhausversorgung als öffentlicher Aufgabe: «Das Land erfüllt seine Aufgabe […] besonders durch die Aufstellung des Landeskrankenhausplanes und des Investitionsprogramms und durch die öffentliche Förderung der Krankenhäuser.»[328]

326 Gesetz und Verordnungsblatt für das Land Rheinland-Pfalz Nr. 24, 10.12.1986, S. 342. **327** Ebd., S. 343. **328** Landeskrankenhausgesetz (LKG), in: GVBl. 1986, S. 342; mehrfach geändert, zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 19.12.2018 (GVBl. 2018, S. 448), S. 3.

Planung:
- Planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136 SGB 5 werden nur dann und insoweit zur Planungsgrundlage, als es das Ministerium bestimmt; hierbei Beteiligung des zuständigen Landtagsausschusses und des Ausschusses für Krankenhausplanung; weitere Qualitätsanforderungen vonseiten des Ministeriums möglich.
- Streichung der Sieben-Jahres-Vorgabe zur Fortschreibung des Plans; jetzt: «mehrjährige Zeitabstände».
- Erweiterung des Ausschusses für Krankenhausplanung um Landkreistag, Landespsychotherapeutenkammer, Landesapothekerkammer, Landespflegekammer, Arbeitsgemeinschaft der Patientenorganisationen – keine Gewerkschaften.

Förderung:
- Pauschale Förderung über Zahl der Patient*innen und Versorgungsstufe.

Bewertung:
Weiterhin gab es hier eine sehr differenzierte Festlegung zur Planungstiefe (z. B. Aufteilung der Betten auf Fachgebiete). Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden aufgenommen, allerdings nur, wenn das Ministerium im Einzelfall zustimmte.

Ein Leistungsbezug bei der pauschalen Förderung wurde eingeführt, er sollte über die Patientenzahl funktionieren. Es gab keine Anbindung an die DRGs.

Tabelle 46: Regierungsparteien und Ministerpräsident*innen in Rheinland-Pfalz (ab 1969)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1969–1976	CDU	Kohl
1976–1988	CDU	Vogel
1988–1991	CDU	Wagner
1991–1994	SPD/FDP/Grüne	Scharping
1994–2006	SPD/FDP	Beck 1
2006–2011	SPD	Beck 2
2011–2013	SPD/Grüne	Beck 3
2013–2016	SPD/Grüne	Dreyer 1
2016–	SPD/FDP/Grüne	Dreyer 2

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausplan 1972

Der Plan unterschied drei Versorgungsstufen (Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktkrankenhäuser) mit Bettenzahlen (bis 250, 250 bis 500 und über 500) und notwendigen Abteilungen.

Es wurden Leitsätze zur Krankenhauspolitik (auf der Basis eines Beschlusses der Landesregierung mit dem Titel «Krankenhaus ohne Privilegien») aufgestellt und eine Bestandsaufnahme durchgeführt. Es erfolgte eine Zielplanung.

Der erste Leitsatz des Plans lautete: «Die Landesregierung versteht Krankenhauspolitik auch als gesellschaftspolitische Aufgabe. Danach hat jeder Bürger in Stadt und Land gleichermaßen Anspruch auf eine bestmögliche Krankenhausversorgung. Es ist für die Landesregierung selbstverständlich, dass sich die ärztliche und pflegerische Versorgung des Patienten im Krankenhaus ausschließlich an der Schwere seiner Erkrankung, nicht aber an seiner Zahlungsfähigkeit orientieren darf.»[329]

Der Plan ging davon aus, dass der Bettenbedarf mit einer Bettenzahl von 76,7 ohne Nachsorge und von 79,6 mit Nachsorge (bezogen auf 10.000 Einwohner*innen) gedeckt werden konnte. Unter Einbeziehung der psychiatrischen Betten erhöhte sich dieser Index um 2,7 auf 82,3. In Bereichen, in denen der Bettenbedarf gering ist (Augen, HNO, Urologie), sollten Schwerpunktabteilungen gebildet werden. Die Zahl der Betten pro Krankenzimmer wurde auf drei beschränkt. Abteilungen sollten 80 bis 100 Betten nicht überschreiten.

Die Bestandsaufnahme für den Akutbereich ergab 1971 25.883 Betten. Seit 1945 waren 52 Krankenhäuser geschlossen worden. Die Zahl der Betten hatte sich gleichzeitig um 9.000 erhöht. Zwischen den einzelnen Regierungsbezirken gab es noch deutliche Unterschiede in der Bettenzahl pro 10.000 Einwohner*innen, die ausgeglichen werden sollten. Interessanterweise wurde auch die ärztliche und pflegerische Versorgung analysiert (Betten pro Arzt bzw. Pflegekraft). Auch hier gab es regional noch erhebliche Unterschiede. Nach der Meinung des Ministeriums «muss das Verhältnis Pflegeperson zu Akut-Bett in Rheinland-Pfalz im Interesse einer optimalen pflegerischen Versorgung der Patienten verbessert werden».[330] Einmal abgesehen davon, dass bei stattfindendem Bettenabbau und Verweildauerverkürzungen das Verhältnis Betten pro Arzt bzw. Pflegekraft nicht wirklich aussagekräftig ist (eigentlich muss die Zahl der Patient*innen pro Arzt bzw. Pflegekraft gemessen werden, wenn man Aussagen über die Belastung und die Qualität machen will), muss man aber im Vergleich zu den anderen Ländern schon würdigen, dass überhaupt das Personal ins Auge gefasst wurde.

Der Bedarf wurde nach der Burton-Hill-Formel und den dafür notwendigen Parametern bestimmt. Die Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit wurde auf 140 (Ist 1969: 128,1), die der Verweildauer auf 17 Tage (Ist 1969: 18 Tage) festgelegt, die Bettennutzung auf 85 Prozent. Daraus errechnete sich unter Berücksichtigung der Bevölkerungshochrechnung für 1985 ein Bedarf von 29.913 Akutbetten – also ca. 5.000 mehr als das Ist. Dieser Wert wurde dem Zielplan zugrunde gelegt. Die Betten wurden prozentual nach «anerkannten Erfahrungssätzen» auf die Fachgebiete aufgeteilt.

329 Krankenhausplan 1972, Landtag Rheinland-Pfalz, Vorlage 7/230, S. 4.
330 Ebd., S. 36.

Gesondert behandelt wurden das «Nachsorgekrankenhauswesen» (Langzeit-, chronisch und geriatrisch Kranke – geschätzter Bedarf: 1.130 Betten) und das «psychiatrische Krankenhauswesen» (Ist: 9.568 Betten, Bedarf: 9.839 Betten). Ein weiteres Kapitel widmete sich der «elektronischen Datenverarbeitung im Krankenhaus».

Landeskrankenhausplan 1977

Der Plan lässt einen gewissen Perspektivenwechsel erkennen. Einleitend wurde die Sicht der Landesregierung zu öffentlichen Aufgaben dargestellt: «Die gute stationäre Versorgung der Bürger ist eine öffentliche Aufgabe. Dies bedeutet nicht, dass diese Aufgabe nur von staatlichen und kommunalen Trägern erfüllt werden kann. Die Landesregierung ist der Auffassung, dass freigemeinnützige und private Träger diese Verpflichtung genauso gut – wenn nicht sogar besser – übernehmen können.»[331]

Es wurde auch eine ganz eigene (auf dem Kopf stehende) Sicht auf das Verhältnis von Ökonomie und Medizin eröffnet: «Vielmehr wird im Zeichen der Grenzen finanzieller Leistungsfähigkeit deutlich, dass die Interessen aller Bürger dann am besten gewahrt werden, wenn alle Beteiligten ihr Handeln auch an ökonomischen Gesichtspunkten orientieren, ohne die Erfordernisse der Medizin und der sozialen Gerechtigkeit aus dem Auge zu verlieren.»[332]

Es wurde betont, dass der Plan in «sachlich begründeter Kontinuität» zum Plan von 1972 steht. Seitdem waren elf Krankenhäuser neu gebaut und neun umfassend modernisiert worden. 5.100 Betten waren neu geschaffen worden (2.980 als Ersatz für überalterte Betten). Es wurde eigens die Bedeutung der Verbesserung der inneren Strukturen (patientengerechte Struktur, Mutter-Kind-Stationen, ausreichende Zahl von Pflegekräften, Funktionsbereiche, Krankenzimmer) betont.

Unter der Überschrift «Planungsgrundsätze in Teilbereichen» wurde ausführlich aus der Mutterschaftsrichtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen von 1975 zitiert. Es wurde zudem auf die Problematik der im Vergleich zu anderen Bundesländern relativ hohen Mütter- und Säuglingssterblichkeit verwiesen. Die Funktion dieses Abschnitts bleibt unklar. Ebenso wurden die Bereiche Pädiatrie, Anästhesie und Intensivpflege, Unfallchirurgie, Hämodialyse und Nierentransplantation, Innere Medizin, Nachsorge, Pathologie und «besondere Funktionseinheiten» im Wesentlichen deskriptiv dargestellt.

Zur Ermittlung des Bedarfs wurde die Burton-Hill-Formel eingesetzt. Bei der Bettennutzung wurde von 85 Prozent ausgegangen. Der Prognosezeitraum betrug zwischen zehn und 15 Jahren. Die Entwicklung der einzelnen Parameter wurde geschätzt und die Bevölkerungsentwicklung einbezogen.

Die Zahl der Krankenhäuser hatte sich seit 1972 von 120 auf 110 verringert. Die Zahl der Häuser mit unter 250 Betten war um 9,15 Prozent zurückgegangen. Der Bestand der Betten 1977 betrug 27.024.

Es wurde dargestellt, dass sich die Zahl der Ärzt*innen (9,8 Prozent) und Pflegekräfte (43,7 Prozent) deutlich erhöht hatte. Völlig richtig wurde dies als «Qualitätssteigerung» bewertet.

Beim zukünftigen Bettenbedarf wurde von einer Krankenhaushäufigkeit von 140 (bei unter 65-Jährigen) bzw. 170 (bei über 65-Jährigen) ausgegangen. Ebenso wurde die Verweildauer mit 14,5 Tagen bzw. 25 Tagen altersabhängig festgelegt. Die sich daraus ergebende Bettenzahl lag bei 26.833. In der Zielplanung wurde festgelegt, dass weitere zehn Krankenhäuser und 285 Betten aus dem Plan entfernt werden sollten.

Landeskrankenhausplan 1988

Zieljahr war 1995. Der Richtungswechsel setzte sich fort. Zu den Zielen wurde unter anderem ausgeführt: «Ein wesentliches Ziel dieses Krankenhausplanes ist deshalb, in Zukunft nicht mehr bedarfsnotwendige Bettenkapazitäten abzubauen. Die Landesregierung hat sich dieser sehr schwierigen Aufgabe bereits in den vergangenen Jahren mit Nachdruck und mit Erfolg gestellt. Damit wurde ein beachtlicher Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen geleistet.»[333] Die Dialyseversorgung und die Bildung von onkologischen Schwerpunkten wurden als Aufgabe beschrieben. Seit 1977 waren elf Krankenhäuser und 1.200 Planbetten nicht mehr in den Plan aufgenommen worden.

Die Methodik der Planung blieb gleich. Die Wanderungszahlen in Bezug auf andere Bundesländer wurden berücksichtigt. Die Krankenhäuser wurden drei Versorgungsstufen (Grund-, Regel-, Schwerpunktversorgung) und sechs Versorgungsregionen zugeteilt. Für die einzelnen Fachgebiete wurden jeweils die Subdisziplinen und Schwerpunkte detaillierter beschrieben und die Bedarfsdeterminanten dargestellt.

Aus den Prognosen der einzelnen Fachgebiete ergab sich dann für das Land ein Bedarf von 26.759 Betten und damit ein Abbau von 1.581 Betten.

Die Großgeräte wurden in den Krankenhauseinzelblättern dargestellt. 1985 kam es zu einer freiwilligen Vereinbarung zwischen Land, Kassenärztlicher Vereinigung, Kassen und Krankenhausgesellschaft über «detaillierte Verfahrensbestimmungen über die gegenseitige Abstimmung, fachliche Ausführungen für jedes medizinisch-technische Großgerat und einen konkreten Standortkatalog im Hinblick auf alle gegenwärtig vorgehaltenen und künftig vorzuhaltenden medizinisch-technischen Großgeräte im Krankenhausbereich wie im Kassenarztsektor».[334] Dies zeigt, was trotz unklarer bundesgesetzlicher Rechtslage (siehe Exkurs 2: Großgeräteplanung, S. 25–26) bei politisch entschlossenen Landesregierungen möglich gewesen wäre.

331 Landeskrankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 1977, in: Staatsanzeiger Nr. 25/1977, S. 2. **332** Ebd., S. 3. **333** Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz 1988, in: Staatsanzeiger Nr. 27, 25.7.1988, S. 2. **334** Ebd., S. 5.

Landeskrankenhausplan 1997

Unter der Überschrift «Grundsätze und Ziele der Krankenhausplanung» wurde hier in aller Deutlichkeit die Dominanz der Ökonomie formuliert. Die ersten beiden Ziele lauteten: «Es ist Ziel der Krankenhausplanung, das erforderliche Angebot an stationärer Akutversorgung zur Verfügung zu stellen. Das Angebot muss ausreichend sein, soll aber das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. […] Das Angebot der stationären Akutversorgung soll wirtschaftlich und zweckmäßig sein. Die Vorgaben des Krankenhausplanes sollen einen Beitrag zu einer effizienten Krankenhausstruktur leisten. Das Preis-Leistungs-Verhältnis bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen soll verbessert werden.»[335]

Da die Einschätzungen des Krankenhausplans 1988 als nicht mehr zeitgemäß betrachtet wurden, hielt man eine neue mittelfristige Zielplanung für notwendig. Basisjahr war 1994, Zieljahr 2002. Die Planung erfolgte jetzt für vier Versorgungsstufen und fünf Versorgungsregionen.

Es erfolgte eine Analyse der Inanspruchnahme nach Krankheitsgruppen und Fachgebieten unter Einbeziehung von Expert*innen. In Versorgungskonferenzen wurden Orientierungswerte für die einzelnen Versorgungsgebiete diskutiert. Auch ein Gutachten (IGES) war Grundlage der Planung. Demnach hatte sich die Entwicklung der Altersstruktur bedarfssteigernd ausgewirkt, als bedarfssenkend galten dagegen die vor- und nachstationäre Versorgung, das ambulante Operieren und – ein zentraler Irrtum – die neuen Entgeltformen (Ende der Selbstkostendeckung). Es wurde weiterhin von einer allgemeinen Bettennutzung von 85 Prozent ausgegangen, bei den einzelnen Fachrichtungen wurde die jeweilige tatsächliche Verweildauer zugrunde gelegt. Man gab nur noch die Gesamtbettenzahl und die Facheinrichtungen vor. Die Träger konnten die Bettenzahlen der einzelnen Fachgebiete ändern (allerdings bestand eine Anzeigepflicht). Ausdrücklich abgelehnt wurde eine Planung nach Leistungszahlen, die Notwendigkeit einer Planung nach Betten wurde betont.

Die Großgeräte wurden auch nach Wegfall der bundesrechtlichen Verpflichtungen in den Einzelblättern ausgewiesen. Warum die eigenen Planungen (siehe Plan 1988) nicht weitergeführt wurden, ist nicht ausgeführt. 2003 fand dieses Thema keine Erwähnung mehr.

Die Zahl der Krankenhäuser im Plan sollte von 109 auf 102 gesenkt werden. 54 Fachabteilungen sollten aus dem Plan herausgenommen werden, 14 (im Wesentlichen Psychiatrien) sollten neu aufgenommen werden.

Es wurde eine Bedarfsanalyse für die einzelnen Fachrichtungen und Subdisziplinen durchgeführt. Ergebnis war, dass der Bestand der Betten 1997 von 28.157 auf 24.650 gesenkt werden sollte.

Landeskrankenhausplan 2003

Die Zielvorgaben blieben gleich. Hinzu kamen unter der Überschrift «Die Erweiterung der Handlungsspielräume der Krankenhäuser» folgende Formulierungen: «Mit der Umstellung der Krankenhausbetriebskosten auf ein voll pauschalierendes Entgeltsystem werden die Ansprüche an die Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen erhöht. Es wäre deshalb nicht vertretbar, den Krankenhäusern die Art der Leistungen, die Zahl der Leistungen und das Entgelt für die Leistungen im Einzelnen vorzuschreiben und das wirtschaftliche Risiko bei den Leistungserbringern zu belassen. Ein Versorgungssystem, das diese Ansprüche erheben würde, könnte nicht lange bestehen. Vor diesem Hintergrund beabsichtigt die Landesregierung nach wie vor, im Versorgungsauftrag der Krankenhäuser Gebiete, Schwerpunkte und Bereiche […] zu benennen, in deren Rahmen die Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag erfüllen. Der Versorgungsauftrag für das Einzugsgebiet ist zu erfüllen; im Rahmen der zugewiesenen Fachrichtungen, Schwerpunkte und Bereiche können die Krankenhäuser darüber hinaus mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen Leistungen erbringen.«[336] Das DRG-System als Ende der Planung zeichnet sich ab.

Andererseits wurden relativ detailliert die möglichen negativen Auswirkungen der DRGs (Fallzahlsteigerungen, Unterversorgung bei nicht lukrativen Leistungen, Reduzierung der Qualität der Leistungen, Krankenhausschließungen, Berücksichtigung marktwirtschaftlicher Elemente) dargestellt, ohne die DRGs abzulehnen. Der Plan sollte im Gegenteil zum Transmissionsriemen der Ökonomisierung werden: «Das Interesse der Krankenhausträger an einer wirtschaftlichen Betriebsführung soll mit dem unverzichtbaren Ziel einer umfassenden Bedarfsdeckung in Übereinstimmung gebracht werden. Vor diesem Hintergrund beabsichtigt die Landesregierung nicht, Krankenhausträgern in großem Umfang Versorgungsaufträge zu entziehen, deren Erhalt dem Krankenhausträger unverzichtbar erscheint, denn dadurch würden seine Spielräume eingeengt. Es ist aber sinnvoll, den einzelnen Krankenhäusern Angebote im Hinblick auf ihr Aufgabenspektrum und dessen Weiterentwicklung zu unterbreiten. Die Krankenhausträger haben ein eigenes Interesse daran, unwirtschaftliche Teile des Versorgungsauftrages ihrer Krankenhäuser aufzugeben.»[337]

Um die Handlungsspielräume der Krankenhäuser zu vergrößern, wurde neben der Reduzierung der Detailliertheit auch der Prognosezeitraum auf vier Jahre verkürzt. Auch jetzt wurde wieder ein Gutachten zur Vorbereitung eingeholt, diesmal von der Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA).

Der Ist-Stand der Planbetten ohne Psychiatrie Ende 2002 lag bei 22.358. Die grundsätzlichen Planungspa-

335 Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz 1997, in: Anlage zum Staatsanzeiger 1997, Nr. 47, 22.12.1997, S. 4. **336** Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz 2003, in: Anlage zum Staatsanzeiger Nr. 48, 22.12.2003, S. 6. **337** Ebd., S. 8.

rameter und -methoden blieben gleich. Der Soll-Nutzungsgrad wurde nach Verweildauern differenziert (70 bis 85 Prozent). Ergebnis der Bedarfsanalyse der einzelnen Fachgebiete und Subspezialitäten war der Vorschlag, weitere 1.600 Betten abzubauen.

Im Plan wurden jetzt auch Schlaganfalleinheiten, Brustzentren, geriatrische, gefäßchirurgische und diabetologische Schwerpunkte ausgewiesen.

Landeskrankenhausplan 2010

Der Planungszeitraum ging bis 2016. Der Plan blieb jedoch bis 2018 in Kraft. Es wurden Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung sowie Fachkrankenhäuser unterschieden. Es wurde ein vorbereitendes Gutachten eingeholt (GEBERA). Daneben wurden eine Arbeitsgruppe gebildet und Expert*innen (hauptsächlich Chefärzt*innen und Fachgesellschaften) angehört. Weiter wurden Fachgebietskonferenzen, Versorgungsgebietskonferenzen und Trägergespräche durchgeführt. Der Auslastungsgrad wurde verweildauerabhängig festgelegt (70 bis 85 Prozent). Die Wohnortnähe wurde als Kriterium genannt, ohne aber nähere Festlegungen zu treffen.

Als weitere Rahmenbedingungen wurden genannt: die Mindestmengenvereinbarungen des Gemeinsamen Bundesauschusses, die teilstationäre Versorgung, das ambulante Operieren, die spezialfachärztliche ambulante Versorgung gemäß § 116b SGB 5, die stationäre und ambulante Rehabilitation und die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Als Modellprojekt wurde eine «interdisziplinäre vertragsärztliche Fachabteilung» zur Behebung des Facharztmangels im ländlichen Raum eingerichtet. De facto wurde damit niedergelassenen Fachärzt*innen eine Station mit 30 Betten zur Nutzung (und natürlich zur Abrechnung) überlassen, in der Hoffnung, dass dies ihre Ansiedlung attraktiver machen würde. Statt den Krankenhäusern die Möglichkeit der ambulanten Versorgung zu eröffnen, wurde den Niedergelassenen der Zugriff auf die Krankenhäuser ermöglicht.

Wie bereits anfangs angekündigt, sollte die Planungstiefe verringert werden: Nur noch Fachrichtung und Bettenzahl für jede Fachrichtung und nicht mehr die Unterscheidung nach Hauptabteilung und Belegarztabteilung sollten festgelegt werden. Erklärtes Ziel war auch hier, den Krankenhausträgern mehr Spielräume zu lassen und die Tätigkeit von Niedergelassenen als Belegärzt*innen attraktiver zu machen

Die Bildung von Verbundkrankenhäusern (also Fusionen) sollte gefördert werden. Schwerpunktkrankenhäuser für die Versorgung mittels komplexer Eingriffe (Mindestmengen des Gemeinsamen Bundesausschusses) sollten benannt werden.

Das Geriatrie-Konzept des Landes sollte umgesetzt werden, indem geriatrische Schwerpunkte in einzelnen Krankenhäusern ausgewiesen und jeweils regionale Netzwerke gebildet werden. Es wurde eine Versorgungslücke von 377 Betten/Plätzen anhand eines Benchmarkings der Bettenziffern für geriatrische Versorgung mit den bundesweiten Zahlen festgestellt. Nach dieser Berechnung wäre die Lücke bis 2020 auf 470 Betten angewachsen.

Weitere Schwerpunkte bildeten die Palliativmedizin, die Qualitätssicherung in der Gefäßchirurgie, die Naturheilmedizin und die Notfallmedizin. Die Patientenwanderung und die demografische Entwicklung wurden nach Versorgungsgebieten aufgeschlüsselt dargestellt. Die Prognose wurde für jedes Fachgebiet und die Schwerpunkte ausgewiesen und begründet. Zusammenfassend ergab sich im Plan für 2016 ein Bettenüberhang von 761 Betten und ein Mangel an 256 tagesklinischen Plätzen. Das Gutachten ging da wesentlich weiter. Es postulierte einen Bettenüberhang von 3.225 Betten bis 2016. Auch hier schien wieder der Mechanismus wirksam gewesen zu sein, dass die Begutachtung einen extremen Bettenabbau forderte, was dann der Landesregierung ermöglichte, einen «moderaten» Bettenabbau durchzusetzen.

Krankenhausplan 2019 bis 2025

Der neue Plan sollte in Anbetracht der «Hinwendung zu marktregulatorischen Elementen»[338] durch die DRGs den Übergang zu einer Rahmenplanung darstellen und damit den Trägern eine noch höhere Flexibilität ermöglichen. Dabei war der letzte Plan doch schon ziemlich rahmenartig. Parallel dazu sollte ein «Versorgungsmonitoring» implementiert werden, «welches auch das Leistungsgeschehen als einen wesentlichen Aspekt und Indikator für die bedarfsgerechte Versorgung mit einbeziehen» sollte.[339] Anders ausgedrückt: Je kürzer die Verweildauer und je höher die Bettennutzung, umso mehr Betten kann man beanspruchen. Ob das dann bedarfsgerecht (und patienten- und mitarbeiterfreundlich) ist, steht auf einem ganz anderen Blatt.

Es sollten prozessorientierte Festlegungen zur Qualität getroffen werden. Beim Planungsablauf und bei der Methodik gab es keine Änderungen. Die Versorgungsgebietskonferenzen entfielen. Wieder war vorher ein Gutachten von der IGES erstellt worden. Die Ausweisung der Betten pro Fachgebiet in der Somatik erfolgte nur noch nachrichtlich, das heißt, sie war nicht mehr verbindlich und konnte vom Träger beliebig geändert werden. Einzelne Leistungsbereiche (Pädiatrie, Intensivmedizin, Geriatrie, Palliativmedizin, Psychiatrie/Psychosomatik, Weaning und Geburtshilfe) blieben davon ausgenommen. Die Ausweisung von Schwerpunkten und Teilgebieten wurde deutlich reduziert und zumeist nur noch qualitativ (vorhanden/nicht vorhanden) vorgenommen.

Bei der Erreichbarkeit wurde jetzt von 30 Minuten für die Grundversorgung und von 60 Minuten für die Schwerpunktversorgung ausgegangen und behauptet, dass diese Anforderungen flächendeckend (97 Prozent) erreicht seien. Die normativen Nutzungs-

338 Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019–2025, in: Anlage zum Staatsanzeiger Nr. 22, 24.6.2019, S. 3. **339** Ebd.

grade wurden verschärft. War bisher bei einer Verweildauer von unter sechs Tagen ein Auslastungsgrad von 70 Prozent vorgegeben, so wurde der Nutzungsgrad jetzt auf 75 Prozent bei einer Verweildauer von unter 4,5 Tagen festgelegt. Bei langen Verweildauern wurde die vorgegebene Nutzung auf 90 Prozent erhöht. Damit wurde massiv in die Berechnung des Bettenbedarfs eingegriffen.

Interessant ist der Ansatz, im ländlichen Raum kliniknestützte sektorenübergreifende Versorgungsmodelle («sektorenübergreifende Gesundheitszentren») aufzubauen, die sowohl in der Primärversorgung als auch in der Nachsorge und mit einigen Beobachtungsbetten die Flächendeckung gewährleisten sollen. Entscheidend dürfte sein, ob hiermit eine Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung stattfinden sollte oder ob lediglich an neue Geschäftsmodelle für niedergelassene Ärzt*innen gedacht war.

Es wurde das Pilotprojekt «Regionale Versorgungskonferenz» gestartet, «in denen sich die Versorgungsverantwortlichen der Region gemeinsam über die bestmöglichen Handlungsalternativen abstimmen».[340]

Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses sollten zwar geprüft, aber nicht bindend angewandt werden. Landeseigene Qualitätsvorgaben sollten sein:

- die fortlaufende Evaluation des Planungsprozesses über ein Controlling der Leistungsdaten,
- Versorgungskonzepte zur Prozessoptimierung im Zentrumsmodell,
- Einzelkonzepte für Onkologische Zentren, die herzmedizinische Versorgung sowie die Versorgung zerebrovasculärer Erkrankungen mit organisatorischen Vorgaben zur Qualitätsverbesserung.

Konkrete Vorgaben zur Qualität fehlten. Weitere Fachplanungen erfolgten für die Geburtshilfe, Palliativmedizin, Adipositas, Weaning und Geriatrie. Im Weiteren wurden pro Fachgebiet die Ist-Daten, wesentliche Ziele und Grundsätze sowie Prämissen der Kapazitätsplanungen dargestellt und die Aussagen auf die Versorgungsregionen heruntergebrochen. In der Gesamtschau sollten bis 2025 324 Betten abgebaut werden und 337 tagesklinische Plätze dazukommen.

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Rheinland-Pfalz verlief wie folgt:

Tabelle 47: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Rheinland-Pfalz

	Akut-KH/ Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1972	140		28.607		77,5		521.618		141,3		17,5	
1977	129	-7,9	28.574	-0,1	78,5	1,3	561.867	7,7	154,4	9,2	16,1	82,0
1982	128	-0,8	29.510	3,3	81,1	3,4	617.186	9,8	169,7	9,9	15	6,8
1989	116	-9,4	28.011	-5,1	75,7	-6,8	701.377	13,6	189,5	11,6	12,8	14,7
72–89	-24	-17,1	-596	-2,1	-1,8	-2,4	179.759	34,5	48,1	34,1	-4,7	-26,9
1991	107		26.700		69,9		677.247		177,2		12,5	
1997	103	-3,7	26.340	-1,3	65,6	-6,2	743.332	9,8	185,0	4,4	10	20,0
2002	95	-7,8	24.366	-7,5	60,0	-8,4	818.972	10,2	201,8	9,1	8	20,0
2007	84	-11,6	23.729	-2,6	58,7	-2,3	816.949	-0,2	201,9	0,1	7,6	5,1
2012	74	-11,9	23.255	-2,0	58,3	-0,6	872.005	6,7	218,5	8,2	7,0	8,1
2017	70	-5,4	22.734	-2,2	55,8	-4,2	914.183	4,8	224,4	2,7	6,6	5,4
2019	70	0,0	22.387	-1,5	54,7	-2,0	911.596	-0,3	222,7	-0,8	6,4	2,2
91–19	-37	-34,6	-4.313	-16,2	-15,2	-21,7	234.349	34,6	45,4	25,6	-6,1	-48,4

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Seit 1972 wurden in Rheinland-Pfalz 71 Krankenhäuser geschlossen und 4.909 Betten abgebaut. Obwohl 1990 die Grundgesamtheit der betrachteten Krankenhäuser (Allgemeine Krankenhäuser statt Akut-Krankenhäuser) eigentlich gewachsen ist, sind von 1989 bis 1991 neun Krankenhäuser und 1.311 Betten «verschwunden». Der jährliche Bettenabbau hat sich in der zweiten Periode verfünffacht. Lag Rheinland-Pfalz ab 1991 beim Krankenhausabbau in der Spitzengruppe, so landete es beim Bettenabbau auf dem vorletzten Platz (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76).

Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm in den beiden betrachteten Zeiträumen (1972 bis 1989 und 1991 bis 2019) um 2,4 bzw. um 21,7 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 34,5 bzw. um 34,6 Prozent und die Verweildauer nahm um 26,9 bzw. um 48,4 Prozent ab. Die Krankenhaushäufigkeit nahm um 34,1 bzw. 25,6 Prozent zu.

340 Ebd.

Positive Ansätze in den ersten Plänen (Patientenwohl im Mittelpunkt, Planungstiefe, Erwähnung der Personalsituation, allerdings ohne Vorgaben zur Personalbemessung, Versorgungskonferenzen) wurden sukzessive zurückgenommen. Die Anpassung an die «Notwendigkeiten der DRGs» gewann immer mehr Oberhand. Die Planung in Versorgungsgebieten, Versorgungsstufen und die Zuordnung der Betten zu den Fachabteilungen blieben allerdings erhalten.

Planungsmethode war durchgehend Burton-Hill. Die Prognose erfolgte immer noch im Fünf-Jahres-Zeitraum. Die Planungsparameter wurden auf der Basis der Bevölkerungsentwicklung (inkl. Altersverschiebungen und deren Einfluss auf die Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer) fortgeschrieben.

Relativ wenige und allgemeine Festlegungen wurden zur Qualität getroffen. Auch bei der Fachplanung gab es relativ wenige konkrete Festlegungen und viele «Solls».

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 48: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz (1972 bis 1989)

	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	140	39	85	16	116	32	61	23	27,9	60,7	11,4	27,6	52,6	19,8
Betten	28.607	11.940	15.859	808	28.011	11.152	14.858	2.001	41,7	55,4	2,8	39,8	53,0	7,1

Tabelle 49: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz (1991 bis 2019)

	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	107	29	64	14	70	14	44	12	27,1	59,8	13,1	20,0	62,9	17,1
Betten	26.700	10.377	15.297	1.026	22.387	7.897	13.285	1.205	38,9	57,3	3,8	35,3	59,3	5,4

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Der Anteil öffentlicher Träger ist leicht zurückgegangen, während der Anteil der Privaten zugenommen hat, aber immer noch recht klein ist. Dominant sind weiterhin die freigemeinnützigen Träger, deren Anteil trotz des allgemeinen Bettenabbaus nahezu konstant geblieben ist.

Saarland

GESETZGEBUNG

Gesetz Nr. 955 zur Ausführung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (LAGKHG) 1973

Ziele:
- «Das Land, die Kreise und kreisfreien Städte stellen die Krankenhausversorgung der Bevölkerung sicher. Diese Aufgabe wird durch Krankenhäuser in eigener, anderer kommunaler, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft erfüllt.» (§ 1)[341]

Planung:
- Ausschuss für Fragen des Krankenhauswesens, der sich aus Vertreter*innen des Sozial-, Innen- und Finanzministeriums und den kommunalen Landesverbänden zusammensetzt, berät bei der Krankenhausbedarfsplanung und der Aufstellung der Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus, einschließlich der Finanzierung.

Förderung:
- Hälftige Finanzierung der Investitionsmittel durch Gemeinden.
- Einzelförderung und pauschale Förderung (pro Bett).
- Schließungs- und Umstellungshilfen möglich.

Bewertung:
Eine eigentliche Zielbestimmung gibt es nicht. Es gibt auch keine Vorgaben zur Planung. Die Vorgaben zur Förderung sind Standard.

Saarländisches Krankenhausgesetz (SKHG) 1987

Ziele:
- Sicherstellung der Versorgung.
- «Die Krankenhäuser haben bei der Krankenhausbehandlung die Belange und die Würde des Patienten zu berücksichtigen. Jeder Patient ist nach Art und Schwere der Erkrankung unabhängig von seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, sozialen Stel-

341 Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), BT-Drucksache 7/4530, 30.12.1975, S. 241.

lung und Krankenversicherung medizinisch zweckmäßig und ausreichend zu versorgen. Die Qualität der Krankenhausleistungen ist durch kontinuierliche Qualitätskontrollen zu gewährleisten.» (§ 1)[342]
- Sicherstellung ist öffentliche Aufgabe, Betreiber können öffentliche, freigemeinnützige oder private Träger sein; Sicherstellungsauftrag liegt bei Gemeindeverbänden.
- Verpflichtung zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser (Notdienst, Verweisung auf andere Krankenhäuser bei Vollbelegung, Bildung von Schwerpunkten, Nutzung Großgeräte, Einrichtungen, Ausbildungsstätten). Pflicht zum Abschluss von entsprechenden Vereinbarungen.

Planung:
- Saarland ist ein Versorgungsgebiet, Aufbau der Planung entsprechend der Zentralorte.
- Vier Versorgungsregionen, drei Versorgungstufen mit Festlegung der Zahl der Hauptfachabteilungen und des Anteils der Intensivbetten; Mindestanforderungen bei Geburten (mehr als 300), Krankenhausfachpläne möglich.
- Bildung einer Gesundheitskonferenz in jeder Versorgungsregion (Erfahrungsaustausch und Zusammenarbeit aller Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens und der Kassen).
- Determinanten: Bevölkerungszahl und -struktur, Inanspruchnahme, Krankheitsarten, übrige Versorgungsangebote, vergleichbare Versorgungsdichte in anderen Ländern.
- Planung (jeweils Soll und Ist) nach Standort, Bettenzahl, Art und Größe der Fachrichtungen, besondere Aufgaben, Versorgungsstufen.
- Mindestfallzahlen können vorgeschrieben werden.
- Bildung eines Landesauschusses (unter Beteiligung der Krankenhausgesellschaft, Kassen und kommunalen Spitzenverbänden); Recht auf Stellungnahme zur Planung (auch Investitionen).
- Krankenhauskonferenz: Behandlung der Grundsätze der Planung, der Aufstellung und Fortschreibung des Plans und des Investitionsplans; Teilnehmer: 20 Verbände und Organisationen, inklusive DGB und Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (DAG), sowie vier Ministerien.
- Zentraler Bettennachweis, Mitwirkung beim Brand- und Katastrophenschutz (Einsatzpläne).
- Aufstellung durch zuständiges Ministerium, Beschluss durch Landesregierung, Veröffentlichung im Amtsblatt; einmal pro Legislaturperiode Vorlage eines «Krankenhausberichts» im Landtag.

Förderung:
- Förderung gemeinsam durch Land und Gemeinden.
- Einzelförderung (auch durch Festbeträge) und pauschale Förderung pro Bett.

Sonstiges:
- Verbot von Privatstationen; Wahlleistungen sind möglich, wenn sie die allgemeine Versorgung nicht beeinträchtigen.
- Gleichberechtigte Dreier-Betriebsleitung (Ärzteschaft, Pflege, Verwaltung) mit detaillierter Festlegung ihrer Aufgaben.

Bewertung:
Wirtschaftlichkeitsvorgaben fehlten, Patientenbelange wurden hervorgehoben, aber die Behandlung sollte nur «zweckmäßig und ausreichend» sein. In Schulnoten ausgedrückt ist «ausreichend» eine vier. Bereits 1987 wurde die Bedeutung der Qualitätssicherung betont. Konsequenzen hieraus wurden im Plan nicht gezogen.

Es gab sehr detaillierte Festlegungen zur Planung zu einer Zeit, in der in anderen Ländern die Planung schon zurückgefahren wurde. Es gab Ansätze von Demokratie durch die Krankenhauskonferenzen.

Saarländisches Krankenhausgesetz 2005

Ziele:
- Ergänzung der bisherigen Zielbestimmung (siehe oben) um: «Ziel des Gesetzes ist es, im Saarland eine bedarfsgerechte stationäre und teilstationäre Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes System leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser zu sozial tragbaren Vergütungen sicherzustellen.» (§ 1)[343]
- Verpflichtung zum Abschluss von Vereinbarungen über die Zusammenarbeit entfällt.

Planung:
- Die Überschrift des Abschnitts lautete jetzt: «Flexible Krankenhausplanung».
- Regionale Gesundheitskonferenzen entfallen.
- Es gibt nur noch ein Versorgungsgebiet
- Beratung des Plans in Krankenhauskonferenz, Beschluss durch Landesregierung.
- Aufschlüsselung der Faktoren zur Feststellung der Bedarfsmäßigkeit wie bisher (siehe oben).
- Vorrang von Häusern, «die eine umfassende ununterbrochene Vorhaltung von Leistungen der Notfallversorgung sicherstellen und mindestens zwei Fachabteilungen vorhalten […] Fachkliniken haben nur dann einen Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan, wenn sie bedarfsgerecht sind und sie glaubhaft machen, dass ihr Leistungsspektrum und die Qualität ihrer Leistungen die Versorgung der Bevölkerung verbessern werden.» (§ 22)[344]
- Der Plan sollte «für bestimmte medizinische Indikationen […] und für einzelne Bereiche der Notfallversorgung Anforderungen an die Zusammenarbeit und eine Aufgabenteilung zwischen Krankenhäusern […] festlegen». (§ 22)[345]

342 Amtsblatt des Saarlandes Nr. 37, 18.8.1987, S. 922. **343** Amtsblatt des Saarlandes Nr. 35, 25.8.2005, S. 1291. **344** Ebd., S. 1300. **345** Ebd.

– Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner zu Mindestversorgungsmengen und Mindestausstattungsstandards möglich. Für die Geburtshilfe wurde im Gesetz eine Mindestzahl von 300 Geburten festgelegt.
– «Die Grundsätze der Krankenhausplanung enthalten insbesondere die Planungsziele, den Planungszeitraum, eine Bedarfsanalyse, die eine Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung mit vollstationären Betten und teilstationären Plätzen pro Fachdisziplin […] enthält, die Festlegung der vollstationären Betten und teilstationären Plätze pro Fachdisziplin […], die Anforderungen an die Krankenhäuser zur Teilnahme an der Notfallversorgung, …) Regelungen über das Planungsverfahren und die Planungsmethode.» (§ 22)[346]
– Zusammenfassung von mehreren Krankenhäusern möglich, «soweit nicht die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung die Leistungserbringung an mehr als einer Betriebsstätte erforderlich macht». (§ 22)[347]
– «Krankenhausbericht» an Landtag nur noch auf dessen Anforderung hin einmal pro Wahlperiode.
– Gesetzliche Festlegung, dass dem jeweiligen Plan ein Gutachten vorgeschaltet werden muss.
– Fortschreibung in «angemessenen Zeiträumen».
– «Die Krankenhausplanung gliedert sich in zwei Phasen: die Phase 1 zur Erstellung des Krankenhausrahmenplans und die Phase 2 zur Konkretisierung des Krankenhausrahmenplans zum Krankenhausplan als Detailplan […]. In der Phase 1 erarbeitet die Krankenhausplanungsbehörde den Krankenhausrahmenplan auf der Grundlage des Sachverständigengutachtens […]. Der Krankenhausrahmenplan besteht aus den Grundsätzen der Krankenhausplanung […] und der Struktur der einzelnen Krankenhäuser sowie deren Gesamtzahl der vollstationären Betten und teilstationären Plätze. Die Strukturvorgaben beinhalten Festlegungen über die Standorte der Krankenhäuser, die Anzahl und die Art der Fachabteilungen und Schwerpunkte eines Krankenhauses sowie die konkrete Zahl der vollstationären Betten und teilstationären Plätze für die einzelnen Fachgebiete […]. Der Krankenhausrahmenplan regelt außerdem die Sicherstellung der klinischen Notfallversorgung […], die Wahrnehmung besonderer Aufgaben und Leistungen.» (§ 23)[348]
– Möglichkeit der Festlegung von Bettenzahlen pro Fachabteilung innerhalb eines Fachgebiets.
– Erörterung der Planvorgaben mit den Selbstverwaltungspartnern (Kassen, Krankenhausträger) – möglichst einvernehmlich.
– Aufnahme in den Plan verpflichtet die Krankenhäuser zur umfassenden Erfüllung des Versorgungsauftrags; Mindestmengenregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses ist zu folgen; wenn nicht: Plananpassung und ggf. Schließung der Abteilung; Herausnahme aus Plan möglich, wenn Krankenhaus von Vorgaben abweicht.
– Abweichungen von der festgelegten Gesamtbettenzahl und der Abteilungsbettenzahl um plus/minus fünf Prozent mit Zustimmung der Selbstverwaltungspartner möglich.
– Saarländische Krankenhauskonferenz mit der Aufgabe, grundsätzliche Aspekte der Planung, Aufstellung und Fortschreibung des Plans und des Investitionsplans zu behandeln.
– Mitglieder: insgesamt 28 Organisationen und Verbände, inklusive Gewerkschaften und drei Ministerien.
– Wegfall der Pflicht zur Nutzung von Großgeräten und Einrichtungen und der Vereinbarungen bei der Zusammenarbeit von Krankenhäusern.

Förderung:
– Einzelförderung auf Antrag durch Festbetrag.
– «Die Krankenhausförderbehörde wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung, statt der Einzelförderung eine Pauschalförderung einzuführen. Bei der Pauschalförderung sind die Gesamtbettenzahl, die Aufgabenstellung nach dem Krankenhausplan, das Leistungsgeschehen und die Förderung in der Vergangenheit zu berücksichtigen.» (§ 31)[349]
– Pauschale Förderung (kleinere Maßnahmen): 50 Prozent bettenbezogene Grundpauschale mit Gewichtung je nach Abteilung und 50 Prozent fallbezogene Jahrespauschale gewichtet mit dem Case-Mix-Index (Rechtsverordnung von 2019).
– Ausgleichszahlungen bei Ausscheiden aus Plan (ganz oder teilweise) aufgrund einer Entscheidung der Planungsbehörde.
– Beteiligung der Gemeinden mit 13 Prozent (Psychiatrie: 33,3 Prozent) an der Aufbringung der Fördermittel (außer pauschale Förderung).
– Förderung auch von Kitas.

Sonstiges:
– Verbot von Privatstationen aufgehoben.

Bewertung:
Die bisher eher patientenorientierten Ziele wurden um die Standardformulierungen der anderen Landeskrankenhausgesetze (inkl. Wirtschaftlichkeitsvorgaben) ergänzt. Obwohl die Überschrift («Flexible Planung») eher auf eine Reduzierung der Planung hindeutet, finden sich hier auch im Vergleich zu anderen Bundesländern detaillierte Vorgaben. Sie reichten von Kriterien zur Bestimmung der Bedarfsgerechtigkeit über den Vorrang von Allgemeinkrankenhäusern mit Notfallversorgung vor Fachkliniken, Mindestversorgungsmengen und Mindestausstattungsstandards bis hin zur zweiphasigen Planaufstellung mit genauer Ausweisung der Strukturen der einzelnen Krankenhäuser. Auch die Verpflichtungen, die aus der Aufnahme in den Plan folgten, waren relativ scharf formuliert. Der Ent-

346 Ebd. **347** Ebd. **348** Ebd. **349** Ebd., S. 1304.

fall der Großgeräteplanung und der Vereinbarungen zur Zusammenarbeit war ein Rückschritt. Negativ ist auch, dass die Vorgabe einer Planung in Versorgungsgebieten und die regionalen Gesundheitskonferenzen entfallen sind.

Die Ermächtigung zur Pauschalförderung wurde bisher noch nicht genutzt, stellt aber eine erhebliche Gefährdung der Planungsmöglichkeiten des Landes dar. Die Anbindung der pauschalen Förderung an den Case-Mix-Index bildet einen weiteren Anreiz, die Zahl sowohl der Patient*innen als auch der Behandlungen zu steigern.

Saarländisches Krankenhausgesetz 2018 – neueste Fassung

Ziele: keine Änderung.

Planung:
- Neu: Festlegung von Qualitäts- und Strukturanforderungen als Zertifizierungsverpflichtungen: «Die Vorgaben sind als Planungskriterium Bestandteil der Krankenhausplanung. Wird die Zertifizierung nicht innerhalb einer bestimmten Frist nachgewiesen, so kann der entsprechende Versorgungsauftrag entzogen werden.» (§ 22)[350]
- Neu: Personelle Anforderungen für die medizinischen und pflegerischen Bereiche per Rechtsverordnung. «Die personellen Anforderungen sollen dabei auf Gutachterbasis beruhende, stationsbezogene Personalmindestzahlen (Personaluntergrenzen) und Mindestanforderungen betreffend die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ärztlichen Dienst und in den pflegerischen Bereichen unter Berücksichtigung der Normal-, Intensiv- und Intermediate-Care-Stationen umfassen. Die verpflichtenden, personellen Mindestanforderungen sollen evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Die Vorgaben sind als Planungskriterium Bestandteil der Krankenhausplanung.» (§ 22, Abs. 3b)[351]
- Streichung der Bestimmungen zur zweiphasigen Planung (siehe oben).
- Stattdessen: «Der Krankenhausplan besteht aus den Grundsätzen der Krankenhausplanung […] und der Struktur der einzelnen Krankenhäuser sowie deren Gesamtzahl der vollstationären Betten und teilstationären Plätze. Die Strukturvorgaben beinhalten Festlegungen über die Standorte der Krankenhäuser, die Anzahl und die Art der Fachabteilungen und Schwerpunkte eines Krankenhauses sowie die konkrete Zahl der vollstationären Betten und teilstationären Plätze für die einzelnen Fachgebiete sowie Qualitätsvorgaben. Der Krankenhausplan regelt außerdem die Sicherstellung der klinischen Notfallversorgung […], die Wahrnehmung besonderer Aufgaben und Leistungen.» (§ 23, Abs. 2)[352]

Förderung: keine Änderung.

Bewertung:
Dass für das eigene Bundesland spezifische Qualitätskriterien und Zertifizierungsvorgaben (inkl. Entzug der Zulassung bei Nichterfüllung) erlassen sowie evidenzbasiert stationsbezogene Personalmindestzahlen (nicht nur in der Pflege!) und Qualifikationsanforderung festgelegt werden können, ist eine Ausnahme in der Bundesrepublik und positiv zu bewerten. Als gesetzlicher Rahmen bieten solche Erlasse theoretisch die Grundlage für eine Qualitätssicherung, die nicht nur aus schönen Worten besteht. Jetzt muss dies nur noch in der Praxis umgesetzt und verhindert werden, dass diese Erlasse zur weiteren Selektion von Krankenhäusern genutzt werden.

Zwar wurde der Passus zur zweiphasigen Planung gestrichen. Die neuen inhaltlichen Festlegungen brachten aber keine Verschlechterung.

Tabelle 50: Regierungsparteien und Ministerpräsident*innen im Saarland (ab1970)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1970–1974	CDU	Röder 4
1974–1977		Röder 5
1977–1979	CDU, FDP/DPS	Röder 6
1979–1980		Zeyer 1
1980–1984		Zeyer 2
1984–1985		Zeyer 3
1985–1990	SPD	Lafontaine 1
1990–1994		Lafontaine 2
1994–1998		Lafontaine 3
1998–1999		Klimmt
1999–2004	CDU	Müller 1
2004–2009		Müller 2
2009–2011	CDU, FDP/DPS, Grüne	Müller 3
2011–2012	CDU, FDP/DPS, Grüne	Kramp-Karrenbauer 1
	CDU	
2012–2017	CDU, SPD	Kramp-Karrenbauer 2
2017–2018		Kramp-Karrenbauer 3
2018–		Hans

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausplan 1974

Im Saarland wird zwischen einem Krankenhausplan und einem Krankenhausbedarfsplan nach KHG unterschieden. Im Krankenhausplan werden die Entwicklung der Krankenhaussituation (Häuser und Betten nach Fachgebieten, Bettenausstattung der Krankenzimmer, Unfallkrankenhäuser) und die Grundsätze der Planung dargestellt, im Bedarfsplan die Prognose und die konkreten Plandaten.

Zufrieden führte die damalige Sozialministerin Rita Waschbüsch (CDU) im Vorwort zum ersten Krankenhausplans 1974 aus: «Das Saarland lag am 31.12.1972

350 Amtsblatt des Saarlandes, Teil I, vom 26.11.2015, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 22.8.2018 (Amtsblatt I, S. 674), S. 23. **351** Ebd. **352** Ebd., S. 24 f.

mit 93,3 Akutbetten auf 10.000 Einwohner über dem Bundesdurchschnitt […] Mit diesem Bestand ist im Saarland die erste vorwiegend quantitativ bestimmte Phase des Auf- und Ausbaus der Akutkrankenhäuser als abgeschlossen zu betrachten. Die Krankenhausplanung kann nunmehr im Bereich der Akutkrankenversorgung ein Hauptaugenmerk auf die qualitative Verbesserung der Krankenhäuser richten.»[353]

Unter der Überschrift «Allgemeine Grundsätze und Richtlinien der Krankenhausplanung» heißt es: «Ohne ein modernes Krankenhauswesen ist heute eine optimale Versorgung der Bevölkerung nicht mehr denkbar. Ziel der Krankenhausplanung ist es daher, der saarländischen Bevölkerung ein sich am Bedarf orientierendes, abgestuftes und regional gegliedertes System leistungsfähiger, sich ergänzender und miteinander kooperierender Krankenhäuser anzubieten.»[354]

Das Saarland wurde in vier Versorgungsgebiete aufgeteilt und die Krankenhäuser wurden vier Versorgungsstufen zugeordnet.

Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen wurde explizit als Erfolgskriterium der Krankenhausplanung aufgeführt (Hebung der Eigenverantwortlichkeit des nachgeordneten medizinischen und pflegerischen Dienstes, Verkleinerung von Fachabteilungen, leistungsgerechte Entlohnung, Förderung von Unterbringungsmöglichkeiten).[355]

In einem ausführlichen statistischen Teil wurde die Ist-Situation der stationären Krankenversorgung (inkl. Unfallkrankenhäuser, Fachgebiete, Versorgungsregionen und -stufen) dargestellt. Für die jeweiligen Versorgungsstufen wurden Kriterien wie die Bettenzahlen und die Art der Abteilungen vorgegeben. Es finden sich auch Angaben zur Bettenausstattung (Zahl der Betten pro Zimmer).

Auf der Basis der Ist-Werte und der Planungsparameter (Einwohnerzahl, Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer, Bettennutzung und Einzugsbereiche), die relativ differenziert betrachtet wurden, bestimmte man mithilfe der Burton-Hill-Formel den Bedarf für 1985. Dabei wurde von einer Krankenhaushäufigkeit von 168,3 pro 10.000 Einwohner*innen, einer Verweildauer von 17,7 Tagen und einer Bettennutzung von 85 Prozent ausgegangen.

Der Ist-Bestand an Akutbetten 1972 lag laut Plan bei 10.442 Betten. Der Soll-Bestand für 1985 wurde mit 10.532 Betten angegeben, wobei in den einzelnen Versorgungsgebieten ein Aufbau von 236 Betten einem Abbau von 146 Betten gegenüberstand.

1978 wurde der Krankenhausplan zum ersten Mal fortgeschrieben. Es liegt nur der auf dieser Grundlage erstellte Bedarfsplan vor. Dem Ist aus dem Jahr 1977 von 10.572 Betten stand nun ein Soll von 9.207 Betten für 1985 gegenüber. Was zu dieser stark veränderten Prognose führte, lässt sich aufgrund der fehlenden Planfortschreibung nicht klären.

1979 wurde der Bedarf an Psychiatriebetten ergänzt. Hier standen einem Ist von 1.425 Betten im Jahr 1979 ein Soll von 1.445 Betten für 1985 gegenüber.

Krankenhausplan Fortschreibung 1978

Im Vorwort schlug die nachfolgende Sozialministerin Rosemarie Scheurlen (FDP) einen neuen Ton an: «Ziel der ‹Fortschreibung 78› des Krankenhausplanes ist es, ein bedarfsgerechtes und leistungsfähiges Bettenangebot zu schaffen und zu sichern, das jedem Bürger im Bedarfsfalle eine gute stationäre Versorgung in zumutbarer Entfernung ermöglicht. Dabei wird das Bettenangebot dem regional und strukturell verminderten Bedarf angepasst. Die bis zum Planungszeitraum 1985 beabsichtigte Bettenreduzierung wird zu der zwingend gebotenen Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen und die Krankenhäuser langfristig wirtschaftlich sichern.»[356]

Zwar wurde weiterhin die hochwertige flächendeckende Versorgung beschworen, aber auch behauptet: «Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zwingt dazu, bei der Aufstellung und Fortschreibung der Krankenhausbedarfspläne wirtschaftlichen und finanziellen Erwägungen gegenüber den anderen Planungskriterien gleichwertigen Rang einzuräumen.»[357] Genau diese geforderte Gleichwertigkeit ist das eigentliche Problem. In der Realität heißt das, dass immer das Geld entscheidet.

Seit 1997 kamen zwei Krankenhäuser hinzu und es wurden knapp 100 Betten abgebaut. Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm geringfügig zu (von 120,9 auf 121,6). Bezogen auf die Trägerschaft kam es zu einer Absenkung des Anteils der öffentlichen Häuser und Betten (zwei Häuser und ca. 700 Betten weniger). Die Zahl der freigemeinnützigen und die privaten Häuser und Betten nahm gering zu (ein Haus bzw. drei Häuser und jeweils ca. 300 Betten mehr).

Der Statistikteil fiel weiterhin sehr detailliert aus. Die Prognose bezog sich auf das Jahr 1985. Es wurde betont, dass eigentlich für eine gute Bedarfsprognose Morbiditätsstatistiken notwendig wären, diese aber fehlten. Es blieb bei der Anwendung der Burton-Hill-Formel. Es wurde sowohl die Bevölkerungsentwicklung (mittlere Variante) als auch die Krankenhaushäufigkeit kritisch untersucht (Einfluss der hohen Konzentration der Schwerindustrie, der vielen Berufsunfälle, der Bevölkerungsdichte und der Unfallhäufigkeit). Aufgrund von «krankenhausentlastenden Maßnahmen» wurde von einem Absinken der Krankenhaushäufigkeit auf 165 pro 10.000 Einwohner*innen ausgegangen. Bei der Verweildauer wurde ein Rückgang auf 16,2 Tage prognostiziert, die Vorgabe zur Bettennutzung blieb bei 85 Prozent. Daraus ergab sich ein Bedarf von 9.166 Betten. Das hätte einen Abbau von 1.370 Akutbetten bedeutet. Der Abbau sollte stufenweise und «behutsam» vorgenommen werden. Als Methoden des Abbaus wurden der teilweise Verzicht auf Erneuerungen und Ersatzbauten, die Reduzierung von Betten in bestehenden Häusern

353 Krankenhausplan für das Saarland, 1.Teil. Plan zur Akutversorgung, S. 3. **354** Ebd. S. 9. **355** Ebd., S. 10. **356** Krankenhausplan für das Saarland, 1. Teil. Plan zur Akutkrankenversorgung, Fortschreibung 78, S. 7. **357** Ebd., S. 9.

und die Umwandlung kleinerer Krankenhäuser genannt. Um die Bedarfsanalyse auf die Fachgebiete herunterzubrechen, wurde auf bundesweite Vergleichszahlen des Bettenindexes (Zahl der Betten bezogen auf die Bevölkerung) zurückgriffen. Ein größerer Überhang bestand laut Plan in den Fächern Innere Medizin, Pädiatrie, Chirurgie und HNO. In der Urologie, Neurologie, Geriatrie und Neurochirurgie sollten Betten hinzukommen.

Krankenhausplan 1988

In diesem Plan herrschte jetzt ein noch schärferer Ton. Im Vorwort führte die neue Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, Brunhilde Peter (SPD), aus: «Die Landesregierung fand 1985 im Bereich des Krankenhauswesens einen umfangreichen Handlungsbedarf vor. Einem Überangebot an Betten standen beträchtliche Struktur- und Ausstattungsmängel gegenüber. Die Überversorgung an Betten führte dazu, dass im Saarland Patienten häufiger in Krankenhäuser eingewiesen und länger behandelt wurden als in der Bundesrepublik üblich. Der vorhandene Bettenüberhang musste im Interesse der weiteren Finanzierbarkeit des hohen medizinischen Niveaus abgebaut werden.»[358] Weiter führte die Ministerin aus, dass «es durch einen Bettenabbau gelingen kann, die kranken saarländischen Bürgerinnen und Bürger vor unnötigen Unterbringungen im Krankenhaus zu schützen und ihre stationäre Behandlung auf das medizinisch erforderliche Maß zurückzuführen».[359]

Offene Worte: Bettenabbau als Maßnahme zur Vermeidung unnötiger Behandlungen. Auch, wenn man unterstellt, dass Behandlungen unnötig waren, wer garantiert, dass nach dem Bettenabbau der Umfang dieser Behandlungen zurückgeht? Und was sollte mit den Patient*innen passieren, die bestimmte Behandlung benötigten, bei denen dann aber die Betten fehlten? Die Vorgehensweise steht Kopf. Erst sollen falsche Behandlungen zurückgefahren werden, danach kann man über die Frage der notwendigen Bettenzahl entscheiden. Ansonsten wird eine Form der Fehlversorgung durch eine andere ersetzt.

Der neue Planungszeitraum war 1986 bis 1991. Ein Krankenhaus der 2. oder 3. Versorgungsstufe sollte für jeweils 100.000 bis 150.000 Einwohner*innen zur Verfügung stehen.

Die Standorte der Großgeräte wurden kommentarlos tabellarisch dargestellt. In weiteren Plänen findet auch das nicht mehr statt.

Der Plan wendete sich gegen die Burton-Hill-Formel: «Demnach gibt es keine Formel, nach der der tatsächliche Bedarf im Sinne der Verwaltungsrechtsprechung einigermaßen verlässlich berechenbar wäre. Der saarländische Krankenhausplan ermittelt den Bedarf problemorientiert. Der Plan richtet sich hinsichtlich des Gesamtbettenbedarfs und der bedarfsgerechten Aufteilung nach Fachdisziplinen grundsätzlich am Bundesdurchschnitt aus und macht dann Zu- und Abschläge für nachvollziehbare saarländische Besonderheiten. Der Bundesdurchschnitt ist als Ausgangspunkt geeignet.»[360]

Die Prognose wurde also auf ein Benchmarking mit dem Bundesdurchschnitt der Bettendichte umgestellt. Benchmark-Systeme haben immer das «Äpfel-Birnen-Problem» und das «Abwärtsspiralen-Problem». Natürlich ist es falsch, aus einem Ist einfach ein Soll abzuleiten. Genauso falsch ist es aber, einen (wie auch immer zustande gekommenen) Durchschnitt zum Soll zu erklären.

Es wurde festgestellt, dass das Saarland um 1.100 Betten über dem Bundesdurchschnitt lag. Bezüglich der Prognose für 1991 wurde unterstellt: «Es besteht jedenfalls kein nachvollziehbarer Grund zu vermuten, die zu erwartende steigende Krankenhaushäufigkeit könne durch ein weiteres Absinken der durchschnittlichen Verweildauer nicht aufgefangen werden.»[361]

Es wurden Zu- und Abschläge (jeweils wieder aus bundesweiten Vergleichszahlen ermittelt) definiert: Zuschläge für Patientenwanderungen (+450 Betten) und Umweltbelastung (+100 Betten), Abschläge wegen der Alterszusammensetzung (-100 Betten). Keinen Einfluss sollten die Erwerbsquote bzw. die Arbeitslosenquote, die Zahl der Arbeitsunfälle, die Verkehrsdichte und die Zahl der niedergelassenen Ärzte haben.

Aus diesen Überlegungen ergab sich, dass der «aktuelle» Überhang nur noch 650 Betten betrug. Für 1991 wurde festgestellt: «Im Ergebnis ist nach den derzeitigen Erkenntnissen nicht zu erwarten, dass bis Ende 1991 wesentliche Schwankungen im Gesamtkrankenhausbettenbedarf entstehen werden.»[362] Begründet wurde dies damit, dass die Wohnbevölkerung abnehme (-140 Betten), die Alterszusammensetzung ansteige (+175 Betten) und die Patientenwanderung abnehme (-40 Betten).

Im Weiteren wurden die Auswirkungen auf Ebene der einzelnen Fachgebiete erörtert. Auch hier wurde mithilfe des «Bundes-Benchmarkings» vorgegangen. Hier gab es laut Prognose Überhänge in der Inneren Medizin (400 Betten zu viel), in der Pädiatrie (135 Betten zu viel), in der Chirurgie (280 Betten zu viel) und in der Frauenheilkunde/Geburtshilfe (185 Betten zu viel). Demgegenüber bestand eine Unterversorgung in der Orthopädie (90 Betten), der Urologie (60 Betten), der Neurochirurgie (30 Betten), der Psychiatrie und der Neurologie (je 70 Betten).

Bezogen auf die Versorgungsgebiete sollte der wesentliche Abbau im Stadtverband Saarbrücken erfolgen, weil dort die Bettenziffer höher als in den anderen Versorgungsgebieten war. In den Fortschreibungen von 1990 und 1991 sind lediglich Änderungen, die einzelne Krankenhäuser betrafen, aufgeführt.

358 Krankenhausplan 1988 für das Saarland, in: Amtsblatt Nr. 36, 30.8.1988, S. 725. **359** Ebd., S. 726. **360** Ebd., S. 729. **361** Ebd., S. 730. **362** Ebd., S. 731.

Krankenhausplan 1992/93

Der Planungszeitraum wurde auf zwei Jahre verkürzt, um «flexibel auf Entwicklungen reagieren zu können».[363] Es wurde weiterhin «ein pragmatischer Planungsansatz» verfolgt.[364] Es blieb beim Benchmark-Verfahren. Dieses wurde auf die Leistungsdaten der einzelnen Krankenhäuser ausgeweitet, die mit den Durchschnittswerten verglichen wurden. Schwerpunkte der Planung waren die Weiterentwicklung der Psychiatrie und der Geriatrie.

Da die Bettenziffer immer noch um acht Prozent über dem Bundesdurchschnitt lag und die Verweildauer ebenfalls um 5,6 Prozent höher war, kam der Plan zu dem Schluss, dass 240 Betten abgebaut werden sollten. Einem Abbau von 337 Betten in zwölf Fach- bzw. Teilgebieten stand eine Erhöhung um 97 Betten in neun Fach- bzw. Teilgebieten gegenüber.

Krankenhausplan 1994/95

Der Plan entsprach in wesentlichen Teilen dem vorherigen Plan. Als weitere Ziele wurden der Abbau nicht bedarfsnotwendiger Betten und die gleichmäßige regionale und vertikale (Versorgungsstufen) Verteilung der Kapazitäten genannt. Da der Bettenindex (= Bettenziffer) immer noch um 5,8 Prozent über dem Bundesdurchschnitt lag, strebte man einen weiteren Abbau von 500 Betten an. Einem Abbau von 596 Betten in 19 Fach- bzw. Teilgebieten stand eine Erhöhung um 96 Betten/Plätze in zehn Fach- bzw. Teilgebieten gegenüber.

Krankenhausplan 1997 bis 2000

Auch dieser Plan folgte in seiner Vorgehensweise und seinen Methoden den Vorgängerplänen. Zur Erfassung der Ist-Daten und zur Durchführung der Benchmarks wurde auf ein Gutachten aus dem Jahr 1994 zurückgegriffen, das einen Überhang von 750 Betten auswies. Nach Diskussion dieser Zahlen in den Planungsgremien und mit den Trägern wurde ein Abbau von 425 Betten festgelegt.

Die Funktion der Gutachten scheint in allen Bundesländern ähnlich zu sein: Das von der Landesregierung beauftragte Gutachten fordert einen starken Bettenabbau. Daraufhin zeigt sich die Landesregierung kompromissbereit. Am Ende bekommt sie, was sie will: eine deutliche Reduzierung der Bettenzahlen.

Krankenhausplan 2006 bis 2010

Bei den Planungszielen stand an erster Stelle: «Optimierung der Krankenhausstrukturen unter DRG-Bedingungen».[365] Aufgrund der Einführung der DRGs wurde ein deutlicher Rückgang der Verweildauern und damit des Bettenbedarfs vorhergesagt. Die mit den DRGs systematisch verbundene Mengenausweitung wurde nicht berücksichtigt. Der Kapazitätsabbau sollte sozialverträglich ausgestaltet werden.

Weitere Ziele waren die dauerhafte Finanzierbarkeit der Krankenhäuser, die Qualitätssicherung, die Erreichbarkeit der Krankenhäuser, die partnerschaftliche Zusammenarbeit, die Verbesserung der Notfallversorgung, die Nutzung neuer Behandlungsformen sowie die Gewährleistung der Aus-, Fort- und Weiterbildung.[366]

Die Aufteilung in Versorgungsregionen entfiel.

Das Planungsverfahren wurde völlig umgestellt. Es sollte von nun an immer vor Planaufstellung ein Gutachten zur Ist-Analyse und Bedarfsentwicklung in Auftrag gegeben werden (bei diesem Plan bei GEBERA). Auf dieser Grundlage erstellt die Planungsbehörde Grundsätze der Planung, die in der «Saarländischen Krankenhauskonferenz» beraten werden. Danach legt das Ministerium Einzelvorschläge vor, die mit den Trägern und den Kassen abgestimmt werden. Dann wird ein Planungsentwurf erstellt, der nochmals in der Krankenhauskonferenz beraten, mit dem Nachbarland Rheinland-Pfalz abgestimmt und von der Landesregierung verabschiedet werden muss. Als Planungsmethode wurde letztlich wieder die Burton-Hill-Formel eingesetzt.

Für die Notfallversorgung wurden besondere Anforderungen definiert (Abteilungsstruktur, Präsenzlabor, Blutdepot, Notfallröntgen, CT). Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindestmengen wurden (bis auf Ausnahmen gemäß dem Saarländischen Krankenhausgesetz) zum Kriterium der Planaufnahme. Von nun an musste die Geburtshilfe in einem Krankenhaus mindestens 300 Geburten nachweisen, um in den Plan aufgenommen zu werden.

Der Plan wurde um einen Teil «Besonderer Aufgaben und Leistungen» ergänzt (Organtransplantationen, hochkontagiöse Erkrankungen, Psychosomatik/Psychotherapie, Stroke Units, Neonatologie, Kinderkardiologie- und -onkologie, Naturheilkunde, Neurologische Frührehabilitation), zum Teil mit Mindeststrukturkriterien oder der Auflage einer Zertifizierung.

Die Planungsmethode wurde jetzt wieder auf Burton-Hill umgestellt. Zusätzlich kam eine Expertenbefragung zum Einsatz. Der Nutzungsgrad wurde gesondert für die Psychiatrie und Geriatrie (je 90 Prozent), die Pädiatrie (75 Prozent) und alle übrigen Gebiete (85 Prozent) festgelegt.

Zwischenzeitlich war die Bettenzahl auf 7.242 Betten (2005) gesunken. Das Gutachten berechnete für 2010 eine notwendige Bettenzahl von 6.429, das hätte eine Reduzierung der Betten um 11,23 Prozent bedeutet. Diese Vorgaben wurden bis auf minimale Änderungen in den Plan übernommen.

Krankenhausplan 2011 bis 2015

Der Plan war deutlich angewachsen und umfasste nun 320 Seiten. Die Versorgungstufen sollten «keine Relevanz mehr» haben.[367] Versorgungsgebiete gab es auch nicht mehr. Planungsverfahren und Planungsmethode

363 Bekanntmachung des Krankenhausplans 1992/1993 für das Saarland, in: Amtsblatt Nr. 10, 2.3.1992, S. 191. **364** Ebd., S. 192. **365** Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz: Krankenhausplan für das Saarland 2006–2010, Saarbrücken 2006, S. 5. **366** Ebd., S. 6. **367** Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz: Krankenhausplan für das Saarland 2011–2015, Saarbrücken 2011, S. 5.

blieben gleich. Es wurde ein Prognosekorridor eingeführt (Minimum, Mittelwert, Maximum). Die Vorgaben für die Bettennutzung wurden stärker differenziert (verweildauerabhängig und fachabteilungsbezogen). Das Gutachten (wieder GEBERA) prognostizierte für 2015 ein Abbaupotenzial zwischen 141 und 415 Betten (2,2 bzw. 6,4 Prozent der Betten). Die Annahmen zu den Kapazitätsentwicklungen in den einzelnen Fachgebieten variierten stark, sie wurden alle in die Planung übernommen.

Die «Besonderen Aufgaben und Leistungen» wurden erweitert (kardiologische Notfallversorgung/Chest Pain Unit, geriatrische Frühreha, Trauma-Netzwerk), detaillierter dargestellt und zum Teil mit Mindeststrukturkriterien oder der Auflage einer Zertifizierung versehen.

Im Teil «Verbesserung der Qualität» wurden für die Gefäßchirurgie und für Stroke Units die Erfüllung der Anforderungen der Fachgesellschaften bzw. Zertifizierungen gefordert. Außerdem wurde auf die bundesgesetzlich vorgegebenen Mindestmengen Bezug genommen. Eine neu erlassene Krankenhaushygieneverordnung sollte ebenfalls zur Qualitätssicherung beitragen.

Der Plan sprach sich für eine Überwindung der Sektorengrenzen aus, obwohl hier auf Landesebene faktisch nichts geändert werden kann. Zu den Medizinischen Versorgungszentren heißt es: «Bei der Gestaltung des rechtlichen Rahmens für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) soll zukünftig verhindert werden, dass wirtschaftliche Interessen Einfluss auf medizinische Entscheidungen gewinnen. Deshalb sollen MVZ nur noch unter gewissen Bedingungen zugelassen werden. Dazu gehört, dass MVZ grundsätzlich nur noch von Vertragsärzten und Krankenhäusern gegründet werden können […]. Die zulässigen Rechtsformen beschränken sich auf Personengesellschaften und GmbHs und sollen die Rechtsform Aktiengesellschaft ausschließen. Die Leitung der medizinischen Versorgung eines MVZ soll in ärztlicher Hand verbleiben.»[368]

In drei Fortschreibungen des Plans (2013, 2014 und 2015) wurden die Planungszahlen minimal verändert und 2015 eine Geriatrie-Planung auf der Basis eines Gutachtens (aktiva) eingeführt.

Krankenhausplan 2018 bis 2025

Neu bei den Zielsetzungen ist der Vorsatz, die Landesregierung werde sich im Rahmen der Qualitätssicherung für die Vorgabe bedarfsgerechter Personalzahlen einsetzen.

Das Krankenhausplanungsverfahren ist seit 2006 eigentlich in zwei Phasen gegliedert: «Phase 1 beinhaltet die Erstellung eines Krankenhausrahmenplans durch die Krankenhausplanungsbehörde. Phase 2 beinhaltet die Konkretisierung des Krankenhausrahmenplans zum Krankenhausplan als Detailplan durch die Selbstverwaltungspartner.»[369] Nun wurde auf «Wunsch aller an der Krankenhausplanung beteiligten Partner […] vor dem Hintergrund der notwendigen Strukturveränderungen im Krankenhausplan und unter Berücksichtigung der mittlerweile veränderten Rahmenbedingungen auf Phase 2 verzichtet. Die Krankenhausplanungsbehörde ist somit direkt gemeinsam mit den Selbstverwaltungspartnern in die Detailplanung eingestiegen.»[370]

Ansonsten blieb es im Wesentlichen bei der aus dem Plan 2011 bis 2015 bekannten Vorgehensweise. Gutachterfirma war auch dieses Mal activa.

Erstmals errechnete das Gutachten einen Mehrbedarf an Betten (326 Betten im Mittelwert, 708 Betten im Maximalwert). Das bedeutete eine Zunahme von 5,12 bzw. 11,12 Prozent. Der Plan übernahm diese Zahlen. Unter der Rubrik Mindestmengen wird die Geltung der bundesgesetzlich vorgegebenen Regelungen betont. Außerdem wird ausgeführt, dass ein Krankenhaus die Mindestmengenregelung gemäß § 22/4 des Saarländischen Krankenhausgesetzes unterschritten und deswegen die Geburtshilfe aufgegeben hat.

Bei den Personalvorgaben wird auf die bundesgesetzlichen Personaluntergrenzen verwiesen und angekündigt, «unter breiter Beteiligung der Betroffenen in einer Expertenkommission weitere spezifische landeseigene personelle Anforderungen zu erarbeiten».[371]

Die bundesgesetzlichen «planungsrelevanten Qualitätsindikatoren», deren Geltung die meisten anderen Bundesländer ausgeschlossen haben, werden zum Bestandteil des Krankenhausplans erklärt. Zusätzlich sollen weitere landeseigene Qualitätsvorgaben (neben denen für Notfallversorgung, Chest Pain Units, Geburtshilfe und Geriatrie-Plan) erarbeitet werden.

Unter der Überschrift «Besondere Versorgungsstrukturen und Leistungen» sind die Fachplanungen nochmals erweitert worden und detailliert beschrieben.

368 Ebd., S. 12. **369** Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz: Krankenhausplan für das Saarland 2018–2025, Saarbrücken 2018, S. 12. **370** Ebd. **371** Ebd., S. 28.

Zusammenfassende Bewertung der Planung
Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen im Saarland verlief wie folgt:

Tabelle 51: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Alle/Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) im Saarland

	Akut-KH/ Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1972	37		10.463		93,5		172.486		154,2		18,7	
1977	35	-5,4	10.383	-0,8	96,0	2,7	186.897	8,4	172,9	12,1	17,4	83,0
1982	32	-8,6	9.585	-7,7	90,6	-5,6	202.754	8,5	191,7	10,9	15,6	10,3
1989	27	-15,6	8.653	-9,7	81,3	-10,3	220.834	8,9	207,4	8,2	13,1	16,0
72–89	-10	-27,0	-1.810	-17,3	-12,3	-13,1	48.348	28,0	53,2	34,5	-5,6	-29,9
1991	*30*		*9.461*		*87,9*		*225.040*		*209,0*		*13,5*	
1997	*28*	-6,7	*8.265*	-12,6	*76,5*	-13,0	*244.652*	8,7	*226,4*	8,3	*10,6*	21,5
2002	28	0,0	7.497	-9,3	70,4	-7,9	266.245	8,8	250,0	10,4	8,5	19,8
2007	25	-10,7	6.822	-9,0	65,8	-6,5	256.517	-3,7	247,5	-1,0	8,1	4,3
2012	20	-20,0	6.378	-6,5	64,1	-2,5	266.911	4,1	268,4	8,5	7,6	6,8
2017	21	5,0	6.364	-0,2	64,0	-0,2	282.905	6,0	284,6	6,0	7,0	7,9
2019	21	0,0	6.536	2,7	66,2	3,5	283.799	0,3	287,6	1,1	6,7	4,1
91–19	-9	-30,0	-2.925	-30,9	-21,6	-24,6	58.759	26,1	78,6	37,6	-6,8	-50,4

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Anmerkung zur Tabelle: kursiv = Alle Krankenhäuser, weil Daten für Allgemeine Krankenhäuser nicht vorliegen.

Seit 1972 wurden im Saarland 19 Krankenhäuser geschlossen und 4.735 Betten abgebaut. Der Bettenabbau pro Jahr war in beiden Perioden in etwa gleich stark. In den letzten Jahren kam es zu einer Verlangsamung bzw. sogar zu einer Umkehr des Abbaus. In der Periode seit 1991 nahm das Saarland sowohl bei den Krankenhausschließungen als auch beim Bettenabbau einen Mittelplatz ein (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76). Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm in den beiden betrachteten Zeiträumen (1972 bis 1989 und 1991 bis 2019) um 13,1 bzw. um 24,6 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 28 bzw. um 26,1 Prozent und die Verweildauer nahm um 26,9 bzw. um 50,4 Prozent ab. Die Krankenhaushäufigkeit nahm um 34,5 bzw. 37,6 Prozent zu.

Der Umstieg von Burton-Hill auf Benchmark und zurück erweckt den Eindruck einer gewissen Beliebigkeit. Bei Burton-Hill sind die angenommenen Parameter das Problem, beim Benchmark-Verfahren wird direkt auf den Kellertreppeneffekt gesetzt.

Wie in anderen Bundesländern auch erfolgte eine Reduzierung der Planungstiefe (Wegfall der Versorgungsregionen und Versorgungsstufen), die Festlegung der Bettenzahlen pro Fachabteilungen wurde allerdings beibehalten. Die Prognose wird weiterhin sehr detailliert erstellt. Die Einbeziehung medizinischer Expert*innen ist sinnvoll.

Die Bedeutung von Qualitätskriterien und Fachplanungen hat deutlich zugenommen, die Letzteren erfolgten konsequenter als in anderen Bundesländern. Der Verweis auf die bundesweiten Pflegepersonaluntergrenzen hat nichts mit einer Personalbemessung zu tun, weil sie keinen Pflegebedarf ermitteln, sondern (nach dem Perzentilen-Verfahren) nur die Schlechtesten von den Schlechten trennen. Allerdings ist vorgesehen, unter breiter Beteiligung der Betroffenen in einer Expertenkommission weitere, an den Bedarfen des Bundeslands ausgerichtete personelle Anforderungen zu bestimmen. Diese Initiative ist zu begrüßen und ist in der Bundesrepublik einzigartig. Dagegen fehlt die demokratische Einbindung des Parlaments und der Bürger*innen in den Versorgungsgebieten.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 52: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) im Saarland

	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	37	16	17	4	27	11	15	1	43,2	45,9	10,8	40,7	55,6	3,7
Betten	10.463	6.547	3.791	125	8.653	4.983	3.620	50	62,6	36,2	1,2	57,6	41,8	0,6

Tabelle 53: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser (1992 bis 2019) im Saarland

	1992				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	27	12	15	0	21	8	11	2	44,4	55,6	0,0	38,1	52,4	9,5
Betten	8.928	5.434	3.494	0	6.536	3.847	2.681	8	60,9	39,1	0,0	58,9	41,0	0,1

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Für 1991 liegen keine Trägerdaten für die Allgemeinen Krankenhäuser vor. Der Anteil der öffentlichen Krankenhäuser und Betten hat zwar leicht abgenommen, spielt aber immer noch eine große Rolle. Die Freigemeinnützigen sind anteilmäßig ebenfalls bedeutend. Die Privaten spielen, insbesondere was die Bettenzahl, betrifft keine Rolle.

Sachsen

GESETZGEBUNG

Sächsisches Krankenhausgesetz (SächsKHG) 1993

Ziele:
- «Ziel des Gesetzes ist es, […] eine bedarfsgerechte und humane Versorgung in leistungsfähigen sowie sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen, die in struktureller, funktioneller, bautechnisch und hygienischer Hinsicht modernen Anforderungen entsprechen. Die bedarfsgerechte Patientenversorgung soll unter Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte durch ein funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Gebiet des Freistaates verteilter einander ergänzender Krankenhäuser sichergestellt werden. Dabei ist die Weiterentwicklung der Strukturen, der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser unter Berücksichtigung des medizinischen, medizinisch-technischen und des pflegerischen Fortschritts sowie der demographischen Entwicklung eine ständige Aufgabe.» (§ 1)[372]
- Sicherstellung ist öffentliche Aufgabe, Sicherstellungsauftrag liegt bei den Gebietskörperschaften.
- Die Vielfalt der Krankenhausträger ist zu fördern («ausreichend Raum geben»).
- Pflicht zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit ambulantem Bereich; Plicht, Vereinbarungen darüber zu schließen; Soll-Vorschrift, was die Zusammenarbeit umfasst:
  - «die Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten,
  - die Wahrnehmung besonderer Aufgaben der Dokumentation und der Nachsorge im Zusammenwirken mit den niedergelassenen Ärzten,
  - die Verteilung der Aufzunehmenden,
  - die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
  - die Mitwirkung bei der Schwangerenbetreuung,
  - die festzulegende Aufnahme- und Dienstbereitschaft […], inkl. Meldung freier Betten an Rettungsleitstelle und Mitwirkung im Katastrophenschutz,
  - Rationalisierungsmaßnahmen,
  - die Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte, medizinischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen, Datenverarbeitungsverfahren,
  - die Errichtung und den Betrieb von Ausbildungsstätten für nichtärztliche Heilberufe,
  - die Errichtung und den Betrieb zentraler Krankenhausapotheken.» (§ 27)[373]

Planung:
- Das Ministerium erstellt den Plan (in der Regel alle drei Jahre), eine Ergänzung durch Fachprogramme ist möglich. Es gibt keine Parlamentsbeteiligung und auch keine Veröffentlichungspflicht.
- «Der Krankenhausplan weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung […], insbesondere nach Standort, Träger, Bettenzahl und Fachrichtung sowie die Ausbildungsstätten […] aus. Teilgebiete von Fachrichtungen werden bei den künftigen Fort-

372 Gesetz zur Neuordnung des Krankhauswesens (Sächsisches Krankenhausgesetz vom 19.8.1993), unter: www.Revosax.sachsen.de, S. 2. **373** Ebd., S. 15.

schreibungen aufgenommen, soweit es aus Gründen der Qualitätssicherung notwendig ist.» (§ 4 Abs. 1)[374]
- Drei Versorgungsstufen:
  - Regelversorgung: muss Chirurgie und/oder Innere umfassen, kann bei Bedarf weitere Fachrichtungen vorhalten.
  - Überörtliche Schwerpunktversorgung: «Sie umfassen die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Orthopädie, Pädiatrie und Urologie.» (§ 4 Abs. 2)[375]
  - Maximalversorgung: Leistungsangebote gehen «wesentlich» über Schwerpunktversorgung hinaus; hochdifferenzierte medizinisch-technische Einrichtungen.
  - Fachkrankenhäuser (Zuordnung zu Stufen je nach Versorgungsaufgaben).
- Krankenhausplanungsausschuss mit Kassen, private Krankenversicherungen, Krankenhausgesellschaft, Wohlfahrtsverbände, Gebietskörperschaften, Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung. Aufgabe: Krankenhausplanung und Investitionsprogramme; einvernehmliche Regelungen sind anzustreben.
- Informationspflicht der Träger bei allen «bedeutsamen Angelegenheiten».
- Rücknahme der Aufnahme in den Plan, wenn Voraussetzungen für die Aufnahme nicht mehr vorliegen.

Förderung:
- Teilung der Aufbringung der Mittel zwischen Land und Gebietskörperschaften, entsprechend den Bestimmungen des kommunalen Finanzausgleichs.
- Jährliche Investitionsprogramme, die die Verwendung der vorhandenen Mittel festlegen.
- Einzelförderung mit Zustimmung der Träger als Festbetrag (Rest- oder Mehrbetrag bleibt beim Träger) oder als Höchstbetrag (keine detaillierte Prüfung und Vorgabe; Träger kann selbst über Art und Weise der Durchführung der Maßnahme entscheiden; Restbetrag muss zurückgezahlt werden).
- Pauschale Förderung nach Betten, differenziert nach Versorgungstufen.
- Ausgleichszahlungen bei Herausnahme von Krankenhäusern aus dem Plan auf Veranlassung des Ministeriums (ganz oder teilweise, mindestens eine Abteilung); Weiterzahlung der Pauschale für ein Jahr bei Verminderung der Bettenzahl.

Sonstiges:
- Dreier-Betriebsleitung (Ärztlicher Dienst, Pflege, Verwaltung); leitender Chefarzt/leitende Chefärztin ist Vorsitzende(r) (!!).
- Verbot von Privatstationen.

Bewertung:
Standardzielbestimmung im Stil der Kostendämpfungsjahre mit besonderer Betonung der Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Strukturen der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit. Insgesamt sehr detaillierte Festlegungen zur Zusammenarbeit und zur Planung.

1993 bis 2018: diverse Detailänderungen, jedoch keine wesentlichen Veränderungen des Planungsrechts.

Bei der Pauschalförderung konnten ab 1998 «neben der Versorgungsstufe auch andere sachgerechte Bezugsgrößen als das Krankenhausbett zugrunde gelegt werden» (neuer § 11 Abs. 5).[376]

Sächsisches Krankenhausgesetz 2018 – neueste Fassung

Ziele: keine Änderung.

Planung:
- Ergänzung bei den Versorgungsstufen: Einer Abteilung in einem Krankenhaus der Regelversorgung können auch Aufgaben der Schwerpunktversorgung zugeordnet werden.
  Ansonsten keine Änderungen.

Förderung:
- Einzelförderung: keine Änderungen.
- Pauschale Förderung: Näheres wird durch eine Rechtsverordnung festgelegt (Sockelwert pro Bett und Fachrichtungspauschale abhängig von Anzahl der Fachabteilungen; zusätzlich Fallzahlpauschale gewichtet nach Versorgungsstufe).
- Wegfall der einjährigen weiteren Förderung bei Schließung von Betten.

Sonstiges:
- Andere Formen der Betriebsleitung (anstatt der Dreierleitung) sind zulässig, wenn die anderen Funktionsbereiche angemessen vertreten sind.

Bewertung:
Im Ländervergleich ist es ungewöhnlich, dass auch in der neusten Version des Gesetzes immer noch hohe Anforderungen an die Zusammenarbeit und die Planung gestellt werden. Auch hier wurde bei der Pauschalförderung (teilweise) ein «Leistungsbezug» eingeführt und werden damit Leistungsausdehnungen belohnt.

374 Ebd., S. 3. **375** Ebd., S. 3. **376** SächsGVBl. 1997 Nr. 24, S. 673.

Tabelle 54: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Sachsen (ab 1990)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1990–1994	CDU	Biedenkopf 1
1994–1999		Biedenkopf 2
1999–2002		Biedenkopf 3
2002–2004	CDU	Milbradt 1
2004–2008	CDU, SPD	Milbradt 2
2008–2009	CDU, SPD	Tillich 1
2009–2014	CDU, FDP	Tillich 2
2014–2017	CDU, SPD	Tillich 3
2017–2019	CDU, SPD	Kretschmer 1
2019–	CDU, Grüne, SPD	Kretschmer 2

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausplan 1992

Im Vorwort des damaligen Gesundheitsministers Hans Geisler (CDU) heißt es: «Obwohl […] formal ein funktionierendes flächendeckendes Netz von Krankenhäusern existierte, traten faktisch in den vergangenen Jahren immer häufiger folgende Mängel in den Vordergrund:

- Die Betreuungsbedingungen für Patienten und die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in Krankenhäusern waren zum großen Teil nicht ausreichend.
- Der bauliche Zustand der Krankenhäuser stellte sich in den meisten Fällen als unzureichend dar, sodass den hygienischen und organisatorischen Anforderungen nicht Rechnung getragen werden konnte.
- Die Ausstattung der Krankenhäuser entsprach nicht den aktuellen Erfordernissen moderner Medizin.
- Es gab kein den modernen Erkenntnissen entsprechendes gegliedertes System der medizinischen Versorgung.

Es fehlen Vorsorge- und Nachsorgeeinrichtungen. aber auch Pflegeeinrichtungen, die die Krankenhäuser bei den Aufgaben der Pflege entlasten konnten. Hinzu kam, dass die Nutzung stationärer Einrichtungen durch Bettensperrungen deutlich beeinträchtigt war. Eingeleitete, aber über lange Zeit sich hinziehende oder nicht weitergeführte Rekonstruktionen und Renovierungen sowie Personalmangel waren dafür die Ursachen.»[377]

Weiter heißt es:

«Bei der Aufstellung des Krankenhausplanes mussten schon aus zeitlichen Gründen andere Wege als in den Alt-Bundesländern gegangen werden. So wurden keine landesspezifischen Prognosewerte für die Krankenhausdeterminanten ermittelt, sondern auf Eckdaten der Alt-Bundesländer zurückgegriffen. Bei einem Vergleich dieser Daten wurde davon ausgegangen, dass die Vergleichswerte des Landes Baden-Württemberg auch auf die Bevölkerung im Freistaat Sachsen bei Beachtung der landesspezifischen Besonderheiten und insbesondere der tatsächlichen Auslastung der einzelnen Krankenhäuser übertragen werden könnten.

Darüber hinaus wurden folgende landesspezifische Besonderheiten berücksichtigt:

1. Größe und Anzahl der Krankenhäuser

- Umwidmung von Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten (in Einzelfällen bis 150) und Reduzierung der Bettenzahl in Krankenhäusern mit mehr als 1.000 Betten (insbesondere mehr als 1.500 Betten)
- Auflösung oder Überführung von Krankenhäusern aus den verschiedenen Sonderversorgungssystemen […] in private oder kommunale Trägerschaft

2. Reduzierung der Bettenzahl in Fachrichtungen mit Überversorgung (z. B. Pädiatrie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Dermatologie und Augenheilkunde) und Erhöhung der Bettenzahl in Fachgebieten mit Unterversorgung (z. B. Urologie, Neurochirurgie und Orthopädie).

3. Änderung der Trägerschaft: Soweit es Anträge auf Genehmigung des Trägerwechsels von privaten bzw. gemeinnützigen Trägern gab, wurde diesen entsprochen. Auch Anträgen auf Genehmigung der Erhöhung der Bettenzahl in freigemeinnützigen Krankenhäusern wurde, soweit es für die bedarfsgerechte Versorgung nötig ist, stattgegeben.»[378]

Dass gerade Baden-Württemberg als Referenzland genommen wurde, hängt sicherlich damit zusammen, dass dieses Bundesland deutlich unter dem Bundesdurchschnitt bei der Bettendichte lag (1991: BaWü: 6,52 Betten pro 1.000 Einwohner*innen; Bundesdurchschnitt: 7,45 pro 1.000 Einwohner*innen) – also Vorbildfunktion bei der Kostendämpfung hatte. Der Kellertreppeneffekt einer solchen Planungsmethode wurde ausgenutzt. Die Absicht, die nicht-öffentlichen Träger (insbesondere die privaten) zu stärken, ist deutlich erkennbar.

Im Vorfeld der Planung hatten Regionalkonferenzen stattgefunden. Der Plan galt nur für das Jahr 1992. Es wurden die einzelnen Häuser mit ihren Abteilungen und die Gesamtzahl der Betten ausgewiesen. Eine Anzeigepflicht beim Ministerium bestand nur, wenn sich die Gesamtzahl der Betten änderte.

Unter der Überschrift «Grundsätze und Leitlinien der Krankenhausplanung» finden sich folgende Ausführungen: «Da die verfügbaren personellen und finanziellen Mittel begrenzt sind, hat bei der Bedarfsdeckung an Krankenhauskapazitäten, insbesondere für sich neu entwickelnde Spezialbehandlungen, grundsätzlich die Umwandlung oder Anpassung bestehender Krankenhauskapazitäten Vorrang vor Neuerrichtungen.»[379]

Als weitere Grundsätze wurden genannt:

- Flächendeckende Versorgung: «Ziel der staatlichen Krankenhausplanung ist es, die festgestellten strukturellen Mängel möglichst kurzfristig zu beseitigen und ein bedarfsgerechtes, funktional abgestuftes Netz einander ergänzender Krankenhäuser zu schaffen, das sich eng am zentralörtlichen System der

377 Sächsisches Amtsblatt, Sonderdruck Nr. 2/1992, 11.3.1992, S. 19. **378** Ebd. **379** Ebd., S. 21.

Landesentwicklung orientiert.»[380] Die Planung soll nicht nach Versorgungsregionen, sondern nach den «kommunalen Gebietseinheiten» erfolgen.[381]
- Abgestufte Versorgung (es wurden vier Stufen mit den jeweils notwendigen Abteilungen und Bettenzahlen als Soll-Vorgabe festgelegt).
- Vorgaben zur inneren Struktur der Krankenhäuser wurden mit einer klassischen neoliberalen Begründung abgelehnt: «Mit diesem Krankenhausplan soll und kann die innere Struktur der Krankenhäuser nicht reglementiert werden. Ein dahingehender staatlicher Dirigismus würde die Möglichkeit eigentypischer innerstruktureller Entwicklungen in den einzelnen Krankenhäusern hemmen und den Freiraum der öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträger ohne sachliche Notwendigkeit schmälern.»[382]

Die Bedarfsermittlung erfolgte formal mit der Burton-Hill-Formel. Allerdings wurden die eingesetzten Werte für die Krankenhaushäufigkeit pro Fachgebiet festgelegt sowie die Verweildauer und die Bettennutzung (zwischen 75 und 90 Prozent) aufgrund des Benchmarkings mit anderen Bundesländern vorgegeben. Die Zahlen galten für das nächste Jahr (1992). Eine Prognose im eigentlichen Sinn gab es nicht.

In den Plan für 1992 sollten 103 Krankenhäuser (inkl. Universitätskliniken) mit 34.691 Betten aufgenommen werden. (Die Zahlen muss man sich mühsam aus Einzeltabellen zusammensuchen. Insgesamt ist die Darstellung nicht sehr transparent.)

Als Schwerpunkte wurden die psychiatrische Versorgung, die geriatrische Versorgung und die Herzchirurgie genannt. Die Ausbildungsstätten (mit Plätzen) und die Großgerätestandorte sind tabellarisch ausgewiesen. Eine Planung ist nicht zu erkennen.

Krankenhausplan 1993 (1. Fortschreibung)

Die allgemeinen Ausführungen und die Grundsätze und Leitlinien blieben gleich – zum großen Teil wortgleich. Die geplante Größe der Regelversorgungskrankenhäuser wurde von 100 bis 250 auf 150 bis 350 Betten angehoben.

Auch die Methode der Berechnung des Bettenbedarfs (Mix aus Benchmarks mit anderen Bundesländern und Burton-Hill-Formel) blieb gleich. Zwischenzeitlich wurde die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen von 69,97 auf 68,96 abgesenkt. Die vorgegebenen Werte zur Krankenhaushäufigkeit blieben ebenso unverändert. Die Verweildauer wurde in der Pädiatrie von 8,5 Tagen auf sieben Tage herabgesetzt. Die vorgeschriebene Bettennutzung wurde in der Inneren Medizin von 86 auf 88 Prozent heraufgesetzt.

Die genannten Schwerpunkte blieben gleich. In den Plan 1993 sollten noch 100 Krankenhäuser (inkl. Universitätskliniken) mit 32.937 Betten aufgenommen werden. Im Vergleich zum Plan 1992 bedeutete dies einen Bettenabbau von 5,1 Prozent in einem Jahr.

Krankenhausplan 1994 (2. Fortschreibung)

Im Vorwort des Sozialministers Hans Geisler (CDU) ist ausgeführt, dass zur Sanierung der sächsischen Krankenhäuser 7,6 Milliarden DM notwendig seien, die durch die Regelungen im Einigungsvertrag und durch die Bundesbeteiligung über das Gesundheitsstrukturgesetz bis 2004 aufgebracht werden sollten. Zehn Prozent der Krankenhäuser sollten völlig neu gebaut werden. «Grundvoraussetzung für den Erfolg des sächsischen Krankenhausbauprogrammes ist eine am tatsächlichen Bedarf orientierte Krankenhausplanung.» Dies sei «für die Krankenhausträger ein teilweise schmerzhafter Prozess».[383]

Unter «2.1 Funktion» ist zu lesen: «Diese zweite Fortschreibung des Krankenhausplanes enthält für ganz Sachsen Aussagen, an welchem Ort, für welche Zweckbestimmung, in welcher Zahl und Größe Krankenhäuser vorhanden sein müssen, um eine leistungsfähige Versorgung der Bevölkerung im Sinne der gesetzlichen Zielstellungen zu sichern.»

Der Plan gliederte sich in einen allgemeinen Teil (allgemeine Grundsätze und Leitlinien der Planung) und einen Teil mit den Festlegungen für die einzelnen Krankenhäuser. Im Letzteren sind die Krankenhäuser mit ihren Fachrichtungen und mit der Gesamtbettenzahl (keine Zuweisung zu den Fachrichtungen) aufgeführt. Für die Sicherstellung der Flächendeckung wurde auf ein Belegarztsystem gesetzt, weil dies «kostengünstig» sei.[384] Ob damit wirklich eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten ist, scheint nicht erwogen worden zu sein.

Es wurden drei Versorgungstufen (Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung) und Fachkrankenhäuser unterschieden. Zudem wurden drei Versorgungsregionen eingeführt, die den Regierungsbezirken entsprechen.

Die notwendigen Betten wurden nach der Burton-Hill-Formel ermittelt. Parallel dazu wurden Zahlen anderer Bundesländer als Benchmark verwendet. Letztlich wurde (aufgeschlüsselt auf die einzelnen Fachrichtungen) eine Gesamtbettenzahl pro 10.000 Einwohner*innen von 67,97 festgelegt. Es wurde festgestellt, dass damit der «etwaige Bedarf» gedeckt sei.[385] Allerdings gebe es einen Überhang in den Fachrichtungen Innere, Pädiatrie und Dermatologie und einen Nachholbedarf in den Fächern Urologie, Neurochirurgie und Neurologie und «regionale Disproportionen».[386] Angaben dazu, wie diese Probleme angegangen werden sollten, fehlten.

Für die Krankenhaushäufigkeit wurden die Ist-Werte verwendet. Sie wurden mit der jeweiligen letzten vorliegenden Bevölkerungszahl hochgerechnet. Es erfolgte also keine Prognose der Bevölkerungsentwicklung. Für die Bettennutzung und die Verweildauer wurden normativ Soll-Werte pro Fachrichtung festgelegt. Wie die Soll-Werte ermittelt wurden, erfährt man nicht. Ver-

380 Ebd. **381** Ebd., S. 22. **382** Ebd. **383** Sächsisches Amtsblatt, Sonderdruck Nr. 5/1993, S. 483. **384** Ebd., S. 484. **385** Ebd., S. 486. **386** Ebd.

mutlich wurden sie aus den Ist-Werten mit einem jeweiligen Abschlag/Zuschlag abgeleitet. Eine längerfristige Prognose erfolgte nicht.

Unter dem Titel «Besonderheiten und Fachprogramme» wurden die folgenden Schwerpunkte jeweils mit wenigen Zeilen aufgeführt: Belegarztsystem, Praxen für ambulantes Operieren, Tageskliniken, Kinderheilkunde und Psychosomatik in Akut-Krankenhäusern, Versorgung psychisch Kranker/klinische Psychiatrie, geriatrische Versorgung, Herzchirurgie, Intensivstationen sowie Betten für Schwerbrandverletzte.

Die Großgeräteplanung erfolgte im Großgeräteausschuss, im Plan findet sich eine tabellarische Darstellung der Standorte. Nach 1996 findet sich dazu nichts mehr.

Insgesamt wurden 97 Krankenhäuser mit 31.545 Betten in den Plan aufgenommen (erneuter Bettenabbau von 4,2 Prozent seit 1993).

Krankenhausplan 1996 (3. Fortschreibung)

Auch dieser Plan «versteht sich noch als Plan in einer Übergangsphase».[387] Unklar ist die Bedeutung dieser Formulierung: Sollte damit der Verzicht auf eine Prognose begründet werden?

Aufbau, Berechnung der notwendigen Betten und Differenziertheit der Festlegungen folgten dem vorherigen Plan. Zur Ermittlung der Soll-Werte der Krankenhaushäufigkeit ist erläuternd ausgeführt: «Bei der Planung konkreter Versorgungskapazitäten eines Planungsgebietes werden hinsichtlich der Bedarfsdeterminanten Werte angesetzt, die sich für den jeweiligen Einzelfall aus der Entwicklung der Vergangenheit, den aktuellen Werten und den daraus abzuleitenden Prognosen ergeben.»[388] Wirklich durchschaubar wird die Vorgehensweise durch diese Erläuterungen nicht.

Die konkreten Zahlen der Krankenhaushäufigkeit, von denen ausgegangen wurde, sind im Gegensatz zum vorherigen Plan nicht mehr ausgewiesen. Damit wurde die Planung noch intransparenter.

Bei den Verweildauern wurde jetzt die Ist-Verweildauer verwendet. Bei der Bettennutzung blieb es bei der normativen Vorgabe pro Fachabteilung, zwischen 75 Prozent (Pädiatrie) und 90 Prozent (Psychiatrie/Psychosomatik).

Bei dem Punkt «Besonderheiten und Fachprogramme» kamen Tumorzentren (fünf Standorte) hinzu.

Insgesamt wurden 95 Krankenhäuser mit 30.557 Betten in den Plan aufgenommen.

Krankenhausplan 1998 (4. Fortschreibung)

Auch hier entsprachen Aufbau, Berechnung der notwendigen Betten und Differenziertheit der Festlegungen dem vorherigen Plan. Es wurde eine notwendige Bettenzahl von 29.565 ausgewiesen. Das wären 64,88 Betten pro 10.000 Einwohner*innen gewesen. Vier Jahre zuvor war noch eine Zahl von 67,97 für notwendig gehalten worden.

Unter «Besonderheiten und Fachprogramme» kamen Transplantationszentren (vier Standorte) hinzu.

Krankenhausplan 2000 (5. Fortschreibung)

Aufbau, Berechnung und Differenziertheit entsprachen den vorherigen Plänen. Bei den «Besonderheiten und Fachprogrammen» gab es keine weiteren Ausweisungen.

In den Plan wurden 29.329 Betten in 92 Krankenhäusern aufgenommen. Das entsprach einer Bettenziffer von 65,33 pro 10.000 Einwohner*innen.

Krankenhausplan 2002 (6. Fortschreibung)

Der Planungszeitraum wurde auf drei Jahre erweitert (bis 2004).

Erstmals kam bei den Grundsätzen und Leitlinien der Krankhausplanung der Punkt «Wirtschaftlichkeitsgebot» hinzu: «Auf Grund der personell und finanziell begrenzten Ressourcen und dem damit in engem Zusammenhang stehenden Wirtschaftlichkeitsgebot haben Umwandlungen oder Anpassungen bestehender Krankenhauskapazitäten grundsätzlich Vorrang vor Neuerrichtungen. Des Weiteren kann aus Kostengründen nicht jedes Krankenhaus so ausgestattet werden, dass es auch weniger anfallende Krankheiten diagnostisch und therapeutisch bewältigen oder an bestimmte medizinische Voraussetzungen gebundene Leistungen erbringen kann. Die Krankenhäuser sind darum in ihrem medizinischen Leistungsangebot unter Beachtung der Qualitätssicherung aufeinander abzustimmen.»[389]

Aufbau, Berechnung und Differenziertheit entsprachen den vorherigen Plänen. Die Krankenhaushäufigkeit wurde jetzt auf der Grundlage der Ist-Zahlen des Jahres 2000 festgelegt. Für die Verweildauervorgaben wurden die Ist-Zahlen der Jahre 1999 und 2000 genutzt.

Es ergaben sich 28.740 Planbetten und eine Bettenziffer von 64,9 pro 10.000 Einwohner*innen.

Bei den «Besonderheiten und Fachprogrammen» wurden die vor- und nachstationäre Behandlung mit aufgenommen.

Krankenhausplan 2005 (7. Fortschreibung)

Hauptsächlich wegen der Einführung der DRGs wurde der Plan als «Übergangsplan für die Jahre 2005 und 2006» bezeichnet.[390] Nachdem im Zeitraum 2002 bis 2005 die Bettenzahl um 5,7 Prozent reduziert worden war, ging man nun von einem weiteren Rückgang von 8,7 Prozent bis 2006 aus. Ausgewiesen sind die Standorte, die Fachgebiete und die Gesamtbettenzahl. Ausnahme war die Psychiatrie/Psychosomatik, bei der die Bettenzahl pro Fachgebiet ausgewiesen wurde. Es wurde nach Grund-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung unterschieden.

Die Berechnungsmethode hatte sich geändert. Ausgehend von den Leistungsdaten der einzelnen Krankenhäuser wurden die jeweilige Verweildauer, der Bettennutzungsgrad und der Bettenbedarf 2003 im Ist

387 Sächsisches Amtsblatt, Sonderdruck Nr. 1/1996, S. 3. **388** Ebd., S. 5. **389** Sächsisches Amtsblatt, Sonderdruck Nr. 1/2002, S. 6. **390** Sächsisches Amtsblatt, Sonderdruck Nr. 1/2005, S. 3.

ermittelt. Dieser wurde verglichen mit dem Bettenbedarf, der sich ergibt, wenn man die durchschnittliche Verweildauer für das jeweilige Fachgebiet zugrunde legt. Der Bettenbedarf des einzelnen Hauses wurde dann auf Grundlage der durchschnittlichen Verweildauern je Fachgebiet und der vorgegebenen Bettennutzung ermittelt. Anders ausgedrückt: Hat des Krankenhaus höhere Verweildauern als der Durchschnitt, bekommt es weniger Betten. Auch das ist eine Form des Benchmarkings mit eingebautem Kellertreppeneffekt.

Als zusätzliche Prognosefaktoren kamen die Bevölkerungsentwicklung, die erwartete Verweildauerreduzierung durch die DRGs und die Anträge der Krankenhausträger auf Veränderungen hinzu. Die Bettennutzung wurde pro Fachgebiet normativ vorgegeben. Wie diese Parameter gewichtet wurden und in die Berechnung einflossen, erfährt man nicht. Letztlich wurde mit der Burton-Hill-Formel gerechnet. Die Darstellung, die schon in den Vorjahren nicht sehr transparent war, war also noch undurchschaubarer geworden.

Zum 31. Dezember 2006 sollte die Bettenzahl 26.608 in 86 Krankenhäusern betragen.

Krankenhausplan 2007 (8. Fortschreibung)

Die Fortschreibung umfasste den Zeitraum bis Ende 2008. Methode und Aufbau des Planes blieben gleich. An spezialisierten Leistungen kam noch die Linksherzkatheter-Untersuchung hinzu. Die Bettenzahl wurde mit 25.821 für Ende 2008 festgelegt.

Krankenhausplan 2009 (9. Fortschreibung)

Die Fortschreibung umfasste den Zeitraum bis Ende 2010. Methode und Aufbau des Planes blieben gleich. An spezialisierten Leistungen kamen noch die Behandlung von Schlaganfallpatient*innen und die Neurologische Frührehabilitation Phase B hinzu.

Die prognostizierte Bettenzahl wurde nur noch bis zum 1. Januar 2009 dargestellt. Eine Prognosezahl für 2010 gab es weder für die einzelnen Krankenhäuser noch insgesamt. Der Planungszeitraum betrug damit nur noch ein Jahr. Die Planbettenzahl lag jetzt bei 25.746 in 82 Krankenhäusern.

Krankenhausplan 2012 (10. Fortschreibung)

Dem Plan wurde jetzt ein Statistikteil (Bevölkerung, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit, Bettenziffern, aber auch ambulante Operationen, Notfälle, Belastung des Personals usw.) hinzugefügt. Auf Basis der demografischen Entwicklung wurden die Fallzahlen nun bezogen auf die Gebietskörperschaften und gesondert bei häufigen Diagnosen dargestellt (Steigerung in Prozent). Sie und die DRG-Daten flossen in die Bedarfsberechnung ein. Ansonsten blieb die Methodik der Prognose gleich.

Die besonderen Aufgaben und Fachprogramme wurden wieder dargestellt. Neu sind Palliativstationen, Adipositas-Behandlung, septische Chirurgie sowie Cochlear-Implantationen. Die Ausführungen waren wie in den Vorjahren äußerst knapp, wirken etwas willkürlich und enthalten keine planerischen Elemente. Als Problem insbesondere im ländlichen Bereich wurde der Ärztemangel benannt, als neue Aufgabe die intersektorale Vernetzung.

Die Prognose bezog sich wieder nur auf den 1. Januar 2012; die Planbettenzahl ist mit 25.370 angegeben.

Krankenhausplan 2014 (11. Fortschreibung)

Aufbau und Methodik entsprachen der im vorherigen Plan. Bei den Fachprogrammen sind jetzt auch Traumazentren genannt, ohne weitere Ausführungen dazu, wie die Fachplanung aussehen sollte, außer dass sie an der Universitätsklinik Leipzig angesiedelt sein sollte. Die Prognose bezog sich wieder nur auf den 1. Januar 2014, die Planbettenzahl ist mit 25.120 angegeben.

Krankenhausplan 2018 (12. Fortschreibung)

Keine Änderungen bei Aufbau und Methodik. Entsprechend den Anforderungen des Krankenhausentgeltgesetzes wurden nun Zentren und ihre Funktion detaillierter dargestellt. Die vorgegebene Planbettenzahl zum 1. Januar 2018 betrug jetzt 25.547 in 78 Krankenhäusern. Es kam also erstmals zu einer geringen Zunahme der Planbetten.

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen verlief in Sachsen wie folgt:

Tabelle 55: Allgemeine Krankenhäuser in Sachsen (1991 bis 2019)

	Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1991	101		37.420		80,0		632.101		135,1		16,4	
1997	89	-11,9	29.186	-22,0	64,5	-19,3	798.583	26,3	176,6	30,7	11	-32,9
2002	76	-14,6	27.768	-4,9	63,8	-1,1	887.219	11,1	204,0	15,5	9,5	-13,6
2007	72	-5,3	25.092	-9,6	59,5	-6,9	903.427	1,8	214,1	4,9	8,0	-15,7
2012	71	-1,4	24.793	-1,2	61,2	3,0	974.952	7,9	240,7	12,4	7,3	-8,5
2017	69	-2,8	24.214	-2,3	59,3	-3,1	974.547	0,0	238,8	-0,8	7,0	-4,0
2019	69	0,0	24.087	-0,5	58,3	-1,7	979.876	0,5	240,6	0,8	6,8	-3,4
91–19	-32	-31,7	-13.333	-35,6	-21,7	-27,1	347.775	55,0	105,5	78,1	-9,6	-58,5

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Seit 1992 wurden in Sachsen 32 Krankenhäuser geschlossen und 13.333 Betten abgebaut. Damit lag Sachsen sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den Betten unter den «Top 5» der deutschen Bundesländer (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76). Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm um 21,7 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 55 Prozent und die Verweildauer nahm um 58,5 Prozent ab.

Im Gegensatz zu anderen Bundesländern wurde zumindest die Grundsystematik der Planung beibehalten. Die «Prognose» bezieht sich aber immer nur auf das nächste Jahr. Die Planungsmethode ist eine Mischung aus Benchmark-Verfahren und Burton-Hill. 2018 gab es erstmals eine gewisse Steigerung der Bettenzahlen. Die Planungstiefe blieb im Wesentlichen gleich, ist aber nicht sehr ausgeprägt (Bettenzahl nur pro Krankenhaus, nicht pro Fachabteilung, keine Versorgungregionen, aber Versorgungsstufen). Die Fachplanungen wurden ausgebaut. Qualitätsfestlegungen spielen keine Rolle.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 56: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Sachsen (1991 bis 2019)

	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	101	79	18	4	69	28	14	27	78,2	17,8	4,0	40,6	20,3	39,1
Betten	37.400	33.392	3.368	640	24.087	14.133	2.637	7.317	89,3	9,0	1,7	58,7	10,9	30,4

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Deutliche Reduzierung des Anteils öffentlicher Krankenhäuser bei starkem Anstieg des Anteils der Privaten (Krankenhäuser und Betten).

Sachsen-Anhalt

GESETZGEBUNG

Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt (KHG-LSA) 1992

Ziele:
- «Die Landkreise und kreisfreien Städte haben die Krankenhausversorgung der Bevölkerung als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises nach Maßgabe des Krankenhausplanes […] sicherzustellen. Sie haben eigene Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten, soweit die Krankenhausversorgung nicht durch andere Träger gewährleistet wird. Die Vielfalt der Krankenhausträger ist zu beachten, insbesondere ist gemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern ausreichend Raum zu geben.» (§ 1)[391]

Planung:
- Aufstellung des Krankenhausplans durch das Ministerium, Beschluss durch die Landesregierung. Veröffentlichung im Ministerialblatt, keine Parlamentsbeteiligung.
- «Der Krankenhausplan enthält die für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, gegliedert nach Fachrichtungen, Planbetten, Funktionseinheiten und Ausbildungsstätten.» (§ 3 Abs. 3)[392]
- Jährliche Fortschreibung.
- Planungsausschuss mit Gesetzlichen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen, Krankenhausgesellschaft, kommunalen Spitzenverbänden (unmittelbar Beteiligte) sowie Ärztekammer, Gewerkschaften, Kassenärztlicher Vereinigung, Wohlfahrt- und Unternehmerverbänden; Aufgabe: Aufstellung und Fortschreibung von Plan und Investitionsprogramm.
- Anschaffung sowie Nutzung/Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte sind mit Planungsbehörde und Kassenärztlicher Vereinigung abzustimmen; bei notwendiger Auswahl zwischen Standorten entscheidet die Planungsbehörde (Wiedergabe der bundesgesetzlichen Rechtslage).

Förderung:
- Fördermittel zu 60 bzw. 66,66 Prozent vom Land, Rest kommt von den Gebietskörperschaften.
- Investitionsprogramm vom Ministerium aufgestellt und von Landesregierung beschlossen.
- Einzelförderung auf Antrag als Festbetrag.
- Pauschale Förderung: Festlegungen der Berechnung durch Verordnung.
- Ausgleichszahlungen bei Schließung/Umstellung.
- Investitionsverträge mit Kassen nach § 18b KHG bedürfen der Zustimmung durch das Ministerium (Verweigerung nur, wenn der Plan entgegensteht).

391 GVBl. für das Land Sachsen-Anhalt, Nr. 21, 1.6.1992, S. 376. **392** Ebd.

Bewertung:
Es gibt eigentlich keine Zielbestimmung. Die Vorgaben zur Planung sind minimalistisch, es handelt sich nur um eine Ist-Beschreibung. Es sind keine Prognosen und keine Versorgungstufen und -regionen gefordert. Im Planungsausschuss sind vergleichsweise viele Einrichtungen und Gruppierungen vertreten, darunter auch die Gewerkschaften. Ungewöhnlich ist zudem die Beteiligung der Unternehmerverbände. Eine Parlamentsbeteiligung gibt es dagegen nicht.

Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt 2005

Ziele:
– Ergänzung: Zuständige Behörde ist das Ministerium.

Planung:
– Der Plan «legt auf der Basis der Rahmenvorgaben […] mindestens Krankenhäuser mit Standorten, Versorgungsstufen und vorzuhaltenden Fachgebieten sowie Ausbildungsstätten fest.» (§ 3)[393]
– Gemeinsame Entwicklung von Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele mit unmittelbar Beteiligten (siehe oben); bei Nichteinigung innerhalb von zwei Jahren Festlegung durch Ministerium.
– «Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen mit den Krankenhausträgern für das jeweilige Krankenhaus Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zur Umsetzung der Rahmenvorgaben […]. In den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen erfolgt eine Konkretisierung des Versorgungsauftrages hinsichtlich Struktur und Menge der in den Krankenhäusern zu erbringenden Leistungen.» (§ 3)[394] Nur «Benehmen mit zuständiger Behörde»; bei Nichteinigung: Schiedsstelle.
– Zweijährige Fortschreibung des Plans.
– Wegfall der Bestimmung zu medizin-technischen Großgeräten.
– Der Planungsausschuss wurde deutlich verkleinert. Vertreten sind jetzt nur noch: kommunale Spitzenverbände, Krankenhausgesellschaft, Gesetzliche Krankenkassen, private Krankenversicherungen, Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung.

Förderung:
– Finanzierungsmittel vom Land erhöht auf 70 Prozent, Rest von Gebietskörperschaften.
– Einzelförderung: keine Änderung.
– Pauschale Förderung: Bei Umstrukturierungsmaßnahmen können pauschale Fördermittel für höchstens zwei weitere Jahre gewährt werden.

Bewertung:
An der minimalistischen Planung ändert sich wenig, jedoch gibt es jetzt Versorgungstufen und die Aufnahme von Qualitätszielen.

Wie in Bremen, Nordrhein-Westfalen und im Saarland sollen die Kassen und die Träger Vereinbarungen mit jedem einzelnen Krankenhaus schließen, hier erweitert auch auf Qualitätsvereinbarungen. Die Problematik einer solchen Lösung wurde schon bei der Erörterung der Bremer Gesetze ausgeführt. Sie ist abzulehnen, weil sie den Kassen einen noch größeren Einfluss erlaubt und das Land bei der Planung tendenziell entmachtet. Eigentlich ist die Festlegung des Versorgungsauftrags die ureigenste Aufgabe der Planungsbehörde, die ja letztlich auch die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung gewährleisten muss. In Sachsen-Anhalt entscheidet sogar noch eine Schiedsstelle bei Nichteinigung, sodass die staatliche Planung noch mehr eingeschränkt wird.

Krankenhausgesetz Sachsen-Anhalt 2019 – neueste Fassung

Ziele:
– «Ziel des Gesetzes […] ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte sowie qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung in leistungs- und entwicklungsfähigen sowie wirtschaftlich handelnden Krankenhäusern zu gewährleisten.» (§ 1)[395]
– «Dieses Gesetz soll außerdem das Zusammenwirken der Krankenhäuser untereinander, mit anderen Einrichtungen der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung sowie den gesetzlichen Krankenversicherungen und anderen Kostenträgern fördern und damit zur Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens beitragen.»
– «Durch eine qualitätsbasierte Planung ist die Patientenversorgung in den Krankenhäusern im Sinne der Patientensicherheit zu stärken und es sind zukunftsfähige Strukturen durch Bündelung medizinischer Kompetenzen sicherzustellen.» (§ 1)[396]

Planung:
– Ergänzung bei den Rahmenvorgaben: Berücksichtigung der Regelungen zur Qualitätssicherung nach SGB 5.
– Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (§ 136c SGB 5) sollen nach Prüfung ihrer Auswirkungen auf die Sicherstellung der Versorgung Bestandteil der Rahmenvorgaben werden.
– «Das Krankenhaus ist verpflichtet, Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität zu erbringen. Zur Erfüllung dieser Pflicht sind die Regelungen zur Qualitätssicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und die speziellen Bestimmungen der Rahmenvorgaben […] einzuhalten, […] Abweichungen von den Regelungen zur Qualitätssicherung […] hat das Krankenhaus gegenüber der zuständigen Behörde anzuzeigen. Die zuständige Behörde kann aufgrund der Abweichungen den Versorgungsauftrag mit ei-

393 GVBl. LSA Nr. 22/2005, 19.4.2005, S. 204. **394** Ebd. **395** GVBl. LSA Nr. 22/2005, 19.4.2005, S. 203; mehrfach geändert, zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 6.5.2019 (GVBl. LSA S. 76), S. 2. **396** Ebd.

ner angemessenen Frist einschränken oder aufheben.» (§ 3)[397]
- «Der Krankenhausplan legt auf der Basis der Rahmenvorgaben […] mindestens das Krankenhaus mit seinen Standorten, Versorgungsstufen, vorzuhaltenden Fachgebieten einschließlich spezifischer Versorgungsaufträge und Ausbildungsstätten fest.» (§ 3)[398]
- Zuweisung von besonderen Aufgaben an einzelne Krankenhäuser möglich.
- Weiterhin Pflicht zum Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zwischen Trägern und Kassen (siehe oben).
- Pflicht zu Alarm- und Einsatzplänen für Katastrophenfälle.

Förderung:
- Einzelförderung: keine Änderungen.
- Pauschale Förderung: Ermöglichung von «leistungsorientierten Investitionspauschalen». Neuste Förderverordnung: Fallmengenpauschale mit Berücksichtigung des Case-Mix-Indexes.

Bewertung:
Es sind jetzt Standardzielbestimmungen (inkl. Wirtschaftlichkeit) in das Gesetz aufgenommen worden. Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollen (müssen aber nicht) angewandt werden. Die Vorgaben zur Planungstiefe sind weiterhin minimalistisch. Eine Prognose wird weiterhin nicht gefordert. Es liegt ein deutlicher Schwerpunkt auf Qualität, im Wesentlichen handelt es sich jedoch lediglich um die Wiederholung der bundesgesetzlichen Vorgaben. Ob es bei den Rahmenvorgaben des Plans relevante Festlegungen zur Qualität gibt, muss dort untersucht werden (siehe unten). Die pauschale Förderung wurde auf «Leistungsbezug» (Case-Mix-Index) umgestellt – eine weitere Einschränkung der Handlungsoptionen des Landes.

Tabelle 57: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Sachsen-Anhalt (ab 1990)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1990–1991	CDU, FDP	Gies
1991–1993	CDU, FDP	Münch
1993–1994	CDU, FDP	Bergner
1994–1998	SPD, Grüne	Höppner 1
1998–2002	SPD	Höppner 2
2002–2006	CDU, FDP	Böhmer 1
2006–2011	CDU, SPD	Böhmer 2
2011–2016	CDU, SPD	Haseloff 1
2016–	CDU, SPD, Grüne	Haseloff 2

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausplan 1992

«Auf Grund der 40-jährigen Fehlentwicklung auch auf dem Krankenhaussektor ergibt sich die Notwendigkeit einer zügigen und kontinuierlichen Krankenhausplanung, die den Bedingungen in den neuen Ländern entspricht. Den Ausgangspunkt der Krankenhausplanung bildeten überhöhte Bettenzahlen pro Einwohner und zum Teil gravierende Disproportionalitäten zwischen den einzelnen Fachrichtungen. Außerdem sind in fast allen Krankenhäusern große Investitionen zur Verbesserung und Erneuerung der Bausubstanz sowie der medizinisch-technischen Ausrüstung erforderlich.»[399] Auch eine Art Vergangenheitsbewältigung.

Der Plan wurde unter Mitwirkung des Planungsausschusses erstellt. Er bezog sich auf das Jahr 1992. Gleichzeitig wurden «Grundlagen für die perspektivische Entwicklung nach 1992» erarbeitet, die jedoch nicht Teil des Plans waren. Der Plan bestand aus einer Liste der Krankenhäuser, untergliedert nach Fachgebieten und deren Planbetten sowie nach Gebietskörperschaften und den drei Regierungsbezirken. Im Plan sind die jeweiligen Soll-Zahlen vorgegeben. Ein Vergleich zum Ist erfolgt nicht, auch keine Darstellung, wie man zu den Soll-Vorgaben kam. Eine Einteilung in Versorgungsgebiete und -stufen gibt es genauso wenig wie eine Prognose. An all dem ändert sich bis zum Plan 2001 nichts. Parallel dazu wurde ein Psychiatrieplan erstellt und ebenfalls fortgeschrieben

1. Fortschreibung 1993

Der Plan enthielt jetzt 22.329 Betten, das war eine Reduzierung gegenüber 1992 um 748 Betten. Die Bettenziffer betrug 78,3. Betont wurde, dass Sachsen-Anhalt damit im Bundesvergleich «eine mittlere Position» einnahm.

2. Fortschreibung 1994

Der Plan enthielt jetzt 20.832 Betten und damit 1.497 Betten weniger als im Vorjahresplan. Die Bettenziffer war auf 74,1 gefallen – immer noch eine «mittlere Position».

3. Fortschreibung 1995

Der Plan enthielt jetzt 19.948 Betten und sah damit eine Reduzierung um 884 Betten vor. Die Bettenziffer betrug diesmal 71,5 – wieder eine «mittlere Position». Angemerkt wurde, dass dem Beschluss «eine schwierige Beratung» im Planungsausschuss «unter Vorbehalten und Stimmenthaltungen» vorausgegangen war.[400]

Es wurde zudem eine Liste der Standorte der Großgeräte (aufgeschlüsselt nach Krankenhaus und Praxis) veröffentlicht, ohne dass daraus hervorging, ob damit eine Planung verbunden war. Ab 1998 fanden sich keine Großgeräte mehr im Plan.

397 Ebd., S. 3. **398** Ebd. **399** Ministerialblatt LSA, 1992, S. 710. **400** MBl. LSA, 1995, S. 135.

4. Fortschreibung 1996
Es erfolgte eine weitere Reduzierung um 295 Betten. Einvernehmen im Landesplanungsausschuss konnte auch diesmal nicht erzielt werden. Die Bettenziffer betrug jetzt 71,0 – sie lag also unter dem Bundesdurchschnitt (74,3). Dies sei aber immer noch eine «mittlere Position». Die Bettenziffer war auf 68,75 gefallen. Damit hatte Sachsen-Anhalt nach Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg die niedrigste Bettenziffer.

5. Fortschreibung 1997
Es erfolgte eine weitere Reduzierung um 745 Betten. Einvernehmen konnte wieder nicht erzielt werden. Die Kassen wollten noch stärkere Kürzungen, der Krankenhausgesellschaft gingen die Kürzungen zu weit. Es wird erwähnt, dass eine «Krankenhausperspektivplanung 2000» erstellt wurde, die Inhalte werden nicht dargestellt.

6. Fortschreibung 1998
Der Plan enthielt 18.342 Betten, das bedeutete einen Abbau von 566 Betten. Die Bettenziffer war auf 67,15 gefallen – nichts Neues bei der Bewertung des Bettenziffernvergleichs mit anderen Bundesländern. Wieder kein Einvernehmen im Planungsausschuss.

7. Fortschreibung 1999
Es erfolgte eine weitere Absenkung um 298 Betten. Die Bettenziffer lag jetzt bei «mittleren» 66,47.

8. Fortschreibung 2000
Weitere Reduzierung um 145 Betten, Bettenziffer bei 66,5.

9. Fortschreibung 2001
Weitere Reduzierung um 220 Betten. Die Bettenziffer lag bei 66,4, der Bundesdurchschnitt bei 68. Die anderen Länder hatten beim Bettenabbau offensichtlich aufgeholt. Ein Einvernehmen unter den «unmittelbar Beteiligten» konnte nicht hergestellt werden. Erstmals wird erwähnt, dass sich der Abbau aus einer Reduzierung von 307 Betten in 32 Einrichtungen und einem Aufbau von 87 Betten in 18 Häusern ergab. Auch in diesem Plan bleibt es bei der tabellarischen Darstellung. Eine Prognose findet weiterhin nicht statt.

Krankenhausplan 2005, 2008, 2011, 2014 und 2019
Die Einführung der DRGs führte zu Änderungen: «Hiervon ausgehend wurde es als notwendig erachtet, den Inhalt der bisherigen Krankenhausplanung von einer Kapazitätsplanung hin zu einer leistungsorientierten Planung neu zu gestalten.»[401] Die Änderungen erfolgten auf der Basis der geänderten Landesgesetzgebung (siehe oben).

«Erstmals wurden in Sachsen-Anhalt Rahmenvorgaben für den Krankenhausplan gemeinsam von den an der Krankenhausplanung Beteiligten entwickelt, die die Transparenz des Planungsgeschehens verdeutlichen sollen. Als weiteres Strukturelement der Krankenhausplanung wurden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zwischen den Krankenhausträgern und den Landesverbänden der Krankenkassen zur Konkretisierung des Versorgungsauftrages eingeführt. In dieser Entwicklung sind die Rahmenvorgaben ähnlich wie auch die Einführung des Diagnosis Related Groups (DRG)-Systems als lernender dynamischer Prozess zu verstehen.»[402]

Die Planung bezog sich nicht mehr auf eine Bettenzahl. Es wurden lediglich tabellarisch die Krankenhäuser mit ihren Abteilungen und ohne Bettenzahl dargestellt. Lediglich nachrichtlich wurde die (vom Träger mitgeteilte) Gesamtzahl der Betten in der Tabelle aufgeführt. In den Anhängen wurden die Standorte der Zentren und der Planungsschwerpunkte innerhalb der Fachgebiete benannt. Der Textteil des Plans umfasste jeweils drei bis vier Seiten. Inhaltliche Festlegungen wurden in die «Rahmenvorgaben» ausgelagert.

In den Rahmenvorgaben von 2006 heißt es: «Die Neuorientierung im Vergütungssystem hat daher eine Umstellung der Krankenhausplanung von der bisherigen Kapazitätsplanung auf eine stärkere fall- und leistungsorientierte Planung erfordert.»[403]

Der Plan wurde «auf der Basis von Rahmenvorgaben aufgestellt und enthält grundsätzlich keine Aussagen zu Planbetten. Die Entwicklung von Rahmenvorgaben ist als Aufgabe der zuständigen Behörde zusammen mit den im Krankenhauswesen maßgebenden Verbänden festgelegt. Die Umsetzung der Rahmenvorgaben wird im Wesentlichen Aufgabe der Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sein, die diesbezüglich mit jedem Krankenhaus Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen abzuschließen haben. Im Konfliktfall kann eine Schiedsstelle angerufen werden.»[404] Und weiter: «In den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen erfolgt eine Konkretisierung des Versorgungsauftrages hinsichtlich Struktur und Menge der in den Krankenhäusern zu erbringenden Leistungen. Dabei werden die allgemeinen Rahmenvorgaben krankenhausspezifisch ausgestaltet, die auch eine mittelfristige Dynamik der stationären Leistungen berücksichtigen sollen.»[405]

Der Verband der Ersatzkassen Sachsen-Anhalt schrieb dazu: «Die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen gemeinsam schließen mit den Krankenhausträgern für das jeweilige Krankenhaus oder für mehrere Krankenhäuser gemeinsam Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen. Dabei haben die Vertragsparteien insbesondere regionale Empfehlungen aus den Rahmenvorgaben zu beachten. Die Vertragsparteien sind gemäß § 3 Abs. 5 KHG-LSA verpflichtet, nach Veröffentlichung des überarbeiteten Krankenhausplanes im Ministerialblatt des Landes die Verhandlungen aufzunehmen und innerhalb von 18 Monaten abzuschließen.

401 Beschluss der Landesregierung über den Krankenhausplan ab 2005 (MBl. LSA 2005, S. 342), S. 1. **402** Ebd., S. 2. **403** Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt, Stand: 28.7.2006, S. 4. **404** Ebd. **405** Ebd.

Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sind jeweils nach einer Änderung des Krankenhausplanes einschließlich der Rahmenvorgaben nach Absatz 1 mit der Frist aus Absatz 5 Satz 3 anzupassen. In den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen erfolgt eine standortbezogene Konkretisierung des Versorgungsauftrages einschließlich künftiger Strukturveränderungen des jeweiligen Krankenhauses.

Gemäß § 3 Abs. 1 des Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt entwickelt die zuständige Behörde mit den Planungsbeteiligten gemeinsam Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele und schreibt diese fort. Das Land veröffentlicht die Rahmenvorgaben und übergibt diese den Trägern der Krankenhäuser. Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung unterliegt den geltenden Rahmenvorgaben und dem geltenden Krankenhausplan. Die Vertragsparteien passen diese an die neuen Rahmenvorgaben oder den neuen Krankenhausplan an.»[406]

Die konkreten Festlegungen (Leistungen nicht Betten) wurden also in die Verträge zwischen den jeweiligen Trägern und den Kassen überführt. Das Land erstellte hierzu seit 2006 «Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt». In diesen Rahmenvorgaben, die regelmäßig überarbeitet werden (zuletzt 2019), werden Aussagen zu folgenden Themen gemacht:

- demografische Entwicklung (auch regionalisierte Daten),
- Morbidität bezogen auf die einzelnen Fachgebiete,
- infrastrukturelle Voraussetzungen,
- allgemeine (z. B. Flächendeckung, Trägervielfalt, gestufte Versorgung, Zusammenarbeit) und spezielle Planungsziele (z. B. Notfallversorgung, Zentren),
- strukturelle und qualitätsbezogene Vorgaben für die einzelnen Versorgungstufen, die Schwerpunktversorgung und Leistungszentren,
- bisherige Entwicklung der Leistungsdaten (Pflegetage, Fallzahl, Verweildauer) in den einzelnen Fachgebieten, inklusive Benchmarks mit den Bundeszahlen und allgemeine Aussagen zur zukünftigen Entwicklung,
- allgemeine Leistungsanforderungen für das Fachgebiet, die zur Aufnahme in den Plan notwendig sind (z. B. Anwendung der Leitlinien des Fachgebiets, Berücksichtigung der Fallzahl-, Morbiditäts- und demografischen Entwicklung, Vorhaltedichte in der Region).

In den Rahmenvorgaben von 2013 werden Fallzahlveränderungen für die einzelnen Fachgebiete und Landkreise bis 2018 prognostiziert, in den Rahmenvorgaben von 2019 sogar bis 2030.

Die Rahmenvorgaben sind detailliert und würden im Wesentlichen eine staatliche Planung ermöglichen – wenn sie nicht ignoriert würden. Der Inhalt der Vereinbarungen der Kassen mit den Krankenhäusern ist nicht öffentlich zugänglich.

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Sachsen-Anhalt verlief wie folgt:

Tabelle 58: Allgemeine Krankenhäuser in Sachsen Anhalt (1991 bis 2019)

	Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1991	66		22.757		80,6		444.707		157,5		13,9	
1997	55	-16,7	18.313	-19,5	67,8	-15,9	533.967	20,1	197,6	25,5	10,3	-25,9
2002	44	-20,0	16.337	-10,8	64,1	-5,4	564.971	5,8	221,7	12,1	8,5	-17,5
2007	42	-4,5	15.437	-5,5	64,0	-0,2	562.027	-0,5	233,0	5,1	7,7	-9,1
2012	41	-2,4	15.016	-2,7	66,5	3,9	585.058	4,1	258,9	11,2	7,0	-9,8
2017	40	-2,4	14.401	-4,1	64,8	-2,5	587.880	0,5	264,4	2,1	6,5	-6,1
2019	40	0,0	13.868	-3,7	62,7	-3,2	564.861	-3,9	257,4	-2,7	6,5	-0,7
91–19	-26	-39,4	-8.889	-39,1	-17,9	-22,2	120.154	27,0	99,9	63,4	-7,4	-53,2

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Seit 1991 wurden in Sachsen-Anhalt 26 Krankenhäuser geschlossen und 8.889 Betten abgebaut. Damit liegt Sachsen-Anhalt sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den Betten auf dem zweiten Platz im Ländervergleich (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76). Der Hauptabbau fand bis 2002 statt. Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm um 22,2 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 27 Prozent und die Verweildauer nahm um 53,2 Prozent ab.

Die qualitativen und versorgungspolitischen Rahmenvorgaben sind sinnvoll, aber nicht ausreichend. Während der gesamten Planungszeit gab es, in den eigentlichen Plänen keine Prognose und keine detaillierten Vorgaben. Zuletzt fehlten auch noch die Planungsregionen, die Versorgungstufen und die Bettenangaben pro Fachabteilung. Alle konkreten Festlegungen wurden in die Verhandlungen zwischen Kassen und Trägern ausgelagert. Die Krankenkassen erfuhren durch die Vereinbarungen mit den Krankenhäusern einen erheblichen Machtzuwachs, insbe-

406 Vdek Sachsen-Anhalt: Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, o. J., unter: www.vdek.com/LVen/SAH/Vertragspartner/Krankenhaeuser/Leistungs-,Qualitaetsvereinb.html.

sondere weil sie mit einzelnen Krankenhäusern auch unterschiedliche Verträge abschließen und damit (innerhalb der Rahmenvorgaben) Strukturpolitik betreiben können.

Die grundsätzlichen Veränderungen der Planung (Leistungsplanung) korrespondieren mit der Änderung der Pauschalförderung, die auf gewichtete Fallmengen (Case-Mix-Index) umgestellt wurde.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 59: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt (1991 bis 2019)

	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	54	35	16	3	40	11	12	17	64,8	29,6	5,6	27,5	30,0	42,5
Betten	18.098	14.304	3.586	208	13.868	7.070	3.004	3.794	79,0	19,8	1,1	51,0	21,7	27,4

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Die Privaten verzeichneten exorbitante Anstiege: Ihr Anteil an den Krankenhäusern wuchs von 5,6 auf 42,5 Prozent, ihr Bettenanteil von 1,1 auf 27,4 Prozent. Es gibt inzwischen in Sachsen-Anhalt mehr private als öffentliche Krankenhäuser.

Schleswig-Holstein

GESETZGEBUNG

Krankenhausinvestitionsgesetz 1973

Ziele:
- «Das Land, die Kreise und kreisfreien Städte stellen die Krankenhausversorgung der Bevölkerung sicher. Diese Aufgabe wird durch Krankenhäuser in eigener, anderer kommunaler, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft erfüllt.» (§ 1)[407]
- Die Kreise und kreisfreien Städte beteiligen sich zu einem Drittel an den Investitionskosten.
- Es gibt Einzelförderung und Pauschalförderung nach der Bettenzahl (gestaffelt nach der Größe der Krankenhäuser).
- Bestimmungen zum Krankenhausplan finden sich nicht.

Bewertung:
Der Gesetzestext ist sehr kurz und befasst sich faktisch nur mit der Investitionsförderung. Eine Zielbestimmung im eigentlichen Sinn gibt es nicht.

Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG)1986

Ziele:
- Ergänzung in § 1: «Die Vielfalt der Krankenhausträger ist zu beachten.»[408]

Planung:
- Neuaufnahme von sehr allgemeinen Bestimmungen zum Krankenhausplan:
  - Festlegung von Standort, Bettenzahl, Fachrichtungen sowie die Vorhaltung medizinisch-technischer Großgeräte.
  - Kann-Regelung zur Zusammenarbeit und Aufgabenteilung von Krankenhäusern.
  - Fortschreibung mindestens alle sechs Jahre.
  - Die bei der Planung auf Landesebene zu beteiligenden Organisationen werden benannt (17 Organisationen, keine Gewerkschaften, nach ihrer Gründung 2015 auch Pflegeberufe-Kammer).
  - Aufstellung durch Sozialministerium, keine Parlamentsbeteiligung, keine Veröffentlichungspflicht.

Förderung:
- Festbetragsförderung bei Einzelförderung wird ermöglicht.
- Die Kreise und kreisfreien Städte bringen die Hälfte der Fördermittel auf, das Land die andere Hälfte.
- Ab 1999 werden bei der pauschalen Förderung neben den Betten auch die Fallzahlen berücksichtigt.

Bewertung:
Das sind weiterhin äußerst minimalistische Regelungen: Nur die Gesamtbettenzahl wird berücksichtigt, es gibt keine Bedarfsprognose. Aber die Beachtung der Trägervielfalt wurde ergänzt.

Landeskrankenhausgesetz (LKHG) 2020 – neueste Fassung

Ziele:
- «Ziel dieses Gesetzes ist es, 1. eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung des Landes Schleswig-Holstein mit

407 Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), BT-Drucksache 7/4530, 30.12.1975, S. 211. **408** Gesetzentwurf der Landesregierung, 21.4.1986, Drucksache 10/1491.

leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen und zu sozial tragbaren Entgelten beizutragen, 2. eine vernetzte, kooperative und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, 3. die Patientenrechte zu stärken und die Krankenhäuser in die Lage zu versetzen, die Patientensicherheit zu stärken.» (§ 1)[409]
- Öffentliches Interesse und Trägervielfalt sind zu beachten.
- «Das Land, die Kreise und kreisfreien Städte stellen die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (Krankenhausversorgung) in öffentlich-rechtlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft sicher. Hierzu stimmen sich das Land und die Kreise und kreisfreien Städte regelmäßig ab.» (§ 3)[410]
- Soll-Bestimmungen zur Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und mit ambulantem Bereich.

Planung:
- Ministerium stellt Plan auf, Ausschuss des Landtags nimmt zur Kenntnis. Veröffentlichung im Amtsblatt, Fortschreibung mindestens alle sechs Jahre.
- «Der Krankenhausplan weist die bedarfsgerechten Krankenhäuser nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung aus, insbesondere nach Standort, voll- und teilstationären Behandlungsplätzen, Fachgebieten, Intensivbetten getrennt nach Erwachsenen und Kindern, Versorgungsauftrag und Trägerschaft. Gegebenenfalls können Fachgebiete auch nach Leistungsgruppen differenziert ausgewiesen werden. […] Je Standort eines Krankenhauses werden Fachrichtungen […] und auch die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten […] festgelegt.» (§ 8)[411]
- Der Krankenhausplan besteht aus einem allgemeinen Teil (Planungsgrundsätze, Planungsziele, Versorgungsstruktur und Qualitätsvorgaben) und einem besonderen Teil (Einzelfestlegungen zu Standort, Fachgebieten, Gesamtzahl der Betten sowie Krankenhausplanungsblätter mit Ausweisung der Kapazitäten je Fachrichtung).
- Pflegepersonaluntergrenzen sind bei den Festlegungen zu beachten.
- Die Qualitätsindikatoren des SGB 5 (§§ 135 bis 139c) und die «planungsrelevanten Qualitätsindikatoren» des G-BA sind Bestandteil des Plans, «sofern und soweit» das Ministerium sie beschließt. Festlegung von Mindestfallzahlen durch das Ministerium möglich.
- Der Feststellungsbescheid zur Aufnahme in den Krankenhausplan enthält unter anderem die Gesamtzahl der Planbetten und Behandlungsplätze, die Fachrichtungen mit ihrer Planbettenzahl und ihren Behandlungsplätzen, die Zuweisung von Leistungsbereichen innerhalb einer Fachabteilung, die Zentren und Schwerpunkte nebst ihren besonderen Aufgaben und die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung.
- Bei Trägerwechsel Ausscheiden aus Plan; Antrag auf Neuaufnahme muss gestellt werden.
- Bildung eines Landeskrankenhausauschusses mit einem erweiterten Kreis von Beteiligten (siehe oben); Aufgabe: Mitwirkung bei Plan und Investitionsprogramm (Einvernehmen ist anzustreben).
- Behandlungskapazitätennachweis an Rettungsdienst (Pflicht).

Förderung:
- Weiterhin 50 Prozent durch Kreise und kreisfreie Städte.
- Einzelförderung mit Zustimmung des Trägers auch als Festbetrag.
- Pauschale Förderung: 25 Prozent der Gesamtsumme pro Bett, Zuschlag für Intensivbetten, Rest durch gewichtete Fallzahlen (geltende Rechtsverordnung).
- Ausgleichszahlungen für ausscheidende Krankenhausträger.

Sonstiges:
- Betriebsleitung durch Ärztevertreter, Pflege, Verwaltung (gleichrangig).

Bewertung:
Erst mit der neuesten Fassung des Landeskrankenhausgesetzes gibt es eine Zielbestimmung, die einerseits die wirtschaftlichen Notwendigkeiten betont, andererseits relativ patientenbezogene Ziele vorgibt – ohne dass im Weiteren zur konkreten Umsetzung etwas Substanzielles ausgeführt wird. Dass Qualität ein öffentlichkeitswirksames Zielkriterium ist, ist offensichtlich noch nicht angekommen und fehlt im Gesetz.

Die Formulierungen zur Zusammenarbeit sind sehr allgemein und unverbindlich gehalten. Die aktuellen Vorgaben zur Planung gehen mehr ins Detail als die in den früheren Versionen. Das ist eher untypisch, weil in den anderen Ländern der Verlauf genau umgekehrt war (von detaillierterer Planung zu immer allgemeineren Formulierungen). Allerdings müssen die Bettenzahlen weiterhin nur für das Gesamtkrankenhaus ausgewiesen werden.

Die Formulierung zur Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesausschusses ist eine Generalvollmacht für das Ministerium, auch ohne demokratische Beteiligung davon abzuweichen. Es bleibt abzuwarten, ob sie tatsächlich angewandt werden. Das gilt auch für die Festlegung von Mindestfallzahlen.

Die Pflegepersonaluntergrenzen gelten zwar unabhängig vom Plan und sind keine wirkliche Hürde. Dennoch bietet diese Formulierung die Möglichkeit, Krankenhäuser aus dem Plan zu nehmen, wenn sie hiergegen verstoßen. Außerdem stellt diese Festlegung im Ländervergleich eine der wenigen konkreten

409 GVBl. für Schleswig-Holstein 2020, Nr. 22, Ausgabe 23.12.2020, S. 1004. **410** Ebd., S. 1005. **411** Ebd., S. 1006.

Anknüpfungen an notwendige Qualitätsanforderungen (Personalausstattung) dar.

Tabelle 60: Regierungsparteien und Ministerpräsident*innen in Schleswig-Holstein (ab 1967)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1967–1971	CDU, FDP	Lemke 2
1971–1975	CDU	Stoltenberg 1
1975–1979	CDU	Stoltenberg 2
1979–1982	CDU	Stoltenberg 3
1982–1983	CDU	Barschel 1
1983–1987	CDU	Barschel 2
1987–1988	CDU	Schwarz
1988–1992	SPD	Engholm 1
1992–1993	SPD	Engholm 2
1993–1996	SPD	Simonis 1
1996–2000	SPD, Grüne	Simonis 2
2000–2005	SPD, Grüne	Simonis 3
2005–2009	CDU, SPD	Carstensen 1
2009–2012	CDU, FDP	Carstensen 2
2012–2017	SPD, Grüne, SSW	Albig
2017–	CDU, Grüne, FDP	Günther

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

Krankenhausplan 1973

Unterscheidung nach Krankenhauszielplan und Krankenhausbedarfsplan (Ausweisung der einzelnen Häuser mit Fachabteilungen und ihren Bettenzahlen).

Zielplan:

- Der Zielplan ist langfristig ausgelegt, Orientierungshilfe und Leitlinie für Bedarfsplan, getrennt für Akutversorgung und Psychiatrie.
- Ausgangslage: 41 öffentliche Krankenhäuser mit 10.535 Betten und 14 freigemeinnützige Krankenhäuser mit 2.029 Betten. Es sollte eine Umstrukturierung von Krankenhäusern, deren Größe und Funktion nicht mehr als zeitgemäß eingeschätzt wurde, erfolgen. Es sind Leistungskriterien genannt (Kooperation verschiedener Fachabteilungen, ständige OP-Bereitschaft, Größe der Abteilungen, zeitgemäße medizinisch-technische Ausstattung, Gewährleistung der Weiterbildung zum Facharzt, Krankenpflegeschulen). Krankenhäuser, die diese Bedingungen nicht erfüllen, sollen so lange bestehen bleiben, bis die Umstrukturierung abgeschlossen ist.
- Es gab damals 31 Privatkliniken mit 993 Betten. Die Privatkliniken wurden nicht in die Planung und Förderung aufgenommen. Im Zielplan heißt es dazu völlig richtig: «Die Privatkliniken sind weder in den Bestand noch in die Zielplanung aufgenommen worden, weil ihre Eröffnung und Schließung in das freie Ermessen des Trägers gestellt sind und sie sich daher nur bedingt planerisch erfassen lassen.»[412]
- Die Bettenziffer (Bettenindex) betrug damit fünf Betten auf 1.000 Einwohner*innen; es war eine Erhöhung auf 5,5 Betten pro 1.000 Einwohner*innen geplant. Das sind 2.616 Betten mehr.
- Festlegung von drei Versorgungstufen mit jeweils definierten Fachgebieten und Funktionsabteilungen: Regelkrankenhaus (mindestens 300 Betten), Schwerpunktkrankenhaus (mindestens 370 Betten), Zentralkrankenhaus (Universitätskliniken) mit jeweils für Forschung und Lehre notwendigen Bettenzahlen und Fachabteilungen.
- Anpassung an Bevölkerungsentwicklung durch Fortschreibung.
- Fünf regionale Planungsräume mit Festlegung der jeweiligen Versorgung nach Fachgebieten.
- In der psychiatrischen Versorgung gab es insgesamt 5.901 Betten. Angestrebt wurde eine dezentrale Versorgung. Die Zielplanung ging von 2,5 Betten pro 1.000 Einwohner*innen aus.

Der Bedarfsplan hatte das Zieljahr 1980. Er bestand aus den Einzelbescheiden für die einzelnen Plankrankenhäuser mit Gesamtbettenzahlen.

Fortschreibung des Bedarfsplans 1979 (Entwurf)

Zieljahr war 1986. Aufgrund der sinkenden Bevölkerungszahl, der Abnahme der Verweildauer, der durchschnittlichen Bettennutzung von 85 Prozent und einer leicht ansteigenden Krankenhaushäufigkeit sollte die Bettenzahlen nicht ansteigen. Es wurde mit 13.701 Betten (ohne Psychiatrie) geplant (Bettenindex: 5,48). Die Zahl der Krankenhäuser war von 81 auf 69 zurückgegangen (inkl. private Kliniken, die jetzt in die Planung miteinbezogen wurden).

Der Planungszeitraum wurde noch zweimal verlängert – zuletzt bis Ende 1990. Es erfolgten nur «punktuelle Aktualisierungen». Zuletzt sollte die Bettenziffer in der allgemeinen Krankenversorgung 5,44 betragen.

Krankenhausplan 1990 bis 1995

Im Vorwort des zuständigen Ministers Günther Jansen (SPD) heißt es: «Unsere Gesundheitspolitik orientiert sich in erster Linie an den Interessen und Bedürfnissen der Bevölkerung. Die Kriterien für die Krankenhausplanung hatten sich daher auszurichten an den Erfordernissen einer orts- und bürgernahen Versorgung, qualifizierter und bedarfsgerechter Krankenhausangebote und einer im Rahmen dieser Kriterien zu beachtenden Wirtschaftlichkeit.»[413] Man beachte die korrekte Gewichtung von Sachzielen und Wirtschaftlichkeit. Wie schnell sich das verwässert, sieht man dann im eigentlichen Plan.

Im Gegensatz zum Vorwort wurde die «wirtschaftliche Krankenversorgung» zum gleichwertigen Ziel erklärt.[414] Der Plan berücksichtigte jetzt die Trägervielfalt.

Eine Planung in Versorgungsregionen ist nicht mehr zu erkennen. Es wurde in vier Versorgungsstufen geplant. Zur untersten Stufe wurde ausgeführt: «Kran-

412 Amtsblatt für Schleswig-Holstein 1973, Nr. 45, S. 919. **413** Krankenhausplan 1990–1995 für das Land Schleswig-Holstein, Dezember 1990, S. 2. **414** Ebd., S. 9.

kenhäuser mit begrenzter Regelversorgung erfüllen nicht alle an ein Krankenhaus der Regelversorgung zu stellenden Anforderungen.»[415] Was dies genau bedeutete, ist erst im nächsten Plan ausgeführt (siehe unten). Bei den anderen Versorgungstufen wurden Mindestbedingungen (Abteilungen), aber keine Bettenzahlen mehr genannt.

Im Vorfeld der Planung war ein Gutachten an die Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG) vergeben worden, das zu dem Ergebnis kam, dass 1.504 Betten (9,5 Prozent) und elf Krankenhäuser abgebaut werden konnten. Die Ergebnisse wurden von der Mehrzahl der Beteiligten, inklusive der Landesregierung, abgelehnt. Die weitere Planung erfolgte dann zwischen den Beteiligten und auf Regionalkonferenzen. Es erfolgte auch eine Absprache mit Hamburg und Niedersachsen.

Ende 1985 gab es 15.773 Krankenhausbetten (inkl. Psychiatrie). Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung wurde von einem Mehrbedarf an Betten ausgegangen. Bis 1995 sollten die Betten auf 16.750 (14.313 ohne Psychiatrie) aufgestockt werden. Der Bettenindex sollte weiterhin 5,44 betragen. Die bei dieser Berechnung zugrunde gelegten Auslastungsgrade variierten zwischen 75 Prozent (Pädiatrie) und 88 Prozent (Psychiatrie). Interessanterweise wurden auch Obergrenzen für die Belegung festgelegt (zwischen 80 und 90 Prozent).

Die Ermittlung des Bettensolls für die einzelnen Krankenhäuser erfolgte durch einen Vergleich der jeweiligen Bettennutzungsgrade und der Verweildauern mit den Vorgaben. Die Bettennutzung wurde normativ vorgegeben. Als Vorgabe für die Verweildauer dienten die landesweiten Durchschnittswerte. Wurden die Werte unterschritten (Bettennutzung) bzw. überschritten (Verweildauern), wurden entsprechend Betten gestrichen. Im jeweils umgekehrten Fall kamen Betten hinzu. Die Methode ist problematisch, weil sie allein von den Ist-Zahlen ausgeht und einen Kellertreppeneffekt produziert. Die Intensivbettenzahlen wurden belassen. Als Prognosefaktor scheint nur die Bevölkerungsentwicklung berücksichtigt worden zu sein, anderes wird jedenfalls nicht ausgeführt.

Schwerpunkte der Planung sollten sein:
- geriatrische Versorgung mit Errichtung von vier Scherpunktabteilungen (40 bis 60 Betten),
- pädiatrische Versorgung,
- psychiatrische Versorgung.

Eine Absprache mit Hamburg regelte, dass die Schwerpunkt- und Zentralversorgung des Hamburger Umlandes von Hamburger Kliniken durchgeführt werden sollte. Für die Regelversorgung wurden 150 Hamburger Betten in den Krankenhausplan von Schleswig-Holstein aufgenommen, zusätzlich auch noch 107 Betten eines Hamburger Zentrums für Pneumologie und Thoraxchirurgie.

In den Einzelbescheiden sind die Bettenzahlen je Fachabteilung ausgewiesen.

Krankenhausplan 2001 bis 2005

Der Plan gliederte sich in einen allgemeinen und einen besonderen Teil (Ausweisung der einzelnen Häuser mit Fachabteilungen und ihren Bettenzahlen).

Im Vorfeld wurde wieder ein Gutachten der GSbG eingeholt: «Der Gutachter hat bezüglich bestimmter Parameter, so z. B. der Verweildauer oder der ambulanten Substitution, diagnosebezogen zwischen allen Krankenhäusern des Landes, die die jeweilige Leistung erbrachten, Vergleiche gezogen. Dazu wurden die Leistungen, je nach Häufigkeit ihrer Erbringung in der jeweiligen Fachabteilung, in sogenannte Leistungsmodule eingeteilt. Der Wert des Krankenhauses, welches in der Rangskala den 25 %-Wert (Quartilswert) darstellte, wurde als Maßstab auch für die anderen Krankenhäuser zugrunde gelegt und die Zahl der notwendigen Pflegetage je Diagnose oder Therapieart unter Verwendung dieses Benchmark-Wertes ermittelt.»[416] Anders ausgedrückt: Allen Krankenhäusern, die eine längere Verweildauer bzw. zu viele Pflegetage hatten, sollten Betten gekürzt werden. Andererseits wurden diejenigen belohnt, die Mengenausweitungen generieren – ideal unter DRG-Bedingungen. Die Träger konnten entsprechende Anträge auf eine Bettenaufstockung stellen.

Die Empfehlungen des Gutachtens wurden in acht regionalen Anhörungsrunden und mit den Trägern diskutiert. Es sollte Wohnortnähe gegen Wirtschaftlichkeit abgewogen werden. Auf der Basis der Zahlen von 1999 sollten bis zum Jahr 2001 400 Betten abgebaut werden. Danach sollte eine Zwischenfortschreibung 2003 mit den Zahlen von 2001 erfolgen. Gleichzeitig wurde auf der Grundlage der Ergebnisse des Gutachtens auch eine Prognose für 2005 abgegeben. Auf die Schließungsempfehlungen des Gutachtens wurde zugunsten von Umstrukturierungsmaßnahmen und Kooperationen verzichtet.

Zu den Einrichtungen der «begrenzten Regelversorgung» wird ausgeführt, dass sie «nicht immer hauptamtlich und nicht verpflichtend rund um die Uhr aufnahmebereit» sein müssten.[417] Es war hier die Versorgung auf den Inseln gemeint. Was hierbei aber noch «Regelversorgung» sein soll und wie unter diesen Bedingungen eine gute Versorgung gewährleistet sein soll, bleibt das Geheimnis der Planer*innen. Eine Angabe zur notwendigen Größe der jeweiligen Krankenhäuser gab es nicht mehr.

Es wurde ein Entwicklungsfaktor (in Prozent) für jedes Fachgebiet aus der Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung ermittelt. Mit diesem Faktor wurden die Ist-Fallzahlen der jeweiligen Abteilung hochgerechnet. Es wurde eine «angemessene» Verweildauer (Landesdurchschnitt oder – wenn höher – der Wert aus dem Gutachten) verwendet. Die Auslastung wurde normativ zwischen 75 und 90 Prozent (je nach Fach-

415 Ebd., S. 10. **416** Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein: Krankenhausplan 2001 bis 2005 des Landes Schleswig-Holstein, Kiel 2001, S. 3. **417** Ebd., S. 8.

gebiet) festgelegt. Die Planbetten wurden nicht mehr fachabteilungsbezogen ausgewiesen.

Eine Besonderheit war, dass man die Fallzahlen für die einzelnen Abteilungen nachrichtlich aufführte und für das Gesamthaus verbindlich festlegte. Überschreitungen waren zulässig. Bei Unterschreitungen drohten vermutlich Bettenschließungen. Auch die Intensivbettenzahl und die Plätze der Tageskliniken wurden verbindlich ausgewiesen.

Die Bettenziffer (jetzt auf 10.000 Einwohner*innen berechnet) sollte von 49,4 im Jahr 2000 auf 48,8 Ende 2005 sinken.

Für die Psychiatrie galt ein eigener Plan. Die Gutachter*innen hatten die Schließung von fünf Standorten und 30 Prozent der Betten empfohlen. Der Plan sah vor, 25 Prozent der Betten abzubauen und neue tagesklinische Kapazitäten zu schaffen.

Gesondert ausgewiesen wurden auch die Versorgung von Schlaganfallpatient*innen und die geriatrische Versorgung.

Die Schwerpunkt- und Zentralversorgung im Hamburger Umland wird auf der Basis einer Vereinbarung durch Hamburg wahrgenommen. Seit 1990 sind Betten einzelner Hamburger Krankenhäuser im Plan von Schleswig-Holstein aufgenommen. Dies ist eine sinnvolle Regelung, noch besser wären gemeinsame Pläne.

Wegen der Einführung des DRG-Systems wird den «Budget-Partnern» eine Abweichung von plus/minus sieben Prozent von den festgelegten Gesamtfallzahlen gestattet.

Die prognostizierten «erwarteten Entwicklungen (für 2001)» und «Zielplanungen (für 2005)» sind somit «informative Anhaltspunkte für Budget-Vereinbarungen».[418]

Krankenhausplan 2010

Die Methodik der Planung blieb gleich. «Die Anpassung an die tatsächliche Belegungssituation hat dazu geführt, dass Schleswig-Holstein zu den ökonomischsten Ländern in der stationären und teilstationären Krankenhausversorgung wurde. Die bis 2009 vereinbarten Landesbasisfallwerte zeigen die hohe Effizienz der schleswig-holsteinischen Krankenhäuser. Es besteht somit keine Veranlassung, den erfolgreichen Weg Schleswig-Holsteiner Krankenhausplanung zu verlassen und eine andere Systematik zu verwenden.»[419]

Der Plan ist nach spätestens sechs Jahren fortzuschreiben, die Festlegungen im besonderen Teil sollten bei Bedarf fortgeschrieben werden.

Als «besondere Schwerpunkte» wurden ausgewiesen:
- Notfallversorgung mit Kriterien gemäß Krankenhausentgeltgesetz,
- Peri- und Neonatal-Versorgung (die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen beachtet werden, keine Ausnahmeregelung durch das Land mehr),
- Trauma-Netzwerk,
- Dialysezentren,
- Palliativmedizinische Schwerpunkteinheit,
- Onkologische Zentren und Brustzentren,
- Diabetologische Zentren,
- Frührehabilitation Phase B,
- Altersmedizin.

Die Methode der Bedarfsberechnung blieb unverändert. Es wurden die tatsächlichen Verweildauern zugrunde gelegt. Im Einzelfall (vermutlich bei zu langen Verweildauern) konnte der Landesdurchschnitt verwendet werden. Als Soll zum 1. Januar 2010 wurden insgesamt 578.055 Fälle und 15.859 Betten festgeschrieben. Eine weitergehende Prognose erfolgte nicht mehr.

Krankenhausplan 2017

Planungshorizont war das Jahr 2022. Der Bedarf wurde auf Basis der Daten von 2015 zunächst für 2017 festgelegt. Für die Jahre 2019 und 2022 sollte es Zwischenfortschreibungen geben.

Besonderer Schwerpunkt sollte die Qualitätssicherung sein. Es erfolgte wieder die Ausweisung von Zentren und Schwerpunkten mit besonderen Aufgaben, aber keine Festlegung von Zeiten für die Erreichbarkeit. Kooperationslösungen zwischen Krankenhäusern und sektorenübergreifende Ansätze sollten gefördert werden. Es wurde ein Vorrang der allgemein- und notfallversorgenden Krankenhäuser bei Auswahlentscheidungen (gegenüber Krankenhäusern mit nur elektiver Behandlung) postuliert.

Was bisher als «besondere Schwerpunkte» firmierte, wurde jetzt unter «Qualitätsvorgaben» abgehandelt, wobei zum Teil einerseits die bundesrechtlich sowieso geltenden Vorgaben und andererseits Empfehlungen von Fachgesellschaften oder Zertifizierungen genannt wurden. Zum Teil wurden auch strukturelle, organisatorische und prozessbezogene Vorgaben gemacht. Die deskriptive Darstellung der entsprechenden Bereiche wurde deutlich erweitert. Zusätzlich zu den Schwerpunkten im Plan 2010 wurden folgende Bereiche genannt:
- Trauma-Netzwerk mit vier überregionalen, fünf regionalen und fünf lokalen Zentren mit Zertifizierung.
- Dreistufiges Geriatrie-Konzept im Rahmen der Versorgung der Akut-Krankenhäuser mit Struktur- und Prozessvorgaben; Bedarfsermittlung auf Basis der Ist-Zahlen und Hochrechnung orientiert an der demografischen Entwicklung.
- Ausweisung von palliativmedizinischen Schwerpunkteinheiten an neun Krankenhäusern, Schätzung des Bettenbedarfs auf 78 bis 102 Betten (ca. 28 bis 26 Betten pro eine Million Einwohner*innen).
- Neun regionale und drei überregionale Stroke Units mit Zertifizierung.
- Vier Onkologische Zentren jeweils regional mit Vernetzung und Qualitätsvorgaben.
- Fachplanung für die psychiatrische Versorgung (Bedarf mit bestehenden Kliniken angeblich gedeckt);

418 Ebd., S. 24. **419** Amtsblatt für Schleswig-Holstein, Nr. 3, 18.1.2010, S. 56.

psychosomatische Versorgung (jeweils inkl. Kinder).

Die Methodik der Bedarfsberechnung wurde nochmals vereinfacht: «Die Projektionen erfolgten – unter sonst gleichen Bedingungen – mit der Bevölkerung als einziger Variablen. Veränderungen in den Erkrankungsraten, medizinisch-technischer Fortschritt, Verschiebungen von stationär zu ambulant (oder umgekehrt), Änderungen in der Verweildauer, sowie die Veränderung institutioneller Rahmenbedingungen etc. blieben unberücksichtigt, da es hinsichtlich dieser und anderer Determinanten kaum valide Aussagen zu Trends gibt und die Determinanten teilweise in gegenläufige Richtung wirken.»[420]

Der «Entwicklungsfaktor» entfiel. Die Bettennutzung wurde jetzt verweildauerabhängig normiert. Die prognostizierten Fallzahlen wurden mit der landesdurchschnittlichen Fachgebietsverweildauer und der Normauslastung des jeweiligen Fachgebietes in Bettenzahlen umgerechnet. Verbindlich wurden der Standort, die Fachgebiete und die Bettenzahl pro Fachgebiet festgelegt. Die verbindliche Vorgabe von Fallzahlen entfiel. Bis zu zehn Betten konnten jeweils bis zur Zwischenfortschreibung zwischen den Fachgebieten dauerhaft ausgetauscht werden.

Es erfolgte eine prozentuale Herunterrechnung der prognostizierten Bettenzahlen pro Fachgebiet auf die Ist-Bettenzahl der jeweiligen Fachabteilungen der Krankenhäuser. Der Unterschied zwischen Soll und Ist pro Fachgebiet wurde ausgewiesen.

Insgesamt wurde für 2017 von 653.102 Fällen und 14.615 notwendigen Betten ausgegangen.

Zwischen 2011 und 2017 war die Bettenzahl in der Somatik um 169 angestiegen, in der Psychiatrie um 147 Betten.

In der Planfortschreibung bis 2022 ergab sich ein geplanter Abbau von 38 Betten. In den einzelnen Fachgebieten gab es erhebliche Veränderungen (z. B. Chirurgie: -226; Innere: +506).

Unter der Überschrift «Medizinische Fachplanung» erfolgte für alle Fachgebiete eine kurze Darstellung des Angebots 2015 sowie der Bedarfsprognose für 2017 und des Versorgungsziels 2019 (Zwischenfortschreibung) und 2022 (Laufzeitende Krankenhausplan) gemäß des oben beschriebenen Verfahrens zur Berechnung des Planbettenbedarfs.

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Schleswig-Holstein verlief wie folgt:

Tabelle 61: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Schleswig-Holstein

	Akut-KH/ Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1972	91		14.441		56,3		296.131		115,5		15,3	
1977	85	-6,6	15.136	4,8	58,5	3,9	327.783	10,7	126,7	9,7	14	81,5
1982	76	-10,6	15.054	-0,5	57,5	-1,7	341.714	4,3	130,5	3,0	13,2	5,7
1989	74	-2,6	15.053	0,0	58,0	0,9	411.805	20,5	158,7	21,6	11,6	12,1
72–89	-17	-18,7	612	4,2	1,7	3,0	115.674	39,1	43,2	37,4	-3,7	-24,2
1991	86		15.872		59,9		411.114		155,2		12,4	
1997	79	-8,1	14.900	-6,1	54,1	-9,8	462.429	12,5	167,8	8,1	9,7	21,8
2002	75	-5,1	14.755	-1,0	52,4	-3,1	557.426	20,5	197,9	18,0	8,3	14,4
2007	70	-6,7	13.846	-6,2	48,8	-6,9	527.658	-5,3	186,0	-6,0	7,6	8,2
2012	67	-4,3	13.840	0,0	49,3	1,1	560.629	6,2	199,8	7,4	6,8	10,2
2017	74	10,4	13.361	-3,5	46,2	-6,2	573.450	2,3	198,4	-0,7	6,5	4,4
2019	74	0,0	13.280	-0,6	45,7	-1,1	566.373	-1,2	195,0	-1,7	6,5	0,8
91–19	-12	-14,0	-2.592	-16,3	-14,2	-23,7	155.259	37,8	39,8	25,7	-5,9	-47,7

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Seit 1972 wurden in Schleswig-Holstein 29 Krankenhäuser geschlossen und 1.980 Betten abgebaut. Bis 1977 wurden 695 Betten aufgebaut. Danach setzte sich der Abbau fort, zunächst langsam und dann beschleunigt (bis 2007). Zuletzt stagnierten die Zahlen. Schleswig-Holstein hat damit sowohl bei den Häusern als auch bei den Betten die drittniedrigste Abbauquote aller Bundesländer (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76).

Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm in den beiden betrachteten Zeiträumen (1972 bis 1989 und 1991 bis 2019) um 3,0 bzw. um 23,7 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 39,1 bzw. um 37,8 Prozent und die Verweildauer nahm um 24,2 bzw. um 47,7 Prozent ab. Die Krankenhaushäufigkeit nahm um 37,4 bzw. 25,7 Prozent zu.

Das ursprünglich verwendete Benchmark-Verfahren (25-Prozent-Perzentile für Verweildauer und Pflegetage) ist gänzlich ungeeignet, um eine Planung des Be-

420 Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein: Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein, Kiel 2017, S. 60.

darfs vorzunehmen. Es handelt sich um eine klassische Kellertreppe. Die in der Folge verwendete Hochrechnung der Ist-Zahlen mithilfe der Bevölkerungsentwicklung stellt ebenfalls kein geeignetes Planungsverfahren dar, weil alle anderen möglichen Einflussfaktoren (Veränderungen der Krankenhaushäufigkeit, medizinischer und technischer Fortschritt usw.) ausgeblendet werden.

Die Planungstiefe blieb im Wesentlichen gleich, inklusive der Festlegung von Versorgungsstufen und der Bettenzahl auf Fachgebietsebene des jeweiligen Krankenhauses. Allerdings wurde die Planung in Versorgungsregionen relativ frühzeitig aufgegeben.

Die Qualitätsanforderungen gehen in die richtige Richtung (Empfehlungen der Fachgesellschaften). Es fehlt jedoch eine Personalbemessung.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 62: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Schleswig-Holstein (1972 bis 1989)

	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	91	42	16	33	74	33	14	27	46,2	17,6	36,3	44,6	18,9	36,5
Betten	14.441	10.689	2.703	1.049	15.053	10.705	2.694	1.654	74,0	18,7	7,3	71,1	17,9	11,0

Tabelle 63: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Schleswig-Holstein (1991 bis 2019)

	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	86	35	21	30	74	16	17	41	40,7	24,4	34,9	21,6	23,0	55,4
Betten	15.872	11.047	3.135	1.690	13.280	6.486	2.381	4.413	69,6	19,8	10,6	48,8	17,9	33,2

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie A Reihe 7 Gesundheitswesen, Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Der Abbau im öffentlichen Bereich war in der ersten Periode gering. In der zweiten Periode nahm er dann an Fahrt auf (Halbierung des Anteils der Krankenhäuser, minus 30 Prozent bei den Betten). Der Anteil der Freigemeinnützigen blieb stabil. Die Privaten haben in der zweiten Periode bei den Häusern deutlich zugelegt (plus 59 Prozent), bei den Betten haben sie ihren Anteil verdreifacht.

Thüringen

GESETZGEBUNG

Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG) 1993

Ziele:

- «Zweck dieses Gesetzes ist es, in Thüringen eine patienten- und bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern herzustellen und zu gewährleisten. Bei der Durchführung dieses Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu fördern. […] Die Krankenhäuser sollen sich in einem bedarfsgerechten, der Vielfalt der Krankenhausträger entsprechenden, gegliederten System ergänzen.» (§ 1)[421]
- «Die Gewährleistung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige Krankenhäuser ist eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte. Sie arbeiten zur Erfüllung dieser Aufgabe eng miteinander zusammen.» (§ 2)[422]
- «Die Krankenhäuser sind innerhalb ihres Einzugsgebietes entsprechend ihrem Versorgungsauftrag zur Zusammenarbeit verpflichtet. Die Zusammenarbeit erstreckt sich auch auf die gemeinsame Nutzung medizinischer und wirtschaftlicher Einrichtungen sowie auf die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen.» (§ 24)[423] Außerdem gibt es die Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit ambulanten Einrichtungen.

Planung:

- Aufstellung durch Ministerium, jährliche Fortschreibung, keine Parlamentsbeteiligung, Veröffentlichungspflicht.
- «Der Krankenhausplan stellt insbesondere die für eine wirtschaftliche, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhäuser nach Standort, Versorgungsstufe, Bettenzahl und Fachrichtung sowie die allgemeinen Planungsgrundsätze dar.» (§ 4)[424]
- Krankenhausplanungsausschuss (soll einvernehmliche Regelungen anstreben) mit Beteiligung von Krankenhausgesellschaft, Landkreistag, Städtetag, Caritas, Diakonie, Verband privater Krankenanstalten, Gesetzlichen Krankenkassen, privaten Kranken-

421 Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 1/2359, 28.6.1993, § 1. **422** Ebd., § 2. **423** Ebd., § 24. **424** Ebd., § 4.

versicherungen, Ärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und Gewerkschaften.

Förderung:
– Aufbringung der Mittel über kommunalen Finanzausgleich, Gebietskörperschaften waren mit 20 DM pro Einwohner*in beteiligt.
– Investitionsprogramm aufgestellt durch Ministerium, verabschiedet im Rahmen der Haushaltsberatungen.
– Einzelförderung.
– Pauschale Förderung (Festlegung durch Rechtsverordnung), Rechtsverordnung von 1995: pro Bett mit unterschiedlichen Sätzen je nach Versorgungsstufe.
– Förderung von Schließung/Umstellung möglich.

Sonstiges:
– Beteiligung von leitendem Arzt/leitender Ärztin und Pflegedirektor*in «entsprechend ihrem Aufgabengebiet» bei der Leitung.

Bewertung:
Die Zielbestimmung ist Standard. Die Planungsvorgaben waren minimalistisch – es wurde nur eine Ist-Darstellung gefordert, keine Versorgungsstufen, nur die Gesamtbettenzahl. In die Planung sind relativ viele gesellschaftliche Akteure einbezogen (auch Gewerkschaften).

Thüringer Krankenhausgesetz 2003

Ziele:
– Streichung des Begriffs «herzustellen» (bedarfsgerechte Versorgung) in § 1.
– «Die Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander soll sich insbesondere auf
  1. die Bildung von Untersuchungs- und Behandlungsschwerpunkten,
  2. die Wahrnehmung besonderer Aufgaben der Dokumentation und der Nachsorge im Zusammenwirken mit den niedergelassenen Ärzten,
  3. die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen,
  4. die Notfallrettung,
  5. die Durchführung von Rationalisierungsmaßnahmen,
  6. die Nutzung telemedizinischer und anderer medizinisch-technischer oder wirtschaftlicher Einrichtungen,
  7. die Errichtung und den Betrieb von Ausbildungsstätten für nicht ärztliche Heilberufe sowie
  8. die Errichtung und den Betrieb zentraler Krankenhausapotheken erstrecken.» (§ 25)[425]

Planung:
– «Der Krankenhausplan stellt insbesondere die für eine patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhäuser nach Standort, Versorgungsaufgaben, Bettenzahl und Fachrichtung sowie die allgemeinen Planungsgrundsätze dar. […] Er wird in angemessenen Zeiträumen, spätestens jedoch nach fünf Jahren, fortgeschrieben und veröffentlicht.»[426]
– Bei Trägerwechsel neuer Feststellungsbescheid erforderlich.
– Neue Mitglieder im Krankenhausplanungsausschuss: leitende Krankenhausärzt*innen, Krankenhausdirektor*innen sowie Vertreter*innen medizinischer Fakultäten.
– Kann-Bestimmung: Widerruf der Aufnahme in den Plan, wenn «auf Dauer die Voraussetzungen der Aufnahme nicht mehr erfüllt sind». (§ 4)
– «Die Krankenhäuser gewährleisten eine interne Qualitätssicherung der Behandlung und Pflege. Darüber hinaus erfüllen sie die ihnen obliegenden Aufgaben der externen Qualitätssicherung nach Maßgabe der Festlegungen der aufgrund von Bundes- und Landesrecht an der Qualitätssicherung Beteiligten. Die bundesrechtlichen Bestimmungen bleiben unberührt.» (§ 23)[427]

Förderung:
– Beteiligung der Kommunen mit 10,23 Euro pro Einwohner*in.

Bewertung:
Die Felder der Zusammenarbeit der Krankenhäuser wurden zwar detaillierter dargestellt, jedoch nur als Soll-Bestimmung. Qualitätssicherung fand nur im Rahmen der bundesgesetzlichen Vorschriften statt.

Thüringer Krankenhausgesetz 2019 – neueste Fassung

Ziele:
– «Zweck des Gesetzes ist es, in Thüringen die notwendige patientengerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern sowie die medizinische Versorgung im Krankenhaus in gesicherter Qualität zu gewährleisten.» (§ 1)[428]

Planung:
– «Der Krankenhausplan stellt insbesondere die für eine patienten- und bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhäuser nach Standorten und Versorgungsaufgaben sowie die allgemeinen Planungsgrundsätze und Planungskriterien dar. Die Versorgungsaufgaben sind nach den vorzuhaltenden Fachrichtungen festzulegen und können nach weiteren speziellen Leistungsangeboten, medizinischen Fachplanungen, den erforderlichen Behandlungs-

425 GVBl. für den Freistaat Thüringen, Nr. 7, 8.5.2003, S. 269. **426** Ebd., S. 263. **427** Ebd., S. 268. **428** GVBl. 2003, S. 263; zuletzt geändert durch Gesetz vom 2.7.2019 (GVBl. S. 209), S. 4.

oder Leistungskapazitäten und der zu versorgenden Region beschrieben werden. Teilgebiete von Fachrichtungen sowie Zusatzweiterbildungen können gesondert ausgewiesen werden. Der Krankenhausplan soll Qualitätsvorgaben enthalten.» (§ 4)[429]
- Fortschreibung spätestens nach sechs Jahren.
- «(2a) § 6 Abs. 1a Satz 1 KHG findet keine Anwendung. Das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium entscheidet im Einzelfall nach einer Prüfung von Qualitätsindikatoren und im Vergleich zu den an Thüringer Krankenhäusern angewendeten Standards der Strukturqualität, Behandlungsmethoden und Verfahren über die Aufnahme der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in den Krankenhausplan. Qualitätsindikatoren, die höhere Anforderungen an die praktizierten Behandlungsmethoden, Verfahren (Algorithmen) und angewendeten Standards der Strukturqualität stellen, sind nach einer Übergangsfrist von einem Jahr für die Krankenhäuser grundsätzlich in den Krankenhausplan aufzunehmen. Dabei ist die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht zu gefährden. Der Krankenhausplanungsausschuss ist in den Prozess einzubeziehen. (3) Zur Sicherung der Qualität bei im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachrichtungen, zur Beschreibung und Zuordnung bestimmter Leistungen oder für medizinische Fachplanungen kann die Landesregierung durch Rechtsverordnung Qualitäts- und Strukturanforderungen regeln. Diese müssen sich aus anerkannten fachlichen Standards oder Leitlinien begründen lassen. Die Regelungen der Rechtsverordnung sind als Planungskriterium Bestandteil der Krankenhausplanung. Ihre Einhaltung ist Voraussetzung für die Ausweisung des entsprechenden Versorgungsauftrags im Krankenhausplan und für die Leistungserbringung der betreffenden Abteilungen.» (§ 4)[430]
- Aufnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Thüringen und des Verbands kommunaler Gesundheitseinrichtungen in den Krankenhausplanungsausschuss.

Förderung:
- Einzelförderung: keine Änderung.
- Pauschale Förderung, Rechtsverordnung von 2020: Förderung pro Behandlungstag, mit unterschiedlichem Betrag je nach Krankenhaus und seinen Fachabteilungen.

Bewertung:
Es müssen nur noch die Krankenhäuser nach Standorten und Versorgungsaufgaben ausgewiesen werden (nicht mehr Bettenzahl und Fachrichtungen).

Qualitätssicherung findet sich zwar jetzt auch in der Zielbestimmung, aber die Formulierung, dass nur die «notwendige» Versorgung gewährleistet sein muss, lässt eher Zweifel aufkommen. Die Vorgaben zur Qualitätssicherung wurden auch über eine Rechtsverordnung ausgeweitet.

In einer Verordnung zu Qualitäts- und Strukturanforderungen vom 7. Dezember 2016 (ThürQSVO) sind nur für Ärzt*innen Mindestzahlen (5,5 Vollkräfte) und Facharztstandards in den jeweiligen Fachabteilungen festgelegt. Für das restliche Personal lautet die Festlegung: «Die personelle Besetzung des Krankenhauses muss die fachgerechte Versorgung der Patienten jederzeit gewährleisten.»[431]

Für die psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Geriatrie sowie die Neurologische Frührehabilitation Stufe B gibt es strukturelle und organisatorische Festlegungen, die aber so allgemein sind, dass sie für die meisten entsprechenden Bereiche keine Hürde sein dürften.

Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des Gemeinsamen Bundesauschusses wurden grundsätzlich ausgeschlossen, allerdings mit der Möglichkeit, einzelne doch anzuwenden.

Die pauschale Förderung nach Behandlungstagen führt zu absonderlichen Effekten: Eine Steigerung der Patientenzahlen erhöht die Förderung, die Absenkung der Verweildauer (normalerweise die Konsequenz bei der Behandlung von mehr Patient*innen bei der gleichen Bettenzahl) senkt sie.

Tabelle 64: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Thüringen (ab 1990)

Amtszeit	Parteien	Kabinett
1990–1992	CDU, FDP	Duchač
1992–1994		Vogel 1
1994–1999	CDU, SPD	Vogel 2
1999–2003	CDU	Vogel 3
2003–2004		Althaus 1
2004–2009		Althaus 2
2009–2014	CDU, SPD	Lieberknecht
2014–2020	Linke, SPD, Grünen	Ramelow 1
2020	FDP	Kemmerich
2020–	Linke, SPD, Grüne	Ramelow 2

Quelle: Wikipedia

PLANUNG

1. Krankenhausplan 1992

Die Aufgabe der Planung wurde wie folgt skizziert: «Hierzu stellt sie vor dem Hintergrund insgesamt überhöhter Bettenzahlen pro Einwohner und vorhandener Disproportionalitäten zwischen einzelnen Fachrichtungen den konkreten Bedarf an stationären Angeboten fest und bestimmt, welche Krankenhäuser derzeit notwendigerweise an der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung teilnehmen. Ausgehend von vorhandenen Strukturen gibt der 1. Thüringer Krankenhausplan Auskunft über Zahl und Größe der Krankenhäuser

429 Ebd., S. 5 f. **430** Ebd., S. 5. **431** Freistaat Thüringen: Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen nach § 4 Abs. 3 des Thüringer Krankenhausgesetzes (ThürQSVO) vom 7. Dezember 2016, unter: www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Krankenhaus/thuerqsvo_161207.pdf, S. 1.

und ermöglicht das arbeitsteilige Zusammenwirken der Krankenhäuser.»[432]

Der Plan enthielt also nur Ist-Zahlen und keine Prognose im eigentlichen Sinn. Es erfolgte eine Aufteilung in vier Regionen und vier Versorgungstufen. «Die Bedarfsermittlung von Betten der stationären Akutversorgung berücksichtigt neben den Bevölkerungszahlen die Krankenhaushäufigkeit, die Verweildauer, die Bettennutzung und Patientenbewegungen nach derzeitigem Stand. Sie wird nach Fachrichtungen, Häusern, Regionen und landesweit dargestellt.»[433] Es wurde also offensichtlich mit der Burton-Hill-Formel gearbeitet.

Besonders wichtig war den Planer*innen: «Die Krankenhausplanung vermeidet soweit irgend möglich, in die Organisationsfreiheit der einzelnen Krankenhausträger einzugreifen.»[434]

Geplant wurde mit 21.110 Betten und einer Bettenziffer von 81,4 für das Jahr 1992. Um Vorstellungen zur weiteren Entwicklung zu erhalten, wurde dann doch ein wenig prognostiziert: Statistisch hielt man eine Absenkung auf 75,6 für möglich, perspektivisch sollte aber zunächst eine Bettenziffer von 79 angestrebt werden. Wie die Zahlen ermittelt wurden, ist nicht dargelegt, lediglich die vorgegebenen Bettennutzungen (Kinder: 80 Prozent, Psychiatrie: 90 Prozent, Rest: 85 Prozent) finden Erwähnung.

2. Krankenhausplan 1994

Der Plan entspricht in Aufbau und Methodik dem 1. Plan. Es gab jetzt zusätzlich einen Psychiatrieplan. Die Zahl der notwendigen Betten wurde auf 19.200 (Bettenziffer 75,2) festgelegt – ein Minus von 1.910 Betten. Damit lag man im Durchschnitt der Bundesländer.

Während in den verschiedenen Versionen des Landeskrankenhausgesetzes die Großgeräteplanung nicht erwähnt wird, findet sich im Plan eine kommentarlose, listenförmige Darstellung der «abgestimmten» Standorte für Großgeräte. Bereits 1998 fehlte sie wieder.

3. Krankenhausplan 1998

Für diesen Plan wurde ein Gutachterauftrag an das Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) vergeben. Das Gutachten hatte das Zieljahr 2000. Es kam zu dem Schluss, dass nur noch 16.400 Betten (Bettenziffer 66,07) notwendig seien. Der Plan wurde jetzt als «Rahmenplan» bezeichnet. Im Plan wurden 16.676 Betten ausgewiesen Die Betten sollten fachgebietsübergreifend flexibel genutzt werden. Abweichungen/Umwidmungen bis fünf Prozent vom Feststellungsbescheid waren erlaubt. Die Versorgungstufen wurden gestrichen. Die Prognose erfolgte auf Basis der angenommenen Fallzahlentwicklung und Verweildauern der einzelnen Fachgebiete (75 bis 90 Prozent). Die Normauslastung wurde nach Fachgebiet festgelegt.

Die Zusammenarbeit sollte gefördert werden und verschiedene Standorte sollten «unter einem Dach» zusammengefasst werden. Die Umsetzungsschritte zur Anpassung an die Planvorgaben sollten zwischen den Selbstverwaltungspartnern vereinbart werden. Hierzu werden «strukturbezogene Hinweise und Empfehlungen»[435] gegeben, was nichts daran ändert, dass es sich um eine teilweise Auslagerung der Verantwortung für die Planung handelt. Es gab eine Fachplanung Geriatrie.

4. Krankenhausplan 2002

Fortschreibung des 3. Plans ohne Änderung der Verfahrensweise. Für 2004 wurde eine Absenkung der Betten auf 15.692, also um 984 Betten, festgelegt. Es fand keine Differenzierung zwischen regionaler und überregionaler Versorgung statt. Das Land hatte sich entschieden, «den Zielkonflikt zwischen kommunalen und Trägerinteressen und der gesundheitspolitischen Zielstellung einer möglichst wohnortnahen Versorgung einerseits und Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit (Ausstattung mit ärztlichem Personal) hinzunehmen».[436] Etwas verklausuliert, aber richtig wurde hier ein Vorrang der Wohnortnähe vor der Wirtschaftlichkeit postuliert. Dies wurde auch für die pädiatrische Versorgung festgelegt.

5. Krankenhausplan 2005

Zufrieden wurde einleitend festgestellt, dass sich die Zahl der Krankenhäuser von 69 auf 41 verringert hatte und dass die Planbettenzahl (16.007 Betten, inkl. tagesklinischer Plätze) mit einer Bettenziffer von 67,97 im Bundesdurchschnitt lag. Der 5. Plan sollte «den Wandel von einer überwiegend kapazitätsorientierten Bettenplanung zu einer leistungs- und qualitätsorientierten Krankenausplanung einleiten».[437] Es sollte sich um eine «Rahmenplanung mit einer möglichst geringen Regelungstiefe» handeln, «um den Krankenhäusern bzw. den Vertragspartnern größtmögliche Entwicklungs- und Gestaltungsspielräume zu ermöglichen».[438] Es sollten «schrittweise Richtlinien und verbindliche Mindestvorgaben zur Strukturqualität […] eingeführt werden».[439] Eine Planung in Teilgebieten/Subdisziplinen wurde erwogen, aber aufgrund des Rats der Gutachter*innen wieder verworfen.

Wegen der DRG-Einführung sollte es sich um einen «Übergangsplan» für zwei Jahre handeln. Die Gesellschaft für Betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA) wurde mit einem Gutachten beauftragt. Dieses kam zu dem Ergebnis, dass eine Planung auf Fallzahlebene möglich sei. Die Fallzahlen und Verweildauern wurden prognostisch berechnet und es wurde eine Soll-Auslastung unterstellt. Hieraus wurde die notwendige Bettenzahl errechnet.

Es wurde also mit der vereinfachten Burton-Hill-Formel gerechnet (Fallzahlen, Verweildauer, Bettennutzung). Das Gutachten kam zu dem Ergebnis, dass die Fallzahlen bis 2007 um 2,1 Prozent zurückgehen wür-

432 Thüringer Staatsanzeiger, Nr. 46/1992, S. 1565. **433** Ebd., S. 1566. **434** Ebd. **435** Ebd., S. 124. **436** Thüringer Staatsanzeiger, Nr. 7/2002, 18.2.2002, S. 3. **437** Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit: 5. Thüringer Krankenhausplan, Erfurt 2005, S. 7. **438** Ebd., S. 8. **439** Ebd.

den und dass sich zusammen mit einer Verweildauerverkürzung nur noch ein Bedarf von 14.367 Betten ergeben würde. Insbesondere die Annahme, dass sich die Fallzahlen reduzieren würden, muss als interessengeleitete Prognose gewertet werden. In Wirklichkeit stiegen sie zwischen 2005 und 2007 um 1,2 Prozent.

Ein Bedarf für weitere Schließungen von Krankenhäusern oder Fachabteilungen wurde nicht mehr gesehen. Der Versorgungsauftrag wurde stärker regionalisiert (wohnortnaher bzw. überregionaler Versorgungsauftrag). Allerdings erfolgten die Ausweisungen nur nachrichtlich.

Qualitätsrichtlinien sollten erarbeitet werden. Es erfolgte eine Ausweisung von Tumorzentren und Zentren für Schwerbrandverletzte. Entscheidend war: Die Festlegung der Bettenzahlen in den somatischen Fachgebieten erfolgte als Korridor und galt vor allem nicht länger als verbindlich. Worin dann die Planung bestand, ist nicht nachvollziehbar. Damit war auch die 1998 vollzogene Auslagerung der konkreten Planung auf Träger und Kassen hinfällig.

6. Krankenhausplan 2015

Aufgrund der Rechtsprechung (siehe Kapitel 3) erfolgte ein Schwenk: Auch für die somatischen Fächer wurden wieder verbindliche Bettenzahlen pro Fachabteilung ausgewiesen. Es wurde wieder ein Gutachtenauftrag (IGES) vergeben. Die Krankenhäuser wurden jetzt in drei Versorgungsstufen eingeteilt. Die Prognose erfolgte für das Jahr 2015. Einem Bestand von 14.648 Betten stand ein Soll von 14.242 Betten gegenüber (Differenz von 406 Betten). Wie die Soll-Zahlen realisiert werden sollten, wurde nicht ausgeführt. Man einigte sich auf eine «Floating-bed-Regelung»: Zehn Prozent der Betten durften für andere als im Plan ausgewiesene Fachgebiete genutzt werden.

Dem Vorschlag der Kassen, Abteilungen unter 25 Betten nicht in den Plan aufzunehmen, ist man nicht gefolgt.

Es wurde ein größerer Schwerpunkt auf die Darstellung des Versorgungsauftrages gelegt. Der Versorgungsauftrag sollte regionalisiert werden. Es fand die Darstellung von drei Versorgungsstufen (regional, intermediär, überregional) bezogen auf die Fachgebiete und auf die Krankenhäuser statt. Ein Vorteil im Vergleich zur bisherigen Ausweisung ist kaum zu erkennen.

Die schon im 5. Plan angekündigten Vorgaben zur Qualitätssicherung mussten auf einen zukünftigen Plan verschoben werden, weil die gesetzlichen Grundlagen dafür nicht ausreichend waren.

7. Krankenhausplan 2017–2022 – überarbeitete Fassung 2020

Es wurde eine genauere Untersuchung und Prognose (bis 2022) der Bevölkerungsentwicklung auch nach Altersgruppen und nach Kreisen in den Plan aufgenommen. Nachdem das Landeskrankenhausgesetz geändert worden war, waren jetzt Qualitätsanforderungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan möglich. Es handelte sich aber lediglich um «Soll-Vorgaben».[440] Es wurde wieder ein Gutachten erstellt (IGES). Es gab Fachplanungen für die Geriatrie und Palliativmedizin, für Demenzkranke, für die Versorgung von Schlaganfällen und für die psychosomatische Medizin/Psychotherapie, allerdings ohne verbindliche Festlegungen. Dies gilt auch für die Qualitätsvorgaben.

Aufgrund der Prognose der Bevölkerungszahlen nach Altersgruppen wurde eine Hochrechnung der Pflegetage erstellt. Es wurde angenommen, dass die Morbidität gleichbleiben würde. Auch das eine gewagte Unterstellung, insbesondere wenn man die «Eigendynamik» der DRGs mit ins Kalkül zieht. Im Gutachten untersuchte weitere Einflussfaktoren und Expertenanhörungen hätten keine abweichenden Ergebnisse gebracht, sodass die Prognose lediglich auf der Basis der Bevölkerungsentwicklung erstellt wurde. Es ergab sich für 2017 eine Bedarfsprognose von 14.082 Betten und für 2022 eine von 14.277 Betten. Aufgrund der Nachplanung für die überarbeitete Fassung 2020 ergab sich dann ein Bedarf für 2022 von 13.933 Betten, also doch wieder eine Absenkung.

Die Planungsgebiete wurden beibehalten.

Bezüglich der Qualitätsanforderungen für die Neonatologie wurde auf die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses verwiesen. Über die Anforderungen an eine Geriatrie-Planung konnte kein Einvernehmen erzielt werden. Die lange angekündigten verbindlichen Qualitätsanforderungen wurden in eine Rechtsverordnung (ThürQSVO) ausgelagert (siehe dazu weiter oben bei Gesetzgebung).

Zusammenfassende Bewertung der Planung

Die Gesamtentwicklung der Ist-Zahlen in Thüringen verlief wie folgt:

440 Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit: 7. Thüringer Krankenhausplan 2017–2022, überarbeitete Fassung, Stand: Januar 2020, S. 8.

Tabelle 65: Allgemeine Krankenhäuser in Thüringen (1991 bis 2019)

	Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1.000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1991	65		20.858		81,1		396.510		154,2		14,3	
1997	54	-16,9	15.726	-24,6	73,0	-10,0	477.392	20,4	192,6	24,9	10,6	-25,9
2002	43	-20,4	15.082	-4,1	67,7	-7,3	529.737	11,0	221,5	15,0	9	-15,1
2007	41	-4,7	14.443	-4,2	66,5	-1,8	526.178	-0,7	229,9	3,8	8,1	-9,7
2012	41	0,0	14.241	-1,4	69,2	4,1	554.781	5,4	255,6	11,2	7,4	-8,4
2017	39	-4,9	14.247	0,0	67,3	-2,7	561.820	1,3	261,2	2,2	7,1	-4,7
2019	39	0,0	14.397	1,1	66,2	-1,6	560.642	-0,2	262,8	0,6	6,9	-2,8
91–19	-26	-40,0	-6.461	-31,0	-14,9	-18,4	164.132	41,4	108,6	70,4	-7,4	-51,7

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Seit 1991 wurden in Thüringen 26 Krankenhäuser geschlossen und 6.461 Betten abgebaut. Der Hauptabbau fand bis 2007 statt. Danach erfolgte eine Stabilisierung, ab 2017 sogar ein Aufbau. Insgesamt liegt Thüringen beim Krankenhausabbau an der Spitze der Bundesländer, bei den Betten liegt es im Mittelfeld (siehe Kapitel 2.3, Tabellen 74–76).

Die Zahl der Betten pro 10.000 Einwohner*innen nahm um 18,4 Prozent ab. Die Patientenzahl stieg um 41,4 Prozent und die Verweildauer nahm um 51,7 Prozent ab. Die Krankenhaushäufigkeit nahm um 70,4 Prozent zu.

Letztlich fand eine Bedarfsplanung über die Burton-Hill-Formel statt. Unter wiederholtem Einsatz von Beratungsfirmen kamen dabei dann auch die «richtigen» Ergebnisse zustande.

Die zeitweise Auslagerung der konkreten Umsetzungsschritte des Plans an die Träger und Kassen wurde ebenfalls wieder aufgegeben. Über die Vorgaben im Gesetz hinaus wurden in den letzten Plänen auch wieder Fachgebiete mit ihrer Bettenzahl ausgewiesen. Planungsgebiete und Versorgungstufen wurden beibehalten.

Auch hier hat sich der Abbau von Betten in den letzten Jahren deutlich verlangsamt. Insgesamt sind die Vorgaben für Fachplanungen, Zentren und Qualität sehr allgemein und unverbindlich.

Aufschlüsselung nach Trägern

Tabelle 66: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Thüringen (1992 bis 2019)

	1992				2019				Anteil in % 1992			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KH	62	42	17	3	39	15	8	16	67,7	27,4	4,8	38,5	20,5	41,0
Betten	20.180	16.519	2.609	1.052	14.397	6.673	2.221	5.503	81,9	12,9	5,2	46,3	15,4	38,2

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Gesundheitswesen Reihe 6 Krankenhäuser und Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung.

Auch hier findet sich das bekannte Schema des Rückzugs des Staates: fast eine Halbierung des Anteils der öffentlichen Krankenhäuser und Betten bei drastischer Zunahme des Anteils der Privaten, der sich bei den Häusern vervierfachte und bei den Betten verachtfachte.

2.2 ZUSAMMENFASSENDE BEWERTUNG – TRENDS UND RARITÄTEN

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, das im Jahr 1972 verabschiedet wurde, müssen die Bundesländer eine Krankenhausbedarfsplanung (später Krankenhausplanung) durchführen. Dies war eine Reaktion auf den seit Mitte der 1960er Jahre festgestellten Bedarf nach einer geordneten Planung von Krankenhauskapazitäten. Die Bedarfsplanung im Sinne der Ermittlung bzw. Prognose des gegenwärtigen und zukünftigen Bedarfs sollte eine Grundlage schaffen, um den gesellschaftlichen Bedarf nicht allein auf der Ebene von Städten und Landkreisen, sondern über die Planung auf Länderebene zu koordinieren.

Mit Blick auf die Krankenhausplanungen der Länder seit den 1970er Jahren bis heute lässt sich zwar kein einheitliches Bild feststellen. Es zeigen sich jedoch gemeinsame Entwicklungslinien: So handelte es sich zu Beginn der Bedarfsplanung im Wesentlichen noch um eine Sachsteuerung, bei welcher der Bedarf anhand von Sachkriterien ermittelt wurde. Im Verlauf der Zeit nahm jedoch die Diskussion um eine vermeintliche Kostenexplosion im Krankenhauswesen verstärkt Einfluss auf die Planung. Zum vorrangigen Ziel wurde fortan nicht eine bedarfsorientierte Planung, sondern der Abbau von Krankenhaus- und Bettenkapazitäten. Auch das neoliberale Dogma von der Überlegenheit des Marktes gegenüber dem Staat schlug sich in der Bedarfsplanung nieder – so gab es Rückschritte bei

der Beteiligung an der Planung ebenso wie bei der Verbindlichkeit und der Planungstiefe. Insgesamt ist eine Abkehr von der bedarfsorientierten Sachsteuerung hin zu einer finanziellen Steuerung zu beobachten. Dies soll nachfolgenden entlang der zentralen Entwicklungslinien aufgezeigt werden.

2.2.1 Bettenabbau und Schließung von Krankenhäusern – sinnvoll oder verfehlte Kostendämpfung?

Seit 1992 wurden bundesweit 143.788 Betten abgebaut und 569 Krankenhäuser geschlossen oder in andere Krankenhäuser eingegliedert.

Zunächst soll der Frage nachgegangen werden, wie viele Betten und Krankenhäuser tatsächlich gebraucht werden oder anders ausgedrückt der Frage, ob der stattgefundene Bettenabbau und die Krankenhausschließungen nicht doch richtig bzw. notwendig waren. Hierfür muss zunächst auf zwei weitere Entwicklungen eingegangen werden, die parallel zum Abbau von Krankenhäusern und Bettenkapazitäten stattgefunden haben: Erstens hat die Krankenhaushäufigkeit seit dem Jahr 1972 um 62,8 Prozent zugenommen. Dies bedeutet, dass durchschnittlich mehr Menschen für eine Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen werden. Zweitens hat die Verweildauer im selben Zeitraum um 62,9 Prozent abgenommen. Dies heißt, dass sich die Anzahl der Tage reduziert hat, die Patient*innen durchschnittlich im Krankenhaus verbringen. Beide Faktoren resultieren einerseits aus medizinisch induzierten Entwicklungen, andererseits spiegeln sie auch falsche Einflüsse des Finanzierungssystems wider: Zunächst sinkt die Krankenhaushäufigkeit durch Entwicklungen der Medizin, die ambulante Behandlungen ermöglichen, sie erhöht sich aber auch durch die steigende Alterszusammensetzung der Bevölkerung und durch die verbesserten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten. Die Krankenhaushäufigkeit wird jedoch auch erhöht durch die Wirkungen der DRGs als Preissystem. Dieses schafft finanzielle Anreize dafür, immer mehr Menschen zu behandeln, um die Einnahmen der Krankenhäuser zu erhöhen.

Die Verweildauern sinken durch den Fortschritt in der Behandlung verschiedener Krankheiten, können aber auch dadurch steigen, dass Behandlungsfälle, die bisher aussichtslos waren, im Lauf der Zeit behandelbar werden und sich die Behandlungszeiten dadurch insgesamt verlängern. Die Verweildauern werden aber auch durch dieselben ökonomischen Anreize der DRGs «unrichtig» abgesenkt, um Kosten zu sparen. Denn das Finanzierungssystem nach Fallpauschalen – also Preisen – schafft nicht nur finanzielle Anreize zur Ausweitung von Behandlungen, die nach seinen Kriterien lukrativ sind. Es schafft zugleich Anreize, Patient*innen möglichst früh aus dem Krankenhaus zu entlassen, um so die entstehenden Kosten unter den gezahlten Preis für den Behandlungsfall zu drücken.[441] Welche Entwicklungen stärker zu gewichten sind, ließe sich zweifelsfrei erst dann ermitteln, wenn ein anderes Finanzierungssystem (nämlich eines, das die tatsächlich entstandenen Kosten refinanziert) eingeführt würde.

Ein weiterer Aspekt kommt hinzu: Wenn die leichten Fälle nicht mehr im Krankenhaus versorgt werden, dann steigt der Anteil der schweren Fälle. Allein dies bedeutet eine erhebliche Mehrbelastung der Beschäftigten. Wenn gleichzeitig die Verweildauern sinken, potenziert sich diese Belastung. Bei den Verweildauern ist zudem zu bedenken, dass sie systematisch um einen Tag pro Patient*in zu niedrig berechnet werden, weil die sogenannte Mitternachtsstatistik verwendet wird, bei der der Entlassungstag entfällt. Für das Jahr 2019 bedeutet dies, dass der Bettenbedarf der Krankenhäuser in Deutschland um etwa 46.100 Betten zu niedrig kalkuliert wurde.

Ein äußerst gewichtiges, aber in der Fachdiskussion meist unterschlagenes Argument in Bezug auf die notwendige Zahl der Betten ist, dass zu kurze Verweildauern zu erheblichen sozialen Verwerfungen führen. Dabei muss man gar nicht die «blutige Entlassung» bemühen. Abertausende vor allem sozial schwache und alte Patient*innen werden viel zu früh und viel zu häufig in ein ungesichertes Umfeld entlassen, was zu individuellem Leid, Mehrbelastungen der Angehörigen, ggf. gesundheitlichen Spätschäden und hohen volkswirtschaftlichen Folgekosten führt.

Viele Befürworter*innen des Bettenabbaus argumentieren, dass dieser gerade wegen der kürzeren Verweildauern möglich geworden sei. Dabei wird aber unterschlagen, dass ein Bettenabbau zu einer Verweildauerverkürzung führen muss, wenn sich nicht lange Wartelisten (wie in anderen Ländern) aufbauen sollen.

Ein weiterer Aspekt bei der Berechnung des notwendigen Bettenbedarfs ist, dass die Bettennutzung bei niedrigen Verweildauern sinken muss, weil die ständigen Wechsel von immer mehr Patient*innen in immer kürzerer Zeit in der Realität auf den Stationen eine Vollauslastung darstellen, die sich aber in den Zahlen nicht niederschlägt. Bei einer 35-Betten-Station und einer 85-prozentigen Belegung (30 Patient*innen) bedeutet dies bei einer Verweildauer von sechs Tagen, dass es pro Tag fünf Entlassungen und fünf Aufnahmen gibt und die ganze Station in sechs Tagen ausgetauscht ist. Der Aufnahme- und der Entlassungstag sind mit die arbeitsreichsten Tage. Hinzu kommt, dass wegen der Mitternachtsstatistik (siehe oben) die Betten an diesen Tagen doppelt belegt sind. Das Argument, dass die Entwicklung der Zahlen (niedrigere Bettennutzung trotz weniger Betten) beweise, dass es zu viele Betten gibt, geht aus diesen Gründen ins Leere. Einige Bundesländer haben inzwischen auf verweildauerabhängige Vorgaben für die Bettennutzung umgestellt: je niedriger die Verweildauer, desto niedriger auch die vorgegebene Bettennutzung. Die angenommenen Werte sind aber immer noch deutlich zu hoch

441 Siehe hierzu ausführlicher Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem.

und unterschätzen die Belastungen für die Beschäftigten und Patient*innen sowie die Zahl der benötigten Betten.

Eine weitere Lehre ist aus der aktuellen Corona-Krise zu ziehen. Sie hat noch einmal deutlich gemacht, dass eine Bettenreserve für Notfälle fest eingeplant werden muss. Werden alle zur Verfügung stehenden Betten immer voll belegt, kann im Fall einer Krise und eines schlagartig erhöhten Patientenaufkommens nicht angemessen reagiert werden. Eine Bettenreserve ist zwar im Rahmen des gegenwärtigen Finanzierungssystems nach DRG ökonomisch nicht sinnvoll, da in diesem nur die stattgefundenen Behandlungen vergütet werden. Gesundheitspolitisch ist es jedoch eine zwingende Notwendigkeit, die seit Jahrzehnten vernachlässigt wurde. Außerdem würde sich die Vorhaltung einer ausreichenden Bettenreserve positiv auf gesundheitliche Schäden und die gesamtwirtschaftlichen Kosten der Bewältigung vergleichbarer Notfallsituationen auswirken.

Auch die Bevölkerungsentwicklung hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf den Bedarf an Krankenhausbetten. Bei gleicher Krankenhaushäufigkeit und gleicher Verweildauer (Zahlen von 2019) würde allein die Bevölkerungszunahme seit 1992 zu einem Mehrbedarf von ca. 10.000 Betten führen.[442]

Ein weiteres Argument der Gesundheitsökonom*innen und Politiker*innen, die auf einen weiteren Abbau von Krankenhausbetten drängen, sind die hohen Werte der Krankenhaushäufigkeit und der Verweildauer in Deutschland im internationalen Vergleich. Es ist im Rahmen dieser Studie nicht möglich, diesen Aspekt ausführlich zu behandeln. Offensichtlich ist aber, dass bei einer Bewertung der Krankenhaussysteme die unterschiedlichen Strukturen, Finanzierungsvorgaben und Organisationsformen (staatlich oder «Trägervielfalt») eine wichtige Rolle spielen. Häufig werden hier in typischer Benchmark-Manier Äpfel mit Birnen verglichen.[443]

Auch das immer wieder ins Feld geführte Argument, es bestehe ein großes Ambulantisierungspotenzial, hält einer näheren Überprüfung nicht stand, insbesondere weil die ambulanten Strukturen erst befähigt werden müssten, eine deutlich erhöhte Anzahl von Patient*innen aufzunehmen und zu behandeln. Geschieht dies nicht, droht eine Verschlechterung der Versorgung (Näheres hierzu siehe Kapitel 4).

Zusammenfassend kann man davon ausgehen, dass der Bettenabbau zumindest in dem stattgefundenen Ausmaß medizinisch nicht gerechtfertigt war. Er hat zu erheblichen Verwerfungen geführt, unter denen insbesondere Patient*innen und Beschäftigte zu leiden haben. Für ein gut funktionierendes, soziale Belange und die Interessen der Beschäftigten berücksichtigendes Gesundheitswesen bräuchte es mehr Betten und nicht weniger.

Anders verhält es sich im Kern mit der Zahl der Krankenhäuser. Es gab und gibt in Deutschland sehr viele kleine Krankenhäuser. Es ist in kleineren Krankenhäusern in der Regel jedoch schwieriger, die Versorgungsqualität in gleichem Maße zu sichern wie in größeren Häusern – allein schon wegen der geringeren Zahl von gleichartigen Diagnosen und Therapien. Allerdings sind solche Krankenhäuser für die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung auf dem Land notwendig. In Großstädten sieht die Lage dagegen anders aus. Hier trifft diese Argumentation nicht zu. Auch wenn kleine Krankenhäuser zum Teil Spezialkliniken sind, wären sie doch in einer örtlichen Verbundenheit mit einem Allgemeinkrankenhaus besser aufgehoben, weil viele Patient*innen nicht nur eine Krankheit haben und weil die Versorgung bei Komplikationen dann einfacher und besser ist. Eine gute wohnortnahe Versorgung scheitert vor allem an den Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär bzw. an der Tatsache, dass Krankenhäuser (bis auf Ausnahmen) nicht ambulant behandeln dürfen. Wäre dies der Fall, könnte die wohnortnahe Versorgung durch Primärversorgungszentren, die an Krankenhäuser angebunden sind und einige Überwachungsbetten haben, erhalten und verbessert werden.[444]

Auch hier gilt also, dass zunächst alternative Strukturen aufgebaut werden müssten, die eine gute Versorgung sichern, bevor man Krankenhäuser schließt. Dies ist nur auf der Basis bundespolitischer gesetzlicher Regelungen möglich. Und vor allem müssten die unmittelbar Betroffenen stärker in die Planung dieser Strukturen einbezogen werden. Dies ist erkennbar nicht der Fall, weswegen es auch immer wieder zu heftigem Widerstand bei geplanten Schließungen kommt. Die Schaffung von mehr Transparenz und Mitsprachemöglichkeiten wäre ein wichtiger Bestandteil einer zukünftigen Planung.

2.2.2 Unterschiedliche Beteiligungsformen – Demokratie Fehlanzeige

Mit Blick auf die demokratische Beteiligung an der Krankenhausplanung lässt sich sagen, dass diese in Deutschland insgesamt sehr unterentwickelt ist. In den verschiedenen Bundesländern gibt es zusammengefasst folgende rudimentäre Formen:

a. Das Parlament ist in faktisch keinem Bundesland mit dem Krankenhausplan befasst oder entscheidet gar darüber. In Niedersachsen hat der Landtag die Möglichkeit zur Stellungnahme. Im Saarland gibt es einmal in der Legislaturperiode einen Bericht zur Krankenhausplanung im Parlament. In Berlin, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen gibt es eine Anhörung im zuständigen Parlamentsausschuss.

442 Statistisches Bundesamt: Fachserie 12 Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser 2019, eigene Berechnung. **443** Siehe hierzu Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.: DKI-Analyse: Aussagekraft von Krankenhausstruktur- und Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten, Pressemitteilung vom 5.7.2021; Finkenstädt, Verena/Niehaus, Frank: Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich. Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln 2015. Siehe auch Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem, Kapitel I.14: Äpfel und Birnen – internationale Vergleiche im Gesundheitswesen sind schwierig. **444** Siehe ebd., Kapitel II.3: Zur Frage der Schließung kleiner Krankenhäuser.

b. Zwar gibt es überall ein Gremium, in dem die Krankenhausplanung besprochen wird. Es wird allerdings überall von den Kassen und den Krankenhausgesellschaften dominiert. Die Beteiligung von Vertreter*innen anderer Organisationen ist sehr unterschiedlich ausgeprägt. In sieben Bundesländern sind nicht einmal die Gewerkschaften vertreten. Insgesamt ist die Diskussion in diesen Gremien aber sehr «vermachtet». Kritische Stimmen finden in aller Regel kein Gehör und stören nur. In gewisser Weise handelt es sich bei diesen Gremien um eine formalisierte, «gepflegte Scheindemokratie».
c. Regionale Beteiligung in Form von Planungsgesprächen, an denen zumindest die Gebietskörperschaften und die Träger beteiligt sind, gab es in den Anfangsjahren öfters. Mit der Reduzierung der Regelungstiefe wurden auch diese Beteiligungsformen geschwächt oder ganz abgeschafft (Ausnahmen insbesondere Saarland und Nordrhein-Westfalen). Eine echte Einbeziehung der betroffenen Bevölkerung, von zivilgesellschaftlichen Gruppen und von Beschäftigten findet nirgendwo statt.

Demokratische Beteiligung und Beschlussfassung auf allen Ebenen sind unverzichtbare Elemente einer Planung im Interesse der Menschen. Dabei geht es nicht nur um Ausschüsse und Parlamente, sondern insbesondere um die Beteiligung der Menschen vor Ort.

2.2.3 Die Phasen der Krankenhausplanung

Betrachtet man die Entwicklungen der Krankenhausplanung, so können verschiedene Phasen unterschieden werden:

– Zunächst fand bis zum Beschluss des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahr 1972 keine (übergeordnete) Planung statt.
– Nach 1972 gab es zumindest Ansätze für eine echte Bedarfsplanung, die bis Anfang der 1980er Jahre Bestand hatten. Diese Phase war in den meisten Ländern begleitet von einem Ausbau der Bettenzahlen, auch bezogen auf die Bevölkerungszahlen (siehe Tabelle 68 und 69 in Kapitel 2.3). Zugleich wurden bereits in dieser Phase Krankenhäuser geschlossen (siehe Tabelle 67 in Kapitel 2.3). Zumindest teilweise war dies jedoch sinnvoll, um die Zahl der «Kleinstkrankenhäuser» zu reduzieren, die das Resultat eines ungeordneten Ausbaus von Standorten vor 1972 waren.
– Ab Anfang der 1980er Jahre erfolgte ein Missbrauch der Planung zur Kostendämpfung. Zusätzlich kam es ab Mitte der 1980er Jahre zu einer beginnenden Reduzierung der Planung.
– Parallel zur Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips ab etwa 1985 und spätestens ab der Einführung der DRGs (2004) intensivierte sich die finanzielle Steuerung, zugleich rückte die Krankenhausplanung immer mehr in den Hintergrund. Parallel zur zunehmenden Ökonomisierung entwickelte sich auch ein rasanter Bettenabbau und Standortschließungen nahmen aufgrund des finanziellen Drucks zu.

2.2.4 Planungsmethode, Prognose – immer unverbindlicher

Werden die Krankenhausplanungen der Länder dahingehend verglichen, welche Methoden sie für die Ermittlung des gesellschaftlichen Bedarfs an Krankenhausleistungen benutzen, fällt auf: In aller Regel wird die Burton-Hill-Formel, basierend auf Schätzungen der Bevölkerungsentwicklung, der Entwicklung der Verweildauer und der Krankenhaushäufigkeit, angewandt. Die Bettennutzung wird normativ (von der Landesregierung) vorgegeben, wobei zum Teil feste, zum Teil abteilungsbezogene und zum Teil verweildauerabhängige Werte vorgegeben werden (zur Problematik der Verweildauerberechnung und der Bettennutzungsberechnung siehe oben).

Eine Problematik dieser Formel ist, dass die eingesetzten Variablen nicht unabhängig sind: Wenn zum Beispiel die Krankenhaushäufigkeit steigt, sind die Krankenhäuser dazu gezwungen, bei gegebener Bettenzahl die Verweildauer von Patient*innen zu reduzieren. Denn wo keine zusätzlichen Betten vorhanden sind, können Behandlungen nur durchgeführt werden, wenn Patient*innen schneller entlassen und dadurch Bettenkapazitäten frei werden.

Eine weitere Problematik bezieht sich auf das Zustandekommen der Parameter. Eine Ableitung aus reinen Ist-Zahlen (Ist = Soll) klärt nicht, ob Mangel oder Überfluss besteht und schreibt den jeweiligen Zustand fort. Sie ist genauso falsch wie einfache Trendextrapolationen (nur gleichgerichtete Entwicklungen, keine Brüche erkennbar). Zwar sind die einzelnen Parameter der Burton-Hill-Formel (Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer, Bettennutzung) die Faktoren, die den Bettenbedarf rein rechnerisch bestimmen. Es ergibt sich ein scheinbar objektives Ergebnis, das aber über die Annahmen zu den Parametern in jede Richtung manipuliert werden kann. Die Formel taugt also als alleinige «Zauberformel» für den Bettenbedarf in keiner Weise. Sie muss um die kritische Hinterfragung der Annahmen ergänzt und die Ergebnisse müssen demokratisch kontrolliert werden.

Die (extrem häufige) Einbeziehung von Gutachterfirmen in den Planungsprozess ändert an der Qualität der Planung in aller Regel nichts, weil normalerweise von den Gutachter*innen das zurückgespiegelt wird, was der Auftraggeber will.

Die Planungsmethode ist in den verschiedenen Ländern unterschiedlich detailliert. Sie reicht von allgemeinen, landesweiten Bevölkerungsentwicklungszahlen, Verweildauern und Krankenhaushäufigkeiten bis hin zur Differenzierung der Parameter nach Fachgebieten, Diagnosen und Regionen. Zum Teil werden die einzelnen Planungsparameter überhaupt nicht mehr betrachtet, sondern die Zahlen nur noch auf der Basis der Bevölkerungsentwicklung fortgeschrieben. Es versteht sich von selbst, dass genaue Planungsergebnisse nur bei einer detaillierten Berechnung zu erwarten sind. Die Möglichkeiten, so zu verfahren, haben sich im Laufe der Jahre und mit der Zunahme der gesammel-

ten Krankheitsdaten dramatisch verbessert. Das wird aber nicht genutzt, weil Planung nicht im Trend liegt.

Eine Einbeziehung von medizinischen Expert*innen ist sinnvoll, weil hierdurch – im Gegensatz zu den Beratungsfirmen – wirklich medizinischer Fachverstand eingebracht wird. Leider wird nur in den wenigsten Bundesländern so verfahren (z. B. Hamburg, Saarland, Thüringen).

Explizite Benchmark-Verfahren (Reduzierung der Bettendichte auf einen Durchschnittswert anderer Länder), wie sie in einigen Ländern (z. B. Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, zum Teil Sachsen) angewandt wurden oder werden, sind eher auf dem Rückzug – unabhängig davon, dass natürlich in allen Ländern solche Vergleiche angestellt werden, um einen weiteren Abbau begründen zu können. Man kann spekulieren, dass sie nur so lange nützlich waren, wie sie einen Abbaubedarf ergaben. In jedem Fall sind sie kein Planungsinstrument, weil damit nicht bewiesen werden kann, dass es in einem Land ein Überangebot gibt oder ob eine Unterversorgung in den anderen Gebieten vorliegt.

Auch der Zeitraum der Prognose und ihre Verbindlichkeit wurden deutlich reduziert. Entweder stellen die Prognosen nur noch eine unverbindliche Schätzung dar oder sie werden im Extremfall auf ein Jahr reduziert, was eigentlich keine Planung mehr erlaubt, weil dieser Zeitraum viel zu kurz ist, um wesentliche Änderungen durchzuführen. Baden-Württemberg und Hessen verzichten ganz auf eine Prognose.

Der Tiefpunkt der «Planung» wird dann erreicht, wenn die Planungsentscheidungen nur noch aus der Akzeptanz bzw. der Ablehnung von Trägeranträgen für mehr Betten bestehen (Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen). Hier wird die tatsächliche Inanspruchnahme der Betten (Auslastung) zur Grundlage der Planungsentscheidung. Das Ist bestimmt das Soll. Unter DRG-Bedingungen ist das die Belohnung der ökonomisch induzierten Mengenausweitung durch noch mehr Betten und damit der Möglichkeit zu weiterem «Wachstum». Einzelfallentscheidungen statt Planung sind nichts anderes als das Nachvollziehen von bereits stattgefundenen Entwicklungen und eine reine Bettenverwaltung.

Eine andere Variante des Ausstiegs aus einer konkreten Planung sind die Vertragsmodelle zwischen Kassen und Krankenhausgesellschaften (Bremen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, zeitweise auch Saarland und Thüringen). Ein Ausstieg ist das deshalb, weil eigentlich hoheitliche Aufgaben der Sicherstellung der Daseinsvorsorge an die beteiligten Hauptakteure abgeben werden, was zu einem weiteren Machtzuwachs der Kassen führt.

Der Trend geht also unverkennbar in Richtung Aufgabe jeglicher Planung oder zu ihrer vollständigen inhaltlichen Aushöhlung. Die Devise lautet hierbei: Es muss Rücksicht auf die DRGs genommen werden. Die Krankenhäuser als Marktteilnehmer brauchen mehr Freiheiten. Der Markt soll es richten.

Die Entwicklung bei der Investitionskostenförderung von Krankenhäusern (siehe unten) weist in dieselbe Richtung: keine Förderung, sondern Einbeziehung der Investitionskosten in die Preise (DRGs) – wie es eben auf dem Markt üblich ist.

2.2.5 Planungstiefe – immer seichter

Die Planungstiefe ist in den Bundesländern zwar immer noch unterschiedlich, aber insgesamt deutlich rückläufig. Die Metapher hierfür ist die «Umstellung auf eine Rahmenplanung». Es gibt immer weniger Länder, die mithilfe verschiedener Versorgungsstufen und Versorgungsregionen planen. Betten werden nur noch pro Krankenhaus und nicht mehr pro Fachabteilung oder wichtigen Subspezialitäten ausgewiesen. Den Trägern wird es überlassen, wie sie die Gesamtbettenzahl auf die Fachgebiete verteilen (wenn nicht ganz auf verbindliche Bettenzahlen verzichtet wird). Hierbei darf der Verweis auf die «notwendigen Freiräume, die die DRGs erfordern», nicht fehlen. Gerade angesichts der DRG-Finanzierung ist dies jedoch kritisch zu bewerten. Es führt dazu, dass das Aufstellen von Betten aufgrund wirtschaftlicher Erwägungen erfolgt. Eine solche Verteilung von Betten entspricht dann jedoch nicht dem gesellschaftlichen Bedarf, sondern spiegelt die wirtschaftlichen Abwägungen der Krankenhausleitungen wider. Auch das ist ein Abschied von der Planung, weil offensichtlich ist, dass beispielsweise Betten in der gewinnbringenden orthopädischen Wahlversorgung nichts mit dem Bedarf an Betten zum Beispiel in der Inneren Medizin zu tun haben.

Ein gewisser Lichtblick ist, dass einzelne Länder in ihren Gesetzen (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein) bei der Aufnahme in den Krankenhausplan einen Vorrang von Allgemein-Krankenhäusern oder Krankenhäusern, die an der Notfallversorgung beteiligt sind, formuliert haben. Meist handelt es sich hierbei um öffentliche Krankenhäuser. Private Kliniken spezialisieren sich eher auf (lukrative) Teilbereiche. Ein solcher Vorrang widerspricht zwar der geltenden Rechtsprechung (siehe Kapitel 3), ist aber dennoch richtig. Inwieweit diese berechtigte Bevorzugung in der Realität zum Tragen kommt, steht auf einem anderen Blatt.

2.2.6 «Leistungsbezogene» Förderung und Pauschalförderung – auch eine Form des Ausstiegs

Die Förderung von Krankenhausinvestitionen erfolgte ursprünglich über Einzelförderung für größere Projekte (Neubauten, Umbauten usw.) und einer Pauschalförderung für kleinere Vorhaben (Zuordnung über Wertgrenzen der Investitionen). Dies ist auch sachlich richtig, weil die Träger bei kleineren Projekten damit eine gewisse Handlungsfreiheit erhalten, während bei Großprojekten das Land (als Garant der Daseinsvorsorge) das Sagen hat. Insofern ist Förderung auch ein wesentlicher Teil der Planung.

Die Umstellung auf eine «leistungsbezogene» Förderung bei der Pauschalförderung für kleinere Vorhaben ist da schon ein Systembruch, weil nicht mehr nach den notwendigen Infrastrukturkosten und Vorhaltekosten gewichtet wird, die zum Beispiel in Krankenhäusern der Maximalversorgung anders sind als in Fachkliniken, sondern nach der Zahl der versorgten Patient*innen.

Eine Steigerung erfährt diese Vorgehensweise durch die Einbeziehung der Budgetzahlen oder des Case-Mix-Indexes (ökonomische Fallschwere) – also durch die Anbindung an die DRGs. Krankenhäuser, die innerhalb des Preissystems der DRGs erfolgreich sind, werden nochmals bevorteilt. Hauptnutznießer dieser Verfahrensweise sind private Spezialkliniken.

Berlin, Brandenburg und Hessen gingen noch einen Schritt weiter und schafften auch die Einzelförderung ab. Sie wurde ersetzt durch «leistungsorientierte Investitionspauschalen» (§ 10 KHG), die sogenannten Invest-DRGs. Genau wie bei den eigentlichen DRGs werden hier die Kosten für die notwendigen Investitionen bezogen auf den einzelnen Patienten mit seinen Diagnosen ermittelt und in einem System von Relativgewichten ausgedrückt. Die Bepreisung erfolgt dann durch die Länder.

Diese Entwicklung hat zwei gravierende Folgen: Die Länder können auch auf Großprojekte (z. B. Neubauten, Erweiterungen) faktisch keinen Einfluss mehr nehmen und die Krankenhäuser müssen Geld für größere Projekte am Kapitalmarkt aufnehmen, sich verschulden und aus den Jahrespauschalen die Schulden abzahlen. Der Kapitalmarkt wird weiter aufgebläht. Alles dies hat nichts mit den Grundprinzipien der Daseinsvorsorge zu tun.

2.2.7 Beschäftigte kommen nicht vor

In den meisten Plänen tauchen die Beschäftigten überhaupt nicht auf, obwohl es offensichtlich ist, dass nicht die Betten die Patient*innen behandeln, sondern nur die Voraussetzung für die Behandlung sind. Insofern gehören die Personalausstattung sowie ihre Entwicklung und Förderung eigentlich zu den wichtigsten Aufgaben einer Planung. Insbesondere, wenn man die Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung kennt: Eine Studie, die Daten zu über 400.000 chirurgischen Patient*innen in 300 Krankenhäusern in neun verschiedenen europäischen Ländern untersuchte, ergab, dass die Erhöhung der Zahl der Patient*innen pro Pflegekraft von sechs auf sieben die Todesrate der Patient*innen im Krankenhaus (und bis zu 30 Tage nach ihrer Entlassung) um sieben Prozent steigen ließ.[445] Auch die Belastungen der Beschäftigten, die unter ständigem Stress arbeiten müssen, sollten eigentlich Grund genug sein, um hier planerisch einzugreifen.

Tatsächlich gibt es faktisch keinerlei verbindliche Vorgaben zur Personalausstattung. Eine Ausnahme bildet das Saarland, aber auch hier werden nur die sowieso schon geltenden und völlig ungenügenden Pflegepersonaluntergrenzen übernommen. In Thüringen ist nur eine Mindestzahl an Ärzt*innen (5,5) für einzelne Fachabteilung festgelegt.

2.2.8 Qualitätssicherung – geringe Qualität der Vorgaben – andere Absichten?

Es ist richtig, dass Qualität in die Planung gehört und nicht in die Vergütung. Wie soll durch Qualitätsvergütung und Qualitätszu- und -abschläge – also durch Geldentzug zumindest für diejenigen mit weniger Qualität – eine bessere Qualität erreicht werden bzw. wie soll bei unterschiedlicher Bezahlung eine gleichmäßig gute Versorgung erreicht werden? Die in den letzten Jahren erfolgte Einbeziehung von Qualitätsaspekten in die Krankenhauspläne ist deshalb grundsätzlich sinnvoll. Ergebnisqualität (also die Bewertung der Behandlungsergebnisse) ist in den meisten Fällen kein geeignetes Mittel, weil sie nicht verursachungsgerecht gemessen werden kann.[446] Der Schwerpunkt sollte also auf Struktur- und Prozessqualität (Vorgaben zur Personalausstattung, Geräteausstattung, Abläufe) gelegt werden. Meist beziehen sich die Qualitätsfestlegungen allerdings nur auf die Fachplanungen (siehe unten). Die Formulierungen sind in aller Regel viel zu unverbindlich, um eine wirkliche qualitätssichernde Wirkung zu haben.

Ein anderer Verdacht drängt sich auf. Weder das Preissystem der DRGs noch die Einführung eines Strukturfonds nach § 12 KHG brachten die von den Neoliberalen erwünschten Ergebnisse in Bezug auf noch mehr Bettenabbau und Krankenhausschließungen.[447] Eine Überlegung könnte sein, dass (schwer zu erfüllende) Qualitätsvorgaben Krankenhäuser unter dem finanziellen Diktat der DRGs doch noch zur Aufgabe zwingen könnten und so das erledigen, was bisher nicht erreicht wurde. Um einer solchen Instrumentalisierung von Qualitätsvorgaben entgegenzuwirken, muss der Schwerpunkt der Aktivitäten der Planungsbehörden auf Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität (interne und externe Qualitätskontrollen, Peer-Reviews) gelegt werden und nicht auf das Ausscheiden von «Schlechtleistern».

Von neoliberaler Seite wird immer argumentiert, dass insbesondere die kleinen Krankenhäuser schlechtere Qualität erbringen würden und deshalb Konsequenzen gezogen werden müssten. Das mag richtig sein. Man muss jedoch konstatieren, dass die bisherigen Druckmittel – seien es planerische oder finanzielle – nicht zu einer wesentlichen Veränderung der Größenzusammensetzung der Krankenhäuser geführt

445 Aiken, Linda H. u. a.: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, in: Lancet, Nr. 383 (9931), 24.5.2014, S. 1824–1830. **446** Näheres hierzu siehe Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem, Kapitel I.16: DRG – vom Marktpreis zum Festpreis. **447** Ein Thesenpapier der Leopoldina vom Oktober 2016 postulierte, wenn die Zahlen von Dänemark hier übernommen würden, wären nur 330 Krankenhäuser und 320.000 Betten notwendig. Siehe Busse, Reinhard u. a.: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Ausgabe 7 von Diskussion: Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle 2016.

haben. Ging der Anteil der kleinen Krankenhäuser in den Jahren 1972 bis 1989 noch deutlich zurück, so stagniert der Anteil der Krankenhäuser unter 200 Betten seit 1992 annähernd. Der Anteil der Krankenhäuser unter 50 Betten (die meisten vermutlich lukrative Fachkrankenhäuser) stieg sogar von 11,9 auf 18,5 Prozent (siehe Tabelle 70 in Kapitel 2.3). Kernpunkt ist, dass nur der Aufbau alternativer Strukturen zum Erhalt der flächendeckenden Versorgung hier eine Wende bringen wird. Geschieht dies nicht, leidet die Qualität der Versorgung in ländlichen Gebieten.

Eine qualitativ gute Versorgung und ihre Prüfung (inkl. beschränkender Vorgaben) sind zwingend notwendig, aber sie werden nur dann ihre Ziele erreichen, wenn die finanziellen und materiellen Bedingungen für gute Qualität geschaffen werden. Solange die Krankenhäuser unter dem Kostendruck der DRGs stehen und die Bundesländer sich weigern, die notwendigen Mittel für die Investitionskosten aufzubringen, ist es unehrlich, auf dem Papier die Qualität zu preisen und Qualitätskriterien gleichzeitig zur Selektion zu nutzen. Durch eine solche Instrumentalisierung der Qualität wird das sinnvolle Anliegen, eine bessere Qualität zu erzielen, kompromittiert. Auch hier muss sich einiges an den Grundbedingungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland ändern.

2.2.9 Fachplanungen – viel Wirbel um wenig – kein Ersatz

Eine detaillierte Besprechung der (oft sehr wortreichen) Fachplanungen ist im Rahmen dieser Studie nicht möglich. So viel lässt sich aber sagen: Natürlich spricht nichts gegen medizinische Fachplanungen, im Gegenteil: Sie sind für spezielle Bereiche sinnvoll. Dann müssen sie aber konkrete Vorgaben und auch Planungen für die zukünftige Entwicklung enthalten. In der Regel gibt es aber nur ausführliche Beschreibungen des Sachverhalts, eine Darstellung der Ist-Situation und – wenn überhaupt – nur sehr allgemeine Vorgaben. Auch hier fehlen personelle Vorgaben (Personalbemessung) fast vollständig. Konkrete Qualitätsanforderungen werden nur teilweise gestellt. Meist handelt es sich nur um Soll-Regelungen oder um den Verweis auf geltende bundesgesetzliche Regelungen. Auch Verweise auf Vorgaben von Fachgesellschaften oder die Vorgabe von Zertifizierungen sind sinnvoll, wenn sie konkret und verbindlich sind und nicht nur «Wünsche» darstellen. Bei den Zertifizierungen muss man aber sehr genau darauf achten, ob es sich nur um formale Anforderungen handelt, die abgearbeitet werden müssen, um ein entsprechendes Schild an der Kliniktür anbringen zu können, oder ob damit tatsächlich die Behandlungsqualität gesteigert wird.

Fachplanungen sind also sinnvoll, aber nicht als Ersatz für konkrete und prospektive Planungen der gesamten Krankenhausversorgung. Wenn Fachplanungen erfolgen, dann bitte mit konkreten Festlegungen zur Struktur- und Prozessqualität und nicht nur unverbindliche Prosa.

2.2.10 Ökonomisierung – Wirtschaftlichkeit – sparsam wirtschaften

Wurde anfänglich Planung noch als Instrument zur Feststellung des Versorgungsbedarfs verstanden und genutzt, so änderte sich dies (in den einzelnen Bundesländern durchaus zu unterschiedlichen Zeitpunkten) mit Eintritt der BRD in den ersten Krisenzyklus nach dem Zweiten Weltkrieg.

Ab dann war Kostendämpfung angesagt (erster Höhepunkt war das Ehrenberg'sche Krankenhauskostendämpfungsgesetz von 1981). Die Wirtschaft sollte entlastet werden (Lohnnebenkosten), und das ging vermeintlich am besten, wenn Betten abgebaut und Krankenhäuser geschlossen wurden. Die volkswirtschaftlichen Folgekosten einer schlechteren Versorgung wurden ignoriert. Die Planung wurde zum Instrument der Kostendämpfung, Wirtschaftlichkeit oberstes Gebot.

Die DRGs waren ein zweiter Meilenstein. Er markierte den Wechsel vom Instrument der Kostendämpfung zur Abschaffung der Planung, weil die DRGs versprachen, alles billiger zu machen. Tatsächlich hat sich herausgestellt, dass die DRGs alles Mögliche bewirkt haben, aber keine Senkung der Kosten.

Der dritte Trend war der von den Neoliberalen geforderte (und auch umgesetzte) Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge. Die privaten Krankenhausfirmen können vermeintlich alles besser. Es wurde ihnen möglichst viel Spielraum gegeben. Auch hierzu passt dann keine Planung mehr.

Ökonomisierung, also «die Ausbreitung des Marktes bzw. seiner Ordnungsprinzipien und Prioritäten auf Bereiche, in denen ökonomische Überlegungen in der Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle spielten bzw. die solidarisch oder privat organisiert waren»,[448] ist der treffende Oberbegriff für alle diese Entwicklungen. Sie hat ein besorgniserregendes Ausmaß angenommen.

Diese Ökonomisierung abzulehnen, bedeutet nicht, Wirtschaftlichkeit im Sinne von sparsam Wirtschaften abzulehnen. Sparsam Wirtschaften ist bei allem staatlichen Handeln und in der Daseinsvorsorge notwendig. Denn die Kassen verausgaben die Gelder ihre Versicherten und das ist die übergroße Mehrheit der Bevölkerung. Solche Wirtschaftlichkeit muss aber in einer klaren hierarchischen Reihenfolge verstanden und praktiziert werden: Zuerst wird über Sachentscheidungen (und nicht über Geld) festgelegt, was notwendig ist, und dann sollen diese Entscheidungen so wirtschaftlich wie möglich umgesetzt werden. Es gibt ein Primat der Sachentscheidung und nicht ein Primat des Geldes. Solche Wirtschaftlichkeit ist auch etwas anderes als die gebetsmühlenartige Forderung nach Wirtschaftlichkeit in den Krankenhausgesetzen und -plänen, die eben nicht der Sachentscheidung unter-

448 Zit. nach Wikipedia (https://de.wikipedia.org/wiki/%C3%96konomisierung).

geordnet ist, sondern meist über ihr steht oder zumindest als gleichwertig angesehen wird.

2.2.11 Privatisierungen – gewollte Folgewirkung

Bettenabbau und Krankenhausschließungen haben lange Zeit im Wesentlichen die öffentlichen Krankenhäuser betroffen. Das lag zum einen an der neoliberalen Ideologie vom notwendigen Rückzug des Staates aus allen gesellschaftlichen Bereichen. Viele Kommunen und Landkreise ergriffen nur zu gern die Chance der Privatisierung ihrer Krankenhäuser. Hinzu kam, dass das gesetzliche Gebot der Trägervielfalt eingehalten werden musste (was bei der anfänglich niedrigen Zahl privater Krankenhäuser einem Schließungsverbot gleichkam). An die freigemeinnützigen Träger traute man sich nicht richtig heran. Außerdem gibt es da ja noch die grundgesetzlich garantierte Berufsfreiheit, auf die sich die Privaten gern bezogen, falls sie einmal doch angegangen wurden bzw. wenn die Entwicklung nicht nach ihren Wünschen verlief. Die massive Vermehrung privater Träger begann Anfang/Mitte der 1990er Jahre, als durch die zunehmende Abschaffung der Selbstkostendeckung und des Gewinnverbots klar wurde, dass man mit Krankenhäusern Geld verdienen konnte – eine spezielles «Klientel» und ein spezielles (lukratives) «Angebot» vorausgesetzt. Dies rief dann auch die großen, zum Teil international agierenden Konzerne und Investoren auf den Plan. Bundesweit hat die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser seit 1991 um 51,3 Prozent und die der öffentlichen Betten um 39,1 Prozent abgenommen. In neun Bundesländern gibt es mehr private als öffentliche Krankenhäuser. Die Bettenzahl der Öffentlichen hat ebenfalls deutlich abgenommen (-136.569), ist aber immer noch deutlich höher als die der Privaten. Allerdings haben die Privaten ihren Anteil von 4,4 auf 18,4 Prozent vervierfacht – eine Entwicklung, die alle aufrütteln muss, die den Erhalt einer bedarfsorientierten Daseinsvorsorge im Krankenhausbereich für richtig und notwendig halten (siehe Tabellen 77–80 in Kapitel 2.3). Dabei ist eines klar: Die Privaten werden ganz schnell wieder aus diesem Bereich verschwinden, wenn die DRGs abgeschafft werden und damit die Möglichkeit, Gewinne zu machen, wieder unterbunden wird.

2.2.12 Neuste Entwicklungen – Revival der Planung?

In jüngster Zeit erleben wir ein kleines Revival von Planung: Nachdem die Rechtsprechung Planungsentscheidungen (z. B. die Ablehnung von Bettenvermehrungen bei Privatkliniken) mit dem Argument gekippt hat, dass es ja keine Planung gebe, gibt es Ansätze, doch wieder gewisse Festlegungen zu treffen bzw. sie nicht ganz aufzugeben, um sich dieser Rechtsprechung zu entziehen (explizit ausgeführt in Thüringen). Wie sich das weiterentwickelt, ist offen (siehe Kapitel 3).

Der andere Trend ist: weg vom Bett hin zur Leistung (Nordrhein-Westfalen). Statt den Bettenbedarf zu planen, soll der Bedarf an Leistungskomplexen festgestellt und prognostiziert werden. Anschließend sollen sich die Krankenhäuser um diese Leistungskomplexe bewerben und ein Haus oder mehrere Häuser erhalten den Zuschlag. Was zunächst gut klingt, ist in gewisser Weise das Ende des sogenannten Kontrahierungszwangs (alle Krankenhäuser, die im Plan aufgenommen sind, haben damit automatisch einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen, der auch die Vergütung sichert). Wenn Krankenhäuser um Leistungspakete konkurrieren sollen und auch nur noch im Rahmen der erworbenen Pakete behandeln dürfen, ist es nur noch ein (kleiner) Schritt hin zu Preisverhandlungen und Preisdumping durch die Kassen (als Quasi-Monopolist) und zu den von den Kassen seit Jahren geforderten Selektivverträgen mit einzelnen Häusern.

Diejenigen Krankenhäuser, die keinen oder nur einige Leistungskomplexe abbekommen, müssten die entsprechenden Abteilungen oder das ganze Krankenhaus herunterfahren oder schließen. Das würde den Prozess der Krankenhausschließungen nochmals in Schwung bringen, nachdem die finanzielle Steuerung (Marktaustritt durch finanziellen Druck) nicht ausreichend funktioniert hat. Zudem liegt die Vermutung nahe, dass damit auch ein erneuter Privatisierungsschub bezweckt wird und vermutlich auch entstehen würde (Näheres siehe Kapitel 4).

2.2.13 Nur am Rande – Privatstationen und der Mainstream

Die Haltung gegenüber Privatstationen und deren Entwicklung in der Bundesrepublik ist ein Lehrbeispiel dafür, wie sich der politische Mainstream geändert hat. War nach der Studentenrevolte das «klassenlose Krankenhaus» auch bei sonst äußerst konservativen Politiker*innen en vogue (vermutlich, weil Meinungsumfragen dafür klare Mehrheiten ergeben hatten), so verschwanden diese Festlegungen mit der Zeit aus allen Landesgesetzen. Wohlgemerkt, es ging immer nur um die Privatstationen (also die Kohortierung der Privatpatient*innen unter ihresgleichen) und nie um das eigentliche Problem, die ungleiche Behandlung der Kassen- und der Privatpatient*innen. Die war immer (ausdrücklich in allen Gesetzen) gewollt.

2.2.14 Fehlanzeige – Vorgaben zur inneren Struktur

War es in den Anfangsjahren der Planung noch üblich, Vorgaben zur inneren Struktur der Krankenhäuser zu machen (z. B. gleichberechtigte Dreierleitung aus Pflege, ärztlichem Bereich und Verwaltung, Abteilungs- und Krankenhauskonferenzen), so sind diese Bestimmungen faktisch in allen Ländern verschwunden. Unter dem Motto «keine Einmischung in die inneren Angelegenheiten» wurde die Dominanz der Ökonomen in den Geschäftsführungen staatlich legitimiert und ein hierarchischer Aufbau durchgesetzt. Demokratie kann bei der Umwandlung von Krankenhäusern zu

Wirtschaftsunternehmen nur hinderlich sein. Anders wäre das, wenn es um die Einbeziehung der Beschäftigten in eine möglichst gute Gesundheitsversorgung in Einrichtungen der Daseinsvorsorge gehen würde.

2.2.15 Ausbildungsstätten und Großgeräte: Versagen auf breiter Front

Seit 1981 sollen Ausbildungsstätten und Großgeräte in die Planung einbezogen werden. In Bezug auf beides kann man ein totales Scheitern feststellen. Die Planung von Ausbildungsstätten, so dringlich sie in Bezug auf den Pflegenotstand wäre, kam nie über eine Aufzählung der Standorte und eventuell noch der Ausbildungsplätze hinaus (Ausnahme: Saarland). Sicherlich wurden auf Antrag von Trägern neue Ausbildungsplätze in die Förderung einbezogen, das ist aber keine prospektive und systematische Planung (Näheres siehe Exkurs 3: Ausbildungsplätze, S. 27–28).

Die Ansätze zu einer Großgeräteplanung waren nur eine kurze Episode (1981 bis 1997). Es wurde die große Chance vertan, eine Bedarfsplanung zu etablieren, die sektorenübergreifend ist, die Flächendeckung herstellt, Zusammenarbeit verpflichtend vorgibt, Kosten einspart und dazu noch den finanziellen Fehlanreizen zur Optimierung der eigenen Einnahmen einen Riegel vorschiebt. Abgesehen davon, dass die gesetzlichen Vorschriften handwerklich schlecht gemacht waren (siehe Exkurs 2: Großgeräteplanung, S. 25–26), kann man aber auch feststellen: Keines der Bundesländer hatte ein wirkliches Interesse, sonst wären sie nämlich selbst diesbezüglich tätig geworden.

2.3 TABELLEN ZUR TATSÄCHLICHEN ENTWICKLUNG DER KRANKENHÄUSER IN DEUTSCHLAND: VERGLEICHENDE DARSTELLUNG DER WICHTIGSTEN KENNZAHLEN NACH BUNDESLÄNDERN

Alle Daten: Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7, Gesundheitswesen, Fachserie 12, Gesundheitswesen, Reihe 6, Krankenhäuser und Fachserie 12, Reihe 6.1, Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung. Ab 1991: inklusive ehemalige DDR und Allgemeine Krankenhäuser statt Akut-Krankenhäuser. *Die kursiv gesetzten Zahlen beziehen sich auf Alle Krankenhäuser,* weil in diesen Bundesländern im jeweiligen Jahr keine Zahlen für Allgemeine Krankenhäuser vorlagen (zu den Definitionen siehe das Vorwort im Länderkapitel). Die jeweiligen Zahlen dieser Jahre fallen also systematisch höher aus.

Tabelle 67: Zahl der Krankenhäuser in der Bundesrepublik (1972 bis 2019)

Akut-KH/Allg. KH	1972	1977	1982	1989	1991	1997	2002	2007	2012	2017	2019
Baden-Württemberg	416	380	342	306	294	292	268	242	211	198	189
Bayern	509	475	417	382	389	374	348	325	315	286	280
Berlin (bis 89 West)	78	63	47	41	90	62	61	64	71	74	76
Brandenburg					62	53	46	43	49	51	52
Bremen	19	18	16	14	*15*	*15*	14	12	12	12	12
Hamburg	54	54	41	41	42	37	35	44	49	53	54
Hessen	175	174	154	146	164	160	154	157	149	137	135
Meck-Pom					*47*	*36*	33	30	33	33	33
Niedersachsen	272	264	229	208	202	190	192	179	172	151	148
Nordrhein-Westfalen	573	508	416	380	408	398	386	361	317	284	284
Rheinland-Pfalz	140	129	128	116	107	103	95	84	74	70	70
Saarland	37	35	32	27	30	*28*	28	25	20	21	21
Sachsen					101	89	76	72	71	69	69
Sachsen-Anhalt					66	55	44	42	41	40	40
Schleswig-Holstein	91	85	76	74	86	79	75	70	67	74	74
Thüringen					65	54	43	41	41	39	39
Bundesgebiet/D	2.364	2.185	1.898	1.735	2.164	2.020	1.898	1.791	1.692	1.592	1.576

Tabelle 68: Zahl der Krankenhausbetten in der Bundesrepublik (1972 bis 2019)

Betten Akut-KH/Allg. KH	1972	1977	1982	1989	1991	1997	2002	2007	2012	2017	2019
Baden-Württemberg	63.636	64.757	63.456	61.596	65.217	62.573	57.339	54.828	50.509	49.216	49.066
Bayern	79.404	83.110	77.948	79.286	80.077	79.311	76.217	69.417	67.355	66.589	66.816
Berlin (bis 89 West)	25.289	25.778	22.774	20.195	36.521	26.124	21.036	18.912	19.420	19.630	19.815
Brandenburg					20.723	15.726	15.082	14.443	14.241	14.247	14.050
Bremen	7.087	7.499	8.334	7.205	*7.291*	*6.575*	5.830	5.228	4.934	4.815	4.909
Hamburg	17.177	16.196	15.423	14.922	15.292	14.031	12.503	12.029	12.126	12.532	12.787
Hessen	37.217	38.683	37.516	36.855	37.895	37.525	34.781	32.429	33.268	32.867	32.491
Meck-Pom					*16.008*	*11.920*	10.731	10.151	10.227	10.114	9.983
Niedersachsen	50.478	53.752	50.761	48.890	49.291	45.702	43.142	38.152	37.575	36.917	36.069
Nordrhein-Westfalen	141.756	143.698	136.582	131.617	137.334	126.827	121.110	112.439	110.421	107.973	107.501
Rheinland-Pfalz	28.607	28.574	29.510	28.011	26.700	26.340	24.366	23.729	23.255	22.734	22.387
Saarland	10.463	10.383	9.585	8.653	*9.461*	*8.265*	7.497	6.822	6.378	6.364	6.536
Sachsen					37.420	29.186	27.768	25.092	24.793	24.214	24.087
Sachsen-Anhalt					22.757	18.313	16.337	15.437	15.016	14.401	13.868
Schleswig-Holstein	14.441	15.136	15.054	15.053	15.872	14.900	14.755	13.846	13.840	13.361	13.280
Thüringen					20.858	18.094	16.190	15.215	15.016	14.479	14.397
Bundesgebiet/D	**475.555**	**487.566**	**466.943**	**452.283**	**598.073**	**540.914**	**504.684**	**468.169**	**458.374**	**450.453**	**448.042**

Tabelle 69: Zahl der Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner*innen in der Bundesrepublik (1972 bis 2019)

Betten pro 10.000 EW	1972	1977	1982	1989	1991	1997	2002	2007	2012	2017	2019
Baden-Württemberg	69,5	71,0	68,4	64,0	65,2	60,2	53,8	51,0	47,8	44,6	44,2
Bayern	73,7	76,8	71,1	70,7	69,1	65,7	61,5	55,4	53,8	51,2	50,9
Berlin (bis 89 West)	122,6	133,8	121,8	94,8	106,0	76,3	62,0	55,4	57,5	54,3	54,0
Brandenburg					81,5	61,1	58,4	57,0	58,1	56,9	55,7
Bremen	96,5	106,6	121,6	106,9	*106,6*	*97,6*	88,1	78,8	75,4	70,7	72,1
Hamburg	97,3	96,4	91,9	91,8	91,6	82,3	72,3	67,9	69,9	68,5	69,2
Hessen	67,3	69,8	67,0	65,1	64,9	62,2	57,1	53,4	55,3	52,6	51,7
Meck-Pom					84,6	65,9	61,5	60,4	63,9	62,8	62,1
Niedersachsen	70,0	74,4	69,9	67,1	65,9	58,3	54,1	47,9	48,3	46,4	45,1
Nordrhein-Westfalen	82,5	84,4	80,5	77,0	78,4	70,6	67,0	62,5	62,9	60,3	59,9
Rheinland-Pfalz	77,5	78,5	81,1	75,7	69,9	65,6	60,0	58,7	58,3	55,8	54,7
Saarland	93,5	96,0	90,6	81,3	*87,9*	*76,5*	70,4	65,8	64,1	64,0	66,2
Sachsen					80,0	64,5	63,8	59,5	61,2	59,3	59,2
Sachen-Anhalt					80,6	67,8	64,1	64,0	66,5	64,8	63,2
Schleswig-Holstein	56,3	58,5	57,5	58,0	59,9	54,1	52,4	48,8	49,3	46,2	45,7
Thüringen					81,1	73,0	67,7	66,5	69,2	67,3	67,5
Bundesgebiet/D	**76,9**	**79,5**	**75,9**	**72,2**	**74,5**	**65,9**	**61,1**	**56,9**	**56,9**	**54,4**	**53,9**

Tabelle 70: Krankenhausgrößen in der Bundesrepublik (1975 bis 2019)

Akut-KH/Allg. KH	Absolut				Veränderung in %		Anteil in %			
	1975	1989	1991	2019	72/89	91/2019	1972	1989	1991	2019
Gesamt	2.260	1.735	2.164	1.576	-23,2	-27,2				
KH bis 49 Betten	469	250	264	292	-46,7	10,6	20,8	14,4	12,2	18,5
KH mit 50 bis 99 Betten	355	201	275	178	-43,4	-35,3	15,7	11,6	12,7	11,3
KH mit 100 bis 149 Betten	298	223	294	195	-25,2	-33,7	13,2	12,9	13,6	12,4
KH mit 150 bis 199 Betten	250	216	257	162	-13,6	-37,0	11,1	12,4	11,9	10,3
KH mit 200 bis 299 Betten	352	321	397	212	-8,8	-46,6	15,6	18,5	18,3	13,5
KH mit 300 bis 399 Betten	219	205	242	151	-6,4	-37,6	9,7	11,8	11,2	9,6
KH mit 400 bis 499 Betten	133	125	158	120	-6,0	-24,1	5,9	7,2	7,3	7,6
KH mit 500 bis 599 Betten	59	62	86	88	5,1	2,3	2,6	3,6	4,0	5,6
KH mit 600 bis 799 Betten	62	61	83	84	-1,6	1,2	2,7	3,5	3,8	5,3
KH mit 800 bis 999 Betten	18	19	29	34	5,6	17,2	0,8	1,1	1,3	2,2
KH mit 1.000 u. mehr Betten	45	52	80	60	15,6	-25,0	2,0	3,0	3,7	3,8

Tabelle 71: Zahl der Patient*innen in Krankenhäusern in der Bundesrepublik (1972 bis 2019)

Patienten	1972	1977	1982	1989	1991	1997	2002	2007	2012	2017	2019
Baden-Württemberg	1.213.057	1.395.700	1.546.309	1.799.655	1.591.765	1.731.981	1.905.451	1.899.900	1.998.922	2.082.842	2.068.467
Bayern	1.500.908	1.657.016	1.769.379	2.072.470	2.020.236	2.281.573	2.590.531	2.517.726	2.742.491	2.874.889	2.893.611
Berlin (bis 89 West)	340.247	377.947	359.554	390.106	579.064	614.253	687.898	694.912	771.389	851.726	865.783
Brandenburg					370.913	433.659	500.452	505.599	528.930	546.900	546.602
Bremen	127.665	145.075	149.391	161.955	*159.073*	*174.825*	194.709	193.430	201.361	207.329	204.865
Hamburg	291.249	338.367	325.586	357.022	330.651	346.597	388.926	402.754	470.915	505.019	498.158
Hessen	721.640	793.556	855.911	986.138	984.526	1.095.006	1.162.715	1.155.877	1.281.305	1.335.688	1.325.503
Meck-Pom					336.660	362.060	394.331	388.304	405.853	413.307	412.532
Niedersachsen	929.069	1.050.878	1.108.485	1.262.049	1.257.527	1.359.601	1.514.647	1.455.697	1.578.085	1.648.481	1.632.354
Nordrhein-Westfalen	2.481.732	2.722.435	2.825.241	3.251.020	3.252.425	3.524.173	3.969.356	3.863.594	4.227.386	4.463.761	4.524.797
Rheinland-Pfalz	521.618	561.867	617.186	701.377	677.247	743.332	818.972	816.949	872.005	914.183	911.596
Saarland	172.486	186.897	202.754	220.834	*225.040*	*244.652*	266.245	256.517	266.911	282.905	283.799
Sachsen					632.101	798.583	887.219	903.427	974.952	974.547	979.876
Sachen-Anhalt					444.707	533.967	564.971	562.027	585.058	587.880	564.861
Schleswig-Holstein	296.131	327.783	341.714	411.805	411.114	462.429	557.426	527.658	560.629	573.450	566.373
Thüringen					396.510	477.392	529.737	526.178	554.781	561.820	560.642
Bundesgebiet/D	**8.595.802**	**9.557.521**	**10.101.510**	**11.614.443**	**13.664.939**	**15.510.578**	**16.933.586**	**16.670.545**	**18.020.968**	**18.824.723**	**18.839.815**

Tabelle 72: Krankenhaushäufigkeit pro 1.000 Einwohner*innen in der Bundesrepublik (1972 bis 2019)

KHH pro 1.000 EW	1972	1977	1982	1989	1991	1997	2002	2007	2012	2017	2019
Baden-Württemberg	132,5	153,0	166,8	187,1	159,1	166,6	178,7	176,7	189,1	188,9	186,3
Bayern	139,2	153,2	161,3	184,7	174,2	189,1	209,1	201,1	219,1	221,2	220,5
Berlin (bis 89 West)	165,0	196,2	192,3	183,1	168,0	179,3	202,8	203,4	228,5	235,7	235,9
Brandenburg					145,9	168,5	193,8	199,4	215,9	218,4	216,7
Bremen	173,9	206,3	218,0	240,4	*232,7*	*259,4*	294,1	291,7	307,5	304,4	300,7
Hamburg	164,9	201,4	200,5	219,5	198,1	203,3	225,0	227,5	271,5	275,9	269,7
Hessen	130,4	143,2	152,8	174,2	168,7	181,5	190,9	190,3	213,0	213,9	210,8
Meck-Pom					*178,0*	*200,3*	226,0	231,2	253,6	256,5	256,5
Niedersachsen	128,8	145,5	152,8	173,3	168,2	173,3	189,8	182,6	202,9	207,0	204,2
Nordrhein-Westfalen	144,3	159,9	166,6	190,1	185,7	196,1	219,6	214,7	240,8	249,2	252,1
Rheinland-Pfalz	141,3	154,4	169,7	189,5	177,2	185,0	201,8	201,9	218,5	224,4	222,7
Saarland	154,2	172,9	191,7	207,4	209,0	226,4	250,0	247,5	268,4	284,6	287,6
Sachsen					*135,1*	*176,6*	204,0	214,1	240,7	238,8	240,6
Sachen-Anhalt					157,5	197,6	221,7	233,0	258,9	264,4	257,4
Schleswig-Holstein	115,5	126,7	130,5	158,7	155,2	167,8	197,9	186,0	199,8	198,4	195,0
Thüringen					154,2	192,6	221,5	229,9	255,6	261,2	262,8
Bundesgebiet/D	**139,1**	**155,8**	**164,1**	**185,3**	**170,2**	**185,0**	**205,2**	**202,8**	**223,8**	**227,4**	**226,5**

Tabelle 73: Verweildauer von Patient*innen in Krankenhäusern in der Bundesrepublik (1972 bis 2019)

VWD	1972	1977	1982	1989	1991	1997	2002	2007	2012	2017	2019
Baden-Württemberg	16,7	14,1	12,6	10,8	12,7	10,6	8,5	7,7	6,9	6,5	6,4
Bayern	17,5	15,9	13,9	12	12,2	10,4	8,5	7,6	6,7	6,3	6,3
Berlin (bis 89 West)	25,6	22,8	21,3	17,5	19,8	12,6	9,4	8,1	7,5	7,1	7,0
Brandenburg					14,5	10,6	9	8,2	7,7	7,5	7,3
Bremen	18,1	15,7	17	14,6	*14,7*	*10,8*	8,6	7,6	7,0	6,6	6,6
Hamburg	17,9	14,6	15	13,2	14,7	11,8	9,3	8,6	7,9	7,5	7,5
Hessen	16,6	15	13,4	12	12,1	9,9	8,3	7,7	7,2	6,8	6,7
Meck-Pom					13,3	9,4	8,1	7,6	7,1	6,8	6,6
Niedersachsen	17,1	15,6	14	12,3	12,3	9,9	8,4	7,6	6,8	6,3	6,2
Nordrhein-Westfalen	18,5	16,4	15	12,9	13,3	10,4	8,7	7,9	7,1	6,7	6,6
Rheinland-Pfalz	17,5	16,1	15	12,8	12,5	10	8	7,6	7,0	6,6	6,4
Saarland	18,7	17,4	15,6	13,1	*13,5*	*10,6*	8,5	8,1	7,6	7,0	6,7
Sachsen					16,4	11	9,5	8,0	7,3	7,0	6,8
Sachen-Anhalt					13,9	10,3	8,5	7,7	7,0	6,5	6,5
Schleswig-Holstein	15,3	14	13,2	11,6	12,4	9,7	8,3	7,6	6,8	6,5	6,5
Thüringen					14,3	10,6	9	8,1	7,4	7,1	6,9
Bundesgebiet/D	**17,8**	**15,8**	**14,4**	**12,4**	**13,4**	**10,5**	**8,6**	**7,8**	**7,1**	**6,7**	**6,6**

Tabelle 74: Rangfolge der Bundesländer beim Krankenhausabbau (1991 bis 2019)

KH-Abbau in %	
Thüringen	-40,0
Sachsen-Anhalt	-39,4
Baden-Württemberg	-35,7
Rheinland-Pfalz	-34,6
Sachsen	-31,7
Nordrhein-Westfalen	-30,4
Saarland	*-30,0*
Meck-Pom	*29,8*
Bayern	-28,0
Deutschland	-27,2
Niedersachsen	-26,7
Bremen	*-20,0*
Hessen	-17,7
Brandenburg	-16,1
Berlin	-15,6
Schleswig-Holstein	-14,0
Hamburg	28,6

Tabelle 75: Rangfolge der Bundesländer beim Bettenabbau (1991 bis 2019)

Betten-Abbau in %	
Berlin	-45,7
Sachsen-Anhalt	-39,1
Meck-Pom	*-37,6*
Sachsen	-35,6
Bremen	*-32,7*
Brandenburg	-32,2
Thüringen	-31,0
Saarland	*-30,9*
Niedersachsen	-26,8
Deutschland	-25,1
Baden-Württemberg	-24,8
Nordrhein-Westfalen	-21,7
Bayern	-16,6
Hamburg	-16,4
Schleswig-Holstein	-16,3
Rheinland-Pfalz	-16,2
Hessen	-14,3

Tabelle 76: Jährlicher durchschnittlicher Krankenhaus- und Bettenabbau in der Bundesrepublik (1972 bis 2019)

Abbau/Jahr	1972–1989	1991–2019	1972–1989	1991–2019
	KH	KH	Betten	Betten
Baden-Württemberg	-6,5	-3,8	-120,0	-576,8
Bayern	-7,5	-3,9	-6,9	-473,6
Berlin (bis 89 West)	-2,2	-0,5	-299,6	-596,6
Brandenburg		-0,4	0,0	-238,3
Bremen	-0,3	-0,1	6,9	-85,1
Hamburg	-0,8	0,4	-132,6	-89,5
Hessen	-1,7	-1,0	-21,3	-193,0
Meck-Pom		-0,5	0,0	-215,2
Niedersachsen	-3,8	-1,9	-93,4	-472,2
Nordrhein-Westfalen	-11,4	-4,4	-596,4	-1.065,5
Rheinland-Pfalz	-1,4	-1,3	-35,1	-154,0
Saarland	-0,6	-0,3	-106,5	-104,5
Sachsen		-1,1	0,0	-476,2
Sachsen-Anhalt		-0,9	0,0	-317,5
Schleswig-Holstein	-1,0	-0,4	36,0	-92,6
Thüringen		-0,9	0,0	-230,8
Bundesgebiet/D	**-37,0**	**-21,0**	**-1.368,9**	**-5.358,3**

Aufschlüsselung nach Trägern und Bundesländern

Die Tabellen sind insofern problematisch, da sie für die alten und neuen Bundesländer unterschiedliche Ausgangsjahre haben. Für die alten Bundesländer 1972, für die neuen Bundesländer jeweils das erste Jahr, für das Trägerdaten vorliegen *(1992, 1997 und 1998; jeweils kursiv gesetzt).* Außerdem liegen für die jeweiligen Anfangsjahre nur Daten für die Akut-Krankenhäuser bzw. für Allgemeine Krankenhäuser (neue Bundesländer) vor. Die Zahlen für Alle Krankenhäuser können aus den Anfangsjahren nicht verwendet werden, weil in ihnen noch die Zahlen der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen und andere Sonderkrankenhäuser enthalten waren.[449] Es erfolgt deshalb eine Aufteilung der Tabellen in die Zeitabschnitte 1972 bis 1989 (Akut-Krankenhäuser) und 1991/1992/1997/1998 bis 2019 (Allgemeine Krankenhäuser). Die Trägeraufschlüsselung für Allgemeine Krankenhäuser 2019 erfolgte auf der Grundlage einer vom Verfasser angeforderten Sonderauswertung durch Destatis, da in den «Grunddaten» nur noch die nach Ländern aufgeschlüsselten Trägerdaten für Alle Krankenhäuser veröffentlicht sind.

Insbesondere die Betrachtung der Entwicklung der jeweiligen Träger**anteile** in Prozent gibt einen Einblick in die Dynamik, mit der der Rückzug des Staates und der Siegeszug der Privaten vonstattenging. Man erkennt auch, dass zwar die Richtung der Veränderung in allen Ländern gleich ist, das Ausmaß aber erheblich differiert.

Tabelle 77: Krankenhäuser in der Bundesrepublik nach Trägerschaft (1972 bis 1989)

Akut-KH	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989			Veränderung in % 1972–1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
Baden-Württemberg	416	237	77	102	306	189	67	50	57,0	18,5	24,5	61,8	21,9	16,3	4,8	3,4	-8,2
Bayern	509	313	87	109	382	244	63	75	61,5	17,1	21,4	63,9	16,5	19,6	2,4	-0,6	-1,8
Berlin (West)	78	19	35	24	41	10	23	8	24,4	44,9	30,8	24,4	56,1	19,5	0,0	11,2	-11,3
Bremen	19	8	5	6	14	5	6	3	42,1	26,3	31,6	35,7	42,9	21,4	-6,4	16,5	-10,2
Hamburg	54	15	22	17	41	13	19	9	27,8	40,7	31,5	31,7	46,3	22,0	3,9	5,6	-9,5
Hessen	175	64	73	38	146	54	65	27	36,6	41,7	21,7	37,0	44,5	18,5	0,4	2,8	-3,2
Niedersachsen	272	93	113	66	208	86	87	35	34,2	41,5	24,3	41,3	41,8	16,8	7,2	0,3	-7,4
Nordrhein-Westfalen	573	99	435	39	380	72	293	15	17,3	75,9	6,8	18,9	77,1	3,9	1,7	1,2	-2,9
Rheinland-Pfalz	140	39	85	16	116	32	61	23	27,9	60,7	11,4	27,6	52,6	19,8	-0,3	-8,1	8,4
Saarland	37	16	17	4	27	11	15	1	43,2	45,9	10,8	40,7	55,6	3,7	-2,5	9,6	-7,1
Schleswig-Holstein	91	42	16	33	74	33	14	27	46,2	17,6	36,3	44,6	18,9	36,5	-1,6	1,3	0,2
Bund	**2.364**	**945**	**965**	**454**	**1.735**	**749**	**713**	**273**	**40,0**	**40,8**	**19,2**	**43,2**	**41,1**	**15,7**	**3,2**	**0,3**	**-3,5**

Tabelle 78: Krankenhäuser in der Bundesrepublik nach Trägerschaft (1991 bis 2019)

Allg. KH	1991/92/96/98				2019				Anteil in % 1991/92/96/98			Anteil in % 2019			Veränderung in % 1991/92/96/98–2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
Baden-Württemberg	294	161	73	60	189	68	46	75	54,8	24,8	20,4	36,0	24,3	39,7	-18,8	-0,5	19,3
Bayern	389	233	61	95	280	122	38	120	59,9	15,7	24,4	43,6	13,6	42,9	-16,3	-2,1	18,4
Berlin	90	27	44	19	76	3	28	45	30,0	48,9	21,1	3,9	36,8	59,2	-26,1	-12,0	38,1
Brandenburg *(1996)*	*54*	*27*	*19*	*8*	52	21	15	16	50,0	35,2	14,8	40,4	28,8	30,8	-9,6	-6,3	16,0
Bremen *(1992)*	*14*	*5*	*6*	*3*	12	5	3	4	35,7	42,9	21,4	41,7	25,0	33,3	6,0	-17,9	11,9
Hamburg	42	12	21	9	54	3	12	39	28,6	50,0	21,4	5,6	22,2	72,2	-23,0	-27,8	50,8
Hessen	164	56	71	37	135	43	32	60	34,1	43,3	22,6	31,9	23,7	44,4	-2,3	-19,6	21,9
Meck-Pom *(1992)*	*42*	*29*	*9*	*4*	33	7	7	19	69,0	21,4	9,5	21,2	21,2	57,6	-47,8	-0,2	48,1
Niedersachsen	202	81	88	33	148	42	51	55	40,1	43,6	16,3	28,4	34,5	37,2	-11,7	-9,1	20,8
Nordrhein-Westfalen	408	78	311	19	284	52	194	38	19,1	76,2	4,7	18,3	68,3	13,4	-0,8	-7,9	8,7
Rheinland-Pfalz	107	29	64	14	70	14	44	12	27,1	59,8	13,1	20,0	62,9	17,1	-7,1	3,0	4,1
Saarland *(1992)*	*27*	*12*	*15*	*0*	21	8	11	2	44,4	55,6	0,0	38,1	52,4	9,5	-6,3	-3,2	9,5
Sachsen	101	79	18	4	69	28	14	27	78,2	17,8	4,0	40,6	20,3	39,1	-37,6	2,5	35,2
Sachsen-Anhalt *(1998)*	*54*	*35*	*16*	*3*	40	11	12	17	64,8	29,6	5,6	27,5	30,0	42,5	-37,3	0,4	36,9
Schleswig-Holstein	86	35	21	30	74	16	17	41	40,7	24,4	34,9	21,6	23,0	55,4	-19,1	-1,4	20,5
Thüringen *(1992)*	*62*	*42*	*17*	*3*	39	15	8	16	67,7	27,4	4,8	38,5	20,5	41,0	-29,3	-6,9	36,2
Bund	**2.136**	**941**	**854**	**341**	**1.576**	**458**	**532**	**586**	**44,1**	**40,0**	**16,0**	**29,1**	**33,8**	**37,2**	**-15,0**	**-6,2**	**21,2**

449 Bei der Statistikumstellung von 1989 auf 1990 nahm die Zahl Aller Krankenhäuser aufgrund der Herausnahme der Vorsorge- und Reha-Einrichtungen um 1.017 ab und die Bettenzahl sank um 140.731.

Tabelle 79: Krankenhausbetten in der Bundesrepublik nach Trägerschaft (1972 bis 1989)

Betten Akut-KH	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989			Veränderung in % 1972–1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
Baden-Württemberg	63.636	45.326	14.017	4.293	61.596	45.952	13.684	1.960	71,2	22,0	6,7	74,6	22,2	3,2	3,4	0,2	-3,6
Bayern	79.404	57.947	16.067	5.390	79.286	61.349	12.463	5.474	73,0	20,2	6,8	77,4	15,7	6,9	4,4	-4,5	0,1
Berlin (West)	25.289	14.961	8.565	1.763	20.195	12.853	6.531	811	59,2	33,9	7,0	63,6	32,3	4,0	4,5	-1,5	-3,0
Bremen	7.087	4.639	2.017	431	7.205	4.725	2.220	260	65,5	28,5	6,1	65,6	30,8	3,6	0,1	2,4	-2,5
Hamburg	17.177	11.682	4.698	797	14.922	9.385	5.043	494	68,0	27,4	4,6	62,9	33,8	3,3	-5,1	6,4	-1,3
Hessen	37.217	21.688	13.830	1.699	36.855	21.931	13.484	1.440	58,3	37,2	4,6	59,5	36,6	3,9	1,2	-0,6	-0,7
Niedersachsen	50.478	28.442	19.388	2.648	48.890	27.745	18.921	2.224	56,3	38,4	5,2	56,7	38,7	4,5	0,4	0,3	-0,7
Nordrhein-Westfalen	141.756	40.692	99.997	1.067	131.617	38.731	91.993	893	28,7	70,5	0,8	29,4	69,9	0,7	0,7	-0,6	-0,1
Rheinland-Pfalz	28.607	11.940	15.859	808	28.011	11.152	14.858	2.001	41,7	55,4	2,8	39,8	53,0	7,1	-1,9	-2,4	4,3
Saarland	10.463	6.547	3.791	125	8.653	4.983	3.620	50	62,6	36,2	1,2	57,6	41,8	0,6	-5,0	5,6	-0,6
Schleswig-Holstein	14.441	10.689	2.703	1.049	15.053	10.705	2.694	1.654	74,0	18,7	7,3	71,1	17,9	11,0	-2,9	-0,8	3,7
Bund	**475.555**	**254.553**	**200.932**	**20.070**	**452.283**	**249.511**	**185.511**	**17.261**	**53,5**	**42,3**	**4,2**	**55,2**	**41,0**	**3,8**	**1,6**	**-1,2**	**-0,4**

Tabelle 80: Krankenhausbetten in der Bundesrepublik nach Trägerschaft (1991 bis 2019)

Betten Allg. KH	1991				2019				Anteil in % 1991/92/96/98			Anteil in % 2019			Veränderung in % 1991/92/96/98–2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
Baden-Württemberg	65.217	47.670	13.918	3.629	49.066	33.188	10.719	5.159	73,1	21,3	5,6	67,6	21,8	10,5	-5,5	0,5	4,9
Bayern	80.077	61.283	12.317	6.477	66.816	47.789	7.885	11.142	76,5	15,4	8,1	71,5	11,8	16,7	-5,0	-3,6	8,6
Berlin	36.521	23.569	11.157	1.795	19.815	7.763	8.227	3.825	64,5	30,5	4,9	39,2	41,5	19,3	-25,4	11,0	14,4
Brandenburg *(1996)*	*15.779*	*10.330*	*3534*	*1.915*	14.050	7.749	2.721	3.580	65,5	22,4	12,1	55,2	19,4	25,5	-10,3	-3,0	13,3
Bremen *(1992)*	*7.073*	*4.571*	*2.242*	*260*	4.909	3.172	1.119	618	64,6	31,7	3,7	64,6	22,8	12,6	0,0	-8,9	8,9
Hamburg	15.292	9.457	5.281	554	12.787	1.753	4.115	6.919	61,8	34,5	3,6	13,7	32,2	54,1	-48,1	-2,4	50,5
Hessen	37.895	21.639	13.835	2.421	32.491	16.372	8.130	7.989	57,1	36,5	6,4	50,4	25,0	24,6	-6,7	-11,5	18,2
Meck-Pom *(1992)*	*14.820*	*11.346*	*2769*	*705*	9.983	3.315	1.639	5.029	76,6	18,7	4,8	33,2	16,4	50,4	-43,4	-2,3	45,6
Niedersachsen	49.291	27.417	19.730	2.144	36.069	16.069	13.073	6.927	55,6	40,0	4,3	44,6	36,2	19,2	-11,1	-3,8	14,9
Nordrhein-Westfalen	137.334	40.718	95.448	1.168	107.501	29.201	69.322	8.978	29,6	69,5	0,9	27,2	64,5	8,4	-2,5	-5,0	7,5
Rheinland-Pfalz	26.700	10.377	15.297	1.026	22.387	7.897	13.285	1.205	38,9	57,3	3,8	35,3	59,3	5,4	-3,6	2,1	1,5
Saarland *(1992)*	*8.928*	*5.434*	*3.494*	*0*	6.536	3.847	2.681	8	60,9	39,1	0,0	58,9	41,0	0,1	-2,0	1,9	0,1
Sachsen	37.400	33.392	3368	640	24.087	14.133	2.637	7.317	89,3	9,0	1,7	58,7	10,9	30,4	-30,6	1,9	28,7
Sachsen-Anhalt *(1998)*	*18.098*	*14.304*	*3586*	*208*	13.868	7.070	3.004	3.794	79,0	19,8	1,1	51,0	21,7	27,4	-28,1	1,8	26,2
Schleswig-Holstein	15.872	11.047	3.135	1.690	13.280	6.486	2.381	4.413	69,6	19,8	10,6	48,8	17,9	33,2	-20,8	-1,8	22,6
Thüringen (1992)	*20.180*	*16.519*	*2.609*	*1.052*	14.397	6.673	2.221	5.503	81,9	12,9	5,2	46,3	15,4	38,2	-35,5	2,5	33,0
Bund	**586.477**	**349.073**	**211.720**	**25.684**	**448.042**	**212.477**	**153.159**	**82.406**	**59,5**	**36,1**	**4,4**	**47,4**	**34,2**	**18,4**	**-12,1**	**-1,9**	**14,0**

3 RECHTSPRECHUNG ZUR KRANKENHAUSPLANUNG

Die Entscheidung, welches Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird und wie viele Fachabteilungen und Betten ihm zugewiesen werden, ist für das einzelne Krankenhaus von großer Bedeutung. Einerseits erhalten nur Plankrankenhäuser Fördermittel für Investitionen vom Land, andererseits bedeutet die Planaufnahme gleichzeitig und automatisch den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen – also die Sicherheit, dass das Krankenhaus für seine Behandlungen auch vergütet wird.

Die Aufnahme in den Plan war und ist in vielen Fällen heftig umstritten. Insbesondere private Klinikbetreiber haben oftmals den Rechtsweg eingeschlagen, um ihre Interessen durchzusetzen. Dementsprechend finden sich diverse Urteile bis hin zum Bundesverfassungsgericht, die die Auslegung und Anwendung der Paragrafen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Thema haben. Die wesentlichen Aussagen der Rechtsprechung hierzu sollen kurz dargestellt werden.

Die Aufnahme eines Krankenhauses in einen Krankenhausplan erfolgt in zwei Stufen: 1. Planaufstellung und 2. Feststellungsbescheid.

Der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg hat dieses Verfahren ausführlich beschrieben, weswegen hier aus dem entsprechenden Urteil zitiert wird: «Das der Aufnahme zugrunde liegende Verwaltungsverfahren gliedert sich in zwei Stufen. Auf der ersten Stufe stellt das Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes (§ 4 Abs. 2 Landeskrankenhausgesetz – LKHG – vom 29.11.2007, GBl. 2008, S. 13) den Krankenhausplan des Landes auf (vgl. § 6 KHG), der von der Landesregierung beschlossen und im Staatsanzeiger bekannt gemacht wird (§ 4 Abs. 3 LKHG). Darin wird der landesweite Versorgungsbedarf in räumlicher, fachlicher und struktureller Gliederung beschrieben (Bedarfsanalyse), werden des Weiteren die zur Bedarfsdeckung geeigneten Krankenhäuser verzeichnet (Krankenhausanalyse) und wird schließlich festgelegt, mit welchen dieser Krankenhäuser der beschriebene Bedarf gedeckt werden soll (Versorgungsentscheidung). Dieser Plan hat nicht die Rechtsqualität eines allgemein verbindlichen Rechtssatzes, sondern lediglich einer innerdienstlichen Weisung […] Er gleicht insofern einer ministeriellen Verwaltungsvorschrift, welche die Entscheidung der nachgeordneten Behörden nach landesweit einheitlichen Gesichtspunkten steuert. Je detaillierter und zugleich je aktueller der Plan ist, desto dichter ist seine steuernde Wirkung; bei gröberen oder veralteten Plänen ist diese Wirkung geringer, bei fehlender oder fehlerhafter Planung fehlt sie ganz. […] Auf der zweiten Stufe stellt das hierfür zuständige Regierungspräsidium dem einzelnen Krankenhaus gegenüber fest, ob es in den Krankenhausplan aufgenommen wird oder nicht (§ 8 KHG). Der Bescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG verleiht dem Krankenhaus mit konstitutiver Wirkung den Status eines Plankrankenhauses (§ 8 Abs. 1 KHG), der seinerseits Voraussetzung für die Förderung der Investitionskosten aus öffentlichen Mitteln des Landes (vgl. §§ 6 und 9 ff. KHG) sowie für die Vergütung der Leistungen des Krankenhauses aus Pflegesätzen ist (§§ 16 ff. KHG; vgl. § 108 Nr. 2 SGB V). Dabei entscheidet das Regierungspräsidium danach, ob das Krankenhaus bedarfsgerecht und leistungsfähig ist sowie, ob es eigenverantwortlich wirtschaftet und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beiträgt (vgl. § 1 Abs. 1 KHG). Dazu muss es den im Einzugsgebiet des Krankenhauses bestehenden Bedarf ermitteln, diesem Bedarf das Versorgungsangebot des Krankenhauses gegenüberstellen und dieses Angebot mit dem Versorgungsangebot konkurrierender Krankenhäuser vergleichen (§ 8 Abs. 2 Satz 2 KHG). […] Auch die Entscheidung des Regierungspräsidiums weist eine gestufte Struktur auf. Ungeachtet der gesetzlichen Regelung, dass ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan nicht besteht (§ 8 Abs. 2 Satz 1 KHG; § 5 Abs. 3 Satz 1 LKHG), billigt das Bundesverwaltungsgericht mit Blick auf Art. 12 Abs. 1 GG in ständiger Rechtsprechung einem Krankenhaus einen entsprechenden Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan dann zu, wenn es bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist und zur Deckung des zu versorgenden Bedarfs kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus zur Verfügung steht. Diesen Anspruch prüft die Behörde auf der ersten Entscheidungsstufe (sog. Zulassungsanspruch auf der ersten Stufe). Erst wenn zur Bedarfsdeckung mehrere geeignete Krankenhäuser zur Verfügung stehen, entfällt ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan. An seine Stelle tritt ein Anspruch auf eine fehlerfreie Auswahlentscheidung […]. Während die auf der ersten Entscheidungsstufe maßgeblichen Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit als unbestimmte Rechtsbegriffe der vollen gerichtlichen Kontrolle unterliegen, ist die auf der zweiten Stufe im Rahmen des Auswahlermessens zu treffende Feststellungsentscheidung nur eingeschränkt gerichtlich dahingehend zu überprüfen, ob die Behörde ihr Auswahlermessen fehlerfrei ausgeübt hat.»[450]

Bereits an dieser Beschreibung des Verfahrens der Planaufstellung erkennt man, wie weit sich die Realität der Krankenhausplanung in vielen Ländern von der rechtlich geforderten Vorgehensweise entfernt hat. Zu den Vorgaben im Einzelnen:

Die Planaufstellung gliedert sich also in die Teile:
- Bedarfsanalyse,
- Krankenhausanalyse und
- Versorgungsentscheidung.

450 VGH Baden-Württemberg 10 S 100.13, S. 12 f.

An die **Bedarfsanalyse** stellt die Rechtsprechung folgende Anforderungen: «Der Bedarfsfeststellung müssen daher valide Werte, Zahlen und Daten zugrunde liegen, die sich an den örtlichen Gegebenheiten und regionalen Bedarfsstrukturen ausrichten. Dementsprechend sind in die Bedarfsanalyse alle wesentlichen Gesichtspunkte tatsächlicher oder rechtlicher Art, die den Bedarf beeinflussen, einzustellen, während Gesichtspunkte, die für den Bedarf unbeachtlich sind, unberücksichtigt zu bleiben haben. Die Analyse hat den landesweiten Versorgungsbedarf in räumlicher, fachlicher und struktureller Gliederung zu beschreiben […]. Wie die Gliederung im Einzelnen aussieht, nach welchem Verfahren und welcher – wissenschaftlich anerkannten – Methodik die Bedarfsanalyse vorgenommen wird, obliegt der Ausgestaltung durch das Landesrecht (vgl. § 6 Abs. 4 KHG).»[451]

Die Bedarfsanalyse muss zwingend auch eine Prognose enthalten: «Es ist der tatsächliche Bedarf festzustellen, der zu versorgen ist. Sowohl die Ermittlung des gegenwärtig zu versorgenden Bedarfs wie auch die Prognostizierung des voraussichtlich zukünftigen Bedarfs haben Feststellungen und Schätzungen zum Inhalt, die ausschließlich auf tatsächlichem Gebiet liegen. […] Diese Feststellungen und Schätzungen können im Grundsatz in gleicher Weise wie jede sonstige Ermittlung von Tatsachen gerichtlich voll nachgeprüft werden.»[452]

Die **Krankenhausanalyse** «ist die Beschreibung der tatsächlichen Versorgungsbedingungen in den einzelnen Krankenhäusern, die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen worden sind. Diese ebenfalls auf tatsächlichem Gebiet liegende Krankenhausbeschreibung insbesondere nach Standort, Bettenzahl und Fachrichtungen erfordert die Ermittlung der gegenwärtigen Einrichtungen und Ausstattungen in den betreffenden Krankenhäusern.»[453]

Der **Versorgungsentscheidung** müssen die materiellrechtlichen Festlegungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zugrunde liegen, das heißt, die Auswahl muss berücksichtigen, «dass die Länder bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne verpflichtet sind, diejenigen Krankenhäuser in den Plan aufzunehmen, die zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung geeignet, also – in Kurzform – bedarfsgerecht sowie ‹leistungsfähig› und kostengünstig bzw. wirtschaftlich sind».[454] Bei dieser Entscheidung beruft sich das Bundesverwaltungsgericht ausdrücklich auf § 6 Abs. 2 KHG und meint, damit seien Zweifel an der Auslegung des § 1 KHG ausgeräumt, in dem ja kein explizites Wirtschaftlichkeitsziel enthalten ist (Näheres hierzu siehe Teil Gesetze Bund). Auch die **Trägervielfalt** muss bei der Versorgungsentscheidung beachtet werden.

Ein interessantes Urteil zur Auswahlentscheidung hat das sächsische Oberverwaltungsgericht gefällt: «Im Falle der beantragten Aufnahme eines neuen Fachkrankenhauses ist eine Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG rechtlich nicht möglich, wenn im aktuellen Krankenhausplan für jedes Allgemeinkrankenhaus im Bereich der Somatik lediglich die Gesamtbettenzahl und die Versorgungsaufträge (Hauptabteilungen) ausgewiesen werden. Denn die zuständige Behörde hätte im Falle des Vorrangs des neuen Krankenhauses keine Möglichkeit, die Bettenzahl der Allgemeinkrankenhäuser für eine bestimmte Fachabteilung zu reduzieren.»[455]

Das ist insofern spannend, als der allgemeine Trend, sich aus der Planung zurückzuziehen und die Planungstiefe (Ausweisung der Betten auf Fachgebietsebene) immer mehr zu reduzieren, dahin gewendet wird, dass dann keine Anträge auf Aufnahme in den Plan mehr abgelehnt werden dürfen. Auch wenn dieses Urteil zugunsten privater Betreiber wirkt, ist es doch im Kern richtig, weil bei einer so pauschalen Planung tatsächlich der konkrete Bedarf (der sich immer auf die Betten eines Fachgebiets bezieht) überhaupt nicht mehr festgestellt und korrigiert werden kann. Eigentlich also höchste Zeit, eine Umkehr bei der Planung einzuleiten. Thüringen weist unter Bezug auf diese Rechtsprechung zwischenzeitlich wieder Betten pro Fachabteilung aus. Allerdings steht das höchstrichterliche Urteil noch aus. Man darf gespannt sein, wie es ausfällt und ob es weiterhin die Reduzierung der Planung juristisch deckt.

Mit dem Krankenhauskostendämpfungsgesetz 1981 wurde § 8/2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dahingehend geändert, dass in den Krankenhausplänen auch **Zielplanungen** enthalten sein müssen. Seit dem Krankenhausstrukturgesetz von 2016 kommt als weiterer Gesetzeszweck die **«qualitativ hochwertige» Versorgung** hinzu.

Bedarfsgerechtigkeit wird laut Bundesverwaltungsgericht nicht relativ am tatsächlichen Bedarf gemessen, sondern an einem fiktiven absoluten Bedarf: «Infolgedessen ist es nunmehr geboten, den allein für die Beurteilung auf der ersten Entscheidungsstufe maßgebenden Begriff der Bedarfsgerechtigkeit absolutierend dahin auszulegen, dass ein Krankenhaus bedarfsgerecht ist, wenn es nach seinen objektiven Gegebenheiten in der Lage ist, einem vorhandenen Bedarf gerecht zu werden, also diesen Bedarf zu befriedigen.»[456]

Leistungsfähigkeit definiert das Bundesverwaltungsgericht so: «Der Begriff der Leistungsfähigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der der Auslegung bedarf. Im Grundsatz ist ein Krankenhaus dann als leistungsfähig anzusehen, wenn sein Leistungsangebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind.»[457]

Die Anforderungen dürfen nicht «überspannt» sein: «Sache der Verwaltung ist es, bei der Bescheidung von Aufnahmeanträgen keine überspannten Anforderungen zu stellen, insbesondere in Grenz- und Zweifelsfäl-

451 BVerwG 3 B 17.11, S. 3. **452** BVerwG 3 C 25.84, S. 12. **453** Ebd. **454** BVerwG 3 C 25.84. **455** Sächsisches Oberverwaltungsgericht, Urteil vom 21. Juni 2018 – 5 A 684/17. **456** BVerwG 3 C 67–85. S. 15. **457** BVerwG 3 C 37–83, S. 17.

len angemessene Lösungen zu finden.»[458] Was damit gemeint ist, muss im Einzelfall entschieden werden. Die Unterbesetzung im pflegerischen Bereich wird als mangelnde Leistungsfähigkeit angesehen: «Die sächliche und personelle Ausstattung eines Krankenhauses muss daher auf Dauer so angelegt sein, dass die Leistungsfähigkeit konstant erhalten bleibt.»[459] In vielen Krankenhausplänen wurden in den letzten Jahren Festlegungen zur Qualität eingebaut. Qualität ist ein Teil der Leistungsfähigkeit und kann über landesrechtliche gesetzliche Bestimmungen näher definiert werden. Auch hier darf es sich nur um Mindestanforderungen handeln und bundesgesetzliche Regelungen (z. B. die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses) müssen beachtet werden.

Zur **Wirtschaftlichkeit** führt das Bundesverwaltungsgericht aus: «Schließlich ist der Begriff ‹sozial tragbare Pflegesätze› dahin zu verstehen, dass ein niedriger Pflegesatz sozial tragbarer ist als ein hoher Pflegesatz. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass für die Entscheidung, ob die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausbedarfsplan festgestellt wird, auch die Höhe der Pflegesätze von Bedeutung sein kann. Denn das Krankenhausfinanzierungsgesetz verfolgt auch den Zweck, zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Deshalb kann ein Krankenhaus mit einem niedrigeren Pflegesatz dem Gesetzeszweck mehr entsprechen als ein ebenso bedarfsgerechtes und ebenso leistungsfähiges Krankenhaus mit einem höheren Pflegesatz.»[460]

Es gibt zwar heute keine Pflegesätze mehr, sondern gleiche Preise für alle Krankenhäuser. Damit fällt das Argument der Belastung der Kassen und Versicherten eigentlich weg. Das Bundesverwaltungsgericht hält aber bisher an seiner Rechtsprechung fest.

Grundsätzlich sind **Zielplanungen** mit Festlegungen, die über die unmittelbaren Anforderungen des § 1 KHG hinausgehen, zulässig. Allerdings werden sie erst bei der Versorgungsentscheidung relevant: «Bei der Krankenhauszielplanung handelt es sich um eine Maßnahme, die einen überwiegend planerischen Charakter hat. Die Planaufstellungsbehörde ist verpflichtet, unter der in § 1 Satz 2 KHG (1981) vorgeschriebenen Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger ein koordiniertes System bedarfsgerecht gegliederter, leistungsfähiger und wirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser festzulegen. Es soll erreicht werden, dass sich die richtigen Krankenhäuser am richtigen Platz befinden. Im Hinblick auf diese Aufgabenstellung ist die Annahme gerechtfertigt, dass der für die Aufstellung des Krankenhausbedarfsplans zuständigen Behörde bei der Festlegung der Ziele der Krankenhausbedarfsplanung des Landes ein planerischer Gestaltungsspielraum eingeräumt ist. Hieraus folgt, dass die im Krankenhausbedarfsplan festgelegten Ziele der Krankenhausbedarfsplanung von den Gerichten nur daraufhin nachgeprüft werden können, ob sie sich im Rahmen der Gesetze und insbesondere der Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes halten und ob die unterschiedlichen öffentlichen sowie privaten Interessen der Krankenhausträger gerecht gegeneinander und untereinander abgewogen worden sind.»[461]

Die Beachtung der Zielplanung ist auf der zweiten Stufe der Auswahlentscheidung angesiedelt, also wenn eine Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern notwendig ist. Ein genereller Vorrang von Allgemeinen Krankenhäusern ist nicht zulässig, er kann höchstens im Einzelfall ein Auswahlkriterium sein. Das gilt auch für die Anforderung, dass Belegkrankenhäuser nur im Zusammenhang mit Allgemeinkrankenhäusern in den Plan aufgenommen werden.[462] Ob Krankenhäuser der Notfallversorgung einen solchen Vorrang genießen können (siehe z. B. Hessisches Landeskrankenhausgesetz), ist noch nicht höchstrichterlich geklärt.

Hier wird deutlich, dass eigentlich sinnvolle strukturelle Vorgaben an der herrschenden Rechtsprechung scheitern – insbesondere deswegen, weil sie angeblich die **Vielfalt der Träger** beschränken. Die Beachtung des Gebots der Trägervielfalts verbietet es, öffentliche Krankenhäuser vorrangig in den Plan aufzunehmen. Zum Teil wird daraus sogar abgeleitet, dass private Konkurrenten bevorzugt behandelt werden müssten, bis die prozentuale Verteilung ausgeglichen ist.

Geht man von der Prämisse aus, dass Gesundheitsversorgung Daseinsvorsorge ist und diese öffentlich gewährleistet werden muss, dann ist die Trägervielfalt der Kardinalfehler des § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Andererseits ist er (systemimmanent gedacht) die logische Konsequenz, wenn man Gewinne zulässt, Preise einführt, Konkurrenz entfachen will und auf Privatisierungen setzt. Folgeproblem dieser gesetzlichen Festlegung und dieser realen Entwicklungen ist dann, dass Gerichte entscheiden, dass die Krankenhausplanung die Berufsfreiheit gemäß Art. 12 GG einschränkt und insofern in ihren Wirkungen begrenzt werden müsste: «Die Nichtaufnahme in den Krankenhausplan wirkt als Eingriff in den Schutzbereich der Berufsfreiheit. […] b) Der besondere Freiheitsraum, den das Grundrecht des Art. 12 Abs. 1 GG sichern will, kann jedoch auch dann berührt sein, wenn die Auswirkungen hoheitlichen Handelns geeignet sind, die Berufsfreiheit zu beeinträchtigen. Das ist insbesondere bei staatlicher Planung und Subventionierung mit berufsregelnder Tendenz möglich […]. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz, das die Krankenhäuser wirtschaftlich sichern will (§ 1 Abs. 1 KHG), hat berufsregelnde Tendenz. Im Interesse der Kostensenkung begründet es zwar einerseits Ansprüche auf staatliche Investitionskostenübernahme (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 KHG), gleichzeitig beschränkt es jedoch den Kreis der geförderten Krankenhäuser im Rahmen einer Krankenhausbedarfsplanung. Nur Plankrankenhäuser haben Anspruch auf Förderung (§ 8 Abs. 1 Satz 1 KHG). Krankenhäuser, die nicht in den Krankenhausplan auf-

458 BVerfG 355/86, S. 17. **459** BVerwG 3 C 69–90, S. 5. **460** BVerwG 3 C 134–79, S. 18. **461** BVerwG 3 C 25.84, S. 11. **462** BVerwG 3 B 77/06, S. 3.

genommen sind, werden dadurch einem erheblichen Konkurrenznachteil ausgesetzt. Sie dürfen zwar ihre Investitionskosten in den Pflegesatz einrechnen, müssen aber infolgedessen ihre Dienste wesentlich teurer anbieten als Plankrankenhäuser. Über bloße Konkurrenznachteile hinaus werden sie durch § 17 Abs. 5 KHG gehindert, den Investitionskostenanteil der Pflegesätze gegenüber Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern geltend zu machen. Das wirkt sich nicht nur im Verhältnis zu diesen Kostenträgern aus. Auch die Krankenhauspatienten können nicht ohne weiteres zu höheren Pflegesätzen herangezogen werden.»[463]

Das Bundesverwaltungsgericht betont zwar, dass solche Eingriffe durch die Belange des Gemeinwohls gerechtfertigt sein können:

«a) Die Freiheit der Berufsausübung kann beschränkt werden, soweit vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls es zweckmäßig erscheinen lassen; der Grundrechtsschutz beschränkt sich auf die Abwehr in sich verfassungswidriger, weil etwa übermäßig belastender und nicht zumutbarer Auflagen.

b) Die Freiheit der Berufswahl darf nur eingeschränkt werden, soweit der Schutz besonders wichtiger Gemeinschaftsgüter es zwingend erfordert. Ist ein solcher Eingriff unumgänglich, so muss der Gesetzgeber stets diejenige Form des Eingriffs wählen, die das Grundrecht am wenigsten beschränkt.»[464]

Andererseits haben die Gerichte aber immer wieder Planentscheidungen zugunsten von privaten Krankenhausbetreibern aufgehoben und so den Wettbewerb und deren Gewinnerwartungen gestärkt.

Entsprechend verhält es sich mit dem Kartellrecht: Da in der neoliberalen Sichtweise der Krankenhausbereich ein Wirtschaftszweig ist, prüft und verbietet das Bundeskartellamt Zusammenschlüsse von Krankenhäusern (z. B. Krankenhäuser der Stadt Esslingen und des Landkreises), die versorgungspolitisch überaus sinnvoll wären.

Um die Gesundheitsversorgung als Teilbereich der öffentlichen Daseinsvorsorge zu stärken, in dem keine Marktgesetze gelten, wären erhebliche Gesetzesänderungen notwendig. Ein wichtiger Schritt wäre die Wiedereinführung des Gewinnerzielungsverbots für Krankenhäuser, wie es bis 1985 gegolten hat. Ohne Gewinnerwartungen würde sich das Problem der privaten Krankenhäuser vermutlich ziemlich schnell erledigen.

463 BVerfG 1 BvR 355/86, S. 12. **464** BVerfG 1 BvR 596/56, S. 2.

4 KRANKENHAUSPLANUNG 2021 IN NORDRHEIN-WESTFALEN: REVIVAL EINER BEDARFSPLANUNG ODER NOCH MEHR DRUCK?

4.1 DAS GUTACHTEN

Im Vorfeld eines neuen Krankenhausplans vergab das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) unter Leitung von Minister Karl-Josef Laumann (CDU) ein Gutachten, das im August 2019 vorgelegt wurde. Das Gutachten, erstellt von PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH, der Lohfert und Lohfert AG und der Technischen Universität Berlin, wird hier aus zwei Gründen ausführlich dargestellt: Zum einen steht es für eine andere Herangehensweise als der Mainstream der Planungspolitik der Bundesländer, zum anderen beinhaltet es Festlegungen, die zu einer nochmaligen Verschärfung des Drucks auf Krankenhausleitungen, Häuser zu schließen und weitere Betten abzubauen, beitragen sollen. Das Gutachten bezieht sich auf den somatischen und den psychiatrischen/psychosomatischen Bereich. Im Folgenden wird nur der somatische Bereich beleuchtet.

Der neue Krankenhausplan, der auf der Grundlage dieses Gutachtens erstellt wurde, liegt vor, ist aber noch nicht verabschiedet. Die Neufassung des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG), die die rechtliche Grundlage für die Neuplanung bilden soll, ist bereits verabschiedet und wird im Anschluss an das Gutachten dargestellt.

Im Gutachten mit dem Titel «Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen» heißt es zum erteilten Auftrag: «Zur Unterstützung bei der Konzipierung des neuen Krankenhausplans wurde die PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH in Zusammenarbeit mit der Lohfert & Lohfert AG und dem Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der Technischen Universität Berlin damit beauftragt, die stationäre Leistungserbringung in NRW zu analysieren und darauf aufbauend Handlungsempfehlungen und notwendige Umsetzungsschritte zur Erreichung der genannten Ziele aufzuzeigen.

Das vorliegende Gutachten soll dabei eine sachliche Grundlage für den neuen Krankenhausplan in NRW darstellen, in dem die bedarfs- und qualitätsorientierte Versorgungsplanung stärker als in der Vergangenheit in den Vordergrund treten wird. Dazu analysiert das Gutachten die aktuelle stationäre Versorgungssituation umfassend. Auch wird kritisch überprüft, inwieweit die aktuell in Deutschland weit verbreitete fachgebiets- bzw. bettenorientierte Krankenhausplanung geeignet ist, den Bedarf an stationären medizinischen Leistungen zu erfassen und die damit verbundenen Behandlungskapazitäten zu planen. Aufbauend auf diesen Analysen werden alternative Vorgehensweisen für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung entwickelt, die geeignet sind, die vom MAGS benannten Ziele zu erreichen.

Durch Aufbereitung der notwendigen Daten und deren Analyse entwickelt das Gutachten Instrumente und Verfahren, um mögliche Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu identifizieren, und spricht Empfehlungen für Maßnahmen aus, durch die eine am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtete Krankenhauslandschaft etabliert werden kann.

Zur Erhaltung und Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung werden im Gutachten auf Basis einer Bedarfsprognose bis in das Jahr 2032 die Handlungsfelder für eine Umgestaltung der Krankenhauslandschaft aufgezeigt. Neben der gezielten Bedarfsorientierung weist das Gutachten auch Wege auf, um die Qualität der stationären Versorgung umfassender als bislang in der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.»[465]

4.1.1 Schaffen sich zu viele Betten immer mehr Patient*innen?

Einleitend wird festgestellt, dass Nordrhein-Westfalen sehr große Unterschiede in der Bevölkerungsdichte aufweist. So steht zum Beispiel der Metropolregion Rhein-Ruhr mit mehr als 5.000 Einwohner*innen pro Quadratkilometer der Ostteil des Bundeslands mit weniger als 100 Einwohner*innen pro Quadratkilometer gegenüber. Weiter heißt es: «So werden, bezogen auf die Bevölkerung, mehr Fälle mit mehr Belegtagen und einer längeren VWD [Verweildauer] als im Bundesdurchschnitt stationär versorgt.»[466] Und: «Dies gibt hinreichend Anlass für eine kritische Auseinandersetzung mit den Krankenhausstrukturen und mit der stationären Leistungserbringung in NRW.»[467]

Die hinter diesen Aussagen stehende Logik ist bereits jetzt klar erkennbar: Weil es zu viele Krankenhäuser und Betten gibt, werden zu viele Patient*innen zu lange stationär behandelt. Unberücksichtigt bei diesem Kurzschluss bleibt, dass die Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 1.000 Einwohner*innen) und die Dauer der Behandlung auch von der sozialen Lage und von der ambulanten Versorgung abhängig sind, die gerade im Ruhrgebiet sicherlich nicht besser ist als in anderen Regionen. Diese Faktoren werden nicht untersucht, stattdessen wird die Mär von der «angebotsinduzierten Nachfrage» («Jedes Bett sucht sich seine Patienten») wiedergekäut. In Zeiten der DRG-Finanzierung der Krankenhäuser besteht zwar der ökonomische Anreiz, in die Menge zu gehen. Dies hat aber wenig mit den Strukturen (Zahl der Betten und Krankenhäuser) und viel mehr mit der Vergütung durch Preise zu tun.

465 PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH u. a.: Gutachten. Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, Langfassung, Berlin 2019, S. 48. **466** PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH u. a.: Gutachten. Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, Kurzfassung, Berlin 2019, S. 5. **467** Ebd., S. 7.

Man müsste also am Finanzierungssystem ansetzen und nicht an den Strukturen. Das Gutachten erkennt diese Problematik zwar, zieht aber keine Konsequenzen: «Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die skizzierten Entwicklungen, die sich aus der Einführung des DRG-basierten Fallpauschalensystems ergeben, eine Herausforderung für die Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung darstellen, da eine bedarfsgerechte Versorgung aufgrund der Tendenzen zu Über- und Fehlversorgung nicht durchgängig gewährleistet werden kann.»[468]

Die aktuelle Versorgungsstruktur

Sektorengrenzen

Als weiteres Problem werden völlig richtig die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung benannt. Aber auch hier scheitert eine Änderung an den gesetzlichen Zuständigkeiten. Eigentlich müsste eine der wesentlichen Erkenntnisse des Gutachtens sein, dass Umstrukturierungen im stationären Bereich ohne die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung und ohne von den Krankenhäusern betriebene Primärversorgungszentren nicht möglich sind. Stattdessen bleibt nur ein relativ zahnloser Appell: «Zur Schaffung alternativer, attraktiver Leistungsangebote im ambulanten Sektor sollte sich das MAGS auf Bundesebene für Initiativen zur Überwindung der Sektorengrenzen einsetzen.»[469] Danach wird zur Tagesordnung des Bettenabbaus übergegangen.

Erreichbarkeit

Das Gutachten konstatiert auch einen Widerspruch zwischen Erreichbarkeit und (gewünschter) Zentralisierung: «Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine effektive Krankenhausplanung die zwei gegenläufigen Ziele einer guten Erreichbarkeit, insbesondere im ländlichen Raum, und einer ausreichenden Konzentration der Leistungen an wenigen Standorten, um damit einhergehende Qualitätssteigerungen zu erreichen, ausbalancieren muss.»[470]

Abgesehen davon, dass eine gute Erreichbarkeit auch ein Qualitätskriterium ist, stellt dieser Zielkonflikt in der Tat eines der Grundprobleme dar, wenn man wirklich die Qualität der Versorgung erhöhen und die Flächendeckung erhalten bzw. verbessern will. Es wird sich zeigen, ob das Gutachten dies wirklich «ausbalanciert».

Das Gutachten untersucht die Erreichbarkeit in Form der realen Fahrtzeiten unter der Vorgabe, dass die Fachabteilungen für Chirurgie und Innere Medizin innerhalb von 30 Minuten, Gynäkologie/Geburtshilfe innerhalb von 40 Minuten und alle anderen Fachabteilungen innerhalb von 45 Minuten erreichbar sein müssen. Es stellt fest, dass diese Anforderungen in der weit überwiegenden Zahl der Fälle erfüllt werden. («Die nicht abgedeckten weißen Flächen beziehen sich ausschließlich auf kleine, nicht über das normale Straßennetz erreichbare und nahezu unbesiedelte Gebiete.»)[471]

Trotz des Widerspruchs zwischen Erreichbarkeit und Qualität der Versorgung scheinen diese Vorgaben für die Grundversorgung zu hoch angesetzt – vor allem unter dem Aspekt, dass Destatis für Nordrhein-Westfalen ermittelt hat, dass für 98,65 Prozent der Bevölkerung eine Erreichbarkeit der allgemeinen Versorgung von 20 Minuten gegeben ist. Bei der Gynäkologie gilt dies für 95,61 Prozent.[472] Die Verlängerung der Erreichbarkeitsintervalle (im Vergleich zum Ist) verschlechtert damit die Erreichbarkeit und erleichtert es, Häuser zu schließen – angeblich ohne Qualitätsverlust bezogen auf die Erreichbarkeit.

Investitionsförderung durch das Land

Das Gutachten übt an der in Nordrhein-Westfalen seit 2008 praktizierten Pauschalförderung (Einzelförderung nur in wenigen Ausnahmen) von Investitionen deutliche Kritik: «Es zeigt sich, dass die überwiegende Mehrheit der Investitionsmittel pauschal verteilt wird. Dies erschwert eine zielgerichtete Unterstützung struktureller Anpassungen der Krankenhauslandschaft und führt eher zu einer Zementierung der bestehenden Kapazitäten. Ferner wird die Pauschalförderung maßgeblich über Fallwertbeträge und damit über den eff-CM [effektiver Casemix, die Summe der DRG-Relativgewichte eines Krankenhauses; d. Verf.] bestimmt. […] Dementsprechend fehlt der derzeitigen Verteilung der Pauschalmittel der Bezug zum tatsächlichen Investitionsbedarf, sodass künftig eine sachgerechtere Mittelverteilung anzustreben ist.»[473]

Wer aber meint, es handele sich hierbei um ein Plädoyer für die Rückkehr zur Einzelförderung von großen Bau- und Anlageprojekten, irrt. Unter Handlungsempfehlungen im Kapitel 14 wird Folgendes vorgeschlagen: «Die derzeitige Pauschalförderung wird insbesondere über fallbezogene Investitionspauschalen vergeben. Ihre Höhe wird maßgeblich durch den eff-CM eines KH [Krankenhauses] bestimmt […]. Ein direkter Bezug zum tatsächlichen Investitionsbedarf der in den DRG enthaltenen Kosten ist jedoch nicht vorhanden. Aus diesem Grund wird eine Umstellung der Förderung auf Investitionspauschalen auf Basis der Investitionsbewertungsrelationen (IBR) des InEK empfohlen.»[474]

Ob das Land diesem Vorschlag folgen und die «Verordnung über die pauschale Krankenhausförderung» ändern wird, wissen wir nicht, ist aber zu vermuten. Die Investitionsbewertungsrelationen sind eigentlich Preise wie die DRGs, die die Investitionskosten, die mit jeder DRG verbunden sind, darstellen. Die Umstellung auf diese Invest-DRGs, die auch andere Bundesländer bereits anwenden, verhindert, dass das Land Einfluss auf die Krankenhauplanung nehmen kann und erhöht die Abhängigkeit der Krankenhäuser vom DRG-Preissystem (nähere Ausführungen hierzu siehe die Kom-

468 Gutachten/Langfassung, S. 88. **469** Gutachten/Kurzfassung, S. 115. **470** Gutachten/Langfassung, S. 91. **471** Ebd., S. 139. **472** Siehe https://krankenhausatlas.statistikportal.de/. **473** Gutachten/Langfassung, S. 99. **474** Ebd., S. 799.

mentierung der Berliner Gesetzgebung). Die Marschrichtung ist also eine noch stärkere Ökonomisierung.

4.1.2 Die leistungsorientierte Krankenhausplanung

Nordrhein-Westfalen war auch schon in den bisherigen Krankenhausplänen in 16 Versorgungsgebiete aufgeteilt. Die durchschnittliche Größe und die Fallzahl der Krankenhäuser in den einzelnen Versorgungsgebieten variieren zwischen 337 und 169 Betten sowie zwischen 6.770 und 14.650 Patient*innen. Interessant ist hierbei die große Schwankungsbreite zwischen den einzelnen Versorgungsgebieten. Versorgungsstufen waren in der seitherigen Planung nicht vorgesehen. Auch nach dem Gutachten soll es solche nicht geben. Ihre Funktion wird durch die Leistungsgruppen wahrgenommen (siehe unten).

Nach einer kurzen Episode einer differenzierten Planung für Teilgebiete (z. B. Gastroenterologie, Thoraxchirurgie) hat Nordrhein-Westfalen mit dem Krankenhausplan 2015 wieder «nur» auf Fachgebiete (Chirurgie, Innere Medizin etc.) umgestellt. Jetzt verlangt das Gutachten eine erneute Kehrtwende, indem es 25 Leistungsbereiche (LB) und 70 Leistungsgruppen (LG) definiert, nach denen die Planung erfolgen soll. Für die Psychiatrie/Psychosomatik werden zehn Leistungsgruppen vorgeschlagen.

So wird zum Beispiel der Leistungsbereich «Bewegungsapparat» in die Leistungsgruppen «konservative Orthopädie, Unfallchirurgie Notfall/Trauma, Endoprothetik Knie, Endoprothetik Hüfte, sonstige elektive Eingriffe und Wirbelsäuleneingriffe» unterteilt. Der Leistungsbereich «Neurologie» teilt sich in die Leistungsgruppen «allgemeine Neurologie, zerebrovaskuläre Störungen mit Stroke, psychiatrische Erkrankungen und Neurologische Frührehabilitation». Im Leistungsbereich «Urologie» wird dagegen nur zwischen «allgemeiner Urologie» und «komplexer Urologie» unterschieden.

Das Gutachten führt zur Begründung der Umstellung auf eine «leistungsorientierte Krankenhausplanung» folgende Kritik an der bisherigen Planung an: «Die Analysen […] haben verdeutlicht, dass eine Krankenhausplanung auf Basis von Fachgebieten für das Monitoring des Versorgungsgeschehens zu unspezifisch ist, da circa zwei Drittel aller Fälle allein den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie zugeordnet werden konnten. Somit bleibt intransparent, mit welchen quantitativen sowie qualitativen Ressourcen welche Patienten behandelt werden.»[475]

Dem kann man zustimmen, wobei aber klar ist, dass mit einer detaillierten Planung nach Teilgebieten und Subspezialitäten ein ähnlicher Effekt erzielt werden kann.

Der Kern der Sache sind die Leistungsgruppen. Die Zuordnung der einzelnen Diagnosen und letztlich Patient*innen erfolgt im Gutachten über die abgerechneten DRGs. Das neue Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG) hat dies geändert und schreibt die OPS-Kataloge (Verzeichnis aller Operationen und Prozeduren) vor. Dies ist sinnvoll, weil die DRGs ein kostenmäßiges Abbild sind und Diagnosen und Prozeduren nur unter Kostengesichtspunkten zusammenfassen. Bei den OPS-Katalogen steht die medizinische Versorgung im Mittelpunkt.

Diese Leistungsgruppen-Systematik haben die Gutachter*innen nicht erfunden, sie wird in Zürich seit 2012 praktiziert, allerdings mit wesentlichen Unterschieden: Es gibt dort 140 Leistungsgruppen und die Einteilung erfolgt nicht nach DRGs, sondern nach den Diagnosen (ICD) und dem Schweizer OPS-Katalog. Außerdem ist (zumindest bisher) damit keine Kapazitätsplanung verbunden. Es werden lediglich die notwendigen Bedingungen für die Versorgung in der jeweiligen Leistungsgruppe geprüft und dann wird den Krankenhäusern der Versorgungsauftrag erteilt.

Die Vorteile einer «leistungsorientierten Krankenhausplanung» werden im Gutachten wie folgt beschrieben: «Die Klassifikation des Leistungsgeschehens in LB und LG eröffnet der Krankhausplanung weitreichende Vorteile. Zunächst können sämtliche Ressourcen für ihren tatsächlichen Einsatz, das heißt für die real zu erbringenden Leistungen, geplant und gesteuert werden. Darüber hinaus ist dies mit einer skalierbaren Granularität möglich, das heißt entweder tendenziell breit für große homogene LB oder eher eng für spezialisierte und hochspezialisierte Leistungen und kleine heterogene LG. Für die Berücksichtigung des ambulanten Behandlungspotenzials ist es darüber hinaus möglich, jene LB und LG gesondert zu betrachten, die nach Auffassung der Planer nicht stationär bzw. zumindest teilweise ambulant versorgt werden sollten. Für diese LG ließen sich dann ambulante Behandlungsmöglichkeiten sektorenübergreifend planen. Einer der größten Vorteile ist es jedoch, dass die LB und LG mit QI [Qualitätsindikatoren; d. Verf.] und Vorgaben zu diesen QI verknüpft werden können. So ist es beispielsweise möglich, für ausgewählte LG Strukturmerkmale (insbesondere technische oder personelle Vorgaben) durch die Planungsbehörden festzusetzen. Diese könnten beispielsweise konkrete Vorhaltungsmaße (z. B. Verfügbarkeiten) von Fachärzten beinhalten oder die Vorhaltung bestimmter Medizintechnik für die Behandlung einzelner Patientengruppen beschreiben. Darüber hinaus könnten auch prozessuale Vorgaben für die Erbringung von Leistungen festgelegt werden. Als Beispiel seien hier ‹Time-to-Treatment›-Vorgaben, wie sie bereits aus der externen stationären Qualitätssicherung bekannt sind, […] oder Vorgaben zur leitliniengerechten Behandlung von Patienten (z. B. ein 90-Minuten-Zeitfenster ab dem ersten medizinischen Kontakt bis zur Percutaneous Coronary Intervention (PCI) bei Patienten mit ST-Hebungsinfarkt) genannt. Im Übrigen sind auch Mindestmengen für komplexere LG in Erwägung zu ziehen, um Behand-

475 Gutachten/Kurzfassung, S. 20.

lungen an jenen Standorten zu bündeln, die eine entsprechende Expertise vorweisen und deren Prozesse auf die Behandlung dieser Patienten abgestimmt sind […]. Letztlich bietet die Planung von LB und LG auch den KH große Vorteile, da damit das Angebot strukturiert wird und die KH sich auf die Bereiche konzentrieren können, in denen sie einen kompetitiven Vorteil aufgrund ihrer Expertise und/oder ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sehen.»[476]

Abgesehen davon, dass es im Bereich der Daseinsvorsorge nicht um kompetitive und wirtschaftliche Vorteile geht, sondern Bedarfe möglichst gut erfüllt werden müssen, und abgesehen davon, dass das «ambulante Behandlungspotenzial» einer näheren Betrachtung bedarf (siehe unten), haben auch diese Argumente einen realen Kern, der in der weiteren Kritik dieses Gutachtens bedacht werden muss.

4.1.3 Die Versorgungsanalyse

Im Weiteren erfasst das Gutachten in jedem der 16 Versorgungsgebiete die Fallzahlen für die einzelnen Leistungsgruppen und ordnet sie den Krankenhäusern zu. Daraus lässt sich dann ableiten, wie viele Fälle einer Leistungsgruppe ein bestimmtes Krankenhaus behandelt hat.

Das Versorgungsgeschehen in den einzelnen Versorgungsgebieten wird mittels der Kennzahlen
- Krankenhaushäufigkeit (inkl. Wanderungsgeschehen),
- Erreichbarkeit und Versorgungsdichte,
- Fallzahlspektrum und Leistungskonzentration

getrennt für jede Leistungsgruppe bewertet.

Ergebnis für den stark überwiegenden Teil der Versorgungsgebiete und Leistungsgruppen ist, dass
- die Krankenhaushäufigkeit zu hoch,
- die Erreichbarkeit gut,
- und die Leistungskonzentration zu niedrig ist.

Bei der Krankenhaushäufigkeit wird, wie bereits ausgeführt, überhaupt nicht der Versuch unternommen, andere Ursachen (soziale Zusammensetzung der Bevölkerung, Umweltbedingungen, Mängel bei der ambulanten Versorgung usw.) zu untersuchen. Stattdessen wird kurzschlüssig anhand der bloßen Zahlen «Überversorgung» diagnostiziert. Unterversorgung kommt eigentlich nicht vor (Ausnahmen: Neurologische Frührehabilitation und Palliativmedizin in den Versorgungsgebieten 3, 7, 14 und 15 sowie Augenheilkunde im Versorgungsgebiet 16). Dass es aufgrund des Finanzierungssystems der DRGs für jedes Krankenhaus – bei Strafe des Untergangs – notwendig ist, die Fallmengen auszudehnen, dass Krankenhäuser (abhängig von der Versorgungstufe bzw. Spezialisierung, der Trägerschaft und ihrer Lage) dies (in unterschiedlichem Ausmaß) auch tun, ist unbestritten. Der Hebel, das zu ändern, ist aber nicht die Reduzierung von Kapazitäten (wie in dem Gutachten vorgeschlagen), sondern die Änderung der Finanzierungsform (Finanzierung der notwendigen Kosten und Gewinnverbot). Reduziert man die Kapazitäten (egal ob Betten, Krankenhäuser oder Leistungen), führt das nur dazu, dass unter dem abgesenkten «Budget-Deckel» dieselben Methoden der Einnahmenverbesserung und Leistungsausdehnung weiterhin angewandt werden. Folgen sind die Überlastung der Beschäftigten (noch mehr Patient*innen in noch kürzerer Zeit) und die daraus folgende Verschlechterung der Versorgung. Bei einer Begrenzung der Leistungen kommt es zu Wartelisten oder «Medizintourismus», was auch kein wirkliches Qualitätskriterium ist.

Dass die Erreichbarkeit von Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen als gut gilt, hat zumindest zum Teil damit zu tun, was als «gut» definiert wird (Grundversorgung: 30 Minuten, Spezialversorgung: 45 Minuten). Diese Vorgaben stellen eine Verschlechterung im Vergleich zum Ist dar (siehe oben). Hinzu kommt: Für die Notfallbehandlung von Herzinfarkten oder Schlaganfällen und in ähnlich schweren Notfällen soll nach übereinstimmender wissenschaftlicher Ansicht die Zeit vom Eingang des Notrufs bis zur Übergabe des Patienten maximal 60 Minuten betragen. Das bedeutet, dass für den eigentlichen Krankentransport (also die Erreichbarkeit in der Begrifflichkeit des Gutachtens) maximal 20 Minuten zur Verfügung stehen. Gerade in ländlichen Gebieten von Nordrhein-Westfalen werden solchen Zeiten bei Weitem verfehlt. Auch bei nicht so akuten Notfällen sind aber Zeiten von 45 und mehr Minuten einfacher Fahrt durchaus eine Belastung, sowohl für die Patient*innen als auch für die Angehörigen. (Der Widerspruch zwischen Erreichbarkeit einerseits sowie Fallzahlen und damit Qualität der Versorgung andererseits ist dem Verfasser bewusst – siehe unten).

Das Fallzahlspektrum und die Leistungskonzentration sind wichtige Indizien für die Qualität der Gesundheitsversorgung. Es ist sowohl offensichtlich als auch wissenschaftlich nachgewiesen,[477] dass bei geringen Fallzahlen die Qualität der Leistungen im Normalfall (einmal abgesehen vom vereinzelt vorkommenden «Chefarzt mit den goldenen Händen») schlechter ist als bei hohen Fallzahlen. Insofern sind eine bestimmte Größe der jeweiligen Krankenhäuser (über ca. 200 Betten) und Abteilungen sowie die Zahl der Abteilungen im Krankenhaus ein Qualitätskriterium, das nicht unterschätzt werden darf. Allein schon die Tatsache, dass bei zu kleinen Abteilungs- und Bettenzahlen fachgebietsübergreifende Dienste geleistet werden müssen und das Arbeitszeitgesetz nicht oder nur schwer einzuhalten ist, zeugt von der bestehenden Patientengefährdung und der viel zu hohen Belastung der Beschäftigten. In Nordrhein-Westfalen weist nach den Feststellungen des Gutachtens aber eine große Zahl der Versorger nur eine geringe Fallzahl auf. Hier einige Beispiele, deren Aufzählung sich nahezu beliebig fortsetzen ließe.

476 Ebd., S. 22. **477** Im Literaturverzeichnis des Gutachtenteils «Versorgungsanalyse Somatik» (Gutachten/Langfassung, S. 427) ist eine Vielzahl von wissenschaftlichen Arbeiten aufgeführt, die diesen Zusammenhang belegen.

«Ebenso wie in der LG Internistische Grundversorgung zeigt sich entlang der Ballungsgebiete eine deutliche Häufung von KH [Krankenhäusern] mit geringen FZ [Fallzahlen]. So wurden in über weit mehr als der Hälfte aller KH weniger als 1.000 Fälle im Jahr behandelt.»[478]

«Insgesamt wird die LG [Leistungsgruppe] Interventionelle Kardiologie durch 146 KH versorgt, wobei das fallzahlstärkste KH fast 4.500 Patienten im Jahr 2017 versorgt hat. Die Mehrheit der KH versorgte jedoch weniger als 1.000 Patienten.»[479]

Zur LG Carotis [Halsschlagader; d. Verf.] operativ/interventionell wird ausgeführt: «Des Weiteren besteht eine starke Häufung in den urbanen Räumen von Köln (VG 5), Bonn (VG 6) und Aachen (VG 7), zumal diese Häufung durch KH mit FZ kleiner als 50 zusätzlich verstärkt wird.»[480]

Hinzu kommt, dass sich ein großer Teil dieser kleineren Krankenhäuser in unmittelbarer Nähe von größeren Krankenhäusern mit deutlich höheren Fallzahlen befindet. Dies trifft besonders auf die Metropolzentren (Rhein-Ruhr-Gebiet) zu. Ein Erreichbarkeitsproblem wie in ländlichen Bereichen gibt es also nicht.

Insofern scheint es zumindest in diesen Fällen gerechtfertigt, durch eine Leistungsplanung zu einer Konzentration der Krankenhäuser oder der Leistungen in bestimmten Krankenhäusern zu kommen. Dabei geht es nicht um einen Kahlschnitt. Neben einer Konzentration von Leistungen können auch Kooperationen ein sinnvolles Mittel sein.

Solche Überlegungen bedeuten aber umgekehrt auch, dass die Versorgungskapazitäten der größeren Häuser entsprechend aufgestockt werden müssen. Das bezieht sich auf Behandlungsräume und Geräte. Da stationäre Behandlung in Betten stattfindet, heißt das aber auch, dass zumindest dort mehr Betten benötigt werden und nicht weniger, wie das Gutachten in späteren Teilen ausführt. Vor allem müssten aber solche Umstrukturierungen im Einvernehmen mit den Beteiligten vor Ort (auch der Bevölkerung) geplant werden.

Eine solche Umstrukturierung – so medizinisch sinnvoll sie wäre – würde umfangreiche Investitionsmittel verschlingen. Die Länder stehlen sich aber seit Jahren aus ihrer Verantwortung für die Finanzierung der Investitionskosten. Nordrhein-Westfalen hat die Einzelförderung von Investitionen abgeschafft. Ohne dass gewährleistet ist, dass die notwendigen Gelder zur Verfügung gestellt werden, ist es fahrlässig, solche Zentralisierungspläne zu entwickeln. Sie bedeuten schlicht und einfach, eine Verschlechterung der Versorgung aus Kostengründen anzustreben.

Hinzu kommt noch, dass – solange es die Möglichkeit zur Gewinnerzielung im Krankenhausbereich gibt – private Träger sich mit allen Mitteln gegen solche Pläne wehren würden, insbesondere gestützt auf die gesetzlich verbriefte Trägervielfalt das Prinzip des Schutzes der Berufsfreiheit gemäß Art. 12 GG (Näheres siehe Kapitel 3). Damit bliebe als einzige Möglichkeit, diese Pläne zu realisieren, noch mehr Krankenhäuser zu privatisieren, um den privaten Trägern Kompensationsgeschäfte anbieten zu können. Ob das Gutachten hierauf spekuliert, darf vermutet werden, ist aber nicht ausgeführt. Bleibt die staatliche Investitionsförderung aus, wäre auch die Verschuldung am Kapitalmarkt ein Stück weit vorangebracht. Den Neoliberalen werden diese Perspektiven gefallen.

4.1.4 Ländliche Gebiete: Flächendeckung versus Leistungskonzentration

Anders sieht es in den ländlichen Gebieten aus. Die Grundversorgung ist bescheiden, die Spezialversorgung (im Sinn von Maximalversorgung und Notfallversorgung) weit entfernt. Für die Gutachter*innen besteht hier aber kein wirklicher Handlungsbedarf.

Eines der Probleme ist, dass viele Patient*innen in Krankenhäuser der urbanen Regionen gehen und damit die Fallzahlen in den ländlichen Bereichen noch einmal abgesenkt werden.[481] Das ist für sogenannte Wahleingriffe (ohne Zeitnot) in gewisser Weise schon jetzt eine Abstimmung mit den Füßen, bedeutet aber trotzdem für viele Patient*innen (Alte, sozial Schwache) und ihre Angehörigen hohe Hürden bzw. Belastungen.

Die gesundheitspolitisch entscheidende Frage ist: Wie kommt man zu Fallzahlen, die eine gute Qualität ermöglichen, ohne die flächendeckende Versorgung noch mehr auszudünnen? Für die Grundversorgung ist hierzu ein Netz aus Primärversorgungszentren nötig, die von zentralen Krankenhäusern (mit gemeinsamem und rotierendem Personal) betrieben werden, apparativ voll ausgestattet sind, telemedizinisch an das Krankenhaus angebunden sind und auch über einige Beobachtungs- und Überwachungsbetten verfügen.[482] Der Aufbau solcher Strukturen ist die zwingende Voraussetzung für alle Pläne, Häuser im ländlichen Raum zusammenzulegen. Auch die Zahl der Standorte von Notarztwagen muss deutlich erhöht werden (ggf. in Verbindung mit den Primärversorgungszentren), um die verlängerten Fahrtzeiten zu den Krankenhäusern zu kompensieren bzw. um die Rettungsfristen einzuhalten. Bevor diese Strukturen nicht aufgebaut sind und funktionieren, verbietet sich die Schließung von «Landkrankenhäusern». Das Gutachten sieht das anders und meint, es reiche, wenn sich das Ministerium im Bundesrat für die Überwindung der Sektorengrenzen und ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem einsetzt.[483] Ein Junktim sieht das Gutachten nicht. Der Abbau könne sofort beginnen.

Noch schwieriger ist die Sache bei der Spezialversorgung. Hier sind im ländlichen Raum die noch geringeren Fallzahlen das größte Hindernis. Ein Weg wäre, auch im ländlichen Raum einzelne größere Kran-

478 Gutachten/Langfassung, S. 56. **479** Ebd., S. 265. **480** Ebd., S. 276. **481** Zahlen hierzu: ebd., S. 28. **482** Zu diesem Konzept siehe auch Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem, S. 181 ff. **483** Gutachten/Kurzfassung, S. 115.

kenhäuser mit einem breiteren Spektrum zu betreiben, auch wenn sie nicht kostendeckend sind. Wenn auch in ländlichen Bereichen eine qualitativ hochwertige Spezialversorgung vorhanden wäre, bestünde durchaus die Möglichkeit, die «Abwanderung» vieler Patient*innen zu stoppen und so auch höhere Fallzahlen zu gewährleisten. Voraussetzung hierfür ist aber, dass nicht die Kosten im Mittelpunkt der Planung stehen, sondern die Versorgungsqualität. Im Entwurf des Krankenhausplans 2001 (siehe Kapitel 2, Länderteil Nordrhein-Westfalen) hieß es völlig richtig: «In diesem Zusammenhang ist es Aufgabe der Landesplanung, auf die Sicherstellung einer ausgewogenen Versorgung zu achten, Versorgungslücken zu vermeiden und unter Umständen in unterversorgten Regionen sogar die Vorhaltung unwirtschaftlicher Strukturen zu erzwingen.»[484]

4.1.5 Die Mindestmengen und die Qualität

Das Gutachten hat als einen der Vorzüge der Leistungsplanung die Verknüpfung der Leistungsgruppen mit Mindestmengen und Qualitätsindikatoren bzw. -vorgaben genannt (siehe oben). Auch wenn solche Vorgaben und Mindestmengen genauso innerhalb einer detaillierten Planung auf Teilgebieten und Subspezialitäten möglich wären, bleibt zunächst festzuhalten, dass eine Einbeziehung von Qualitätskriterien in die Planung richtig und notwendig ist, da Qualität auch mit den Fallzahlen zusammenhängt. Diese Bewertung ist auch wissenschaftlich gut abgesichert.[485]

Auch hier muss aber einschränkend festgehalten werden, dass zuerst die Voraussetzungen für eine gute Qualität geschaffen werden müssen. Es reicht nicht, kleine Krankenhäuser zu schließen und auf den qualitätssteigernden Mengeneffekt bei den Fallzahlen zu hoffen. Notwendig sind vor allem eine bedarfsorientierte Personalbemessung, eine entsprechende investive Ausstattung und konkrete Verfahren und Maßnahmen, die die Krankenhäuser in die Lage versetzen, ihre Qualität zu verbessern. Fehlt all dies und geschieht nichts in diese Richtung (was zu befürchten ist), bedeuten die Mindestmengen und Qualitätsvorgaben für viele Krankenhäuser nur den Aufbau von unüberwindlichen Hürden und eine Legitimierung von Schließungen bzw. Geldentzug (Qualitätsvergütung). Dass die Gutachter*innen bei der Personalausstattung nur die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV)[486] im Sinn haben,[487] lässt Schlimmes ahnen. Hierfür spricht auch, dass beim Thema «Verknüpfung von Qualität und LG» ausgeführt wird, «dass die Qualitätsvorgaben der wesentlichste Hebel sind, um eine bedarfsgerechte Leistungssteuerung zu implementieren».[488] Anders ausgedrückt: Es wird genau die oben geäußerte Befürchtung bestätigt, dass Qualitätsvorgaben missbraucht werden sollen, um damit die Schließung von Krankenhäusern und einen weiteren Bettenabbau zu rechtfertigen.

4.1.6 Die Planungskriterien des NRW-Plans

In Kapitel 10 wird eine Prognose und Bedarfsabschätzung für die somatischen Fächer bis 2032 abgegeben. In diesem Kapitel geht es um des Pudels Kern. Es werden die demografische Entwicklung, die Krankenhaushäufigkeit, die Entwicklung der Verweildauer und der Bettennutzungsgrad dargestellt. Dabei wird als wesentlicher Faktor die fortschreitende Ambulantisierung eingeführt (hierzu siehe unten). Den aufmerksamen Leser*innen ist sicherlich nicht entgangen, dass man damit exakt wieder bei der alten Burton-Hill-Formel zur Bettenplanung angekommen ist. Der einzige Unterschied ist, dass der Detaillierungsgrad deutlich höher ist. Die Berechnungen werden für die Leistungsbereiche und -gruppen und die einzelnen Versorgungsgebiete durchgeführt und erst anschließend zusammengefasst, was aber nichts daran ändert, dass es letztlich um Betten bzw. um deren Abbau geht.

Die Kritik an dieser Vorgehensweise bezieht sich nicht auf die Bewertung und Berechnung der demografischen Entwicklung für die einzelnen Leistungsbereiche und -gruppen. Sie ist relativ detailliert und, soweit nachvollziehbar, korrekt. Auch bei der Verweildauerentwicklung werden zunächst relativ differenziert die die Verweildauer verlängernden und verkürzenden Einflüsse dargestellt. Kritisch gesehen werden muss, dass der Effekt der Berechnung der Verweildauer über die Mitternachtsstatistik in Nordrhein-Westfalen die wirkliche Verweildauer bei sonst gleichen Parametern um 16,1 Prozent steigen lassen würde. Dementsprechend würden sich auch die Berechnungstage und die notwendigen Betten um denselben Prozentsatz erhöhen. Auch auf die Bettennutzung wirkt sich diese Fehlberechnung aus. Sie ist dann um 16,1 Prozent höher. Bei einer angenommenen Bettennutzung von 80 Prozent liegt sie dann tatsächlich bei 92,9 Prozent. Dass entspricht dann schon wesentlich eher dem, was die Beschäftigten in den Krankenhäusern berichten und empfinden, nämlich dass bei den immer niedrigeren Verweildauern eine Auslastung von 80 bis 85 Prozent (nach falscher Rechnung) de facto einer Vollbelegung entspricht. Da genau diese systematischen Berechnungsfehler im Gutachten gemacht werden, sind die Rechenergebnisse – auch wenn sie detailliert erstellt werden – letztlich Makulatur.

Ein weiteres Argument wird im Gutachten in keiner Weise berücksichtigt: Durch die ökonomischen Anreize des DRG-Systems kommt es zu einer systematischen Absenkung der Verweildauer, und zwar nicht aus medizinischen, sondern aus ökonomischen Erwägungen. Das heißt, soziale Gesichtspunkte wie

484 Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2001, Entwurf, Stand: 9.11.2001, S. 17. **485** Siehe z. B. das Literaturverzeichnis im Kapitel «Qualitätsorientierte Krankenhausplanung» in Gutachten/Langfassung, S. 763 ff. **486** Wie der Name schon sagt, legt die PPUGV nur absolute Untergrenzen fest und ist nicht geeignet, eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. Außerdem bezieht sie sich nur auf die Pflege und nicht auf andere Berufsgruppen. Zur vertieften Darstellung siehe Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem, S. 113 ff. **487** Kapitel 9.9.1 in Gutachten/Langfassung, S. 561 ff. **488** Gutachten/Langfassung, S. 794.

die Mehrbelastung von Familien (Ersatz professioneller Pflege durch Laienpflege) oder die verlängerte Rekonvaleszenz, die höhere Kosten verursacht (nicht im Krankenhaus) und im schlimmsten Fall zu gesundheitlichen Dauer- oder Langzeitschäden führt, bleiben völlig ausgeblendet.

Neben der fehlenden Berücksichtigung dieser Faktoren greift das Gutachten dann noch zu einer weiteren zweifelhaften Methode, um die Verweildauern weiter drücken zu können. Es wird ein Benchmark der Verweildauern mit anderen Bundesländern durchgeführt.[489] In welchem Umfang dieses Benchmarking in die von den Gutachter*innen verfügte Absenkung der Verweildauern eingeht, wird nicht offengelegt. In jedem Fall ist Benchmarking – wie schon mehrfach dargelegt (z. B. im Länderkapitel zu Brandenburg) – in keinem Fall eine akzeptable Methode zur Bestimmung eines notwendigen Bedarfs.

Auch die normativen Vorgaben für die Bettennutzung werden einer Revision unterzogen. Statt der «sprunghaften» Definition in Fünf-Prozent-Schritten soll es einen «kontinuierlichen Referenzwert» geben.[490] Abgesehen davon, dass die meisten Bundesländer (auch Nordrhein-Westfalen) in ihrer «veralteten Planung» auch schon relativ stark differenzierte Bettennutzungsgrade nach Verweildauern und nach Fachgebieten eingeführt hatten, geht es jetzt weniger um die Kontinuität, sondern um eine Anhebung der vorgegebenen Bettennutzungsgrade. Dies erkennt man daran, dass die Veränderung der normativen Bettennutzung mit zehn Prozent zum gewünschten Bettenabbau beitragen soll. Zehn Prozent entspricht 10.500 Betten weniger.[491] Da die Fehlberechnung der Verweildauern sich unmittelbar auf die Bettennutzung auswirkt (siehe oben), sind die angenommenen Werte pro Leistungsbereich deutlich zu hoch angesetzt. Will man sie erreichen, bedeutet das eine massive Mehrbelastung der Beschäftigten und eine Verschlechterung der Versorgung.

4.1.7 Das Ambulatisierungspotenzial

Ein weiterer Kernpunkt des Gutachtens zur Reduzierung des notwendigen Bedarfs an Leistungen/Betten ist das sogenannte Ambulantisierungspotenzial. Im Jahr 2017, heißt es dort, seien von insgesamt 4,5 Millionen Fällen 570.189 Fälle und damit 937.320 Belegungstage ambulantisierbar gewesen.[492] Das wären 12,7 Prozent aller Fälle. Sollten sie weiter ambulant im Krankenhaus behandelt werden (teilstationär oder durch ambulantes Operieren), wären laut Gutachten hierzu 600 teilstationäre Plätze und 530 Plätze für ambulantes Operieren notwendig. Aber auch die Behandlung durch niedergelassene Ärzt*innen ist für die Gutachter*innen vorstellbar – vermutlich sogar wünschenswert.

In welcher Dimension die Verweildauerreduzierungen und das angenommene Ambulantisierungspotenzial sich auf die notwendigen Leistungen/Betten in den einzelnen Leistungsbereichen auswirken, sieht man an Tabelle 72. Sie wurde auf Basis der im Kapitel 10.5 «Versorgungsanalyse» dargestellten Zahlen für die verschiedenen Leistungsbereiche erstellt.[493] Sie stellt die Veränderung der Verweildauer und der Fallzahlen mit und ohne Ambulantisierungspotenzial (Amb-P) bis 2032 in Prozent dar (2017 = 100 Prozent). Bei den Verweildauern wird eine Absenkung in einzelnen Leistungsbereichen um bis zu 20,2 Prozent (Gastroenterologie) unterstellt, bei den Fallzahlen um bis zu 21,4 Prozent (Augenheilkunde). Welche Rolle bei den Berechnungen das Ambulantisierungspotenzial spielt, sieht man an den stark differierenden Fallzahlen, wenn man dieses Potenzial nicht in die Prognose einbezieht (z. B. Herz ohne Amp-P: +12,2 und mit Amp-P: -13,2).

Die Berechnung dieses Potenzials erfolgte auf der Basis von «verdächtigen» OPS-Kodes (Katalog der Operationen und Prozeduren) mit niedrigen Verweildauern. Ein gewisser Abzug erfolgte wegen sozialer Gründe.[494] So wurden 90 Prozent der Patient*innen, deren OPS-Kode als ambulant durchführbar gelistet sind und die bisher im Krankenhaus behandelt werden, als ambulantisierungsfähig eingestuft.

Dabei kann die Frage, ob ein Patient ambulant behandelt werden kann oder stationär behandelt werden muss, meist nicht objektiv aus der jeweiligen DRG oder dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Katalog) abgeleitet werden. Da äußerst subjektive Faktoren und Umstände im Einzelfall eine gewichtige Rolle spielen, kann diese Frage gerade nicht über prozentuale Abschätzungen geklärt werden.

Hinzu kommt, dass – ungeachtet der exorbitanten Dimensionen des angenommenen Potenzials (12,7 Prozent aller Patient*innen) und unterstellt, es sei richtig – ein solches Potenzial in einer Bedarfsberechnung des stationären Bereichs erst mindernd eingeplant werden darf, wenn die dafür notwendigen ambulanten Einrichtungen auch in der Lage sind, den entsprechenden Versorgungsbedarf zu decken. Das ist offensichtlich nicht der Fall – weder bei den Krankenhäusern noch bei den niedergelassenen Ärzt*innen. Versorgungslücken und gesundheitliche Schäden sind so vorprogrammiert.

489 Ebd., S. 593. **490** Ebd., S. 594. **491** Ebd., S. 596. **492** Ebd., S. 602. **493** Ebd., S. 604 ff. **494** Ebd., S. 591.

Tabelle 81: Veränderung der Verweildauern (VWD) und der Fallzahlen (FZ) mit und ohne Ambulantisierungspotenzial (Amb-P) zwischen 2017 und 2032 in Prozent (2017 = 100 Prozent)

Leistungsbereich	VWD	FZ o. Amb-P	FZ m. Amb-P
Grundversorgung	-3,5	8,6	-7,2
Herz	2,8	12,2	-13,2
Gefäße	-2,2	14,3	1,1
Pneumologie	-7,9	7,8	4,9
Thoraxchirurgie	-2,2	14,3	1,1
Gastroenterologie	-20,2	11,3	1,7
Viszeralchirurgie	8,3	7,3	5,9
Nephrologie	6,3	15	12,7
Urologie	-14,4	11,1	-3,1
Beweggungsaapparat	-7,1	6,6	-3,9
Rheumatologie	-15	1,4	-9,9
Polytrauma/Verbrennungen	12,7	-9	4,2
Neurologie	-15	8,8	3
Neurochirurgie	-5,7	5,7	3,4
Gynäkologie	-14	-1,3	-16,3
Geburtshilfe	-17,3	-6,4	-10
Neugeborene	-19	-8	-8
Hämatologie/Onkologie	11,5	12,8	-10
Strahlenth./Nuklearmedizin	2,5	8,7	4,4
Dermatologie	-13,2	5,8	-2,1
HNO/MKG	-9,8	0,2	-9,5
Ophtalmologie	10,2	10,8	-21,4
Transplantationen	-0,6	-0,3	-0,3
Querschnittsbereich Geriatrie	3,2	21,2	21,2
Querschnittsbereich Intensiv	-2,9	12,8	12,8
Querschnittsbereich Palliativ	-9	15,6	15,6
Querschnittsbereich Kinder-/Jugendmedizin	-5,9	4,4	-10,7
Sonstige	2,3	4,9	2

Trotz aller Verheißungen einer neuen «bedarfs- und qualitätsorientierten Versorgungsplanung»[495] für die verschiedenen Leistungsgruppen landet das Gutachten dann doch wieder bei der Bettenzahl und bei Schließungen – also dem, um was es immer geht, wenn man Lohnnebenkosten einsparen will.

Letztlich kommt dieses Kapitel zum Ergebnis, «dass gemäß dem beschriebenen Vorgehen zur Prognose in 2032 nur noch rund 84.400 Betten benötigt werden und somit 18.400 Betten weniger als im Soll laut FSB [Feststellungsbescheid] ausgewiesen seien. Der weitaus größere Teil dieser Bettendifferenz erklärt sich jedoch nicht über die prognostizierten Veränderungen (VWD, FZ-Entwicklung und Ambulantisierung), sondern vor allem über die Anpassung der Auslastung sowie die Optimierung der derzeitigen VWD. Während erstgenannte Effekte nur eine rechnerische Verringerung von circa 4.800 Betten verursachen, ist der zweitgenannte Effekt, also die Anpassung bzw. Optimierung der derzeitigen Strukturen, mit -13.600 Betten mehr als dreimal so relevant.»[496]

Anders ausgedrückt: Die Prognoserechnung bis 2032 macht nur ein Drittel des geforderten Bettenabbaus aus. Der wesentliche Teil kann eigentlich sofort umgesetzt werden, schlicht über das noch schnelleres Durchschleusen der Patient*innen und eine noch höhere Auslastung, das heißt eine noch größere Belastung der Beschäftigten.

Ein Abbau von 18.400 Betten (17,9 Prozent aller Betten) und die Schließung von einer ungenannten (den Gutachter*innen aber aufgrund ihrer Analysen sicherlich bekannten) Zahl von Krankenhäusern innerhalb von zehn Jahren, das wäre tatsächlich eine neue Dimension und ein Riesenschritt in Richtung der Maximalvorstellungen der neoliberalen Thinktanks (Leopoldina: «380 Krankenhäuser und 380.000 Betten reichen», Bertelsmann Stiftung: «nur noch ein Drittel der Krankenhäuser notwendig», Reinhard Busse: «800 Krankenhäuser schließen und 100.000 Betten abbauen»).

4.1.8 Der Planungsprozess

In Kapitel 12 wird die qualitätsorientierte Krankenhausplanung dargestellt.[497] Die Qualitätsdimensionen Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität, Mindestmengen und Servicequalität werden auf ihre Geeignetheit als Qualitätsindikatoren für die Leistungsgruppenplanung untersucht. Dabei kommt das Gutachten richtigerweise zu dem Schluss, dass Ergebnis- und Servicequalität ungeeignete Indikatoren sind. Ersteres unter anderem wegen der fehlenden wissenschaftlichen Zuordenbarkeit der Ergebnisse zum Verursacher,[498] Letzteres wegen ungenügender Spezifität. Im Weiteren werden dann beispielhaft Qualitätsindikatoren aus der Gruppe der Struktur- und Prozessqualität und Mindestmengen für einzelne Leistungsgruppen vorgestellt. Richtigerweise wird auch betont, dass die Verbesserung der Qualität in den Krankenhäusern über Peer-Review-Verfahren und Morbiditäts- bzw. Mortalitätskonferenzen gefördert werden soll. Zusätzlich soll die Planungsbehörde Audits zur Überprüfung der Qualitätsdaten durchführen. Den Ausführungen kann im Wesentlichen zugestimmt werden. Entscheidend wird es darauf ankommen, welche Qualitätsindikatoren in der Krankenhausplanung dann tatsächlich eingesetzt werden. Insbesondere kommt es hier auf die Differenziertheit und Verbindlichkeit der Vorgaben an. Bedenklich stimmt, dass bei der Strukturqualität «Personalausstattung» im Gutachten eigentlich nur Bestimmungen für Ärzt*innen und für Intensivstationen angeführt werden und diese sich hauptsächlich auf die Qualifikation beziehen. Ein klares Bekenntnis und klare Vorgaben zu einer am Bedarf ausgerichteten Personalplanung und -bemessung wären hier sinnvoll und notwendig gewesen.

Es muss nicht nochmals betont werden, dass die Qualitätsvorgaben nicht zum Selektionsinstrument und zur Schließung von Krankenhäusern missbraucht werden dürfen.

495 Ebd., S. 48. **496** Ebd., S. 597. **497** Ebd., S. 739 ff. **498** Näheres siehe Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem, S. 49 ff.

In Kapitel 13 wird der eigentliche Planungsprozess vorgestellt. Die Ergebnisse der Versorgungsanalyse und der Prognose (siehe unten) werden in Form einer Matrix dargestellt, sodass sich für jedes Versorgungsgebiet der jeweilige Handlungsbedarf ergibt (Beispiel Versorgungsanalyse: bestehende Überversorgung, Prognose: sinkender Bedarf, Handlungsbedarf: «Neuverteilung der Versorgungsaufträge zur Leistungskonzentration ist mit Nachdruck umzusetzen»).[499]

«Nach der Herstellung der nötigen Transparenz, der Ableitung des Handlungsbedarfs und der Veröffentlichung der konsentierten Qualitätsvorgaben sollte die zuständige Planungsbehörde, also die jeweilige BR [Bezirksregierung; der Verf.], zu Verhandlungen regionaler Planungskonzepte […] auffordern. Vor Beginn der eigentlichen Verhandlungen müssen die Krankenhausträger dazu aufgefordert werden, für jede zu verhandelnde LG zu erklären, ob eine Versorgungsabsicht besteht. Falls ein Krankenhausträger eine positive Absichtserklärung für eine LG einreicht, muss der Krankenhausträger Angaben zur Einhaltung der Qualitätsvorgaben der jeweiligen LG liefern. Abschließend muss der Krankenhausträger eine Erklärung abgeben, ob die Qualitätsvorgaben der jeweiligen LG eingehalten werden können.»[500]

«Sobald die Krankenhausträger ihre Versorgungsabsichten erklärt und Selbstangaben zu den Qualitätsvorgaben fristgerecht geliefert haben […], beginnen die operativen Verhandlungen der regionalen Planungskonzepte. Diese finden zwischen den Krankenhausträgern und den Verbänden der Krankenkassen statt und werden für medizinisch zusammenhängende LB bzw. jedes Organsystem separat geführt.»[501]

Es bleibt also bei dem bisherigen Verfahren, dass die eigentlichen Festlegungen zur Planung nicht durch das Ministerium, sondern im Rahmen von Verhandlungen zwischen Kassen und Krankenhausgesellschaft getroffen werden. Dass diese Vorgehensweise die Planungshoheit des Landes untergräbt, wurde bereits in Bezug auf frühere Pläne und andere Bundesländer dargestellt und braucht nicht wiederholt zu werden. Die Konsensfindung soll mit straffen zeitlichen Vorgaben beschleunigt werden.

«Ziel der Verhandlung ist die Konsensfindung darüber, welche KH-Standorte ein Versorgungsangebot für eine bestimmte LG erhalten und welche KH-Standorte von der Versorgung ausgeschlossen werden sollten. Durch die oben beschriebene Prüfung der Einhaltung der Qualitätsvorgaben sollte in den meisten Fällen offensichtlich sein, welche KH-Standorte sich für die Versorgung qualifizieren und dementsprechend berücksichtigt werden. Die Leistungspakete sind mit Mengenangaben versehen.»[502]

Im Ergebnis soll ein Teil der «Bewerber» freiwillig ausscheiden und ein anderer Teil an den Vorgaben scheitern. Für Letztere soll es im Einzelfall zeitlich beschränkte «außerordentliche Versorgungsangebote» geben. Die «Leistungspakete» sollen dann unter den übrig gebliebenen verteilt werden. Weiter heißt es: «Abschließend ist die Erstellung der Versorgungsangebote durch das Feststellen von Versorgungsaufträgen abzuschließen.»[503]

Zum Versorgungsauftrag heißt es im neuen Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen (KHGG) in § 16/1: «Der Bescheid über die Aufnahme enthält […] 6. den Versorgungsauftrag nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen, 7. die je Leistungsgruppe durch die durchschnittliche jährliche Fallzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter angegebene Versorgungskapazität im Ist und Soll, in den Rahmenvorgaben […] wird je Leistungsgruppe eine Schwankungsbreite vorgesehen, in deren Rahmen die Krankenhäuser von der festgestellten Versorgungskapazität abweichen dürfen.»

Vordergründig geht es bei dem Verfahren der «Angebotsauswahl» nur um die Standorte, denen bestimmte Leistungsgruppen zugeordnet werden. Die dahinterstehenden Patientenzahlen kommen formal erst über den Feststellungsbescheid ins Spiel. Tatsächlich erfolgt aber schon in dieser Phase eine quantitative Planung, weil ja die Zahlen der Bedarfsanalyse vorliegen. Für die Entscheidung eines Krankenhausträgers, ob er ein Angebot annimmt, spielt die Zahl der möglichen Patient*innen eine nicht unerhebliche Rolle. Dies gilt insbesondere für Zeiten, in denen über die finanzielle Steuerung durch DRGs die Mengenausweitung ein wesentliches Geschäftsmodell ist. Außerdem lässt sich ja ohne Mengenvorgaben die Reduzierung von Standorten und Betten überhaupt nicht steuern, und das ist eines der zentralen Anliegen des Gutachtens. Die konkreten Mengenzahlen werden deshalb auch eine wichtige Rolle in den regionalen Verhandlungen zwischen Kassen und Trägern spielen.

Dass der Versorgungsauftrag je nach Versorgungsstufe und Leistungsfähigkeit des Krankenhauses inhaltlich festgelegt (und damit begrenzt) wird, ist ein richtiger Ansatz. Er sichert, dass nicht einzelne Krankenhäuser äußerst komplexe Behandlungen in sehr geringer Zahl durchführen. Er ist geeignet, um die Sicherheit der Patient*innen und die Versorgungsqualität zu erhöhen. Demgegenüber völlig inakzeptabel ist die Festlegung von Obergrenzen für die Menge der Behandlungen, auch wenn sie mit einer Schwankungsbreite versehen sind. Damit geht das allgemeine Krankheitsrisiko auf die Krankenhäuser über. Überschreiten sie die Grenzen, droht die Herausnahme aus dem Plan. Gleichzeitig können die Kassen bei einer Leistungserbringung außerhalb des Versorgungsauftrags die Vergütung verweigern. Die Folge wird sein, dass Krankenhäuser, die sich den Obergrenzen nähern, die Aufnahme von Patient*innen ablehnen oder verschieben werden und dass die Patient*innen Wartezeiten oder lange Wege in Kauf nehmen müssen. Beides ist nicht patientengerecht. Die Alternative ist, dass das Krankenhaus von Insolvenz bedroht wird,

499 Gutachten/Langfassung, S. 770. **500** Ebd., S. 772. **501** Ebd., S. 773. **502** Ebd., S. 774. **503** Ebd., S. 777.

noch mehr (am Personal und der Qualität) spart oder «vom Markt genommen wird». Hintergrund dieser Regelung ist ganz offensichtlich die durch das DRG-System angetriebene Mengenausweitung, die verhindert/begrenzt werden soll. Hierzu auf der Planungsebene anzusetzen, ist aber der völlig falsche Weg. Wer ökonomisch begründete Mengenausweitungen verhindern will, muss die ökonomischen Regeln, also die Finanzierung ändern und nicht den Krankenhäusern Daumenschrauben anlegen.

Insgesamt erinnert das «Design» des Planungsprozesses doch sehr an Geschäftsverhandlungen, wie sie in der Marktwirtschaft üblich sind (Angebote/Nachfrage, Gebote abgeben, Verhandlungen zwischen Anbietern und Nachfragern). Es findet damit eine Verfestigung marktwirtschaftlicher Mechanismen und Verhaltensweisen statt, die in der Daseinsvorsorge nichts verloren haben.

Äußerst optimistisch äußern sich die Gutachter*innen zum Prozessrisiko, wenn die negativen Entscheidungen von den betroffenen (vermutlich zumeist privaten) Trägern nicht akzeptiert werden: «Eine Untersagung der Leistungserbringung und ein Eingriff in die Berufsfreiheit gemäß § 12 Abs. 1 GG in Verbindung mit § 19 Abs. 3 GG sind mit einer subjektiven Berufszulassungsbeschränkung zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter, in diesem Fall der Patientensicherheit, zu begründen.»[504] Bei der momentanen Rechtsprechung ein frommer Wunsch.

Ganz trauen sie dem Frieden aber doch nicht und empfehlen deshalb, die Finanzkeule aus dem Sack zu holen: «In diesem Zuge sollte transparent gemacht werden, dass je LG begrenzte Investitionsmittel zur Verfügung stehen und deshalb insbesondere in Regionen mit Anzeichen für eine Überversorgung nur einzelne KH gefördert werden. Das Risiko einer Ablehnung von Förderanträgen aufgrund einer Überzahl von versorgenden KH kann nicht im Sinne der Krankenhausträger sein. Folglich kann erwartet werden, dass Krankenhausträger ein Interesse an einer adäquaten Leistungsaufteilung und damit effektiven Verteilung der Investitionsmittel entwickeln.»[505]

Mit der von den Gutachten abgelehnten Einzelförderung würde das Drohpotenzial größer sein. Bei einer Pauschalförderung hat jedes Krankenhaus, das in den Plan aufgenommen ist, Anspruch auf Fördermittel. Und man muss darauf setzen, dass die betroffenen Krankenhäuser sich gemeinsam dafür einsetzen werden, weniger Krankenhäuser in den Plan aufzunehmen, damit die Kuchenstücke, die verteilt werden, größer ausfallen. Angesichts des unter DRG-Bedingungen unvermeidlichen Konkurrenzkampfes ist auch das eine vage Hoffnung.

4.1.9 Handlungsempfehlungen des Gutachtens

In Kapitel 14 des Gutachtens werden «Handlungsempfehlungen für eine zukunftsgerichtete Krankenhausplanung» vorgestellt. Einleitend wird festgestellt: «Gleichzeitig wird die unternehmerische und medizinische Gestaltungsfreiheit der Leistungserbringer gesichert.»[506] Das dürfte alle Marktapologeten beruhigen und klarstellen, dass eine wirkliche Änderung der Gesundheitsversorgung in Richtung Daseinsvorsorge nicht geplant ist.

Zum Thema Aufhebung der Sektorengrenzen gibt es bei den Handlungsempfehlungen dann neben dem Appell, sich im Bundesrat dafür starkzumachen, doch noch weitere interessante Vorschläge: «Gleichzeitig ist der Zugang der niedergelassenen Versorger für derzeit stationäre Leistungen, beispielsweise in den Bereichen der Kurzzeitpflege oder Notfallversorgung, anzustreben. Dies könnte insbesondere in stationär unterversorgten Regionen einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung leisten.»[507]

«Entwicklung eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems für KH: KH sollten keinen finanziellen Anreiz haben, gleichwertig ambulant zu versorgende Patienten stationär aufzunehmen, um durch eine stationäre Abrechnung höhere Umsätze zu generieren. Folglich sollte für den ambulanten Leistungskatalog ein attraktives Vergütungssystem entwickelt werden. Die Vergütung hat der in KH vorhandenen und vorzuhaltenden Struktur zu entsprechen. Demnach sollte eine auskömmliche Vergütung höher als die derzeitige ambulante liegen, aber gleichzeitig niedriger als die stationäre Vergütung (vgl. Vorschläge des Sachverständigenrats: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018).»[508]

In der Konsequenz kann man die Sektorengrenzen in zwei Richtungen überwinden:

– Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, inklusive Einrichtung von Primärversorgungszentren und Überwindung der doppelten Facharztschiene. Abschaffung der DRGs und der (budgetierten) Einzelleistungsvergütung im niedergelassenen Bereich und Einführung einer Trennung der Leistungserbringung von der Vergütung der Leistungserbringer (im Krankenhausbereich vollständige Finanzierung der notwendigen Kosten).[509]
– Öffnung der Krankenhäuser für die Niedergelassenen, zum Beispiel Notfallpraxen, Belegärzt*innen, Intersektorale Gesundheitszentren (siehe unten) und Einführung der DRGs auch im ambulanten Bereich.

Für letzteren Weg spricht sich das Gutachten aus. Dabei haben die Autor*innen gewichtige neoliberale Mitstreiter. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gehört dazu (siehe oben), aber auch das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth und die Oberender AG. Sie schlugen in einem Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Umwandlung von kleinen Krankenhausstandorten in «Intersektorale Gesundheitszentren» vor. Die Intersektoralen Ge-

504 Ebd., S. 775, Fußnote 224. **505** Ebd., S. 782. **506** Ebd., S. 790. **507** Ebd., S. 795. **508** Ebd. **509** Näheres siehe auch Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: Das Fallpauschalensystem, S. 164 ff.

sundheitszentren (IGZ) sollen im ambulanten Sektor angesiedelt werden und auch Betten umfassen. Als Vergütung sind die DRGs geplant, abzüglich eines «30-prozentige[n] Abschlag[s] auf eine fiktive durchschnittliche DRG mit einem CMI von 0,620».[510] Im Kern soll die Vergütung für die gleiche Leistung um ein Drittel abgesenkt werden. Für Niedergelassene vermutlich ein Schnäppchen, für die Krankenhäuser dürfte das bei den wesentlich höheren Vorhaltekosten bei Weitem nicht ausreichen, außer man spart an Personal und Ausstattung und macht «Fließbandabfertigung», was die allgemeine Versorgungsqualität sicherlich nicht verbessert. Solche «Hybrid-DRGs» werden von interessierter Seite zunehmend propagiert und wären eine gefährliche Entwicklung, weil alle negativen Anreize des stationären Bereichs auf den ambulanten Bereich übertragen würden und es insgesamt zu einer Stabilisierung des DRG-Systems kommen würde, anstatt es zu überwinden. Des Weiteren wäre eine noch massivere Ausdehnung von privatem Kapital auch im ambulanten Bereich zu befürchten, wenn private Krankenhausketten und Fonds diesen als Geschäftsmodell und Cashcow entdecken.

4.1.10 Fazit

Nachdem der Rückzug aus der Planung und das Vertrauen auf mehr Markt und die DRGs nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben und nachdem auch die «Abwrackprämie» (Strukturfonds des Krankenhausstrukturgesetzes von 2015) nicht zu dem erwartete Bettenabbau und zu Schließungen geführt hat, kommt es jetzt zu einer Kehrtwende in der Planungspolitik: Über eine detaillierte Leistungsplanung mit Qualitäts- und Mindestmengenvorgaben soll der Durchbruch gelingen. Dies ist in gewisser Weise eine Fortsetzung der Taktik, die die Bundesregierung in den letzten Jahren eingeschlagen hat, über Qualitätsvorgaben und Mindestmengen ein Ausscheiden von einzelnen Krankenhäusern zu bewirken. Das Problem dabei ist, dass mit eigentlich richtigen Mitteln der Planung weiterhin falsche Ziele verfolgt werden, dass durch Ignorieren der Realität (Zustand der ambulanten Versorgung, Überlastung der Kliniken) und steile Prognosen politische Wunschergebnisse produziert werden und dass die eigentlichen Probleme (Ökonomisierung, finanzielle Steuerung) kleingeredet oder gar nicht beachtet werden.

Richtige Ansätze im Gutachten (detailliertere Planung nach Leistungsgruppen, Qualitäts- und Mengenvorgaben) sollen für den Zeck des Bettenabbaus und der Krankenhausschließungen instrumentalisiert werden. Bei der Frage der Konzentration von Leistungen in weniger und größeren Krankenhäusern ist zwischen Metropolregionen und ländlichen Bereichen zu unterscheiden. Was in Metropolregionen sinnvoll sein kann, ist es in ländlichen Bereichen nicht – zumindest so lange nicht, bis alternative Strukturen tatsächlich aufgebaut sind. Ein weiterer Bettenabbau ist abzulehnen.

Kernpunkt der Vorschläge sind die strafbewehrte Begrenzung der Fälle, die ein Krankenhaus behandeln darf, und ein Aushandlungsverfahren nach Angebot und Nachfrage, das starke Züge von marktwirtschaftlichen Geschäftsverhandlungen zeigt und den Weg zu Selektivverträgen und Preisverhandlungen weist.

4.2 DAS KRANKENHAUSGESTALTUNGSGESETZ VON NORDRHEIN-WESTFALEN 2021[511]

Das neue Krankenhausgesetz wurde in unmittelbarem Anschluss an das Gutachten erstellt und ist die exakte Umsetzung und damit Legalisierung der Thesen und Vorgehensweisen der Gutachter*innen. Dass der Zeitplan, den die Gutachter*innen vorgeschlagen hatten, nicht eingehalten werden konnte, dürfte weniger an inhaltlichen oder Umsetzungsproblemen gelegen haben als an Corona.

Aufsetzend auf der letzten Version des Gesetzes (siehe das Länderkapitel zu Nordrhein-Westfalen) werden im Folgenden nur die relevanten Änderungen in Bezug auf die Paragrafen zur Planung und Förderung behandelt.

In § 10 (Nachweis freier Behandlungskapazitäten) wurde eingefügt, dass nicht die Zahl der freien Betten pro Abteilung, sondern die «nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen gegliederten freien Behandlungskapazitäten» gemeldet werden müssen.

Auch wenn der Begriff «freie Behandlungskapazitäten» sichtlich bemüht ist, zu verbergen, dass es eigentlich um Betten geht, wird doch hier schon klar, dass die Bettenzahl auch weiterhin im Zentrum des Interesses der Landesregierung steht.

In § 12 wurden zunächst ebenfalls die Betten im Text eliminiert. Der Satz «Im Krankenhausplan im Ist anerkannte Betten zur stationären Versorgung sind Planbetten. Anerkannte Plätze zur teilstationären Versorgung sind Behandlungsplätze» wurde gestrichen.

Es wurde folgender Absatz 3 eingefügt: «Die Aufstellung und Fortschreibung des Krankenhausplans erfolgt auf der Grundlage von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen. Jedem Leistungsbereich werden eine oder mehrere Leistungsgruppen zugeordnet. Die Leistungsbereiche orientieren sich an den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Leistungsgruppen bilden konkrete medizinische Leistungen ab. Die Leistungsgruppen der ‹Allgemeinen Inneren Medizin›, der ‹Allgemeinen Chirurgie› und der anderen allgemeinen Leistungsgruppen richten sich nach den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern. Spezifische Leistungsgruppen richten sich nach den Operationen- und Prozedurenschlüsseln […] oder anderen geeigneten Merkmalen. Grundsätzlich

510 Schmid, Andreas u. a.: Intersektorale Gesundheitszentren, Bayreuth 2018, S. 12. **511** Alle Zitate aus: Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen, in: Verordnungsblatt, Ausgabe 22, 17.3.2021, S. 271–292.

wird eine Leistungsgruppe nur einem Leistungsbereich zugeordnet. Einzelne Leistungsgruppen können mehreren Leistungsbereichen zugeordnet werden. Einzelne Leistungen können mehreren Leistungsgruppen beziehungsweise Leistungsbereichen zugeordnet werden. Den Leistungsgruppen werden qualitative Anforderungen zugeordnet. Die Versorgungskapazitäten werden durch quantitative oder qualitative Parameter bestimmt. Dies können auch Planbettenzahlen oder Behandlungsplatzzahlen sein. Die weitere Systematik der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen wird in den Rahmenvorgaben nach den § 12 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und § 13 geregelt.»

Damit ist der wesentliche Inhalt des Gutachtens in Gesetzesform gegossen. Positiv ist, dass die Anbindung an die DRGs, wie sie das Gutachten wollte, durch die Anbindung an den OPS-Katalog ersetzt wurde. Dies war die Forderung verschiedener Interessengruppen im Rahmen der Anhörungen zum Gesetz. Eine Hintertür bleibt allerdings offen: «Andere geeignete Merkmale» können dann doch wieder die DRGs sein.

In § 13 (Rahmenvorgaben) wurde folgender Satz im Zusammenhang mit der Festlegung von Mindestmengen gestrichen: «Eine Festlegung soll Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorsehen, um unbillige Härten insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität unterhalb der festgelegten Mindestfallzahl zu vermeiden.» Dies ist eine schlechte Entwicklung, weil diese Streichung im Kern bedeutet, dass, egal wie die Realität ist, das Schließungsprogramm durchgezogen werden soll.

Absatz 1 von § 14 (Regionale Planungskonzepte) ist wie folgt gefasst: «Auf der Grundlage der Rahmenvorgaben nach § 13 legt das zuständige Ministerium insbesondere die nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen differenzierten Versorgungskapazitäten abschließend fest, wobei die Festlegungen für die Universitätskliniken im Einvernehmen mit dem für Wissenschaft zuständigen Ministerium erfolgen. Die Bestimmung erfolgt durch quantitative oder qualitative Parameter, dies können auch Gesamtplanbettenzahlen oder Gesamtbehandlungsplatzzahlen sein. Es entscheidet außerdem auf der Grundlage der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Ausweisung besonderer Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten.»

Es bleibt also bei der gemeinsamen Erarbeitung der Regionalkonzepte durch Träger und Kassen und dem Rückzug des Landes aus der konkreten Planung vor Ort. Die Betten können also doch wieder Planungsgröße sein. Man darf gespannt sein, wie sich diese gesetzliche Formulierung im nächsten Krankenhausplan niederschlagen und in der Zukunft auswirken wird.

Absatz 3 wird um folgende Festlegungen ergänzt: «Sind mehrere Betriebsstellen vorhanden, muss den Antragsunterlagen zu entnehmen sein, wie sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses nach dem Ergebnis der Verhandlungen auf die einzelnen Betriebsstellen verteilen soll. Die zuständige Behörde gibt die regionalen Planungskonzepte der unteren und der obersten Gesundheitsbehörde sowie den Beteiligten nach § 15 Absatz 1 [unmittelbar Beteiligte im Landesausschuss; d. Verf.] zur Kenntnis. […] Das zuständige Ministerium prüft das regionale Planungskonzept rechtlich und inhaltlich. Ist die Schließung von Krankenhäusern oder die Aufgabe von Versorgungsaufträgen einzelner Leistungsbereiche oder Leistungsgruppen vorgesehen, gibt das zuständige Ministerium auch der betroffenen Gemeinde Gelegenheit zur Stellungnahme.»

Der Feststellungsbescheid (§ 16) enthält nicht mehr die Zahl der Planbetten. Stattdessen enthält er «den Versorgungsauftrag nach Leistungsbereichen und Leistungsgruppen» und «die je Leistungsgruppe durch die durchschnittliche jährliche Fallzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter angegeben Versorgungskapazität im Ist und Soll, in den Rahmenvorgaben nach § 12 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und § 13 wird je Leistungsgruppe eine Schwankungsbreite vorgesehen, in deren Rahmen die Krankenhäuser von der festgestellten Versorgungskapazität abweichen dürfen».

Die Festlegungen nicht nur von Leistungsgruppen, die ein Krankenhaus behandeln darf, sondern auch von konkreten Behandlungszahlen, ist ein «No-Go» (siehe dazu die obigen Ausführungen zur quantitativen Planung im Gutachten).

Auch die Bettenzahl taucht im Feststellungsbescheid wieder auf. Er enthält «nachrichtlich die durch die Planbettenzahl, Behandlungsplatzzahl oder durch andere qualitative oder quantitative Parameter festgestellte Versorgungskapazität im Ist und Soll». Die viel gepriesene Flexibilität der Träger wird dadurch gewährleistet, dass die Zahlen nur noch «nachrichtlich» (also nicht verbindlich) sind. Und natürlich werden die Bettenzahlen auch dadurch entwertet, dass die Steuerung über die Leistungszahlen erfolgen soll. Durch wie viele Betten der jeweilige Träger die ihm zugesprochenen Patient*innen schleust, bleibt ihm überlassen Die dahinterstehende Vorstellung ist sicher auch, dass die im Gutachten geforderten höheren Bettenauslastungen damit durchgesetzt werden können. Bettenvorhaltung für Katastrophenfälle? Fehlanzeige! Die Vorhaltung von Betten kostet, ihre Einsparung durch den Träger macht das Krankenhaus lukrativer. Die Landesregierung behält saubere Hände.

Weiter ist festgelegt: «Die den jeweiligen Leistungsgruppen zugehörigen Leistungen dürfen nur erbracht werden, wenn diese im Feststellungsbescheid zugewiesen wurden. Ist im Bescheid eine allgemeine Leistungsgruppe zugewiesen worden, darf das gesamte Leistungsspektrum des betreffenden Gebietes der Weiterbildungsordnung erbracht werden, soweit diese Leistungen nicht einer anderen Leistungsgruppe zugewiesen sind. Die Pflicht zur Versorgung in Notfällen

bleibt unberührt. Gleiches gilt für Leistungen, die während einer Behandlung notwendig werden. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses […] kann dabei hinsichtlich einzelner Leistungsbereiche oder einzelner Leistungsgruppen eingeschränkt werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung gemäß § 8 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geboten ist.»

Es bleibt bei der seit 1998 bestehenden Drohung, dass Krankenhäuser aus dem Plan ausgeschlossen werden können, wenn sie planwidrige Versorgungsangebote (jetzt Leistungen) anbieten. Diese Drohung ist natürlich schärfer, wenn Leistungen und vor allem Mengen im Detail festgelegt sind.

Es wird eine Frist von zwölf Monaten (außer bei notwendigen Baumaßnahmen) für die Umsetzung des jeweiligen Versorgungsauftrags (also der Behandlung von Patient*innen der jeweiligen Leistungsbereiche und Leistungsgruppen) gesetzt. Die Förderung ändert sich nicht: Pauschalbetrag mit Möglichkeit zur Einzelförderung in Ausnahmefällen. Es soll eine Überprüfung der Wirksamkeit des Gesetzes und ein Bericht darüber bis zum 31. Dezember 2022 erfolgen (§ 38).

Insgesamt bietet der Gesetzentwurf wenig Überraschendes, wenn man das Gutachten kennt. Er setzt seine Empfehlungen um. Entscheidend wird sein, welche «qualitativen und quantitativen» Rahmenvorgaben in den nächsten Krankenhausplan aufgenommen werden. Hier entscheidet sich, ob das Ziel wirklich Qualitätsverbesserung, Bedarfsplanung und bessere Versorgung ist oder die Fortsetzung der alten Kostendämpfungspolitik mit anderen Mitteln.

5 WIE KANN BEDARFSPLANUNG SINNVOLL AUSSEHEN? VORSCHLÄGE ZUR BEDARFSPLANUNG

Wenn man die Daseinsvorsorge nicht dem Markt überlassen will, muss es eine andere Art der Steuerung und eine Bedarfsplanung geben. Eine solche Bedarfsplanung ist schon deshalb sinnvoll, weil mit den Mitteln der Kranken- bzw. Bürgerversicherung nicht verschwenderisch umgegangen werden sollte. Dies gilt, auch wenn es sicherlich sinnvoll wäre, mehr Geld in diesen wichtigen Bereich zu lenken, um für alle Bürger*innen (auch für die ärmeren Schichten und die Landbevölkerung) eine bessere Versorgung zu garantieren (auch wenn die hierfür nötigen Mittel über eine Bürgerversicherung und die Einbeziehung aller Einkommensarten problemlos aufbringbar wären).

5.1 HINDERNISSE FÜR EINE BEDARFSPLANUNG

Überlegungen zu der Frage, wie eine solche Bedarfsplanung aussehen könnte, stoßen zunächst auf systemische Hindernisse, die jede Bemühung in diese Richtung negativ beeinflussen. Solche Hindernisse sind:

Die Finanzierungsform über Preise (DRGs) und die finanzielle Steuerung der Krankenhausversorgung

Solange es keine kostendeckende Finanzierung und kein Gewinnverbot gibt (Stichwort: Trennung der Leistungserbringung von der Vergütung der Leistungserbringer), werden immer wieder ökonomische Anreize zu verschiedenen Formen von Unter-, Über- und Fehlversorgung führen, die eine Planung tendenziell unterlaufen bzw. sogar verhindern. Hierzu zählen zum Beispiel die Mengenanreize, die von Preisen ausgehen bei Behandlungen, die sich innerhalb des DRG-Systems lohnen. Mit einer Planung kann man zwar versuchen, solchen Tendenzen entgegenzusteuern, aber man wird sie nicht aufhalten können. Dass sich ein Krankenhaus auf sinnvolle und notwendige Behandlungen beschränkt, würde zu finanziellen (evtl. existenzgefährdenden) Problemen für die Krankenhausträger führen und damit die Planung konterkarieren. Eigentlich sinnvolle Planungsparameter (Qualität, Mindestmengen) drohen durch die Finanzierungsform korrumpiert zu werden. Die Planung wäre lediglich ein abschwächendes Momentum im Rahmen der finanziellen Gesamtsteuerung.

Das zunehmende Vordringen von privaten Krankenhausketten und Finanzinvestoren

Sie investieren in diesen Bereich nicht wegen des Patientenwohls, sondern um Geld zu verdienen. Rendite und Bedarfsplanung – also Beschränkung der betriebswirtschaftlichen Entfaltungsmöglichkeiten einzelner Krankenhäuser – schließen sich letztlich aus. Dass diese Entwicklung auch noch durch die gesetzliche Vorgabe der «Förderung der Trägervielfalt» gepuscht wird, macht Planung nicht einfacher. Am ehesten wird dies klar an der Bezugnahme der Privaten auf Artikel 12 des Grundgesetzes (Berufsfreiheit), um ihnen nicht genehme Planungen zu unterbinden. Solange die Gesundheitsversorgung als Markt gesehen wird und auch tatsächlich als solcher funktioniert, wird auch dies kaum zu verhindern sein. Auch das Eingreifen der Kartellbehörden und die Verhinderung von sinnvollen Zusammenschlüssen kommunaler Krankenhäuser zeigen die Problematik auf. Verhinderung von Monopolbildungen ist in einem Markt eine sinnvolle Sache, nicht aber in der Daseinsvorsorge, wo solche Begriffe gar keinen Sinn ergeben. Wenn es ein Verbot von Gewinnen gäbe, würde sich das Problem mit den privaten Krankenhausketten sicherlich schnell lösen. Unabhängig davon hat aber eine Rekommunalisierung dieses Teils der Daseinsvorsorge einen sehr hohen Stellenwert im Rahmen einer Agenda für eine bedarfsgerechte Krankenversorgung.

Die nach wie vor existierende Sektorentrennung

Bedarfsplanung kann sinnvoll nur ohne Sektorengrenzen funktionieren und muss mindestens den ambulanten ärztlichen Bereich und die Krankenhäuser umfassen, besser auch ambulante Tätigkeitsfelder (Pflege usw.). Wenn man mehr Patient*innen ambulant behandeln will, muss der ambulante Bereich dazu in die Lage versetzt werden. Die neoliberalen Verheißungen der Ambulantisierung sind solange ein Etikettenschwindel, solange die hierfür notwendigen Strukturen nicht aufgebaut, ertüchtigt und integriert sind. Wenn man eine flächendeckende Versorgung gewährleisten will, braucht es Primärversorgungszentren, die die Versorgung mit kurzen Wegen und wohnortnah garantieren. Im Zentrum von solchen vernetzten Strukturen müssen Krankenhäuser stehen, die auch ambulant behandeln dürfen. Dass der Versorgungsauftrag im ambulanten Bereich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (also bei den Leistungserbringern selbst) liegt und nicht auch bei den Gebietskörperschaften, ist ein Anachronismus, der eine übergreifende Planung nachhaltig verhindert.

Die Aufzählung dieser Hindernisse soll nicht eine Planung für unmöglich erklären, bevor diese Hindernisse nicht beseitigt sind. Sie soll aber deutlich machen, dass eine grundlegende Änderung nur möglich ist, wenn man das gesamte Funktionieren des Gesundheitswesens ins Auge fasst und sich darauf zurückbesinnt, dass Gesundheitsversorgung Daseinsvorsorge ist.

5.2 WIE RICHTIG PLANEN?

Ausgangspunkt der Überlegungen, wie Bedarfsplanung sinnvoll durchgeführt werden kann, ist die Frage, durch was sich Systeme der Daseinsvorsorge auszeichnen. Sie haben drei markante Charakteristika:

– Versorgung nach Bedarf und nicht nach kauffähiger Nachfrage,
– Finanzierung der für den Bedarf notwendigen Leistungen und keine Preise/Gewinne,
– Sachsteuerung (was ist notwendig?) und nicht Steuerung über Geld/Markt.

Wenn dies die Charakteristika von Solidarsystemen sind, ist es Aufgabe jeder Politik, den jeweiligen Bedarf zu erfassen, die notwendigen Leistungen an diesen Bedarf anzupassen und dafür zu sorgen, dass alle entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit an der Finanzierung der bedarfsgerecht erbrachten Leistungen beteiligt werden.

Jede Planung muss von den Tatsachen ausgehen, darf aber nicht dabei stehenbleiben. Die Tatsachen, die den Bettenbedarf bestimmen, sind:

– Die Krankenhaushäufigkeit, die wiederum abhängig ist von der Bevölkerungsentwicklung und der Anzahl der Erkrankungen mit einer bestimmten Diagnose. Die Erfassung dieser Daten muss nach Versorgungsregionen und nach Diagnosegruppen erfolgen, um einen möglichst genauen Überblick zu erhalten. Dabei kann die Bildung von Leistungsgruppen hilfreich sein. Problematisch ist die quantitative Abschätzung falscher Einflüsse durch das DRG-System (morbiditätsbedingte oder ökonomisch induzierte Mengenausweitung).
– Die Verweildauer, die aus systematischen (Mitternachtsstatistik) und sozialen Gründen höher angesetzt werden muss, als dies bisher geschah. Auch hier würde die Abschaffung der DRGs zu einer deutlichen Verringerung der Problematik führen, weil der ökonomische Zwang, alle Patient*innen so früh wie möglich zu entlassen, wegfallen würde und medizinische und soziale Gesichtspunkte bei der Entlassungsentscheidung wieder dominieren könnten.
– Die Bettennutzung, die bisher zu hoch angesetzt war (ebenfalls wegen der Verwendung der Mitternachtsstatistik bei den Verweildauern), und weil bei den kurzen Verweildauern Vollbelegung und Vollbelastung schon bestehen, wenn die «offiziellen» Verweildauern noch einen Spielraum suggerieren.
– Die Vorhaltung für Notfälle (Massenanfall von Verletzten, Pandemien usw.), die bisher für überflüssig erklärt wurde, weil ja durch die Vorgaben zur Bettennutzung noch genügend Spielraum vorhanden sei. Diese Vorhaltung von freien Kapazitäten rechnet sich finanziell nicht, rettet aber im Bedarfsfall Leben. Sie muss durch eine gesonderte Vorhaltequote berücksichtigt werden. Es ist nicht optimal, dass – wie bei der Corona-Pandemie – Patient*innen abbestellt und Operationen verschoben werden, damit die Pandemie-Patient*innen versorgt werden können. Dabei geht es nicht nur um die schiere Zahl der Notfälle, sondern auch um die besonderen Bedingungen ihrer Behandlung (z. B. Isolation).

Prognosen sind nicht einfach, aber auch nicht unmöglich, wie viele andere Beispiele aus anderen Bereichen belegen. Dabei dürfen keine rein statistischen Methoden angewendet werden, sondern es muss eine qualitative Hinterfragung durch medizinische und Public-Health-Expert*innen erfolgen, da es auch die sozialen Determinanten von Krankheit und Gesundheit zu berücksichtigen gilt. Vor allem muss aber eine ständige Überprüfung und – wo notwendig – eine Korrektur stattfinden. Auch weil die Planungsparameter manipulationsanfällig sind, sind diese Expertengespräche notwendig. Hierbei ist auch die Einbeziehung von «Praxis-Expert*innen» (Beschäftigte aus der Pflege und anderen medizinische Fachberufen) notwendig.

Die Planung muss nach Versorgungsregionen erfolgen, die die tatsächliche regionale Versorgungslage widerspiegeln (z. B. Erreichbarkeit, Einwohnerdichte). Landkreise sind hierzu nicht geeignet. Wesentliches Kriterium der Planung muss die Erreichbarkeit sein. Im Notfall ist dies die gesamte Zeit von der Alarmierung bis zur Versorgung im Krankhaus, im Normalfall die gute Erreichbarkeit zum Beispiel auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Der Landesebene bleibt die Planung von speziellen, überregionalen Versorgungsnotwendigkeiten und die Kontrolle der flächendeckenden Verfügbarkeit aller Versorgungseinrichtungen überlassen.

Zur Planung in den Versorgungsregionen gehört auch die Sicherstellung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes, der flächendeckend verfügbar sein muss. Ein Ausbau des Netzes von Notarztstandorten ist dabei gerade im ländlichen Bereich zwingend, insbesondere wenn man die Konzentration auf größere Krankenhäuser anstrebt.

Die Planung nach Versorgungsstufen (Grund-, Zentral- und Maximalversorgung) ist zwingend notwendig, um auch das jeweilige Versorgungsspektrum näher zu definieren (Versorgungsauftrag). Komplexe Leistungen müssen Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen vorbehalten sein. Eine Leistungsplanung kann ein Hilfsmittel für die Planung in Versorgungsstufen sein. Dabei dürfen die Versorgungsstufen und die Leistungsgruppen nicht für den Ausschluss von Krankenhäusern aus wirtschaftlichen Gründen missbraucht werden. Die Krankenhäuser müssen ggf. entsprechend ertüchtigt und behutsam in ein neues System der Bedarfsplanung überführt werden. Gerade hierbei können Kooperationen (statt Konkurrenz) sinnvoll sein.

Weiterhin ist eine Bettenplanung sinnvoll, da die Betten eine wesentliche Ressource der stationären Versorgung sind. Die Bettenplanung muss sich auf die Fachgebiete, bei Bedarf auch auf Subspezialitäten beziehen. Auch hier kann eine ergänzende Leistungsplanung sinnvoll sein.

Großgeräteplanung (unter zwingender Einbeziehung des ambulanten Sektors) und die Planung der Ausbildungsplätze ergänzen die Planung. Durch die Festlegungen von Kriterien der Strukturqualität werden Schwerpunkte schon vorbestimmt. Unter Planung ist auch hier die Vorgabe von Planungszielen auf Basis des prognostizierten Versorgungsbedarfs zu verstehen.

Integraler Bestandteil der Planung ist die Festlegung von Qualitätskriterien (Prozess- und Struktur-

vorgaben, inkl. klarer Personalvorgaben) und Mindestmengen. Zertifizierungen und Vorgaben von Fachgesellschaften, soweit sie konkrete Anforderungen stellen, sind dabei hilfreich. Auch hier gilt: Ertüchtigung statt Ausschluss aus dem Plan. Ertüchtigung setzt insbesondere die Stärkung der Ressourcen (finanziell, technisch, strukturell) des jeweiligen Hauses voraus.

Letztlich muss die Planung auf den ambulanten Bereich ausgeweitet werden und ein Netz von Primärversorgungszentren mit Überwachungsbetten, weiteren ambulanten Einrichtungen (mit medizinischen und pflegerischen Berufsgruppen) und niedergelassenen Hausärzt*innen geschaffen werden. Die Finanzierung dieser neuen ambulanten Einrichtungen darf nicht über abgesenkte DRG-Preise erfolgen, sie muss kostendeckend sein.

Besonders wichtig bei der gesamten Planung ist die demokratische Kontrolle über die Einbeziehung der lokalen Bevölkerung (direkt und über ihre Vertreter*innen in Kommunal- und Regionalparlamenten), von Patientenvertreter*innen, Gewerkschaften und Beschäftigten. Entscheidungen müssen dort fallen und nicht am grünen Tisch der Landesregierung. Das mag zwar aufgrund der hohen Affinität der jeweiligen Bevölkerung zum «eigenen Krankenhaus» schwierig sein, ist aber unumgänglich. Es setzt gute Alternativkonzepte voraus.

5.3 REGIONAL GEGLIEDERTE INTEGRIERTE BEDARFSERMITTLUNG UND VERSORGUNG

Gegen eine mehr oder weniger sektorale medizinische Versorgung unter Marktbedingungen muss ein regionaler Ansatz der Bedarfsermittlung und Bedarfssteuerung als Grundlage einer integrierten Versorgung gesetzt werden. Dieser Ansatz könnte so aussehen:[512] Die jeweiligen Gebietskörperschaften (Städte und Landkreise) legen in einem Aushandlungsprozess gemeinsam mit den Leistungserbringern (Krankenhäusern sowie niedergelassenen Ärzt*innen und auch anderen professionell mit Gesundheitsfragen Befassten), den Krankenkassen (optimalerweise regional gegliederten Einheitskassen), aber auch mit Patienten- und Gewerkschaftsvertreter*innen fest, welcher Bedarf in dem überschaubaren regionalen Einzugsgebiet besteht. Sie regeln auf Grundlage der Festlegung dieses Bedarfs sowohl die Zulassung von stationären Einrichtungen als auch die ambulante Versorgung: zum Beispiel die Zahl der ambulant tätigen Ärzt*innen in Ambulatorien oder der stadtteilbezogenen Einrichtungen und Primärversorgungszentren an der Grenze zwischen ambulant und stationär zur Gewährleistung der flächendeckenden Versorgung.

Auch die erforderlichen Ressourcen zur Vorhaltung von Behandlungskapazitäten in Notfallsituationen (insbesondere bei einem Massenanfall von Verletzten, Epidemien, Umwelt- oder Naturkatastrophen etc.) sind in diese Planung einzubeziehen.

Die Gebietskörperschaften führen die Qualitätskontrolle durch und sorgen dort, wo es notwendig ist, für eine Verbesserung der Qualität durch geeignete Maßnahmen (z. B. Peer-Reviews). Sie haben aber auch das Recht, Zulassungen bei dauerhafter Schlechtleistung zu entziehen. Gleichzeitig entscheiden sie über die Zuweisung der regional gegliederten Budgets und damit über die Finanzierung der Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, wobei letztlich eine vollständige Kostendeckung bei wirtschaftlicher Leistungserbringung besteht.

Im Rahmen der Vernetzung wird mit den überregionalen Planungsbehörden (der Bundesländer) ein einheitlicher Gesundheitsplan auch für überregionale Schwerpunkte und für Spezialeinrichtungen (z. B. Betten für Verbrennungsopfer) erstellt.

Die Planung sollte in Zukunft auf die Integration der Versorgungsbereiche zielen und stärker regionalisiert werden. Dazu sollten Planungsausschüsse auf kommunaler oder regionaler Ebene gebildet werden, in denen die örtlichen gesetzlichen Krankenkassen, die Krankenhausträger, Gewerkschaften, Vertreter*innen der niedergelassenen Ärzt*innen und Patientenvertreter*innen ein Mitspracherecht haben. In diesen regionalen Planungsausschüssen gefällte Entscheidungen müssen vom zuständigen Landesministerium genehmigt werden.

Um bundesweit einheitliche Planungsgrundlagen zu etablieren, sind die Funktionskriterien für Krankenhäuser der Grundversorgung, der Zentralversorgung und der Maximalversorgung gesetzlich festzulegen. Auch die Versorgungsdichte (Einrichtungen der Erstversorgung vor Ort, Entfernung zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung, zu Einrichtungen der zentralen Notversorgung mit invasiver Kardiologie, Stroke Units, Intensivstationen etc.) ist verbindlich vorzugeben, um damit den Prozess der stationären Versorgungsplanung unter Berücksichtigung der heutigen medizinischen Standards zu optimieren. In diesem Rahmen ist eine flächendeckende Versorgung auf gleichem Niveau in städtischen und ländlichen Regionen zu gewährleisten.

Jede neue Zulassung zu einem beantragten Behandlungsverfahren und auch die Fortführung sollten abhängig gemacht werden vom Nachweis der Qualität, mit der diese Behandlung erfolgt.

Im Rahmen der dualen Finanzierung der Krankenhäuser sind auch in Zukunft die Bundesländer gesetzlich verpflichtet, für notwendige Investitionen ausreichende Mittel zur Verfügung zu stellen. Da in dem vorgeschlagenen Finanzierungskonzept erwirtschaftete Überschüsse nicht mehr erlaubt sind, müssen die Länder für künftige Investitionen alle notwendigen Mittel bereitstellen, wenn ein Investitionsantrag unter dem Gesichtspunkt der Notwendigkeit für die Krankenversorgung vom regionalen Planungsausschuss und

512 Auszug aus einem Text des Verfassers in der Broschüre des Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik. Das Fallpauschalensystem, S. 164 ff.

dem Landessozialministerium genehmigt worden ist. Dieser Finanzierungsanspruch muss in Zukunft endlich wirksam durchgesetzt werden. Die Bundesländer müssen deshalb für den Investitionsbedarf zehn Prozent des jährlichen Gesamtbudgets der Krankenhäuser des jeweiligen Bundeslands in der Haushaltsplanung berücksichtigen.

Ein solcher Ansatz einer regional gegliederten, integrierten Bedarfsermittlung und Versorgung könnte tatsächlich das Patienteninteresse und den Bedarf aller sozialen Schichten der Bevölkerung ins Zentrum seiner Bemühungen stellen und gleichzeitig die finanziellen Fehlsteuerungen, die notwendigerweise durch Marktmechanismen entstehen, verhindern. Den bedarfsgerechten, wirtschaftlich sparsamen und nichtdiskriminierenden Zugang zur Krankenhausversorgung kann nur eine demokratisch legitimierte und an sozialen und gesundheitlichen Zielen orientierte öffentliche Krankenhausbedarfsplanung gewährleisten.

SCHLUSSBETRACHTUNG

Ausgangspunkt der vorliegenden Studie war die seit einigen Jahren insbesondere seitens der Gesundheitsökonomie formulierte Annahme, dass der Krankenhausbereich in Deutschland durch Überkapazitäten sowie durch unzureichende Konzentration und Spezialisierung geprägt sei. Diese Einschätzung wird nicht nur bereits seit mehreren Jahren diskutiert. Vielmehr sind inzwischen Vorschläge für eine Reorganisierung der Krankenhausplanung am Beispiel eines Modellprojekts in Nordrhein-Westfalen ins Spiel gebracht worden. Der Tenor aller Diskussionen lautet dabei: Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über sehr hohe Krankenhauskapazitäten und darüber hinaus über ein relativ großes «Ambulantisierungspotenzial» der stationären Versorgung. Faktisch laufen diese Diskussionen auf die Forderung hinaus, Kliniken zu schließen und Bettenkapazitäten in der Krankenhausversorgung abzubauen. Politisch legitimiert wird dies etwa mit der Behauptung, dadurch eine Kostenreduktion im Gesundheitswesen bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität erreichen zu können.

In welchem Umfang im Bereich der ambulanten und der stationären (sowie der integrierten) ärztlichen Versorgung Leistungen bereitzustellen sind, muss sich im Rahmen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Umfang der für die Versicherten notwendigen Leistungen richten. Tatsächlich ist es aber ein aufwändiger prognostischer Vorgang, für die einzelnen Regionen des Landes den Bedarf zu konkretisieren. Mit dem Topos der Bedarfsgerechtigkeit wird die Vorgabe auf den knappen Nenner gebracht, dass für eine dem gesellschaftlichen Bedarf angemessene geografische und fachliche Verteilung von Gesundheitsdienstleistungen gesorgt werden soll. Für den Bereich der stationären Versorgung ist es Aufgabe der Länder, eine entsprechende Planung und Steuerung zu realisieren. Dieses festgehaltene Ziel sollen die Länder gemäß des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mithilfe von Krankenhausplänen und Investitionsprogrammen erreichen. Bei der Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages sind die Erkenntnisse der Medizin zu berücksichtigen, die zum Beispiel Anhaltspunkte dafür liefern, wie schnell eine stationäre Krankenversorgung sichergestellt werden muss, damit eine Behandlung erfolgreich und nachhaltig durchgeführt werden kann.

Vor dem Hintergrund der propagierten Ziele aktueller Debatten rund um die Versorgungsstruktur sollte die vorliegende Studie einen kritischen Blick auf die Krankenhausplanungen der Länder werfen. Insbesondere war hierfür die Frage zentral, wie sich die gesetzlichen Grundlagen der Bedarfsplanung und die Planung selbst seit den 1970er Jahren bis heute verändert haben, welche Entwicklungen sich in der Planung und Steuerung durch die Länder niedergeschlagen haben und welche Folgen dies für die Krankenhausplanung insgesamt hat(te).

Als Ergebnisse der Studie sind vor allem drei zentrale Entwicklungen herauszustellen: Erstens wurden zwischen 1991 und 2019 bundesweit rund 150.000 Betten abgebaut und 588 Krankenhäuser geschlossen oder in andere Krankenhäuser eingegliedert. Dabei kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Bettenabbau medizinisch legitimiert war. Die Ökonomisierung war der treibende Faktor. Dies hat zu erheblichen Verwerfungen insbesondere bei der Versorgung von Patient*innen und den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten geführt. Für ein gut funktionierendes, die sozialen Belange und Interessen der Beschäftigten und Patient*innen berücksichtigendes Gesundheitswesen sind daher jedenfalls nicht weniger, sondern eher mehr Betten notwendig. An diesem Befund ändert sich auch nichts, wenn man berücksichtigt, dass es teilweise zu einer ökonomisch induzierten Fallzahlsteigerung gekommen ist. Die negativen Folgen der DRGs kann man nicht durch Bettenabbau begrenzen, sondern nur durch eine Änderung der Krankenhausfinanzierung.

Auch mit Blick auf die Schließung von Krankenhäusern lässt sich festhalten: Es müssen erst alternative Versorgungsstrukturen aufgebaut werden, die eine gute und integrierte Versorgung (ambulant und stationär) sichern, bevor über die Schließung von Krankenhausstandorten sinnvoll nachgedacht werden kann. Die Flächendeckung ist vorrangig zu gewährleisten.

Vergleicht man die Krankenhausplanungen aller Bundesländer, so lassen sich zweitens drei Phasen der Entwicklung ausmachen. So kam es infolge des 1972 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu einer übergeordneten Planung, die in den meisten Bundesländern bis Anfang der 1980er Jahre am Ziel einer echten Bedarfsplanung ausgerichtet war. In dieser Phase fand zudem ein Ausbau der Bettenkapazitäten statt, auch bezogen auf die Bevölkerungsentwicklung. Ab Anfang der 1980er Jahre wurde die Planung zunehmend zur Kostendämpfung missbraucht. Erste Elemente der finanziellen Steuerung kamen auf und es begann der Rückzug aus der Planung. Parallel hierzu wurde das Finanzierungssystem im Krankenhauswesen umgestellt. Die dritte Phase ist schließlich mit einer wachsenden Ökonomisierung und der Einführung des DRG-Systems verbunden. Dies verstärkte die finanzielle Steuerung, schwächte die Planungselemente und leitete einen rasanten Bettenabbau ein. Vermehrt mussten Kliniken infolge des wirtschaftlichen Drucks schließen. Aktuell spielen Debatten um Steuerung und Planung wieder eine stärkere Rolle – aber auch sie zielen nicht auf eine bedarfsgerechte Versorgung, sondern auf eine Verschärfung von Konkurrenz unter den Krankenhäusern und einen weiteren Abbau von Kapazitäten.

Mit Blick auf die Bedarfsplanung lässt sich eine weitere Entwicklung feststellen, die für den Rückbau von Planung und Steuerung aufseiten der Länder steht: Die Krankenhausplanungen werden nicht nur immer

unverbindlicher und in Bezug auf die Reichweite der Planung seichter. Es findet auch keine wirkliche demokratische Beteiligung der betroffenen Gruppen statt. War diese in den Anfangsjahren der Krankenhausbedarfsplanungen zumindest ansatzweise vorgesehen, so sind diese Beteiligungsformen (mit einzelnen Ausnahmen) inzwischen stark eingeschränkt oder praktisch abgeschafft worden. Eine echte Einbeziehung der betroffenen Bevölkerung und verschiedener (zivil)-gesellschaftlicher Gruppen fand und findet nicht statt. Darüber hinaus werden die einzelnen Planungsparameter – wie etwa landesweite Bevölkerungsentwicklungszahlen, Verweildauern und Krankenhaushäufigkeiten – oftmals nicht mehr betrachtet. Vielmehr werden die Bettennutzung und Bettenkapazitäten nur noch auf der Basis der Bevölkerungsentwicklung fortgeschrieben oder gar nur noch auf der Basis von Bettenvermehrungsanträgen «geplant». Bettenverwaltung statt Planung. Der Trend geht also unverkennbar zur Reduzierung der Planung oder zu ihrer vollständigen inhaltlichen Aushöhlung.

Anstatt einer bedarfsorientierten Planung hat in den letzten Jahren also ein Abbau von Kapazitäten und eine Verdichtung von Arbeit in den verbleibenden Krankenhäusern stattgefunden – ohne dass dies zu der von den Befürwortern dieses Prozesses proklamierten Kostenreduktion im Krankenhauswesen geführt hätte. Dieser Abbau hat dabei vor allem in öffentlichen Häusern stattgefunden. Der Anteil privater Krankenhausträger ist seit 1991 von 16 auf 37,2 Prozent gestiegen, während im selben Zeitraum der Anteil öffentlicher Träger deutlich abgenommen hat. Der Rückzug des Staates aus wichtigen Bereichen der Daseinsvorsorge war die Einladung für private Konzerne, mit Krankheit richtig viel Geld zu verdienen.

Aktuelle Diskussionen, in denen immer häufiger von einer Rückkehr zur Planung die Rede ist (siehe Kapitel 4), zielen nicht darauf, die beschriebenen Entwicklungen der Ökonomisierung umzukehren. Eher steht zu befürchten, dass mit den vorgeschlagenen Instrumenten diese noch befördert werden. Eine bedarfsorientierte Planung ist etwas anderes, als Kapazitäten zu reduzieren und den Wettbewerb zu fördern. Es muss vielmehr der Ansatz einer auf die lokalen und regionalen Bedingungen abgestimmten, integrierten Bedarfsermittlung und Versorgung verfolgt werden. Denn allen Menschen eine gute Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, ist eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe. Für eine solche Gesundheitsinfrastruktur ist eine bedarfsgerechte Versorgung wesentlich.

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Entwicklung der Zahl der Krankenhäuser und Planbetten 1938 bis 1972 9
Tabelle 2: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) 22
Tabelle 3: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) 22
Tabelle 4: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) 22
Tabelle 5: Gesundheitsminister*innen in der Bundesrepublik (1969 bis 2021) 23
Tabelle 6: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Baden-Württemberg (ab 1968) 37
Tabelle 7: Abweichung der Ist-Daten von den Planungszahlen (1975 bis 1985) 39
Tabelle 8: Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahlen in Baden-Württemberg (1992 bis 2002) 45
Tabelle 9: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Baden-Württemberg 51
Tabelle 10: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Baden-Württemberg (1972 bis 1989) 52
Tabelle 11: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Baden-Württemberg (1991 bis 2019) 52
Tabelle 12: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Bayern (ab 1970) 54
Tabelle 13: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Bayern . . . 57
Tabelle 14: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Bayern (1972 bis 1989) 58
Tabelle 15: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Bayern (1991 bis 2019) 58
Tabelle 16: Regierungsparteien und Bürgermeister in Berlin (ab 1967) 61
Tabelle 17a: Zahl der Krankenhausbetten in West-Berlin (1972 bis 1989) 67
Tabelle 17b: Zahl der Krankenhausbetten in Berlin gesamt (1991 bis 2019) 67
Tabelle 18: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in West-Berlin (1972 bis 1989) 68
Tabelle 19: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Berlin gesamt (1991 bis 2019) 68
Tabelle 20: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Brandenburg (ab 1990) 70
Tabelle 21: Allgemeine Krankenhäuser in Brandenburg (1991 bis 2019) 73
Tabelle 22: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Brandenburg (1996 bis 2019) 74
Tabelle 23: Regierungsparteien und Bürgermeister in Bremen (ab 1971) 77
Tabelle 24: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Alle/Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Bremen 81
Tabelle 25: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Bremen (1972 bis 1989) 82
Tabelle 26: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Bremen (1992 bis 2019) 82
Tabelle 27: Regierungsparteien und Bürgermeister in Hamburg (ab 1970) 84
Tabelle 28: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Hamburg . 90
Tabelle 29: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Hamburg (1972 bis 1989) 90
Tabelle 30: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Hamburg (1991 bis 2019) 90
Tabelle 31: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Hessen (ab 1970) 95
Tabelle 32: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Hessen . . . 99
Tabelle 33: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Hessen (1972 bis 1989) 99
Tabelle 34: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Hessen (1991 bis 2019) 99
Tabelle 35: Regierungsparteien und Ministerpräsident*innen in Mecklenburg-Vorpommern (ab 1990) 101
Tabelle 36: Alle Krankenhäuser (1991 bis 2002) und Allgemeine Krankenhäuser (2002 bis 2019) in Mecklenburg-Vorpommern 104
Tabelle 37: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern (1992 bis 2019) 104
Tabelle 38: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Niedersachsen (ab 1970) 106
Tabelle 39: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Niedersachsen 109
Tabelle 40: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Niedersachsen (1972 bis 1989) 109
Tabelle 41: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Niedersachsen (1991 bis 2019) 109
Tabelle 42: Regierungsparteien und Ministerpräsident*innen in Nordrhein-Westfalen (ab 1970) 113
Tabelle 43: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Nordrhein-Westfalen 116
Tabelle 44: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (1972 bis 1989) 117
Tabelle 45: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (1991 bis 2019) 117
Tabelle 46: Regierungsparteien und Ministerpräsident*innen in Rheinland-Pfalz (ab 1969) 119
Tabelle 47: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Rheinland-Pfalz 123
Tabelle 48: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz (1972 bis 1989) 124
Tabelle 49: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz (1991 bis 2019) 124

Tabelle 50: Regierungsparteien und Ministerpräsident*innen im Saarland (ab1970) 127
Tabelle 51: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Alle/Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) im Saarland 132
Tabelle 52: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) im Saarland 133
Tabelle 53: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser (1992 bis 2019) im Saarland 133
Tabelle 54: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Sachsen (ab 1990) 135
Tabelle 55: Allgemeine Krankenhäuser in Sachsen (1991 bis 2019) 138
Tabelle 56: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Sachsen (1991 bis 2019) 139
Tabelle 57: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Sachsen-Anhalt (ab 1990) 141
Tabelle 58: Allgemeine Krankenhäuser in Sachsen Anhalt (1991 bis 2019) 143
Tabelle 59: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt (1991 bis 2019) 144
Tabelle 60: Regierungsparteien und Ministerpräsident*innen in Schleswig-Holstein (ab 1967) 146
Tabelle 61: Akut-Krankenhäuser (1972 bis 1989) und Allgemeine Krankenhäuser (1991 bis 2019) in Schleswig-Holstein 149
Tabelle 62: Trägeranteile Akut-Krankenhäuser in Schleswig-Holstein (1972 bis 1989) 150
Tabelle 63: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Schleswig-Holstein (1991 bis 2019) 150
Tabelle 64: Regierungsparteien und Ministerpräsidenten in Thüringen (ab 1990) 152
Tabelle 65: Allgemeine Krankenhäuser in Thüringen (1991 bis 2019) 155
Tabelle 66: Trägeranteile Allgemeine Krankenhäuser in Thüringen (1992 bis 2019) 155
Tabelle 67: Zahl der Krankenhäuser in der Bundesrepublik (1972 bis 2019) 163
Tabelle 68: Zahl der Krankenhausbetten in der Bundesrepublik (1972 bis 2019) 164
Tabelle 69: Zahl der Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner*innen in der Bundesrepublik (1972 bis 2019) . 164
Tabelle 70: Krankenhausgrößen in der Bundesrepublik (1975 bis 2019) 164
Tabelle 71: Zahl der Patient*innen in Krankenhäusern in der Bundesrepublik (1972 bis 2019) 165
Tabelle 72: Krankenhaushäufigkeit pro 1.000 Einwohner*innen in der Bundesrepublik (1972 bis 2019) 165
Tabelle 73: Verweildauer von Patient*innen in Krankenhäusern in der Bundesrepublik (1972 bis 2019) 165
Tabelle 74: Rangfolge der Bundesländer beim Krankenhausabbau (1991 bis 2019) 166
Tabelle 75: Rangfolge der Bundesländer beim Bettenabbau (1991 bis 2019) 166
Tabelle 76: Jährlicher durchschnittlicher Krankenhaus- und Bettenabbau in der Bundesrepublik (1972 bis 2019) 166
Tabelle 77: Krankenhäuser in der Bundesrepublik nach Trägerschaft (1972 bis 1989) 167
Tabelle 78: Krankenhäuser in der Bundesrepublik nach Trägerschaft (1991 bis 2019) 167
Tabelle 79: Krankenhausbetten in der Bundesrepublik nach Trägerschaft (1972 bis 1989) 168
Tabelle 80: Krankenhausbetten in der Bundesrepublik nach Trägerschaft (1991 bis 2019) 168
Tabelle 81: Veränderung der Verweildauern (VWD) und der Fallzahlen (FZ) mit und ohne Ambulantisierungspotenzial (Amb-P) zwischen 2017 und 2032 in Prozent (2017 = 100 Prozent) 180

WWW.ROSALUX.DE