

# Krankenhausplanung in Deutschland

Düsseldorf 29.4.2022

Th. Böhm



# Aktualität des Themas

- Seit 1972 bundesgesetzlich vorgeschriebene Krankenhausplanung
- Im Rahmen der Ökonomisierung (DRGs) immer weiter zurückgefahren
  - „Krankenhausbedarfsplan“
  - „Krankenhausplan“
  - „Rahmenplan“
- Ab 90er Jahre: zunehmende finanzielle Steuerung statt Sachsteuerung
- Jetzt Revitalisierung (div. Gutachten und Landesplanung NRW) weil Marktsteuerung offensichtlich nicht ausreicht, um Schließungspläne rasch umzusetzen
- Erwähnung der Planung im Koalitionsvertrag: „...insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung.“

# Historie – 50er Jahre

- Kriegsschäden, Überalterung, Bettenmangel.
- Monistik, Budgetdeckelung.
- Defacto waren die Träger und die Gebietskörperschaften für die Investitionskosten und Betriebszuschüsse zuständig.
- 1952: 3.288 Krankenhäuser mit 502.547 Betten

# Historie - 60er Jahre

- „Krankenhausenquete“ wg. angespannter Lage in Krankenhäusern (riesige Defizite, überalterte Krankenhäuser), aber auch zur Entlastung der Pflegesätze.
- Vorschlag duale Finanzierung verbunden mit einer „langfristigen, ordnenden und koordinierten Planung der Länder“.
- Angebot, dass Bund in die Finanzierung einsteigt.
- 1969 Grundgesetzänderung: Bund darf sich finanziell beteiligen und erhält die Möglichkeit zu einer Rahmengesetzgebung. (Konkurrierende Gesetzgebung)
- 1962: 3.651 Krankenhäuser mit 604.932 Betten

# Historie - 70er Jahre und KHG (1972)

- KHG Teil 1: Förderung und Planung
- KHG Teil 2 Pflegesätze
- § 1: „Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“
- § 4: „Die Krankenhäuser werden nach Maßgabe dieses Gesetzes durch Übernahme von Investitionskosten öffentlich gefördert. Dabei müssen die Förderung nach diesem Gesetz und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken, (...)“

# Historie - 70er Jahre und KHG (1972)

- § 6: „Die Länder stellen Krankenhausbedarfspläne sowie (..) Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus und deren Finanzierung auf. (...) Die mehrjährigen Programme sind jährlich der Entwicklung anzupassen. (...) Bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus sind die Krankenhausgesellschaft sowie die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören.“

# Historie - 70er Jahre und KHG (1972)

- § 8: „Krankenhäuser werden nach diesem Gesetz nur gefördert, soweit und solange sie in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes (§ 6) aufgenommen sind (...) Allgemeine Krankenhäuser mit weniger als 100 planmäßigen Betten werden nach § 9 Abs. 1 und 2 nur gefördert, wenn sie in die Krankenhausbedarfsplanung ausdrücklich als zur Versorgung der Bevölkerung auf Dauer erforderlich aufgenommen worden sind. (...)“
- § 9 und 10: Einzelförderung und Pauschalförderung
- Bund beteiligt sich zu einem Drittel an den Investitionskosten
- Länder beschließen in den nächsten Jahren Landeskrankenhausesetze zur Ausgestaltung der Regelungen

# Historie – 1981 Kostendämpfungsgesetz

- Schrittweise Aufhebung der Selbstkostendeckung und Ausbau der Regelungen zur Planung
- Vielfalt der Krankenhausträger ist zu beachten
- Ausbildungsstätten werden in Planung aufgenommen
- § 6/2: „Die Krankenhausbedarfspläne haben den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser insbesondere nach Standort, Bettenzahl, Fachrichtungen und Versorgungsstufe auszuweisen. In die Bedarfspläne sind auch die Hochschulkliniken (...) einzubeziehen. (...) Zur Sicherung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung können einzelnen Krankenhäusern besondere Aufgaben zugeordnet werden. Krankenhäuser sollen für die Benutzer in zumutbarer Entfernung erreichbar sein. Die Bedarfspläne sollen ferner die Voraussetzung dafür schaffen, daß die Krankenhäuser, auch durch Zusammenarbeit und Aufgabenteilung untereinander, zum Beispiel über die Vorhaltung medizinisch-technischer Großgeräte, die Versorgung in wirtschaftlichen Betriebseinheiten sicherstellen können.“
- § 8: "Ein Rechtsanspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan und in das Jahreskrankenhausbauprogramm besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern hat die Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen nach pflichtgemäßem Ermessen abzuwägen, welches der betroffenen Krankenhäuser den Zielen der Krankenhausbedarfsplanung des Landes am besten gerecht wird."
- Vorschrift zur Größe der Krankenhäuser entfällt. Großgeräteplanung wird eingeführt.

# Historie – 1992 Gesundheitsstrukturgesetz

- Pflegesätze können auch Investitionskosten enthalten (angestrebt wird die Rückkehr zur Monistik - nicht genutzt)
- § 8: „Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren ...“
- § 9: „Die Pauschalbeträge sollen nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden.“
- § 9 SGB 5: Die Kassen und der Krankenhausträger „können im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gegenüber dem Krankenhausplan geringere Bettenzahl vereinbaren, soweit die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird; (...)“ - nicht genutzt.
- Kündigungsmöglichkeit der Kassen für Versorgungsverträge werden erleichtert.

# Historie – 1994 Pflegeversicherungsgesetz

- Umwidmung von Krankenhäuser in Pflegeeinrichtungen, finanzielle Belohnung
- Reduzierung der Betten im Plan um fehlbelegte Betten

# Historie – 2009 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz

- Entwicklung von Invest-DRGs als Angebot an die Länder
  - Schritt in Richtung Monistik
  - Ausdehnung des Preissystems auf Investitionen
  - Ende der Einzelförderung
  - Verschuldung auf dem Kapitalmarkt

# Historie – 2015 Krankenhausstrukturgesetz ff.

- Qualität als Steuerungsmittel zur Bettenreduzierung und zu Krankenhausschließungen
  - Qualitätszu- und abschläge, Qualitätsverträge, planungsrelevante Qualitätsindikatoren,
  - Strukturfonds (Abwrackprämie)
  - Mindestmengenregelungen
  - Inhaltliche und strukturelle Vorgaben für Sicherstellungszuschlag, Notfallversorgung usw.
- Gegen eine Sachsteuerung über Qualität spricht nichts, wenn die Bedingungen stimmen, wenn also die notwendigen Mittel und vor allem genügend Personal für die Qualitätsziele bereitgestellt werden. Stimmen sie nicht, kommt es auch nicht zu einer bedarfsgerechten Versorgung und zu einer Erhöhung der Qualität, sondern zum Gegenteil und zu einer Selektion Nichterreicherung der Vorgaben und/oder durch steigenden finanziellen Druck.

# Zwischenbilanz

	Akut-KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1972	2.364		475.555		76,9		8.595.802		139,1		17,8	
1977	2.185	-7,6	487.566	2,5	79,5	3,3	9.557.521	11,2	155,8	12,0	15,8	-11,2
1982	1.898	-13,1	466.943	-4,2	75,9	-4,5	10.101.510	5,7	164,1	5,4	14,4	-8,9
1989	1.735	-8,6	452.283	-3,1	72,2	-4,8	11.192.657	10,8	182,8	11,4	13,1	-9,0
72-89	-629	-26,6	-23.272	-4,9	-4,7	-6,2	2.596.855	30,2	43,7	31,4	-4,7	-26,4
	Allg. KH	Abnahme in %	Betten	Abnahme in %	Betten pro 10.000 EW	Abnahme in %	Patienten	Zunahme in %	KHH pro 1000 EW	Zunahme in %	VWD	Abnahme in %
1991	2.164		598.073		74,5		13.664.939		170,2		13,4	
1997	2.020	-6,7	540.914	-9,6	65,9	-11,5	15.184.083	11,1	185,0	8,7	10,5	-21,6
2002	1.898	-6,0	504.684	-6,7	61,1	-7,2	16.933.586	11,5	205,2	10,9	8,6	-18,1
2007	1.791	-5,6	468.169	-7,2	56,9	-6,9	16.670.545	-1,6	202,8	-1,2	7,8	-9,3
2012	1.692	-5,5	458.374	-2,1	56,9	0,0	18.020.968	8,1	223,8	10,4	7,1	-9,0
2017	1.592	-5,9	450.453	-1,7	54,4	-4,4	18.824.723	4,5	227,4	1,6	6,7	-5,6
2019	1.576	-1,0	448.042	-0,5	52,2	-4,1	18.839.815	0,1	226,5	-0,4	6,6	-1,5
91-19	-588	-27,2	-150.031	-25,1	-22,3	-29,9	5.174.876	37,9	56,3	33,1	-6,8	-50,7

# Zwischenbilanz

Bund	1972				1989				Anteil in % 1972			Anteil in % 1989		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KHs	2364	945	965	454	1735	749	713	273	40,0	40,8	19,2	43,2	41,1	15,7
Betten	475.555	254.553	200.932	20.070	452.283	249.511	185.511	17.261	53,5	42,3	4,2	55,2	41,0	3,8

Bund	1991				2019				Anteil in % 1991			Anteil in % 2019		
	Gesamt	öff	fgn	privat	Gesamt	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat	öff	fgn	privat
KHs	2164	996	838	330	1914	545	645	724	46,0	38,7	15,2	28,5	33,7	37,8
Betten	598.073	367.198	206.873	24.002	494.326	235.767	162.958	95.601	61,4	34,6	4,0	47,7	33,0	19,3

# Typische Entwicklung Krankenhausplanung - Anfangsphase

- Planung nach Regionen, Versorgungsstufen, Fachgebieten (z.T. auch Subspezialitäten), z.T. Regionalkonferenzen
- Parameter: Bevölkerungsentwicklung, KHH (selten nach Fachgebieten), Verweildauer (meist nach Fachgebieten), Bettennutzung (meist nach Fachgebieten)
- Entwicklung Parameter wird für Prognosezeitraum geschätzt (1 bis 10 Jahre)
- Meist Burton-Hill-Formel:

$$\text{Bettenbedarf} = \text{HBF} = \frac{\text{Einwohnerzahl} \cdot \text{Krankenhaustäufigkeit} \cdot \text{Verweildauer} \cdot 100}{1000 \cdot \text{Bettennutzungsgrad} \cdot 365 \text{ Tage}}$$

- Manchmal: Benchmark, Trendextrapolation
- Ergebnis: notwendige Betten nach Versorgungsstufen, Fachgebieten und Regionen

# Typische Entwicklung Krankenhausplanung - Verlauf

- Gutachten als Steilvorlagen zum Bettenabbau
- Reduzierung der Planungstiefe
  - Keine regionale Planung
  - Keine Versorgungsstufen mehr
  - Betten nur noch pro Krankenhaus
- Alles begründet mit den notwendigen wirtschaftlichen Spielräumen der Krankenhäuser in Zeiten der DRGs
- Z.T. keine Prognosen mehr oder Reduzierung der Prognosezeiträume

# Typische Entwicklung Krankenhausplanung - Endstadium

- Einzelfallentscheidungen auf Antrag des Krankenhauses (BaWü, Hessen, Niedersachsen)
- Sonderentwicklung (Bremen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, zeitweise Saarland und Thüringen): nur noch allgemeinste Vorgabe, Verlagerung der Festlegung des Bettenbedarfs in Verträge zwischen Selbstverwaltungspartnern (Kassen, Krankenhausgesellschaften, Träger)
- Parallel dazu Ausbau der Fachplanungen (meist ohne konkrete Festlegungen, oft nur Beschreibung des Ist-Zustandes, keine Prognose)

# Typische Entwicklung der Krankenhausförderung

- Einzelförderung von Großprojekten (ab bestimmter Wertgrenze)
- Pauschalförderung nach Bettenzahl (ggf. mit unterschiedlichen Beträgen für die unterschiedlichen Versorgungsstufen)
- Umstellung der Pauschalförderung auf Patientenzahl/CMI
- Umstellung auf Invest-DRGs
- Aufgabe der Einzelförderung und nur noch pauschale Förderung meist nach Invest-DRGs

# Zusammenfassende Bewertung - 1

- 3 (4) Phasen der Krankenhausplanung (Sachsteuerung, Kostendämpfung, Marktsteuerung, ??)
- Hauptziel: Kostendämpfung durch Bettenabbau und Krankenhausschließungen (erreicht über „Gestaltung“ der Planungsparameter, danach finanziellen Druck und jetzt Qualitätsvorgaben)
- Zunehmende Bedeutung der Wirtschaftlichkeit im falschen Sinn (oberstes Ziel), Ökonomisierung statt Wirtschaftlichkeit
- Wirkliche demokratische Beteiligung hat es nie gegeben. Zarte Ansätze (Regionalkonferenzen, Expertenanhörungen) wurden meist wieder abgebaut. Auch die Parlamente werden nicht beteiligt.
- Ungeeignete Planungsmethoden: Trendextrapolation, Benchmarking (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, zeitweise Saarland).
- Burton-Hill nur wenn demokratisch und regional
- Planungstiefe - immer seichter, Prognose - immer unverbindlicher, am Ende Bescheidung von Einzelanträgen = Bettenverwaltung oder Vertragsverfahren
- Auch ein Form des Ausstiegs: „Leistungsbezogene“ Förderung und Pauschalförderung statt Einzelförderung (belohnt Leistungsausdehnung, nimmt dem Land Einflussmöglichkeiten, liefert die KHS dem Kapitalmarkt aus)

# Zusammenfassende Bewertung - 2

- Qualität gehört zwar in die Planung und nicht in die Vergütung. Einbeziehung Qualitätsaspekte aber in der Regel nur als Möglichkeit und nur sehr allg. Vorgaben. Wenig Vorgaben zur Personalausstattung, obwohl diese absolut wesentlich für die Qualität ist.
- Qualitätsvorgaben und Mindestmengen werden missbraucht als Instrument des Bettenabbaus
- Fachplanungen - viel Wirbel um Wenig (in der Regel nur sehr allgemeine Vorgaben) spricht nichts dagegen, aber nicht als Ersatz allgemeine Planung
- Privatisierungen - gewollte Folgewirkung, Privatisierungstendenzen letztlich ungebrochen
- Ausbildungsstätten und Großgeräte: Versagen auf breiter Front
- In neuster Zeit „kleines“ Revival von Planung. aber um den Prozess der Krankenhausschließungen nochmals in Schwung zu bringen, nachdem die finanzielle Steuerung (Marktaustritt durch finanziellen Druck) nicht ausreichend funktioniert hat.
- Nur am Rande: Privatstationen und Vorgaben zur Inneren Struktur – alles wieder abgeschafft

# Zahlen: Krankenhausabbau

Akut-KHs/ Allg. KHs	1972	1977	1982	1989	1991	1997	2002	2007	2012	2017	2019
Baden-Württemberg	416	380	342	306	294	292	268	242	211	198	189
Bayern	509	475	417	382	389	374	348	325	315	286	280
Berlin (bis 89 West)	78	63	47	41	90	62	61	64	71	74	76
Brandenburg					62	53	46	43	49	51	52
Bremen	19	18	16	14	15	15	14	12	12	12	12
Hamburg	54	54	41	41	42	37	35	44	49	53	54
Hessen	175	174	154	146	164	160	154	157	149	137	135
Meck-Pom					47	36	33	30	33	33	33
Niedersachsen	272	264	229	208	202	190	192	179	172	151	148
Nordrhein-Westfalen	573	508	416	380	408	398	386	361	317	284	284
Rheinland-Pfalz	140	129	128	116	107	103	95	84	74	70	70
Saarland	37	35	32	27	30	28	28	25	20	21	21
Sachsen					101	89	76	72	71	69	69
Sachsen-Anhalt					66	55	44	42	41	40	40
Schleswig-Holstein	91	85	76	74	86	79	75	70	67	74	74
Thüringen					65	54	43	41	41	39	39
Bundesgebiet	2.364	2.185	1.898	1.735	2.164	2.020	1.898	1.791	1.692	1.592	1.576

# Zahlen: Bettenabbau

Betten Akut-KH/Allg.KH	1972	1977	1982	1989	1991	1997	2002	2007	2012	2017	2019
Baden-Württemberg	63.636	64.757	63.456	61.596	65.217	62.573	57.339	54.828	50.509	49.216	49.066
Bayern	79.404	83.110	77.948	79.286	80.077	79.311	76.217	69.417	67.355	66.589	66.816
Berlin (bis 89 West)	25.289	25.778	22.774	20.195	36.521	26.124	21.036	18.912	19.420	19.630	19.815
Brandenburg					20.723	15.726	15.082	14.443	14.241	14.247	14.050
Bremen	7.087	7.499	8.334	7.205	7.291	6.575	5.830	5.228	4.934	4.815	4.909
Hamburg	17.177	16.196	15.423	14.922	15.292	14.031	12.503	12.029	12.126	12.532	12.787
Hessen	37.217	38.683	37.516	36.855	37.895	37.525	34.781	32.429	33.268	32.867	32.491
Meck-Pom					16.008	11.920	10.731	10.151	10.227	10.114	9.983
Niedersachsen	50.478	53.752	50.761	48.890	49.291	45.702	43.142	38.152	37.575	36.917	36.069
Nordrhein-Westfalen	141.756	143.698	136.582	131.617	137.334	126.827	121.110	112.439	110.421	107.973	107.501
Rheinland-Pfalz	28.607	28.574	29.510	28.011	26.700	26.340	24.366	23.729	23.255	22.734	22.387
Saarland	10.463	10.383	9.585	8.653	9.461	8.265	7.497	6.822	6.378	6.364	6.536
Sachsen					37.420	29.186	27.768	25.092	24.793	24.214	24.087
Sachsen-Anhalt					22.757	18.313	16.337	15.437	15.016	14.401	13.868
Schleswig-Holstein	14.441	15.136	15.054	15.053	15.872	14.900	14.755	13.846	13.840	13.361	13.280
Thüringen					20.858	18.094	16.190	15.215	15.016	14.479	14.397
Bundesgebiet/D	475.555	487.566	466.943	452.283	598.073	540.914	504.684	468.169	458.374	450.453	448.042

# Zahlen: Rangfolge Abbau nach Ländern

KH-Abbau in % 91-19 Rangfolge		Betten-Abbau in % 91-19 Rangfolge	
Thüringen	-40,0	Berlin	-45,7
Sachsen-Anhalt	-39,4	Sachsen-Anhalt	-39,1
Baden-Württemberg	-35,7	Meck-Pom	-37,6
Rheinland-Pfalz	-34,6	Sachsen	-35,6
Sachsen	-31,7	Bremen	-32,7
Nordrhein-Westfalen	-30,4	Brandenburg	-32,2
Saarland	-30,0	Thüringen	-31,0
Meck-Pom	29,8	Saarland	-30,9
Bayern	-28,0	Niedersachsen	-26,8
Deutschland	-27,2	Deutschland	-25,1
Niedersachsen	-26,7	Baden-Württemberg	-24,8
Bremen	-20,0	Nordrhein-Westfalen	-21,7
Hessen	-17,7	Bayern	-16,6
Brandenburg	-16,1	Hamburg	-16,4
Berlin	-15,6	Schleswig-Holstein	-16,3
Schleswig-Holstein	-14,0	Rheinland-Pfalz	-16,2
Hamburg	28,6	Hessen	-14,3

# Zahlen: Anteil der Träger

Allg.-KH	Veränderung 91/92/96/98 - 2019 in %		
	öff	fgn	privat
Baden-Württemberg	-18,8	-0,5	19,3
Bayern	-16,3	-2,1	18,4
Berlin	-26,1	-12,0	38,1
Brandenburg (1996)	-9,6	-6,3	16,0
Bremen (1992)	6,0	-17,9	11,9
Hamburg	-23,0	-27,8	50,8
Hessen	-2,3	-19,6	21,9
Meck-Pom (1992)	-47,8	-0,2	48,1
Niedersachsen	-11,7	-9,1	20,8
Nordrhein-Westfalen	-0,8	-7,9	8,7
Rheinland-Pfalz	-7,1	3,0	4,1
Saarland (1992)	-6,3	-3,2	9,5
Sachsen	-37,6	2,5	35,2
Sachsen-Anhalt (1998)	-37,3	0,4	36,9
Schleswig-Holstein	-19,1	-1,4	20,5
Thüringen (1992)	-29,3	-6,9	36,2
Bund	-15,0	-6,2	21,2

Betten Allg. KH	Veränderung 91/92/96/98 - 2019 in %		
	öff	fgn	privat
Baden-Württemberg	-5,5	0,5	4,9
Bayern	-5,0	-3,6	8,6
Berlin	-25,4	11,0	14,4
Brandenburg (1996)	-10,3	-3,0	13,3
Bremen (1992)	0,0	-8,9	8,9
Hamburg	-48,1	-2,4	50,5
Hessen	-6,7	-11,5	18,2
Meck-Pom (1992)	-43,4	-2,3	45,6
Niedersachsen	-11,1	-3,8	14,9
Nordrhein-Westfalen	-2,5	-5,0	7,5
Rheinland-Pfalz	-3,6	2,1	1,5
Saarland (1992)	-2,0	1,9	0,1
Sachsen	-30,6	1,9	28,7
Sachsen-Anhalt (1998)	-28,1	1,8	26,2
Schleswig-Holstein	-20,8	-1,8	22,6
Thüringen (1992)	-35,5	2,5	33,0
Bund	-12,1	-1,9	14,0