



Ausarbeitung

Leistungsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz

Leistungsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 044/22
Abschluss der Arbeit: 01.09.2022
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung	4
2.	Krankenhausplanung in der Schweiz	5
2.1.	Rechtsgrundlagen auf Bundesebene	5
2.1.1.	Anforderungen an Krankenhäuser nach Art. 39 KVG	5
2.1.2.	Einheitliche Planungskriterien nach Art. 58a ff. KVV	6
2.2.	Zürcher Leistungsgruppensystematik	7
3.	Übertragbarkeit des Schweizer bzw. Zürcher Modells auf Deutschland	11
3.1.	Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen	11
3.2.	Krankenhausreport 2020	13
3.3.	Gutachten der Monopolkommission	13
3.4.	Analyse von Behandlungsdaten in Sachsen-Anhalt	14

1. Vorbemerkung

Die Bedeutung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch Krankenhäuser hat in den vergangenen Jahren weiter zugenommen, was vor allem durch steigende Fallzahlen sichtbar wird.¹ Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund war die Krankenhausplanung in den vergangenen Jahren Gegenstand zahlreicher Reformbestrebungen. Zuletzt hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im Juli 2022 eine Regierungskommission eingesetzt, die eine Krankenhausreform auf streng wissenschaftlicher Basis vorbereiten soll.² Ziel ist nach dem Koalitionsvertrag die Gewährleistung einer „modernen und bedarfsgerechten“ Versorgung.³ Die Krankenhausplanung solle hierzu auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basieren und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientieren.

Nach Einschätzung von Experten basierten die derzeitigen Planungsansätze auf einer „relativ breiten“ Definition medizinischer Bereich.⁴ Sie hätten in Zusammenspiel mit dem DRG-basierten Fallpauschalensystem Anreize zur angebotsinduzierten Mengenausweitung gesetzt, was zu einer Fragmentierung der Leistungserbringung und einem hohen Fallaufkommen geführt habe. Erforderlich sei ein leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierter Planungsansatz. Zur Lösung des Problems wird eine Annäherung an die Krankenhausplanung in der Schweiz vorgeschlagen, wo sich Krankenhausleistungen in verschiedene hierarchisch aufgebaute Leistungsgruppen aufteilen.⁵

Die vorliegende Arbeit umreißt die rechtlichen Grundlagen der schweizerischen Krankenhausplanung und insbesondere der im Kanton Zürich verwendeten Leistungsgruppensystematik. Zudem enthält sie einen Überblick über ausgewählte Gutachten, die sich mit der Übertragbarkeit eines leistungsbasierten Ansatzes der Krankenhausplanung nach Deutschland befassen.

-
- 1 Statistisches Bundesamt (Destatis), Krankenhäuser – Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung, Stand: 23. März 2022, abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>; dieser und alle weiteren Online-Nachweise wurden zuletzt abgerufen am 31. August 2022.
 - 2 Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 11. Juli 2022, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>.
 - 3 Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, S. 86, abrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/re-source/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>.
 - 4 Vogel, Justus / Letzgus, Philipp / Geissler, Alexander, Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung – hin zu Leistungs-, Bedarfs- und Qualitätsorientierung für einen höheren Patientennutzen, in; Krankenhaus-Report 2020, S. 331, abrufbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_18.
 - 5 Vogel, Justus / Letzgus, Philipp / Geissler, Alexander, Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung – hin zu Leistungs-, Bedarfs- und Qualitätsorientierung für einen höheren Patientennutzen, in; Krankenhaus-Report 2020, S. 331, abrufbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_18. Vgl. hierzu auch Ärzteblatt, Krankenhauslandschaft: Regierung will kalten Strukturwandel beenden, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/134057/Krankenhauslandschaft-Regierung-will-kalten-Strukturwandel-beenden>.

2. Krankenhausplanung in der Schweiz

Um die steigenden Gesundheitskosten einzudämmen, verabschiedete das Schweizer Parlament am 21. Dezember 2007 eine Reform des Krankenversicherungsgesetzes, mit der die Krankenhausplanung neu geregelt wurde. Es wird nun nicht mehr die Anzahl an Krankenhausbetten reguliert, sondern stattdessen wird auf die medizinischen Leistungen abgestellt.⁶ Es ist in der Schweiz in den vergangenen 20 Jahren eine kontinuierliche Konzentration von stationären Einrichtungen und Kapazitäten festzustellen, wobei in diesem Zeitraum auch die Bettenkapazität von rund 40.000 Akut-Betten (1998) auf unter 31.000 reduziert wurde. Die Bettendichte pro 1.000 Einwohner in der Schweiz im Jahr 2017 mit 3,7 lag deutlich niedriger als in Deutschland mit 6,8.⁷

2.1. Rechtsgrundlagen auf Bundesebene

Die Zuständigkeit für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung liegt in der Schweiz bei den Kantonen, sodass auch die Spitalplanung in deren Verantwortungsbereich fällt. In Art. 39 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)⁸ werden die Kantone zur Ausarbeitung einer Spitalplanung zur Versorgung ihrer gesamten Kantonsbevölkerung mit stationären Leistungen verpflichtet. Die zu erstellenden Spitallisten haben sich dabei an bundesrechtlich vereinheitlichten Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualität zu orientieren.⁹

2.1.1. Anforderungen an Krankenhäuser nach Art. 39 KVG

Die Zulassung von Krankenhäusern bzw. Spitälern richtet sich in der Schweiz grundlegend nach Art. 39 KVG. Hiernach müssen Spitäler zunächst eine ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten, über das erforderliche Fachpersonal und zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten (Abs. 1 lit. a-c).

6 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Spitalfinanzierung, AS 2008 2049, BBl 2008 9; Vorgang abrufbar unter <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20040061>; zu weiteren Reformen im Krankenhausbereich in der Schweiz siehe Soziale Sicherheit CHSS, 20 Jahre KVG – ein Rückblick, 2. September 2016, abrufbar unter: <https://soziale-sicherheit-chss.ch/de/20-jahre-kvg-ein-rueckblick/>.

7 RWI – Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 6. Dezember 2017, S. 44 ff., abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf.

8 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2022), AS 1995 1328, abrufbar unter https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de.

9 De Pietro, Carlo / Camenzind Paul et al., Switzerland: Health system review, Health Systems in Transition, 2015; 17(4):1–288, abrufbar unter: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf.

Daneben müssen sie „*der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen*“ (Abs. 1 lit. d) und „*auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt*“ (Abs. 1 lit. e) sein.

Die Krankenhausplanung in der Schweiz obliegt mithin den Kantonen, die nach Art. 39 KVG Spitallisten aufstellen und ihre Planung koordinieren.

Im Hinblick auf hochspezialisierte Medizin sind die Kantone gehalten, eine gesamtschweizerische Planung zu beschließen. Wenn sie dies nicht zeitgerecht tun, kann der Bundesrat festlegen, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind. Die Planung von Transplantationen und anderen Leistungen erfolgt dementsprechend kantonsübergreifend im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM).¹⁰

Der Bundesrat hat zudem die Aufgabe, nach Anhörung von Leistungserbringern und Versicherern auf der Basis von Qualität und Wirtschaftlichkeit einheitliche Planungskriterien zu erlassen.

2.1.2. Einheitliche Planungskriterien nach Art. 58a ff. KVV

Diese Planungskriterien finden sich im 11. Abschnitt (Art. 58a ff.) der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)¹¹. Die Planung für eine bedarfsgerechte Versorgung umfasst hiernach die Sicherstellung der stationären Behandlung für die Einwohnerinnen und Einwohner des jeweiligen Kantons, vgl. Art. 58a KVV.

Die Versorgungsplanung richtet sich grundlegend nach Art. 58b KVV. Zur Ermittlung des zu sichernden Angebots ermitteln die Kantone hiernach den Versorgungsbedarf auf Basis statistisch ausgewiesener Daten und Vergleiche, wobei für die Prognose in der Verordnung nicht näher genannte „relevante“ Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind. Hiervon ist das Angebot abzuziehen, das in Einrichtungen beansprucht wird, die nicht auf der Spitalliste nach Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG aufgeführt sind. Ziel ist es, das Angebot durch die Aufführung von inner- und außerkantonalen Einrichtungen auf der Spitalliste zu erhalten. Zu berücksichtigen sind dabei neben dem Versorgungsbedarf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, der zeitnahe Zugang von Patientinnen und Patienten zur Behandlung sowie die Bereitschaft und Fähigkeit der Einrichtungen zur Erfüllung des Leistungsauftrags.

Nach Art. 58c KVV erfolgt die Planung für die Versorgung der versicherten Personen in Spitälern zur Behandlung von akutsomatischen Krankheiten sowie in Geburtshäusern leistungsorientiert. Leistungsorientiert oder kapazitätsbezogen erfolgt die Planung für die Versorgung der Versicherten in Spitälern zur rehabilitativen und zur psychiatrischen Behandlung, während sie für die Versorgung in Pflegeheimen kapazitätsbezogen erfolgt.

10 Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren, Spitalliste für die hochspezialisierte Medizin, abrufbar unter <https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/spitalliste>.

11 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 (Stand am 1. Juli 2022), 832.102, abrufbar unter https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/3867_3867_3867/de.

Die Beurteilung von Wirtschaftlichkeit und Qualität richtet sich nach Art. 58d KVV. Im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit sind dabei die schweregradbereinigten Kosten zu vergleichen. Zur Überprüfung der Qualität ist zu kontrollieren, ob die Einrichtung über das erforderliche qualifizierte Personal, ein geeignetes Qualitätsmanagement sowie die Ausstattung verfügt, die nötig ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen. Sie muss zudem über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem verfügen und sich – sofern vorhanden – einem gesamtschweizerisch einheitlichem Netzwerk zur Meldung unerwünschter Ereignisse angeschlossen haben. Schließlich muss sie über die Ausstattung zur Gewährleistung der Medikationssicherheit, insbesondere durch die elektronische Erfassung der verordneten und abgegebenen Medikamente verfügen. Insbesondere soll für die Beurteilung der Spitäler auch auf die Nutzung von Synergieeffekten, auf Mindestfallzahlen und auf das Potenzial der Konzentration von Leistungen geachtet werden, um die Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität zu stärken.

Die Koordination der Kantone untereinander im Hinblick auf die auszutauschenden Daten und die Frage, welche Kantone sich miteinander koordinieren müssen, ist in Art. 58e KVV geregelt. Dies betrifft hauptsächlich Fälle, in denen Behandlungen von Versicherten aus einem Kanton in Einrichtungen eines anderen Kantons wahrgenommen werden oder Einrichtungen auf der Spitalliste eines anderen Kantons aufgeführt sind.

Die gesamtschweizerisch einheitlichen Anforderungen betreffend Spitallisten und Leistungsaufträge finden sich schließlich in Art. 58f. KVV. So sind auf den Listen die inner- und außerkantonale Einrichtungen aufzuführen, die notwendig sind, um das nach Art. 58b KVV ermittelte Angebot sicherzustellen. Jeder dieser Einrichtungen ist entsprechend Art. 39 Abs. 1 lit. e KVG ein Leistungsauftrag zuzuweisen, der sich bei mehreren Standorten der Einrichtung auf einen konkreten Standort bezieht. Ebenfalls in der Liste werden die dem Leistungsauftrag entsprechenden Leistungsgruppen festgehalten. Zudem bestimmen die Kantone Auflagen, die diese Leistungsaufträge für die Spitäler enthalten müssen. So können für akutsomatische Spitäler folgende Auflagen vorgesehen werden:

- Verfügbarkeit eines Grundangebots in den Fachgebieten Innere Medizin und Chemie,
- Verfügbarkeit und Qualifikation der Fachärzte und Fachärztinnen,
- Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Notfallstation,
- Verfügbarkeit und Anforderungsstufe der Intensiv- oder Überwachungsstation,
- Verknüpfte Leistungsgruppen innerhalb des Spitals oder in Kooperation mit anderen Spitälern,
- Mindestfallzahlen.

Zudem kann die Festlegung eines Globalbudgets nach Art. 51 KVG oder von maximalen Leistungsmengen auferlegt werden, solange dies weder strukturerhaltend ist noch Wettbewerb verhindert. Die Leistungsaufträge sollen zudem als Auflage das Verbot ökonomischer Anreizsysteme enthalten, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung führen.

2.2. Zürcher Leistungsgruppensystematik

Im Jahr 2007 erfolgte eine Revision des KVG. Ein zentraler Aspekt war die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung. Seit 2012 müssen alle auf der Spitalliste geführten somatischen Akutspitäler mit leistungsbezogenen Fallpauschalen nach dem bundesweit einheitlichen DRG-System (Fallpauschalen, Diagnosis Related

Groups) entschädigt werden, welches unterschiedliche Basiswerte je nach Kanton und Krankenhausart beinhaltet. Als Folge dieser Revision waren auch die kantonalen Spitallisten und Spitalplanungen zu überarbeiten, da die Spitalplanung nunmehr leistungsorientiert erfolgen sollte und nicht mehr anhand der Bettenkapazität und von Versorgungsstufen.¹²

Bereits im Jahr 2011 wurde im Kanton Zürich eine Gruppierung von Leistungen vorgenommen, da aus der Sicht der dortigen Gesundheitsdirektion die zuvor gebräuchlichen Klassifizierungssysteme zu detailliert und zu unübersichtlich gewesen seien.¹³ Ziel war es, dass die Leistungsgruppen medizinisch sinnvolle Einheiten bilden, mit einer zweckmäßigen Spitalorganisation kompatibel, klar und eindeutig definiert sein und Leistungen unterschiedlicher Komplexität zusammenfassen sollten.¹⁴ Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich entwickelte daher gemeinsam mit mehr als 100 Fachärzten aus etwa 20 Zürcher Spitälern¹⁵ eine qualitätsgetriebene Systematik für die Planung anhand von Spitalleistungsgruppen (SPLG). Das Ergebnis war zunächst ein Katalog von etwa 145 Leistungsgruppen, von denen rund 20 Leistungsgruppen der Grundversorgung in einer Leistungsgruppe „Basispaket“ vereint wurden. Diese sogenannte Zürcher Leistungsgruppensystematik wurde durch die Gesundheitsdirektorenkonferenz der Kantone geprüft und für die Anwendung empfohlen.¹⁶ Sie wurde in der Folge von einer Vielzahl von Kantonen übernommen.¹⁷

Die Zuteilung von Leistungen zu den SPLG erfolgt durch die Zusammenfassung von DRGs bzw. von Codes nach der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) und dem internationalen Diagnoseverzeichnis (ICD) in medizinisch und ökonomisch sinnvolle Leistungsgruppen, die von einer Grundversorgung über eine erweiterte Grundversorgung hin zur spezialisierten Versorgung hierarchisch aufgebaut sind.

12 Vgl. hierzu Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, September 2011, S. 12, abrufbar unter https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitalplanung_2013/2011-spl2012-strukturbericht.pdf.

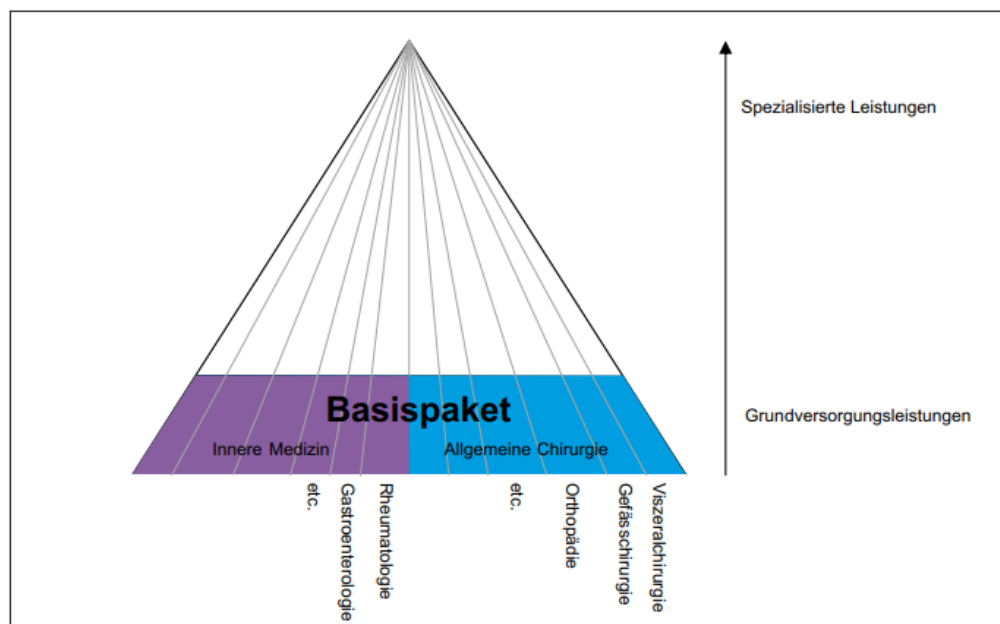
13 Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, September 2011, S. 23, abrufbar unter [https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheitsversorgung/spitalplanung_2013/2011-spl2012-strukturbericht.pdf](https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitalplanung_2013/2011-spl2012-strukturbericht.pdf).

14 Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, September 2011, S. 23 f., abrufbar unter [https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheitsversorgung/spitalplanung_2013/2011-spl2012-strukturbericht.pdf](https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitalplanung_2013/2011-spl2012-strukturbericht.pdf).

15 Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, September 2011, S. 24, abrufbar unter https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheitsversorgung/spitalplanung_2013/2011-spl2012-strukturbericht.pdf.

16 Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, September 2011, S. 30, abrufbar unter https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheitsversorgung/spitalplanung_2013/2011-spl2012-strukturbericht.pdf.

17 So etwa ab 2021 mit Anpassungen an die lokalen Besonderheiten für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Land, vgl. Steiner, Michael, Versorgungsplanung am Beispiel der Spitalisten der beiden Basel, Krankenhaus-Report 2021, S. 203 ff. abrufbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_12.



Bildquelle: Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion, Basispaket als Grundlage für Leistungsaufträge, Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, September 2011, abrufbar unter https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitalplanung_2013/2011-spl2012-strukturbericht.pdf.

Die Zürcher Leistungsgruppensystematik teilt die einzelnen akutsomatischen Behandlungen zudem in sieben Hauptbereiche (Grundversorgung, Nervensystem & Sinnesorgane, Innere Organe, Bewegungsapparat, Gynäkologie & Geburtshilfe, Übrige, Querschnittsbereiche) und auf einer nachgeordneten Ebene in 31 Leistungsbereiche (darunter zwei Basispakete und sechs Querschnittsbereiche) ein, wodurch das gesamte akutsomatische Behandlungsspektrum systematisch beschrieben wird.¹⁸ Dabei handelt es sich nicht um mengenmäßige, sondern um rein fachliche Zuweisungen mit explizit definierten Qualitätskriterien für Basisleistungen und spezialisierte Leistungen.¹⁹ Sie sollen eine medizinisch oder ökonomisch unzweckmäßige Fragmentierung von Leistungen verhindern, die zeitgerecht zugängliche Notfallversorgung sicherstellen sowie seltene und komplexe Leistungen koordinieren und konzentrieren, die eine aufwendige Infrastruktur

18 Steiner, Michael, Versorgungsplanung am Beispiel der Spitalisten der beiden Basel, Krankenhaus-Report 2021, S. 203 ff. abrufbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_12.

19 RWI – Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 6. Dezember 2017, S. 44 ff., abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf.

oder spezialisierte Kenntnisse oder Fähigkeiten voraussetzen.²⁰ Es soll gewährleistet werden, dass jedes Spital nur Leistungsaufträge erhält, welche das Spital wirtschaftlich und mit der erforderlichen Qualität bewältigen kann.²¹

Das oben genannte „Basispaket“ (BP) ist für alle Krankenhäuser obligatorisch, die eine Notfallversorgung anbieten. Es ist Voraussetzung für alle Leistungsgruppen mit einem hohen Notfallanteil, da Patienten mit unklaren Beschwerden eine breite Basisversorgung benötigen. Dazu gehören neben einer Notfallstation auch Abteilungen für Chirurgie sowie für Innere Medizin.²² Darauf aufbauend können Krankenhäuser für bestimmte Leistungsgruppen die Zulassung für spezialisierte Versorgungen beantragen. Spezialkliniken ohne Notfallstation, die sich auf wenige ausgewählte Leistungsbereiche konzentrieren, sichern die Grundversorgung in ausgewählten Leistungsbereichen mit dem „Basispaket elektiv“ (BPE). Dies beinhaltet die Basisversorgungsleistungen aus den elektiven Leistungsbereichen, in denen das Spital über einen Leistungsauftrag verfügt. Hat das Spital etwa einen Leistungsauftrag im Bereich Urologie, umfasst das BPE alle urologischen Basisleistungen.²³

Für alle Leistungsgruppen gelten leistungsspezifische Anforderungen. Diese betreffen beispielsweise die Erreichbarkeit, das Vorhandensein von Fachärzten, das Ausstattungslevel der Notfall- und Intensivstation, verknüpfte Leistungen (auch mittels Kooperation), Mindestfallzahlen und Anforderungen wie Zertifizierungen. Bildet ein Spital eine Leistungsgruppe ab, muss es diese Anforderungen erfüllen. Darüber hinaus wird nach medizinischen Kriterien für jede Leistungsgruppe die Verknüpfung zu anderen Leistungsgruppen definiert.²⁴

-
- 20 Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG) vom 2. Mai 2011, 813.20, § 4 S. 3, abrufbar unter [http://www2.zhlex.zh.ch/app/zhlex_r.nsf/WebView/91BDA8A19DB322E2C12587B30029ADE0/\\$File/813.20_2.5.11_115.pdf](http://www2.zhlex.zh.ch/app/zhlex_r.nsf/WebView/91BDA8A19DB322E2C12587B30029ADE0/$File/813.20_2.5.11_115.pdf).
- 21 RWI – Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 6. Dezember 2017, S. 44 ff., abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf.
- 22 Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, September 2011, S. 26, abrufbar unter https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitalplanung_2013/2011-spl2012-strukturbericht.pdf.
- 23 Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Zürcher Spitalplanung 2012, Strukturbericht, September 2011, S. 27, abrufbar unter https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitalplanung_2013/2011-spl2012-strukturbericht.pdf.
- 24 Steiner, Michael, Versorgungsplanung am Beispiel der Spitalisten der beiden Basel, Krankenhaus-Report 2021, S. 203 ff. abrufbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_12.

3. Übertragbarkeit des Schweizer bzw. Zürcher Modells auf Deutschland

In der Diskussion um eine Reform der Krankenhausplanung in Deutschland wird ein Übergang vom gegenwärtigen kapazitätsorientierten Versorgungsstufenmodell hin zu einem leistungs- und bedarfsorientierten Modell grundsätzlich als wünschenswert angesehen.²⁵

3.1. Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen

Im September 2019 wurde ein fast 900-seitiges Gutachten zur Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen veröffentlicht, das von der dortigen Landesregierung in Auftrag gegeben worden war.²⁶ Das Gutachten kam zu dem Ergebnis, dass es in Nordrhein-Westfalen zwar mit wenigen Ausnahmen eine nahezu flächendeckende Versorgung mit stationären Angeboten gebe. Diese orientiere sich aber zu wenig an den tatsächlichen Bedarfen und der Behandlungsqualität. Zudem seien für einzelne Regionen und Fachdisziplinen Anzeichen einer bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgung identifiziert worden. Die „Plangröße Bett“, die noch im Krankenhausplan NRW aus dem Jahr 2015 zu Grunde gelegt worden sei, bilde das Versorgungsgeschehen nicht zuverlässig ab. Das Gutachten empfiehlt trotz „*hoher Rüstkosten bei Einführung*“ einen leistungsorientierten Planungsansatz, um die notwendige Transparenz über die Versorgungssituation und Prognose des zukünftigen Bedarfs zu schaffen. Darüber hinaus seien Struktur- und Qualitätsvorgaben nur auf Grundlage von klar definierten Leistungsgruppen sinnvoll machbar. Eine medizinisch-hierarchische Leistungsgruppensystematik stelle die Grundlage einer in der Praxis anwendbaren leistungs-, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung dar.²⁷ Am umfanglichsten werde ein leistungsorientierter Ansatz in der Schweiz bzw. im Kanton Zürich verfolgt. Das Gutachten erläutert basierend auf dem Zürcher Modell eine beispielhaft entwickelte adaptierte Leistungsgruppensystematik (LG) als Grundlage für Versorgungsanalysen.

25 So auch im Ergebnis auch IGES-Institut, Qualitätsverbesserung durch Leistungskonzentration in der stationären Versorgung Bestandsaufnahme, Erfolgsfaktoren und Hemmnisse, Ergebnisbericht für den Verband der Ersatzkassen e.V., April 2021, abrufbar unter https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e26312/e26634/e26635/e26637/attr_obj26658/IGES_Gutachten_Qualitaetsverbesserung_stationaere_Versorgung_2021_ger.pdf.

26 PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH, Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, August 2019, abrufbar über https://brochuerservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen/1#image-0, Kurzfassung des Gutachtens und weitere Informationen abrufbar über Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Gutachten empfiehlt grundlegende Reform der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen, 12. September 2019 <https://www.mags.nrw/pressemitteilung/gutachten-empfehl-grundlegende-reform-der-krankenhausplanung-nordrhein-westfalen>.

27 PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH, Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen, August 2019, insbesondere Kapitel 6, 12, 13, 14, abrufbar über https://brochuerservice.mags.nrw/mags/shop/Gutachten_Krankenhauslandschaft_Nordrhein-Westfalen/1#image-0.

In Folge des Gutachtens wurde am 27. April 2022 ein neuer Krankenhausplan für Nordrhein-Westfalen veröffentlicht, der mit Wirkung zum 1. September 2022 eingeführt wird.²⁸ Der rechtliche Rahmen hierfür wurde mit der Novellierung des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG NRW) zum 18. März 2021 gestellt.²⁹ Der aktuelle, im Jahr 2022 veröffentlichte nordrhein-westfälische Krankenhausplan sieht eine differenzierte Planungssystematik nach medizinischen Leistungsbereichen und Leistungsgruppen vor, wobei letztere medizinische Leistungen oder Leistungscluster abbilden.³⁰ Das Land Nordrhein-Westfalen will die Krankenhausplanung in Zukunft also nicht mehr allein anhand der Bettenanzahl vornehmen, sondern die Versorgungskapazität mithilfe anderer quantitativer und qualitativer Parameter bestimmen, vgl. § 12 Absatz 3 KHGG NRW.

Das nordrhein-westfälische Modell sieht eine Ermittlung des stationären Bedarfs anhand der jährlichen Fallzahl je medizinischer Leistung vor. Statt wie bislang Fachabteilungen (FAB) sollen nun Leistungsbereiche mit untergeordneten Leistungsgruppen ausgewiesen werden, die detailliert medizinische Fachgebiete und spezifische medizinische Leistungen abbilden. Jeder dieser Leistungsgruppen werden darüber hinaus konkrete Qualitätsvorgaben zugeordnet. Planvorgaben für einzelne Krankenhäuser enthält der neue Krankenhausplan noch nicht. Zunächst erhalten die Krankenhäuser Anfang September 2022 umfangreiche Informationen über die regionalen Planungsverfahren. Danach sollen die Bezirksregierungen am 17. Oktober 2022 mit einem Erlass zu Verhandlungen über die regionalen Planungskonzepte für alle Regionen und Leistungsgruppen auffordern. Am 17. November 2022 sollen die Verhandlungen über die regionalen Planungskonzepte starten.³¹

-
- 28 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 – Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen, April 2022, abrufbar unter https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/krankenhausplan_nrw_2022.pdf.
- 29 Drittes Gesetz zur Änderung des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalens, GV. NRW 2021 Nr. 22 vom 17. März 2021, S. 272 ff.
- 30 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 – Die Strukturen müssen für die Menschen da sein, nicht die Menschen für die Strukturen, April 2022, S. 61, abrufbar unter https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/krankenhausplan_nrw_2022.pdf.
- 31 Weitere Informationen zum Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen und dessen Umsetzung bei Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Aktueller Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen, abrufbar unter <https://www.mags.nrw/aktueller-krankenhausplan-nordrhein-westfalen>.

3.2. Krankenhausreport 2020

Mit dem Gutachten und seinen Ergebnissen setzt sich auch ein Beitrag im Krankenhaus-Report 2020 auseinander.³² Damit die Ziele der Krankenhausplanung erreicht werden könnten, sollte die medizinische Planungsgrundlage, das heißt die Abgrenzung und Definition der geplanten medizinischen Bereiche, ausreichend detailliert und skalierbar sein. Andererseits müsse beachtet werden, dass die Anzahl der definierten medizinischen Bereiche nicht zu groß werde, um den Analyse- und Planungsaufwand überschaubar zu halten.³³

Generell bestünden zwei Möglichkeiten zur Abgrenzung und Definition von medizinischen Bereichen: auf Grundlage von Fachgebieten und Teilgebieten in Anlehnung an die ärztliche Weiterbildungsordnung oder nach Leistungsbereichen (LB) und Leistungsgruppen (LG), die auf Basis medizinisch zusammenhängender Leistungen gebildet würden. Bisher nutze die Krankenhausplanung zumeist allgemein gehaltene Fachgebiete wie beispielsweise Chirurgie oder Innere Medizin. Teilweise würden jedoch auch etwas klarer abgegrenzte Fachgebiete herangezogen, etwa Urologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Nuklearmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin, wobei die konkreten Bezeichnungen und Abgrenzungen der Fachgebiete je Bundesland unterschiedlich sein könnten. Grundlage der Leistungsgruppensystematik (LG-Systematik) könne prinzipiell jedes medizinische Klassifikationssystem sowie Kombinationen davon sein, so wie etwa die Zürcher SPLG-Systematik auf den CHOP- und ICD-Codes aufbaue. Die für das Gutachten zur Krankenhauslandschaft in NRW entwickelte LG-Systematik basiere ausschließlich auf DRGs und umfasse für den Bereich Somatik lediglich 70 Leistungsgruppen, die in 25 Leistungsbereiche gruppiert seien.³⁴

3.3. Gutachten der Monopolkommission

Die Monopolkommission – ein unabhängiges Beratungsgremium, das die Bundesregierung und die gesetzgebenden Körperschaften auf den Gebieten der Wettbewerbspolitik, des Wettbewerbsrechts und der Regulierung berät – sieht in einem im Jahr 2022 veröffentlichten Gutachten³⁵ einen Vorteil des Leistungsgruppenkonzepts unter anderem darin, dass die Planung im Vergleich

32 Vogel, Justus / Letzgus, Philipp / Geissler, Alexander, Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung – hin zu Leistungs-, Bedarfs- und Qualitätsorientierung für einen höheren Patientennutzen, in; Krankenhaus-Report 2020, S. 327 ff., abrufbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_18.

33 Vogel, Justus / Letzgus, Philipp / Geissler, Alexander, Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung – hin zu Leistungs-, Bedarfs- und Qualitätsorientierung für einen höheren Patientennutzen, in; Krankenhaus-Report 2020, S. 331, abrufbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_18.

34 Eingehend zur Frage, welche Grundlage ein LG-System in Deutschland haben sollte vgl. Vogel, Justus / Letzgus, Philipp / Geissler, Alexander, Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung – hin zu Leistungs-, Bedarfs- und Qualitätsorientierung für einen höheren Patientennutzen, in; Krankenhaus-Report 2020, S. 331, abrufbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_18.

35 Monopolkommission, Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren, Sondergutachten 83, Gutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB, 2022, insbesondere S. 162 ff., abrufbar unter https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/SG83_volltext.pdf.

zu einem versorgungsstufen- bzw. bettenbezogenen Planungsansatz präziser und mit einer größeren Detailtiefe erfolgen könne.³⁶ Die Planungsbehörden könnten so für die verschiedenen Leistungsbereiche jeweils individuelle Qualitätsvorgaben festlegen, wodurch eine umfassende Qualitätssicherung gewährleistet werden könne. Zudem bestehe bei der Anwendung des Leistungsgruppenkonzepts potentiell mehr Raum für den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern, da auch (gemessen an den vorgehaltenen Betten bzw. verschiedenen Fachabteilungen) kleine Krankenhäuser mit größeren Häusern konkurrieren könnten und der Wettbewerb nicht nur innerhalb einer Versorgungsstufe stattfinde.³⁷ Dies könne wirksame Anreize setzen, die Versorgungsqualität eines Krankenhauses über die behördlich festgelegten Mindestqualitätsanforderungen hinaus zu steigern. Einen Kritikpunkt stelle es aber dar, dass die Krankenhausplanung für die Planungsbehörden bedeutend komplexer und der Entwicklungsaufwand immens sei.³⁸

3.4. Analyse von Behandlungsdaten in Sachsen-Anhalt

Die Krankenhauslandschaft Sachsen-Anhalts wurde bezüglich der leistungsspezifischen Anforderungen für die SPLG analysiert. Als Quellen wurden hierzu die veröffentlichten Qualitätsberichte des Jahres 2013 gemäß § 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 4 SGB V sowie der Krankenhausplan und weitere öffentlich zugängliche Quellen ausgewertet. Dabei habe man sich zunächst auf die Leistungsgruppen des Leistungsbereichs Herz und die Leistungsgruppe Herztransplantation beschränkt, um die Methodik zu entwickeln und zu validieren. Die gewählten Behandlungen deckten das gesamte Altersspektrum der Versicherten ab und bilden eine Mischung aus operativen, interventionellen und konservativen Behandlungen sowie elektiver und notfallmäßiger Versorgung. Zudem seien sie von anderen Behandlungsgründen gut abgrenzbar.

Anhand von Abrechnungsdaten von insgesamt 41.285 stationären Behandlungsfällen wurde überprüft, inwieweit die Patienten in Krankenhäusern behandelt wurden, die die Vorgaben hinsichtlich der in der Schweiz entwickelten Leistungsgruppen einhalten würden. 90 Prozent der Leistungen wurden in Sachsen-Anhalt erbracht und 46,2 Prozent der Fälle konnten einer SPLG zugeordnet werden.

Während 34 Prozent der herzchirurgischen Leistungen in Häusern der Basis- und Schwerpunktversorgung stattfänden, sei der Erfüllungsgrad der Kriterien für herzchirurgische SPLG mit 23 bzw. 42 Prozent gering gewesen. Höher sei er in Häusern der Spezialversorgung (67 Prozent) und

36 Monopolkommission, Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren, Sondergutachten 83, Gutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB, 2022, S. 167-170, zum aktuell angewendeten Versorgungsstufenkonzept S. 163 ff., abrufbar unter: https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/SG83_volltext.pdf.

37 Monopolkommission, Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren, Sondergutachten 83, Gutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB, 2022, S. 167-170, abrufbar unter: https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/SG83_volltext.pdf.

38 Monopolkommission, Krankenhausversorgung nach Corona: Wettbewerb, Planung und Finanzierung neu organisieren, Sondergutachten 83, Gutachten der Monopolkommission gemäß § 44 Abs. 1 Satz 4 GWB, 2022, S. 167-170, abrufbar unter: https://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/SG83_volltext.pdf.

den Universitätsklinika (95 Prozent) gewesen, in denen zwei Drittel derartiger Behandlungen stattfänden. Für kardiologische SPLG sei der Erfüllungsgrad jeweils höher gewesen, von 68 Prozent in Häusern der Spezialversorgung bis 94 Prozent der Universitätsklinika.

Im Ergebnis werde der überwiegende Anteil der Leistungen bereits in Krankenhäusern erbracht, welche die Anforderungen der SPLG erfüllten. Jedoch gebe es auch einen nicht zu vernachlässigenden Anteil an Patienten, die in Häusern behandelt wurden, die diese Anforderungen nicht erfüllten.³⁹ Grundsätzlich erscheine das Schweizer System übertragbar, es seien allerdings Anpassungen an den deutschen Kontext erforderlich. So wäre beispielsweise zu klären, welchen Umfang das „Basispaket“ aufweisen müsste, also welche Leistungen in allen Krankenhäusern angeboten werden dürften und müssten. Auch die Einbeziehung spezifischer Leistungen in verschiedene Leistungsgruppen müsste geregelt werden. Hinsichtlich der Qualitätsanforderungen müssten die Leistungsgruppen darüber hinaus wohl auch an den deutschen Kontext angepasst werden.⁴⁰

* * *

39 Brand, Tonia / Hopp, Markus et al., Krankenhausplanung: Hat die Schweiz das bessere Konzept? in: Das Krankenhaus 2019, S. 120-123.

40 Brand, Tonia / Hopp, Markus et al., Krankenhausplanung: Hat die Schweiz das bessere Konzept? in: Das Krankenhaus 2019, S. 120-123.