

Reformbedarf der regionalen Krankenhausplanung

STEFFEN BOHM,
WILHELM F. SCHRÄDER

Steffen Bohm und Wilhelm F. Schröder sind Geschäftsführer der Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH AGENON in Berlin

Mit dem abnehmenden Einfluss der Krankenhausplanung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) auf die Entwicklung der Investitionen entsteht eine Steuerungslücke und Reformbedarf, der weit über das KHG hinaus geht und bis in die Struktur der jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungen reicht.

1. Begründungskontexte für Entwicklungs- und Reformerfordernisse

Nachdem im Jahr 1993 die wettbewerbliche Ausrichtung des GKV-Systems angestoßen worden ist, wurde im Jahr 2003 über ein an die deutschen Verhältnisse angepasstes DRG-System für die somatischen Fachgebiete im Krankenhausbereich die Einführung eines vollpauschalierten und wettbewerbsorientierten Preissystems gestartet. Das DRG-System ist mittlerweile etabliert, und dies offenbar ohne dass es zu den negativen Effekten gekommen ist, die befürchtet worden sind (Fürstenberg 2011).

Bereits im Vorfeld der DRG-Einführung wurde verschiedentlich darauf hingewiesen, dass sich die Praxis der staatlichen Krankenhausplanung zusammen mit der praktizierten direkten staatlichen Investitionsfinanzierung wandeln muss, wenn das neue Preissystem die ihm zugedachte Funktion wie erwünscht erfüllen soll: den Leitungen der Krankenhausbetriebe einen (neuen) betriebswirtschaftlichen Rahmen zu setzen, der im Ergebnis zu einer nachhaltigen Verbesserung der betriebsinternen Wirtschaftlichkeit, oder anders formuliert: zu einer höheren Produktivität der stationären Versorgung führt (Dudey/

Schröder 2001; Stapf-Finé/Polei 2002; Müller/Offermanns 2004).

Eine hohe Abhängigkeit von direkten staatlichen Entscheidungen über Investitionen verträgt sich anerkanntermaßen schlecht mit der unternehmerischen Herausforderung, Produktivitätsreserven zu erschließen und das Unternehmen erfolgreich in einem zunehmend wettbewerbsintensiven Markt auszurichten. Dazu ist unternehmerische Freiheit erforderlich, zu der die Freiheit gehört, Investitionsentscheidungen situationsangepasst und weithin autonom treffen zu können. Die Entscheidungen betreffen seit Jahren mehr und mehr auch Aufbau und Ausrichtung ambulanter Versorgungsangebote, zuletzt in dem mit der Neufassung des § 116b SGB V geschaffenen Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV).

Die privat geführten Häuser treffen die Entscheidung zur Ausrichtung ihrer Aktivitäten schon lange nicht mehr in Abhängigkeit von staatlichen Bewilligungsakten. Dieser Weg erscheint oftmals zu formalisiert, allzu langwierig, hürdenreich und aus Sicht der Träger als teilweise von sachfremden Erwägungen durchsetzt und deshalb zu wenig kalkulierbar. Der Investitionsbedarf wird hier zunehmend auch für die vom Investitionsbegriff des KHG erfassten Bereiche

aus den Erträgen innerbetrieblicher Rationalisierungen und gegebenenfalls an den Kapitalmärkten gedeckt. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die nach deutschem Recht für die Investitionsfinanzierung zuständigen Länder ihrer Verpflichtung immer weniger nachkommen: Im Zeitraum von 1991 bis 2011 sind die von den Ländern für Investitionen bereitgestellten finanziellen Mittel um mehr als ein Viertel von 3,64 Mrd. Euro auf 2,67 Mrd. Euro zurückgegangen. Auch für öffentliche Häuser und von Freigemeinnützigen getragene Häuser gilt vor diesem Hintergrund schon seit Jahren, dass Investitionen in die eigentlich vom KHG abgedeckten Bereiche nicht mehr allein aus der Investitionsfinanzierung durch die Länder getragen werden können, sondern zuletzt – wie bei den Privaten – auch aus Einnahmen der Patientenversorgung finanziert werden müssen.

Dabei darf auch nicht übersehen werden, dass der Investitionsbegriff des KHG lediglich die Anschaffung und Wiederbeschaffung der Anlagegüter umfasst. Demgegenüber hat nicht zuletzt durch die Einführung der DRGs die Bedeutung „immaterieller Investitionen“ – Investitionen in die betriebliche Organisation, in Personalentwicklung u. a. m. – zunehmend an Bedeutung gewonnen. Diese Investitionen werden von jeher aus den Vergütungen für die Patientenversorgung durch die Krankenkassen finanziert.

In der Gesundheitswirtschaft besteht insgesamt die Erwartung, dass die Privatisierung insbesondere öffentlich-rechtlicher Häuser ungebrochen weiter voranschreiten wird (HPS Research 2012). Zugleich wird erwartet, dass die schon seit längerer Zeit im privaten wie auch im öffentlich-rechtlichen Bereich zu beobachtende Konzentration in größeren betriebswirtschaftlichen Einheiten (Krankenhausketten, Zusammenschlüsse in Verbänden und Kooperationsgemeinschaften) anhalten wird: um Skaleneffekte systematisch zu nutzen, um die Ertragskraft weiter zu stärken und im Bereich der Investitionen die erforderliche Unabhängigkeit und Flexibilität zu sichern.

Die Überführung der öffentlichen Investitionsfinanzierung über Pauschal- und Einzelförderungen in einen an das wettbewerbliche Umfeld angepassten Rahmen ist schon lange überfällig. Der

in § 10 KHG formulierte Auftrag zur Entwicklung eines mit dem DRG-System kompatiblen Systems leistungsorientierter Investitionspauschalen ist als Schritt des Bundesgesetzgebers in diese Richtung im „Rahmen des Möglichen“ zu werten. Der „Rahmen des Möglichen“ wird nach wie vor vom anhaltenden Widerstand der Länder abgesteckt. Der Umstieg auf Investitionspauscha-

Monistische Investitionsfinanzierung ist schon lange eine ganz reale Erscheinung.

len ist deshalb zunächst nur als Option formuliert worden, von der die Länder Gebrauch machen können – oder eben auch nicht.

Wie auch immer: Monistische Investitionsfinanzierung ist schon lange eine ganz reale Erscheinung. Vorschläge von Experten, wie der öffentliche Anteil an der Investitionsfinanzierung aufgebracht und in die leistungsbezogene Vergütungslogik des DRG-Systems integriert werden kann, liegen vor (SVR-G 2007, Rürup 2008). Bei einem Umstieg wird auch das Problem gelöst werden müssen, dass sich die Häuser zu einem bestimmten Zeitpunkt an jeweils unterschiedlichen Positionen ihrer Investitionszyklen befinden. Diese Schritte werden kommen, weil der Umstieg auf das eng leistungsbezogene und wettbewerbsorientierte DRG-Vergütungssystem nicht viele andere Wahlmöglichkeiten lässt. Ansonsten müsste in Kauf genommen werden, dass die öffentliche Investitionsfinanzierung zu unsachgemäßen und aus volkswirtschaftlicher Sicht kostenträchtigen Verzerrungen im Wettbewerb der Krankenhäuser um Marktanteile führt.

Was aber ist nun mit der staatlichen Krankenhausplanung? Wenn am Ende die gesamte Finanzierung der stationären Versorgung aus der Vergütung für erbrachte Leistungen finanziert wird und die unternehmerischen Investitionsentscheidungen damit konsequenterweise weniger beeinflusst durch direkte staatliche Lenkung erfolgen (können), wie kann und soll dann gesichert werden, dass die Bevölkerung mit vertretbarem Aufwand im Bedarfsfall Zugang zu der im Einzelfall erforderlichen stationären Versorgung hat?

Krankenhausplanung muss neu ge-

dacht werden. Daran führt kein Weg vorbei. Aber nicht nur die Krankenhausplanung. An Bedeutung für die Versorgungssicherung aus im obigen Sinne gemeinwohlorientierter Sicht gewinnen dann auch alle anderen Steuerungsmechanismen, die letztlich für die Investitionsentscheidungen der Krankenhäuser mit von ausschlaggebender Bedeutung sind. Und auch sie müssen hinsichtlich gegebenenfalls erforderlicher Anpassungsbedarfe auf den Prüfstand gestellt werden. Auch daran führt früher oder später – kein Weg vorbei. Wenn ein bislang tragender Akteur

innerhalb eines komplexen Systems verschiedenartiger Akteure mit jeweils unterschiedlichen Interessen seine Rolle neu definiert oder eine solche Neudefinition angezeigt ist, egal aus welchen Gründen, bringt das notwendigerweise Veränderungen für alle Akteure mit sich, wenn die zuvor verfolgte Zielsetzung nicht aus den Augen verloren werden soll. Aufgaben und Rahmensetzungen müssen unter gegebener Zielsetzung für jeden einzelnen Akteur und für das Zusammenwirken dieser Akteure dann erneut durchdacht werden.

2. Zur aktuellen Situation

Den Kern der regionalen Krankenhausplanung bilden zum einen die Prognose der erwarteten Entwicklung, zum anderen das Verfahren zu den standortbezogenen Entscheidungen über die als notwendig erachteten Versorgungsangebote. Ehe auf diese beiden Themen eingegangen wird, soll der Wirkungsbereich bzw. die Reichweite der regionalen Krankenhausplanung der Länder unter vier Aspekten abgesteckt werden.

2.1 Reichweite der regionalen Krankenhausplanung

Reichweite des Planungsbegriffs

In der Regel werden unter „Planung“ die Schritte in einem Verfahren zusammengefasst, die der Entscheidungsvorbereitung dienen. Das sind die Bestandsaufnahme der Ist-Situation, die Prognose der Rahmenbedingungen sowie der erwarteten Entwicklung, die Formulierung der Zieldimensionen, ein Soll-Ist-Vergleich und schließlich

die Ausarbeitung eines Handlungsprogramms möglichst mit Alternativen als Input für den Entscheidungsprozess. Die Entscheidungsfindung selbst ist vom Planungsbegriff in der Regel nicht erfasst. Das ist bei der regionalen Krankenhausplanung anders. Sie schließt den Verfahrensteil der Entscheidungsfindung mit ein, mündet sie doch letztlich in einen Kabinettsbeschluss, der die Grundlage für Einzelbescheide des zuständigen Ministeriums bildet.

Gegenstand der Planung

Krankenhausplanung in Deutschland ist keine Planung für bislang nicht oder völlig unzureichend versorgte Regionen. Vielmehr findet sich in Deutschland ein hochentwickeltes System von Krankenhäusern. Über die vergangenen zwei bis zweieinhalb Dekaden hinweg betrachtet zeigen sich bei der Zahl der Krankenhausbetriebe, der Planbetten und auch der Leistungsfälle zwar deutliche Entwicklungen (Tabelle 1). Bezogen auf

Planungszeiträume von fünf und weniger Jahren ist die Veränderungsdynamik aber eher moderat. So gesehen bestätigt Krankenhausplanung für jede Planungsperiode in weit überwiegendem Maß das bestehende Angebot. Nur in sehr geringem Umfang beziehen sich planerische Entscheidungen auf Anpassungen, auch weil jede Veränderung des Systems mit hohen politischen und ökonomischen Kosten verbunden ist.

Bedeutung der Planung für die Entwicklung der regionalen Angebotsstruktur

Auf die Entwicklung der regionalen Angebotsstruktur für die stationäre medizinische Versorgung sind nicht nur die Aktivitäten der regionalen Krankenhausplanung des einzelnen Landes gerichtet (Abbildung 1). Vielmehr wird diese Entwicklung primär von anderen Kräften getrieben. Hier ist zunächst das Interesse der Träger der Krankenhäuser zu nennen, die in der Regel primär ihre

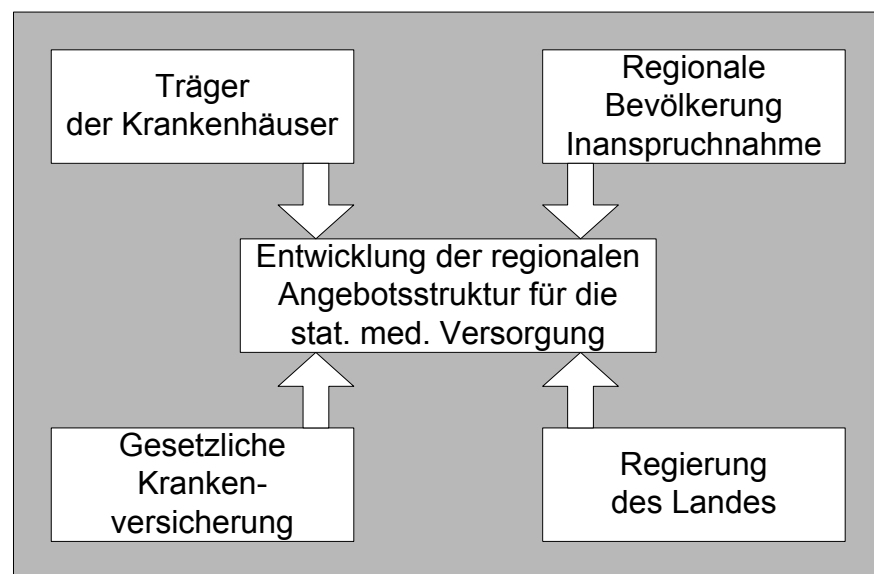
einzelwirtschaftlichen Entwicklungsinteressen formulieren und verfolgen. Sie orientieren sich am medizinisch-technischen Fortschritt und an der Entwicklung bei den Konkurrenten im stationären und ambulanten Sektor. Mit der zunehmenden Privatisierung der Trägerschaft und der Professionalisierung des Managements haben diese Triebkräfte in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Die Entwicklung hängt zum zweiten von den Veränderungen in der Nachfrage nach stationären Leistungen ab, die wesentlich von der Veränderung der regionalen Bevölkerungsstruktur, aber auch vom Informationsniveau dieser Bevölkerung bestimmt wird. Schließlich wirken die Krankenversicherungen auf die Entwicklung ein, in der Vergangenheit ganz vorrangig mit dem Interesse, die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern, insbesondere durch den Rückbau von Überkapazitäten und die Entwicklung wirtschaftlicher Betriebs- bzw. Abteilungsgrößen. In Zukunft wird für sie auch die Frage

Tabelle 1: Entwicklung der Krankenhäuser in Deutschland, Anzahl der Betriebe, der Betten und der Behandlungsfälle nach Bundesländern 1994 und 2010

	Kranken- häuser 2010	Veränd ggü. 1994	Betten 2010	Veränd ggü. 1994	Fälle 2010	Veränd ggü. 1994
Baden-Württemberg	289	-9%	58.045	-15%	2.022.271	14%
Bayern	373	-9%	75.789	-13%	2.762.631	18%
Berlin	79	-18%	19.782	-44%	755.185	18%
Brandenburg	52	-13%	15.244	-13%	538.880	28%
Bremen	14	-7%	5.224	-26%	202.161	16%
Hamburg	47	15%	11.897	-20%	448.176	20%
Hessen	181	-2%	35.844	-15%	1.271.478	14%
Mecklenburg-Vorpommern	39	5%	10.454	-19%	407.018	15%
Niedersachsen	198	-7%	41.978	-22%	1.591.130	11%
Nordrhein-Westfalen	404	-17%	121.780	-20%	4.194.541	15%
Rheinland-Pfalz	98	-17%	25.451	-12%	878.578	16%
Saarland	24	-14%	6.548	-24%	259.106	4%
Sachsen	80	-16%	26.383	-17%	978.892	32%
Sachsen-Anhalt	50	-28%	16.527	-19%	594.250	15%
Schleswig-Holstein	94	-10%	15.743	-8%	569.348	11%
Thüringen	42	-33%	16.060	-17%	559.260	22%
Bund Gesamt	2064	-12%	502.749	-19%	18.032.905	16%

Quelle: Statistisches Bundesamt

Abbildung 1: An der Entwicklung der regionalen Angebotsstruktur für die stationäre Versorgung der Bevölkerung wesentlich Beteiligte



Quelle: agenon

der Unterversorgung der Versicherten in dünn besiedelten Gebieten verstärkt von Bedeutung sein. Das gilt auch für die Qualität der Leistungen, sofern sich der Qualitätswettbewerb zwischen den

Die Wirkung der Mengensteuerung wird stark überschätzt.

Versicherungen weiter entwickelt. Für die Entwicklung der regionalen Angebotsstruktur ist Krankenhausplanung ein Faktor unter anderen mittlerweile weitaus dynamischeren und prägenden Faktoren.

Bedeutung der Planung für die Mengensteuerung

Weithin besteht die Vorstellung, dass eine Veränderung der geplanten Angebotskapazität quasi automatisch eine entsprechende Veränderung der Leistungsmengen nach sich zieht, dass mithin die Mengensteuerung wirkungsvoll über eine Veränderung der Angebotskapazität erfolgen kann. Diese Wirkung wird allerdings stark überschätzt. Krankenhäuser sind heutzutage in der Lage, auch unabhängig von Plankapazitäten sehr flexibel sowohl auf kurzfristige Veränderungen in der Nachfrage als auch auf betriebswirtschaftliche Er-

fordernisse zu reagieren (RWI 2012). Für die Mengensteuerung hat Krankenhausplanung deshalb stark an Bedeutung verloren. Das stellt alle anderen Instrumente und Mechanismen der Mengensteuerung vor große Herausforderungen, und hier insbesondere die jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Hier ver-

handelt ein einzelnes Krankenhaus mit der Gemeinschaft der Krankenkassen allerdings vornehmlich über die Weiterentwicklung der von ihm in der Vergangenheit erbrachten Leistungen, ausgedrückt im Case Mix. Die Herstellung einer Beziehung zu den Ergebnissen der Versorgungsepidemiologie, die maßgeblicher Bestandteil der Krankenhausplanung ist, ist in der Praxis nicht relevant für Entscheide der Schiedsstellen gem. § 19 der Bundespflegesatzverordnung (BPFV). Sie spielt deshalb auch in den Verhandlungen bislang keine entscheidende Rolle.

2.2 Prognose der erwarteten Mengenentwicklung

Im Rahmen des Verfahrens zur regionalen Krankenhausplanung werden unter der Federführung des Ministeriums des jeweiligen Landes Prognosen der erwarteten Entwicklung erarbeitet. Dabei be-

stehen zwischen den Ländern erhebliche Unterschiede. Einige Bundesländer stützen sich traditionell oder punktuell auf Gutachten externer Sachverständiger, die darin bislang angewendete Methoden nach neuesten, auch internationalen Erkenntnissen weiterentwickeln und anwenden. Andere erstellen die Prognosen selbst, wobei an anderer Stelle gewonnene Erkenntnisse durchaus berücksichtigt werden, oder eben auch an bislang angewendeten Methoden weithin unverändert festgehalten wird. Ausgangspunkt ist in der Regel eine differenzierte Prognose der Bevölkerungsentwicklung, eine Analyse der Fallzahlentwicklung nach Fachgebieten bzw. Fachabteilungen in der Vergangenheit und eine Prognose zur Fallzahlentwicklung in der Zukunft, in der Regel bezogen auf einen zeitlichen Horizont von fünf Jahren, häufig auch differenziert nach Krankheitsgruppen oder DRG-Kapiteln. Hier wird insbesondere der Einfluss der medizinisch-technischen Entwicklung sowie der Arbeitsteilung mit dem ambulanten Sektor berücksichtigt, weitgehend gestützt auf Expertenbefragungen.

Im Ergebnis der unterschiedlichen Vorgehensweisen liegen – nach medizinischen Fachgebieten differenziert – erwartete Fallzahlen und die dafür erforderlichen und in Krankenhausbetten ausgedrückten Angebotskapazitäten vor. Die Beziehung zwischen der Fallzahlentwicklung und der Bettenzahl wird seit Jahrzehnten mit Hilfe der Hill-Burton-Formel berechnet, wobei eine Prognose der Tage je Fall (Verweildauer) und eines betriebswirtschaftlich begründeten Auslastungsgrades der Fachabteilungen herangezogen werden. In den großen Flächenstaaten werden diese Vorausschau auf Versorgungsregionen herunter gebrochen.

Die Entwicklung und Bewertung der Fallzahlen, bezogen auf eine definierte Population und ihre Morbidität, ist ein zentrales Thema der Versorgungsepidemiologie. Jüngere Ergebnisse zeigen – differenziert nach Fachabteilung, Behandlungsanlass und/oder DRG – zum Teil exorbitante Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen (Bertelsmann-Stiftung 2012). Allerdings liegen bisher aus der Versorgungsforschung nur einige wenige belastbare Ergebnisse zur Bewertung dieser empirischen Befunde vor. Auf absehbare Zeit wird deshalb für Prognosen nicht auf Verfahren

der Expertenbefragung und Experteneinschätzungen verzichtet werden können.

2.3 Standortbezogene Entscheidungen

Der zweite Kernbereich der regionalen Krankenhausplanung betrifft die Verfahren zu den standortbezogenen Entscheidungen. Dabei geht es um die Feststellung definierter Angebotskapazitäten nach medizinischen Gebieten und Standorten als notwendig und ausreichend.

Die Krankenhausplanung strebt an, dass diese Entscheidungen auf der Ebene der Versorgungsregionen mit den Ergebnissen der Prognose kompatibel sind. Die Landeskrankenhausesetze regeln dieses Verfahren unterschiedlich (siehe dazu DKG 2010). In einigen Bundesländern spielen regionale Konferenzen der nach den landesrechtlichen Vorgaben zu beteiligenden Institutionen in der Vorbereitungsphase eine wichtige Rolle (Brandenburg, Hessen). In anderen Bundesländern sind die zu beteiligenden Institutionen gefordert, Rahmenvorgaben (Sachsen-Anhalt) bzw. Vorschläge (Bremen) zu unterbreiten. In den meisten, aber nicht allen Bundesländern besteht ein Gremium (als Landesausschuss, Planungsausschuss, Landeskrankenhausausschuss, Landesplanungsausschuss oder auch Krankenhausplanungsausschuss bezeichnet) das beratende Funktion hat, und in dem einvernehmliche Lösungen zu den Planfestlegungen gefunden werden sollen. Die Besetzung dieses Gremiums beschränkt sich im Minimum auf die Landeskrankenhausesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen und Landesvertretung der Ersatzkassen sowie den PKV-Verband, in den meisten Bundesländern sind in diesem Gremium in verschiedenen Varianten die Landesärztekammer, Vertreter der Kreise bzw. Kommunen, der gewerblichen Berufsgenossenschaften, der Kassenärztlichen Vereinigung, teilweise auch der Katholischen und der Evangelischen Kirche vertreten. Die Planungsbehörde führt außerdem Gespräche mit einzelnen oder Gruppen von Beteiligten bzw. hört diese an. Im Fall des einzelnen bzw. des betroffenen Krankenhauses ergibt sich eine entsprechende Verpflichtung bereits aus § 7 Abs. 1 KHG.

Die Vorschriften sind weitgehend

davon geprägt, in den Entscheidungsprozess möglichst viel Wissen der in der Versorgungsregion Beteiligten und Betroffenen einfließen zu lassen und möglichst viele Interessen zu berücksichtigen (Neuhaus et al. 1985). Die Frage der Erreichbarkeit der Angebote für die Bevölkerung wurde in dieser Phase der Planung bislang nur unspezifisch berücksichtigt; das gilt auch für die Ermittlung der Nachfragepotentiale an den betrachteten Standorten oder für alternative Standorte. Entsprechende Methoden wären dazu seit Jahrzehnten aus der Standortlehre der Dienstleistungen verfügbar. Ihre Ergebnisse könnten für die Diskussionen in den Versorgungsregionen zur Versachlichung beitragen. In jüngster Zeit sind hier Fortschritte gemacht worden, was insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass Informationen über den Transportaufwand zwischen definierten Standorten und definierten Wohnorten leicht verfügbar sind (Kortevoß 2005). Sie setzen in der Regel allerdings einen erheblichen Verarbeitungsaufwand voraus.

Die letztlich von der zuständigen Planungsbehörde in einjährigem bis hin zu sechsjährigem Turnus erstellten Pläne bzw. Planfortschreibungen legen im Ergebnis schließlich die Bettenzahlen in unterschiedlicher Weise fest:

- im Trend unter dem Stichwort Rahmenplanung schon seit einigen Jahren zunehmend je Krankenhausstandort als Gesamtbettenzahl, teilweise auch träger- anstelle standortbezogen (bei mehreren Standorten ein und desselben Trägers). Die Fachgebiete, teilweise die Fachabteilungen, werden zwar benannt, aber eine Bettenanzahl wird nicht ausgewiesen (u. a. Bayern, Baden-Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern). Ausgenommen davon sind auch in den aktuellen Krankenhausplänen die nicht-somatischen Fachgebiete, also Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie. Weitere Ausnahmen werden teilweise in Abhängigkeit von „besonderen landesplanerischen Interessen“ gemacht (z. B. für Herzchirurgie, Beatmungsentwöhnung u.a.m.).
- je Krankenhausstandort wird nicht nur eine Gesamtbettenanzahl, sondern auch je Fachgebiet bzw. Fachab-

teilung wird die Bettenanzahl ausgewiesen (z. B. Bremen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Thüringen).

Längere Zeiträume der Planerstellung bzw. -fortschreibung werden je nach dem aktuell gesehenen Bedarf üblicherweise über Einzel- oder Teilfortschreibungen überbrückt.

Standort- bzw. trägerbezogen werden in den Krankenhausplänen in der Regel unterschiedliche spezielle Angebote bzw. besondere Aufgaben und Schwerpunkte ausgewiesen: Zentren (Perinatalzentren, Transplantationszentren, Onkologische Zentren, Zentren für Schwerbrandverletzte u.a.m.), Stroke Units, Frührehabilitation von Querschnittslähmungen, Adipositas-Chirurgie, um nur einige Beispiele zu nennen. Ausgewiesen wird auch, ob das betreffende Haus an der Notfallversorgung teilnimmt, und ggf. für welche medizinischen Fachgebiete eine Anerkennung als Ausbildungsstätte vorliegt.

Auf der Grundlage des Planes bzw. der -fortschreibung werden schließlich Feststellungsbescheide für die einzelnen Träger erteilt, die auf Antrag über Änderungsbescheide einzelfallbezogen nachträglich modifiziert werden.

Auf sie stützen sich schließlich die Einzelentscheidungen des Ministeriums zu den auf Antrag der Krankenhausträger geförderten Investitionen, die jährlich als Krankenhausbauprogramm veröffentlicht werden. Auf diesen Teil des Krankenhausplanungsverfahrens wird hier nicht näher eingegangen, weil er mit der Überwindung des dualen Finanzierungssystems obsolet wird.

3. Erforderliche Entwicklungen und Reformen

3.1 Konzeptioneller Rahmen

Wenn tradierte Formen der Aufgabenwahrnehmung aufgrund von „äußeren“ Veränderungen zweckmäßigerweise anzupassen sind wie im vorliegenden Fall, stellt sich die Frage nach einem konzeptionellen Rahmen, der für die erforderlichen Anpassungen bzw. Reformen leitend ist und in den Reformen sinnvoll einzubetten sind.

Etwas ausführlicher hat sich mit dieser Frage der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung

im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2007 befasst (SVR-G 2007). Bei unverändert gegebener staatlicher Aufgabe, ein bedarfsgerechtes und flächendeckendes Angebot stationärer Versorgungsmöglichkeiten zu sichern, werden mit Blick auf die staatlicherseits wahrzunehmenden Aufgaben zwei unterschiedliche Rollenverständnisse auseinander gehalten: die Erfüllungs- und die Gewährleistungsverantwortung. Im (Selbst-) Verständnis der Erfüllungsver-

– wie oben festgestellt – faktisch ebenfalls statt, auch wenn es ein schleichen-der Prozess ist, in dem sich die Gewichte auch bei den nach dem KHG von den Ländern zu finanzierenden Investitionen hin zu einer Finanzierung aus Einnahmen in der Patientenversorgung allein aus dem Handeln der Akteure heraus mehr und mehr verschieben.

Im Bereich der Leistungserstellung in staatlicher Regie besteht ungebrochen der Trend, dass der Anteil öffentlicher

Häuser zurückgeht. Relevant ist mit Blick auf die öffentlichen Häuser auch, dass sie rechtlich, organisatorisch und auch finanziell selbstständig geführt werden, bei der KHG-Investitionsfinanzierung ohnehin keine

Unterschiede in Abhängigkeit von der Trägerschaft gemacht werden dürfen, und eine Professionalisierung im Bereich des Managements und der Betriebsorganisation erfolgt ist und erfolgt. Von daher kann hier auch nicht mehr im engen Sinne von einer Leistungserstellung in staatlicher Regie gesprochen werden. Der Übergang vom „Erfüllungs-“ zum „Gewährleistungsstaat“ ist demnach offenbar schon relativ weit vorangeschritten.

Mit Blick auf die Aufgabenwahrnehmung durch den „Gewährleistungsstaat“, verkörpert durch die Bundesländer, sieht der Rat als wesentliche Aufgabenfelder

- die Zulassung, wobei sich die vorschaltete Prüfung darauf beschränken könne, ob das Krankenhaus in der Lage ist, stationäre Leistungen mit ausreichender Qualität und Sicherheit zu erbringen. Eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit wird als nicht mehr erforderlich erachtet, da das Risiko einer mangelnden Nachfrage auf die Leistungserbringer übergehe
- das Monitoring, worunter ein Monitoring der Versorgungsstrukturen bezogen auf die Kapazitäten, den Zugang und die Qualität der erbrachten Leistungen verstanden wird. Mit Blick auf die Kapazitäten bleibt es bei der zentralen Bedeutung von Prognosen zur Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung, wobei zusätzlich empfohlen wird, Konzepte

für Soll-Ist-Abgleiche zu entwickeln. Mit Blick auf das Monitoring des Zugangs wird – in Analogie zu anderen Ländern – die Verwendung eines Zugangs-Indikators empfohlen und bezogen auf das Qualitätsmonitoring lautet die Empfehlung, zusätzlich zu einem Set von auf einen Leistungserbringer bezogenen (institutionellen) Indikatoren auch sogenannte *area*-Indikatoren zu berücksichtigen, die auf die Gesamtversorgung in einer Region abstellen

- die Regulation und Sicherung der Versorgung im Falle festgestellter oder drohender Unterversorgung. Hier werden als Instrumente u. a. Sicherstellungszuschläge, Defizitfinanzierungen durch staatliche Gebietskörperschaften und die Diskussion in Landesgesundheitsgesundheitskonferenzen genannt. Für den Fall fundamentaler Qualitäts- und Sicherheitsmängel werden Sanktionen von Bußgeldern bis hin zum Zulassungsentzug vorgeschlagen

3.2 Entwicklungs- und Reformbedarf

Mit der vom Sachverständigenrat vorgenommenen Unterscheidung ist ein konzeptioneller Bezugsrahmen geschaffen, und darüber hinaus liegt ein daraus abgeleiteter Vorschlag dazu vor, welche wesentlichen Aufgabenfelder von staatlicher Seite aus in einer mittlerweile ja schon sehr weit an das Rollenverständnis des „Gewährleistungsstaates“ angehöhten Wirklichkeit wahrzunehmen sind.

An die bisherigen Ausführungen anknüpfend, können für die weiterführende Diskussion sechs Felder benannt werden:

Umstellung der KHG-Investitionsfinanzierung auf ein wettbewerbskompatibles Finanzierungssystem, Zurücknahme der Krankenhausplanung auf Rahmenvorgaben, Bereitstellung von Orientierungswerten

Die sachgerechte Umstellung der KHG-Investitionsfinanzierung wurde oben bereits besprochen und braucht hier nicht weiter ausgeführt zu werden. Damit im Einklang wäre die gegenwärtig überwie-

Von einer Leistungserstellung in staatlicher Regie im engen Sinne kann nicht mehr gesprochen werden.

antwortung erfolgt die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen – die Leistungserstellung – in enger Auslegung in direkter staatlicher Regie. Bezogen auf die Versorgung mit stationär erbrachten Leistungen heißt das: staatliche Detailplanung des Angebotes, Angebotsfinanzierung aus dem öffentlichen Haushalt, Leistungserstellung in öffentlicher Trägerschaft. Im (Selbst-) Verständnis der Gewährleistungsverantwortung richtet sich staatliches Handeln zuallererst darauf, Organisations-, Verfahrens- und Regelungsstrukturen bereitzustellen, über die „die Handlungen nicht-staatlicher Akteure, die primär ihre eigenen Interessen verfolgen, zum Gemeinwohl beitragen sollen“ (SVR-G 2007, Tz 480). Direkte staatliche Interventionen haben nachgeordneten Charakter und erfolgen allenfalls dann, wenn sich zeigt, dass – um in der Sprache des Rates an dieser Stelle zu bleiben – das Gemeinwohl nicht erreicht werden kann oder die Zielerreichung ernsthaft bedroht ist.

Im Bereich der Krankenhausplanung ist in Deutschland über alle Bundesländer hinweg betrachtet bereits eine deutliche Bewegung weg von der staatlichen Aufgabenwahrnehmung im Verständnis der Erfüllungsverantwortung hin zur Gewährleistungsverantwortung festzustellen. Seinen Ausdruck findet das in dem oben beschriebenen Trend, von einer Detail- auf eine Rahmenplanung überzugehen.

Im Bereich der Angebotsfinanzierung und hier konkret der KHG-Investitionskostenfinanzierung findet dieser Prozess

gend vorzufindende Praxis der Krankenhausplanung auf Rahmenvorgaben im Sinne einzuhaltender Mindestvorgaben sowie auf die Bereitstellung von regionalbezogenen Orientierungswerten umzustellen.

Wie bereits in Hessen praktiziert (SM Hessen 2009), könnten sich entsprechende Rahmenvorgaben beziehen auf:

- fachgebietsspezifische Mindestabteilungsgrößen, die in der stationären medizinischen Versorgung einzuhalten und entsprechend in den Verhandlungen zwischen Krankenversicherungs- und Krankenhausträgern zu berücksichtigen wären.
- Mindestvorgaben zu strukturellen Voraussetzungen, die für die Teilnahme an der Notfallversorgung bestehen müssen.

Die Bereitstellung von Orientierungswerten sollte in sinnvoller regionaler Gliederung von Versorgungsregionen unterhalb der Landesebene erfolgen, insbesondere hinsichtlich:

- Struktur (Fachgebiete) des erforderlichen stationären medizinischen Versorgungsangebotes und hinsichtlich der Entwicklung der Nachfrage (Prognose gemäß „State of the Art“).
- eines Vergleichs mit dem Ist sowie mit anderen vergleichbaren Versorgungsregionen auch in anderen Bundesländern.

Für versorgungsgebietsübergreifende und für besondere Aufgaben wäre im Weiteren noch zu diskutieren, ob und inwieweit standortbezogene Entscheidungen unmittelbar durch das Land vorgesehen werden sollen (z. B. Perinatalzentren, Transplantationszentren, Versorgung von Schwerverletzten, Isoliereinheit für hoch kontagiöse Infektionskrankheiten).

Für Rahmenvorgaben und regionalbezogene Orientierungswerte ist eine hohe Legitimation einzufordern, und zwar in zweierlei Hinsicht: zum einen mit Blick auf die Einhaltung des „State of the Art“ bei den Bedarfsprognosen, zum anderen durch geeignete Verfahren zur Berücksichtigung des Wissens und der Interessen der Beteiligten und Betroffenen in den jeweiligen Regionen.

Umwandlung des Kontrahierungszwanges in eine Verpflichtung der Krankenversicherungsträger, die Versorgung der Versicherten über Verträge abzusichern

Gemäß § 109 Abs. 1 SGB V besteht für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Kontrahierungszwang für nach den landesrechtlichen Vorschriften anerkannte Hochschulkliniken und für in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommene Krankenhäuser.

Im Einklang mit der Zurücknahme des Staates auf die Gewährleistungsverantwortung wäre dieser Kontrahierungszwang in eine Verpflichtung der Krankenkassen umzuwandeln, die stationäre medizinische Versorgung der Versicherten über entsprechende Verträge abzusichern. Feststellungsbescheide durch das Land würden sich weithin erübrigen. Damit der Staat bzw. das Land seiner Gewährleistungsverantwortung nachkommen kann, könnte beispielsweise eine Verpflichtung der Krankenkassen vorgesehen werden, regelmäßig darzulegen, wie sie die Versorgung ihrer Versicherten über ihre Verträge sichern.

Basis für die Vertragsabschlüsse würden erstens gegenüber Krankenhausträgern standortbezogen erteilte Bescheide der Länder bilden, dass das Krankenhaus die Anforderungen dafür erfüllt, stationäre Leistungen mit ausreichender Sicherheit und Qualität zu erbringen. Basis für die Vertragsabschlüsse zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern würden zweitens die Rahmenvorgaben und die regionalbezogenen Orientierungswerte bilden. In den rechtlichen Rahmenseetzungen wäre vorzusehen, dass die Vertragsparteien (Krankenkassen und Krankenhausträger) Rahmenvorgaben und regionalbezogene Orientierungswerte in ihren Verhandlungen angemessen zu berücksichtigen haben. Aufgabe der Länder wäre es, auf der Grundlage der Darlegungen zu überwachen, ob die Vertragsparteien ihrer Verpflichtung in hinreichendem Umfang nachkommen.

Soweit eine Weiterentwicklung der wettbewerblichen Ausrichtung erfolgen soll, könnte beispielsweise in einem ers-

ten Schritt eine Differenzierung auch dahingehend vorgenommen werden, dass die Verpflichtung der Krankenkassen, die Versorgung der Versicherten nach Maßgabe der Rahmenvorgaben und der regionalbezogenen Orientierungswerte über Verträge zu sichern, generell zwar für die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich besteht. Davon könnten aber für definierte Versorgungsbereiche Ausnahmen gemacht werden. Das wurde für elektive (planbare) Eingriffe schon verschiedentlich gefordert (Leber et al. 2008). Die Darlegungsverpflichtung gegenüber dem Land bliebe auch hier bestehen.

Veränderungen in den Rahmenbedingungen und der Praxis der Budgetverhandlungen

Aus den vorstehenden Anpassungen ergibt sich für die Verhandlungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einerseits und den Krankenhausträgern andererseits eine veränderte Perspektive. An die Stelle der bislang in den Verhandlungen dominierenden hausbezogenen

Für Budgetverhandlungen wird die versorgungsepidemiologische Perspektive an Bedeutung gewinnen.

Orientierung würde eine stärker populationsbezogene Orientierung treten. Sie würde sich sachlogisch aus der Umwandlung des Kontrahierungszwanges in eine Sicherstellungsverpflichtung der Krankenkassen ergeben. Über die Rahmenvorgaben des Landes und die regionalbezogenen Orientierungswerte wären beide Vertragsparteien darauf verpflichtet, die populationsbezogene Perspektive zu berücksichtigen. Die versorgungsepidemiologische Perspektive würde damit gegenüber dem heutigen Status quo für die Verhandlungen an Bedeutung gewinnen.

Monitoring, insbesondere im Hinblick auf Unterversorgungssituationen, und Interventionen

Das Monitoring, insbesondere im Hinblick auf (drohende) Unterversorgungs-

situationen, würde in einem entsprechend umgestalteten System eine Landesaufgabe von herausgehobener Bedeutung sein. Zur Frage, wie (drohende) Unterversorgungssituationen festgestellt werden können, hat der Sachverständigenrat mit Patientenzugangs- und mit *area*-Indikatoren Vorschläge unterbreitet. Insgesamt aber ist festzustellen, dass im Bereich der Instrumenten- und Verfahrensentwicklung für das Monitoring noch erheblicher Entwicklungsbedarf besteht.

Für die veränderte Rollenverteilung stellt sich die Frage nach den Interventionen, über die das Land zweckmäßigerweise verfügen sollte,

- wenn die Rahmenvorgaben und die regionalbezogenen Orientierungswerte in den Vereinbarungen zwischen Krankenversicherungsträgern und Krankenhäusern nicht hinreichend beachtet werden und
- wenn sich Unterversorgungssituationen abzeichnen oder bereits entstanden sind.

Im zuerst genannten Fall kann an die Praxis der aufsichtsrechtlichen Genehmigung von Budgetabschlüssen angeknüpft werden. Anders als bislang würde sich die Prüfung allerdings nicht mehr darauf beziehen, ob der Abschluss im Einklang mit dem vom Land erteilten Versorgungsauftrag steht, sondern darauf, ob Rahmenvorgaben und Orientierungswerte eingehalten worden sind. M. a. W. würde sich für das Monitoring durch das Land eine andere Perspektive ergeben. Falls das Land Rahmenvorgaben und Orientierungswerte als missachtet ansieht, könnte vorgesehen werden, dass Nachverhandlungen verbindlich eingefordert werden können. Diese Forderung wäre sinnvollerweise mit dem Erfordernis zu verbinden, dass der Nachweis möglich sein muss, dass die Ergebnisse der Nachverhandlungen die Übereinstimmung mit Rahmenvorgaben und Orientierungswerten herstellen.

Für den Fall, dass sich Unterversorgungssituationen abzeichnen oder bereits entstanden sind, sind die diesbezüglichen Vorschläge des Sachverständigenrates noch weiter im Hinblick auf konkrete Konstellationen zu präzisieren. Eine bereits in einigen strukturschwachen Regionen gegebene Konstellation besteht beispielsweise darin, dass ein

stationäres Versorgungsangebot aus betriebswirtschaftlichen Gründen nicht mehr aufrecht erhalten werden kann, dies aber aus versorgungspolitischer Perspektive heraus als erforderlich angesehen wird. Die Präzisierung von weiteren Konstellationen und die Diskussion von sachangemessenen Lösungen stehen noch aus.

Informationspflichten und Herstellung von Transparenz

Im Ergebnis der hier vorgeschlagenen Entwicklungs- und Reformerfordernisse ergibt sich eine neue Rollenverteilung zwischen den maßgeblichen Akteuren, aus denen sich auch mit Blick auf die Information der Öffentlichkeit bzw. der Versicherten und die Herstellung von Transparenz einige neue Akzentuierungen ableiten lassen.

Zunächst ist festzuhalten, dass seitens des Landes keine Vorgaben mehr erfolgen würden, mit welchen Krankenhäusern die Krankenversicherungen im Einzelnen Verträge abzuschließen haben. Ausnahmen bestünden gegebenenfalls für regionsübergreifende und besondere Versorgungsangebote. Das Gros der stationären medizinischen Versorgungsangebote würde aber auf Verträgen ruhen, welche die Krankenkassen weithin in eigener Regie abschließen. Entsprechend sollte es dann obligat sein, dass hierzu in angemessener Weise Öffentlichkeit herzustellen ist. Umgedreht sollte es obligat sein, dass das Land zum einen die Öffentlichkeit dazu informiert, für welche Versorgungsangebote verbindliche Vorgaben des Landes erfolgt sind. Zum anderen sollte eine für die breite Öffentlichkeit zugängliche regelmäßige Berichterstattung über die Durchführung des Monitoring und seine Ergebnisse wie auch über erfolgte Interventionen erfolgen. Die bestehenden Informationsmöglichkeiten und die praktizierten Formen zur Information der Öffentlichkeit wären unter diesen Gesichtspunkten zu überprüfen und gegebenenfalls (punktuell) zu erweitern.

Ausbau und Zusammenführung von Ergebnissen der Versorgungsforschung und der Methodenentwicklung für räumlich angepasste Bedarfsprognosen

Die Wissensgrundlagen für die verschiedenen Anwendungszusammenhänge, in denen für die stationäre medizinische Versorgung der Bevölkerung relevante Entscheidungen getroffen werden, wären in verschiedener Hinsicht weiter zu verbessern,

- zum einen im Bereich der Versorgungsforschung, und hier insbesondere im Bereich einer Analyse der Ursachen, die für die großen interre-

Die Gewichte zwischen den Akteuren verschieben sich bei der Gestaltung der Krankenhauslandschaft.

gionalen Disparitäten im stationären und ambulanten Leistungsgeschehen ausschlaggebend sind. Diesbezügliche Erkenntnisse wären in größerem Maß in die Methodenentwicklung für Bedarfsprognosen einzubeziehen werden, als dies bislang der Fall ist. Das ergibt sich bereits aus ihrem stark gewachsenen Bedeutungsgehalt für die Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern Krankenkassen und Krankenhausträgern, der sich aus den vorausgehenden Vorschlägen ergibt. Abgesehen davon wären sie von hohem Wert auch für die vertragsärztliche Bedarfsplanung und auch für die Vorbereitung von Selektivverträgen.

- Zum anderen für die Methodenentwicklung insgesamt. Hier gilt, dass die unterschiedlichen derzeit verwendeten Methoden mit Blick auf ihre Ergebnisse wenig untersucht sind. Auch die Frage, welche weiteren Methoden gegenwärtig verfügbar sind, aber nur wenig oder gar nicht genutzt werden, welche aktuell entwickelt werden und welchen Beitrag sie zu leisten vermögen, wird bislang nur wenig systematisch verfolgt, vor dem Hintergrund konkreter Anwendungskontexte untersucht und in einer breiteren Fachöffentlichkeit diskutiert.

Die bestehenden Defizite sollten über entsprechende Untersuchungen und Entwicklungsvorhaben behoben werden. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass entsprechende Bearbeitungen veranlasst werden und dabei auch die Kontinuität gewährleistet wird. Neben der (obligaten) Verwendung der Ergebnisse im Zusammenhang mit der oben vorgeschlagenen Bereitstellung von Orientierungswerten, sollten die Ergebnisse über entsprechende Foren so verbreitet werden, dass sie der weiterführenden Diskussion in der Fachöffentlichkeit zugänglich und für jeden Entscheidungsträger in Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft verfügbar sind. Ob es zur Wahrnehmung dieser Aufgaben eines auf nationaler Ebene angesiedelten unabhängigen Instituts bedarf, hängt davon ab, welchen Verlauf der Konzentrationsprozess in der Krankenhauswirtschaft in den kommenden Jahren nimmt. Gegenwärtig jedenfalls wächst das Ungleichgewicht hinsichtlich der methodischen und juristischen Kompetenz auf der Seite der Krankenhausträ-

ger einerseits und den Fachabteilungen in den Ministerien und bei den Krankenversicherungsträgern andererseits.

4. Schlussbemerkungen

Das staatliche Rollenverständnis in der Krankenhausplanung ist im Wandel begriffen. Der Staat, verkörpert durch die Bundesländer, nimmt sich sowohl im Bereich der Investitionsfinanzierung als auch in der Regelungstiefe zu den als bedarfsnotwendig erachteten Kapazitäten für die stationäre medizinische Versorgung zurück. Damit geht unvermeidlich einher, dass sich die Gewichte bei der Gestaltung der Krankenhauslandschaft zwischen den Akteuren verschieben. Einen dabei wichtigen noch ausstehenden und in der Sache konsequenten Schritt, stellt die abschließende Umstellung auf ein monistisches und wettbewerbskompatibles System zur Finanzierung des vom Investitionsbegriff des KHG abgedeckten Investitionsbedarfes dar. Damit wäre auch in ökonomischer Hinsicht der letzte Anker gelöst, an dem die Planung

über staatliche direktive Vorgaben festgemacht ist. Aus der damit verbundenen Verschiebung der Gewichte ergeben sich relativ weitreichende Veränderungen in den Aufgabenstellungen für die Akteure. Weite Teile des rechtlichen Rahmens, der für die Krankenhausplanung auf Bundes- und auf Landesebene besteht, wie auch des Rahmens, der für die Verhandlungen zwischen Krankenversicherungs- und Krankenhausträgern gesetzt ist, müssen überdacht und angepasst werden. Ferner stehen verschiedene Entwicklungsarbeiten noch aus. Ein Anspruch auf Vollständigkeit in der Darstellung kann hier nicht erhoben werden. Weitere hier nicht behandelte Aspekte von hoher Bedeutung liegen auf der Hand, wie beispielsweise der gesamte Bereich der öffentlichen Innovationsförderung und die Frage, welche Reformerfordernisse sich im Detail aus der veränderten Rollenverteilung mit Blick auf den Regelungsrahmen ergeben, der gegenwärtig für die Verhandlungen zwischen Krankenversicherungs- und Krankenhausträgern besteht. ■

Literatur

Bertelsmann-Stiftung (2012): Faktencheck Gesundheit, <https://faktencheck-gesundheit.de>

DKG (2010) Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: September 2010, Düsseldorf.

Dudey, S., W. F. Schröder (2001): Instrumente zur Sicherstellung der stationären Versorgung nach Einführung von DRGs, in: Arnold, M., Litsch, M., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart und New York, S. 285 – 293.

Fürstenberg, T., M. Laschat, K. Zich, S. Klein, H.D. Nolting, T. Schmidt (2011): G-DRG Begleitforschung gemäß § 17 Abs. 8 KHG. Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 – 2008), Berlin.

HPS Research (2012): Gesundheitsreport Januar 2012 Klinikholdings zur Besitzstandswahrung, Büttelborn 310 S.

Kortevoß, A. (2005): Krankenhausplanung unter Bedingungen der German-Diagnosis Related Groups. Methodischer Beitrag zur Ausgestaltung ordnungspolitischer Handlungsoptionen der Bundesländer. München.

Leber, W., J. Malzahn, J. Wolff (2008): Elektiv wird selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009, in: Klauber, J. B.-P. Robra, H. Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart und New York, S. 81 – 106.

Müller, U., M. Offermanns (2004): Experten für Neuorientierung – einen konsensfähigen Weg weisen sie nicht, in: Arzt und Krankenhaus (6), S. 170 – 174.

Neuhaus R., R. Paquet, W.F. Schröder (1985): Epidemiologische Transparenz und sozialmedizinischer Diskurs als Instrumente der Mengensteuerung in der GKV. In: WSI-Mitteilungen, 10: 607-614

Rürup, B., M. Albrecht, C. Igel, B. Häussler (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, o.O.

RWI (2012) Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung: Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Essen.

SM Hessen (2009) Hessisches Sozialministerium: Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. Allgemeiner Teil: Planungsgrundlagen und Bedarfsprognose, Wiesbaden.

Stapf-Finé, H., G. Polei (2002): Die Zukunft der Krankenhausplanung nach DRG-Einführung, in: das Krankenhaus (2), S. 96 – 107.

SVR-G (2007) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, BT-Drucksache 16/6339.