

# „Bundesweite Marktregulierung löst die Planung ab“



Es gibt keine landesplanerisch gestaltete Krankenhauslandschaft in Deutschland. Selbst wenn es vernünftige, qualitätsorientierte Pläne gäbe (was nicht der Fall ist), dann hätten die Länder heute keine

Chance mehr, sie durchzusetzen. Angenommen, es wäre medizinisch und ökonomisch sinnvoll, ein bestehendes Haus von Helios und ein zweites des Roten Kreuzes zu schließen und stattdessen ein neues Haus an einen besser geeigneten Standort zu bauen – sofern Helios und das Rote Kreuz dies nicht wollen, hat das Land keinerlei Durchsetzungsmöglichkeit für diesen Plan. Den Gerichten würde die Belegung der Häuser als Beweis für die Bedarfsnotwendigkeit reichen und beide blieben wie bisher im Krankenhausplan.

Die meisten Menschen stellen sich Krankenhausplanung wie Schulplanung vor, also wie ein ordnungspolitischer Bereich, in dem das Land allein entscheidet, wo Schulen gebaut und geschlossen werden. Im Krankenhausbereich ist das aber mitnichten so. Die Krankenhausträger entscheiden hier weitestgehend autonom über das Versorgungsgeschehen. Ihre Aktivität ist eigentums- und wirtschaftsrechtlich geschützt.

Früher war das einmal anders. Als in den 1970er-Jahren die Grundlagen der Krankenhausfinanzierung im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) festgeschrieben wurden, bezahlten die Länder noch über 20 Prozent der Krankenhauskosten in Form von Investitionsmitteln und konnten damit letztlich entscheiden,

wo ein Krankenhaus steht und wo nicht. Ein halbes Jahrhundert später ist der Finanzierungsanteil der Länder an den Krankenhauskosten auf unter vier Prozent geschrumpft. Ein gut geführtes Krankenhaus kann ohne Landesmittel auskommen. Das Land hat also mangels finanziellen Engagements keine Möglichkeit mehr, Einfluss auf die Krankenhauslandschaft zu nehmen. Wenn aber ein Land keinen Einfluss mehr auf die Krankenhauslandschaft hat, dann müssen wir irgendwann Konsequenzen aus der Tatsache ziehen, dass Landeskrankenhausplanung de facto nicht mehr existiert. Landeskrankenhausplanung ist Fake News.

Es gibt derzeit, so zum Beispiel in NRW, Versuche, durch eine Verwendung eines qualitätsorientierten Ansatzes die Fiktion von Landesplanung aufrechtzuerhalten. „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ sind eine ähnliche Camouflage. Das kluge Gutachten für NRW könnte sich jedoch als weitgehend nutzlos erweisen, weil das Land mit neuem planerischen Ansatz auch nicht mehr Durchsetzungsmöglichkeiten hat als bisher.

Also muss man endlich der Tatsache ins Auge sehen, dass Krankenhausversorgung ein Markt ist, bei dem das Geschehen zunehmend durch Regulierungsbehörden auf Bundesebene bestimmt wird. So hatte beispielsweise bei der Fusion von Rhön und Fresenius keine Kasse und kein Land mitgeredet. Entscheidend waren die Vorgaben des Bundeskartellamtes. Auch das Vergütungssystem wird weitestgehend auf Bundesebene festgelegt – professionell

vorbereitet durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die Qualitätssicherung ist quasi vollständig in der Hand des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Keine Landesbehörde hat sich um Qualitätsmessung gekümmert.

Eine kleine Revolution stellte die Neufassung des § 136c SGB V im Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) dar. Der G-BA hatte erstmals bundeseinheitliche Vorgaben zur Sicherstellung von Krankenhäusern zu beschließen und zu befinden über Erreichbarkeit, Versorgungsbedarf und Vorhaltung. Es wurde ein Algorithmus zur Sicherstellung beschlossen, nach dem jüngst auch die rund 50 Millionen Euro für ländliche Krankenhäuser verteilt wurden. Die Digitalisierung erlaubt inzwischen die Berücksichtigung lokaler Verhältnisse aus der Google-Earth-Perspektive sehr viel treffender als kommunal- und landespolitischer Klüngel.

Dieser Weg zur bundesweiten Marktregulierung setzt sich unaufhaltsam fort: Der G-BA hat (was Länder nicht geschafft haben) erstmals einheitliche Notfallstufen für Krankenhäuser definiert. Derzeit wird über Kriterien für Zentrumszuschläge beraten. Mindestmengen werden ebenfalls eine strukturelle Bedeutung erlangen. Noch steht der entscheidende Schritt aus: eine Konzentration und Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft. Sie wird tatsächlich nur durch eine bundesweite Marktregulierung zu erreichen sein.

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
Leiter Abteilung Krankenhäuser  
GKV-Spitzenverband

Foto: Tom Maelsa