



**RECHNUNGSHOF
RHEINLAND-PFALZ**

Auszug aus dem Jahresbericht 2018

Nr. 17 Landeskrankenhausplan 2010 - Neuausrichtung der Krankenhausplanung erforderlich -

Impressum:

Rechnungshof Rheinland-Pfalz
Gerhart-Hauptmann-Straße 4
67346 Speyer

Telefon: 06232 617-0
Telefax: 06232 617-100
E-Mail: Poststelle@rechnungshof.rlp.de
Internet: <https://rechnungshof.rlp.de>

**Nr. 17 Landeskrankenhausplan 2010
- Neuausrichtung der Krankenhausplanung erforderlich -**

Die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz wiesen 2015 bundesweit mit 71,3 % die geringste Bettenauslastung aus.

Die Aufstellung des Landeskrankenhausplans 2010 wurde durch nicht am Bedarf orientierte Vorgaben beeinflusst. Dies trug zu einem rechnerischen Überhang von 1.800 Betten bei.

Der Bettenbedarf für den Fachbereich Intensivmedizin/Anästhesiologie und der tagesklinische Platzbedarf wurden ohne erforderliche Bedarfsanalysen festgelegt.

Das für Gesundheit zuständige Ministerium nutzte die ihm regelmäßig übermittelten Leistungsdaten der Krankenhäuser nicht, um den Landeskrankenhausplan fortzuschreiben und die Planbettenbescheide zu aktualisieren.

Der Bedarf für die geplante Aufnahme des Bundeswehrzentralkrankenhauses mit 260 Betten in den Landeskrankenhausplan war nicht nachgewiesen.

Die nachträgliche Förderung der Schließung eines Krankenhausstandortes war durch die gesetzlichen Vorgaben nicht gedeckt. Dadurch wurden Mittel von 1,5 Mio. € gebunden.

Möglichkeiten zur Neuausrichtung der anstehenden Landeskrankenhausplanung sollten geprüft werden. Dies betrifft den Abbau von Doppelstrukturen, die Festlegung höherer Soll-Auslastungsgrade sowie von Zumutbarkeitsgrenzen für die Erreichbarkeit von Krankenhausleistungen und die Berücksichtigung weiterer Qualitätsindikatoren sowie von erlösbestimmenden Parametern und von Wirtschaftlichkeitskennwerten. Eine gebietsbezogene Kapazitätsausweisung in Form einer Rahmenplanung als Alternative zum bisherigen Planungsansatz war bisher nicht in Betracht gezogen worden.

1 Allgemeines

Das für Gesundheit zuständige Ministerium hat in mehrjährigen Zeitabständen einen Landeskrankenhausplan zu erstellen. Er dient u. a. dem Ziel, eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen sowie wirtschaftlich und eigenverantwortlich handelnden Krankenhäusern sicherzustellen¹.

Der zuletzt aufgestellte Landeskrankenhausplan 2010² umfasst einen Planungshorizont bis 2016.

¹ §§ 1, 6 und 7 Landeskrankenhausgesetz (LKG) vom 28. November 1986 (GVBl. S. 342), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2014 (GVBl. S. 302), BS 2126-3, und § 1 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581).

² Anlage zum Staatsanzeiger Nr. 47 vom 20. Dezember 2010.

Der Rechnungshof hat das Verfahren zur Aufstellung des Landeskrankenhausplans 2010 sowie die Eignung verschiedener Planungsvorgaben geprüft und hieraus Empfehlungen für die künftige Planung abgeleitet.

2 Wesentliche Prüfungsergebnisse

2.1 Angebots- und Versorgungssituation

Die Angebots- und Versorgungssituation der Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz änderte sich in den letzten 25 Jahren, wie die folgenden Kennziffern verdeutlichen:

Kennziffern ³	1991	2015
durchschnittliche Verweildauer ⁴	11,7 Tage	6,7 Tage
Belegungstage	8.083.338	6.021.292
Bettenauslastung	83,4 %	71,3 %
Zahl der Betten	26.563	23.140

In dem vorgenannten Zeitraum gingen die Belegungstage um mehr als 25 % zurück. Eine entsprechende Reduzierung der Betten hätte 2015 zu einem Bestand von weniger als 19.800 Betten führen müssen. Deren Zahl verringerte sich allerdings nur um 12,9 % auf 23.140 Betten.

Mit einer Bettenauslastung von lediglich 71,3 % im Jahre 2015 wiesen die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz die geringste Auslastung bundesweit auf⁵.

2.2 Festlegung der Bettenzahl nicht hinreichend am Bedarf orientiert

2.2.1 Verfahren zur Aufstellung des Landeskrankenhausplans 2010

Die Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (GEBERA) fertigte im Auftrag des für Gesundheit zuständigen Ministeriums ein vorbereitendes Gutachten zur Erstellung des Landeskrankenhausplans 2010. Sie erarbeitete für verschiedene Fachrichtungen in zwei Schritten einen Vorschlag für das notwendige stationäre Angebot:

- Zunächst errechnete GEBERA - aufbauend auf den Leistungsdaten 2008 - nach der Hill-Burton-Formel⁶ den sogenannten Basiseffekt. Danach betrug der Bedarf 18.777 Betten.
- Anschließend ermittelte GEBERA den Bettenbedarf für 2016. Hierbei prognostizierte sie Fallzahlen und Verweildauern in Abhängigkeit relevanter Parameter wie beispielsweise die demografische Entwicklung. Auf diese Weise errechnete die Gesellschaft einen Sollwert von 18.556 Betten.

Die Ergebnisse wurden jedoch nicht unmittelbar in die Planung übernommen. Vielmehr setzte das Fachressort eine Projektgruppe ein, die zwar das GEBERA-Gutachten in ihre Arbeiten einbezog, allerdings für die Ermittlung des Bettenbedarfs folgende Planungsvorgaben erhielt:

³ Quelle: Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz: Krankenhäuser, Rehabilitations- und Versorgungseinrichtungen 2015, Bad Ems 2016.

⁴ Zeit, die ein Patient in einem Krankenhaus stationär behandelt wird.

⁵ Statistisches Bundesamt (Hg.): Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2016.

⁶ Die Hill-Burton-Formel ist nach dem Hospital Survey and Construction Act (Hill-Burton Act) benannt, der 1946 U. S. Bundesgesetz wurde (Title VI of the Health Service Act. Pub. L. No. 79-725, 60 Stat. 1040 (1946); codified, as amended, at U. S. C. §§ 291-2910, 1976). Fürsprecher des Gesetzes waren die Senatoren Harold Burton und Lister Hill. Die Formel lautet wie folgt: Bettenbedarf = (Einwohnerzahl x Krankenhaushäufigkeit x Verweildauer x 100) : (1.000 x Bettennutzungsgrad x 365 Tage).

- Keine Schließung von Institutionen/Krankenhäusern,
- Bettenabbau nur im Bereich der nicht genutzten Betten bzw. der Betten, die sich bereits bei den Krankenhausplanungen 2003/2007 als Überhang ergeben hatten,
- Bettenabbau nicht nach Empfehlung des Gutachtens, sondern unter Berücksichtigung der notwendigen Flächenversorgung in Rheinland-Pfalz.

Die ergebnisorientierten Vorgaben führten dazu, dass die Erstellung des Landeskrankenhausplans 2010 nicht mehr ausschließlich an den Parametern der Bedarfsgerechtigkeit, der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit ausgerichtet war. Vielmehr wurden Empfehlungen für jedes Krankenhaus einzeln erarbeitet. Im Ergebnis wurde für 2016 von einem Bedarf von 19.515 Betten ausgegangen.

Diese Einschätzungen bildeten die Grundlage für Gespräche mit den Krankenhausträgern über den Bedarf an akutstationären Versorgungskapazitäten für jeden einzelnen Krankenhausstandort. Danach wurden die Bettenzahl weiter erhöht und im Landeskrankenhausplan 2010 ein Betten-Soll 2016 von 20.491 Betten aufgenommen. Damit wurde der von GEBERA prognostizierte rechnerische Wert um 1.935 Betten überschritten.

Das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie hat erklärt, die Landeskrankenhausplanung sei eine bedarfsbezogene Kapazitätenplanung. Dem Bedarf und seiner erwartbaren Entwicklung würden stationäre Behandlungskapazitäten gegenübergestellt.

Der Rechnungshof merkt hierzu an, dass sich das Ministerium zu den Gründen, weshalb den Empfehlungen von GEBERA nicht gefolgt und von deren rechnerischem Prognosewert abgewichen wurde, nicht näher geäußert hat. Im Übrigen lagen den Planungsvorgaben des Fachressorts keine nachvollziehbaren Bedarfsanalysen zugrunde. Vielmehr wurden bestehende Strukturen fortgeschrieben.

2.2.2 Soll-Ist-Vergleich

Der Rechnungshof hat den Zielwert des Landeskrankenhausplans für 2016 mit dem Bettenbestand Ende 2016 auf der Basis der gültigen Planbettenbescheide⁷ verglichen und darüber hinaus entsprechend dem Vorgehen von GEBERA den Basiseffekt für 2015 errechnet⁸. Danach stehen sich folgende Bettenzahlen gegenüber:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| - Landeskrankenhausplan: | 20.491 (Betten-Soll), |
| - Planbettenbescheide: | 20.803 (Betten-Ist), |
| - Basiseffekt: | 19.003 (rechnerischer Bettenbedarf). |

Somit überstieg der Bettenbestand den Planwert um 312 Betten und den rechnerischen Bettenbedarf sogar um 1.800 Betten. Insoweit besteht in Rheinland-Pfalz ein signifikanter Bettenüberhang.

Das Ministerium hat erklärt, das vorhandene Angebot an Betten sei kein wesentlicher Erlös- und Kostenfaktor. Die vom Rechnungshof ermittelten Überkapazitäten stellten für die zu versorgende Bevölkerung zunächst ein Reservepotenzial dar. Diese Reserven ermöglichten in Zeiten von Belegungsspitzen die wohnortnahe Krankenhausaufnahme. Sie ließen dem Krankenhaus auch Reserven für notwendige Isolierungen und kämen den Besonderheiten einer Belegarztztätigkeit entgegen. Anders

⁷ Der Planbettenbescheid beschreibt den Versorgungsauftrag, mit dem ein Krankenhaus in den Landeskrankenhausplan aufgenommen ist. Er gibt die Aufgabenstellung der einzelnen Krankenhäuser, die Art und die Zahl der Fachabteilungen, die Versorgungsschwerpunkte und die Krankenhausbetten (Planbetten) sowie ihre Aufteilung auf die einzelnen Fachrichtungen an.

⁸ Die Angaben für 2016 lagen zum Abschluss der örtlichen Erhebungen noch nicht vor. Da sich die bestimmenden Größen zur Berechnung des Basiseffekts kaum verändern, war ein Vergleich über die Jahre trotzdem möglich.

verhalte es sich, sobald für ein Krankenhaus oder eine Abteilung eine Entscheidung zur Änderung der Planbettenzahl oder zur Investitionsförderung anstehe. Dies löse stets eine Betrachtung des Einzelfalls unter Berücksichtigung des zurückliegenden, aktuellen und ggf. prospektierten Bettennutzungsgrads aus.

Hierzu wird bemerkt, dass auch ein Bettenleerstand mit fixen Personal- und Sachkosten verbunden ist. Unabhängig hiervon sind in den Berechnungen des Rechnungshofs gemäß der Hill-Burton-Methodik ausreichende Reserven beispielsweise zum Ausgleich saisonaler Schwankungen berücksichtigt. Außerdem darf ein Krankenhausplan kein niedrigeres, aber auch kein höheres Angebot an Krankenhauskapazitäten aufweisen, als es seinen Analysen und Prognosen entspricht⁹. In die vom Ministerium angesprochenen Einzelfallentscheidungen wurde der Versorgungsbedarf in der Region nicht einbezogen. Entscheidungen zur Änderung der Planbettenzahl führten fast ausschließlich zu einer Erhöhung der Bettenzahl. Im Rahmen der Investitionsförderung wurden sogar mehr Planbetten gefördert, als im Landeskrankenhausplan vorgesehen waren¹⁰.

2.2.3 Intensivmedizin/Anästhesiologie und tagesklinischer Platzbedarf

Für einzelne Fachgebiete, die von der Gutachtenerstellung von GEBERA ausgeschlossen waren, legte das Fachressort im Landeskrankenhausplan für den Planungshorizont 2016 den Bettenbedarf fest. Es bestimmte einen Bettenbedarf für das Fachgebiet Intensivmedizin/Anästhesiologie von 760 Betten. Den tagesklinischen Platzbedarf gab es mit 1.215 Betten an. Beide Zielgrößen sind nicht auf eine erforderliche Bedarfsanalyse¹¹ gestützt.

Das Ministerium hat mitgeteilt, im Krankenhausplan seien für die Fachrichtung Intensivmedizin/Anästhesiologie das Betten-Ist und die Prognose über die künftige Entwicklung schlüssig dargelegt worden. Im damaligen Planungshorizont sei ein Orientierungswert in wesentlicher Abhängigkeit von den operativen und internistischen Fachabteilungen einzuschätzen gewesen. Zu der damaligen Zeit sei hierbei allgemein eine pauschale Größenordnung von 5 % der Gesamtbetten des Krankenhauses üblich gewesen.

Die Tageskliniken hätten keine signifikanten Größenordnungen dargestellt. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Landeskrankenhausplans hätten lediglich 48 Tageskliniken 465 vollstationären Fachrichtungen und 934 tagesklinische Plätze 24.701 vollstationären Betten gegenüberstanden.

Im anstehenden Planungszeitraum werde die Fachrichtung Intensivmedizin/Anästhesiologie anders als bisher von den Versorgungsklassen der Krankenhäuser bzw. dem Inhalt der Versorgungsaufträge beeinflusst, sodass die 5 %-Regel nicht mehr durchgängig angewendet werden könne. Zudem sei die Zahl der Tageskliniken auf 62 gestiegen. Daher seien sowohl der Fachbereich Intensivmedizin/Anästhesiologie als auch der tagesklinische Platzbedarf Gegenstand der Leistungsbeschreibung für das vorbereitende Gutachten zur neuen Krankenhausplanung geworden.

Der Rechnungshof geht davon aus, dass künftigen Festlegungen des Bettenbedarfs methodisch anerkannte Bedarfsanalysen zugrunde gelegt werden.

⁹ Stollmann/Quaas/Dietz in Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, Kommentare, Nr. 6 zu § 6 KHG.

¹⁰ Vgl. Jahresbericht 2017, Nr. 13 - Prüfung der Investitionsförderung von Krankenhäusern - (Drucksache 17/2200), Stellungnahme der Landesregierung zum Jahresbericht 2017 des Rechnungshofs (Drucksache 17/3099 S. 15), Beschlussempfehlung des Haushalts- und Finanzausschusses (Drucksache 17/3800 S. 10).

¹¹ Vgl. BVerwG, Beschluss vom 31. Mai 2000, Az.: 3 B 53 / 99; Juris.

2.3 Möglichkeiten zur zeitnahen Anpassung des Bettenbedarfs nicht genutzt

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, ihre Leistungsdaten (z. B. Fallzahlen, Berechnungs- und Belegungstage, Verweildauern, Auslastungsgrade, Zahl der belegten Betten) jeweils zum 31. März für das vorangegangene Kalenderjahr an die Datenstelle des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln. Das Institut arbeitet diese Daten auf und leitet sie an das Fachressort weiter.

Bisher nutzte das Fachressort die ihm übermittelten Leistungsdaten nicht, um die Krankenhausplanung fortzuschreiben oder die Planbettenbescheide anzupassen. So datierte der älteste Planbettenbescheid vom 21. April 1995. Planbettenbescheide wurden nur auf Antrag der Krankenhausträger geändert. Dies führte meist zu einer Planbettenerhöhung. Ein Abgleich mit dem Landeskrankenhausplan unterblieb.

Das Ministerium hat erklärt, Gründe für Änderungen der Planbettenbescheide seien versorgungspolitische Erwägungen gewesen. Eine regelhafte fortlaufende Anpassung der Bescheide sei nicht zielführend und wäre in vielen Fällen nicht praktikabel.

Hierzu bemerkt der Rechnungshof, dass versorgungspolitische Erwägungen in den vorgelegten Unterlagen nicht dokumentiert sind. Im Übrigen sollten Planbettenerhöhungen nur vorgenommen werden, wenn deren Erforderlichkeit durch das Ergebnis einer Bedarfsanalyse belegt werden kann. Zudem erscheint bei einer Planung mit einem Planungshorizont von derzeit über sieben Jahren eine Bescheidenanpassung notwendig, wenn die vorliegenden Leistungsdaten auf eine dauerhafte geänderte Belegsituation der Krankenhäuser schließen lassen.

2.4 Fehlender Bedarfsnachweis für die geplante Aufnahme des Bundeswehrzentralkrankenhauses in den Landeskrankenhausplan

Der Bund beantragte, das Bundeswehrzentral Krankenhaus in Koblenz mit 260 Betten in den Landeskrankenhausplan aufzunehmen. Der Ausschuss für Krankenhausplanung¹² stimmte diesem Antrag auf Vorschlag des Ministeriums zu. Eine abschließende Entscheidung ist noch nicht getroffen.

Eine Bedarfsanalyse - bezogen auf das Versorgungsgebiet Mittelrhein-Westerwald - wurde bisher nicht durchgeführt. Daher kann nicht beurteilt werden, ob ein höherer Bettenbedarf als der bisher ausgewiesene besteht und welche Auswirkungen ggf. die Aufnahme des Krankenhauses für die Versorgungsregion hat.

Das Ministerium hat erklärt, die Frage der Aufnahme von Planbetten des Bundeswehrzentralkrankenhauses in den kommenden Landeskrankenhausplan werde anhand der im Vorfeld hierzu erfolgten Bedarfsanalyse behandelt.

2.5 Nachträgliche Förderung der Schließung eines Krankenhausstandorts durch die gesetzlichen Vorgaben nicht gedeckt

Im Jahr 2014 schloss ein Krankenhaus der Grundversorgung, das Teil eines Verbundkrankenhauses war. Für den Krankenhausträger waren hierfür ausschließlich wirtschaftliche Erwägungen ausschlaggebend.

Ein Jahr nach der Schließung stellte der Krankenhausträger einen Antrag auf Förderung der Maßnahme. Das Fachressort bewilligte eine Zuwendung von 1,5 Mio. € zur Unterstützung der Schließung des Krankenhausstandorts und dessen Umstrukturierung in ein Gesundheitszentrum. Eine erste Rate von 0,8 Mio. € wurde im Dezember 2015 ausgezahlt.

Der Rechnungshof hat darauf hingewiesen, dass nur diejenigen Krankenhäuser Fördermittel bzw. Ausgleichszahlungen erhalten dürfen, deren Schließung eine Heraus-

¹² § 9 LKG.

nahme aus dem Krankenhausplan wegen fehlenden Bedarfs vorausgeht. Die Förderung soll eine vorausschauende Maßnahme zum Abbau von Überkapazitäten und keine nachträgliche Reaktion auf jedwede Schließung eines Krankenhauses - wie z. B. aufgrund mangelnder Wirtschaftlichkeit - sein¹³.

Das Ministerium hat erklärt, nach Ankündigung des Bettenabbaus durch den Träger sei eine Steuerungsgruppe zur möglichst lückenlosen Sicherstellung der medizinischen Versorgung eingerichtet worden. Konsens sei gewesen, dass in der Region die stationäre Grundversorgung durch umliegende Krankenhäuser sichergestellt werden könne. Die Förderung sei in Rechtsanalogie zu § 18 LKG erfolgt. Das Ministerium sei bei seiner Entscheidung von einer planwidrigen Regelungslücke im Landeskrankenhausgesetz ausgegangen. Diese Lücke sei zu schließen gewesen, um unzumutbare finanzielle Härten für den Krankenhausträger bei Umstellung des Standorts auf andere Aufgaben der Gesundheitsversorgung zu vermeiden. Auch vor diesem Hintergrund bestehe die Notwendigkeit, im Rahmen der anstehenden Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes die bisherigen Vorschriften zur Förderung von Umstrukturierungen und Schließungen von Krankenhäusern, Krankenhausstandorten, Krankenhausabteilungen und ggf. Schwerpunkten weiterzuentwickeln.

Hierzu bemerkt der Rechnungshof, dass die nachträgliche Förderung der Schließung eines Krankenhausstandorts durch die gesetzlichen Vorgaben nicht gedeckt wird. Eine analoge Anwendung des § 18 LKG kommt in derartigen Fallkonstellationen nicht in Betracht, weil eine Förderung stets eine vorausgehende planerische Entscheidung erfordert.

2.6 Neuausrichtung der Landeskrankenhausplanung geboten

2.6.1 Rahmenplanung als Alternative

Im Rahmen der Krankenhausplanungen wurden zwar für jedes Krankenhaus die Fachrichtungen sowie die Bettenzahl für jede Fachrichtung festgelegt. Die Einhaltung der Festlegungen wurde allerdings nicht kontrolliert. Angaben der Krankenhäuser entsprachen oft nicht den Planbettenbescheiden:

- Planbetten wurden abweichend von den Bestimmungen im Bescheid auf Fachbereiche verteilt,
- Fachbereiche wurden mit Betten ausgestattet, die nicht im Bescheid vorgesehen waren und
- Betten wurden planerisch Fachbereichen zugeordnet, obwohl diese nach Auskunft der Krankenhausträger nicht betrieben wurden.

Angesichts der dargelegten Abweichungen und dem zeitlichen Aufwand von zwei Jahren für die detaillierte Krankenhausplanung sollte erwogen werden, künftig wie z. B. in Nordrhein-Westfalen anstelle einer krankenhausesbezogenen Einzeldarstellung gebietsbezogene Kapazitätsausweisungen in Form einer Rahmenplanung vorzusehen. Im Krankenhausplan wären dann nur noch der Standort, die Gesamtbettenanzahl, die notwendigen Fachabteilungen und die Leistungsschwerpunkte festzulegen.

Das Ministerium hat mitgeteilt, die alternative Vorgehensweise sei Bestandteil der Ausschreibung des vorbereitenden Sachverständigengutachtens zum künftigen Landeskrankenhausplan.

¹³ Oberverwaltungsgericht Lüneburg, Urteil vom 11. Februar 2015, Az.: 13 LC 107/14. Vgl. auch § 9 Abs. 2 Nrn. 5 und 6 KHG sowie § 18 LKG.

2.6.2 Doppelstrukturen

In Koblenz, Landau, Mainz und Trier sowie im jeweiligen Umkreis von 25 km besteht eine hohe Krankenhausdichte. Allein in Koblenz und Umgebung befinden sich 16 Krankenhäuser an insgesamt 18 Standorten. Davon haben neun Krankenhäuser die Fachgebiete Gynäkologie/Geburtshilfe mit insgesamt 297 Betten eingerichtet. Deren Auslastung lag 2016 bei weniger als 46 %. Bei Erreichen der Soll-Auslastung von 80 % und unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Verweildauer sowie der Belegungstage ergibt sich rechnerisch ein Bedarf von nur 170 Betten.

Ähnliche Überkapazitäten weisen die Chirurgie in Koblenz, die Chirurgie und die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in Landau, die Innere Medizin in Mainz und die Augenheilkunde in Trier auf. Gemessen am jeweiligen Soll-Auslastungsgrad könnte in den vorgenannten Beispielen die Zahl der Betten insgesamt um 410 Betten reduziert werden. Vor diesem Hintergrund sollten bei der Krankenhausplanung Schwerpunkte gebildet und Spezialkliniken ausgewiesen werden.

Das Ministerium hat erklärt, es stehe zu dem Ziel, Konzentrationsprozesse und Spezialisierungen zu fördern. Die Landesregierung unterstütze die Bildung von Verbünden zwischen Krankenhäusern bzw. von Verbundkrankenhäusern. Die temporale Betrachtung der Entwicklung von Verbundbildungen/Standorten und der Fachabteilungen zeige eine Tendenz zu einer Verdichtung des Versorgungsangebots. Von 2010 bis 2017 sei die Zahl der Plankrankenhäuser um sieben, der Krankenhausstandorte um vier und der Fachabteilungen um neun gesunken, während die Zahl der Verbundkrankenhäuser um drei und der Standorte der Verbundkrankenhäuser um sechs gestiegen sei.

Der Rechnungshof merkt hierzu an, dass diese Entwicklung weniger ein Ergebnis planerischer Steuerung war, sondern vielmehr auf wirtschaftlichen Erwägungen der Krankenhausträger basierte.

2.6.3 Soll-Auslastungsgrade (Soll-Nutzungsgrade)

Für die Kapazitätsermittlung wurden im Landeskrankenhausplan 2010 von der Verweildauer abhängige Soll-Nutzungsgrade für einzelne Fachbereiche vorgegeben¹⁴:

Verweildauer/Fachbereich	Soll-Nutzungsgrad in %	Fallzahl 2015	
		insgesamt	in %
< 6 Tage	70	638.999	69,3
6 bis 7 Tage	80	66.023	7,2
> 7 Tage	85	74.794	8,1
Kinder- und Jugendmedizin	75	45.426	4,9
Gynäkologie/Geburtshilfe	80	91.590	9,9
Geriatric	90	4.866	0,5

Fast 70 % der Fälle des Jahres 2015 wiesen eine Verweildauer von weniger als sechs Tagen auf. Sie waren einem Soll-Nutzungsgrad von 70 % zuzuordnen. Das heißt, bereits in der Planungsphase wurde ein Leerstand von Fachbereichen von bis zu 30 % in Kauf genommen. Damit hatte Rheinland-Pfalz seiner Krankenhausplanung bundesweit die niedrigsten Soll-Auslastungsgrade zugrunde gelegt.

¹⁴ Im Fachbereich Geriatric, der bei der Erstellung des Landeskrankenhausplans teilweise noch nicht als eigenständiger Fachbereich geplant wurde, wird allgemein eine Auslastung von 90 % unterstellt (vgl. Weißbuch Geriatric 2016; herausgegeben vom Bundesverband Geriatric e. V.).

Die PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC) hält für eine nachhaltige Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses eine Auslastung von mehr als 80 % für notwendig¹⁵.

Das Ministerium hat sich hierzu nicht geäußert.

2.6.4 Erreichbarkeit von Krankenhausleistungen

In Rheinland-Pfalz können 99,6 % der Bevölkerung ein Krankenhaus der Grundversorgung innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit erreichen.

Im Falle der Anpassung des Landesbasisfallwertes¹⁶ an den Bundesdurchschnitt¹⁷ und einer damit einhergehenden Verknappung der finanziellen Ressourcen ist ein Rückbau von Krankenhauskapazitäten nicht auszuschließen. Daher sollte bei der Krankenhausplanung eine Zumutbarkeitsgrenze für die zeitliche und entfernungs-mäßige Erreichbarkeit von Krankenhausleistungen berücksichtigt werden.

Das Ministerium hat erklärt, die Betrachtung einer standort- versus einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung sei ebenfalls Bestandteil der Leistungsbeschreibung des Sachverständigengutachtens für den neuen Landeskrankenhausplan.

2.6.5 Qualitätsmaßstäbe

Bei einer zukunftsgerichteten Krankenhausplanung sollten Qualität und Patientensicherheit stärker als bisher im Vordergrund stehen. Mit der Novellierung des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung¹⁸ wurde der Gemeinsame Bundesausschuss ermächtigt, Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beschließen. Die Länder wiederum wurden ermächtigt, abweichende Regelungen zu treffen.

Auf dieser Grundlage sollten weitere Qualitätsindikatoren etabliert werden. Insbesondere eignen sich für einzelne Fachgebiete strukturelle Vorgaben z. B. zur Zahl der Beschäftigten und zum Ausbildungsstand des Personals.

Das Ministerium hat mitgeteilt, eigene Kriterien in Ergänzung zu den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses seien bereits für den neuen Krankenhausplan erarbeitet worden. Dieser habe im Dezember 2016 erstmals elf planungsrelevante Indikatoren beschlossen. Allerdings sehe die Landesregierung die Notwendigkeit einer Regelung im Landeskrankenhausgesetz, um die Planungshoheit des Landes zu sichern und um landeseigene Qualitätsmaßnahmen im nächsten Landeskrankenhausplan zu verankern.

2.6.6 Erlösbestimmende Parameter

Vor 2003 war die Vergütung von Krankenhausleistungen pflegesatzbezogen. Das Bett stellte die umsatz- und erlösbestimmende Größe eines Krankenhauses dar. Die Ausrichtung der Krankenhausplanung an der Zahl der Betten war daher sinnvoll.

¹⁵ PwC (Hg.): Krankenhäuser im Vergleich. Finanz- und Leistungskennzahlen, Köln, 2017, S. 11.

¹⁶ Der Landesbasisfallwert dient der Berechnung der Kosten, die die Krankenkassen den Krankenhäusern für stationäre Leistungen erstatten.

¹⁷ Im Jahr 2016 betrug der Landesbasisfallwert 3.465,02 €. Demgegenüber lag der Bundesdurchschnitt lediglich bei 3.293,77 €.

¹⁸ Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229).

Mit Einführung des DRG-Systems¹⁹ wurde der Behandlungsfall als Vergütungseinheit die entscheidende Planungsgröße im Krankenhaus. Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses wird nunmehr in einem Kontingent an Fällen, differenziert nach Fachgebiet und Schweregrad, definiert. Daher sollte auch die Krankenhausplanung an diesen erlösbestimmenden Parametern ausgerichtet werden.

Das Ministerium hat erklärt, zur Regulierung über Leistungs- und/oder Fallzahlen bestehe derzeit keine Rechtsgrundlage. Die gesetzlichen Vorgaben sähen weiterhin eine Bettenkapazitätsplanung vor. Der Versorgungsbedarf könne planerisch, das heißt prospektiv nicht oder zumindest nicht sicher von den festgestellten, zurückliegenden Leistungsdaten abgeleitet werden.

Hierzu bemerkt der Rechnungshof, dass im Rahmen der von dem Ministerium in Betracht gezogenen Novellierung des Landeskrankenhausgesetzes die mögliche Ausrichtung der künftigen Krankenhausplanung an erlösbestimmenden Parametern geprüft werden sollte. Im Übrigen war es auch in der Vergangenheit üblich, den künftig zu erwartenden Versorgungsbedarf aus retrospektiven Daten herzuleiten.

2.6.7 Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Die Krankenhausplanung erstreckte sich bisher im Wesentlichen auf den stationären Bereich. Das ambulante Versorgungsangebot blieb außer Betracht. Eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, in die alle Bereiche der gesundheitlichen, medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung insbesondere im Hinblick auf die begrenzten finanziellen Ressourcen und die demografische Entwicklung einbezogen sind, wurde nicht vorgenommen.

Das Ministerium hat erklärt, es teile die Auffassung uneingeschränkt, dass die künftige gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auf Grundlage eines prozessorientierten und damit transsektoralen Ansatzes zu gestalten sei. Allerdings bedürften die hierzu erforderlichen Änderungen Entscheidungen auf der Bundesebene.

Der Rechnungshof geht davon aus, dass das Ministerium initiativ wird, um notwendige Änderungen herbeizuführen.

2.6.8 Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser

Dem Ministerium lagen keine Informationen über die Kosten der Krankenhäuser vor. Es hatte auch keinen vollständigen Überblick über die Gesamterlöse. Mithin war eine sachgerechte Beurteilung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser nicht möglich.

Das Ministerium hat erklärt, es wäre erstrebenswert, die tatsächliche wirtschaftliche Situation der Plankrankenhäuser der Planungsbehörde zugänglich zu machen, um so die Nachhaltigkeit der Versorgungs- und Investitionsplanung verbessern zu können.

Der Rechnungshof weist auf die Verpflichtung der Krankenhausträger hin, der zuständigen Behörde die für die Krankenhausplanung erforderlichen Angaben zu übermitteln²⁰.

¹⁹ Im „Diagnosis related groups“ (DRG)-System werden Behandlungsfälle, die medizinisch und hinsichtlich des Ressourcenverbrauchs ähnlich sind, zu Fallgruppen zusammengefasst.

²⁰ § 35 Abs. 1 LKG.

3 Folgerungen

3.1 Zu den nachstehenden Forderungen wurden die gebotenen Folgerungen bereits gezogen oder eingeleitet:

Der Rechnungshof hatte gefordert,

- a) künftig Bedarfsanalysen für die Festlegung des Bettenbedarfs für den Fachbereich Intensivmedizin/Anästhesiologie und des tagesklinischen Platzbedarfs zu erstellen,
- b) für die geplante Aufnahme des Bundeswehrzentralkrankenhauses in den Landeskrankenhausplan den Bedarf nachzuweisen,
- c) die Empfehlungen zur Neuausrichtung der Krankenhausplanung, insbesondere zur Rahmenplanung, zum Abbau von Doppelstrukturen, zur Erhöhung der Soll-Nutzungsgrade, zur Berücksichtigung von Zumutbarkeitsgrenzen für die zeitliche und entfernungsmaßige Erreichbarkeit von Krankenhausleistungen, zur Vorgabe weiterer Qualitätsmaßstäbe, zur Einbeziehung erlösbestimmender Parameter, zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung sowie zur Kosten- und Erlössituation der Krankenhäuser, zu prüfen.

3.2 Folgende Forderungen sind nicht erledigt:

Der Rechnungshof hat gefordert,

- a) über die Ergebnisse der eingeleiteten Maßnahmen zu Nr. 3.1 zu berichten,
- b) die Erstellung des Landeskrankenhausplans 2017 stärker an den Parametern der Bedarfsgerechtigkeit, der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser auszurichten und bestehende rechnerische Überkapazitäten von 1.800 Betten zu berücksichtigen,
- c) Leistungsdaten, die auf eine dauerhaft geänderte Belegsituation von Krankenhäusern schließen lassen, zur Fortschreibung des Landeskrankenhausplans und zur Anpassung der Planbettenbescheide zu nutzen,
- d) über die gezogenen zuwendungsrechtlichen Folgerungen aus der nicht durch Gesetz gedeckten nachträglichen Förderung der Schließung eines Krankenhausstandorts zu berichten.