

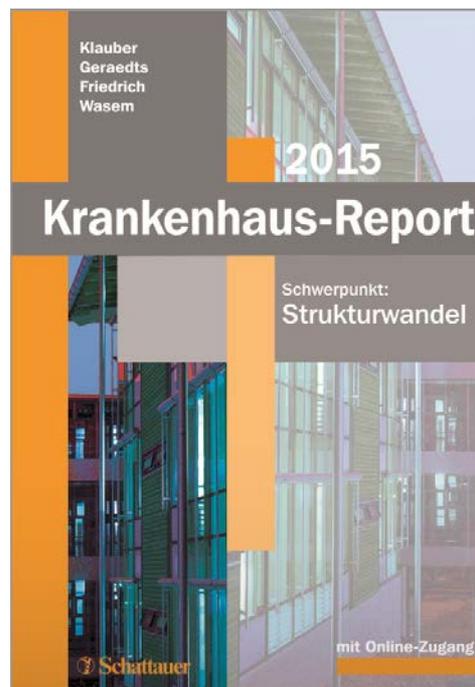
Krankenhaus-Report 2015

„Strukturwandel“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 13-22



2	Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich	13
	<i>Alexander Geissler und Reinhard Busse</i>	
2.1	Einführung.....	13
2.2	Planungsverantwortung	14
2.3	Planungsbreite und -tiefe	16
2.4	Investitionsplanung	18
2.5	Diskussion	19
	Literatur.....	21

2 Stationäre Kapazitätssteuerung im internationalen Vergleich

Alexander Geissler und Reinhard Busse

Abstract

Die Planung und Steuerung von stationären Kapazitäten wird in vielen Ländern reguliert. Dies geschieht jedoch äußerst unterschiedlich, ausgehend von nationalen Gesundheitszielen, dem vorhandenen Grad politischer Dezentralisierung, einer differierenden Planungsbreite bzw. -tiefe sowie unter Zuhilfenahme verschiedenster Investitionsfinanzierungsansätze. Dabei rückt die Leistungssteuerung in den Mittelpunkt der Kapazitätsplanung einiger Länder, um die Grundversorgung wohnortnah und eine Spezialversorgung in ausgewählten und mit der notwendigen Kompetenz und Ausstattung versehenen Standorten zu gewährleisten.

Planning and steering of hospital capacities is regulated in many countries. However, the approaches differ based on national health targets, the degree of political decentralisation and the scope of planning. Moreover, different capital investment strategies are used for capacity building. There is a trend towards service planning in order to deliver basic care close to the residence of patients and highly specialised care in selected treatment centres throughout the country.

2.1 Einführung

Im internationalen Vergleich verfügt Deutschland über ein Höchstmaß an stationären Kapazitäten. Zwar wurde in Deutschland – wie auch in vielen anderen Ländern – die Anzahl der Krankenhausbetten in der jüngeren Vergangenheit reduziert, jedoch geschah dies ausgehend von einem sehr hohen Niveau und vergleichsweise langsam (Geissler et al. 2010). Zugleich stiegen die Fallzahlen in den vergangenen Jahren im internationalen Vergleich überdurchschnittlich stark an (OECD 2013 a), was den Schluss nahelegt, dass die Kapazitäten deutscher Krankenhäuser den ungewollten Anreiz zur (eingetretenen) Mengenausweitung – insbesondere unter Berücksichtigung der Anreize der Fallpauschalen – begünstigt haben (Schreyögg et al. 2014).

Die Steuerung und Planung stationärer Kapazitäten ist komplex, da sie unter starker Unsicherheit bzgl. zukünftiger gesellschaftlicher und medizintechnologischer Entwicklung getroffen werden muss, erhebliche Investitionen mit langen Nutzungsdauern nach sich zieht und zusätzlich über eine Reihe von Planungsinstanzen unter Mitwirkung zahlreicher Akteure erfolgt. Trotzdem ist sie zwingend notwendig in Gesundheitssystemen, die nicht frei von Informationsasymmetrien, angebotsinduzierter Nachfrage und Leistungsselektion auf Anbieterseite sind.

Eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, leistungsfähige, wirtschaftliche und zunehmend auch von Qualitätsaspekten bestimmte Planung und Steuerung der Versorgung stellt eine große Herausforderung dar. Dabei gilt es, aufgrund der individuellen Stärken und Schwächen möglichst ein Gleichgewicht zwischen den Entwicklungspotenzialen des einzelnen Krankenhauses im Krankenhauswettbewerb auf der einen Seite und einer qualitätsorientierten Leistungssteuerung durch Struktur- und Prozessvorgaben auf der anderen Seite herzustellen, damit eine *wohnortnahe Grundversorgung* und eine *bedarfsgerechte Spezialversorgung* in ausgewählten und mit der notwendigen Kompetenz und Ausstattung versehenen Standorten gewährleistet werden kann.

In der jüngsten Vergangenheit ist die Krankenhausplanung, die allein den Bundesländern vorbehalten ist, wieder stärker in den Fokus der gesundheitspolitischen Debatte gerückt, weil sie die Möglichkeit bietet, Kapazitäten aus- oder abzubauen bzw. umzuwidmen oder durch qualitätsorientierte Struktur- und Prozessvorgaben eine Leistungssteuerung zu ermöglichen, die allein durch das Angebotsverhalten der Krankenhäuser nicht zu optimalen Ergebnissen kommen kann.

Dieses Kapitel beschäftigt sich deskriptiv mit einigen Ansätzen zur Krankenhausplanung in sechs europäischen Nachbarländern (Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Italien, Niederlande) um mögliche Entwicklungspotenziale für die deutsche Krankenhausplanung aufzuzeigen. Zunächst werden dabei Unterschiede der Planungsverantwortlichkeiten skizziert und anschließend differierende Planungsumfänge bzw. die unterschiedliche Planungstiefe beleuchtet. Danach wird ein kurzer Überblick zu den verschiedenen Optionen zur Investitionsfinanzierung gegeben, bevor dieses Kapitel mit einer Diskussion der international eingesetzten Planungsansätze und deren Übertragbarkeit auf Deutschland schließt. Grundsätzlich ist hervorzuheben, dass die vorgestellten Methoden zur stationären Kapazitätsplanung jeweils in ein nationales Gesundheitssystem mit individuellen Anforderungen eingebettet sind und daher meist nicht direkt auf ein anderes Land zu übertragen sind. Zudem gibt es in der ohnehin sehr überschaubaren Literatur zur praktischen Umsetzung der Krankenhausplanung bisher keine Evidenz, welcher der international eingesetzten Planungsansätze vorteilhafter ist und unter Berücksichtigung der vorgenommenen Ausgaben die beste Versorgungsqualität liefert.

2.2 Planungsverantwortung

In internationalen Vergleichen zu ausgewählten Fragestellungen von Gesundheitssystemen spiegelt sich immer der nationale Grad der politischen Dezentralisierung wider, insbesondere bezüglich des Entscheidungsspielraums geografischer Einheiten. So gibt es einerseits Länder, in denen traditionell mehrheitlich zentral auf nationaler Ebene gesteuert wird (z. B. Frankreich), und andererseits Länder, in denen der kommunalen Ebene mehr Gewicht zukommt (z. B. Finnland oder Schweden). Die Krankenhausplanung in europäischen Ländern wird von verschiedensten administrativen Einheiten lokal, regional, national und gleichzeitig unter Einbezug aller Entscheidungsebenen hinweg durchgeführt. Eine klare Trennung der Verantwortungsbereiche einzelner Entscheidungsebenen ist daher sehr schwer. Zudem ist die

Tabelle 2–1

Verantwortlichkeiten der Krankenhausplanung

Land	
Dänemark	Regionen und Kommunen planen eigenständig unter zentraler Aufsicht
England	Nationale und regionale Planung gelenkt von der Zentralregierung unter Teilnahme lokaler Behörden
Finnland	Planung in kommunaler Verantwortung über Krankenhausbezirke die von Kommunen gebildet werden
Frankreich	Regionale Gesundheitsagenturen planen auf Grundlage eines nationalen Rahmenplans in Absprache mit lokalen Akteuren
Italien	Regionalregierungen planen auf Grundlage eines nationalen Rahmenplans
Niederlande	Krankenhäuser planen bis auf wenige spezialisierte Leistungen selbst, Zentralregierung interveniert wenn Zugang zu Versorgung bedroht ist

Quelle: modifiziert auf Grundlage von Ettelt et al. 2009 und Paris et al. 2010

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

Planungstiefe sehr divers und reicht von detaillierten Plänen, die für jedes Krankenhaus und jede Fachabteilung genau die Anzahl der maximal nutzbaren Betten und deren minimalen Nutzungsgrad ausweisen, wie es z. B. in einigen deutschen Bundesländern der Fall ist, bis hin zur selbständigen Planung der Krankenhäuser bzw. deren Verbänden in Verbindung mit einem Interventionsrecht der Zentralregierung bei drohenden Zugangsproblemen wie etwa in den Niederlanden (Ettelt et al. 2009) (vgl. Tabelle 2–1).

Um Planungsbereiche besser voneinander trennen zu können, empfiehlt es sich, zwischen strategischer und operationaler Planung zu unterscheiden. Die *strategische Planung* umfasst dabei eine Rahmenplanung, die die wesentlichen Ziele eines Gesundheitssystems berücksichtigt und Strategien zu deren Erreichung skizziert. Die strategische Planung wird meist von den obersten Behörden/Ministerien auf nationaler Ebene (z. B. England, Frankreich, Italien) oder entsprechenden Einrichtungen auf regionaler Ebene wie z. B. in Deutschland (Landesministerien) durchgeführt. Im Gegensatz dazu wird jedoch in skandinavischen Ländern (Dänemark, Finnland) weitestgehend auf eine zentrale strategische Planung verzichtet und die Entscheidungskompetenz auf kommunale Behörden verlagert. Die *operationale Planung* hingegen übersetzt den strategischen Plan in konkrete Maßnahmen wie die Verteilung und Größe von Einrichtungen, deren Ausstattungen und das Niveau des für den Betrieb notwendigen Budgets und wird in vielen Ländern maßgeblich von der regionalen und lokalen Planungsebene bestimmt. Die Verknüpfung von verschiedenen Planungsebenen ist eher in Ländern mit einer nationalen strategischen Rahmenplanung (England, Frankreich, Italien) anzutreffen. Hier werden Vorgaben der strategischen Planung bei der operationalen Planung integriert. In Italien beispielsweise, einem Land, in dem das Gesundheitssystem dezentral organisiert ist und die Regionen großen Entscheidungsspielraum besitzen, wird vom nationalen Gesundheitsministerium ein Drei-Jahres-Gesundheitsplan entwickelt, der die nationale Strategie, damit verbundene Ziele und konkrete Leistungsindikatoren vorgibt. Regionale Akteure sind zwar eingebunden in die Planung, mit Inkrafttreten des Plans sind sie jedoch angehalten, diesen operativ mit Leben zu füllen, was wieder-

Tabelle 2–2

Planungsebenen und deren Beziehung

Land	National	Regional	Lokal	Beziehung der Planungsebenen
Dänemark	strategisch	operational	operational	Integration
England	strategisch	strategisch und operational	operational (Verfolgung lokaler Strategien)	Integration
Finnland	–	operational	operational	Keine
Frankreich	strategisch	strategisch und operational	–	Integration
Italien	strategisch	strategisch und operational	–	Integration
Niederlande	–	–	–	Keine

Quelle: modifiziert auf Grundlage von Ettelt et al. 2009 und Paris et al. 2010

Krankenhaus-Report 2015

WlD0

um seitens des Gesundheitsministeriums kontrolliert wird. In England wurde in den vergangenen Jahren der lokalen Ebene auch mehr Entscheidungsspielraum eingeräumt. Zwar gibt es ähnlich wie in Italien einen nationalen Plan, der wesentliche Schlüsselziele vorgibt, die dann mit einer regionalen/lokalen Planung verfolgt werden müssen. Diese kann aber von den regionalen und lokalen Entscheidungsträgern frei nach dem tatsächlich lokalen Bedarf angepasst werden. In Frankreich sind regionale Gesundheitsagenturen (Agences Regionales de Santé) mit der Planung betraut. Einzig die Errichtung von Krankenhausneubauten und die Einrichtung von Notfallzentren bedürfen der Autorisierung des nationalen Gesundheitsministeriums (van der Vorde 2014) (vgl. Tabelle 2–2).

2.3 Planungsbreite und -tiefe

Die Planung des Leistungsangebots umfasst in manchen Ländern längst nicht nur die Planung von Krankenhauskapazitäten. So wird in Dänemark, England und in Teilen auch in Finnland das ambulante Leistungsspektrum in die Planung einbezogen. Eine solche Systemperspektive scheint angesichts der international zu beobachtenden zunehmenden Verweildauerverkürzung und Verlagerung von vormals rein stationär zu erbringenden Leistungen in ambulante Behandlungsumfelder angebracht. Die ausschließliche Planung von Krankenhauskapazitäten ignoriert einen sich ändernden Versorgungsbedarf und kann die Einführung und Verbreitung moderner Versorgungskonzepte behindern. Die Förderung einer Systemperspektive in der Planung scheint daher zwar vorteilhaft, ist aber abhängig von den politischen Rahmenbedingungen und der Bereitschaft der entsprechenden Entscheidungsträger, strukturelle Veränderungen vorzunehmen.

Auch der Einbezug privater (gewinnorientierter) Krankenhausträgerstrukturen in die Planungsaktivitäten unterscheidet sich international und hängt im Wesentlichen davon ab, ob es Krankenhäusern in privater Trägerschaft *allgemein*

oder *einzelvertraglich* gestattet ist, mit den Sozialversicherungssystemen abzurechnen. Die Ausgestaltung einzelvertraglicher Beziehungen (vgl. Versorgungsverträge i. S. v. §§ 108 Nr. 3 und 109 SGB V in Deutschland) und deren Berücksichtigung in der Krankenhausplanung ist dabei äußerst divers. Jedoch zeigt sich, dass private Träger darüber immer mehr Eingang in die Versorgungsstrukturen finden. So werden z. B. Leistungen aus privater Trägerschaft in Finnland von den lokalen Entscheidern eingekauft, wenn diese als bedarfsnotwendig angesehen werden und mit dem öffentlichen Angebot nicht ausreichend abgedeckt sind, um wichtige Versorgungsziele, wie etwa angemessene Wartezeiten, zu erreichen (Kautiainen et al. 2011). In Frankreich und Italien werden wie in Deutschland die stationären Kapazitäten in privater Trägerschaft bei der allgemeinen Planung berücksichtigt. In England wurden in der Vergangenheit nur Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft einbezogen, jedoch mit zunehmender Verbreitung privater Träger werden diese auch in die Planung aufgenommen. In Dänemark und Finnland werden nur die öffentlichen Kapazitäten und Strukturen einer Planung unterzogen (Ettelt et al. 2009).

Auch die Planungstiefe unterscheidet sich stark über die Landesgrenzen hinweg. Einige Länder planen grob die Anzahl und die Lage von Krankenhäusern und dies zumeist einfach auf Grundlage der vorhandenen Einrichtungen. Andere Länder hingegen planen detailliert die Lage und Anzahl von Fachabteilungen sowie die apparative Ausstattung von Krankenhäusern in einer bestimmten Region. Dabei kommt traditionell immer noch das Bett als Planungseinheit zum Einsatz, z. B. in Italien und Finnland wie auch in Deutschland. Frankreich und England hingegen haben sich von dieser Planungsgrundlage gelöst und planen anhand von Behandlungsvolumina auf Ebene von Diagnosegruppen, da ein Bett zunächst keine Restriktion in der Leistungsausübung von Krankenhäusern darstellt und vielmehr die technische Ausstattung eines Bettes sowie die Personalstärke und -qualifikation die Behandlungsmöglichkeiten determinieren.

Da der Zusammenhang von Qualität und Anzahl der erbrachten Leistungen je Leistungserbringer stets diskutiert wird, ist in den vergangenen Jahren die Leistungssteuerung und insbesondere die Frage nach der Verteilung von spezialisierten Behandlungsangeboten in den Vordergrund gerückt. Dänemark stellt hierfür ein interessantes Beispiel dar, da dort fortlaufend seit 2007 besonders spezialisierte Krankenhausleistungen auf ausgewählte Standorte konzentriert werden (OECD 2013b). Die Zentralregierung gibt dafür einen Rahmenplan vor, der von den fünf Regionen schrittweise umgesetzt wird. Krankenhausleistungen werden dabei getrennt nach Fachdisziplinen und medizinisch geleitet als grundlegend, regional oder hochspezialisiert eingestuft. Circa 90% aller Leistungen sind grundlegender Art und werden in jedem Krankenhaus angeboten. Regionale Leistungen, die verschiedene Ressourcen benötigen (z. B. vaskuläre Chirurgie, klinische Mikrobiologie, spezielle Geburtshilfe und Gynäkologie oder Brustkrebschirurgie), sollen an ein bis drei Standorten einer Region zu finden sein. Hochspezialisierte Leistungen, die durch eine hohe Komplexität, ein seltenes Auftreten und hohe Interdisziplinarität während der Leistungserstellung gekennzeichnet sind (z. B. Neurochirurgie), sollen in ein bis drei Krankenhäusern im ganzen Land angeboten werden. Diese Vorgaben führten zu einer massiven Reorganisation von Leistungen innerhalb der Regionen. Dieser Umbau wird mit 40 Milliarden dänischen Kronen von 2010 bis 2020 unterstützt,

was ca. 2,5% der Gesamtausgaben pro Jahr über die gesamte Dekade entspricht. Ein qualitativer Effekt kann jedoch bisher noch nicht bestätigt werden, da aussagekräftige Evaluationen noch nicht vorliegen.

Neben der Planungstiefe ist auch die Planungsmethodik international sehr unterschiedlich. Obwohl eine breite wissenschaftliche Basis zum optimalen Standort von öffentlichen Einrichtungen (insb. Krankenhäuser) z. B. mithilfe von Location-Allocation-Modellen aus dem Operations Research vorliegt (Love et al. 1988, Syam und Cote 2012), sind diese Verfahren in der Praxis wenig verbreitet. Dies liegt möglicherweise an der starken Interdisziplinarität der Problematik, da neben mathematischen und geografischen auch epidemiologische und medizinische Kompetenzen für eine Bedarfsprognose benötigt werden. Daher wird eher mithilfe einfacher mathematischer Methoden (Hill-Burton-Formel) wie auch in Deutschland (z. B. in Baden-Württemberg, Berlin oder Hessen) der Bettenbedarf berechnet und ggf. angepasst. Dazu kommt, dass die Errichtung oder der Ausbau eines Krankenhauses stark von politischen Interessen getrieben ist, da Krankenhäuser zum einen lokale Wirtschaftsmotoren sind und zum anderen die medizinische Versorgung der umliegenden Bevölkerung sicherstellen, sodass eine wissenschaftliche Unterstützung bei Planungsprojekten eher im Hintergrund steht.

2.4 Investitionsplanung

Mit der Planung von Krankenhauskapazitäten geht auch deren Finanzierung einher. Um diese zu ermöglichen, gehen die hier beschriebenen Länder unterschiedliche Wege. Während in Deutschland bis auf wenige Ausnahmen (z. B. können beim Bau von Hochschulkliniken auch Bundesmittel zum Einsatz kommen) die Bundesländer die Investitionsfinanzierung allein sichern sollten, sind in anderen Ländern (z. B. England, Finnland, Frankreich und Italien) auch die Zentralregierungen an der Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern beteiligt (Thompson und McKee 2004). Eine Ausnahme stellen die Niederlande dar; dort werden Investitionen allein von den Krankenhäusern getragen, die damit zwar frei in den Investitionsentscheidungen sind, aber auch allein das unternehmerische Risiko einer Fehlinvestition tragen.

Ein internationaler Trend der vergangenen Jahre ist die schrittweise Einführung von integrierten Investitionszulagen, die zusammen mit den operativen Mitteln, d. h. den für den Krankenhausbetrieb vorgesehenen Mitteln, ausgeschüttet werden. So wird in England seit 2004 ein Großteil der Investitionsmittel zusammen mit den DRG-basierten Tarifen (Healthcare Resource Groups – HRGs) vergeben. Diese Tarife und damit auch die integrierten Investitionszulagen werden mit einem „Market Forces Factor“ (MFF) adjustiert, um regionale Kostenunterschiede, die außerhalb der Kontrolle der Krankenhäuser liegen, bei der Vergütung berücksichtigen zu können. Der MFF besteht im Wesentlichen aus drei Sub-Faktoren: Arbeit, Land und Gebäude. Die beiden letzteren berücksichtigen unterschiedliche Kosten innerhalb Englands für den Erwerb und die Kapitalkosten von Flächen und Gebäuden (Mason et al. 2011). In Frankreich sind Investitionskosten seit 2008 Bestandteil der Vergütung über DRG-basierte Tarife (Groupes Homogènes de Malades – GHM). Zuvor wurden in den Jahren 2003 und 2007 jeweils nationale Fünf-Jahres-Investitionspro-

gramme (Krankenhausplan 2007 und 2012) mit einem Gesamtvolumen von sechs bzw. sieben Milliarden Euro aufgelegt. Dadurch ist der Anteil der integrierten Investitionszulagen an den Gesamtinvestitionen teilweise intransparent (Or und Belanger 2011). Auch in den Niederlanden werden seit Einführung der leistungsbezogenen Krankenhausvergütung (Diagnosebehandelingcombinates – DBC) im Jahr 2005 die Mittel für Investitionen in die operativen Mittel integriert. In allen drei Ländern wird kritisiert, dass Krankenhäuser mit vergleichsweise alter Infrastruktur durch die integrierten Investitionszulagen benachteiligt sind, da sie mehr Zeit zur Ansparung von Investitionen brauchen, um ein vergleichbares Ausstattungsniveau wie neuere Krankenhäuser zu erreichen. Dem wird jedoch entgegengehalten, dass gerade in älteren Krankenhäusern zumindest die bauliche Infrastruktur längst bilanziell abgeschrieben ist.

Neben der Finanzierung aus öffentlichen Mitteln und der Fremdfinanzierung (z. B. durch Kredite) werden Investitionen international auch über Public-private-Partnerships (PPPs) realisiert (z. B. England, Frankreich oder Italien). Das hat aus kommunaler Perspektive den Vorteil, dass zunächst ohne den Einsatz öffentlicher Mittel möglicherweise dringende Bauprojekte realisieren werden können, führt aber auch nach Fertigstellung der Objekte zu einer stetigen Belastung der öffentlichen Haushalte, da diese an den privaten Investor, je nach Investitionsumfang über Jahrzehnte, Mietzahlungen zu leisten oder Leasingraten zu begleichen haben. PPPs wurden insbesondere in Frankreich und England stark kritisiert und negativ evaluiert, da die Plankosten deutlich überzogen wurden, für die öffentliche Hand nachteilige Verträge ausgehandelt wurden und insgesamt der Einfluss auf die Ausgestaltung der Projekte deutlich geringer war als dies bei alleiniger Durchführung der Fall gewesen wäre (van de Voorde et al. 2014).

Insbesondere in der jüngsten Vergangenheit wurde immer deutlicher, wie sehr in Deutschland eine Bürgerbeteiligung bei größeren Investitionsprojekten gewünscht wird. Diese wäre auch für Krankenhausbauprojekte denkbar, da Krankenhäuser zwar neben vielen positiven Eigenschaften (z. B. bessere medizinische Versorgung, Arbeitsplätze oder Infrastruktur) auch gerade bei Neubauten für die unmittelbar betroffenen Anwohner negative Begleiterscheinungen haben (z. B. Lärm oder hohes Personenaufkommen). In England und Schweden werden daher die Bürger in die Planung von Krankenhausbauten einbezogen (Thompson und McKee 2004).

2.5 Diskussion

Auch wenn internationale Vergleiche stets mit einer Reihe von Limitationen aufgrund der teils mangelnden Vergleichbarkeit zwischen den Ländern behaftet sind, so lassen sich dennoch interessante Grundzüge anderer Planungsansätze für Deutschland diskutieren.

In Deutschland konzentriert sich dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) folgend die Krankenhausplanung auf die Bundesländer. Diese sollen Pläne aufstellen (§ 6 KHG), die in den jeweiligen Landeskrankenhausgesetzen formal und inhaltlich zu spezifizieren sind. Zwar haben nun einige Länder angekündigt, in Zukunft stärker über die Landesgrenzen hinweg in Kooperation mit anderen Ländern

planen zu wollen (z. B. Berlin mit Brandenburg (Land Berlin 2014)), derartige Kooperationen sind jedoch bisher keineswegs die Regel. Ebenso gibt es keinen deutschen Gesamtrahmenplan, wie es ihn beispielweise in England, Frankreich oder Italien gibt. Eine stärkere Kooperation der Bundesländer, z. B. unter Maßgabe einer Rahmenplanung mit einheitlichen Zielvorgaben, könnte personelle und technische Ressourcen insbesondere für die Spezialversorgung (analog zum Beispiel Dänemark) besser verteilen und so möglicherweise zu einem gesteigerten Patientennutzen beitragen. Mehr noch: Eine gesamtdeutsche Perspektive würde vermutlich die innerdeutschen Unterschiede in der Versorgungslandschaft aufdecken, auf die politische Agenda bringen und damit eine Diskussion zu den Ursachen und deren Überwindung entfachen.

In Deutschland kann zunehmend beobachtet werden, wie die getrennte Planung von ambulanten und stationären Strukturen zu unerwünschten Ergebnissen führt. Das lässt sich besonders gut am Beispiel der Notfallversorgung illustrieren. Einerseits sinkt die Verweildauer und das Fallzahlwachstum ist bei Fällen mit sehr kurzen Liegezeiten am größten. Andererseits scheint die Nachfrage nach (Notfall-) Krankenhausbehandlungen möglicherweise aufgrund einer zunehmend eingeschränkten Verfügbarkeit von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten oder veränderten Präferenzen der Bevölkerung zu steigen. Dies zeigt auch die Tatsache, dass sich die Fallarten in deutschen Rettungsstellen verändert haben, mit einer tendenziellen Zunahme medizinisch eher leichter Fälle (Schreyögg et al. 2014). Eine Planung aus Systemperspektive könnte nun entweder – so wie es auch in vielen Nachbarländern der Fall ist – ambulante Kapazitäten in Krankenhäusern fest verankern, um frühzeitig Entscheidungen über die Notwendigkeit einer stationären Weiterbehandlung zu treffen, oder aber die ambulante Notfallversorgung durch niedergelassene Ärzte stärken. In jedem Fall müssten jedoch die vorhandenen Notfallkapazitäten auf ihre Bedarfsnotwendigkeit und Ausstattung überprüft werden. Oftmals stehen bei der Diskussion dieser potenziellen Möglichkeiten in Deutschland zunächst Fragen der Budgetverteilung zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern im Vordergrund, da stets befürchtet wird, dass strukturelle Änderungen automatisch zu Verschiebungen im Gesamtbudget führen. Das Patienten aber effizienter und effektiver versorgt werden könnten, scheint bei diesen Auseinandersetzungen teilweise von nachrangiger Bedeutung zu sein.

Der beschriebene Trend zu integrierten Investitionsmitteln ist auch in Deutschland aufgegriffen worden. Mit dem 2009 verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurden die Bundesländer in die Lage versetzt, von der traditionellen Einzel- und Pauschalförderung von Krankenhausinvestitionen abzuweichen und in selbstbestimmtem Umfang die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in den vergangenen Jahren entwickelten Investitionsbewertungsrelationen (IBR) einzusetzen. Der IBR-Katalog 2014 wurde auf Grundlage von Investitionskostendaten aus 39 freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern (darunter keins in privater Trägerschaft) gebildet (InEK 2014). Im Unterschied zur integrierten Investitionsmittelvergabe in England weisen die IBR keinen regionalen oder lokalen Bezug auf und können nicht auf Grundlage von lokalen Gegebenheiten (z. B. differierende Immobilienpreise oder Baukosten) adjustiert werden. Da zudem den Bundesländern die tatsächliche Einführung und der Umfang der Investitionsmittelvergabe über IBR überlassen ist, bleibt abzuwarten, ob und in welchem Um-

fang sich diese angesichts der sinkenden Investitionsmittelverfügbarkeit (Haushaltslage) und der geringeren Gestaltungsmöglichkeiten der Kliniklandschaft für eine integrierte Investitionsmittelvergabe entscheiden.

Das Krankenhausbett ist in Deutschland die wesentliche Planungsgrundlage. Da jedoch die personelle und apparative Ausstattung eines Krankenhauses viel stärker die medizinische Versorgung determinieren, wäre ein Paradigmenwechsel in der zukünftigen Krankenhausplanung hin zur Leistungsplanung – ähnlich wie es in Frankreich und England vollzogen wurde – überlegenswert. Dafür müssten jedoch neue regionalspezifische Nachfrageprognosemodelle, die Verweildauerentwicklungen getrennt nach Diagnosegruppen berücksichtigen, auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelt werden (Schreyögg et al. 2014). Zudem wäre es bei Krankenhausneubauten wünschenswert, wenn ausgehend von den angestrebten Versorgungsschwerpunkten der potenzielle Standort mit verschiedenen wissenschaftlichen Modellen hinsichtlich seiner Optimalität überprüft und unter strukturierter Bürgerbeteiligung diskutiert werden könnte.

In jüngster Vergangenheit haben Bundesländer wie Hamburg, Berlin oder auch Nordrhein-Westfalen ihre Krankenhauspläne überarbeitet und Optionen der Leistungssteuerung durch Struktur- und Prozessvorgaben für bestimmte Leistungsbereiche (z. B. Schlaganfall) aufgegriffen. Oftmals wurden derartige Initiativen in der Vergangenheit jedoch gerichtlich gekippt, beispielsweise mit dem Verweis auf die einzuhaltende wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (§ 1 KHG), die Einschränkung der Weiterbildungsmöglichkeiten im ärztlichen Dienst oder die mangelnde wissenschaftliche Evidenz (Mindestmengen). Dies zeigt, dass neue Ansätze politisch gewollt, rechtssicher implementiert und von allen Partnern der Selbstverwaltung im Konsens getragen werden müssen.

Literatur

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Berlin: DKG 2012.
- Ettelt S, McKee M, Nolte E, Mays N, Thomson S. Planning health care capacity: whose responsibility? In: Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M. Investing in hospitals of the future. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies 2009; 47–66.
- Geissler A, Wörz M, Busse R. Deutsche Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J. Krankenhaus-Report 2010: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer 2010; 25–40.
- InEK. Abschlussbericht zur Entwicklung der Investitionsbewertungsrelationen. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2014.
- Kautiainen K, Häkkinen U, Lauharanta J. Finland: DRGs in a decentralized health care system. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press 2011; 321–38.
- Land Berlin. Grundzüge zur Gestaltung des Krankenhausplans 2016. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2014.
- Love RF, Morris JG, Wesolowsky GO. Facilities Location: Models & Methods. New York Amsterdam London: North-Holland 1988.

- Mason A, Ward P, Street A. England: The Healthcare Resource Group System. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press 2011; 197–220.
- OECD. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. OECD Publishing 2013a.
- OECD. *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards*. OECD Publishing 2013b.
- Or Z, Bellanger M. France: implementing homogeneous patient groups in a mixed market. In: Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press 2011; 221–42.
- Paris V, Devaux M, Wie L. *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*. OECD Health Working Papers, No. 50. OECD Publishing 2010.
- Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A. *Endbericht zum Forschungsauftrag gem. § 17b Abs. 9 KHG*. Siegburg: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2014.
- Syam SS, Côté MJ. A comprehensive location-allocation method for specialized healthcare services. *Operations Research for Health Care* 2012; 1 (4): 73–83.
- Thompson CR, McKee M. Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union. *Health Policy* 2004; 67 (3): 281–91.
- Van de Voorde C, Van den Heede K, Obyn C, Quentin W, Geissler A, Wittenbecher F, Busse R, Magnussen J, Camaly O, Devriese S, Gerkens S, Mispion S, Neyt M, Mertens R. *Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) 2014. KCE Reports 229. D/2014/10.273/68