

7 Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung

Wulf-Dietrich Leber und David Scheller-Kreinsen

Abstract

Deutschland erlebt einen fundamentalen Wandel in der Steuerung und Strukturierung der stationären Versorgung: Es entsteht neben der klassischen Planung eine bundesweite Marktregulierung, die die klassische Kompetenz der Krankenhausplanung durch die Landesbehörden substituiert oder zumindest in Frage stellt. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist auch im Krankenhausbereich zu einer Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung geworden. Über die Trägervielfalt entscheidet das Bundeskartellamt, der Gemeinsame Bundesausschuss ist zusammen mit dem neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die dominierende Instanz für Fragen der Qualitätssicherung. Durch Strukturvorgaben zur Sicherstellung werden mittlerweile wesentliche Kriterien zur Krankenhausplanung beschlossen, die traditionell in die Länderkompetenz fallen. Diese Strukturvorgaben sind zum Teil qualitätsorientiert, zum anderen berühren sie auch Kapazitätsfragen. Die bundesweiten Vorschriften haben den Charakter „algorithmischer“ Planung: Sie formulieren versichertenorientierte Regeln für die auf dem Markt stationär tätigen Krankenhausträger. Es gilt, dieses Regelwerk weiterzuentwickeln. Noch fehlen wesentliche Algorithmen zum Marktzu- und -abgang. Ferner erlauben die digitalen Systeme inzwischen weitestgehend die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten. Es dürfte deshalb an der Zeit sein, verfassungsrechtlich nachzujustieren, damit vermeintliche Eingriffe in die Planungshoheit der Länder künftig nicht mehr unbefriedigende Opt-out-Regelungen nach sich ziehen.

Germany is experiencing a fundamental change in the management and structuring of inpatient care: In addition to classical planning, a nationwide market regulation is emerging which substitutes or at any rate questions, the traditional competence of hospital planning by the state authorities. The Joint Federal Committee has also become a regulatory authority in the hospital sector under common self-government. The Federal Cartel Office decides on the diversity of hospital owners, and the Joint Federal Committee, together with the new Institute for Quality Assurance and Transparency in Healthcare, is the dominant authority for questions of quality assurance. Meanwhile, structural specifications have led to the adoption of essential criteria for hospital planning which traditionally fall within the competence of the federal states. These structural specifications are partly quality-oriented, but they also refer to capacity issues. The nationwide regulations could be characterised as “algorithmic” planning: They include insuree-oriented rules for hospital owners. This set of rules must be further developed; essential

algorithms for entering and leaving the market are still missing. Furthermore, modern digital systems largely allow that regional specificities are taken into account. It is therefore about time to make constitutional adjustments in order to ensure that supposed interventions in the planning sovereignty of the federal states will no longer lead to unsatisfactory opt-out regulations in the future.

7.1 KHSG 1972 – das paternalistische Modell

Das tradierte Krankenhausfinanzierungsrecht von 1972 ist weitestgehend paternalistisch geprägt: Ein gütiger Landesvater baut Krankenhäuser, wo auch immer die Landeskinder stationäre Hilfe benötigen. Er achtet dabei auf Trägervielfalt, sodass konfessionell gebundene Patienten ein Haus ihres Vertrauens finden und Patienten ohne konfessionelle Bindung ebenfalls. Die laufenden Kosten des Krankenhauses übernimmt die Krankenkasse. Kommt es zu qualitativen Mängeln, z. B. im Hygienebereich, dann schreitet der Landesvater ein.

An diesem Bild stimmt vieles nicht mehr. Vom Bau und von der Erhaltung der Krankenhäuser durch die Länder kann kaum noch die Rede sein. Wir beobachten eine ungebremste Erosion der dualen Finanzierung. Zudem hat die tradierte Krankenhausstandortplanung zu erheblichen Überkapazitäten, insbesondere in Ballungszentren, geführt (Abschnitte 7.2 und 7.3).

Neben der traditionellen Landesplanung entsteht inzwischen eine bundesweite Marktregulierung für die stationäre Versorgung (Abschnitt 7.4): Über die Trägervielfalt entscheidet das Bundeskartellamt, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist zusammen mit dem neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die dominierende Instanz für Fragen der Qualitätssicherung. Durch Strukturvorgaben zur Sicherstellung werden mittlerweile wesentliche Vorgaben zur Krankenhausplanung beschlossen, die traditionell in die Länderkompetenz fallen. Diese Strukturvorgaben sind zum Teil qualitätsorientiert (Abschnitt 7.5), zum anderen berühren sie auch Kapazitätsfragen (Abschnitt 7.6). Insgesamt entsteht neben der klassischen Planung ein Regelwerk, das die klassische Kompetenz der Krankenhausplanung durch Landesbehörden substituiert oder zumindest in Frage stellt. Der G-BA ist zu einer Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung geworden – eine Rolle, die er bereits bei der ambulanten Bedarfsplanung und im Arzneimittelmarkt innehat. Die bundesweiten Vorgaben haben den Charakter „algorithmischer“ Planung: Sie formulieren versichertenorientierte Regeln für die auf dem Markt stationär tätigen Krankenhausträger. Es gilt, dieses Regelwerk weiterzuentwickeln (Abschnitt 7.7).

Die Gründe für die Ablösung der klassischen paternalistischen Krankenhausplanung sind vielfach in der gesundheitsökonomischen Literatur beschrieben. So fallen im Krankenhausbereich Entscheidungen zur Planung und Finanzierung von Leistungen auf mehreren Ebenen problematisch auseinander. Die Bundesländer entscheiden im Rahmen der Krankenhausplanung über wichtige Parameter der stationären Versorgung, müssen aber nur geringe Teile der entstehenden Kosten verantworten. In der Finanzwissenschaft wird diese Konstellation als Verletzung der „fiskalischen Äquivalenz“ bezeichnet, da der Kreis der Entscheidungsträger, der Nutz-

nießer sowie der Steuer- bzw. Beitragszahler nicht zusammenfällt und somit eine wichtige Voraussetzung für eine nutzenstiftende Leistungserbringung von Gütern in korporatistischen oder öffentlichen Sektoren nicht gegeben ist (Olson 1969).

Abweichend vom Prinzip der fiskalischen Äquivalenz wird die Krankenhauspolitik von den Ländern zunehmend im verantwortungsfreien Raum ohne finanzielle Erwägung und Haftung gestaltet. Noch dramatischer ist jedoch die permanente Verletzung der sogenannten „regionalen Äquivalenz“ auf Landesebene: Hier entscheiden die Landesregierungen im Rahmen der Krankenhausplanung über Standorte und Schwerpunkte der stationären Versorgung. Die Kosten werden jedoch überwiegend bundesweit auf die GKV-Gemeinschaft umgelegt, da die Betriebsmittel der Kassen zur Finanzierung der laufenden Kosten und größtenteils auch der Investitionskosten herangezogen werden. Dies bedeutet grob vereinfacht: Die Landesregierungen können landesspezifischen, gesundheitspolitischen und arbeitsmarktpolitischen Nutzen stiften, ohne die Kosten zu beachten, da diese größtenteils von bundesweit agierenden Krankenkassen „vergemeinschaftet“ werden. Die desaströsen Folgen einer solchen dauerhaften Verletzung des Prinzips der regionalen Äquivalenz sind Überkapazitäten.

7.2 Das Ergebnis: Überkapazitäten

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich im internationalen Vergleich durch eine außerordentlich hohe Krankenhausedichte aus. Anschaulich wird dies u. a. durch den Vergleich von den Niederlanden und Nordrhein-Westfalen (NRW): Bei gleicher Fläche und gleicher Einwohnerzahl kommen die Niederländer mit 130 Krankenhäusern aus, in NRW sind es rund 400. Ähnliches gilt für die Zahl der Betten je 100 000 Einwohner: Hier liegt Deutschland 58 Prozent über dem EU-Durchschnitt (Busse et al. 2016). Erstaunlich ist vor diesem Hintergrund auch, dass die mittlere Verweildauer trotz breit ausgebauter, spezialisierter vertragsärztlicher Versorgung deutlich über dem EU-Durchschnitt liegt (WHO 2015). Auch die Analyse von stationären Leistungsmengen kommt zu ähnlichen Ergebnissen: Im internationalen Vergleich weist nur Österreich eine höhere Fallzahl pro 100 Einwohner auf (hche 2014). Nachdenklich stimmt auch die Ausstattung der stationären Versorger: Immerhin 26 Prozent der Plankrankenhäuser verfügen laut Eigenauskunft nicht über einen Computertomographen, ca. 20 Prozent versorgen stationäre Patienten, ohne ein einziges Intensivbett vorzuhalten (Statistisches Bundesamt 2016). Besorgniserregend ist, dass die stationäre Versorgung im internationalen Ranking trotz des immensen Ressourceneinsatzes bei wichtigen, notfallnahen gesundheitlichen Outcomes (z. B. bei der Herzinfarktversorgung) international nur mittelmäßige Ergebnisse erzielt (OECD 2013, 2015).

Insgesamt ist der Glaube daran, dass alle Krankenhäuser im Krankenhausplan bedarfsnotwendig sind bzw. deren Vorhaltung zielführend ist, erschüttert. Im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)¹ wurden folgerichtig erstmals durch einen Struktur-

¹ Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10.12.2015 (BGBl. I S. 2229).

fonds Maßnahmen ergriffen, um eine Konzentration und Bereinigung des Krankenhausmarktes zu erreichen – allerdings mit mäßigem Erfolg.

7.3 Erosion der dualen Finanzierung

Die Legimitation des klassischen Modells geht vor allem durch die mangelnde Investitionstätigkeit der Länder verloren. Die fehlende Äquivalenz von Verantwortung, Finanzierung und Folgen von Entscheidungen wurde mit den klammen Kassen der Länder zum Problem. Krankenhausinvestitionen werden nur noch in einem geringen Umfang durch die Länder abgedeckt (Leber und Wolff 2012). So ist der Finanzierungsanteil der Krankenhausaufgaben durch die Bundesländer seit der Einführung im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)² von über 20 Prozent im Jahr 1972 auf ca. vier Prozent im Jahr 2015 geschrumpft. Setzt sich der Rückgang des Finanzierungsanteils der Bundesländer linear fort, wird die duale Finanzierung Mitte des nächsten Jahrzehnts die Nulllinie erreichen (Abbildung 7–1).

Aus der 1972 eingeführten dualen Krankenhausfinanzierung wird daher schleichend eine monistische Krankenhausfinanzierung zulasten der Krankenkassen. Dieser Wandel vollzieht sich erstaunlicherweise ohne jede gesetzliche Änderung: Die Länder zahlen einfach weniger. Ein verstärkter Einfluss der Krankenkassen auf Standort- und Investitionsentscheidungen ist mit der Übernahme der Finanzlast bislang nicht verbunden.

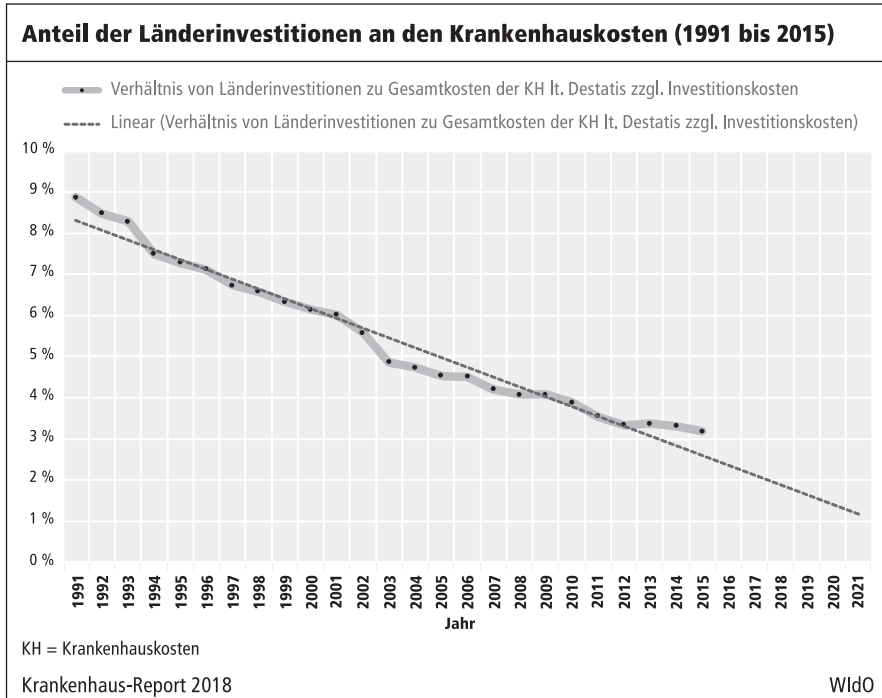
Die mangelnde Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer geht einher mit Debatten über einen Investitionsstau in Krankenhäusern. Die durchaus beachtliche Investitionstätigkeit der Krankenhäuser ist nur dadurch erklärbar, dass die mangelnde Länderförderung aus anderen Quellen kompensiert wird, vornehmlich aus Erlösen der Krankenbehandlung, den Betriebsmitteln. Eine offizielle Statistik gibt es nicht. Aber wenn man einmal annimmt, dass die wahre Investitionsquote zehn Prozent der Krankenhauskosten beträgt, dann wird derzeit schon mehr als die Hälfte der Investitionen via DRGs finanziert. Diese Verwendung von Betriebsmitteln ist laut KHG eine gesetzwidrige Zweckentfremdung, bei der die Krankenkassenaufsicht eigentlich erlöskürzend einschreiten müsste.

Derzeit können die Bundesländer zwei unterschiedliche Mechanismen zur Verteilung der Investitionsmittel nutzen: 1. die krankenhausspezifische Einzelförderung (z. B. der Bau eines OP-Trakts) und 2. die Pauschalförderung. Das bei Landes- und Lokalpolitikern beliebtere Instrument ist die Einzelförderung, da diese medienwirksam zur Begünstigung von sichtbaren Projekten, wie z. B. der Erweiterung einer pädiatrischen Einrichtung, eingesetzt werden kann. Gerade dies macht die Einzelförderung verteilungspolitisch problematisch.

Öffentlich stärker debattiert wird jedoch über die Verteilung von pauschalen Fördermitteln. Dies mündete 2009 mit dem Krankenhausfinanzierungsreform-

² Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) vom 29.06.1972, neugefasst durch Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 13 Absatz 1 Gesetz vom 12.04.2012 (BGBl. I S. 579).

Abbildung 7–1



gesetz (KHRG)³ in den Auftrag zur Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen. Zukünftig sollen pauschale Fördermittel nicht mehr vorrangig nach Betten, sondern leistungsorientiert über Investitionsbewertungsrelationen verteilt werden. Angelehnt an die Verfahren im DRG-System hat die Selbstverwaltung 2017 zum vierten Mal einen bundesweit einheitlichen Katalog vereinbart (§ 10 Abs. 2 KHG). Es haben sich bislang jedoch nur zwei Bundesländer (Berlin, Hessen) gefunden, die diesen Verteilungsschlüssel anwenden.

Generell ist jedoch fraglich, ob diese mit viel Aufwand betriebene und auf hohem technischem Niveau angelegte Reform zu einer Verbesserung der Krankenhausfinanzierung beitragen wird. Auf Kassenseite besteht der Verdacht, dass die Kalkulation nur dazu dient, die Investitionskostenfinanzierung von den Länderhaushalten an die Krankenkassen „geordnet“ zu übergeben.

Dauerhaft kann dieses Vakuum, das durch den Abgang des paternalistischen Landesvaters und die mangelnde Investitionskostenfinanzierung entstanden ist, nicht unbesetzt bleiben. Alles deutet daher darauf hin, dass der Gesetzgeber in einem mehrjährigen Prozess auch im Krankenhausbereich eine Art Marktregulierung autonomer Leistungserbringer etabliert, wie wir sie aus anderen Branchen kennen.

3 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17.03.2009 (BGBl. I S. 534).

7.4 Marktregulierung

7.4.1 Regulierung autonomer Entscheidungsträger

Das Problem bei der gesetzlichen Ausgestaltung der Krankenhausregulierung besteht darin, dass sich die Mehrzahl der Bürger die Krankenhausplanung wie die Schulplanung vorstellt, also wie einen Ordnungsbereich, bei dem das Land autonom entscheidet, an welcher Stelle Schulen gebaut oder auch geschlossen werden. Die staatlichen Behörden sind im Schulbereich quasi vollständig Herr des Verfahrens. Im Krankenhausbereich ist das mitnichten so. Hier entscheiden – weitgehend autonom – die Krankenhausträger über das Versorgungsgeschehen. Ihre Aktivität ist eigentumsrechtlich und wirtschaftsrechtlich geschützt. Die Zahl der gescheiterten Versuche, seitens der Landesplanung ein Krankenhaus zu schließen, ist Legion – nicht nur wegen des (kommunal)politischen Widerstands, sondern wegen der einklagbaren Rechte des Krankenhauses vor den Verwaltungsgerichten. Die Tatsache, dass die Betten in den Krankenhäusern belegt waren, galt den Verwaltungsgerichten als Beleg dafür, dass sie zu Recht im Krankenhausplan stehen.

Letztlich sind der Landesplanung bei autonom entscheidenden Krankenhausträgern enge Grenzen gesetzt. Die Fusion eines freigemeinnützigen Krankenhauses mit einem privaten Krankenhaus beispielsweise ist kaum durchsetzbar. Dies gilt umso mehr, als die Krankenhausträger ihre Investitionen inzwischen aus DRG-Erlösen finanzieren und nicht mehr „am goldenen Zügel“ zu landesplanerisch konformen Strukturentscheidungen gedrängt werden können. Nimmt man die staatliche Autonomie einer Schulplanung als Maßstab, gibt es eigentlich gar keine Krankenhausplanung. Der Krankenhausplan ist – von wenigen Ausnahmen abgesehen – eigentlich nur eine historische Fortschreibung von Abrechnungslizenzen gegenüber den Krankenkassen. Diese Abrechnungslizenz ist den Krankenhausträgern faktisch nicht zu nehmen.

Man muss die Krankenhausversorgung in Deutschland als einen durch Lizenzen mäßig begrenzten Markt sehen, auf dem weitestgehend autonom entscheidende Marktteilnehmer (die Krankenhausträger) agieren. Ihre Tätigkeit wird inzwischen durch eine Vielzahl von „Regulierungsinstanzen“ geordnet:

- Eine Reihe von Vorgaben ergibt sich direkt aus den Vorgaben des Bundesgesetzgebers. Dies gilt insbesondere für die Budgetbemessung und die Vergütungsregelungen, die im KHG und Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)⁴ vorgegeben sind – ohne Zustimmung durch die Landesplanungsbehörden.
- Die Vergütungssystematik im Einzelnen wird von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vorgegeben, insbesondere das DRG-Fallpauschalensystem, das aufbauend auf den Vorarbeiten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband mit verbindlicher Wirkung für alle Krankenhäuser vereinbart wird.

⁴ Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23.04.2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 8c Gesetz vom 17.07.2017 (BGBl. I S. 2615).

- Für Fragen der abrechenbaren medizinischen Methoden und die externe Qualitätssicherung zeichnet der G-BA verantwortlich. Inzwischen trifft der G-BA auch maßgebliche Entscheidungen zur Strukturqualität und zur Sicherstellung.
- Fragen des Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern entscheidet das Bundeskartellamt. Erinnert sei an die zahlreichen Auflagen zur Vermeidung einer wettbewerbsbeherrschenden Stellung bei der Fusion der Rhön- mit den Helios-Kliniken.
- Eine Reihe weiterer Vorgaben werden – jenseits des G-BA – von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene beschlossen. Prominentes Beispiel sind derzeit die Vorgaben für Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen.

Die Änderungen bei der Steuerung der stationären Versorgung durch die Entstehung eines vielschichtigen Regelungswerks werden insbesondere bei den völlig gewandelten Krankenhausverhandlungen vor Ort deutlich. Das traditionelle Steuerungsmodell in Zeiten der Selbstkostendeckung war ein Gespräch unter Männern: Der AOK-Chef vor Ort und der Krankenhausdirektor entschieden über die Höhe des Pflegesatzes – keine Auseinandersetzung über Qualität, bisweilen eine Diskussion über die Krankenhausstrukturen.

Inzwischen ist diese Vor-Ort-Verhandlung durch eine komplexe Mehrebenensteuerung abgelöst worden. Die entscheidende Preissteuerung erfolgt als Landesbasisfallwertverhandlung auf Landesebene, die Relativgewichte werden durch das InEK kalkuliert, Qualitätsindikatoren werden auf Bundesebene durch ein Qualitätsinstitut vorbereitet und durch den G-BA beschlossen, Methodenfragen werden durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bearbeitet und ebenfalls durch den G-BA umgesetzt. Wir erleben eine extreme Professionalisierung mit erheblichem personellem Einsatz. Das traditionelle Selbstverwaltungssystem, bei dem Leistungserbringer und Krankenkassen zusammen das Geschehen im Gesundheitswesen steuern, hat sich zu einem System gewandelt, bei dem „intermediäre Instanzen“ die wesentliche Steuerung übernehmen – irgendwie noch Selbstverwaltung, aber doch zunehmend öffentlich-rechtlich. Beeindruckend sind die Hundertschaften von hochspezialisierten Experten in diesen Institutionen, die es allesamt vor zwei Jahrzehnten noch nicht gab.

Die dominierende Institution unter diesen intermediären Instanzen ist der G-BA, der sich trotz aller Zweifel an seiner verfassungsrechtlichen Legitimation einer kontinuierlich wachsenden Zuweisung gesetzlicher Aufgaben erfreut.

7.4.2 Der Gemeinsame Bundesausschuss als Regulierungsbehörde

Wie näher in Abschnitt 7.5 ausgeführt, hat der G-BA eine umfassende Steuerungskompetenz im Bereich der Qualitätssicherung. Mindestmengen und Strukturrichtlinien sind die prominentesten Beispiele. Seit dem KHSG geht die Kompetenz darüber hinaus: Eine fast „revolutionäre“ Passage im KHSG ist der Absatz 3 des neu geschaffenen § 136c SGB V: „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen [...] Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen

1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,
2. zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht, und
3. zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.“

Hier wird ein Paradigmenwechsel deutlich: Die bislang landesplanerische Entscheidung über die Notwendigkeit eines Krankenhauses wird durch ein bundesweit gültiges Regelwerk ersetzt. Zur Umsetzung im G-BA sei auf Abschnitt 7.6.2 verwiesen.

Der G-BA ist eine Regulierungsbehörde in gemeinsamer Selbstverwaltung. Er (bzw. dessen Vorläufer) regelt bereits seit Anbeginn via Bedarfsplanungs-Richtlinie⁵ die Zulassungsmöglichkeiten für niederlassungswillige Ärzte. Im Arzneimittelmarkt trifft er weitgehende Entscheidungen zum Zusatznutzen neuer Arzneimittel (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG)⁶ sowie zur Preisbildung im Bestandsmarkt durch Bildung von Festbetragsgruppen. Im stationären Bereich wird durch das KHSG letztlich nur nachvollzogen, was in anderen Bereichen des Gesundheitswesens längst gelebte Praxis ist. Damit dies nicht mit der Landeskompetenz in Konflikt gerät, wird den Ländern in allen diesbezüglichen Paragrafen eine Ausstiegsoption angeboten. Auf diese Weise war es rechtstechnisch möglich, das KHSG-Gesetzgebungsverfahren zustimmungsfrei durchzuführen.

Die Zuständigkeit des G-BA ist nicht ohne Kritik geblieben und hat immer wieder verfassungsrechtliche Bedenken evoziert – bislang ohne nachhaltige Einschränkung seiner Tätigkeit. Der Wandel von Einzelentscheidungen zur Marktregulierung durch bundesweit tätige Behörden ist allerdings ein eher allgemeiner Trend. Auch in anderen Bereichen vollzog sich in den letzten Jahrzehnten ein Wandel von staatlicher Planung zu regulierten Märkten. Er firmierte unter dem irreführenden Begriff „Deregulierung“. De facto handelte es sich um eine komplizierte Marktregulierung. Die zentrale Behörde hierfür ist die Bundesnetzagentur, die für Elektrizität und Gas, Telekommunikation, Post und Eisenbahn zuständig ist.⁷ In all diesen Bereichen sind Marktzugang und Marktaustritt geregelt, zum Teil werden Preissetzungen überwacht. Die hochkomplexen Ausschreibungsvorgänge geben einen Eindruck vom Ausmaß der Regularien, die allesamt das Ziel haben, den Verbraucher vom Wettbewerb profitieren zu lassen und ihn zugleich vor dessen Auswüchsen zu schützen. Die Definition von Sicherstellungszuschlägen durch den G-BA ist wahrscheinlich erst der Einstieg in eine umfassendere Marktregulierung in den nächsten Jahren.

5 Vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/> (28. November 2017).

6 Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) vom 22.12.2010 (BGBl. I S. 2262).

7 Vgl. www.bundesnetzagentur.de.

7.4.3 Marktregulierung in Abgrenzung zu anderen Steuerungsmodellen

Die Steuerung der Krankenhausversorgung ist ein Klassiker in der ordnungspolitischen Debatte des Gesundheitswesens und füllt meterweise Bibliotheksregale. Auffällig ist, dass es in der westlichen Welt trotz einer generellen Zustimmung zur Marktwirtschaft keine einheitliche Antwort auf die Frage gibt, ob für die Krankenhäuser eher staatliche Planungsmodelle oder aber marktwirtschaftliche Prinzipien greifen sollten. So folgen ansonsten durchaus marktliberale Länder, wie Großbritannien, Dänemark, Spanien oder die Niederlande, im Krankenhausbereich einem quasi planwirtschaftlichen Ansatz, während in anderen Ländern, wie in Deutschland, den Vereinigten Staaten oder der Schweiz, eher Kombinationen aus staatlicher Planung und wettbewerblicher Ordnung dominieren. Wie eingangs dargestellt, kombiniert Deutschland eine funktionsuntüchtige staatliche Planung mit autonom agierenden Krankenhausträgern. Da das Ergebnis als nicht überzeugend empfunden wird, gibt es seit Langem Reformvorschläge.

1. Verstärkte Beteiligung der Krankenkassen bei der Krankenhausplanung

Da im paternalistischen Modell Landesbehörden auf Kosten von Krankenkassen planen, gibt es seit dem KHG 1972 den Ruf nach stärkerer Beteiligung der Krankenkassen an den Planungsprozessen. Diese beschränkt sich bislang auf eine unbedeutende Mitwirkung in den Landesplanungsausschüssen. Die Fehlsteuerung mit Tendenz zur Überversorgung wird verstärkt durch die föderalistische Ordnung: Länder haben alle versorgungs- und arbeitsmarktpolitischen Vorteile regionaler Überversorgung, können aber die Folgekosten aufgrund der Mischkalkulation in überregionalen Kassen und aufgrund des bundesweiten Risikostrukturausgleichs deutschlandweit umlegen. Es wäre also ordnungspolitisch konsequent, die Kostenträger an den Planungsprozessen maßgeblich zu beteiligen.

Gleichwohl muss man konstatieren: Der Ruf nach verstärkter Kassenmitsprache ist in den letzten 40 Jahren ohne jeden Erfolg geblieben. Es gibt keinen einzigen gesetzgeberischen Vorgang, der maßgeblich dem Einfluss der Kostenträger mehr Gewicht verschafft hätte. Das Modell „Verstärkte Mitsprache der Kassen“ muss als gescheitert erklärt werden. Ein Grund dafür, dass auch für die nähere Zukunft keine Änderung zu erwarten ist, mag darin liegen, dass die Kassen durch die seit 1996 eingeführte allgemeine Wahlfreiheit der Versicherten zunehmend als konkurrierende Unternehmen agieren und somit nicht mehr als zuverlässige Vertreter des „Allgemeinwohls“ gelten. Man unterstellt zunehmend unternehmenspolitische Eigeninteressen, sodass der Ruf nach vermehrter Kassenmitsprache ungehört verhallen dürfte.

2. Rahmenplanung

Ein zweites Reformkonzept firmiert unter dem Begriff „Rahmenplanung“. Es geht davon aus, dass die Landesplanung lediglich einen Rahmen vorgibt, der von den Verhandlungspartnern vor Ort (Krankenkassen und Krankenhausträgern) ausgefüllt wird.⁸

⁸ Vgl. Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ gemäß Beschluss des Deutschen Bundestages vom 04.07.1987 und vom 27.10.1988, BT Drs. 11/6380 vom 12.02.1990.

Das Konzept ist de facto weitgehend unbestimmt geblieben, weil nicht klar geregelt wurde, was denn nun die Zuständigkeit der staatlichen Planungsbehörden ist (Standorte? Abteilungen?) und was in die Regelungskompetenz der Verhandlungspartner vor Ort fällt (Leistungsspektrum? Leistungsmengen?). Letztlich handelt es sich auch um ein Modell, bei dem der Einfluss der Kassen gestärkt wird – nicht auf der Ebene landesplanerischer Entscheidungen, sondern auf der Ebene krankenhausspezifischer Verhandlungen. Auch dieses Modell muss als gesundheitspolitisch gescheitert bezeichnet werden – wahrscheinlich aufgrund der gleichen Argumente wie das eben beschriebene Modell verstärkter Mitsprache bei der Landesplanung.

3. Kommunale Steuerung

Das „romantische“ Gegenmodell zu allen überörtlichen Steuerungsmodellen ist das Reformkonzept einer stärker kommunalen Steuerung. Dieses Modell hat wegen seiner basisdemokratischen, partizipativen Komponente eine starke Anziehungskraft und in der Tat gibt es aufgrund der zahlreichen regionalen Verflechtungen und Interdependenzen (z. B. zwischen Kliniken und Pflegeheimen) Anlass genug, vor Ort miteinander zu reden. Die Idee, die Krankenhausplanung in der Kommune zu verorten, dürfte jedoch aus mindestens drei Gründen wenig zukunftsweisend sein. Erstens würden – noch stärker als bei der derzeitigen Landesplanung – kommunale Entscheidungsträger auf Kosten bundesweiter Finanzierungsinstitutionen Überkapazitäten planen oder perpetuieren. Zweitens ignoriert das Modell der kommunalen Steuerung die in vielen medizinischen Bereichen sinnvolle Konzentration auf überregionale Zentren. Es hat ja seinen Grund, dass die Planungssysteme in anderen Staaten fast alle gesamtstaatlich geregelt sind. Zudem sollten viele Versorgungsbereiche, wie z. B. die Transplantationsmedizin, bundesweit organisiert werden. Drittens wird die Rückverweisung auf die untere Ebene der zunehmenden Komplexität moderner Medizin und deren Vergütung kaum gerecht. Es ist einfach unvorstellbar, dass beispielsweise die Frage der Berücksichtigung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im DRG-System auf adäquatem Niveau in Hunderten von Ortsräten diskutiert werden könnte.

Kurzum: Eine Art Gegenbewegung aus Angst vor einem datengetriebenen Überwachungsstaat mit seinen vermeintlich blutleeren Algorithmen ist verständlich, scheint doch die Entscheidungsfindung vor Ort „am Menschen“ orientiert zu sein und Wärme auszustrahlen. Eine Zukunftsperspektive ist das gleichwohl nicht. Genauso wenig wie man komplizierte Vorgänge (z. B. die Arzneimittelzulassung) auf kommunaler Ebene verorten sollte, genauso verbietet es sich, die komplexe Steuerung der stationären Versorgung auf eine Ebene zu delegieren, die sie nicht wird steuern können.

4. Selektivvertragliche Steuerung

Ein Reformvorschlag, staatliche Planung einzugrenzen und partiell durch selektive Vertragshoheit von Kassen und Krankenhausträgern zu ersetzen, existiert seit zehn Jahren unter dem Titel „Elektiv wird selektiv“ (Leber et al. 2007). Das Modell sieht vor, elektive Leistungen (also alles jenseits der Notfallversorgung) in die Hand von bilateralen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern zu geben. Da dem Modell offensichtlich die gleichen Vorbehalte gegen die verstärkte „Kassenmacht“ begegnen, ist es bislang ohne gesundheitspolitischen Nachhall ge-

blieben. Lediglich die Qualitätsverträge des KHSG können als eine Art Umsetzung interpretiert werden. Den Krankenkassen ist es künftig erlaubt, in vier Leistungsbereichen mit einzelnen Krankenhäusern Verträge zu Leistungen mit besonderer Qualität abzuschließen (§ 110a SGB V sowie § 136b Abs. 1 und 8 SGB V). Da es sich allerdings um eine Gesetzesvorschrift handelt, die eher Zusatzleistungen ermöglicht, wird sie zur Restrukturierung der Krankenhauslandschaft – geschweige denn zum Abbau von Überkapazitäten – kaum einen Beitrag leisten.

Gleichwohl steht die hier propagierte algorithmische Planung nicht im Gegensatz zu verstärkten selektivvertraglichen Elementen in der Krankenhausversorgung. Der algorithmische Ansatz würde allerdings versuchen, Regeln zur selektivvertraglichen Öffnung zu formulieren, so z. B. die Beschränkung auf elektive Leistungen und Vorgaben für eine begleitende Qualitätssicherung.

5. Algorithmen zur Regulierung des Krankenhausmarktes

Das Modell einer algorithmischen (also regelbasierten) Marktregulierung ist ein Gegenmodell zur landesplanerischen Entscheidung, deren Funktionsmängel evident sind. Das Modell geht auch nicht davon aus, dass das traditionelle Planungsmodell signifikant durch eine stärkere Mitbestimmung der Krankenkassen vor Ort „gerettet“ werden kann – so folgerichtig eine institutionelle Berücksichtigung der „Folgekostenträger“ im Planungsprozess auch sein mag. Es baut darauf, dass die bundesweite Regulierung autonomer Leistungserbringer an die Stelle landesplanerischer Entscheidungen tritt. Die Definition von Sicherstellungszuschlägen durch den G-BA ist der offensichtlichste Schritt in Richtung einer umfassenderen Marktregulierung. Die folgenden Kapitel zeigen darüber hinaus, dass nunmehr schon zahlreiche weitere Schritte in Richtung einer solchen algorithmischen Marktregulierung gegangen wurden, ohne dass dies in der gesundheitsökonomischen Literatur ausreichend gewürdigt wurde. Es fehlen jedoch noch Regeln zum Marktzugang und zur Kapazitätsbegrenzung. Wenn sich hierfür ein überzeugendes Regelungswerk herausgebildet hat, dann dürfte es auch keine Schwierigkeit sein, den Übergang von landesplanerischer Kompetenz auf bundesweite Regulierungsbehörden verfassungsrechtlich nachzujustieren.

7.5 Qualitätsorientierte Marktregulierung

7.5.1 Qualität als Regulierungsinstrument

„Qualitätsorientierte Krankenhausplanung“ war eines der Versprechen im Koalitionsvertrag der letzten Legislaturperiode: In den ersten 44 Zeilen zum stationären Sektor enthält der Vertrag immerhin 19-mal den Begriff „Qualität“. Umgesetzt wurde diese Qualitätsorientierung im Wesentlichen im KHSG. Das politische Versprechen lautet in der Regel „Ausschluss schlechter Qualität“ und wirft die Frage auf, welche Art von Qualität gemeint ist und wie sie gemessen wird. In der Stufenfolge von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität steht Letztere ganz oben – dem Patientennutzen am nächsten. Gleichwohl gibt es mehrere Gründe, warum es nicht zum Ausschluss schlechter Ergebnisqualität via Krankenhausplanung kommen wird:

1. Die bisherigen Verfahren des G-BA messen in der Regel Prozessqualität. Die Entwicklung neuer Indikatoren ist mit einem Zeitraum von nicht unter fünf Jahren zu veranschlagen.
2. Die Messung von Ergebnisqualität liefert in der Regel ein Kontinuum, bei dem es, wie auch bei anderen Qualitätsdefinitionen, schwerfällt, eine gerichts-feste Grenze zwischen akzeptabler und nicht mehr tolerierbarer Qualität zu finden.
3. Bei kleinen Fallzahlen ist das Problem gravierender statistischer Unsicherheit unvermeidlich. Leistungserbringer mit niedrigen Fallzahlen haben quasi nie eine signifikant schlechte Qualität. Da aber gerade bei solcher „Gelegenheitsversorgung“ mit Qualitätsmängeln zu rechnen ist, müsste eigentlich jede Messung von Ergebnisqualität mit einer Mindestmenge flankiert werden.
4. Schließlich hat Deutschland in puncto Ergebnisqualität keine Ausschluss-tradition. Die Rechtsprechung in diesem Bereich stellt noch immer die Berufsfreiheit über den Patientenschutz.
5. Ergebnisqualität ist immer Ex-post-Qualität und würde deshalb verlangen, dass man Bestehendes aus dem Plan nimmt, was besonders schwierig ist.

Zusammenfassend kann man sagen: Der Ausschluss von Leistungserbringern mit schlechter Ergebnisqualität ist schwer messbar, juristisch angreifbar, in Deutschland ohne Tradition und mithin insgesamt unwahrscheinlich. Daran ändern vermutlich auch die sogenannten „planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ nichts. Denn nach wie vor werden die Länder kein Motiv haben, die Krankenhausversorgung durch Qualitätsanforderungen neu zu strukturieren. Strukturanforderungen haben zumeist neben einer qualitätserhöhenden auch eine marktberreinigende Wirkung. Daran aber werden die Länder genauso wenig Interesse haben wie am Abbau von Überkapazitäten durch „Zusammenstreichen“ des Krankenhausplanes. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass im KHSG versucht wurde, eine kaum noch existierende Krankenhausplanung durch das Wort „Qualität“ politrhetorisch aufzuwerten.

Gleichwohl könnten die G-BA-Regelungen – trotz aller Länderoptionen zur Aussetzung dieser Vorgaben – strukturierenden und damit marktregulierenden Einfluss haben. Realistisch ist dies vor allem bei den Bestimmungen zur Strukturqualität, so z. B. durch Kriterien zur Zusammensetzung von Behandlungsteams, Vorhaltung intensivmedizinischer Betreuung und ähnliches. Zu solchen Strukturanforderungen für die Krankenhausplanung gehören auch insbesondere Mindestmengen für planbare Leistungen.

7.5.2 Mindestmengen

„Übung macht den Meister“ ist ein Universalgesetz. In der deutschen stationären Versorgung wird jedoch in unverantwortlicher Weise gegen dieses Gesetz verstoßen: Es werden medizinische Eingriffe vielfach in extrem kleinen Fallzahlen erbracht. Es gibt inzwischen genug wissenschaftliche Belege, dass dies zu verminderter Qualität führt. Im Qualitätsmonitor 2018 des WiDO finden sich eindrucksvolle Belege hierfür (Dormann et al. 2018; Nimptsch und Mansky 2018).

Es gibt seit Langem gesetzliche Mindestmengenregelungen⁹, die diesen Missstand beheben sollen, die aber aus zwei Gründen weitestgehend wirkungslos geblieben sind. Zum Ersten waren die Hürden zur Einführung von Mindestmengen durch den G-BA extrem hoch, weil ein „besonderer Zusammenhang“ zwischen Menge und Qualität nachgewiesen werden musste. So ist es denn dem G-BA aufgrund massiver Widerstände der DKG lediglich gelungen, sieben Mindestmengen zu vereinbaren:

- Lebertransplantation (20)
- Nierentransplantation (25)
- Ösophagus (10)
- Pankreas (10)
- Stammzelltransplantation (25)
- Kniegelenk-Totalendoprothese (50)
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1250 Gramm (14)

Zum Zweiten wurden diese Mindestmengen schlichtweg nicht eingehalten, sodass zahlreiche Krankenhäuser Leistungsmengen erbrachten, die unterhalb der Mindestmenge lagen und eigentlich nicht hätten bezahlt werden dürfen. Diese Eingriffe wurden auch dann durchgeführt, wenn durch die Einhaltung der Mindestmengen quasi keinerlei Veränderungen in der Erreichbarkeit resultieren würden (Leber und Scheller-Kreinsen 2015).

Mit dem KHSG wurden beide Probleme aufgegriffen. Der G-BA legt gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V einen Katalog planbarer Leistungen fest, für die vom Krankenhaus eine Mindestmenge erbracht werden muss, damit das Krankenhaus diese Leistung mit den Krankenkassen vereinbaren und bewirken darf. Mit dieser Regelung soll ein Mindestmaß an Expertise und Durchführungspraxis garantiert werden, um das Risiko schwerer Komplikation zu senken. Die Neuregelung verlangt nunmehr keinen „besonderen Zusammenhang“. Dies zieht eine veränderte Verfahrensordnung des G-BA nach sich, die allerdings erst knapp zwei Jahre nach Verabschiedung des KHSG vom G-BA am 17.11.2017 beschlossen wurde.

Entscheidender noch als die geänderte Verfahrensordnung ist die konkrete Umsetzung der Mindestmengen vor Ort. Fatal war die Tatsache, dass die Unterschreitung der Mindestmengen oft erst ex post festgestellt wurde, dann aber eine Zahlungsverweigerung nicht mehr griff. Die KHSG-Regelung sieht nunmehr vor, dass ex ante ermittelt wird, ob die Mindestmenge erreicht wird: „Wenn die [...] erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht bewirkt werden. Einem Krankenhaus, das die Leistungen dennoch bewirkt, steht kein Vergütungsanspruch zu.“¹⁰

Die neuen Mindestmengenregelungen sehen vor, dass die Mengen des vorvergangenen Jahres als Basis für die Prognose der künftigen Mengen verwendet werden, dass aber die Menge im 1. Halbjahr des darauf folgenden Vorjahres (also ein

⁹ Vgl. Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Mindestmengenregelungen, Mm-R), <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/5/> (28. November 2017).

¹⁰ Vgl. § 136b Abs. 4 S. 1 und 2 SGB V.

um sechs Monate versetzter Zwölf-Monats-Zeitraum) zur Validierung herangezogen wird. Aktuelle Mengenentwicklungen werden also berücksichtigt. Die Zulässigkeit der Leistungserbringung muss das Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen jährlich darlegen. Die Regelungen sind standortbezogen. Als wichtige Konsequenz bewirkt das ab 2020 greifende Verfahren eine Entkoppelung der Mindestmengenfeststellung von den Budgetverhandlungen, die oft mit erheblicher Verspätung abgeschlossen werden und für ein prospektives Verfahren ungeeignet sind. Es bleibt zu hoffen, dass die derzeit übliche patientengefährdende Gelegenheitsversorgung durch die neue G-BA-Richtlinie wirksam eingegrenzt wird.

Die aktuelle Diskussion über die Notfallversorgung macht im Übrigen deutlich, dass die Eingrenzung der Mindestmengenregelungen auf „planbare Fälle“ zu kurz greift. Auch bei Notfalleingriffen gibt es einen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität. So hat z. B. Österreich eine Regelung, die dazu führt, dass in Wien Herzinfarkte lediglich in sechs (am Wochenende in zwei) Krankenhäuser eingewiesen werden. In Berlin kann man in 39 Krankenhäuser eingewiesen werden mit der Folge, dass die Wahrscheinlichkeit, von einem geübten, professionellen Team versorgt zu werden, ausgesprochen gering ist (Busse et al. 2016). Es bleibt zu hoffen, dass diese Problematik im Zusammenhang mit einer Neuordnung der Notfallversorgung in der laufenden Legislaturperiode aufgegriffen wird.

7.5.3 Notfallstufen

Die stationären (Not-)Fälle werden in Deutschland derzeit nahezu ausschließlich über DRGs finanziert. Krankenhäuser mit vielen (Not-)Fällen Erlösen viel. Krankenhäuser, die trotz vorgehaltener Strukturen beispielsweise in Nebenzeiten wenige Patientenkontakte haben, generieren keine ausreichenden Erlöse zur Finanzierung der Strukturen. Krankenhäuser ohne Notfallvorhaltungen hingegen haben einen ungerechtfertigten Vorteil. Aktuell unterscheidet die Vergütungssystematik lediglich zwischen einer Teilnahme und einer Nichtteilnahme an der Notfallversorgung: Mit Krankenhäusern, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, ist ein Abschlag in Höhe von 50 Euro je vollstationären Fall zu vereinbaren. Die Umsetzung dieser Regelung wird in den Ländern jedoch sehr unterschiedlich gelebt. Während in Hessen eine sehr konsequente Umsetzung erfolgt, wird in anderen Ländern kein einziger Abschlag vereinbart. Im Jahr 2014 hatten deutschlandweit 143 Krankenhausstandorte einen Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart – ein Wert, der die Zahl der nichtteilnehmenden Häuser wahrscheinlich weit unterschätzt.

Dramatisch variieren allerdings Art und Umfang der angebotenen Notfallleistungen bei den „vermeintlichen“ Teilnehmern. Teilweise reicht die Bereitstellung von Notfallversorgung an einzelnen Wochentagen oder in minimalem Umfang bereits aus, um abschlagsfrei zu verbleiben. Der G-BA hat deshalb mit dem KHSG den Auftrag erhalten, ein gestuftes System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern zu beschließen. Mit der Einführung eines gestuften Systems werden erstmals Mindeststandards festgelegt für Art und Anzahl der vorzuhaltenden Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des Fachpersonals, Kapazitäten zur Versorgung von Intensivpatienten, medizinisch-technische Ausstattung sowie Strukturen und Prozesse der Notaufnahme. Auf dieser Basis werden die Selbstverwaltungspartner Zu- und

Abschläge für die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbaren. De facto handelt es sich um eine künftig differenzierte Vorhaltefinanzierung, nicht um eine Zulassungsregelung. Als solche wird sie allerdings diskutiert.

Eine Beschlussfassung des G-BA war ursprünglich für Dezember 2016 geplant. Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)¹¹ wurde dann – wohl angesichts der näher rückenden Bundestagswahlen – geregelt, dass der G-BA zunächst eine wissenschaftliche Folgeabschätzung des geplanten Notfallstufenkonzeptes beauftragen und durchführen lassen soll. Die Frist für den G-BA-Beschluss wurde entsprechend bis Ende 2017 verlängert. Daneben sind die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, bis zum 30.06.2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge mit Hilfe des InEK zu ermitteln.

Ursächlich für die Verschiebung waren möglicherweise erste Schätzungen zur Auswirkung eines Konzeptes des GKV-Spitzenverbandes und der medizinischen Fachgesellschaften. Das Konzept sieht vor, dass die Notfallpatienten zukünftig in einer zentralen Notaufnahme (ZNA) aufgenommen werden, damit sich jeder Patient darauf verlassen kann, dass innerhalb von zehn Minuten nach Eintreffen in der ZNA die Dringlichkeit seiner Behandlung eingestuft wird (Triage). Spätestens nach 30 Minuten soll auch ein qualifizierter Facharzt am Patienten verfügbar sein.

Dem Konzept zufolge soll es künftig drei zuschlagsfähige Notfallstufen, eine Stufe ohne Zu- und Abschläge und eine Stufe der Nichtteilnahme geben, die verbindlich Abschläge vorsieht. Je mehr notfallrelevante Fachabteilungen ein Krankenhaus am Standort rund um die Uhr vorhält, umso höher ist auch der finanzielle Aufwand der Vorhaltung, der durch die Einsortierung in die Notfallstufen abgebildet wird. Während ein Basisnotfallversorger die Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie vorhält, zeichnen sich die Notfallversorger der erweiterten und der umfassenden Stufe dadurch aus, dass sie darüber hinaus weitere, nach Notfallrelevanz abgestufte Fachabteilungen vorhalten.

Die erste Sichtung der Folgeabschätzung und auch ergänzende Untersuchungen des GKV-Spitzenverbandes zeigen medizinisch ausgesprochen problematische Zustände. So haben zahlreiche Häuser, die gegenwärtig an der Notfallversorgung teilnehmen (oder zumindest keinen Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bekommen), keine Intensivstation. Patientensicherheit sieht anders aus.

Der Gesetzgeber hat den Auftrag an den G-BA allein auf stationäre Notfallstufen beschränkt. Möglicherweise ist dies jedoch nur der Ausgangspunkt für die Neustrukturierung der gesamten – stationären und ambulanten – Notfallversorgung (Bockhorst et al. 2017) und möglicherweise ist dies Anlass für eine noch breitere Regulierung des Krankenhausmarktes. Aufgrund der bestehenden Regelungskompetenz des G-BA im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanung) drängt sich in diesem intersektoralen Gebiet eine Regulierung durch den G-BA auf.

11 Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19.12.2016 (BGBl. I S. 2986).

7.5.4 G-BA-Strukturrichtlinien

Neben den Regelungen zu den Mindestmengen hat der G-BA eine Reihe weiterer Strukturrichtlinien beschlossen, die qualitätssichernde, aber auch mittelbar kapazitätssteuernde Funktion haben. Im Bereich Qualität sind bislang sieben Richtlinien beschlossen worden:

- Qualitätssicherung minimalinvasive Herzklappeninterventionen
- Qualitätssicherung Bauchaortenaneurysma
- Qualitätssicherung Kinderonkologie
- Qualitätssicherung Positronenemissionstomographie beim NSCLC¹²
- Qualitätssicherung Protonentherapie beim Rektumkarzinom
- Qualitätssicherung Früh- und Reifgeborenenversorgung
- Qualitätssicherung herzchirurgische Versorgung bei Kindern und Jugendlichen

Darüber hinaus gibt es rund zehn Qualitätssicherungs-Richtlinien, die aus den Beratungen zur Methodenbewertung resultieren. Dann, wenn die Studienlage keine eindeutige Entscheidung zur Methodenbewertung erlaubt, werden in der Regel qualitätssichernde Maßnahmen für die Leistungserbringung beschlossen. Für den hier diskutierten Übergang landesplanerischer Entscheidungen auf den G-BA ist das weniger relevant. Erläutert seien aber drei der sieben Beispiele aus dem Bereich Qualitätssicherung.

Zentraler Regelungsbestand in der Richtlinie zur minimalinvasiven Herzklappeninterventionen sind die kathetergestützten Aortenklappenimplantationen (TAVI). Es handelt sich um ein kardiologisches Verfahren, das vor allem für Patienten von Bedeutung ist, die nicht mehr operiert werden können. Problematisch ist die Krisenintervention, die u. a. eine chirurgische Weiterbehandlung erforderlich machen kann. Der G-BA hat deshalb am 16.04.2016 eine Strukturrichtlinie beschlossen, die sicherstellt, dass TAVI-Eingriffe nur in jenen Krankenhäusern durchgeführt werden, in denen eine chirurgische Krisenintervention möglich ist. Die von Krankenseite aufs Heftigste bekämpfte Richtlinie ist typisch für eine qualitätsorientierte Maßnahme, die zugleich kapazitätssteuernde Wirkung hat.

Die Richtlinie zur Qualitätssicherung in der Kinderonkologie gehört zu den frühen Strukturrichtlinien des G-BA (17.05.2017). Es ist eine Art Zentrumsanforderung, die umfangreiche Vorgaben an Ausstattung, Dienstleitungen bzw. Konsiliar-dienste enthält. So wird beispielsweise die Verfügbarkeit von Intensivbehandlung und dienstbereiter Labore verlangt. Wie auch bei den anderen Zentrumsregelungen (Abschnitt 7.6.3) fehlt die klare Zuweisungsregelung, die garantieren würde, dass kinder-onkologische Fälle nur in diesen Zentren versorgt werden.

Die Richtlinie, die derzeit die meisten gesundheitspolitischen Diskussionen auslöst, ist die Richtlinie zur Qualitätssicherung zur Früh- und Reifgeborenenversorgung (NICU¹³), die am 15.06.2017 beschlossen wurde. Bedeutsam ist vor allem die Vorgabe einer 1:1-Betreuung bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1 500 Gramm bei Intensivpflege in Perinatalzentren. Die Richtlinie enthält genaue

¹² Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom.

¹³ Neonatal intensive care unit.

Angaben zum Nachweis und zu den Ausnahmen von der Regelung. Nachgelagert ist eine Mehrkostenfinanzierung, die zwischen DKG und GKV vereinbart worden ist. Derzeit ist noch unklar, in welchem Ausmaß den Krankenhäusern die Einhaltung dieser Vorgabe gelingt. Von Krankenhausesseite wird reklamiert, dass derzeit gar nicht genug Fachkräfte zur Verfügung stehen. Die Debatte, die auch um eine vermeintliche Gefährdung der flächendeckenden Versorgung geführt wurde, zeigt schlaglichtartig den Zusammenhang zwischen den Qualitätsvorgaben und der Strukturierung der Krankenhauslandschaft.

7.5.5 Pflegepersonaluntergrenzen

Im Pflegebereich deutscher Krankenhäuser steht derzeit nicht alles zum Besten – so zumindest die Einschätzung der Pflegenden, die Wahrnehmung vieler Patienten und auch die Überzeugung der politischen Entscheidungsträger. Über das Ausmaß von Qualitätsmängeln in der Krankenhauspflege gibt es allerdings beschämend wenig empirisches Material. Die einzigen offiziellen pflegerischen Qualitätsindikatoren im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung existieren zur Dekubitusprophylaxe. Im bisherigen Erfassungszeitraum seit 2007 zeigten sich keine Verschlechterungen in diesem Bereich.

Zweideutig sind die Belastungsziffern. Betrachtet man die Zahl von „Fälle je Pflegekräfte“, dann zeigt sich im Zeitraum 2002 bis 2014 ein Anstieg von 12 Prozent. Die Belastungsziffer „Belegte Betten je Vollzeitpflegekraft“ hingegen weist im gleichen Zeitraum eine Entlastung um 12 Prozent aus. Ob nun die reale Belastung eher mit der Zahl der Fälle oder der Zahl der zu pflegenden Patienten korreliert, ist nicht ganz einfach zu beantworten. Einen eindeutigen empirischen Beweis für die These von der zunehmenden Belastung gibt es zumindest nicht (Augurzyk et al. 2016).

Fakt ist, dass zunehmend „an anderer Stelle“ gepflegt wird. So ist seit Anfang des Jahrhunderts die Zahl der belegten Krankenhausbetten leicht gesunken (von 450 000 auf unter 390 000)¹⁴, während die Zahl der Betten in Einrichtungen der stationären Pflege einen kontinuierlichen Wachstumsprozess aufweist (von 600 000 auf 800 000)¹⁵. Die sinkende Zahl belegter Betten sollte übrigens Anlass sein, die üblichen demografischen Denkmuster zu revidieren, denn der historische Trend lautet derzeit: Je älter die Bevölkerung wird, desto weniger liegt sie im Krankenhaus.

Wie auch immer die Datenlage ist: Die große Koalition der 18. Legislaturperiode hat Handlungsbedarf gesehen und mit dem KHSG abermals Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus auf den Weg gebracht. Wie einst beim GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz¹⁶ unter Gesundheitsministerin Ulla Schmidt wurde ein zweistufiges Verfahren gewählt. Der erste Schritt war der Aufbau zusätzlicher Pflegestellen in einem dreijährigen Förderzeitraum. Währenddessen wurde eine Exper-

14 Vgl. Grunddaten der Krankenhäuser 2016 (Statistisches Bundesamt 2017).

15 Vgl. Pflegestatistik 2015 (Statistisches Bundesamt 2017).

16 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.03.2007 (BGBl. I S. 378), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 28.07.2011 (BGBl. I S. 1622).

tenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“¹⁷ eingesetzt, um eine dauerhafte Lösung vorzubereiten. Eine Folge war damals die Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS), mit dessen Hilfe seither die hochaufwendige Pflege für bestimmte Gruppen, wie z. B. querschnittsgelähmte Patienten, abgebildet und refinanziert wird.

Dieses gesetzgeberische Muster wurde nun quasi unverändert ein zweites Mal angewendet – und das, obwohl die Mängel des ersten Pflegestellen-Förderprogramms offenkundig waren. Belohnt werden jene, die in den Vorjahren den Pflegedienst ausgedünnt hatten und mit Beginn der Förderung wieder aufbauten. Jene Krankenhäuser, die fortwährend gute Pflegequalität sicherstellten, gingen leer aus. Auch die Nachhaltigkeit muss angezweifelt werden. Sobald die Fördergelder eingestrichen wurden, konnte der Pflegedienst wieder abgebaut werden. Einzelheiten sind den diesbezüglichen Jahresberichten des GKV-Spitzenverbandes¹⁸ zu entnehmen.

Die Pflege-Expertenkommission, die nun eine dauerhafte Lösung für die Pflegequalität finden sollte, beschäftigte sich auftragsgemäß zunächst mit der Frage, ob der Aufwand zur Pflege von Behinderten, Pflegebedürftigen und Dementen adäquat im DRG-System abgebildet wird. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Pflege-Expertenkommission damit schon beim Kern des Problems angekommen war. Veränderte Relativgewichte im DRG-System mögen die Verteilung der Finanzmittel zwischen den Krankenhäusern „gerechter“ machen, aber sie ändern an der Verwendung der Mittel im einzelnen Krankenhaus nichts. Seitens der Gewerkschaften wurde deshalb gefragt, wie denn garantiert würde, dass das Geld auch bei der Pflege ankommt. Die Fragestellung der GKV ist noch weitgehender: Wie kann garantiert werden, dass die Pflege bei den Patienten ankommt? Eine Adjustierung der Relativgewichte von pflegeintensiven DRGs garantiert nicht unbedingt, dass auch mehr gepflegt wird.

Zur Identifikation von qualitätskritischen Bereichen wurde schließlich das Forschungsinstitut hche (Schreyögg und Milstein 2016) beauftragt. Das hche ermittelte, inwieweit das Auftreten unerwünschter, auf Pflegemängel zurückzuführender Ereignisse (Dekubitus, Harnwegsinfektionen etc.) mit der Pflegekräfteausstattung korreliert. Solche Bereiche wurden als „pflegesensitiv“ bezeichnet. Die Identifikation der Bereiche wurde von vielen Seiten kritisiert, was vor allem auf die schlechte Datenlage zurückzuführen sein dürfte: Die Diagnosen waren stark vom DRG-Abrechnungssystem verzerrt, die Daten der Qualitätsberichte zur Personalausstattung sind wenig verlässliche Daten zur jahresdurchschnittlichen Abteilungsbesetzung.

Die Arbeit der Pflege-Expertenkommission fand im Frühjahr 2017 ein überraschendes Ende. Rechtzeitig vor der Bundestagswahl beschloss die große Koalition, im Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten¹⁹ Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche zu definie-

17 Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2017/1-quartal/pflegepersonal-im-krankenhaus.html> (28. November 2017).

18 Vgl. <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/pflegesonderprogramm/pflegesonderprogramm.jsp> (28. November 2017).

19 Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten vom 17.07.2017 (BGBl. I 2017 S. 2615).

ren. Die Selbstverwaltungspartner DKG und GKV-Spitzenverband haben (unter Beteiligung zahlreicher anderer Organisationen) bis zum 30.06.2018 für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen, die ab 01.01.2019 anzuwenden sind (§ 137i SGB V).

Die methodischen Herausforderungen sind erheblich, weil die Anwendung von Patienten-Personal-Relationen einer Reihe zusätzlicher Festlegungen bedarf: Diese benötigen eine Form von Schweregradadjustierung, da beispielsweise frisch Operierte, Demente oder Patienten mit hohem Pflegegrad einen wesentlichen höheren Pflegebedarf haben. Bei den Pflegekräften muss der Qualitätsmix berücksichtigt werden. Strittig ist zudem, ob die Patienten-Personal-Relation durchschnittlich oder in jeder Schicht erfüllt sein muss. Da die Vorgabe eines Jahresdurchschnitts erlauben würde, dass einen Monat lang überhaupt kein Pflegepersonal auf Station ist, ist die schichtgenaue Betrachtung aus Patientenschutzgründen zwingend.

Hat man pflegesensitive Bereiche identifiziert, so bleibt das Problem der Grenzziehung. Für Deutschland gibt es bislang keine verlässlichen Studien, aus denen sinnvolle Grenzwerte für spezielle pflegesensitive Bereiche entnommen werden können. Zwar liegen internationale Arbeiten zu den Erfahrungen mit Mindestpersonalstandards vor, die Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem ist allerdings begrenzt. Wie im hche-Gutachten vorgezeichnet ist am ehesten ein Perzentilansatz umsetzbar: In den pflegesensitiven Bereichen mit den höchsten Personalbelastungszahlen muss das Verhältnis von Pflegenden zu Patienten und deren Pflegebedarf bis zur Grenze eines noch zu bestimmenden Perzentils verbessert werden.

Pflegepersonaluntergrenzen sind ein neues Instrument zur Regulierung des Krankenhausmarktes, dessen Wirkung stark von einer konsequenten Ausgestaltung abhängen wird. Die Gesundheitspolitik hofft auf erhöhte Patientensicherheit. Inwieweit auch Marktberreinigungseffekte eintreten, ist schwer zu prognostizieren. Hohe Grenzwerte könnten dazu führen, dass Krankenhäuser bestimmte Versorgungsleistungen nicht mehr anbieten, was in Ballungsgebieten eine erwünschte Form der Spezialisierung und Zentrenbildung bewirken würde, in den (wenigen!) dünn besiedelten Gebieten jedoch Fragen der Sicherstellung aufwerfen kann.

7.5.6 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Die Formulierung „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ klingt verheißungsvoll, suggeriert sie doch, dass künftig die Krankenhausplanung anhand von Indikatoren qualitätsorientiert erfolgt. Man stellt sich vor, dass nunmehr Abteilungen zusammengelegt werden, um die Qualität zu erhöhen, ja sogar Standorte aufgegeben werden, um durch Konzentration eine bessere Qualität der Versorgung zu erreichen. Nichts von dem findet sich jedoch in den gesetzlichen Regelungen nach § 136c Abs. 1 und 2 SGB V. Es handelt sich eher um eine Regelung, bei der die Landesbehörden in die Lage versetzt werden, bei extrem schlechten Werten der bestehenden Qualitätsindikatoren einzugreifen. Es ist eine Reaktion des Bundesgesetzgebers auf den Missstand, dass in der Landesplanung keinerlei Qualitätsmessung stattfindet und es den Landesbehörden folglich auch nicht gelungen ist, wirkungsvoll bei offensichtlichen Mängeln, z.B. Hygieneskandalen, Krankenhäuser vom Markt zu nehmen. De facto wird den Landesbehörden ein Instrument an die Hand gegeben, um in besonders kritischen Situationen gegen einzelne Leistungserbringer vorzu-

gehen, ohne allerdings die Länder an diese Regelungen zu binden. Die Länder können entscheiden, ob sie die bundesweiten Regularien anwenden.

Der G-BA war aufgefordert, in einem ersten Schritt bis zum 31.12.2016 Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aus den vorhandenen Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung als „planungsrelevant“ auszuwählen. Am 15.12.2016 wurden elf Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung als planungsrelevante Indikatoren durch den G-BA fristgerecht beschlossen. Festgelegt wurden Qualitätsindikatoren in den Bereichen Gynäkologie (3), Mammachirurgie (3) und Geburtshilfe (5). Bei der Auswahl wurden Indikatoren berücksichtigt, für die eine akute Gefährdung der Patientensicherheit besteht, weil nur in diesen Fällen davon ausgegangen werden kann, dass der staatliche Eingriff in die Berufsfreiheit gerechtfertigt ist.

Ebenfalls beschlossen wurde das Verfahren zu den planungsrelevanten Indikatoren. Neben dem Datenfluss oder dem zentralen Element der Prüfung der Dokumentationsqualität beinhalten die Regelungen z. B. auch die Übermittlung der Ergebnisse an die Krankenkassen. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass die Ergebnisse im Qualitätsbericht und in einem G-BA-Bericht veröffentlicht werden.

Unterm Strich wurde hier eine Chance vertan. Statt die Länder auf eine versichertenorientierte Regulierungsvorschrift festzulegen, wurde nur deren Instrumentenkoffer gefüllt, den diese dann theoretisch für diskretionäre Interventionen nutzen können. Das Handeln der Landesplaner wird jedoch weiterhin primär von infrastrukturellen und weniger von versorgungspolitischen Erwägungen geprägt sein. Indikatoren ohne bindenden regulatorischen Algorithmus werden daher absehbar ins Leere laufen.

7.6 Kapazitätsorientierte Marktregulierung

7.6.1 Auf dem Weg zur bundesweiten Kapazitätssteuerung

Branchenübergreifend mutet der Fokus der bundesweiten Regulierung im Krankenhausbereich auf die Qualitätssicherung und den Patientenschutz exotisch an. Klassiker des ordnungspolitischen Eingriffs eines Staates in Märkte sind die Regulierungsparameter Marktzugang und -austritt, Kapazität und Preisbildung. Diesbezüglich dominierten in der stationären Versorgung Deutschlands bislang unterschiedliche Regulierungsansätze: Während Marktzugang und -austritt sowie Kapazität zumindest formal durch direkte staatliche Aktivität der Bundesländer reguliert wurden, orientiert sich die Preisbildung eher an dem angelsächsischen Modell einer „Public Agency“, die mit Regulierungsaufgaben (hier Preisbildung) betraut wird und zumindest im operativen Geschäft, eingebettet in eine korporatistische Grundstruktur, weitestgehend weisungsfrei die Entwicklung des DRG-Systems betreibt. Spätestens mit dem KHSG tritt an die Stelle einer formalen Kapazitätsregulierung durch die Bundesländer ein differenziertes kapazitätsorientiertes Mehrebenensystem auf Bundesebene, das nach und nach auch formal die Krankenhausplanung der Bundesländer ablösen wird. Das Muster ist dabei ähnlich wie im Bildungsbereich: Zusätzliche Bundes- bzw. GKV-Mittel werden an einen bundeseinheitlichen Verteil-

lungsalgorithmus gekoppelt. Oftmals werden dabei weitestgehend weisungsfreie Institutionen bzw. Behörden auf Bundesebene, wie der G-BA oder das Bundesversicherungsamt (BVA), zu zentralen Akteuren. Künftig ist davon auszugehen, dass nicht nur die Preisbildung, sondern das gesamte kapazitätsorientierte Regelungs-
werk (inkl. Marktzugang und -austritt sowie Kapazitäten) auf Bundesebene bestimmt wird. Im derzeitigen Übergangsstadium scheint jedoch die komplizierte föderale Gesetzgebungssystematik zwischen Bundestag und Bundesrat immer wieder durch. Dies hat zur Folge, dass die Bundesländer oftmals als Ebene zwischen bundesweiter Regulierung und autonomen Leistungserbringern installiert werden. Die im Folgenden erörterten Beispiele Sicherstellungszuschläge, Zentren und Strukturfonds legen die Vermutung nahe: je größer die regulativen Einflussmöglichkeiten der Bundesländer im bundeseinheitlichen Regelungsrahmen, desto weniger zukunftsorientiert die Regelungen bzw. Ergebnisse.

7.6.2 Sicherstellungszuschläge

Keine Regierung kann es sich auf Dauer leisten, den Eindruck zu erwecken, dass man sich nicht um die Sicherstellung des Zugangs der Bevölkerung zur medizinischen Grundversorgung im ländlichen Raum kümmere. Dessen ungeachtet sind die Entscheidungen mit Blick auf die Sicherstellung der stationären Versorgung auf dem Lande fachlich schwierig und nicht leicht vor dem Wählerpublikum zu begründen, denn es müssen kontroverse Fragen beantwortet werden: Welche Krankenhäuser müssen unabhängig von wirtschaftlichen Problemen in der Versorgung gehalten werden? Wie lange dürfen die Einwohner maximal bis zur nächsten Klinik fahren? Welche Leistungen müssen als Teil der Grundversorgung vorgehalten werden bzw. welche nicht? Wer diese Fragen beantwortet, setzt sich immer massiver Kritik aus, unabhängig davon, wie großzügig oder restriktiv die Antwort ausfällt – denn jede auch noch so „großzügige“ Antwort impliziert doch zumindest irgendeine, wenn auch noch so ferne Grenze, deren Sichtbarmachung bestraft werden dürfte. Gleichzeitig besteht Handlungsdruck: In vielen Flächenbundesländern sehen sich die Landesregierungen mit der Frage des Zugangs zur Krankenhausversorgung im ländlichen Raum konfrontiert, scheuen sich aber, Farbe zu bekennen.

So ist es auch zu erklären, dass man sich in der KHSG-vorbereitenden Bundesländer-Arbeitsgruppe ausgerechnet bei diesem Thema auf den Einstieg in eine bundeseinheitliche kapazitätssteuernde Marktregulierung einigen konnte (Abschnitt 7.4.3). Die Bundesländer waren schlicht froh, dass an anderer Stelle, d. h. im G-BA, die fachlich und politisch schwierige Frage beantwortet wird, welche Krankenhausstandorte eine Sicherstellungsfunktion haben. Es folgte demnach mit dem KHSG der Auftrag des Gesetzgebers an den G-BA, die Voraussetzungen für den Sicherstellungszuschlag, insbesondere mit Blick auf

1. eine anzuwendende Erreichbarkeitsnorm,
2. einen geringen Versorgungsbedarf sowie
3. die notwendigen Vorhaltungen

zu konkretisieren und damit anhand eines Regelwerks die Krankenhausstandorte identifizierbar zu machen, die eine Sicherstellungsfunktion haben. Ferner wurde die Finanzierungssystematik verändert: Sicherstellungszuschläge werden nicht mehr

durch eine Umverteilung zwischen den Krankenhäusern finanziert, sondern es sollen zusätzliche Mittel der Krankenkassen fließen (laut Finanztableau des KHSG in Höhe von ca. 90 Mio. Euro jährlich).

Der G-BA ist dem gesetzlichen Auftrag nachgekommen und hat mit Beschluss vom 24.11.2016 die Kriterien des Sicherstellungszuschlags für die stationäre Grundversorgung (Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie) konkretisiert. Grob gesagt wurde ein Algorithmus verabschiedet, der Standorte identifiziert, durch deren Schließung mehr als 5 000 Einwohner mehr als 30 Pkw-Fahrzeitminuten bis zum nächsten geeigneten Krankenhaus der Grundversorgung benötigen würden. Ferner muss ein geringer Versorgungsbedarf vorliegen, damit ein Krankenhaus zum „Sicherstellungskandidaten“ wird. Dieser wird angenommen, wenn in einer Region die Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohnern je Quadratkilometer liegt. Das heißt, im Versorgungsgebiet des Krankenhauses ist das Patientenaufkommen so gering, dass das Krankenhaus die notwendigen Vorhaltungen, wie z. B. das erforderliche ärztliche Personal, nicht aus den regulären Einnahmen finanzieren kann.

Derzeit greift der entsprechende Algorithmus bundesweit ca. 100 Standorte als Sicherstellungskandidaten auf. Vor Ort ist zu überprüfen, ob diese Standorte auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten für einen Sicherstellungszuschlag in Frage kommen. Konkret ist zu ermitteln, ob aufgrund einer Vorhalteproblematik im Bereich der Grundversorgung ein Defizit vorliegt, das es auszugleichen gilt, um einen Marktaustritt zu verhindern.

In Abgrenzung zu einer planerischen Bestimmung von Sicherstellungskandidaten, die als Ergebnis beispielsweise eine statische Liste mit 100 Standorten ausgewiesen hätte, greift die algorithmische Lösung den demografischen Wandel, vor allem aber jede Veränderung in der Krankenhauslandschaft automatisch auf. Der Algorithmus erfasst z. B. Standorte, in deren Versorgungsgebiet die Bevölkerungsdichte unter den Schwellenwert von 100 Einwohnern je Quadratkilometer sinkt. Es können so ohne Anpassung eines planerischen Aktes neue Sicherstellungskandidaten ermittelt werden – umgekehrt können Standorte durch Veränderung der Krankenhauslandschaft oder durch Zu- bzw. Abwanderung auch ihre Sicherstellungsfunktion verlieren.

Strittig ist, ob die algorithmische Bestimmung des erhaltenswerten Zugangsstandards auf die stationäre Grund- und Regelversorgung beschränkt bleiben sollte oder ob sukzessive für weitere Versorgungsbereiche Algorithmen zu definieren sind (beispielsweise für die Geburtshilfe). Diese Fragestellung ist auch dahingehend interessant, als dass anhand des Sicherstellungsalgorithmus im Umkehrschluss klar wird, welche Standorte unter Zugangsgesichtspunkten verzichtbar sind und daher Gegenstand eines Abbaus der stationären Überkapazitäten (Abschnitt 7.2) werden können.

7.6.3 Zentren

In vielen medizinischen Versorgungsbereichen ist es nicht sinnvoll, dass das gesamte stationäre Leistungsspektrum von jedem beliebigen Krankenhaus angeboten wird. Zentralisierung, Differenzierung und Spezialisierung sind daher international klare Entwicklungstendenzen der medizinischen Versorgungsstruktur. Deutschland steht hier weit hinten an. Das liegt u. a. am Versagen der Krankenhausplanung (Abschnitt 7.1), die keinen nennenswerten Beitrag für eine zukunftsfeste Krankenhausstruktur leistet.

Lange nahm man an, dass sich dieses Problem durch das Fallpauschalensystem wie von selbst lösen würde. Die ökonomische These dahinter lautete ungefähr so: Bei gleicher Vergütung sollten die Krankenhausstandorte, die mit mehr Expertise, höherer Fallzahl und besserem Personal höhere Renditen erzielen, immer mehr Marktanteile von weniger spezialisierten Marktteilnehmern übernehmen. Mehr als anderthalb Dekaden nach Einführung des Fallpauschalensystems hat die DRG-Begleitforschung belegt, dass dieser Effekt nicht eingetreten ist (IGES 2011). Die ausbleibende Spezialisierung ist zunächst kontraintuitiv, erschließt sich jedoch bei Betrachtung der Rahmenbedingungen. Gerade die spezialisierten Leistungen sind im DRG-System extrem sorgfältig abgebildet. Bei einem insgesamt überhöhten Preisniveau haben daher viele Grund- und Regelversorger ihr Leistungsspektrum aus ökonomischen Motiven ausgeweitet, statt sich auf ihr Kerngeschäft der Grundversorgung zu konzentrieren und spezialisierte Leistungsbereiche anderen Marktteilnehmern zu überlassen. Das DRG-System hat daher unter den Rahmenbedingungen einer versagenden Krankenhausplanung und überhöhter Preise zu mehr Gelegenheitsversorgung von komplexen medizinischen Leistungen und damit unterm Strich zu weniger Spezialisierung geführt. Von einer Zentralisierung im Sinne einer Kapazitätssteuerung durch das DRG-System kann daher keine Rede sein.

Da in der Medizin der Begriff „Zentrum“ in der Regel mit positiven Eigenschaften wie Kompetenz und Spezialisierung assoziiert wird, bezeichnet sich dennoch jede medizinische Einrichtung, die etwas auf sich hält, als Zentrum. Gefühlt ist jedes Krankenhaus in Deutschland ein Zentrum – auch wenn dort komplexe medizinische Eingriffe nur gelegentlich und möglicherweise sogar mit einem hohen Risiko für die Patienten durchgeführt werden.

Lange wurde auch das spezielle Instrument zur Zentrumsfinanzierung, der sogenannte „Zentrumszuschlag“, sinnetstellend überwiegend nicht für die Finanzierung besonderer Aufgaben von Zentren eingesetzt. Eine kurze Übersicht der zwei Hauptförderkategorien illustriert das deutlich: In NRW wurde mit dem Zentrumszuschlag mehrheitlich die leitliniengerechte Versorgung von Brustkrebspatientinnen finanziert. In Baden-Württemberg wurde der Zentrumszuschlag dazu genutzt, geriatrische Versorger zu stützen, die wohnortnah die Basisversorgung von alten Menschen leisten. Besondere Aufgaben von Zentren, die sich deutlich von der normalen Versorgung abheben und die – das ist für die Finanzierung entscheidend – nicht in den Fallpauschalen abgebildet werden können, sehen anders aus.

Mit dem KHSG wollte der Gesetzgeber die heterogene Zentrumslandschaft in Deutschland vereinheitlichen und auf versorgungspolitisch relevante Krankheitsbilder konzentrieren. Was künftig unter dem Begriff „Zentrum“ zu finanzieren ist, sollten daher DKG, PKV und GKV-Spitzenverband per Verhandlung klären, so das KHSG. Dies scheiterte, worauf die Kassenseite Ende 2016 die Bundesschiedsstelle eingeschaltet hatte. Die Vereinbarung wurde durch die Bundesschiedsstelle gegen die Stimmen der GKV und der PKV festgesetzt. Der GKV-Spitzenverband hat die Auffassung vertreten, dass in der Vereinbarung die unbestimmten Rechtsbegriffe des Gesetzgebers („krankenhausübergreifend“, „überörtlich“ etc.) zu konkretisieren und folglich Kriterien als Voraussetzung für die Übernahme von besonderen Aufgaben zu definieren sind. Der durch die Bundesschiedsstelle festgesetzte Vertrag wird aus Kassensicht dem eigentlichen Gesetzauftrag aus dem KHSG nicht gerecht. Ausreichend für eine Finanzierung laut Schiedsstelle ist, dass eine Klinik

in der Krankenhausplanung der Länder als Zentrum ausgewiesen wird, ohne dass es weitere strukturierende Elemente gibt oder dass definiert wäre, was eine Aufgabe zu einer besonderen Aufgabe eines Zentrums macht. Ein Flickenteppich in der Umsetzung je Bundesland und Streit über die Kriterien und besonderen Aufgaben von Zentren sind die Folge.

Entscheidend für eine sinnvolle Marktregulierung wird künftig sein, ob es gelingt zu klären, was unter medizinischen Gesichtspunkten die Besonderheit von Zentrumsaufgaben ausmacht, und diese entlang von Kriterien bundeseinheitlich zu definieren. Nur dann wird von der Zentrumsvereinbarung und den daran geknüpften Zuschlägen für besondere Aufgaben ein positiver Versorgungseffekt für die Versicherten ausgehen. Marktregulatorisch ausgedrückt: Es fehlt ein Algorithmus, der die besonderen Aufgaben von Zentren unterscheidbar macht von Leistungen, die jedes Krankenhaus erbringt.

7

7.6.4 Strukturfonds

Das Dogma, nach dem mehr Krankenhäuser, mehr Betten und mehr Behandlungen immer den Patienten und Versicherten zugutekommen, ist spätestens seit der Diskussion um angebotsinduzierte Mengenausweitungen gebrochen. Heute ist es unter den Akteuren der Gesundheitswirtschaft überwiegend Konsens, dass Überkapazitäten die Behandlungsqualität senken, statt sie zu erhöhen, und daher gerade in den urbanen Ballungsräumen Krankenhausschließungen angezeigt sind. Nichtsdestoweniger sind Standortschließungen vor Ort extrem unpopulär und mit hohen Austrittskosten verbunden (Preusker et al. 2014). Die mit dem KHSG beschlossene Einführung des Strukturfonds zwecks finanzieller Förderung eines kapazitätsabbauenden Strukturwandels ist daher folgerichtig. Jedoch ist schon die Zweckbestimmung des Strukturfonds wieder deutlich zu „versorgungspolitisch“ gefärbt: Ziele des Strukturfonds sind nicht nur der Abbau von Überkapazitäten, sondern auch die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden. Zur Finanzierung wurde beim BVA aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Mio. Euro errichtet. Die Länder müssen, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens tragen. Insgesamt steht damit rund 1 Mrd. Euro für die Förderung von Strukturveränderungen zur Verfügung.

Erste Auswertungen der beantragten und bewilligten Fördermittel zeigen, dass lediglich sechs Prozent der Mittel des Strukturfonds in tatsächliche Schließungen geflossen sind (AOK-Bundesverband 2017). Darüber hinaus existieren trotz immenser Überkapazitäten zahlreiche Bundesländer, die mit keinem oder nur einem verschwindend geringen finanziellen Anteil der verfügbaren Strukturfondsmittel tatsächlich Betten abgebaut haben. Die aktuelle Konstruktion des Strukturfonds hat demnach offenkundige Schwächen, die einen weitgreifenden Strukturwandel blockieren.

Dies liegt maßgeblich an dem Auswahlprozess, in dem die Bundesländer die tragende Rolle einnehmen. Aus der Perspektive einer kapazitätsorientierten Marktregulierung ist diese Konstruktion geradezu aberwitzig. 40 Jahre lang haben die

Landesregierungen im Rahmen der Krankenhausplanung mit ihren Entscheidungen die Voraussetzungen für die derzeitigen Überkapazitäten gelegt (Abschnitt 7.2). Dabei konnten die Landesregierungen die Krankenhausstruktur anhand von arbeitsmarkt- und infrastrukturpolitischen Zielen ausrichten, ohne die Folgekosten zu beachten, da diese größtenteils von bundesweit agierenden Kassen „vergemeinschaftet“ werden. Dass angesichts dieser Erfahrungen und fortbestehender Anreize zur Vergemeinschaftung von Folgekosten ausgerechnet die Bundesländer als zentraler Akteur des Strukturfonds etabliert wurden, war ein klarer Fehler.

Bei einer Weiterentwicklung des Strukturfonds ist dieser eklatante Fehler zu beheben. Im Sinne einer kapazitätsorientierten Marktregulierung autonomer Entscheidungsträger sollten die Krankenhausträger selbst die Entscheidung über die förderungsfähigen Vorhaben treffen. Das bedeutet, die Antragstellung sollte den Trägern selbst überlassen werden, sie sollten direkt Anträge auf Schließungen an das BVA stellen dürfen. Das BVA wird dadurch, nicht wie der G-BA, zum Normgeber, sondern würde vielmehr das gesetzlich vorgegebene Förderverfahren exekutieren und überwachen. Es würde damit, wie bisher, klassische Aufgaben einer staatlichen Regulierungsbehörde übernehmen. Auf gesetzlicher Grundlage muss darüber hinaus für den Genehmigungsprozess eine klare Priorisierung der Maßnahmen vorgesehen werden. Schließungen in Ballungsräumen ist dabei ein Vorrang vor Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen zu geben. Zudem sind komplette Standortschließungen der Schließung einzelner Abteilungen vorzuziehen. Der BVA-Genehmigungsprozess ist mit engen Vergabekriterien und einer klaren Hierarchie zu hinterlegen und damit quasi algorithmisch anzulegen.

7.7 Algorithmische Regulierung des Krankenhausmarktes

Das KHG von 1972 ist inzwischen 45 Jahre alt. Es basiert auf einem Modell, in dem die Bundesländer die Krankenhausstandorte nebst Bettenzahl und Abteilungsstruktur bestimmen und den Bau der Krankenhäuser finanzieren. Die Betriebskosten werden durch die Verhandlungspartner vor Ort geregelt. Dieses Modell, das weitestgehend frei von bundesweiten Steuerungselementen war, hat sich inzwischen grundlegend gewandelt. Durch die Einführung des bundesweit gültigen DRG-Systems (anders als die alte Bundespflegesatzverordnung ohne Zustimmung der Länder) und durch die qualitätssichernden Regeln des SGB V mit stark regulativem Durchgriff des G-BA hat sich inzwischen eine komplexe Mehrebenensteuerung durchgesetzt, die durch die Zuständigkeit weiterer Regulierungsbehörden, wie dem Bundeskartellamt, die klassische Regelungsstruktur ausgehöhlt hat.

Gleichwohl wird verfassungsrechtlich die Planungshoheit der Länder aufrecht erhalten – mit zum Teil grotesker Normenkonkurrenz. So beschließt der G-BA Richtlinien zum Patientenschutz (z. B. Mindestmengen), die dann von den Bundesländern ausgesetzt werden können. Mehr noch: Es kann eine Situation konkurrierender Normen entstehen, dann nämlich, wenn das Land andere Regeln vorgibt, beispielsweise Mindestanforderungen an ein Zentrum. Gilt dann die Bundesregelung oder die Landesregelung? Gilt die stärker patientenschützende Regelung oder diejenige, die vor allem den Standort des Krankenhauses schützt?

Sieht man einmal von landsmannschaftlichen Ressentiments gegen Fremdbestimmung aus Berlin ab, so ist die wesentliche gesundheitspolitische Begründung für die Opt-out-Regelung der Bundesländer die Unterschiedlichkeit der Siedlungsstrukturen. Die Sicherung der flächendeckenden Versorgung – also ein Erreichbarkeitskriterium – ist das wesentliche Argument gegen die Gültigkeit bundesweiter Vorgaben. In der Tat ist es manchmal besser, ein (vielleicht wegen geringer Fallzahl) schlechteres Krankenhaus zu haben als gar keins. Die Simulationen zum Sicherstellungszuschlag haben jedoch gezeigt, dass sich gerade Erreichbarkeiten gut aus der Google-Earth-Perspektive simulieren und bestimmen lassen. Die digitale Revolution hat dafür gesorgt, dass das Wissen der Menschen vor Ort geringer ist als jenes globaler Navigationssysteme. Vor Ort gibt es kein Erfahrungswissen, wie viel Tausend Leute länger als 30 Minuten zum nächsten Krankenhaus benötigen. Navigationssysteme haben dieses Wissen.

Gesundheitspolitische Wirkung können die Navigationssysteme nur entfalten, wenn die Daten nach versorgungspolitischen Fragestellungen aufbereitet und öffentlich zur Verfügung gestellt werden. Klinikketten sind schon seit Langem im Besitz von Software zur Simulation von Veränderungen im Krankenhausmarkt, um privatwirtschaftliche Entscheidungen auf eine solide empirische Grundlage zu stellen. Die Digitalisierung eröffnet Chancen, diese Informationen gemeinwohlorientiert auch im Kontext der Normsetzung und für die konkrete Entscheidungsfindung vor Ort aufzubereiten und mit geringem Aufwand öffentlich zur Verfügung zu stellen. Der Informationsbedarf ist groß. Exemplarisch sei der GKV-Kliniksimulator²⁰ genannt, mit dem bei der Schließung eines Krankenhauses die Erreichbarkeit anderer Häuser simuliert werden kann. Seit seiner Liveschaltung im September 2016 wurden mit ihm ca. 40 000 Simulationen durchgeführt. Erforderlich sind auch einheitliche Definitionen, z. B. zu Zentren, Abteilungen, Ambulanzen und Standorten. Gesetzgeberisch ist immerhin ein (bundesweites!) Standortverzeichnis auf den Weg gebracht²¹, sodass ab 2020 Leistungsdaten der Krankenhäuser standortbezogen erfasst und übermittelt werden. Analog sollte darauf aufbauend ein öffentlich zugängliches Arztverzeichnis für die vertragsärztliche Versorgung etabliert werden, das für Simulationen und Planungsentscheidungen herangezogen werden kann und damit beispielsweise auch sektorenübergreifende Analysen und zukünftig auch Planungen ermöglicht.

Die digitale Revolution ermöglicht also inzwischen die Folgeabschätzung bundesweiter Regelungen für alle Regionen. Anpassungsbedarf besteht in den gesetzlichen Vorgaben für die Richtlinien des G-BA. Es stellt sich beispielsweise die Frage, ob bei den Strukturrichtlinien und den Mindestmengen Erreichbarkeitsnormen „mitformuliert“ werden sollten. Solche Algorithmen sind besser geeignet, die Balance zwischen Qualitätsanforderungen und Erreichbarkeiten auszutarieren als Opt-out-Regelungen für Bundesländer.

Es verbleibt das Problem der Krankenhausplanung, die zu einer Status-quo-Fortschreibung verkommen ist. Einige Länder haben den Anspruch, durch den Krankenhausplan Versorgung zu gestalten, weitgehend aufgegeben und regeln nicht

²⁰ www.gkv-kliniksimulator.de.

²¹ Vgl. § 2a KHG und § 293 Abs. 6 SGB V.

einmal mehr die Bettenzahl und Abteilungsstruktur. Die gestaltungsfreie Fortschreibung des Status quo vertraut im Wesentlichen darauf, dass die Krankenhäuser schon „alles richtig machen“. Das gewaltige Ausmaß an Gelegenheitsversorgung mit patientengefährdender Wirkung aufgrund unverantwortlich geringer Fallzahlen lässt erhebliche Zweifel an dieser Grundannahme aufkommen. Für die Zulassung zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) hat der Gesetzgeber das (zweifelhafte) Motto „Wer kann, der darf.“ formuliert. Im Krankenhausbereich ist es noch schlimmer. Hier gilt: Auch wer nicht kann, der darf.

Die Sicherstellungszuschläge sind ein erster Schritt, algorithmisch die wirklich unverzichtbaren Krankenhäuser zu definieren. Bislang ist das nur für die Grundversorgung geschehen. Aus regulatorischer Perspektive wäre eine konsequente Ausweitung der Regelungen auf andere Leistungsbereiche höherer Versorgungsstufen denkbar. Entsprechende Überlegungen liegen auch der Sicherstellungsdebatte um die Gynäkologie und Geburtshilfe sowie die Kinder- und Jugendmedizin zugrunde. Es entsteht damit ein angemessener algorithmischer Rahmen, der sowohl den erhaltenswerten Mindeststandard normativ definiert, gleichzeitig aber auch Raum für Veränderungen der Versorgungsstrukturen aufzeigt.

Angesichts manifester Überkapazitäten, zu deren Abbau die Krankenhausplanung absehbar keinen Beitrag leisten wird, ist es aus regulatorischer Perspektive naheliegend, auch für die Angebotssteuerung im stationären Bereich einen Algorithmus für den Markteintritt und die Kapazitätssteuerung zu fordern. Ein Einstieg könnte dabei wie folgt aussehen: Durch einen vom G-BA bestimmten Algorithmus werden die Regionen in Deutschland identifiziert, für die wohnortbezogen die Behandlungshäufigkeit substantiell von der erwartbaren Behandlungshäufigkeit abweicht und damit Unterschiede vorliegen, die rein medizinisch nicht erklärbar sind. Gut dokumentiert sind derartige regionale Unterschiede beispielsweise für die Entfernung der Mandeln, des Blinddarms, der Prostata oder beim Einsetzen eines Defibrillators am Herzen (Bertelsmann 2015; Storz-Pfennig 2014). Hier zeigen sich Unterschiede bis zum Achtfachen. Um einer angebotsinduzierten Leistungsausweitung vorzubeugen, wird in diesen Regionen die medizinische Begutachtung der Fallabrechnung intensiviert. Konkret sollte für die Leistungserbringer der Regionen mit der höchsten Behandlungshäufigkeit die Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro im Falle einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) entfallen.

Darüber hinaus sind neue Marktsegmente, wie beispielsweise die mit dem KHSG neu sortierte und deutlich aufgewertete Zentrumsfinanzierung, mit klaren Kriterien für Zentren im Sinne von Markteintrittsalgorithmen zu hinterlegen. Wesentlich ist dabei, dass medizinisch sinnvoll und auf Basis klarer Trenner zwischen den Leistungserbringern unterschieden wird, die Aufgaben in neuen abrechnungsfähigen Marktsegmenten übernehmen sollen, und solchen, die für die vorgesehenen Aufgaben eben nicht die notwendigen Qualifikationen mitbringen.

Weit entfernt von einer kapazitätsorientierten, algorithmischen Marktregulierung ist die ambulante Versorgung an den Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung. Es existieren inzwischen beispielsweise rund zwei Dutzend Rechtsformen für Krankenhausambulanzen und somit Bereiche, in denen Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte gleichermaßen an der Versorgung beteiligt sind (Seitz 2012; Leber 2010; Orłowski 2016; Leber und Wasem 2016), die

jedoch in den jeweiligen sektoralen Kapazitäts-, Qualitätssicherungs- und Mengensteuerungssystemen gar nicht oder nur unzureichend erfasst werden.

Versteht man einen Algorithmus als Handlungsvorschrift zur Lösung von Problemen, muss mit Blick auf die ambulante Leistungserbringung von Krankenhäusern zunächst geklärt werden, welche Versorgungsprobleme die Krankenhausambulanzen lösen sollen. Dabei ist es nicht sinnvoll, zwischen der Versorgungsfunktion der mehr als 24 Einzelvorschriften zu unterscheiden, nach denen Krankenhäuser ambulante Leistungen erbringen. Stattdessen kann grob zwischen drei Versorgungsfunktionen von Krankenhausambulanzen unterschieden werden (Scheller-Kreinsen et al. 2017):

1. Ergänzende vertragsärztliche Versorgung: Krankenhausambulanzen werden ermächtigt, um Versorgungsdefizite der vertragsärztlichen Versorgung auszugleichen.
2. Äquivalente Leistungserbringung: Krankenhausambulanzen sind als spezialisierte Leistungserbringer spezifischer ambulanter Versorgungsleistungen vorgesehen, die sowohl von Ambulanzen als auch von spezialisierten Vertragsärztinnen und -ärzten erbracht werden können.
3. Hochspezialisierte Ambulanzversorgung: Krankenhäuser erbringen eine hochspezialisierte ambulante Versorgung, die unter Qualitätsaspekten oder wegen notwendiger Strukturanforderungen vornehmlich oder ausschließlich von Krankenhausambulanzen erbracht werden sollte.

Mit Blick auf eine kapazitätsorientierte Marktregulierung ergeben sich unterschiedliche Handlungsnotwendigkeiten. Eine zentrale Herausforderung ist die Einführung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung für solche spezialisierten Leistungen, die sinnvollerweise sowohl von Vertragsärzten als auch von Krankenhausambulanzen erbracht werden können (Scheller-Kreinsen et al. 2018). Weitergehende Reformbedarfe sind eine sektorenunabhängige und stärker fallpauschalierte Vergütungsstruktur, eine durchgehende und sektorenunabhängige Mengensteuerung sowie Qualitätssicherung (GKV-Spitzenverband 2017).

In der Gesamtschau zeigt sich ein fundamentaler Wandel in der Steuerung und Strukturierung der stationären Versorgung: An die Stelle des alten paternalistischen, stark landesbezogenen KHG-Modells zur Krankenhausplanung treten zunehmend bundesweite Regelungen zur Vergütung, zur Qualität und inzwischen auch zur Krankenhausplanung. Noch fehlen wesentliche Algorithmen zum Marktzu- und -abgang. Die digitalen Systeme erlauben inzwischen weitestgehend die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten. Es dürfte deshalb an der Zeit sein, verfassungsrechtlich nachzujustieren, damit vermeintliche Eingriffe in die Planungshoheit der Länder künftig nicht mehr unbefriedigende Opt-out-Regelungen nach sich ziehen. Es bleibt der Appell an die Gesundheitspolitik, die gemeinsame Selbstverwaltung und die Gesundheitsökonomie: Neue Algorithmen braucht das Land!

Literatur

- AOK-Bundesverband. Blickpunkt Klinik. Zahlen, Daten, Fakten. September 2017. www.blickpunkt-klinik.de (28 November 2017).
- Augurzky B, Bünnings C, Dördelmann S, Greiner W, Hein L, Scholz S, Wübker A. Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. RWI Materialien Heft 104. Essen 2016. http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-materialien/rwi-materialien_104.pdf (28 November 2017).
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg). Faktencheck Regionale Unterschiede 2015. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Gütersloh 2015. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/faktencheck-regionale-unterschiede-2015/> (28 November 2017).
- Bockhorst K, Leber WD, Wolff J. Neustrukturierung der Notfallversorgung. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg). Gesundheitswesen aktuell 2017, Beiträge und Analysen. BAR-MER, Wuppertal 2017: 176–97.
- Busse R, Ganten D, Huster S, Reinhardt ER, Suttorp N, Wiesing U. Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften 2016.
- Dormann F, Klauber J, Kuhlen R. Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018.
- GKV-Spitzenverband. Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung, Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 30.08.2017. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_sektorenübergreifende_Versorgung_barrierefrei.pdf (28 November 2017).
- hche. Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG – Endbericht, Juli 2014. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/mengenentwicklung_und_mengensteuerung/mengenentwicklung_und_mengensteuerung_1.jsp (28 November 2017).
- IGES. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG. Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008): Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK) 2011. Berlin. <http://www.g-drg.de/cms/content/view/full/2944> (28 November 2017).
- Leber WD. § 115x: Spezialärztliche Versorgung – Ein Reformprojekt ab 2011. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2010; 27 (6): 572–5.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird selektiv – Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart: Schattauer 2007; 81–106.
- Leber WD, Scheller-Kreinsen D. Marktaustritte sicherstellen – Zur Rolle rekursiver Simulationen bei der Strukturbereinigung im Krankenhausesektor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015; 187–210.
- Leber WD, Wasem J. Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016, Stuttgart: Schattauer 2016; 3–28.
- Leber WD, Wolff J. Wer bestellt, muss bezahlen. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2012; 29 (3): 258–61.
- Nimptsch U, Mansky T. Volume-Outcome-Zusammenhänge in Deutschland. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg). Qualitätsmonitor 2018. Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2018; 55–68.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries. OECD Health Working Papers Nr. 64. OECD Publishing, Paris 2013.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Health at a Glance 2015: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris 2015. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en (28 November 2017).

- Olson M. The Principle of “Fiscal Equivalence”: The Division of Responsibilities among Different Levels of Government. *The American Economic Review* 1969; 59 (2): 479–87.
- Orlowski U. Potenzial der Kliniken: Ambulantes Krankenhaus. führen und wirtschaften im Krankenhaus 2016; 33 (4): 3–11.
- Preusker UK, Müschenich M, Preusker S. Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003–2013, Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Preusker Health Care OY, Mai 2014. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/gutachten_marktaustritte_krankenhaeuser.jsp (28 November 2017).
- Scheller-Kreinsen D, Lehmann K, Quentin W, Kaiser P, Haun O (2017): Ambulant-stationäre Grenzen: Endlich aufräumen! führen und wirtschaften im Krankenhaus 2017; 34 (8): 718–21.
- Scheller-Kreinsen D, Lehmann K, Krause F, Botero F, Quentin W. Sektorenübergreifende Angebotssteuerung für Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2018*. Stuttgart: Schattauer 2018; 209–232.
- Schreyögg J, Milstein R. Expertise zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Pflegeverhältniszahlen und pflegesensitiven Ergebnisparametern in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Hamburg. 10.11.2016, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Gutachten_Schreyoegg_Pflegesensitive_Fachabteilungen.pdf (28 November 2017).
- Seitz I. Die Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser. *Schriften zum Sozialrecht*. Baden-Baden: Nomos 2012.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2015, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2016.
- Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2016, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2017.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. 2017.
- Storz-Pfennig P. Germany: Geographic variations in health care. In: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) *Graphic Variations in Health Care: What do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?* OECD Publishing. Paris 2014. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-11-en> (11 Dezember 2017).
- WHO Europe. *European HFA Database 2015*. Statistisches Bundesamt 2015.