Krankenhausplanung zwischen Versorgung und Wettbewerb

Die Einführung eines leistungsbezogenen Vergütungssystems für deutsche Krankenhäuser ist eine Erfolgsgeschichte – zu Ende geschrieben ist sie nicht. Das Preissystem der „DRG" hat zu einer ungeahnten Leistungssteigerung der Krankenhäuser beigetragen – die Krankenhausplanung bleibt dahinter zurück. Sie kann vielfach nur nachvollziehen, wie sich die Krankenhauslandschaft verändert. Welche Antwort etwa hätten die „Planer" auf eine Fusion der beiden größten deutschen Klinikkonzerne und ihre neue Netzwerkstruktur? Mit dem nun etablierten Preissystem dominiert mehr und mehr eine ökonomische Steuerung, ohne dass sie durch eine versorgungspolitisch vorausschauende Planung und korrigierenden Wettbewerb ein Gleichgewicht finden könnte. Zunehmend verpuffen die ohnehin schwindenden Investitionsmittel der Länder. Die angesichts der medizinischen Entwicklung forcierte Zusammenarbeit mit dem ambulanten Bereich ist selten im Blick und medizinisch fragwürdige Mehrleistungen können nur hingenommen werden: Die Merkantilisierung der Krankenhäuser hält keine ärztliche Ethik auf.

Mit diesem Schwerpunktheft hat die Gesundheits- und Sozialpolitik namhafte Experten der Republik zu einer gemeinsamen Debatte eingeladen. Wilhelm Schräder und Steffen Bohm fassen den Reformbedarf einer regionalen Krankenhausplanung zusammen. Die Reformperspektive auf Systemebene zeigen Wulf Leber und David Scheller-Kreinsen. Die dreifache Dynamik von Überkapazitäten, überhöhten Preisen und den Anreizwirkungen des leistungsorientierten DRG-Systems hat zu einer Leistungs- und Ausgabendynamik geführt, die der Gesetzgeber inzwischen als korrekturbedürftig ansieht. Würde ein Mengenvolumen auf der Makroebene festgeschrieben, hielten die Autoren auch den „Handel von Leistungsrechten" zwischen den Krankenhäusern für denkbar. Karl-Heinz Schönbach und Hans-Georg Faust gehen nicht von einer strikten Budgetierung aus, sondern setzen auf die selektivvertragliche Umsetzung eines auszubauenden sektorunabhängigen Versorgungsbereichs. Auch die Ländervertreter müssen erkennen, dass sich die medizinische Versorgung mehr und mehr „ambulantisiert". Während Elke Huster-Nowack und Mattias Gruhl aus Hamburg die Krankenhausplanung bereits in ein Spannungsverhältnis zwischen Versorgung und Wettbewerb stellen, betont Jochen Metzner aus Hessen die Zuständigkeit der Länder. Für eine „Versorgungsplanung", die ambulante und stationäre Kapazitäten „funktional", d.h. jenseits ihrer rechtlich-administrativen Stellung einbezieht, sieht er zurzeit keine Rechtsgrundlage: Sie wird zu schaffen sein. Denn nur wenige, wie Gerald Gaß ausführt, finden vor Ort im Interesse der Patienten die rechtlichen Schlupflöcher über Sektorengrenzen hinweg. Anders als in den staatlichen Gesundheitswesen Nordeuropas, von denen Uwe Preusker berichtet, findet der Diskurs in Deutschland nicht primär versorgungspolitisch rational statt, sondern gerade auch einkommenspolitisch geprägt konträr. Dabei könnte sich die Medizin im Interesse der Patienten, auch in der Psychiatrischen Versorgung, inzwischen viel stärker ambulant organisieren, wie der Beitrag von Thomas Schillen zeigt.

Wie immer die zurückliegende Legislaturperiode gesundheitspolitisch beurteilt werden mag, richtet sich die Aufmerksamkeit doch auf die Bundestagswahl 2013. Nicht erst „Zukunftsmodelle der Versorgung", sondern bereits jede schlüssige Weiterentwicklung des bestehenden Systems brauchte ein konstruktives Mitwirken der Länder. Elke Huster-Nowack und Matthias Gruhl bringen es auf den Punkt: „Die staatliche Krankenhausplanung wird (notwendigerweise, die Red.) zu einer Gewährleistungsplanung weiterentwickelt. Nur bei einem so initiierten qualitätsorientierten Wettbewerb ist es innerhalb von Leitplanken möglich, einer alleinigen Merkantilisierung der Krankenhäuser entgegen zu wirken." Treffender kann es nicht gesagt werden. Aufgrund der demographischen Entwicklung werden sich zudem nicht nur die Flächenländer politisch und fiskalisch gewährleistend für die ambulante Sicherstellung zu engagieren haben. Auf dem Lande erfüllt schon heute manches Krankenhaus Sicherstellungsaufgaben, die ambulant nicht erfüllt werden, ohne dass an eine merkantile Leistungsexpansion wie in den Zentren auch nur zu denken wäre. Die „Ökonomisierung der Versorgung" drückt sich nicht nur in der ökonomischen Orientierung von Therapieentscheidungen aus, sondern auch in der Wahl der Standorte. Eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung wird nur gesichert, wenn dafür eine wirksame politische Verantwortung besteht. Die politische Verantwortung der Länder wird niemand bestreiten. Zu erfüllen ist sie entlang qualitativer und quantitativer Anforderungskriterien, die Wettbewerber zu gewährleisten haben. Von daher sind „versorgungspolitische Rahmenplanung" und konsequente „Durchführungsaufsicht" als Länderaufgaben zu unterscheiden. Der Qualitätswettbewerb innerhalb der Vorgaben wird sich zunehmend auf Einzelverträge der Krankenkassen stützen müssen.

Eine spannende Diskussion, für die aus Sicht der Autoren ein Übergang zur monistischen Krankenhausfinanzierung zwingend auf die politische Agenda rückt. Da sich die Krankenkassen einheitlich aus dem bundesweiten Gesundheitsfonds finanzieren, brauchen die Länder nicht nur für den ambulanten Bereich bundesweit geltende Bedarfsplanungs-Richtlinien sondern auch stationär zumindest vergleichbare qualitative Planungskriterien.

Die Herausgeber

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2012-4-3
Generiert durch IP '18.220.71.88', am 12.10.2024, 11:37:17.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.