

Krankenhaus-Report 2015

„Strukturwandel“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 159-173



11	Qualitätsorientierte Krankenhausplanung.....	159
	<i>Jochen Metzner und Cornelia Winten</i>	
11.1	Einführung.....	160
11.2	Bestehende Qualitätsvorgaben	161
11.3	Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung.....	162
11.3.1	Bedarf	163
11.3.2	Leistungsfähigkeit.....	164
11.3.3	Berufsfreiheit	165
11.4	Gestaltungsmöglichkeiten für Qualität in der Krankenhaus- planung.....	166
11.5	Die Qualitätsoffensive der Bundesregierung	167
11.6	Weiterentwicklung auf der Landesebene	169
11.7	Weiterer bundesrechtlicher Handlungsbedarf	171
11.8	Fazit.....	172
	Literatur	172

11 Qualitätsorientierte Krankenhausplanung

Jochen Metzner und Cornelia Winten

Abstract

Krankenhausplanung ist eine notwendige und unverzichtbare staatliche Aufgabe, die nach dem Grundgesetz den Bundesländern zusteht. Diese Aufgabe erschöpft sich aber aktuell im Wesentlichen auf die Planung der Standorte, der Fachgebiete und zum Teil der erforderlichen Behandlungskapazitäten. Die meisten Bundesländer haben zudem eigene Strukturqualitätsvorgaben entwickelt und eigene Fachkonzepte veröffentlicht. Allerdings ist es aktuell noch nicht möglich, zu beurteilen, welche Krankenhäuser – und sei es auch nur in Teilbereichen – „gute“ oder „schlechte“ Qualität liefern, obwohl es eine Vielzahl von Qualitätsvorgaben gibt. Die Patienten sind hierfür auf mehr oder weniger vertrauenswürdige Portale angewiesen. Krankenhausplanung liefert hierfür keine Hilfestellung. Die grundlegenden bundesrechtlichen Normen des KHG stellen Qualitätsaspekte noch nicht in den Vordergrund.

Zukunftsgerichtete Krankenhausplanung muss neben die herkömmlichen Ziele der bedarfsgerechten Versorgung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern an Qualität und Patientensicherheit orientierte Ziele in den Vordergrund stellen. Hierfür sind bundes- und landesrechtliche Vorgaben zu verändern. Die Qualitätsoffensive der Großen Koalition auf Bundesebene mit der beabsichtigten Gründung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen ist dazu ein erster Schritt. Weitere Schritte werden im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform gegangen werden. Auf der Landesebene sind, wie aktuell in Hessen, eine Vielzahl von Möglichkeiten vorhanden, um die Patientensicherheit wirklich zu verbessern.

According to the German constitution, hospital planning is a necessary and indispensable governmental task of the federal states. Currently, however, it is more or less limited to the planning of hospital sites, medical specialties and partly the required treatment capacity. Most federal states have also developed their own structure quality specifications and technical concepts. At the time being it is not possible to assess which hospitals – even if only in certain medical areas – supply “good” or “bad” quality, although there are a variety of quality standards. Patients have to rely on more or less trustworthy portals. Hospital planning is no help, since quality aspects are no priority of the basic federal law standards of the Hospital Financing Act (KHG).

Apart from traditional goals such as an appropriate supply of efficient, self-responsibly managed hospitals, forward-looking hospital planning must emphasize quality and patient safety. To this effect, federal and state legal requirements have to be changed. The quality initiative of the Grand Coalition at the federal level

with the proposed establishment of the Institute for Quality and Transparency in Health Care is a first step. Further steps will be taken within the federal-state working group on hospital reform. At the state level, as currently in Hesse, there is a variety of options which might genuinely improve patient safety.

11.1 Einführung

Qualität ist zurzeit im Gesundheitswesen in aller Munde. Qualität ist „in“, Qualität ist ein Zauberwort. Allein im Koalitionsvertrag der Regierungsfractionen aus dem November 2014 kommt der Begriff „Qualität“ im Abschnitt „Krankenhausversorgung“ immerhin 25 Mal vor. Wer sich zur Qualität bekennt, macht also nichts falsch, – man steht damit immer auf der richtigen Seite.

Aber – dieser ironisch klingenden Einführung zum Trotz – der Hype um die Qualität ist berechtigt. Es wird Zeit, den Krankenhausbereich auf eine neue Evolutionsstufe zu bringen, das Zeitalter der Qualität.

In den letzten Jahren wurde große Energie darauf verwandt, die Krankenhäuser wirtschaftlicher zu machen. Mit der Einführung des DRG-Systems sollten die Kliniken den letzten Schritt machen aus dem dunklen Mittelalter der Selbstkostendeckung in ein Wettbewerbssystem. Es ging darum, aus den vorgegebenen landeseinheitlichen Preisen das Beste zu machen, d. h. wirtschaftlich erfolgreicher zu sein als der Durchschnitt der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser. Erfolgreicher zu sein als der Durchschnitt reicht heute aber kaum mehr aus, weil eine Betrachtung der durchschnittlichen Kosten eines Falles nichts darüber aussagt, ob den Kosten auch kostendeckende Erlöse insgesamt gegenüberstehen. Nach Umfragen des Deutschen Krankenhausinstituts haben aktuell wohl etwa 50% der deutschen Krankenhäuser Verluste zu verzeichnen. Auch der Krankenhaus Rating Report 2014 (Augurzky 2014) berichtet von einer Verschlechterung der Lage und steigender Insolvenzgefahr der deutschen Krankenhäuser. Worin hierfür die Ursachen zu suchen sind, wird unterschiedlich diskutiert. Ob es die rückläufige Investitionsfinanzierung der Bundesländer, eine unzureichende Abbildung von Kostensteigerungen im Vergütungssystem, fehlende Managementkompetenz oder noch immer vorherrschendes Einzelkämpfertum der Krankenhäuser oder (was der Wahrheit am nächsten kommen dürfte) eine Kombination dieser Ursachen ist, sei dahingestellt. Im Ergebnis haben die deutschen Krankenhäuser in diesem „Kampf ums Überleben“ ihr Augenmerk vor allem darauf gerichtet, Kosten zu senken und die Erlöse zu steigern. Die geeignetste Methode zur Erlössteigerung ist dabei die Fallzahlsteigerung oder der Versuch, den Casemix zu erhöhen. Ob die Infrastruktur einer Klinik auf komplexe Leistungen ausgerichtet ist, ist dabei manchmal zweitrangig.

Der eigentlich gewollte und auch propagierte „Qualitätswettbewerb“ der deutschen Krankenhäuser kann sich unter diesen Voraussetzungen kaum entwickeln. Er beschränkt sich zumeist auf Eigenwerbung auf der Website der Kliniken. Das kann weder im Sinne der Kostenträger und erst Recht nicht im Sinne der Patienten sein.

Die Patienten wollen sichergestellt wissen, dass Krankenhäuser „ihr Handwerk verstehen“, dass die Komplikationsrate und die Zahl im Krankenhaus erworbener Infektionen gering sind, dass die Kliniken das Menschenmögliche tun, um die Pati-

entensicherheit zu gewährleisten. Aus eigener Kraft können sie sich die dazu nötigen Informationen kaum verschaffen. Sie dürfen aber erwarten, dass staatliche Stellen, die die Konzession zur Teilnahme an der allgemeinen Versorgung erteilen, darüber wachen. Dazu gehört auch die berechnete Erwartung, dass Krankenhäuser bei schlechter Leistung ganz oder teilweise von der Versorgung ausgeschlossen werden. Wer den Versorgungsauftrag schlecht erfüllt, der soll ihn auch verlieren können. Wer ihn gut erfüllt, soll gestärkt werden. Herkömmliche Krankenhausplanung wird diesem Anspruch jedoch nur unzureichend gerecht. Man muss daher untersuchen, warum das so ist und wie man es ändern könnte.

11.2 Bestehende Qualitätsvorgaben

Es gibt bereits umfangreiche Qualitätsvorschriften im Neunten Abschnitt (§§ 135ff.) des SGB V, etwa die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in Form von Richtlinien, dazu gehören die – momentan zum Teil ausgesetzten – Mindestmengen; es gibt Vorgaben zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung mit dem „strukturierten Dialog“; es gibt Qualitätsanforderungen in den OPS, es gibt Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und unterschiedliche Anforderungen diverser Zertifizierungsverfahren. Krankenhäuser müssen mittlerweile jährlich Qualitätsberichte veröffentlichen und dort zunehmend auch „harte“ Fakten veröffentlichen. Im strukturierten Dialog müssen Krankenhäuser sich rechtfertigen, wenn sie auffällige Ergebnisse haben. Es existieren eine Reihe von Initiativen, vorwiegend getrieben von privaten Klinikketten, wie QSR (Helios, AOK), Qualitätskliniken.de (Asklepios, Rhön, Sana), und diverse Veröffentlichungen im Internet oder in Magazinen (Fokus). Allen gemeinsam ist, dass sie (auch) die Ergebnisse der stationären Versorgung transparent und messbar machen wollen.

AQUA als vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragtes Institut hat schließlich den gesetzlichen Auftrag, Verfahren und Methoden für eine einrichtungs- und möglichst sektorenübergreifende Ergebnisqualität zu entwickeln.

Auch die Länder entwickeln eigene Qualitätsvorgaben, zuletzt etwa das Land Nordrhein-Westfalen in seinem neuen Krankenhausplan mit Vorgaben zur Strukturqualität in den Krankenhäusern.

Man kann darüber streiten, ob ein solcher „Qualitätsföderalismus“ in der Krankenhausplanung sinnvoll ist: Mittelfristig sollte der Gemeinsame Bundesausschuss seine Richtlinienkompetenz aus § 137 SGB V verstärkt dazu nutzen, um deutschlandweit einheitliche Regelungen zu treffen, wie dies im Hygienebereich durch die Kommission für Krankenhaushygiene beim Robert Koch-Institut der Fall ist.

Für die Patienten ist es trotz der Vielzahl an Regelungen schwierig, sich darüber zu informieren, welche Klinik für sie die geeignete ist. Wer sich bemüht, in dem Wust an Informationen einen roten Faden, eine nachvollziehbare Entscheidungsgrundlage, etwa für eine geplante Operation, zu erhalten, wird am Ende der Empfehlung seines Arztes vertrauen oder dort hingehen, wo die Familie schon immer hingegangen ist.

Es ist noch nicht die Zeit gekommen, Ergebnisqualität regelmäßig zur Grundlage krankenhauserischer Entscheidungen zu machen. § 19 Abs. 1 Satz 2 des

Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011) bietet eine theoretische Grundlage hierfür, denn bei den krankenhauplanerischen Entscheidungen „sind“ hiernach auch die in den §§ 135 bis 139c SGB V entwickelten Indikatoren zur Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Freilich findet diese Grundlage in der Praxis noch keine Anwendung, weil solche Indikatoren der gerichtlichen Überprüfung standhalten müssen. So findet sich in der Begründung zu § 19 HKHG 2011 auch die Einsicht, dass die Entwicklung gerichtsfester Indikatoren erst am Anfang stehe. Im Jahr 2013 hat das Hessische Ministerium für Soziales und Integration gemeinsam mit dem Lenkungs-gremium der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung in Hessen beschlossen, in einer Arbeitsgruppe nach Wegen zu suchen, um die Qualitätsergebnisse aus dem strukturierten Dialog für die Krankenhausplanung nutzbar zu machen. Damit stellt sich die Frage, inwiefern das bestehende System der Krankenhausplanung in Deutschland überhaupt ausreichende Werkzeuge hat, um qualitätssichernde Maßstäbe umzusetzen.

11.3 Rechtsgrundlagen der Krankenhausplanung

11

Die Notwendigkeit, Krankenhäuser vorzuhalten, basiert auf universellen Wertvorstellungen. In Deutschland sind diese Wertvorstellungen im Grundgesetz in besonderer Weise geschützt. Die Würde des Menschen und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit bilden das Fundament jeder Gesundheitspolitik. Das in Art. 20 GG verankerte Sozialstaatsprinzip drückt zusätzlich die „unverrückbare Verantwortung“¹ des Staates für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen aus. Krankenhausplanung hat für die „bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern“ zu sorgen²: Hierfür haben die Länder Krankenhauspläne aufzustellen. Krankenhausplanung ist Ländersache, weil die Kompetenz des Bundes aus Art. 74 Nr. 19a GG sich nur auf die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ erstreckt, nicht aber auf die Krankenhausplanung, die Ländersache bleibt.

Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan wird durch Bescheid festgestellt.³ Ein positiver Bescheid gewährt sowohl einen Rechtsanspruch auf Förderung der notwendigen Investitionskosten gegen das jeweilige Bundesland als auch die Konzession, die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten von den Krankenkassen bezahlt zu bekommen.⁴

Bei der Entscheidung, ob und in welchem Umfang ein Krankenhaus einen Feststellungsbescheid nach § 8 KHG erhalten kann, ist zu beachten, dass nach § 8 Abs. 2 KHG kein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan besteht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen

1 SVR 2007, RdNr. 545.

2 §§ 1 Abs. 1, 6 Abs. 1 KHG.

3 § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG.

4 §§ 108 Nr. 2, 109 SGB V.

und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Das Bundesverwaltungsgericht hat diese Bestimmung unter Rückgriff auf den Zweck des Gesetzes (§ 1 Abs. 1 KHG) so ausgelegt, dass ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan dann besteht, wenn das Krankenhaus bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist und zur Deckung des zu versorgenden Bedarfs kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus zur Verfügung steht (Erste Entscheidungsstufe). Erst wenn zur Bedarfsdeckung mehrere geeignete Krankenhäuser zur Verfügung stehen, entfällt ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan. An seine Stelle tritt ein Anspruch auf eine fehlerfreie Auswahlentscheidung (Zweite Entscheidungsstufe). Diese Rechtsprechung hat das Bundesverfassungsgericht gebilligt.⁵ Voraussetzung für die Entscheidung über die Aufnahme eines Krankenhauses ist auf beiden Entscheidungsstufen, dass das Krankenhaus bedarfsgerecht, also geeignet ist, einen vorhandenen Bedarf zu befriedigen.

11.3.1 Bedarf

Was eine „bedarfsgerechte Versorgung“ sein soll, ist zunächst unklar: Ist sie subjektiv – vom einzelnen Bürger aus betrachtet – oder objektiv – nach festzusetzenden Kriterien – zu bemessen? Geht es um den Bedarf an Krankenhausleistungen oder den Bedarf an Krankenhäusern? Die Rechtsprechung spricht z. T. vom „Bedarf an Krankenhausbetten“. Letztlich geht es jedenfalls darum, die notwendigen Kapazitäten zu bestimmen, um die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu sichern. Hierfür ist eine Bedarfsanalyse erforderlich.

Zu dieser hat das Bundesverwaltungsgericht⁶ festgestellt: „Die Bedarfsanalyse ist die Beschreibung des zu versorgenden Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausbetten. Dabei kann zwischen der Beschreibung des gegenwärtigen Bedarfs und der Bedarfsprognose, also der Beschreibung des voraussichtlich in der Zukunft zu erwartenden Bedarfs, unterschieden werden. In beiden Hinsichten aber ist unter dem Bedarf der tatsächlich auftretende und zu versorgende Bedarf und nicht ein mit dem tatsächlichen nicht übereinstimmender erwünschter Bedarf zu verstehen.“ Dem Land ist also nicht erlaubt, seiner Bedarfsanalyse nicht den tatsächlichen Bedarf zugrunde zu legen, sondern davon abweichende niedrigere Zahlen und damit eine Minderversorgung in Kauf zu nehmen.

Nach OVG Lüneburg⁷ ergibt sich der tatsächlich zu versorgende Bedarf aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und deren Anerkennung, also Abrechnung durch die jeweils zuständigen Krankenkassen.

Bedarf ist also das, „was ist“, nicht das, was ein Land oder eine Krankenkasse dafür halten.

Krankenhausplanung muss vor allem nicht überprüfen, ob jede Krankenhauseinweisung gerechtfertigt war. Abgesehen davon, dass dies gar nicht möglich ist, stehen hierfür andere Instrumente zur Verfügung. Versicherte haben nach § 39

5 BVerfG, Beschluss vom 12.06.1990, 1 BvR 355/86, BVerfGE 82, 209.

6 BVerwG, Urteil vom 14.11.1985, 3C 41/84.

7 OVG Lüneburg, Urt. v. 15.12.1998, 11 L 6860/98, MedR 2000, S. 93.

SGB V Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist. Bei geplanten Eingriffen erfolgt zuvor eine Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt, der dies schon aus ethischen und berufsrechtlichen Gründen nicht leichtfertig tun darf. Jedenfalls kann die Planungsbehörde weder in jedem Einzelfall noch in der Gesamtheit der Krankenhaussfälle beurteilen, ob und welche Operationen vielleicht unnötig waren. Dies zu beurteilen, obliegt vielmehr dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen⁸, der dies auch in ausreichendem Umfang tut, denn er prüft mittlerweile mehr als 10% aller Krankenhaussfälle. Ein großer Teil davon beschäftigt sich mit der „primären Fehlbelegung“, also der Frage, ob die Krankenhausbehandlung erforderlich war oder nicht.

Die Überprüfung im System der GKV ist folgerichtig. Dem Bund obliegt die Gesetzgebungsbefugnis für die Sozialversicherung und die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser (Art. 74 Nr. 12 und 19a GG). Er hat mannigfaltige Regelungen erlassen, die einer unnötigen Leistungsausweitung entgegenwirken, etwa durch Abschläge im Krankenhausentgeltgesetz. § 17b KHG enthält die „Grundsätze für die Pflegesatzregelung“. Nach dessen Abs. 1 Satz 3 ist bei der Ermittlung der Pflegesätze der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V) zu beachten.

Es wird keineswegs verkannt, dass es unnötige Diagnostik und unnötige Operationen gibt. Dies zu verhindern, ist aber zunächst Aufgabe des Bundesrechts. Aktuell wird deutschlandweit intensiv darüber diskutiert, dass im Vergütungssystem Fehlanreize existieren, die die Krankenhäuser geradezu dazu zwingen, ihre Fallzahlen ständig zu steigern, um wirtschaftlich zu überleben. Jedoch ist es nicht primäre Aufgabe der Krankenhausplanung, dies durch eine Angebotsverknappung zu verhindern. Das hieße, Unterversorgung in Kauf zu nehmen, was gegen das Grundgesetz verstieße, weil es weder Art. 2 Abs. 2 GG noch dem Sozialstaatsprinzip entspräche (vgl. Metzner 2012, S. 26). Wohlgemerkt: Unnötige stationäre Behandlungen können weder im Interesse der Patienten noch der Kassen oder der zuständigen Stellen in Bund und Ländern sein. Jede überflüssige Operation ist per se ein Qualitätsmangel. Ob und wie man zu einer verbesserten Indikationsstellung kommt, wird aktuell diskutiert. Das im Koalitionsvertrag der Großen Koalition vorgesehene Mittel, alle Patienten darauf hinzuweisen, dass sie eine Zweitmeinung einholen können, geht in die richtige Richtung.

11.3.2 Leistungsfähigkeit

Wenn in einen Krankenhausplan nur „leistungsfähige“ Krankenhäuser aufgenommen werden, sollte damit – so könnte man vermuten – automatisch eine Aussage über die Qualität der Krankenhausbehandlung verbunden sein. Dem ist aber nicht so.

Nach der Rechtsprechung ist ein Krankenhaus als leistungsfähig anzusehen, „wenn sein Angebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden

⁸ §§ 17c KHG, 275 SGB V

Art zu stellen sind.⁹ Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses hängt danach von der Zahl, der Bedeutung und dem Umfang der Fachabteilungen verschiedener Fachrichtungen, der Zahl der hauptberuflich angestellten und weiteren angestellten oder zugelassenen Fachärzte in den einzelnen Fachabteilungen und dem Verhältnis dieser Zahl zur Bettenzahl sowie dem Vorhandensein der erforderlichen räumlichen und medizinisch-technischen Einrichtungen ab. Dazu muss der die Aufnahme einer Klinik in den Krankenhausplan begehrende Krankenhausträger nachweisen, dass das Krankenhaus die Gewähr für die Dauerhaftigkeit der zu erbringenden angebotenen pflegerischen und ärztlichen Leistungen bietet. Bedeutsam ist demnach, ob die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche personelle, räumliche und medizinische Ausstattung vorhanden ist. Weitergehende Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser sind weder geeignet noch erforderlich. Sie würden dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit widersprechen.¹⁰

Für die Krankenhausplanung bedeutet dies: Die derzeitigen Regelungen des KHG setzen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nur ein unterstes Level, ein Mindestmaß an Qualität voraus. Damit allein lässt sich die Spreu vom Weizen nicht trennen.

11.3.3 Berufsfreiheit

Bereits mit seinem Beschluss vom 12.06.1990¹¹ hat das BVerfG aufgezeigt, dass Krankenhausplanung grundrechtsrelevant ist und dass vor allem der Schutzbereich der Berufsfreiheit aus Art. 12 GG betroffen ist, wenn es um die Frage geht, ob ein Krankenhausträger in den Krankenhausplan aufgenommen werden kann. Wer ein Krankenhaus, das bedarfsgerecht, wirtschaftlich und leistungsfähig ist, nicht in den Krankenhausplan aufnimmt, greift in das Grundrecht aus Art. 12 GG ein. Diese Beeinträchtigung ist so stark, dass sie nach dieser Rechtsprechung des BVerfG sogar einer Berufszulassungsbeschränkung gleichkommt, die nur durch Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung gerechtfertigt sein kann.

Wenn schon die Nichtaufnahme eines Krankenhauses zu derartigen Grundrechtsbeeinträchtigungen führt, ist erst recht die (ggfs. auch teilweise) Herausnahme einer Klinik aus dem Krankenhausplan kaum umsetzbar, wenn es nicht sehr gute Gründe hierfür gibt.

Sollte eine Auswahl zwischen Krankenhäusern notwendig werden, entscheidet nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Es gilt allerdings, diese Ziele zu definieren, sonst kann man keine negativen Entscheidungen auf sie stützen.

Nach § 1 HKHG 2011 ist es Ziel des Gesetzes, in Hessen eine qualitativ hochwertige patienten- und bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes gegliedertes System qualitativ leistungsfähiger und eigenverantwortlich wirtschaftender Krankenhäuser sicherzustellen.

⁹ BVerwG, Urt. V. 16.01.1986 – 3 C 37/83.

¹⁰ OVG Lüneburg, Urt. V. 13.02.2011, 13 LC125/08, zit. n. Juris, RdNr. 46.

¹¹ Vgl. Fußnote 5.

Bewusst wurden Qualitätsaspekte schon in die Zielrichtung des Gesetzes aufgenommen (das fehlt zurzeit noch in § 1 KHG), um krankenhauplanerische Entscheidungen viel stärker als bisher unter dem Gesichtspunkt qualitativer Maßstäbe treffen zu können. Allerdings – und hier liegt das Manko – existieren diese qualitativen Maßstäbe bislang nur unzureichend, vor allem hinsichtlich der Ergebnisqualität.

11.4 Gestaltungsmöglichkeiten für Qualität in der Krankenhausplanung

„Krankenhausplanung ist nicht Kapazitätsplanung, sondern Versorgungsplanung“, das hat der Vorsitzende Richter am Bundesverwaltungsgericht Prof. Rennert auf dem Krankenhausrechtstag 2010 in Düsseldorf ausgeführt (Rennert 2011, S. 79). Die für den festgestellten Bedarf notwendigen Kapazitäten werden nicht geplant, sondern festgestellt. Steigt der Bedarf, müssen auch die Kapazitäten steigen oder man muss neue Lösungen finden, um stationäre Einweisungen durch umfassende Versorgungsnetzwerke oder bessere Prävention zu vermeiden. Eine Planung der Versorgung soll die fachlichen und qualitativen Elemente enthalten, die für eine bestmögliche Versorgung der Patienten in Frage kommen, und Entscheidungen treffen, welche am wichtigsten sind und den Patienten den größtmöglichen Nutzen bringen.

Hierbei gibt es in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Ansätze und unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. So werden mit dem Krankenhausplan 2015 in Nordrhein-Westfalen eine Reihe von Vorgaben zur Strukturqualität, etwa in der Geriatrie, gemacht; der aktuelle Krankenhausplan in Berlin enthält z. B. Strukturvorgaben für die Notfallversorgung.

Für Hessen haben die Verfasser bereits eingehend beschrieben (Metzner 2012, S. 29), wie Qualitätsaspekte in der Notfallversorgung durch Sicherung „systemrelevanter“ Kliniken, durch vernetzte Strukturen bei chronischen Erkrankungen und durch eine Strukturierung der Krankenhauslandschaft in der Planung berücksichtigt werden.

Auch durch den im Hessischen Krankenhausgesetz 2011 normierten Vorrang der Allgemeinkrankenhäuser, die eine umfassende und ununterbrochene Sicherstellung der Notfallversorgung gewährleisten, wird § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG in verfassungskonformer Weise konkretisiert.

Dennoch: Auch wenn das herkömmliche System der Krankenhausplanung in der Vergangenheit funktioniert hat und auch rechtskonform umgesetzt wurde, stellt sich immer mehr ein Gefühl ein, dass es beim Patienten nicht ankommt. Die vergangenen zehn Jahre waren bundesweit geprägt von der Einführung des DRG-Systems, mit dem die Krankenhausversorgung aus einem geschützten Hafen in ein Wettbewerbssystem überführt wurde, um Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und Strukturveränderungen herbeizuführen. Dies konnte nur gelingen, wenn Krankenhäusern ermöglicht wurde, sich im Markt wie Wirtschaftsunternehmen zu positionieren, um notwendige Prozessveränderungen anzustoßen und Instrumente der Industrie und der Dienstleistungswirtschaft zu übernehmen. Damit wurde es notwendig, auch die Krankenhausplanung zu liberalisieren, weil eine zu enge Detailplanung die notwendigen Veränderungen behindert hätte.

Die damit verfolgten Ziele sind erreicht, nach dem Bericht zur Begleitforschung des DRG-Systems sind die deutschen Kliniken erheblich wirtschaftlicher geworden und zumindest qualitativ nicht schlechter¹². Mögen die deutschen Krankenhäuser mittlerweile im weltweiten Vergleich die produktivsten sein, entlastet das zwar die GKV, dennoch stellt sich auch im Kollegenkreis der Krankenhausplaner in den Bundesländern immer mehr die Frage, wie es weitergeht. Nicht nur bei den Verfassern besteht der Eindruck, dass das System „nicht mehr rund läuft“, dass der Blick eher auf den wirtschaftlichen Erfolg denn auf die bestmögliche Behandlung jedes einzelnen Patienten gerichtet ist, weil die Rahmenbedingungen zwingend ewiges Wachstum erfordern. Die eigentlich nun notwendige unbedingte Ausrichtung an Qualität und Patientensicherheit findet nicht statt. Will man Krankenhausplanung wirklich am Patientennutzen ausrichten, ist eine Neujustierung der bundes- und landesrechtlichen Vorgaben notwendig.

11.5 Die Qualitätsoffensive der Bundesregierung

Mit dem Koalitionsvertrag hat die große Koalition sich verpflichtet, Qualitätsorientierung und Patientensicherheit im Krankenhausbereich zu verbessern. Erste gesetzgeberische Schritte wurden schon unternommen.

So soll ein „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gegründet werden (Entwurf eines Gesetzes zur Förderung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG). Es soll an die Stelle des bisher nach § 137a SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss „beauftragten“ Instituts (derzeit AQUA) treten. Um immer wiederkehrende europaweite Ausschreibungen zu verhindern, ist die Gründung eines dauerhaft eingerichteten Instituts in Form eines Stiftungsmodells mehr als sinnvoll. Jede Neuausschreibung bringt Veränderungen und Abstimmungsbedarfe zwischen Auftragnehmer und Auftraggeber, die ein kontinuierliches und verlässliches Arbeiten behindern. Gerade in einem System, das auf einen stärkeren Qualitätswettbewerb abzielt, sind rechtssichere Verfahren von großer Bedeutung.

Neben dieser eher organisatorischen Maßnahme soll das „neue“ Institut aber auch zusätzliche Aufgaben bewältigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird das Institut demnach in allen Bereichen, in denen er Qualitätssicherungsmaßnahmen erarbeitet, beauftragen können. Die bisherige Regelung enthielt dagegen eine abschließende Aufzählung der Versorgungsbereiche, für die eine Beauftragung erfolgen konnte (§ 137a Absatz 1 SGB V). Einige gesundheitspolitische Ziele finden sich in den neuen Aufgaben des Instituts wieder. So wird ein großer Schwerpunkt auf Patientensicherheit und Patientenorientierung gelegt.

Zu den Aufgaben des Instituts wird nun auch ausdrücklich gehören, Module zu Patientenbefragungen zu entwickeln, die dann in die Qualitätsbewertungen einfließen.

12 G-DRG-Begleitforschung, 3. Forschungszyklus, S. XVIII.

Da es aktuell für viele Patienten fast unmöglich war, sich ein Bild über die tatsächliche Qualität der Leistungserbringer zu machen, wird der Gemeinsame Bundesausschuss künftig auch Leistungsbereiche mit Verbesserungspotenzial und einem Informationsbedürfnis der Patienten bestimmen, für die eine vergleichende Übersicht der Leistungserbringer erstellt werden soll. Das Ziel ist, Unterschiede in der Qualität der stationären Versorgung sichtbar zu machen und dem Patienten eine qualitätsorientierte Auswahl unter den Krankenhäusern zu ermöglichen. Dies war in der Vergangenheit für Patienten ohne medizinisches Hintergrundwissen faktisch nicht möglich.

Geeignete Routinedaten sollen dabei in die vergleichende Übersicht einbezogen werden, um sicherzustellen, dass bei der hier zwingend notwendigen Risikoadjustierung eine möglichst breite Informationsbasis genutzt werden kann.

Routinedaten werden schon seit einiger Zeit genutzt, um eine sehr aufwändige Erfassung von Daten zur Sicherung von Qualität zu erleichtern. Gegen diese Nutzung wird eingewandt, dass die erhobenen Diagnosen und Prozeduren zum Zwecke der Abrechnung dokumentiert werden und es sich nicht um eine medizinische Dokumentation handelt. Die Kodierung von Diagnosen folgt den Deutschen Kodierrichtlinien und ist nur unter diesen Vorgaben zulässig. Krankheiten eines Patienten, die nur anamnestischer Natur sind und die Kriterien der Kodierrichtlinien nicht erfüllen, dürfen deswegen nicht ohne Weiteres kodiert werden (auch wenn sie vorliegen oder vorlagen). Dennoch kann die Nutzung der Routinedaten im Krankenhausbereich so ausgestaltet werden, dass die genannten Kritikpunkte ausgeräumt werden; andererseits gibt es viele weitere Arten von Routinedaten, die gut für die Qualitätssicherung nutzbar gemacht werden könnten. Ein Beispiel hierfür sind die Daten der GKV, die in Zukunft in pseudonymisierter Form dem „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ zu übermitteln sein werden. Auch für Zwecke der Versorgungsforschung sind diese Daten der Krankenkassen sehr gut nutzbar.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll künftig Leistungen definieren, die durch Routinedaten untersucht werden sollen. Die Daten sollen die bereits gewonnenen Qualitäts- und Versorgungserkenntnisse ergänzen und dafür sorgen, dass Qualitätsdefizite frühzeitig erkannt und Gegenmaßnahmen schneller getroffen werden können. Eine entsprechende Risikoadjustierung ist dabei bei allen Verfahren, die Routinedaten nutzen, selbstverständlich erforderlich.

Das Institut soll zur Erfüllung seiner Aufgaben auch Daten nutzen, die zum Beispiel an anderen Stellen öffentlich zur Verfügung stehen, wie zum Beispiel Register-Daten, Daten von Fachgesellschaften oder epidemiologische Daten. Es soll außerdem Bewertungskriterien erarbeiten, die es Patienten ermöglichen, die Aussagekraft von Zertifikaten und Qualitätssiegeln zu bewerten und einzuordnen. Dies ist notwendig, denn im bisherigen Dschungel teils „selbstgestrickter“ und eher Marketingzwecken denn Qualität dienender Zertifikate und Gütesiegel bleibt der Patient meist ratlos zurück. Transparenz und objektive Bewertungen sind hier dringend erforderlich.

11.6 Weiterentwicklung auf der Landesebene

Die Bestrebungen auf Bundesebene, die Qualität der Versorgung und den Patientennutzen zu erhöhen, sollten auf der Landesebene flankiert und ergänzt werden, denn die beschlossenen Maßnahmen werden auf der Versorgungsebene in den verschiedenen Bundesländern auf regional unterschiedliche Strukturen treffen. Um die bundespolitischen Ziele in geeigneter Weise zu flankieren, sollten neben der Beteiligung der Länder bei inhaltlichen Fragen des „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ sowie im Gemeinsamen Bundesausschuss (dies zeichnet sich ab) auch ergänzende landesspezifische Maßnahmen angestoßen werden.

Gerade im Bereich Patientensicherheit gibt es eine Vielzahl von geeigneten Instrumenten, die von den Kliniken bisher nicht flächendeckend und systematisch eingesetzt werden, im Rahmen der Krankenhausplanung aber zu verpflichtenden Strukturkriterien gemacht werden können, sofern dies noch nicht bundesrechtlich geschieht: Klinisches Risikomanagement, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, Simulationstraining, OP-Checklisten, Umsetzung der Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit, Arzneimitteltherapiesicherheit. Einiges hiervon ist bereits in G-BA-Richtlinien verankert oder befindet sich dort in Vorbereitung, wie das Risikomanagement. OP-Checklisten sollen bereits im Herbst 2014 im Rahmen eines weiteren „Versorgungsstrukturgesetzes“ verpflichtend eingeführt werden. Andere Aspekte wie das Simulationstraining, das in Hochsicherheitsbereichen wie der Luftfahrt nicht mehr wegzudenken ist, ist kaum bekannt oder wird in seinen Möglichkeiten deutlich unterschätzt.

Simulationstraining ist lange nicht mehr „nur“ das Üben von Reanimationen im Rahmen des Erste-Hilfe-Kurses zur Führerscheinprüfung an einer Puppe. Simulation findet Anwendung zur Ausbildung von Studenten und zur Ausbildung von ärztlichen Weiterbildungsassistenten. Aber ein wesentlicher Aspekt von Simulationstraining ist das Üben von Notfallsituationen, die sehr selten vorkommen, sodass allein durch die Seltenheit der Ereignisse keine medizinische Erfahrung gewonnen werden kann. Ein besonderer Schwerpunkt der Simulationstrainings liegt dabei auf der Übung im Team. Die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen in möglichst realem Setting führt dazu, dass im „Ernstfall“ die Kommunikation und die Zusammenarbeit des gesamten Teams besser funktioniert.

Die Möglichkeiten, die solche Trainings bieten, werden nur allmählich auch in Deutschland erkannt. Einzelne Inseln von Simulationszentren bilden sich bereits und Projekte wie zum Beispiel SIMPARTEAM werden etabliert. SIMPARTEAM entstand aus den Ergebnissen einer Arbeitsgruppe des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS). Die Arbeitsgruppe („Behandlungsfehlerregister“) des APS hatte im Rahmen der Auswertung von Geburtsschäden im Jahre 2010 wesentliche Gründe für fehlerhafte Abläufe identifiziert. Dazu gehörten unklare Verfahrensregelungen im Kreißsaalteam bei Notfallsituationen, Kommunikationsstörungen im geburtshilflichen Team, verzögerte oder nicht durchgeführte Kaiserschnittversorgung und CTG-Fehlinterpretationen. Aus diesem Wissen heraus und um die genannten Fehlerursachen zu reduzieren, wurde unter Beteiligung vieler Partner die Initiative zum Projekt SIMPARTEAM gegründet und ein spezielles Trainingsprogramm für geburtshilfliche Teams erarbeitet. Das Trainingsprogramm besteht aus szenario-

basiertem Notfall-Training mit modernen Patientensimulatoren, einem CTG-Befundungstraining, der Anleitung zur Erarbeitung lokaler Kreißsaalleitlinien sowie zur Nutzung eines Fehlerberichtssystems für das Erkennen von Risiken¹³.

Simulationstrainings sind international bereits gut etabliert, während in Deutschland noch Handlungsbedarf besteht. Es ist ernsthaft zu prüfen, ob Simulationstrainings nicht nur zur Vermeidung von Schäden, sondern auch in der medizinischen Ausbildung eine regelmäßige, verbindliche Rolle einnehmen sollten. Bisher ist es dem Engagement einiger weniger Krankenhausleitungen oder Universitätskliniken zu verdanken, dass es solche Einrichtungen überhaupt gibt.

Das APS hat auch Handlungsempfehlungen erarbeitet, etwa „Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit“, „Vermeidung von Stürzen älterer Patienten im Krankenhaus – Fakten und Erläuterungen“, „Checkliste für Klinikmitarbeiter – Prävention von Stürzen“, „Einsatz von Hochrisikoarzneimitteln – oral appliziertes Methotrexat“, „Checkliste Arzneitherapiesicherheit im Krankenhaus“, „Einführung von CIRS im Krankenhaus“, „Sichere Patientenidentifikation“, „Jeder Tupfer zählt – Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet“¹⁴.

Einige dieser Handlungsempfehlungen werden schon im Rahmen der neuen bundeseinheitlichen Vorgaben durch den G-BA den entsprechenden Rückenwind erhalten. Andere Themengebiete müssen in den Fokus der Landespolitik rücken und könnten im Rahmen der Krankenhausplanung angegangen werden.

In der neuen schwarz-grünen hessischen Landesregierung wird dem Thema Patientensicherheit und Qualität ein großer Stellenwert eingeräumt. Die Etablierung eines eigenständigen Referats für Qualitätssicherung und Patientensicherheit im Dezember 2013 war die logische Konsequenz aus der Überzeugung, dass dieser Bereich als originäre landespolitische Aufgabe gesehen wird. Das Thema Qualitätssicherung und Patientensicherheit ist dabei nicht neu entdeckt worden. Aufgrund der umfänglichen Aspekte und politischen Ebenen wurde es in verschiedenen Zuständigkeiten bearbeitet. Die neu geschaffene Bündelung von Aufgaben zur Qualitätssicherung in einem Referat stellt sicher, dass das – auch im hessischen Koalitionsvertrag herausgehobene – Thema umfassend und nachhaltig bearbeitet werden kann.

Neben politischen Aktivitäten auf der Bundesebene sind dabei umfangreiche Aufgabenstellungen auf der Landesebene anzugehen. Der Beitritt Hessens zum Aktionsbündnis Patientensicherheit ist dabei nicht nur ein deutliches politisches Signal, sondern zeigt den Willen, aktiv am Thema Patientensicherheit mitzuwirken. Im Rahmen des nach dem hessischen Koalitionsvertrag zu erarbeitenden Qualitätskonzepts gilt es nun, die unterschiedlichen Akteure des Gesundheitswesens darauf zu verpflichten, Qualität und Patientensicherheit zu einer gemeinsamen Daueraufgabe werden zu lassen.

Patientensicherheitsaspekte werden im nächsten hessischen Krankenhausplan eine wichtige Rolle einnehmen und sich in verschiedenen Fachkonzepten wiederfinden; beispielhaft wäre das Thema „Sturzprävention“ in Geriatrie-Konzepten

13 www.simparteam.de, www.aps-ev.de.

14 www.aps-ev.de.

oder „Simulationstrainings“ in der Notfallversorgung zu nennen. Weitere Maßnahmen zur Patientensicherheit, die teilweise deutlich unterschätzt werden, betreffen Sprach- und Kommunikationsprobleme. Der zunehmende Fachkräftemangel erfordert einen permanenten Zuzug von Menschen aus anderen Ländern mit anderen Kulturen. Hinsichtlich der Patientensicherheit genügt es dabei aber nicht, wenn neue Mitarbeiter durch Sprachzertifikate ihre Sprachkenntnisse nachweisen können.

Es muss vielmehr im Bereich der Medizin und der Pflege eine Struktur entwickelt werden, die die Fachkräfte aus anderen Ländern und Kulturen ausreichend auf Alltagssituationen im medizinischen Bereich vorbereitet. Kulturelle Unterschiede führen nicht nur zu Missverständnissen und Konflikten innerhalb von Berufsgruppen, sondern auch zwischen Patienten und Pflegekräften oder Ärzten. Verständnis für kulturelle Unterschiede und daran angepasste Kommunikation kann die Patientensicherheit erhöhen.

Viele Krankenhäuser sind in diesem Bereich bereits vorbildlich aktiv und bieten Kommunikations- und Sprachtraining an, die sich neben der Sprache auch mit kultursensiblen Umgang mit Patienten befasst; es geht aber darum, dies auch in den Arbeitsalltag aller Kliniken zu integrieren.

Es wird in Zukunft immer mehr darauf ankommen, sich den Problemen gemeinsam zu stellen und Lösungen zu erarbeiten. Bereits bestehende vorbildliche Projekte müssen bekannt gemacht werden und Expertise muss geteilt werden. Bestehende Informationen müssen zielgruppenorientiert aufbereitet und bereitgestellt werden. Patienten haben ein anderes Bedürfnis nach Informationen als Entscheidungsträger in Kliniken, Landkreisen oder regionalen Gesundheitskonferenzen. Nur wenn über alle Sektoren hinweg Lösungen erarbeitet und diese auch durch flankierende krankenhausesplanerische Regelungen durchgesetzt werden, kann ein wirklicher Nutzen für die Patienten entstehen.

11.7 Weiterer bundesrechtlicher Handlungsbedarf

Auch wenn all die bereits bestehenden und künftig beabsichtigten Instrumente richtig und notwendig sind, besteht ein großes Manko: Es ist kaum möglich, dauerhafte Schlechtleistung festzustellen, noch weniger, daraus oder aus einer Weigerung, innovative Konzepte umzusetzen, wirkliche krankenhausesplanerische Konsequenzen abzuleiten. Eine Beschränkung oder gar ein Entzug des Versorgungsauftrags ist angesichts der derzeitigen Regelungen im KHG und der daraus folgenden Rechtsprechung nicht durchsetzbar.

Qualitätsaspekte sollen nach dem Koalitionsvertrag der Großen Koalition auf Bundesebene künftig im Vergütungssystem und auch in der Krankenhausplanung eine deutlich größere Rolle spielen als bisher. Hierzu sind einschneidende Veränderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen erforderlich. Die grundlegenden Normen des KHG unterstützen derzeit weder eine qualitätsorientierte Finanzierung noch eine wirklich qualitätsorientierte Planung, dies beginnt schon beim derzeitigen Wortlaut der §§ 1 und 6 KHG. Auch das Verfahren des „strukturierten Dialogs“ im Rahmen der Qualitätssicherung ist zurzeit nicht darauf vorbereitet, qualitätsorien-

tierte Planungsprozesse umzusetzen. Dazu dauert das Verfahren zu lange und es ermöglicht momentan noch nicht die im Rahmen der Krankenhausplanung nötige systemische, d. h. über Einzelleistungen hinausgehende, Betrachtung. Im Rahmen der Bund-Länder-AG zur Reform der Krankenhausfinanzierung wird man auch hierzu Lösungen finden müssen, um Qualität künftig zur herausragenden Planungskomponente machen und notwendige – auch einschneidende – Entscheidungen treffen zu können. Die möglichen Lösungsansätze sollen allerdings an dieser Stelle nicht vertieft werden, da die Beratungen der Bund-Länder-AG, an denen die Verfasser maßgeblich mitwirken, zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Artikels noch nicht abgeschlossen sein werden. Allen Skeptikern sei jedoch gesagt: Diese Bund-Länder-AG arbeitet wesentlich sach- und zielorientierter, als viele ihr das zutrauen.

11.8 Fazit

Eine wirklich stringent an Qualität orientierte Krankenhausplanung ist unter dem heutigen Rechtsrahmen möglich, aber auf der Ebene der einzelnen Klinik nur schwer umsetzbar. Die Zeit ist gekommen, den rechtlichen Rahmen so zu verändern, dass die Patienten noch besser versorgt werden, als dies aktuell schon der Fall ist. Dazu gehören Transparenz und Konsequenz. Veränderungen von bundes- und landesrechtlichen Rahmenbedingungen werden kommen, soviel ist sicher.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen. Zukunft der Krankenhausversorgung. 16. November 2007. http://www.gmkonline.de/_beschluesse/80-GMK_Umlaufbeschluss_Dez2007_Konzept_ZukunftDerKrankenhausversorgung.pdf (23. September 2014).
- Augurzky B. Krankenhaus Rating Report 2014. Heidelberg: medhochzwei 2014.
- Beivers A. Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse. Bern: Peter Lang 2010.
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie. Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung. 2., erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme 2012.
- Hessisches Sozialministerium, Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. Allgemeiner Teil. www.hsm.hessen.de/Gesundheit/Krankenhauswesen.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. [www.dkgev.de/Geschäftsbereiche/Finanzierung und Planung](http://www.dkgev.de/Geschäftsbereiche/Finanzierung%20und%20Planung).
- IGES-Institut GmbH. G-DRG-Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG, Endbericht des 3. Forschungszyklus. www.g-drg.de/cms/content/view/full/4094 (23. September 2014).
- Kolb T. Morbiditätsorientierte Krankenhausplanung am Beispiel des Landes Hessen. Herzogenrath: Shaker 2008.
- Metzner J. Einfluss auf die Krankenhausplanung. In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg) Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmungen und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer 2009; 391–402.

- Metzner J. Krankenhausplanung; aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen. In: Doelfs P, Goldschmidt AJW, Greulich A, Preusker U, Rau F, Schmid R (Hrsg) Management Handbuch DRG-plus. Heidelberg. medhochzwei 2011
- Metzner J. Krankenhausplanung – wie kann man Qualitätskriterien einbauen. Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S) 2012; 25–31.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA). Krankenhausplan 2015. www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/krankenhaeuser/krankenhausplan_NRW_2015/index.php (23. September 2014).
- Porter M, Guth C. Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Heidelberg: Springer Gabler 2012
- Rennert K. Die Auswahl unter mehreren geeigneten Krankenhäusern bei der Aufnahme in den Krankenhausplan und ihre gerichtliche Kontrolle. In: Düsseldorfer Krankenhausrechtstag 2010. Aktuelle Entwicklungen im Krankenhausrecht. Stuttgart: Boorberg 2011
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. www.dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf (23. September 2014).