

Krankenhausfinanzierung und Bedarfsplanung**Schon wieder wird
der Reformbedarf beschworen**

Noch zu Beginn der siebziger Jahre wurde die gesetzlich neu installierte Krankenhausreformgesetzgebung (Neuordnung der Krankenhausfinanzierung und der stationären Bedarfsplanung) von amtlicher Seite und nach der Lesart mancher euphorischer Gesundheitspolitiker als „Jahrhundertgesetz“ gefeiert. Offenbar sind die Gesetzeswerke auf wenig soliden Fundamenten gebaut worden und kurzlebiger, als es sich die Gesetzesschmiede ursprünglich vorstellten.

Nachdem das „Krankenhausfinanzierungsgesetz“ (KHG) von 1972 nach dreimaligem Anlauf durch das „Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz“ (KHHG) vom 22. Dezember 1981 um einige weitere interventionistische, aber keineswegs grundsätzlich neuen Elemente ergänzt und revidiert worden ist, wird jetzt von verschiedenen Seiten und aus höchst unterschiedlicher Interessenlage lebhaft ein immenser Reformbedarf auf diesem Sektor beschworen.

Sosehr sich in den vergangenen Jahren die Fronten über den ordnungspolitischen Ansatz einer Revision der Krankenhausfinanzierung und -planung zwischen den Beteiligten verhärtet haben, so scheint sich inzwischen eine Konvergenz der Interessenlagen abzuzeichnen. Bemerkenswerterweise sind auch bei der Ministerialbürokratie des für die Gesetzgebung zur Krankenhausfinanzierung des Bundes zuständigen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung Kurskorrekturen und Meinungsumschwünge zu verzeichnen. Zumindest gibt es Andeutungen dafür, daß unter der Ägide des neuen Bundesarbeitsministers Dr. Norbert Blüm das bisher „Erreichte“ weitaus kritischer beurteilt wird als noch unter der verflochtenen sozialliberalen Regierungskoalition. Ministerialdirektor Albert Holler, Leiter der Abteilung „Gesundheit und Krankenversicherung“ im Hause Blüm und bereits 1976 zuständig geworden für Fragen der Krankenhausfinanzierung hat erst kürzlich bei einer fulminanten Expertentagung der Internationalen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e. V. in Mainz

(am 10. und 11. Dezember 1982) durchblicken lassen, daß sein Ministerium mit einer grundlegenden Revision des geltenden Finanzierungs- und Planungssystems im Krankenhauswesen spekuliert. Aus den Aussagen Hollers lassen sich bemerkenswerterweise gewisse Berührungspunkte zu den seit langem angemeldeten und im Dezember 1982 erneuerten Forderungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und auch der Ärzteschaft (insbesondere der Bundesärztekammer und des Marburger Bundes) feststellen. An einigen „Grundfesten“ will er aber offenbar nicht gerüttelt wissen.

Holler reklamierte im Gleichklang mit den Darlegungen des Bremer Gesundheitssenators und Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft für Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, Herbert Brückner, die Krankenhausbedarfsplanung als eine *essentielle öffentliche Aufgabe*; die wesentlichen, bisher angewandten Prinzipien müßten beibehalten und zu einem „durchstrukturierten Gesamtsystem der Versorgungsplanung“ ausgebaut werden. Allerdings, so die neuerliche Einsicht Hollers, müsse sich die öffentliche Bedarfsplanung weitgehend auf eine *Rahmenplanung* beschränken. Den unmittelbar beteiligten und betroffenen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie den Krankenkassen müßten taugliche Mittel an die Hand gegeben werden, um die Gesundheitsversorgung selbstverantwortlich zu organisieren und das Angebot an Leistungen mittelbar und unmittelbar zu steuern. Sosehr der Ministerialbeamte bereit war, zuzugeben, daß der ur-

Krankenhausfinanzierung/Bedarfsplanung

Tabelle 1: Förderungsfähige Aufwendungen der Länder und Finanzhilfen des Bundes nach dem KHG 1972 bis 1980 (in Millionen DM)

Jahr	gezahlte Finanzhilfen des Bundes	Anteil des Bundes an den Landesaufwendungen (in Prozent)
1972	465,7	46,7
1973	971,9	30,4
1974	969,3	27,6
1975	879,5	25,7
1972–1975	3 286,4	29,5
1976	982,6	27,8
1977	915,1	28,2
1978	785,2	21,7
1976–1978	2 682,9	25,8
1979 ¹	740,4	20,0
1980 ¹	720,9 ²	18,1
Summe	7 430,6	25,5

¹ Vorläufige Zahlen
² Ohne Zuweisungen nach § 23 Abs. 2 KHG
Quelle: vgl. Tabelle 2

sprünglich intendierte staatliche Planungsperfektionismus nicht machbar ist, viele Fehlallokationen, Überkapazitäten und Versorgungsengpässe in einigen Spezialgebieten zu verzeichnen sind, falsche Prioritäten gesetzt wurden und das Angebot zu wenig differenziert ist, so sehr hob Holler selbstlobend auch die quantitative Dimension der öffentlichen Investitionsförderung durch Bund, Länder und Gemeinden hervor: Von 1972 (dem Inkrafttreten der neuen Krankenhausgesetzgebung) bis 1980 haben Bund und Länder rund 30 Milliarden DM aufgebracht; 1981 flossen in die Investitionsförderung weitere vier Milliarden DM (vergleiche Tabellen 1 und 2).

Für die laufenden Betriebskosten brachten die gesetzlichen Krankenkassen 1981 mehr als 27,3 Milliarden DM auf. Die private Krankenversicherung steuerte ebenfalls ein erkleckliches Sümmchen bei: rund 3 Milliarden DM (auch als gesetzlich dazu auserkorener Subventionsgeber bei der Pflegegesetzgestaltung im „Komfortbereich“)!)

Analytische Bettenformel wenig brauchbar

Auf der Grundlage dieser „dualen“ Finanzierung ist eine Krankenhausplanung vollzogen worden, die den Bedarf an Krankenhausbetten nach einer in allen Bundesländern angewandten sogenannten *analytischen Bettenformel* (Krankenhausbedarf = Einwohnerzahl × Krankenhaushäufigkeit × Verweildauer: Bettennutzung × 1000 × 365 Tage) definiert. Allerdings hat die Steuerung des Angebots mit Hilfe des „goldenen Zügels“ nicht überall und immer funktioniert; „Bettenberge“ werden allerorten beklagt.

Daß 16 000 Betten in den letzten sieben Jahren in der bundesdeutschen Krankenhauslandschaft stillgelegt wurden, hat kaum kostenstabilisierend gewirkt.

Versorgungsnotwendige, bürger-nahe kleinere, aber dennoch effizient arbeitende Krankenhäuser wurden vorschnell zugunsten größerer Häuser und Mammutkliniken geschlossen. Hinzu kommt, daß die Investitionsförderung der rund

Tabelle 2: Förderungsfähige Aufwendungen der Länder nach dem KHG 1972 bis 1980 (in Millionen DM)

Jahr	Schleswig-Holstein	Hamburg	Niedersachsen	Bremen	Nordrhein-Westfalen	Hessen	Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	Bayern	Saarland	Berlin (West)	Summe
1972	22,2	41,7	139,0	18,5	356,7	95,6	122,7	24,1	105,5	22,5	49,0	997,5
1973	94,4	162,7	318,7	111,1	871,2	304,7	211,8	386,2	419,0	51,5	269,0	3 200,3
1974	116,6	120,2	321,5	85,6	941,6	352,8	210,2	558,3	494,5	61,8	250,1	3 513,2
1975	119,5	113,2	304,1	104,5	898,8	260,6	195,4	512,7	636,7	53,9	223,5	3 422,9
1972–1975	352,7	437,8	1 083,3	319,7	3 068,3	1 013,7	740,1	1 481,3	1 655,7	189,7	791,6	11 133,9
1976	138,7	96,8	362,8	87,7	992,7	260,4	198,6	554,0	518,4	63,8	265,3	3 539,2
1977	97,4	84,8	293,4	78,4	907,3	261,0	209,6	544,9	465,2	60,8	238,3	3 241,1
1978	96,6	102,8	337,3	60,0	984,7	325,7	201,8	519,0	680,9	62,6	240,7	3 612,1
1976–1978	332,7	284,4	993,5	226,1	2 884,7	847,1	610,0	1 617,9	1 664,5	187,2	744,3	10 392,4
1979 ¹	95,8	96,9	243,4	52,8	1 021,1	300,6	221,5	504,3	730,0	60,6	358,8	3 685,8
1980 ¹	107,9	109,7	297,0	45,3	1 005,5	324,1	260,2	533,2	860,0	54,8	377,7	3 975,4
Summe	889,1	928,8	2 617,2	643,9	7 979,6	2 485,5	1 831,8	4 136,7	4 910,2	492,3	2 272,4	29 187,5

¹ Vorläufige Zahlen
Quelle: Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 1980 – Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn

Krankenhausfinanzierung

3200 bundesdeutschen Hospitäler infolge immer knapper werdender verfügbarer öffentlicher Haushaltsmittel begrenzt war und ist. Zwar ist es richtig, wie Holler feststellte, daß das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt hat und das damalige Betriebskostendefizit in Höhe von mehr als zwei Milliarden DM (pro Jahr) abgebaut wurde, doch konnte es nicht ausbleiben, daß gerade in den letzten Jahren allein bei den kommunalen Krankenhäusern erneut Betriebskostendefizite in Höhe von einer halben bis einer Milliarde DM auftraten. Viele Krankenhäuser wurden dadurch auf die Einbahnstraße des Verlustes manövriert.

Holler verkündete in Mainz kein Geheimnis mit der Bemerkung, daß sich die öffentlichen Haushalte zunehmend ihren finanziellen Verpflichtungen entzogen haben. Vor allem der Bund hat sich von dem ursprünglich beabsichtigten Ein-Drittel-Anteil an der öffentlichen Finanzierungsförderung absentiert und sich sukzessive aus der ihm gesetzlich obliegenden Finanzierungsverantwortung herausgestohlen, so daß heute weniger als 20 Prozent aus diesen Quellen fließen.

Eine lange Mängelliste

Bemerkenswert offen umriß Holler vor der Mainzer Expertentagung die Mängelliste bei der Krankenhausfinanzierung und Bedarfsplanung, indem er zugleich eine Reihe konkreter Abhilfemaßnahmen andeutete oder konkret umriß. Es sei aber kein Anlaß, von einer „krisenhaften“ Situation zu sprechen. Im Gegenteil: Dem deutschen Krankenhauswesen bescheinigte Holler ein hohes quantitatives und qualitatives Niveau. Was der Bonner Ministerialbeamte aber aussparte: die im internationalen Vergleich (Niederlande!) extrem hohe „Bettendichte“ pro Einwohner, die im teuersten Sektor des Gesundheitswesens besonders gra-



Eine hochkarätige Expertentagung der Internationalen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e. V. in der Akademie der Wissenschaften und Literatur in Mainz (am 10. und 11. Dezember 1982) lotete das brisante Thema „Bedarf und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen“ aus
Fotos (2): Clade

vierend zu Buche schlägt. Die mit dem erheblichen Ressourcenverbrauch in den letzten zehn Jahren einhergehende zu hohe Bettenkapazität ist nach Hollers Interpretationen aber weniger eine Frage des ordnungspolitisch „richtigen“ Planungssystems als vielmehr eine Folge der demographischen Entwicklung und der durch die gesamtwirtschaftlich veränderte Leistungsfähigkeit hervorgerufenen Friktionen. Dadurch entstanden Anpassungsprobleme gerade im stationären Sektor, die nun immer mehr drücken und einen ungebremsten Kostenschub verursachen. Hinzu kommt, daß die Gesetzgebung in diesem Bereich infolge der politischen Gewichtsverlagerung mit erheblichen Schwierigkeiten und Reibungen vor allem zwischen Bund und Krankenhäusern auf der einen und den Ländern auf der anderen Seite verbunden war. Nach den negativen Erfahrungen der Vergangenheit und dem kräftezehrenden Kompetenzgerangel hat es jetzt den Anschein, daß eine nüchterne Betrachtung der Lage einkehrt und die divergierenden Interessen sich zumindest aufeinander zu bewegen.

Für Holler resultiert aus folgenden Mängeln ein „Reformbedarf“ bei der Krankenhausfinanzierung und -planung:

1. Künftig müssen die Folgekosten mehr als bisher bei den Pla-

nungsentscheidungen dieses sowohl anlagenintensiven als auch personalkostenintensiven Sektors berücksichtigt werden. Allen bisherigen Erfahrungen zufolge erreichen die Folgekosten bereits nach drei bis fünf Jahren im stationären Sektor die Höhe der Erstinvestitionskosten.

2. Die bereits in der Krankenhaus-Kostendämpfungsnovelle vom 22. Dezember 1981 verankerten verstärkten Mitspracherechte der Zahlungspflichtigen und ihrer Verbände bei der Planung der Krankenhäuser sollte konsequent fortgesetzt werden. Bisher sei es nicht gelungen, die Mitwirkung der Krankenhäuser und Krankenkassen bei der staatlichen Planung durch einen entsprechenden verstärkten Einfluß bei der nachfolgenden Umsetzung der Planung, bei der Aufstellung der Investitionsprogramme zu effektivieren. Holler stellte zur Diskussion, ob das bisher auf ein bloßes *Anhörungsrecht* bei der Aufstellung der Jahresinvestitionsprogramme (§ 6 a KHG) begrenzte Einflußvermögen der Kostenträger künftig in ein stärkeres *Mitwirkungsrecht* umgewandelt werden solle. Je mehr ein revidiertes Finanzierungssystem das finanzielle Engagement der Kostenträger (etwa: Krankenkassen und/oder Krankenhäuser) erhöht, desto mehr sollten sich die staatlichen Organe und Aufsichtsbehörden aus diesem Sektor zurückziehen. Eine

Krankenhausfinanzierung/Bedarfsplanung

Entstaatlichung des Krankenhausbereiches dürfe aber nicht mit einer Privatisierung gleichgesetzt werden, da auch dies nicht weiterhelfen würde, meinte Albert Holler.

3. Die bisher angewandte analytische Bettenbedarfsformel hat sich nach der Erkenntnis des Ministerialbeamten nicht bewährt. Sie ist methodisch auch nicht vertretbar, da dadurch die vorhandene Struktur der stationären Versorgung festgeschrieben werde. Die Bedarfsermittlung ausschließlich nach der Größe „Planbett“ lasse zudem auch keine Rückschlüsse auf die Erstellung der Krankenhausleistung zu, weil diese Norm und Richtgröße die erheblichen Effizienzunterschiede zwischen den einzelnen Hospitälern unberücksichtigt lasse. Mit dieser Kritik befindet sich Holler in bemerkenswerter Übereinstimmung mit den Forderungen der Bundesärztekammer, die seit langem aussagekräftigere Leistungsparameter für den stationären Sektor gefordert hat.

Hollers weitere Interpretationen: Die bisherige Bedarfsmittelformel ist nicht instande, rechtzeitig einen bestehenden *fachlichen Fehlbedarf* zu erkennen, da dieser nicht aus den gängigen Parametern wie etwa der Krankenhaushäufigkeit oder der Verweildauer ableitbar ist. Zudem läßt die Formel nur einen geringen Spielraum, um auch kostensparende Alternativen zur heute praktizierten stationären Behandlung zu berücksichtigen. Holler befürwortet deshalb, den *primären Krankenhausbedarf* an Morbiditätszahlen zu orientieren und ihn nach Fallgruppen zu gliedern. Dadurch ließe sich die stationäre Bedarfsplanung besser mit der Planung im ambulanten Bereich abstimmen und verzahnen und die Investitionslenkung und den Einsatz der „Produktionsfaktoren“ (Personal, Bauten, Geräte und Betten) effizienter gestalten.

4. Die *Bedarfspläne der Länder* sollen, so Holler, künftig nach ein-

heitlichen Kriterien konzipiert und auf vergleichbare Zeiträume abgestellt werden. Bisher ist dies nur schwer oder gar nicht möglich. So werden bei der Planung unterschiedliche Bedarfsdeterminanten verwandt, und es fehlen vielfach Angaben zu den nicht in den Bedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern nach § 371 RVO. Zudem unterscheiden sich die Be-



Ministerialdirektor Albert Holler, Leiter der Abteilung „Gesundheit und Krankenversicherung“ im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn (im Vordergrund), wartete bei der Mainzer Expertentagung mit provozierenden Thesen zur Krankenhausfinanzierung und Bedarfsplanung im stationären Sektor auf. Im Hintergrund (v. l. n. r.): Hans Sitzmann, Geschäftsführer des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern, München; Dr. jur. Kurt Friede, Geschäftsführer des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Essen

darfspläne der Länder hinsichtlich der Vollzugsverbindlichkeit und der zeitlichen Abwicklung.

5. Wegen der erheblichen methodischen Mängel der Krankenhausbedarfsplanung läßt sich kein einheitliches Versorgungsniveau in den Bundesländern schaffen, was aber allein schon vom Grundgesetz her geboten wäre.

6. Eine weitere provokante These Hollers: Die staatliche „Informations- und Konsenskapazität“ für die Beurteilung und Lösung „komplexer Problemzusammenhänge“ reicht nicht aus. Im gegenwärtigen Ordnungsrahmen ist der Staat durch diese Aufgabe vielfach überfordert. So werden sowohl die Grundsätze und Ziele als auch einzelne Elemente der Krankenhausplanung zwischen den Betroffenen und Beteiligten sehr unterschiedlich interpretiert und akzentuiert (Prioritätensetzung, Akzeptanz und Vollzugsverbindlichkeitsgrad).

„Offenes“ Planungssystem

Um Ungleichgewichte in der Versorgung zu vermeiden und die an der Tagesordnung stehenden „Pressionen“ verschiedener politischer Gruppen abzubauen, schlägt Holler vor, ein „*offenes Planungssystem*“ unter Einbeziehung eines eigenverantwortlichen Verhandlungsspielraumes zu installieren und gesetzlich abzufangen. Der Staat sollte sich darauf beschränken, den Krankenhauträgern *Bedarfsdaten* vorzugeben und die Träger von Angebots- und Nachfrageentscheidungen in einem System von Anreizen und Sanktionen an den ökonomischen Konsequenzen ihrer Entscheidung zu beteiligen. „Auf diese Weise könnte die Krankenhauswirtschaft von dem gegenwärtig hohen *externen* Druck zur Kostendämpfung befreit werden und durch ein eigenes internes Steuerungssystem zur optimalen Leistung kommen.“

► Genau in diese Richtung zielen auch die Thesen, die der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) am 8. Dezember 1982 an die Öffentlichkeit richtete: Installierung von mehr marktwirtschaftlichen Elementen in der Krankenhausfinanzierung; Bezahlung der wirtschaftlich erbrachten Krankenhausleistungen durch echt kalkulierte Entgelte; Beseiti-

Krankenhausfinanzierung/Bedarfsplanung

gung des Dirigismus und Interventionismus bei der Krankenhausplanung und Investitionsmittelvergabe; Erweiterung der Entscheidungsfreiheit der Krankenhäuser zugunsten einer an betriebswirtschaftlichen Grundsätzen und am Bedarf für stationäre Leistungen ausgerichteten Betriebsführung u. a.

7. Ökonomische, soziale und medizinische Meßziffern des Krankenhausbereichs sollten auf die Gesundheitsversorgung abgestellt und die gesamte soziale Infrastruktur in ein Gesamtsystem der Versorgungsplanung einbezogen werden, die die sektorale Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Bereich nicht weiter segmentiert, sondern integriert. Erfolgversprechende Anfänge wurden vor geraumer Zeit in Berlin gemacht (Stichwort: Sozialstationen; Pflegeheime, Krankenhausverbundwirtschaft).

8. Die Krankenkassen sollen wesentlich stärker als heute in die Gesamtverantwortung für das Funktionieren der Krankenhausversorgung eingebunden werden, konsequenterweise auch in finanzieller Hinsicht (Holler).

9. Das Krankenhaus sollte in die Lage versetzt werden, seine Betriebsführung selbstverantwortlich zu gestalten. Die staatliche Bestimmung betrieblicher Funktionen durch Anordnungen und Überwachungen sollte zurückgedrängt werden. Allerdings wäre es nach Holler verfehlt, den Krankenkassen künftig anstelle des Staates diese Rolle zu übertragen. Wenn die unmittelbar Beteiligten, die Krankenkassen, Krankenhäussträger, Ärzte und andere, in die Gesamtplanung einbezogen würden, könnten die negativen Folgen einer Fehlplanung eher aufgefangen und ausgeglichen werden.

Allerdings darf diese Umpolung zu mehr Selbstgestaltung und Eigenverantwortung nicht wie bisher dazu führen, daß die Selbstverwaltung die Mängel schludrig verfaß-

ter Gesetze im nachhinein wieder „ausbügeln“ muß.

10. Die stationäre und ambulante Bedarfsplanung soll die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung beachten und gleichzeitig durch die Einbeziehung von Pflegeeinrichtungen, Sozialstationen und anderen Institutionen der sozialen Infrastruktur zu einer umfassenden sozialen Gesamtversorgungsplanung erweitert werden.

Körperschaften als Alternative?

Ob es sinnvoll ist, den Krankenhausesellschaften der Bundesländer ähnlich wie den Kassenärztlichen Vereinigungen den Status von Körperschaften öffentlichen Rechts zu verleihen und ihnen konsequenterweise auch den Sicherstellungsauftrag für den stationären Sektor analog dem

ZITAT

Ein Fehlschlag

„Die ganze Kostendämpfungsgesetzgebung seit 1977 war ein Fehlschlag. Man sollte darüber aber den Mantel der Nächstenliebe deken, wenn der Gesetzgeber in Zukunft hier mehr Enthaltensamkeit üben würde. Wenn die gesetzlichen Krankenkassen von sach- und systemfremden Leistungen entlastet werden würden, könnte man den allgemeinen Krankenversicherungsbeitrag um mindestens drei Prozentpunkte senken.“

Hans Sitzmann, Geschäftsführer des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern, München, anlässlich eines Experten-Forums der Internationalen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e. V. am 11. Dezember 1982 in Mainz

ambulanten Bereich zu übertragen, klang bei der Mainzer Veranstaltung sowohl beim Diskussionsforum als auch im Dialog mit den Experten an. Holler erinnerte an den von seinem Ministerium bei einem früheren Novellierungsversuch (vergeblich) unterbreiteten Vorschlag in dieser Richtung.

Der sozial- und gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, Hansheinrich Schmidt (Kempten), München, sieht darin einen diskussionswürdigen Vorschlag, der weiter erörtert werden sollte. Auch ein weiterer Vorschlag zur Entstaatlichung des Krankenhauswesens, der bereits vor mehr als zehn Jahren von Prof. Dr. rer. pol. Philipp Herder-Dorneich, Ordinarius für Sozialpolitik an der Universität Köln, und dem Hartmannbund publik gemacht wurde, kreuzte bei der Mainzer Tagung auf: Freiberuflichkeit auch für Krankenhausärzte – bei durchgängiger Versorgung und freier Arztwahl – über die Gründung von speziellen „Krankenkassenärztlichen Vereinigungen“.

Ob dieser unkonventionell klingende, aber in seiner rechtlichen, ordnungspolitischen und finanziellen Dimension noch nicht gründlich erörterte Vorschlag im Zuge der Reformdebatte fröhliche Urständ feiern wird, dafür gab es in Mainz noch keine Hinweise. Jedenfalls dürfte der Protokollband der hochkarätigen Tagung der Internationalen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (erscheint voraussichtlich Ende Mai 1983 im Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, unter dem Titel „Bedarf und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen“) eine Menge Anregungen und Zündstoff für die politische Diskussion bieten.

In Kreisen der CDU wird bereits erwogen, dem neuen Deutschen Bundestag eine 22köpfige Expertenkommission zur Revision der Krankenhausfinanzierung und -bedarfsplanung vorzuschlagen.

Dr. Harald Clade