

## **ARNOLD/KLAUBER/SCHELLSCHMIDT Krankenhaus-Report 2002**

---

Beitrag von Dr. Ernst Bruckenberger  
Kurzfassung:

### **Wettbewerb und Planung**

In Deutschland gibt es nicht nur eine seit Jahren stereotyp beklagte doppelt besetzte Facharztschiene, sondern auch ein doppelt besetztes Ordnungssystem. Dabei werden von der Marktwirtschaft allerdings nur die wettbewerblichen Begriffe und Thesen entliehen, von der Daseinsvorsorge jedoch nach wie vor die ungebremte Neigung zur Reglementierung und das damit verbundene reale Verhalten übernommen. Hier die Worte, dort die Taten.

Im Ergebnis führte dies systemimmanent dazu, dass bei einem vorgegebenen Deckel (Beitragssatzstabilität) der Verwaltungsaufwand für das Gesundheitssystem zu Lasten der Beschäftigten (Leistungsverdichtung) bei dennoch steigenden Ausgaben und wachsendem Frust ununterbrochen zunimmt und für die Behandlung der Patienten selbst immer weniger Mittel übrig bleiben. Mit der angestrebten „Rahmenplanung“ wird der Verwaltungsaufwand ein weiteres Mal nicht reduziert, sondern sogar exponentiell gesteigert.

Die völlig unzureichende öffentliche Investitionsförderung für die Krankenhäuser führt gleichzeitig zu einer drastisch abnehmenden Akzeptanz und Realisierungsmöglichkeit von staatlichen Planungsentscheidungen und zu einer sich beschleunigenden unstrukturierten Privatisierung verbunden mit einer zunehmenden Zweiklassen-Medizin. Ohne eine mittelfristige Planungssicherheit und einer ausreichenden Investitionsquote kann man weder, wie gefordert, die Angebots- und Ablaufstrukturen verbessern noch vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven wecken.

Unter den gegebenen widersprüchlichen rechtlichen und (un)ordnungspolitischen Vorgaben ist eine zukunftsfähige Entwicklung des deutschen Krankenhauswesens als wesentlicher Teil eines funktionierenden Gesundheitssystems in Frage zu stellen.

Dr. Ernst Bruckenberger  
Hitzackerweg 1a  
30625 Hannover  
November 2002

# Wettbewerb und Planung

Ernst Bruckenberger

## Ordnungspolitischer Wettstreit

Die Begriffe Wettbewerb und Planung spiegeln die Kernelemente der ordnungspolitischen Gegenpole Marktwirtschaft und Daseinsvorsorge wider. Wesentliches Merkmal der Marktwirtschaft ist der Wettbewerb, bei der Daseinsvorsorge ist es die staatliche Planung. Wettbewerb als Kernelement der Marktwirtschaft ist ein rational selektierendes Expansionsinstrument und kein Verknappungsmittel. Die durch den Wettbewerb im Gesundheitswesen erzielbare betriebswirtschaftliche Kostensenkung führt nicht zwangsläufig gesamtwirtschaftlich zu einer Ausgabenreduzierung für die Krankenkassen und einer gleichmäßigen Angebotsstruktur. Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern hat aus deren Sicht nicht das Ziel, die Ausgaben der Krankenkassen zu reduzieren, sondern durch Innovation, Selektion und vergleichsweise geringere betriebswirtschaftliche Kosten zu Lasten der Mitbewerber Gewinn bringend expandieren zu können. Ebenso gibt es keinen Wettbewerb der Krankenkassen um die Gunst von Versicherten oder Patienten schlechthin, sondern nur um den erwünschten Versicherten bzw. Patienten und das ist derjenige mit dem geringsten Krankheitsrisiko.

Dennoch, je mehr Erfolge die Marktwirtschaft, zumindest gemessen an dem herrschenden Weltbild und möglicherweise nur kurzfristig zu verzeichnen hat, desto weniger wird sich ein so wichtiger Teil der Volkswirtschaft wie das Gesundheitswesen den Regeln und den Mechanismen des Marktes verschließen können. Diese Feststellung gilt auch für Krankenhäuser. Nach herrschender Auffassung kann dadurch ihre Wirtschaftlichkeit und Effizienz verbessert werden.

Nicht wenige Anhänger der Marktwirtschaft gehen davon aus, dass die Sozialpolitik grundsätzlich Markt und Wettbewerb behindert. Übersehen wird dabei, dass soziale Sicherheit auch denen einen Vorteil bietet, die nie Leistungen in Anspruch nehmen: Ihr Schutz und der Schutz ihrer Familie erlaubt es ihnen, größere persönliche Risiken einzugehen. Und dass sie risikofreudiger sein können, nutzt dem Markt und damit im Ergebnis allen. Die jahrzehntelange Gewöhnung an stabile Sicherungssysteme lässt oft vergessen, wie fundamental soziale Sicherheit für den Einzelnen und für den Erhalt des sozialen Friedens ist.

## Die sozial- und gesundheitspolitische Strategie der EU

### Der Regelfall in der EU ist Wettbewerb

Die EU ist im Begriffe, systematisch und dynamisch alle Bereiche der „öffentlichen Daseinsvorsorge“ zu deregulieren und zu liberalisieren. Einzig die Sozial- und Gesundheitssysteme blieben bisher ausgenommen. Binnenmarkt, Euro und EU-Erweiterung üben folgerichtig systemimmanent einen wachsenden Druck auf die einzelstaatlichen Sozialordnungen aus. Eine erfolgreiche europäische Integration wird nicht unter dauerhafter, teils realitätsverweigernder Ausklammerung des Sozial- und Gesundheitsschutzes zu erzielen sein.

Der im EG-Vertrag vorgegebene Regelfall ist die wettbewerbsorientierte Wirtschaftsverfassung, wohingegen die Leistungen der Daseinsvorsorge Ausnahmetatbestände darstellen. Daraus folgt, dass es keine Gleichstellung zwischen Wettbewerb und Daseinsvorsorge gibt, vielmehr muss der Wettbewerb die Regel, nicht die Ausnahme sein. Bei einem funktionierenden Wettbewerb kann ein staatlicher Eingriff nicht mit der Daseinsvorsorge begründet werden. Wenn überhaupt wäre ein derart begründeter Regelungsbedarf nur für den Bereich der Notfallversorgung, die ausschließlich und unmittelbar dem Schutz des höchstrangigen Grundrechtes auf Leben und körperliche Unversehrtheit dient, unstreitig gegeben. Ein Marktversagen für die übrigen Bereiche des Krankenhauswesens dürfte dagegen nur schwer nachweisbar sein.

Die Beschränkung des Grundsatzes des freien Dienstleistungsverkehrs könnte vergleichsweise unter dem Gesichtspunkt eines zwingenden Grundes des Allgemeininteresses ebenfalls gerechtfertigt sein. Dies ist unter anderem dann der Fall, wenn sie erforderlich ist, um einer erheblichen Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der Sozialen Sicherheit zuvorzukommen. Die Gefährdung einzelner Teilbereiche des Gesamtsystems rechtfertigt aber noch nicht die Annahme der Gefährdung des Gesamtssystems. Auch hier liegt die Beweislast quasi bei den Wettbewerbsgegnern.

Die als „Offene Methode der Koordinierung“ bezeichnete neue sozial- und gesundheitspolitische Strategie der EU respektiert formal die nationale Gestaltungshoheit der Mitgliedstaaten. Sie übt keinerlei rechtlichen Zwang zu bestimmten Systemlösungen aus, verpflichtet aber die einzelstaatlichen Regierungen dazu, die Gestaltung ihrer Sozialsysteme permanent zu dokumentieren und sie an supranational vereinbarten Zielen, Leitlinien und Indikatoren ganzheitlich messen bzw. überprüfen zu lassen.

Dies bewirkt einen politisch verbindlichen, transnationalen Rechtfertigungszwang durch öffentlichen Vergleich im Rahmen von „best practices“ und „benchmarks“, was im Ergebnis eine „faktische europäische Parallelgesetzgebung“ einleitet und mittel- bis langfristig einen schleichenden Autonomieverlust der Einzelstaaten zur Folge haben wird. Die Erosion nationaler Gestaltungsmöglichkeiten des Gesundheitswesens in der EU zugunsten von Wettbewerbslösungen wird sich jedenfalls erfahrungsgemäß mit hoher Wahrscheinlichkeit immer schneller fortsetzen.

### Zunehmende Bedeutung des Vergaberechtes

Der europäische Gerichtshof hat festgestellt, dass ambulante ärztliche Leistungen und Krankenhausleistungen Dienstleistungen im Sinne des EG-Vertrages und damit handelbare Waren sind. Auch die Europäische Kommission geht davon aus, dass es sich bei der Krankenhausbehandlung um eine Dienstleistung im Sinne des Vergaberechtes handelt. Insofern dürfte auch das kürzlich reformierte öffentliche Vergaberecht Auswirkungen auf die Konzessionierung und Beschaffung im Bereich medizinischer Güter und Dienstleistungen haben.

Spätestens dann, wenn beispielsweise die Krankenhausplanung keine Festlegung des einzelnen Standortes und der konkreten baulichen und apparativen Vorhaltung mehr umfassen würde, sondern nur mehr unverbindliche Rahmenvorgaben welcher Art auch immer, wird das Vergaberecht bei der Verteilung der Leistungen (Fallpauschalen ?) auf die einzelnen Krankenhäuser an Bedeutung gewinnen. Der Gesetzgeber wird dann sicherlich gezwungen sein, die problematische Überlagerung krankenhausrrechtlicher, verwaltungsverfahrenrechtlicher und vergaberechtlicher Bestimmungen aufzulösen und eine praktikable Lösung anzubieten, will er nicht die Gefahr chaotische Zustände herbeiführen.

## Zentralstaatlich gelenkte Selbstverwaltung

Nach den tendenziell zu erwartenden europarechtlichen Konsequenzen gilt es nunmehr die geltenden innerstaatlichen Bedingungen für Wettbewerb und Planung im Krankenhausbereich zu analysieren. Dabei ist der in Deutschland grundgesetzlich vorgegebene Kompetenzkonflikt zwischen Bund und Ländern von entscheidender Bedeutung.

Die gesetzlichen Aktivitäten im Zusammenhang mit dem inzwischen jahrzehntelangen Bemühen um eine „Kostendämpfung“ im Gesundheitswesen münden ausnahmslos bei Vorschlägen des jeweils zuständigen Bundesministeriums, die bewirken, dass die Kompetenzen für den Krankenhausbereich mit Hilfe der Selbstverwaltung Schritt für Schritt von den Ländern auf den Bund verlagert werden. Der Weg führt dabei von der föderalistischen staatlichen Krankenhausplanung über eine parallele Kompetenz bzw. Steuerungsmöglichkeit zugunsten der Selbstverwaltung bis hin zu einer zentralstaatlich gelenkten Selbstverwaltungslösung, bei der im Hintergrund die Steuerung und Letztentscheidung durch das zuständige Bundesministerium steht. Ein vor kurzem veröffentlichtes Verfassungsrechtsgutachten von Prof. Riedel, Mannheim, bestätigt diese Einschätzung.

Der Strategie einer zentralstaatlichen Steuerung des Krankenhauses in Deutschland wird die immer mehr voranschreitende Vereinheitlichung des EG-Rechtes zusätzlich zu Hilfe kommen. Schon in der Vergangenheit war die Einigkeit unter den Ländern, sich in konkreten Fällen gegen die laufenden Zuständigkeitsverlagerungen zugunsten des Bundes zur Wehr zu setzen, zunehmend mehr von den jeweiligen politischen Mehrheitsverhältnissen in Bundestag und Bundesrat als von den tatsächlichen sachorientierten Länderinteressen abhängig.

In Verbindung mit dem von Vertretern der Krankenkassen seit Jahren geforderten „Einkaufsmodell“ würde zwangsläufig das europäische Vergaberecht zum Tragen kommen. Verbindliche quantitative und qualitative Standards sowie europaweit gültige Zertifizierungen, Messgrößen und Indikatoren wären die Folge. Erst hierdurch würden die leistungsfähigsten Gestaltungsprinzipien für eine effiziente, solidarische soziale Sicherung klar erkennbar, vergleichbar und bewertbar. Konsequenterweise würde auch der mit Hilfe eines aufwendigen Risikostrukturausgleiches angestrebte „solidarische Wettbewerb“ hinterfragt werden, ist doch die Bezeichnung „Bestandsschutz“ in diesem Zusammenhang zutreffender als „Wettbewerb“.

## Krankenhausplanung ohne ordnungspolitische Klarheit

Der Sicherstellungsauftrag als Ausfluss der Daseinsvorsorge liegt derzeit in den meisten Ländern bei den Landkreisen und kreisfreien Städten und/oder den Ländern. Er kann sich für einen Landkreis grundsätzlich nur auf den eigenen Wirkungskreis beziehen und beispielsweise nicht auf die überregionale Versorgung benachbarter Kreise.

Völlig ungeklärt ist allerdings nach wie vor, auf welchen konkreten Versorgungsauftrag bzw. welchen Leistungsumfang sich der Sicherstellungsauftrag erstreckt. Gilt er beispielsweise nur für den Bereich der Notfallversorgung, die ausschließlich und unmittelbar dem Schutz des höchstrangigen Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit dient, oder umfasst er die gesamten versicherungsrechtlichen Ansprüche auf eine vollstationäre Behandlung?

Die originäre Leistung eines Krankenhauses besteht in der vollstationären Behandlung, die als Behandlung mit ganztägiger Pflege inklusive der Übernachtung innerhalb einer stationären Einrichtung definiert ist. Zur Vorhaltung eines Krankenhauses werden im Allgemeinen die Betten, das notwendige Personal und die erforderlichen Geräte gezählt. Die Aufgabe eines Krankenhauses besteht bisher darin, im Rahmen der Daseinsvorsorge Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Es mehren sich jedoch die Zweifel, ob diese Versorgungssicherheit nur im Rahmen der Daseinsvorsorge mit Hilfe einer staatlichen Planung geleistet werden kann.

Das Fallpauschalensystem als Versuch eines leistungsgerechten Preissystems wird eingeführt, ohne dass die systemimmanenten Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und -finanzierung sowie die leistungsrechtlichen, finanziellen und datenschutzrechtlichen Wechselwirkungen mit den anderen Versorgungssektoren auch nur ansatzweise geklärt wurden.

Bei den ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgungssektoren gelten auch in den nächsten Jahren unterschiedliche Finanzierungs- und Abrechnungssysteme (monistisch, dualistisch, pluralistisch, Gebühren, Fallpauschalen, Pflegesätze, Mischformen usw.). Auch die Zulassungsvoraussetzungen für die Leistungsanbieter unterscheiden sich zwischen den verschiedenen Sektoren. Wie sollen eigentlich unter diesen Bedingungen die gleichzeitig vom Gesetzgeber geforderten integrierten Versorgungsformen erfolgreich vorangetrieben werden ?

Die Krankenhausplanung ist sektoral geprägt und wird der sich verändernden Sektoren übergreifenden und prozessorientierten Angebots- und Leistungsstruktur nicht mehr gerecht. Andererseits führt das „Denken in Leistungen“ als Folge der verstärkten Transparenz zu vergleichsweise dynamischen Verhaltensweisen im Sinne eines marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitswesens und zur Risikoselektion.

## Was wird eigentlich geplant?

### Planungsmaßstab ist der tatsächliche Bedarf

Der tatsächliche Bedarf als Maßstab für die Krankenhausplanung wird in Deutschland nach wie vor durch den versicherungsrechtlichen Anspruch des Einzelnen bestimmt. Die Entscheidung trifft jeweils der behandelnde Arzt. Sie kann vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft werden. Der Bedarf ergibt sich aus der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und die Anerkennung, d.h. die Abrechnung der Pflegetage oder Fallpauschalen durch die jeweils zuständige Krankenkasse.

Die Limitierung des tatsächlichen Bedarfs erfolgt ausschließlich durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V. Eine mengenmäßige Begrenzung der Krankenhausbehandlung (z.B. durch Wartelisten) unabhängig vom tatsächlichen Bedarf ist nicht vorgesehen. Die notwendige Angebotsstruktur zur Erfüllung der versicherungsrechtlichen Ansprüche hat sich am tatsächlichen Bedarf zu orientieren. Eine mengenmäßige Begrenzung des tatsächlichen Bedarfs bedeutet eine Einschränkung des Wettbewerbs, der freien Arzt und Krankenhauswahl und eine Verkürzung des versicherungsrechtlichen Leistungsanspruches.

Der von der Verwaltungsgerichtsbarkeit in jahrelanger Rechtsprechung geprägte leistungsrechtliche Bedarfsbegriff wird durch das Fallpauschalensystem nicht verändert. Allerdings werden künftig an Stelle der anerkannten und abgerechneten Pfl egetage bzw. der daraus resultierenden Betten die anerkannten und abgerechneten Fallpauschalen treten. Jede anerkannte und abgerechnete Fallpauschale ist unabhängig von der Höhe grundsätzlich als bedarfsgerecht anzusehen.

Mengenorientierte prospektive Rahmenvorgaben sind für den leistungsrechtlichen Individualanspruch des einzelnen Versicherten irrelevant. Der jährliche „Bedarf“ ergäbe sich ja nach dieser Auffassung aus der Summe der von den Vertragsparteien vereinbarten Leistungsmengen. Eine derartige Interpretation des „Bedarfs“ ist rechtlich nicht haltbar. Man kann zwar Vorhaltekapazitäten, nicht aber den Umfang der auftretenden Einzelansprüche verbindlich vorgeben (Wartelistenproblematik). Eine verbindliche Mengensteuerung würde voraussetzen, dass die bedarfsnotwendigen Leistungen objektiv bestimmbar und für einen bestimmten Zeitraum kalkulierbar sind. Nur so ist das subjektiv-öffentliche Recht des Versicherten auf Krankenbehandlung erfüllbar. Eine Begrenzung der Leistungen unter dem Vorbehalt der verfügbaren Mittel ist so gesehen nach der gegenwärtigen Rechtslage nicht möglich.

### Wandel des Planungsgegenstandes

Die 1973 gesetzlich vorgegebene Krankenhausplanung der Länder ging von einer Kongruenz zwischen Planungs- und Vergütungseinheit aus. Gegenstand der Planung war das Krankenhaus. Vergütungseinheit war der tagesgleiche vollpauschalierte Pflegesatz als solidarische Kostenbeteiligung des einzelnen Patienten an den Behandlungskosten unter Beachtung des Selbstkostendeckungsprinzips anstelle eines betriebswirtschaftlich ermittelten Preises. Als Folge der dualistischen Finanzierung war die Einführung des Kontrahierungszwanges im Jahre 1975 zwingend geboten, da sonst die Gefahr von Fehlinvestitionen bestanden hätte.

Die Einführung der Mischkalkulation aus Fallpauschalen, Sonderentgelten sowie anderer Vergütungsformen führte 1992 zur Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips und zur „parallelen Planungs- bzw. Steuerungskompetenz“ zwischen den Ländern und den Vertragsparteien, d.h. den Krankenhäusern und Krankenkassen und damit zumindest teilweise zur Aufhebung der Kongruenz zwischen Planungs- und Vergütungseinheit.

Mit der Anwendung des Fallpauschalensystems ab 2004 ist diese Kongruenz endgültig beseitigt, ohne dass bisher geklärt wurde, wie unter den veränderten Voraussetzungen eine effiziente und gerichtlich überprüfbare Krankenhausplanung durchgeführt werden kann oder was an deren Stelle treten soll. Offensichtlich sollen nunmehr über das Fallpauschalensystem die Ausgaben der Krankenkassen und nicht mehr die Krankenhäuser geplant werden.



Der „Bedarf“ ergäbe sich nach diesen Vorgaben nicht aus dem versicherungsrechtlichen Anspruch des Einzelnen, sondern aus dem Ergebnis der Budgetverhandlungen. So gesehen wird erkennbar, dass der „Planungsgegenstand“ seit 1973 einem schleichenden Bedeutungswandel unterworfen ist, ohne dass die Rechtsgrundlagen entsprechend angepasst worden sind.

## Rahmenplanung bzw. Leistungsplanung

Die derzeitige staatliche angebotsorientierte Krankenhausplanung (Mittelverwendungsplanung) wurde 1969 verfassungsrechtlich mit der Investitionsfinanzierung der Länder begründet und legitimiert. Es gibt bemerkenswerterweise keinerlei Planungskompetenz der Länder zur verbindlichen Gestaltung anderer Versorgungssektoren.

Das Ziel des KHG ist unverändert die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. Gegenstand der Krankenhausplanung im Rahmen der Daseinsvorsorge kann nur die Vorhaltung sein. Bei dem gegebenen dualistischen Finanzierungssystem kann sich die Krankenhausplanung nur auf die notwendigen baulich apparativen Vorhaltungen, nicht jedoch auf die darin erbrachten Leistungen beziehen. So gesehen war die bisherige Krankenhausplanung eigentlich immer schon eine Rahmenplanung, da sie den Rahmen (Vorhaltung) für die zu erbringenden Leistungen vorgab.

Die Rechtsgrundlagen für die Krankenhausplanung als angebotsorientierte Mittelverwendungsplanung zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser sind seit 1973 unverändert. Gegenstand der Krankenhausplanung war und ist das Krankenhaus. Das Krankenhaus soll wirtschaftlich gesichert werden, das Krankenhaus wird in den Krankenhausplan aufgenommen, das Krankenhaus hat Anspruch auf Förderung und wird in das Investitionsprogramm aufgenommen, der Versorgungsvertrag mit dem Krankenhaus wird gekündigt usw.

Auch die Einschränkungen der Art. 12 und 14 GG in Verbindung mit der Krankenhausplanung und -finanzierung beziehen sich auf das Krankenhaus. Nirgendwo wird im Zusammenhang mit der Länderkompetenz der Begriff Leistung verwendet; dies geschieht nur in Verbindung mit den Vertragsparteien. Eine „Leistungsplanung“ des Staates als Einschränkung der Berufsfreiheit bedürfte überdies einer gesetzlichen Regelung (gibt es derzeit nur für die Transplantationen).

Konstitutiv für die Krankenhausplanung (früher Bettenbedarfsplanung genannt) ist das Bett als Voraussetzung für die Unterbringung und damit als essentielle Voraussetzung für die Anerkennung einer vollstationären Behandlung. Für die damit in Zusammenhang stehenden Leistungen (Röntgen, OP usw.) trifft dies aufgrund des medizinischen Fortschrittes immer weniger zu, für die Fallpauschale überhaupt nicht. Sie ist nur eine jederzeit veränderbare Form der Vergütung, aber keine Leistung und kann deshalb auch nicht Gegenstand der Krankenhausplanung im Sinne des KHG sein.

Nach Meinung der Spitzenverbände der Krankenkassen sollen künftig *„Entscheidungen über Standorte, Kapazitäten oder Ausstattungen nicht mehr dem Letztentscheidungsrecht der Länder unterliegen“*. Da nach diesen Vorstellungen die Länder für die entscheidenden Vorhaltungen im Rahmen der Daseinsvorsorge nicht mehr zuständig sein sollen, der tatsächliche Bedarf an Krankenhausbehandlungen sich aber aus der Anerkennung durch die Krankenkassen ergibt, stellt sich allerdings die Frage, welchen „Rahmen“ die Länder denn eigentlich planen sollen? Rahmenvorgaben besitzen überdies keine Rechtsverbindlichkeit, sie sind nur ein Verwaltungsinternum. Entscheidend ist der Feststellungsbescheid oder der Versorgungsvertrag zwischen den Vertragsparteien, d.h. den Krankenhäusern und Krankenkassen. Klare Vorstellungen über Inhalt und rechtliche Konsequenzen einer Rahmenplanung bestehen offensichtlich nicht. Es ist wie bei dem Märchen um „Des Kaisers neue Kleider“.

## Wettbewerbsverzerrungen durch den Investitionsstau

Gleichgültig ob in Zukunft der Wettbewerb oder die Krankenhausplanung bei der Gestaltung der Angebotsstruktur ordnungspolitisch die Oberhand behält, ohne massive Investitionen in Milliardenhöhe sind die unbestritten anzustrebenden modernen integrierten Angebots- und Ablaufstrukturen kurz- bis mittelfristig nicht zu verwirklichen. Die Schere zwischen der sinkenden KHG-Finanzierung und dem Investitionsbedarf u.a. durch die steigende Kapitalintensität der Krankenhausleistungen öffnet sich immer weiter.

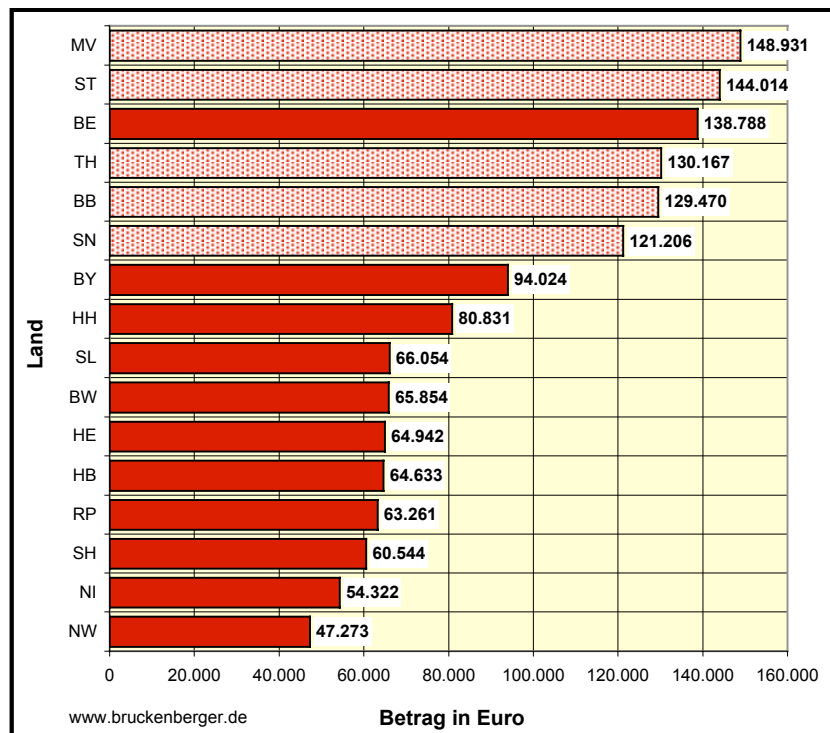
Bei den vorgesehenen bundeseinheitlichen Fallpauschalen wird deshalb schon aufgrund des höchst unterschiedlichen Bauzustandes der Krankenhäuser einerseits und der Haushaltslage der Länder andererseits bei Beibehaltung der dualistischen Finanzierung die dadurch auftretende Wettbewerbsverzerrung für die betroffenen Krankenhäuser Existenz gefährdende Ausmaße annehmen.

Die folgenden Abbildungen 1 und 2 bieten einen Überblick über die im Zeitraum von 1991 bis 2002 in den einzelnen Ländern pro Planbett/Platz zur Verfügung gestellten KHG-Mittel und die im Jahr 2000 feststellbare Investitionsquote und bestätigen diese These.

Neben der unterschiedlichen Ausgangslage bezüglich Investitionsstau und Investitionsquote in den einzelnen Ländern kann zusätzlich eine Wettbewerbsverzerrung zwischen den einzelnen Krankenhäusern durch die

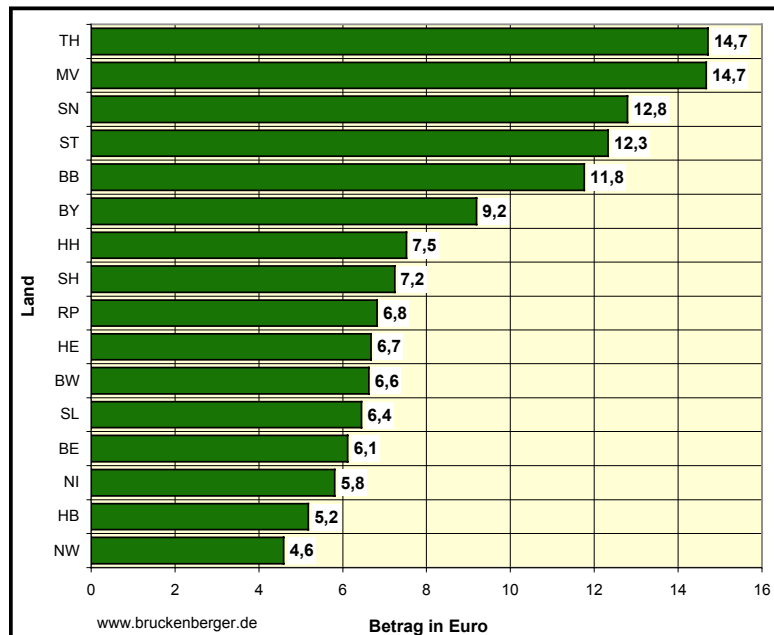
unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenhausträger (Rating, Basel II), unterschiedlichen rechtliche Gestaltungsmöglichkeiten (Nichtbindung an BAT), rechtswidrige Subventionierung von Defiziten öffentlicher Träger durch Steuergelder, Umgehung des Vergaberechtes durch „Fördermittelverzicht“ „verdeckte“ Investitionsfinanzierung durch die Krankenkassen, gleichzeitige Barmittel- und Schuldendienstfinanzierung (Sicherungsproblematik) in einem Investitionsprogramm vorliegen.

Abb.1: Alle KHG-Mittel in Euro der Plankrankenhäuser pro Planbett/Platz von 1991 bis 2001 im Ländervergleich



Quelle: Länderumfrage des Krankenhausausschusses der AOLG

Abb.2: Investitionsquote der Plankrankenhäuser im Jahre 2000 im Ländervergleich



Quelle: Länderumfrage des Krankenhausausschusses der AOLG und Statistisches Bundesamt

## Zusammenfassung

Die in Deutschland politisch vorgegebene Ausgabenlimitierung für die gesetzliche Krankenversicherung in Form des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ist unter Wettbewerbsaspekten widersprüchlich und systemwidrig. Daraus könnte man schließen, dass man den Wettbewerb und die Planung gleichzeitig anwenden möchte:

den Wettbewerb, um im Sinne des Zeitgeistes endlich einmal bei den „Siegern“ zu sein,  
die Planung, um das nach wie vor stark ausgeprägte Sicherheitsbedürfnis unter Hinweis auf die Verpflichtung zur Daseinsvorsorge zu befriedigen.

Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass die „Machtträger“ in den beiden ordnungspolitischen Systemen grundsätzlich nicht identisch sind. Offensichtlich gibt es nicht nur eine seit Jahren beklagte doppelt besetzte Facharztschiene, sondern auch ein doppelt besetztes Ordnungssystem.

In der Realität führte dies bisher dazu, dass bei einem vorgegebenen Deckel (Beitragssatzstabilität) der Verwaltungsaufwand für das Gesundheitssystem zulasten der Beschäftigten (Leistungsverdichtung) und der Patienten (Rationierung) bei dennoch steigenden Ausgaben und wachsendem Frust ununterbrochen zunimmt. Gleichzeitig wird das Versicherungsrisiko tendenziell auf die Leistungsanbieter verlagert.

Zusammengefasst wird das Krankenhaus einem mehrfachen Dualismus ausgesetzt:

- einem Kompetenzdualismus auf der Europaebene zwischen der Kommission und den Nationalstaaten (Föderalismus als deutscher Sondertatbestand)
- einem Kompetenzdualismus auf der nationalen Ebene zwischen Bund und Ländern (Selbstverwaltung als deutscher Sondertatbestand)
- einem ordnungspolitischen Dualismus zwischen Wettbewerb und Planung
- einem finanzpolitischen Dualismus zwischen dualistischer und monistischer Finanzierung (deutscher Sondertatbestand).

Kurzfristig wird die Entwicklung des Krankenhauswesens bei unveränderter Rechtslage von einer konfliktträchtigen verwaltungsaufwendigen parallelen Planungs- und Steuerungskompetenz zwischen den Planungsbehörden und der Selbstverwaltung geprägt sein. Die unzureichende und verzögerte öffentliche Investitionsförderung führt zu einer abnehmenden Akzeptanz von staatlichen Planungsentscheidungen und zu einer sich beschleunigenden unstrukturierten Privatisierung. Die autonome Kreditfinanzierung (Markt) ist einer Barmittel Finanzierung auf Antrag (Daseinsvorsorge) grundsätzlich überlegen.

Mittel- und langfristig ist jedoch davon auszugehen, dass bei dieser Auseinandersetzung unter den gegebenen politischen Bedingungen und Leitbildern die Kommission, der Bund, der Wettbewerb und die monistische Finanzierung zu den Siegern zählen werden. Das bedeutet, dass die Vorgabe nicht „Wettbewerb und Planung“, sondern „Wettbewerb statt Planung“ lauten wird.

Im Ergebnis ist unter den gegebenen widersprüchlichen rechtlichen und (un)ordnungspolitischen Vorgaben eine zukunftsfähige Entwicklung des deutschen Krankenhauswesens als Teil eines funktionierenden Gesundheitssystems in Frage zu stellen.

## Weiterführende Literatur

E. Bruckenberger; „Die Folgen des Fallpauschalensystems für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung“, 2002, [www.bruckenberger.de](http://www.bruckenberger.de)

E. Bruckenberger; „Investitionsoffensive für Krankenhäuser ?“, 2002, [www.bruckenberger.de](http://www.bruckenberger.de)

F.Becker, O.Bertram; „Die Anwendbarkeit des Vergaberechtes auf die Zulassung eines Krankenhauses zur Krankenhausbehandlung“, Das Krankenhaus, W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Heft 7/2002, S. 541 ff.

E. Riedel; „Verfassungsrechtliches Gutachten zu Fragen der Bundes-Länder-Kompetenzen im Gesundheitswesen anhand ausgewählter Regelungen im SGB V“, im Auftrag der Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2002

G. Glaeske, W. Lauterbach, B. Rürup, J. Wasem; „Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik“, Friedrich Ebert Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, 2002

B.A.Kuchinke, J.M. Schubert; „Europarechtswidrige Beihilfen für öffentliche Krankenhäuser in Deutschland“, Diskussionspapier Nr. 28, Technische Universität Ilmenau, April 2002

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen; „Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung“, 2002

## Kurzvita



Dr. Ernst Bruckenberger

Geboren am 2.4.1940 in Gmunden/ Oberösterreich. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften tätig in der Industrie und in der Sozialversicherung (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Linz). Von 1971 bis 1979 wissenschaftlicher Berater und Gutachter beim Deutschen Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, Institut in Zusammenarbeit mit der Universität Düsseldorf. Seit 1979 Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung sowie ärztliche Weiterbildungsstätten im Niedersächsischen Sozialministerium, Leitender Ministerialrat, Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover. Mitglied des Krankenhausausschusses der obersten Landesgesundheitsbehörden und Mitglied im deutschsprachigen Arbeitskreis für Krankenhaushygiene.

Dr. Ernst Bruckenberger

Hitzackerweg 1 a

30625 Hannover

Tel.: 0511-574553

e-mail:ernst@bruckenberger.de

Home-page: [www.bruckenberger.de](http://www.bruckenberger.de)