

40 Jahre Krankenhausfinanzierung

- Der Mythos von Sisyphos – *

Daseinsvorsorge oder Marktwirtschaft

In der Medizin werden seit jeher mit zeitlicher Verzögerung intuitiv oder mit Absicht die in der Gesellschaft gelebten oder erstrebten Ordnungsmodelle übernommen. So dominierte Anfang der 70-er Jahre noch die in den 30-er Jahren geprägte Begriffswelt der Daseinsvorsorge, in der der Staat in erster Linie als „Gewährleistungsstaat“ angesehen wurde, während nun in einer liberalisierten Gesellschaft die Marktwirtschaft und der freie Wettbewerb im Vordergrund stehen. Die jeweils existierenden Handlungsmuster fanden nachhaltigen Eingang in die Medizin.

Wesentliche Merkmale der dualistischen Krankenhausfinanzierung

Die wesentlichen Merkmale bei der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung als Folge einer bis dahin unzureichenden monistischen Finanzierung im Jahr 1972 waren:

- Der Sicherstellungsauftrag der Kommunen
- Der tagesgleiche Pflegesatz
- Das Selbstkostendeckungsprinzip mit Hilfe der dualistischen Finanzierung
- Die Kameralistik
- Die Festsetzung der Pflegesätze ohne Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialversicherungsträger
- Die Planung der Bettenkapazitäten durch eine angebotsorientierte staatliche Krankenhausplanung mit Kontrahierungszwang
- Die Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen mit Hilfe der Raumplanung.

Es war die Zeit der utopischen Großprojekte: unbegrenzte Energie mit Hilfe des Atoms, möglichst akademische Bildung für jeden und umfassende Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens für alle.

Gemessen an den damals dominierenden parteipolitischen Vorstellungen stand hinter dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein schlüssiges, allerdings statisches Finanzierungskonzept, genannt Haushaltsvorbehalt. Auch das Anspruchsdenken wurde als weitgehend konstant (keine Überdehnung des Solidarprinzips) vorausgesetzt, obwohl die Begriffe „ausreichend und zweckmäßig“ des Wirtschaftlichkeitsgebotes der Reichsversicherungsordnung bzw. des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch sozialpolitisch euphorisch in maximale Ansprüche uminterpretiert wurden.

* Überarbeitetes Referat gehalten auf der Tagung „40 Jahre Krankenhausfinanzierung – Der Mythos von Sisyphos“ in Hannover am 23.04.2010, veranstaltet von der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V. und dem Verband der Ersatzkassen e.V. vdek, Landesvertretung Niedersachsen

Unterschätzte Dynamik

Die Dynamik, die aus den Rechtsansprüchen auf eine selbstkostendeckende Finanzierung der Betriebs- und Investitionskosten der Krankenhäuser bereits kurzfristig entstehen sollte, wurde als Folge des jährlich geprägten „kameralen“ Denkens und eines unterstellten idealistischen Menschenbildes eindeutig unterschätzt.

Der Motor dieser Dynamik hieß soziale Gerechtigkeit. Vorangetrieben nicht vom Staat, sondern von einzelnen effizient organisierten Gruppen. Der Treibstoff hieß Gleichheit. Jährliche Ausgabensteigerungen bei den Krankenkassen für die stationäre Krankenversorgung von mehr als 20% kurz nach Einführung des KHG führten jedoch bereits 1975 zu einer Vollbremsung mit dem Ziel einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik (Ehrenberg).

Vereinheitlichung der Versorgungssektoren

Die Vorstellungen der Krankenkassen und anderer waren - abweichend von den Grundlagen der dualistischen Krankenhausfinanzierung - weitgehend von den Regelungen der übrigen Versorgungssektoren, wie der ärztlichen Behandlung, der Arzneimittel und der Heil- und Hilfsmittel, geprägt.

Diese Versorgungssektoren waren und sind privat organisiert (Freiberufler, selbständige Unternehmen) und finanzieren sich weitgehend monistisch über Preise (z.B. Gebührenordnung). Die Finanzierung der Investitionskosten dieser Versorgungssektoren erfolgt meist über Kredite. In diesen Versorgungssektoren ist ein Antragsverfahren zur Gewährung öffentlicher Fördermittel zur Finanzierung von Investitionskosten grundsätzlich unbekannt. Die finanzielle Verantwortung liegt beim Einzelnen und bedarf keiner Planung.

Mit der Forderung nach einer Gleichsetzung der verschiedenen Versorgungssektoren und der damit zwangsläufig verbundenen monistischen Finanzierung (Investitionskosten als Teil des Entgeltes, wer auch immer sie finanziert) wurde systemimmanent der Privatisierung der Krankenhäuser das Tor geöffnet. Die Forderung nach einem Fallpauschalensystem in Verbindung mit einer monistischen Finanzierung bedeutet für die Krankenhäuser jedenfalls grundsätzlich eine Finanzierung der Investitionen über den Kredit- bzw. Kapitalmarkt und ein Vorantreiben von Markt, Wettbewerb und Privatisierung.

Unzureichende Investitionsmittel

Die statisch wirkende dualistische Finanzierung der Krankenhausinvestitionen erfolgte auf Antrag der Krankenhäuser über Barmittel, die aus dem Landeshaushalt im Rahmen eines Investitionsprogramms zur Verfügung gestellt wurden. Eine Darlehensfinanzierung oder eine Übernahme des Schuldendienstes für die Krankenhausinvestitionen über den Haushalt kamen erst ab den 90-er Jahren in Einzelfällen zum Einsatz. Sofern auch die Zinsen als KHG-Mittel im Haushalt eines Landes ausgewiesen wurden, erhöhten sich scheinbar die KHG-Mittel, obwohl den betroffenen Krankenhäusern tatsächlich nur das Kapital für die Investitionen zur Verfügung stand.

Nach Auffassung der Länder ist die Finanzierungsverpflichtung durch den Haushaltsvorbehalt begrenzt, womit die Bruchstelle der dualistischen Finanzierung von Beginn an, quasi als Systemvirus, vorprogrammiert wurde. Bei begrenzten Mitteln führt ein Antragsverfahren automatisch zu einer Ungleichbehandlung, d.h. zu einer Kumulierung von Finanzierungsansprüchen, die nicht bedient werden können (sog. Investitionsstau).

Das Ergebnis des Haushaltsvorbehaltes war in einem von Nachholbedarf geprägten und sich als Folge von Rechtsansprüchen zur Finanzierung dynamisch entwickelnden Krankenhauswesens naheliegend. Während die Betriebskosten der Krankenhäuser, orientiert an der Grundlohnsummensteigerung, von 1973 bis 2010 um rd. 800% angestiegen sind, haben sich die KHG-Mittel, geprägt vom Haushaltsvorbehalt, nur um rd. 65% erhöht. Lag die Relation der KHG-Mittel zu den Betriebskosten der Krankenhäuser 1973 noch bei rd. 27%, so ist diese Relation inzwischen auf rd. 4% gesunken.

KHG-Mittel dienen als temporäre Wettbewerbsverzerrung

Die Begeisterung über das KHG hielt deshalb nicht lange vor. Während die Betriebskosten seit 1977 jährlich über den Grundlohnsummenanstieg quasi dynamisiert wurden, wurden die Investitionskosten jedes Jahr zum Zankapfel bei den Haushaltsdebatten der Länder. Aufwendige Rechtsverpflichtungen zu bedienen, kann nicht jedes Jahr aufs Neue als parteipolitischer Erfolg verkauft werden und führt, mit dem Hinweis auf die Priorität anderer Finanzierungsverpflichtungen, zur Flucht in den Haushaltsvorbehalt. Man würde ja gerne, darf aber nicht. Die dualistische Finanzierung mutierte seither zu einer temporären Wettbewerbsverzerrung (Melchert). Der Widerspruch der Krankenhäuser hielt sich in Grenzen.

Da die Länder, von Ausnahmen abgesehen, nicht Träger von Krankenhäusern sind (dies gilt noch mehr für den Bund), haben sie für die Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser nur ein teilweise „parteilich“ vermitteltes Verständnis. Und dort, wo sie selbst betroffen waren, wie beispielsweise bei den psychiatrischen Landeskrankenhäusern, haben die Länder meist den Weg der Privatisierung gewählt, während sie in der öffentlichen Diskussion über das Krankenhauswesen nach wie vor das hehre Prinzip der Daseinsvorsorge vertreten. Offensichtlich aber nicht, wenn man selbst Adressat von Problemen wird, die mit dem Betrieb von Krankenhäusern zwangsläufig verbunden sind oder mit der Privatisierung Haushaltsprobleme lösen kann. Dies ist eine spezielle Form einer Zweiklassenmedizin.

Da derzeit bei der gegebenen Rechts- und Wirtschaftslage eine Aufstockung der KHG-Mittel oder eine Erhöhung des Beitragssatzes kaum umzusetzen ist, verbleibt für die Krankenhäuser nur der Weg einer systemadäquaten Kredit- bzw. Kapitalmarktfinanzierung auf der Basis einer bundeseinheitlich geregelten Investitionspauschale (dualistische Monistik) im Rahmen des DRG-Systems, um kurzfristig flächendeckend, im Gegensatz zu Antragsverfahren, zusätzliche, wenn auch nach wie vor unzureichende, Investitionsmittel zu schöpfen.

Die Frage wer und in welchem Umfang die Mittel für die Investitionspauschale zu Verfügung stellt, ist allerdings seit Jahren ungeklärt. Da die Investitionspauschale nur für die Zukunft gilt, verbleibt überdies das wettbewerbsverzerrende Problem der Altlast.

Zurück zu den Anfängen

Die Art der nunmehr angestrebten unzureichenden monistischen Krankenhausfinanzierung zu Lasten einer näheren oder fernerer Zukunft erinnert stark an die „monistische Finanzierung“ wie sie bereits Anfang der 70-er Jahre vor dem KHG existierte. Die dabei aufgetretenen betriebsbedrohenden Defizite der Krankenhäuser waren damals Anlass für eine grundsätzliche Neuordnung der Krankenhausfinanzierung und für eine Übernahme der Altlasten im Interesse gleicher Startchancen für alle Krankenhäuser.

Das Krankenhausdefizit betrug nach dem Bericht der Bundesregierung von 1969 über die finanzielle Lage der Krankenhäuser in der Bundesrepublik (Drucksache V/4230) Anfang 1970 etwa 1 Mrd. Euro.

Seit einigen Jahren heißt dieses Krankenhausdefizit „Investitionsstau“ und beträgt nach Meinung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) etwa 50 Mrd. Euro. Das ist fünfzig mal so viel.

Zentralismus oder Föderalismus

Parallel zu der eben ergebnisorientiert geschilderten Entwicklung der dualistischen Krankenhausfinanzierung liefen seit 1970, der öffentlichen Wahrnehmung weitgehend entzogen, eine politisch-strategische und eine ordnungspolitische Entwicklung, die durch die immerwährenden gesundheitspolitischen Reformen überlagert wurde.

Die politisch-strategische Entwicklung war die Auseinandersetzung zwischen Zentralismus und Föderalismus in Deutschland, d.h. zwischen Bund und Ländern. Das politisch-strategische Ziel des Bundes ist unverändert die zentralstaatliche Steuerung des Krankenhauswesens. Hier machen sich historische Reflexe aus dem vergangenen Zentralstaat bemerkbar. Dieses Ziel wird unabhängig von der parteipolitischen Zusammensetzung der jeweiligen Bundesregierung verfolgt und durch die länderübergreifenden Tendenzen zur Vereinheitlichung innerhalb der EU verstärkt. Tatsache ist jedenfalls, dass den Reformvorhaben im Krankenhauswesen seit den 70-er Jahren immer eine Mischung aus sachlichen, koalitionsstaktischen und gesetzgebungsstrategischen Überlegungen zugrunde lag, wobei den sachlichen nicht immer die größte politische Bedeutung beigemessen wurde.

Kompetenzverlagerung über das Sozialgesetzbuch

Die schrittweise Kompetenzverlagerung für das Krankenhauswesen zu Gunsten des Bundes erfolgt ausschließlich über das Sozialgesetzbuch. Dort und nicht über das Krankenhausfinanzierungsgesetz wird die rechtliche und sachliche Weiterentwicklung der stationären Krankenversorgung gesteuert.

Bei der Ausgestaltung des Sozialgesetzbuches sitzt der Bund gegenüber 16, von unterschiedlichen Interessen geleiteten Ländern, erfahrungsgemäß am längeren Hebel.

So wurde beispielsweise unter einer christlich-liberalen Regierung (Blüm) mit der Vereinheitlichung des Leistungsrechtes für die stationäre und die ambulante Leistungserbringung durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 und der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips de facto das Prinzip der Daseinsvorsorge für den Krankenhausbereich abgeschafft, ohne dass der Sicherstellungsauftrag der Kommunen de jure beseitigt wurde.

Als nächster Schritt wurde in den 90-er Jahren die Umsetzung eines Entgeltsystems in Form von Fallpauschalen für den Krankenhausbereich in Angriff genommen und umgesetzt. Gleichzeitig wurde die integrierte, d.h. sektorenübergreifende Versorgung mit dem Ziel, sie künftig als Regelversorgung zu verwirklichen, als Versorgungsziel im SGB V vorgegeben.

Damit wurde die sektoral definierte Aufgabenstellung der Krankenhäuser, mit der die Länder ihre als Daseinsvorsorge begründete Gestaltungskompetenz für die stationäre Krankenversorgung begründen, ausgehebelt, ohne dass im Gegenzug für die Länder eine sektorenübergreifende Kompetenz geschaffen wurde. Die Auswirkungen auf die 1972 eingeführte staatliche angebotsorientierte Krankenhausplanung und die Kompetenzen der Länder wurden nicht öffentlichkeitswirksam problematisiert.

Zentralstaatliche Steuerung und Haushaltsvorbehalt

Mit dem nunmehr unter einer großen Koalition (Merkel, Schmidt) eingeführten bundeseinheitlichen Beitragssatz, dem Gesundheitsfonds, dem angestrebten Bundesbasisfallwert in Verbindung mit einer bundeseinheitlichen Investitionspauschale und der integrierten Versorgung als Regelversorgung ist das Ziel einer zentralstaatlichen Steuerung des Krankenhauswesens durch den Bund weitgehend erreicht.

Die steigenden Bundeszuschüsse für die gesetzlichen Krankenkassen erleichtern einerseits die Gestaltungsmöglichkeiten des Bundes gegenüber den Ländern. Dies gilt auch für die zunehmende Neigung zur Harmonisierung der Gesundheitssysteme mit Hilfe der Methode der offenen Koordinierung in Europa. Mit dem Bundeszuschuss hält diesmal andererseits der „Haushaltsvorbehalt“ des Bundes Einzug in die gesetzliche Krankenversicherung. Damit wird de facto die Budgethoheit der Krankenkassen, ein wesentliches Merkmal einer selbständigen („selbstverwalteten“) Versicherung, in Frage gestellt.

Berücksichtigt man den durch das grundgesetzliche Schuldenverbot des Bundes erforderlichen drastischen Schuldenabbau ab 2011, wird der Haushaltsvorbehalt des Bundes sehr schnell als selbst installierter Systemvirus erkennbar werden. Die ersten Ankündigungen aus dem Bundesfinanzministerium in dieser Richtung sind dazu bereits zu vernehmen.

Den betroffenen Patienten, um die es bei diesen Auseinandersetzungen angeblich geht, ist es in Wirklichkeit ziemlich egal, ob das Krankenhauswesen über den Bund oder die Länder gesteuert wird. Ebenso ist das ihm unterstellte Interesse an den durch seine Behandlung verursachten Kosten in dem gegenwärtigen solidarisch finanzierten Gesundheitswesen nur eine politische Schimäre, die von Zeit zu Zeit aus der Versenkung auftaucht.

Offene Marktwirtschaft mit freiem Wettbewerb

Die für die Krankenhäuser in ihren Auswirkungen viel wirkungsvollere ordnungspolitische Entwicklung in den letzten vierzig Jahren war das schrittweise Übergreifen der rechtlichen, politischen und ideellen Grundlagen der EU auf das Gesundheitswesen und damit auch auf die Krankenhäuser.

Der EG-Vertrag verpflichtet die Tätigkeit der Mitgliedsstaaten und der Gemeinschaft „dem Grundsatz einer offenen Marktwirtschaft mit freiem Wettbewerb“. Andererseits waren alle Gründungsmitglieder der EWG Gemischtwirtschaften mit umfangreichen öffentlichen Sektoren. Die Ursachen lagen in der großen Depression als Folge der Weltwirtschaftskrise in den 30-er Jahren, die das Ansehen der Marktwirtschaft schwer beschädigt hatte und in den zerstörten Volkswirtschaften als Folge des Zweiten Weltkrieges.

Die öffentlichen Sektoren der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft umfassten fast überall das Bildungs- und das Gesundheitswesen und die Sozialleistungen. In den meisten Ländern auch Infrastrukturen wie Eisenbahnen, Post und Telekommunikation, Strom-, Wasser- und die Gasversorgung. Diese waren nicht der Konkurrenz unterworfen.

Die theoretischen und politischen Konzeptionen hinter diesen öffentlichen Sektoren waren im Rahmen der Daseinsvorsorge nicht nur auf die Bereitstellung der Grundversorgung für alle, unabhängig von ihrem Einkommen oder sozialem Status, beschränkt. Sie erstreckten sich vor allem auf die politische Verantwortung für das Funktionieren mit den entsprechenden Gestaltungsmöglichkeiten und den zu Recht kritisierten sachfremden Einflussnahmen.

Im Gegensatz dazu ist der grundlegende und zunehmend ausschließliche Pfeiler für die europäische Integration die Liberalisierung der Märkte. Die damit verbundenen grundlegenden Funktionsprinzipien sind die Wettbewerbsregeln. Folgerichtig gibt es in den europäischen Verträgen keinen besonderen Abschnitt für den öffentlichen Sektor oder für öffentliche Dienstleistungen. Die Europäische Kommission hat allerdings aus dem Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht heraus auch ein heftig umstrittenes Gestaltungspotenzial für die Daseinsvorsorge, genannt „Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse“.

Schrittweise Privatisierung

Die Privatisierungen innerhalb der EU geschahen schrittweise. Der erste Schritt der Privatisierung begann in bescheidenem Umfang in den 60-er Jahren in Deutschland (1961 Volkswagen, 1965 VEBA) und wurde in großem Umfang ab 1979 in Großbritannien unter der Thatcher-Regierung fortgesetzt. Sie bezog sich dort überwiegend auf Industrieunternehmen für Stahl, Kohle, Automobile- Schiffbau u.a. Dieser erste Schritt wurde damals nicht mit Hinweisen auf die Zwänge der Globalisierung begründet. Es waren ideologische Gründe und der Druck des Kapitals zur Rücknahme vorausgegangener Verstaatlichungen.

In den 90-er Jahren begann in der EU der zweite Schritt der Privatisierungen. Er wurde im Unterschied zum ersten vor allem durch die Politik der Marktöffnung und Deregulierung von Seiten der EG vorangetrieben. Dieser zweite Schritt bezog sich hauptsächlich auf die Infrastruktur- und Versorgungsbereiche, auf Medien, Gas, Strom, Wasser, Eisenbahnen, Telekommunikation und Fernsehen. Die hinter dieser Privatisierung stehende Überlegung war, durch Marktöffnung die Unternehmen unter Konkurrenzdruck zu setzen und zu zwingen, die Preise zu senken und die Leistungen zu verbessern.

Durch neue Aufsichts- und Regulierungsbehörden sollte der Wettbewerb gegenüber den Beharrungstendenzen der alten Staatsmonopole durchgesetzt werden. Zudem konnten nicht selten die Haushaltsprobleme der Länder und Kommunen durch den Verkauf öffentlicher Unternehmen oder Dienstleistungsbetriebe gemindert werden.

Der vorläufig letzte Schritt der Privatisierungen in der EU betraf die öffentlichen Güter, die noch bis vor kurzem unbestritten zum Kernbereich der Daseinsvorsorge zählten. Dazu zählen Wissenschaft, Bildung, soziales Wohnen, Sozialleistungen, kommunale Krankenhäuser und teilweise sogar die Überführung öffentlicher Umlagesysteme in private kapitalgedeckte Systeme der Alterssicherung.

Die Auswirkungen der Privatisierung wurden durch den Mauerfall und der damit verbundenen Euphorie sowie der Erfindung des Internets und der dadurch verstärkten oder überhaupt erst möglichen Globalisierung in ihrer Wirkung exponentiell verstärkt.

Exponentielle Dynamik durch den Kapitalmarkt

Die Finanzierung der Investitionen im Rahmen der Daseinsvorsorge erfolgte in der Vergangenheit weit überwiegend durch Barmittel der öffentlichen Hand im Rahmen des Haushaltsvorbehaltes. Im Verlaufe der schrittweisen Privatisierungen änderten sich diese traditionellen Finanzierungsgrundlagen. Dabei trat die Kreditfinanzierung gegenüber der Finanzierung über den Kapitalmarkt Schritt für Schritt in den Hintergrund. Vor allem gewannen die Banken enorm an Bedeutung und Einfluss.

Kapitalinvestoren kennen im Gegensatz zu den Bundesländern keine „Auszeit“ durch einen Haushaltsvorbehalt. Sie möchten laufend einen Ertrag erzielen, der die Refinanzierung und eine Rendite deckt.

Die durch die jährlich notwendige Refinanzierung über den Kapitalmarkt ausgelöste Dynamik ist der durch Wartezeiten geprägten „Barmittelfinanzierung“ weit überlegen und noch wirksamer als die Dynamik der Gerechtigkeitsideologie. Beide Arten der Dynamik verstärken sich zudem gemeinsam in ihrer Schubkraft.

Die Reaktionen der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser reagierten auf die sich seit 1970 generell verändernden wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen mehr oder weniger schnell, mehr oder weniger kreativ, durch Reorganisation.

Dynamisches Denken ersetzt statisches Verhalten

Vor allem wurde durch die Privatisierung der früher öffentlichen Sektoren das eher statisch kameralistisch geprägte Denken von Verwaltungsbeamten durch das eher dynamisch doppisch geprägte Denken von Betriebswirten abgelöst, die zunehmend auch im Gesundheitswesen bzw. den Krankenhäusern tätig wurden. Aus Krankenanstalten mit Verwaltungsleitern wurden so Kliniken mit privaten Rechtsformen (GmbH, AG, usw.), Klinikdirektoren, Geschäftsführern bzw. Vorstandsmitgliedern. Auch die Stellung der Chefarzte wurde einem grundsätzlichen Wandel unterworfen.

Die Forderung nach mehr Wirtschaftlichkeit führte bei den einzelnen Krankenhäusern ab den 70-er Jahren zuerst zur Privatisierung von einzelnen Versorgungsbereichen (z.B. Wäscherei, Reinigungsdienst, Küche) oft begleitet von emotionalen und ideologischen Auseinandersetzungen und zur Privatisierung von Leistungsbereichen (z.B. Apotheke, Labor, Sterilisation).

Es kam zur Verbesserung von Betriebsabläufen (z.B. Einführung des Tablettsystems) und zur Errichtung neuer Haupt- und Belegabteilungen bzw. Bildung von selbständigen Schwerpunkten (z.B. Teilgebiete wie Unfallchirurgie, Kardiologie, Gastroenterologie). Es folgte die Bildung von Einkaufsgemeinschaften, Laborgemeinschaften usw.

Der nächste Schritt war ab den 80-er Jahren der Abschluss von Kooperationsverträgen von Krankenhäusern mit Krankenhäusern (z.B. EDV, Ausbildung), mit Praxen (z.B. Radiologie, Großgeräteeinsatz), mit Therapieeinrichtungen (z.B. Physikalische Therapie), mit Rehabilitationseinrichtungen (z.B. Komplexpauschale für Orthopädie) und mit Pflegeeinrichtungen. Die Sanktionsmöglichkeiten bei Vertragsverletzungen waren und sind dabei jedoch begrenzt.

Die Fusionierung und die Kettenbildung von Krankenhäusern als weitere Schritte waren deshalb naheliegend. Sie erhöhen das Fallaufkommen und können in spezialisierten Teilbereichen des Angebotsspektrums geeignet sein, Sachverstand zu vertiefen. Auch kann damit das Mindestmengenproblem im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung reduziert werden. Ein Zusammenschluss von Krankenhäusern zu Krankenhausketten kann auch der Markenbildung dienen und daher Vorteile bei der Signalisierung eines hochwertigen Dienstleistungsangebotes im Qualitätswettbewerb bieten.

Zunahme der Arbeitsverdichtung

Die durch den Wettbewerb im Krankenhauswesen ausgelöste Dynamik hat jedoch nicht nur Auswirkungen auf die Art und Qualität der Leistungserbringung, sondern auch auf die Wertigkeit, die Leistungsdichte und die Verwendung des eingesetzten Personals. Zur Verbesserung der Effizienz entwickeln sich folgerichtig Ansätze für neue Berufsbilder.

Wenn die Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhausesektor erschöpft sind, können weitere Wirtschaftlichkeitsreserven nur durch eine sektorenübergreifende integrierte Leistungserbringung gehoben werden. Damit wurde die gesundheitspolitisch-strategische Stoßrichtung des Bundes mit der wirtschaftlich-strategischen Stoßrichtung innovativer und engagierter Krankenhausträger gleich welcher Trägerschaft deckungsgleich.

Zunahme der privaten Träger

Im Zuge der geschilderten Entwicklung hat von 1992 bis 2008 in Deutschland der Anteil der öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser von 44,9 auf 31,9% und die der freigemeinnützigen von 39,9% auf 37,5% abgenommen, während der Anteil der privaten Krankenhäuser von 15,2% auf 30,6% zugenommen hat. Noch deutlicher ist die Veränderung bei den Bettenkapazitäten. So hat der Anteil der Betten in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern von 61,4% auf 49,0% abgenommen, während der Anteil der Betten der freigemeinnützigen von 34,9% auf 35,2% und der Anteil der privaten Krankenhäuser von 3,7% auf 15,9% zugenommen hat. Außerdem wurden die historisch dominierenden öffentlich-rechtlichen Rechtsformen kommunaler Krankenhäuser „privatisiert“.

Die Zunahme der privaten Krankenhäuser und Krankenhausbetten verlief in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich. In Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern liegt der Anteil der privaten Krankenhausbetten bereits bei über 50%. In 27 kreisfreien Städten bzw. Landkreisen gibt es inzwischen ausschließlich private Krankenhausträger und in weiteren 32 kreisfreien Städten bzw. Landkreisen liegt ihr Anteil bei über 50%.

Der bestehende permanente Druck auf mehr Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung im Krankenhausbereich resultiert aus der Marktgesetzlichkeit und wird weiterhin Konzentrationsprozesse und Privatisierungen erzwingen. Die chronische Finanzmittelknappheit der Kommunen unterstützt diesen Prozess.

Von der Krankenhausplanung zur Betriebserlaubnis

Die Bundesländer haben bei der Auseinandersetzung mit dem Bund zur Gestaltung des Krankenhausesektors, ergebnisorientiert betrachtet, meist nur "reagierende Abwehrgefechte" geliefert. Weder die Nachfrage, noch die Betriebskosten, noch die Qualitätssicherung der stationären Krankenversorgung unterliegen der Gestaltungshoheit der Länder, auch wenn diese manchmal in der Öffentlichkeit einen derartigen Eindruck hervorrufen.

Fallweise Versuche einzelner Länder zur Stärkung der regionalen Gestaltungsmöglichkeit ändern nichts an dieser Tatsache. Auch der inflationäre machtorientierte Gebrauch des Begriffes Daseinsvorsorge ändert nichts an den realen Machtverhältnissen.

Diskrepanz von Planungs- und Vergütungseinheit

Bei Einführung der „Krankenhausbedarfsplanung“ 1973 wurde noch ein absoluter Planungs- und Gestaltungsanspruch der Länder unterstellt. Es bestand formal und materiell eine Kongruenz von Planungs- und Vergütungseinheit (Krankenhaus und tagesgleicher Pflegesatz). Bei der „Krankenhausbedarfsplanung“ handelt es sich um eine angebotsorientierte Kapazitätsplanung.

1989 wurde die Zulassung von Hochschulkliniken, Plankrankenhäusern und Vertragskrankenhäusern im SGB V geregelt und die stationäre Krankenversorgung mit den anderen Versorgungssektoren leistungsrechtlich „gleichgeschaltet“. Das Fallpauschalensystem für die Krankenhäuser führte zur Aufhebung der Kongruenz von Planungs- und Vergütungseinheit. Das Fallpauschalengesetz stellt eine Vergütungsregelung dar. Die Krankenhausplanung befasst sich demgegenüber mit Statusfragen und Fragen der Investitionsförderung. Aus rechtlicher Sicht haben Kapazität und Vergütung nichts miteinander zu tun.

1994 erfolgte die Definition des Bedarfs als „tatsächlicher“ und nicht „wünschenswerter“ Bedarf durch ein Urteil des BVerwG. Die „Bedarfsplanung“ mutierte so zur „Verteilungsplanung“ des tatsächlichen Bedarfs im Umfang der von den Krankenkassen anerkannten und abgerechneten Pfllegetage.

Krankenhausplanung oder Wettbewerb

Ausgelöst durch das zunehmend wettbewerbliche Verhalten der Krankenhäuser und die Zunahme der Privatisierungen wurde 2003 die aktive Konkurrentenklage durch das BVerfG zugelassen. Gleichzeitig begann das Tätigwerden des Kartellamtes im Krankenhaussektor.

Der Streit darüber, ob der Krankensektor letzten Endes über eine staatliche Krankenhausplanung oder über ein Wettbewerbssystem gesteuert werden soll, ist nach Meinung des Bundeskartellamtes weitgehend entschieden. Die bisherigen, teilweise auch widersprüchlichen, Entscheidungen des Bundeskartellamtes unterstellen jedenfalls den Vorrang des Wettbewerbssystems.

Das am Konzept der engen räumlichen Marktabgrenzung stationär erbrachter Leistungen sektoral orientierte Handeln der Kartellbehörden und der Gerichte bringt allerdings zunehmend die Gefahr der Unterversorgung und Unwirtschaftlichkeit im ländlichen Raum. Für die Zukunft muss der sozialrechtlich determinierte Wettbewerb mit den wettbewerblichen Implikationen des Kartellrechtes zu einem funktionierenden Ganzen abgestimmt werden. Dies kann nur in einem integrativen Konzept der räumlichen Marktabgrenzung erfolgen (Schwintowski).

Dabei darf die an Bedeutung gewinnende Definition des Krankenhauses (Krankenhaus oder Betriebsstelle) und die Funktion der Notfallversorgung nicht übersehen werden. Nur wenn letztere funktioniert, sind überhaupt qualitätssteigernde und qualitätssichernde Zentralisierungen möglich.

Das 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ermöglicht zur Verbesserung der Durchlässigkeit nunmehr einen flexiblen Arzteinsatz in beiden Versorgungssektoren (ambulant und stationär). Damit wurde die Kongruenz von Facharztbezeichnung und Fachabteilung im Krankenhausplan aufgelöst (z.B. ein Neurochirurg in einer unfallchirurgischen Abteilung, ein Neurologe in einer inneren Abteilung, usw.). Auch wird dadurch beispielsweise das Betreiben einer Fachabteilung mit niedergelassenen Ärzten (Vertragsärzte nicht Belegärzte) ergänzt um festangestellte Ärzte möglich.

Die Weiterbildungsordnung trägt den fachrichtungsaflösenden Tendenzen des medizinisch-technischen Fortschrittes bei bestimmten Behandlungen (z.B. Kardiologen und Herzchirurgen) noch nicht ausreichend Rechnung. Dieser Fortschritt ermöglicht auch zunehmend den Ersatz stationärer durch ambulante Behandlungsformen.

Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bestimmt seit 2007 der Bund erstmals im SGB V hochspezialisierte ambulante Leistungen (§ 116 b) zum Gegenstand der „Krankenhausplanung“ der Länder und degradiert damit diese Aufgabe als Erteilung einer Betriebserlaubnis. Nicht übersehen werden darf auch die Zuständigkeit des gemeinsamen Bundesausschusses bei der Festlegung bundeseinheitlicher Vorgaben im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (Strukturqualität, Mindestmengen).

Die geplante Liberalisierung des Vertragsrechtes, z.B. durch selektive Einzelverträge für planbare Leistungen, entspricht durchaus der Logik eines wettbewerblich orientierten Systems, beeinflusst allerdings massiv die räumlichen Angebotsstrukturen. Eine Tatsache, die mögliche Kosteneinsparungen wieder in Frage stellen kann.

Das Fehlen der Kongruenz zwischen der Planungseinheit (Fachabteilung) und der Vergütungseinheit (DRG), zwischen Fachabteilung und Facharzt (z.B. Neurologe in der Inneren Abteilung), möglicherweise demnächst ergänzt durch selektive Einzelverträge sowie der geplante Ausbau der integrierten Versorgung als Regelversorgung, bilden inzwischen im Rahmen einer sektoralen Krankenhausplanung eine nicht lösbare Planungshürde.

Unbelastet von den Handlungsmaximen oder einer Betroffenheit aus den vergangenen 40 Jahren käme vermutlich niemand auf die Idee bei einer Berücksichtigung der derzeitigen Angebots- und Leistungsstruktur und dem geltenden Vergütungssystem eine der gegenwärtig übliche Krankenhausplanung zu entwickeln.

Definition des Versorgungsauftrages

Die zuletzt genannten Entwicklungen führen überdies zunehmend zu Unklarheiten und Streitigkeiten bei der Definition des Versorgungsauftrages des Krankenhauses. Es muss deshalb, im Zweifel wie üblich gerichtlich, geklärt werden, ob die Festlegung des Versorgungsauftrages wie bisher über den Krankenhausplan sowie ergänzenden Vereinbarungen oder künftig durch die abschließende Festlegung des Leistungsspektrums, d.h. der einzelnen DRG, in der Entgeltvereinbarung erfolgen soll. Die sektorale angebotsorientierte Krankenhausplanung wäre damit endgültig passé.

Die immer stärkere Übernahme von teilweise einander widersprechenden Wettbewerbselementen in die stationäre und ambulante Krankenversorgung stellt zunehmend den Sicherstellungsauftrag der Länder für die stationäre Krankenversorgung und die Gewährleistungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Krankenversorgung in Frage. Gleichzeitig nehmen die räumlichen Disparitäten, d.h. die Unterschiede in der Ausstattung und der Entwicklung von Regionen, merklich zu und erzeugen politischen Handlungsbedarf. Der durch den Wettbewerb und die Privatisierung in den Hintergrund gerückte Gedanke der Raumordnung gewinnt dadurch, verstärkt durch die in manchen Landkreisen feststellbare dramatische Bevölkerungsentwicklung bis hin zur Verwüstung, wieder an Bedeutung.

Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse bedeutet aber nicht identische, das heißt gleichartige Lebensverhältnisse an jedem Ort, sondern die Gewährleistung bestimmter Mindeststandards in Bezug auf Zugang und Angebot an Daseinsvorsorge, auch wenn sie durch privatwirtschaftlich betriebene Versorgungseinrichtungen erfolgt.

Sektorale Krankenhausplanung oder sektorenübergreifende Moderation

Bei einer föderalen Betrachtung müsste an die Stelle der bisherigen sektoralen angebotsorientierten Kapazitätsplanung für die Krankenhäuser entweder eine derzeit system- und rechtswidrige aufwendige bürokratische Leistungsplanung oder eine hochqualifizierte transparente und sektorenübergreifende Moderation zwischen den verschiedenen Interessengruppen durch das zuständige Ministerium oder einer unabhängigen Institution treten. Eine Selbststeuerung durch eine öffentlich zugängliche Transparenz der Strukturen und der Leistungen könnte dabei ein hilfreiches Instrument darstellen.

Wer die zwingend erforderlichen sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen erfolgreich moderieren will, benötigt allerdings umfassende sektorenübergreifende Kenntnisse der jeweiligen Versorgungsstrukturen, Finanzierungsgrundlagen und Mechanismen. Vor allem aber die notwendige Überzeugungs- und Entscheidungskraft sowie die Akzeptanz der Beteiligten.

Vielleicht wäre bei der Auswahl des entweder vom Land oder einer unabhängigen Institution gestellten „moderierenden Planungsreferenten“ u.a. eine Benehmensherstellung mit der Krankenhausgesellschaft, den Krankenkassen und der verfassten Ärzteschaft hilfreich.

Zu beachten ist aber, dass in Deutschland in einer systembedrohenden Konflikt- oder Krisensituation des Gesundheitswesens mehrheitlich immer der Ruf nach einer Hilfe durch den Staat (siehe auch das Verhalten der Banken und der Autoindustrie) und nicht nach einem Geschäftsführer der Krankenkassen oder der Krankenhausgesellschaft laut würde.

Bundesinstitut für das Gesundheitswesen

Die folgerichtige letzte Konsequenz der inzwischen erreichten zentralstaatlichen Steuerung des Gesundheitswesens wäre die Gründung eines unabhängigen Bundesinstitutes für das Gesundheitswesen.

Für die Moderation sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen benötigt man jedoch nicht nur eine hohe Fachkenntnis, sondern auch umfassende und möglichst aktuelle transparente Informationen über alle Sektoren. Diese Voraussetzung ist derzeit erstaunlicherweise nicht gegeben.

So gibt es in Deutschland beispielsweise nach wie vor keine umfassenden Informationen über den enormen kostenauslösenden Großgeräteeinsatz oder die erbrachten Leistungsmengen (soweit vergleichbar) und die jeweilige Verteilung auf den stationären und ambulanten Versorgungssektor, obwohl über die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung seit Jahrzehnten heftigst palavert wird.

Ein Bundesinstitut für das Gesundheitswesen könnte wie in anderen Staaten als zentrale Plattform unterschiedliche Interessen moderieren, Probleme des Gesundheitswesens analysieren und Lösungsvorschläge liefern.

Machtfragen rangieren vor Sachfragen

Die Länder reagieren auf die anstehenden enormen Probleme im Gesundheits- bzw. Krankenhauswesen, wie bereits in der Vergangenheit, höchst unterschiedlich. Nach wie vor werden häufig Machtfragen (Kompetenzen) für wesentlich wichtiger gehalten als die Abklärung der zu lösenden Sachfragen. Bei manchen Ländern gewinnt man sogar den Eindruck, dass sie ausschließlich die öffentlichkeitswirksame Verteilung der unzureichenden KHG-Mittel für die Krankenhäuser im jährlichen Investitionsprogramm für eine adäquate qualifizierte und zukunftsorientierte Krankenhaus- bzw. Versorgungsplanung halten.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Krankenhaus verliert immer schneller seinen sektoralen Charakter und wird Teil einer sektorenübergreifenden und überregional agierenden Wertschöpfungskette. Die Träger agieren als Wirtschaftsunternehmen mit den dort üblichen Methoden, Instrumenten, Möglichkeiten und Marketingstrategien. Der Wettbewerb in einem integrierten System folgt dabei anderen Gesetzmäßigkeiten als ein Wettbewerb nur unter Krankenhäusern. Die Bildung von regionalen Monopolen ist aus medizinischen und wirtschaftlichen Gründen naheliegend und zwingend.

Der medizinische und der medizinisch-technische Fortschritt drängen, u.a. veranlasst durch die demografische Entwicklung, unaufhaltsam zu schonenderen Verfahren allerdings mit dem bekannten additiven ausgabensteigernden Ergebnis (z.B. kathetergestützte Verfahren statt offener Operationen). Damit verbunden ist auch der wachsende Ersatz von stationären durch ambulante Eingriffe.

Das DRG-System und der Trend zur Selbstkostendeckung

Je komplexer und kasuistischer, das heißt auf den Einzelfall bzw. die tatsächlichen entstandenen Kosten bezogen, das DRG-System weiterentwickelt wird, desto mehr nähert es sich als „lernendes System“ wieder dem alten Selbstkostendeckungsprinzip, allerdings verbunden mit einem wesentlich höheren Bürokratieaufwand.

Durch ständige Ausweitungen der DRG und durch stetige Änderungen der Kodierrichtlinien, Ergänzungen und Ausweitungen der Entgeltschlüssel und Zusatzentgelte wird der Intransparenz Vorschub geleistet. Die angebliche „Transparenz“ des DRG-Systems wird so gesehen zunehmend mit der umstrittenen „Transparenz“ des Honorarsystems im vertragsärztlichen Bereich vergleichbar.

Hinter dem DRG-System steckt offensichtlich der Glaube, man könne mit Hilfe der Mathematik unter Anwendung von Algorithmen und einer aggressiven Öffentlichkeitsarbeit den Konflikt zwischen der durch die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt ausgelösten Kostensteigerung einerseits und den begrenzten Mitteln andererseits mit Hilfe einer gerechten Vergütung quasi wissenschaftlich außer Kraft setzen.

Falls politisch erforderlich, wird jedoch die hochgelobte gerechte Vergütung durch das DRG-System von der Bundesregierung mit einem pauschalen „Sanierungsbeitrag“ von 0,5% belastet und durch das Bundessozialgericht mit dem Hinweis „auf vernünftige Gründe des Allgemeinwohls“ gerechtfertigt, wie ein aktuelles Beispiel beweist. Dies ist eine spezielle Form von sozialpolitischer Gerechtigkeitsmathematik.

Die wachsende virtuelle Realität des DRG-Systems wird nur deshalb noch nicht öffentlichkeitswirksam, da die Selbstkostendeckung im DRG-System im Vergleich zum vertragsärztlichen Bereich vergleichsweise noch wesentlich höher und die Virtualität geringer ist.

Ziele des DRG-Systems nicht erreicht

Es ist schon erstaunlich. Eine Gefährdung der Beitragssatzstabilität durch den tagesgleichen Pflegesatz hat in der Vergangenheit immer eine Welle der Empörung über das „ungerechte und kostensteigernde“ Vergütungssystem ausgelöst, bei dem mathematisch geprägten „gerechten“ DRG-System ist gleiches nicht zu vernehmen. Dies, obwohl beispielsweise die Kosten der Krankenhäuser nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes von 1997 bis 2002 um 11,0% und nach Einführung des DRG-Systems von 2003 bis 2008 um 13,6% angestiegen sind.

Die Verweildauer ist übrigens von 1997 bis 2002 um 12,3% und von 2003 bis 2008 um 8,3% gesunken. Auch dabei ist kein Wechsel des bereits seit den 80-er Jahren bestehenden Trends zur Verweildauersenkung erkennbar.

Gemessen an den hehren politischen Ankündigungen, der Euphorie von Experten und den ökonomischen Zielen ist das DRG-System ergebnisorientiert betrachtet weitgehend wirkungslos geblieben. Von einer Verringerung oder Stabilisierung der Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Krankenbehandlung kann nicht gesprochen werden.

Auch eine Transparenz des Leistungsgeschehens wurde nicht erreicht. Ob die offensichtlich feststellbare Verbesserung der Behandlungsqualität auf das DRG-System oder einer Zunahme des Problembewusstseins als Folge des Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern zurückzuführen ist, müsste noch geklärt werden.

Fachkompetenz oder Eventqualität

Die schrumpfende fachliche Eigenkompetenz der politischen Entscheidungsträger als Folge der permanent steigenden Komplexität des deutschen Gesundheitssystems und des zeitlich begrenzten Sorgenhorizontes nimmt zu.

Früher stand bei der Auswahl des Spitzenpersonals in den Ministerien die fachliche Kompetenz im Vordergrund, gegenwärtig ist es nicht selten ergänzend oder ausschließlich eine fachfremde Eventqualität der ausgewählten Personen, die in den Medien monatelang für Aufmerksamkeit sorgt und die eigentlichen Probleme in den Hintergrund drängt. Der Einfluss und der Umfang der schwebenden verantwortungsfreien Fremdkompetenz mit Definitionsmacht (Berater, Sachverständige, Experten, Institute) wird durch diese Vorgehensweise ständig erhöht.

So gesehen werden sich

- die unzureichenden und zu spät gezogenen Konsequenzen aus dem unaufhaltsamen demografischen Kollaps für die Personalgewinnung,
- die Verweiblichung der Medizin und deren Auswirkungen auf die Arbeitsabläufe und den Umfang der Selbständigkeit,
- die negativen Folgen der jahrzehntelang ungesteuerten Migration auf das Bildungsniveau,
- die zu geringe Investitionstätigkeit der Länder als Folge des grundgesetzlich vorgegebenen Schuldenabbaues,
- die ausufernde und demotivierende Bürokratisierung,
- die ungebremste Komplexität,
- die sich abzeichnenden Wachstumsgrenzen und
- die zunehmende Virtualität

bei einem unveränderten Anspruchsniveau zum Sprengsatz des derzeitigen Systems entwickeln.

Das Krankenhaus wird Teil einer Gesundheitsgalerie

Eines ist jedenfalls als sicher anzusehen: Das Krankenhaus als Institution mit der traditionell gewohnten sektoralen, d.h. stationären und teilstationären Aufgabenstellung, wird es im Jahr 2020 nicht mehr geben. Es spricht vielmehr vieles dafür, dass dann auf einer Immobilie stationäre, teilstationäre, ambulante, pflegerische und rehabilitative Leistungen angeboten werden. Diese werden ergänzt durch gesundheitsnahe Angebote und vernetzt mit regionalen Einrichtungen. Alles zusammen wird verbunden mit den Möglichkeiten der Telekommunikation und Telemedizin.

Aus dem Tante-Emma Krankenhaus hat sich das Großkrankenhaus oder das Fachkrankenhaus und letztlich die Krankenhauskette und die Gesundheitsgalerie entwickelt.

Die Medizin als ein organisationssoziologisch stark konservativ orientierter Bereich hat damit ein weiteres Mal mit zeitlicher Verzögerung Entwicklungen in der Gesellschaft, beispielsweise der Kaufhäuser (Tante-Emma Laden, Supermarkt, Boutique, Handelskette, Galerie, eBay) übernommen. Diese nachholende Entwicklung bei der Medizin gilt immer stärker auch für die Industrialisierung der Arbeitsabläufe, die Qualitätssicherung, die Begriffswelt, die Wertigkeit von Berufsgruppen und die extensive Öffentlichkeitsarbeit.

Die Vorhaltung einer galerienartigen Versorgungsstruktur für die stationäre, ambulante, rehabilitative und sonstige Krankenversorgung, gleichgültig ob über Freiberufler oder Kapitalgesellschaften oder eine Mischung beider, hat zwangsläufig enorme Auswirkungen auf die bauliche Gestaltung, die Betriebsabläufe und die Personalbesetzung. Flexibilität bekommt Vorrang vor Dauerlösungen.

Diese veränderte Infrastruktur beeinflusst auch die Kultur des Miteinander. Infrastrukturfragen sind immer auch Kulturfragen. Dies hat Auswirkungen für die betroffenen Patienten und das Personal. Die Zunahme von Teilzeitarbeit bzw. befristeten Arbeitsverhältnissen und der Leiharbeit zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit ist bereits ein deutliches Zeichen.

Ob dieser derzeit absehbare und beabsichtigte Trend unter den sich weltweit ändernden Rahmenbedingungen so bleiben wird, bleibt abzuwarten. Wandel ist wieder einmal nicht ausgeschlossen. Unklar ist noch, wer der Träger dieses Wandels werden könnte.

Platzende Blasen

Zur Erinnerung: Nicht wenige Experten hielten zuerst die Realwirtschaft und dann die Finanzwirtschaft aufgrund ihrer mathematisch begründeten Modellrechnungen für völlig krisensicher. Nunmehr läuft das gleiche öffentlichkeitswirksame und mediengerechte Spektakel, garniert mit zahlreichen Kongressen als Eventveranstaltungen, mit der angeblich unendlichen Wachstumsperspektive der Gesundheitswirtschaft. Nicht selten unter hervorragender Beteiligung von ehemaligen eloquenten Vertretern der Daseinsvorsorge mit dem üblichen aggressiven Verhalten von Konvertiten.

Das angestrebte Wachstum ist meist mit Schulden und damit einer Zunahme der Beschleunigung verbunden und wird nicht weiter hinterfragt. Die Fähigkeit, sich zu begrenzen, ist in unserer Kultur offensichtlich verlorengegangen. Der Verlust der Beziehungsfähigkeit hängt damit untrennbar zusammen.

Auch in der Gesundheitswirtschaft kann sich die mediengestützte virtuelle Welt von der realen Welt jedoch zu weit entfernen, mit den bekannten Konsequenzen von platzen den Blasen. Die Medizin würde damit nur wie bereits mehrfach in der Vergangenheit, ein weiteres Mal mit zeitlicher Verzögerung den Entwicklungen in der Gesellschaft folgen.

Übersehen wird beispielsweise, dass das Umsetzen von nicht selten durchaus sinnvollen präventiven wohlfühlsteigernden hedonistischen Einzelansprüchen im Gesundheitswesen eine funktionierende nationale und kommunale Infrastruktur voraussetzt, die in der Realität schon jetzt zunehmend verlottert.

Statistischer Jobmotor

Der oft zitierte Jobmotor Gesundheitswesen ist vor allem statistisch begründet, da er überwiegend auf einer Zunahme von Teilzeitkräften beruht. Während die Zahl der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft nach Angaben des Statistischen Bundesamtes insgesamt (Vollzeit- und Teilzeitkräfte) von 2000 bis 2008 von 4,1 auf 4,6 Millionen bzw. 12,2% zugenommen hat, ist die Vollzeitäquivalente in diesem Zeitraum nur von 3,3 auf 3,5 Millionen bzw. 6,6% angestiegen, während sich die Zahl der Teilzeitbeschäftigten von 1,1 auf 1,4 Millionen bzw. 31,7% erhöht hat. Die Zahl aller sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten hat sich übrigens von 2000 bis 2008 vergleichsweise von 22,8 auf 27,5 Millionen bzw. 20,3% erhöht.

Ende der doppelten Facharztschiene

Da die Altersgruppe der 15- bis 25-Jährigen, aus der sich der berufliche Nachwuchs rekrutiert in den nächsten 15 Jahren in Deutschland um rd. 2,2 Millionen bzw. 21,5% (!) sinken wird und für den verbleibenden Rest der Anteil, der aus den bildungsfernen Schichten stammt, zunimmt, werden sich die Probleme bei der Gewinnung von qualifiziertem Personal bereits kurz- und mittelfristig dramatisch verschärfen. Das im Rahmen der EU ausschließlich in Deutschland bestehende Problem der doppelten Facharztschiene, die seit Jahrzehnten Anlass für heftige, weil ideologische, Auseinandersetzungen liefert, dürfte sich damit mangels Personal, von selbst erledigen.

Zusätzlich werden der Personalmangel und die Aus- und Weiterbildungskosten durch die Zunahme der Teilzeitarbeit verstärkt. Um eine wegfallende Vollzeitkraft zu ersetzen, benötigt man beispielsweise zwei, mit den entsprechenden Kosten voll aus- und weitergebildete, Teilzeitkräfte. Ein derartiger Personaleinsatz mag zwar im Interesse der betroffenen Arbeitskräfte oder der Arbeitgeber liegen, die „verlorenen“ Kosten der Aus- und Weiterbildung belasten aber nur ein weiteres Mal alle Steuerzahler. Ein wirtschaftlicher Mitteleinsatz des Humankapitals kommt in diesen Fällen offensichtlich nicht zum Ansatz.

Es gibt keine endgültigen Lösungen

Letzten Endes gibt es für die Krankenhäuser bzw. das gesamte Gesundheitswesen keine endgültige alle zufriedenstellende Lösung des Finanzierungsproblems, sondern nur ununterbrochene Anpassungen. Es gilt der Mythos von Sisyphos.

Die aktuelle Forderung die seit Jahren de facto ausgabenorientierte Einnahmepolitik durch eine rangorientierte Ausgabenpolitik, genannt Priorisierung, zu ersetzen, wird das Finanzierungsproblem des Gesundheitswesens- bzw. der Krankenhäuser jedenfalls nicht lösen. Die Priorisierung eröffnet zwar die Möglichkeit zahlreicher neuer, selbstverständlich wissenschaftlicher, Diskussionsforen und ein weiteres Mal das verantwortungsfreie gutachterliche Tätigwerden von Experten und Instituten. Sie ersetzt aber nicht das Wort „nein“ des Gesetzgebers.

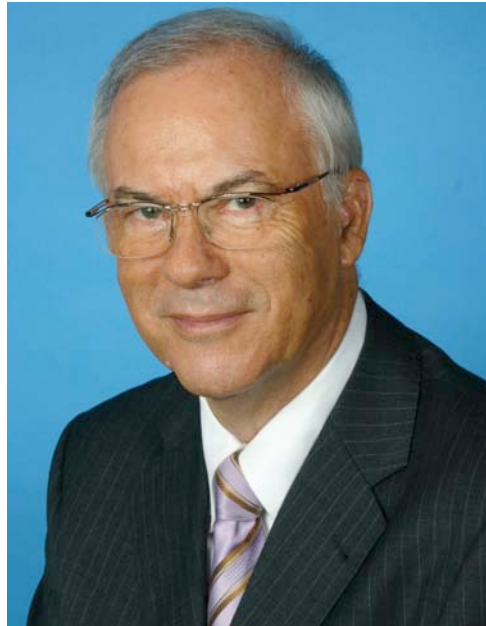
Die Entwicklung der Gesundheit ist immer an die jeweilige gesellschaftliche Entwicklung angekoppelt. Es ist deshalb als wahrscheinlich anzusehen, dass die knappen Haushaltsmittel und die immer deutlicher zu Tage tretenden Grenzen des Wachstums zwangsläufig dafür sorgen werden, dass die Begriffe „ausreichend und zweckmäßig“ des sozialversicherungsrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebotes ihrer seit Jahren expansiven sozialpolitischen Maximalinterpretation entkleidet und wieder auf die ursprüngliche Bedeutung der Worte reduziert werden.

Eine Gefahr sollte allerdings nicht unterschätzt werden: Die zunehmenden direkten (z.B. Finanzamt, Krankenkassen) und indirekten (Internet) Informationen und Kontrollmöglichkeiten über den Einzelnen als gläserner Staatsbürger könnten den Staat in Versuchung führen, durch Verhaltensvorgaben die Kosten des Gesundheitswesens zu beeinflussen. Selbstverständlich geschähe dies nur im Interesse des Einzelnen und des Gesamtwohls.

Vieles ist in der Geschichte zyklisch. Dies gilt auch für die sich wandelnde Wertschätzung von Staaten und Märkten zur Lösung der anstehenden Probleme und den jeweils zugrunde liegenden Handlungsmustern.

Hannover, 1. Mai 2010

Verfasser



Dr. Ernst Bruckenberger

Hitzackerweg 1 a, 30625 Hannover

Tel.: 0511-574553

Fax : 0511-20 34 685

Mail: ernst@bruckenberger.de

Home: <http://www.bruckenberger.de>

Geboren am 02.04.1940 in Gmunden/Oberösterreich. Studium der Rechtswissenschaften, Promotion, Tätigkeit 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. Von 1979 bis Anfang 2004 Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung im Niedersächsischen Sozialministerium. Leitender Ministerialrat a. D., Lehrbeauftragter der Medizinischen Hochschule Hannover. Gutachter-, Experten- und Vortragstätigkeit.

•Drei Bücher: E. Bruckenberger; "Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen" (Kohlhammer,1978), E.Bruckenberger; "Dauerpatient Krankenhaus" (Lambertus,1989) und E. Bruckenberger, S. Klaue, H-P.Schwintowski; „Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb“ (Springer, 2005). Zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge über die Krankenhausfinanzierung und -planung, die Abstimmung beim Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte, die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen, die kooperative Regionalisierung, die Auswirkungen des DRG-Systems, die Probleme der Mindestmengenregelung und eine bundesweite jährliche sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie („Herzberichte“).

Weitere Informationen unter <http://www.bruckenberger.de>