

Krankenhausversorgung am Scheideweg

Ein Kommentar zur Krankenhauspolitik des Bundes

1. *Die wirtschaftliche und gesellschaftspolitische Bedeutung der Krankenhäuser*

»Politik kann man in diesem Lande definieren als die Durchsetzung wirtschaftlicher Zwecke mit Hilfe der Gesetzgebung.« (Tucholsky 1960: 374). Diese treffende Feststellung von Kurt Tucholsky aus dem Jahre 1919 charakterisiert auch heute die ziel- und erfolglose »Gesundheitspolitik« der Bundesregierung. Eine Politik, die primär Wirtschaftszielen dient, die stärker an der Reduzierung von Lohnnebenkosten als an Versorgungszielen interessiert ist. Das Elend der aktuellen Gesundheitspolitik zeigt sich darin, daß es keine systematisch geplante Politik zur Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung für die Bevölkerung gibt. Eine zukunftsorientierte, wirksame Krankenhauspolitik gibt es auch nicht. Eine reformorientierte Krankenhauspolitik könnte nur zusammen mit den Ländern erfolgreich umgesetzt werden. Die Bundesregierung hat dagegen durch ihre bundesratszustimmungsfreien Gesetze den Einfluß der Länder ausgeschaltet, was verfassungsrechtlich bedenklich ist. Mit einer Politik des »muddling through« können nicht einmal kurzfristige, schon gar nicht zukünftige Versorgungsprobleme gelöst werden.

Es gibt dazu noch ein Theorie-Praxis-Dilemma: Reformdiskussionen erfolgen meist theorielos, d.h. ohne anwendungsorientierte, empirisch geprüfte Handlungstheorien. Statt dessen gibt es Illusionen und viele pauschale Behauptungen. Trotz vieler wissenschaftlicher Veröffentlichungen gibt es auch keine systematische, anwendungsorientierte Wissenschaft für diesen Dienstleistungssektor und keine Krankenhausökonomik.¹ In der mehr als zehnjährigen einseitigen, falschen Kostendämpfungsdiskussion ist die regional- und gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland fast vergessen worden.² Es gibt auch kaum empirische Untersuchungen über die gesamtwirtschaftliche Bedeutung der »Gesundheitswirtschaft«. Erst seitdem die Krankenhäuser mit dem Rücken an der Wand stehen, wird das Wirtschaftspotential der Krankenhäuser auch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) öffentlich herausgestellt.³ Dabei müßte

das große Wirtschaftspotential der Krankenhäuser für jeden interessierten Politiker unübersehbar sein. Die ca. 2.300 deutschen Krankenhäuser mit 1,1 Mio. Beschäftigten und einem Jahresumsatz über 100 Mrd. DM sind ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Insgesamt haben sie eine Wirtschaftskraft, die teilweise bedeutsamer ist als die von Großunternehmen wie Siemens, VW oder Daimler Benz (Ossen 1997). Die Beschäftigungs- und Einkommenseffekte haben außerdem regionalwirtschaftliche Bedeutung; Krankenhäuser sind in ihren Versorgungsregionen oft die größten Arbeitgeber. Die Bedeutung des gesamten Gesundheitswesens mit einem Finanzvolumen von ca. 470 Mrd. DM (1994), d.h. ca. 10 % des Bruttosozialproduktes, verdiente höchste Beachtung.

Die öffentliche »Reformdiskussion« hat sich bisher mit wenigen Ausnahmen kaum für den gesamtwirtschaftlichen Stellenwert der Krankenhäuser und ihre wichtigen Versorgungsleistungen interessiert. Die einseitige Kostendämpfungsdiskussion wird vielmehr negativ beeinflusst durch neoliberale Kritik am Sozialstaat und durch pauschale Unwirtschaftlichkeitsbehauptungen über Krankenhäuser, ohne systematische empirische Untersuchungen. Magisch werden die Kostenentwicklung und steigende Ausgaben für Krankenhausleistungen als *das* Zentralproblem beschworen.⁴ Parteien und Verbände treiben ein dauerndes »Schwarze-Peter-Spiel« über Gründe, Verursacher und Verantwortliche. Das und die Zunahme der wirtschaftlichen Schwierigkeiten schaffen sozialpolitische Rahmenbedingungen, die für wirksame Reformen keinen Raum lassen. In sachlichen Reformdiskussionen müßten auch die wichtigen öffentlichen Aufgaben der Krankenhäuser gesehen werden, z.B. ihr Beitrag zur Daseinsvorsorge, zur Aus-, Fort- und Weiterbildung und ihre Schlüsselstellung in der medizinischen Weiterentwicklung. Diese gesellschafts- und sozialpolitische Rolle wird nur ungenügend beachtet. Dabei ist der medizinische, pflegerische und medizin-technische Standard der stationären Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland international anerkannt und unbestritten.

Trotz dieser Leistungen müssen viele Krankenhäuser noch sehr viel tun, um im nächsten Jahrzehnt erfolgreich bestehen zu können. Sie müssen v.a. gemeinsame Krankenhausziele, die meist fehlen, erarbeiten, bestehende Berufsgruppen-Egoismen überwinden und traditionelle Organisationsabläufe stark verändern und dadurch noch stärker als bisher die Wirtschaftlichkeit steigern. Wirksame Krankenhausreformen benötigen zuerst innerbetriebliche Reformbereitschaft, und zwar berufsgruppenübergreifend. Krankenhäuser müssen dringend lernen, im echten Sinne kooperativ mit anderen Krankenhäusern und mit weiteren Gesundheitsbereichen zu arbeiten. Das hierfür notwendige Umdenken

beginnt viel zu zögernd. Krankenhäuser brauchen für Reformen, die sie mittragen sollen, Rechtssicherheit, klare politische Zielvorgaben und geprüfte Vorschläge. Erfolgreiche Reformen setzen Kassenvorstände voraus, die nicht in erster Linie wie »Kassenwarte« denken, sondern wissen, daß sie eine soziale Schutzfunktion für ihre Versicherten und Patienten haben. Ich habe Zweifel, daß im zunehmenden Kassenwettbewerb die Versorgungsansprüche der Patienten den gleichen Stellenwert erhalten wie das Interesse vieler Kassen an einer großen Zahl gesunder, gut verdienender Mitglieder. Kassenverantwortliche müssen sich erinnern, daß sie für die Daseinsvorsorge ihrer Versicherten und besonders für ihre Patienten verantwortlich sind. Sie müssen auch danach handeln. Eine Kassen-Verbandspolitik mit klaren Zielen, die gemeinsam getragen wird, sucht man bisher vergebens.⁵ Ob das bei der Magie, den der Kassenwettbewerb ausübt, überhaupt noch erreichbar ist, bezweifle ich stark.

Sollen setzt Können voraus. Das sollte für alle politischen Ebenen und auch für Selbstverwaltungen gelten. Daher ist es eine wichtige Aufgabe aller Verantwortlichen, für die nötigen Reformen gemeinsame, dauerhafte, klare rechtliche und gesundheitspolitische Voraussetzungen zu schaffen. Bis das erreicht ist, ist noch sehr viel zu tun. Entscheidende Rahmenbedingungen müssen zusammen mit den Ländern geschaffen werden, weil sie die sozialstaatliche Gesamtverantwortung für die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse und den Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung ihrer Bürger haben. Bis das möglich wird, ist noch viel konfliktreiche Arbeit zu bewältigen.

2. *Reformen brauchen klare politische Ziele*

Gesundheitspolitik ist allgemein ein Bestandteil der Sozialpolitik. Da diese seit Jahren eine Restgröße der gescheiterten Wirtschaftspolitik ist, gibt es keine selbständige Gesundheits- und Krankenhauspolitik mehr. Bundesminister Seehofer ist Kronzeuge für die verfehlte und erfolglose Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Er hat deutlich das Scheitern aller Reform- und Kostendämpfungsgesetze beschrieben. Nach seinen eigenen Worten haben die seit 1977 verabschiedeten 46 größeren Gesetze mit über 6.800 Einzelbestimmungen gezeigt, »daß sie im allgemeinen nur vorübergehend in der Lage waren, den Ausgabenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen und den Anstieg der Beitragssätze zu bremsen.« (BMG 1997)

Wer die Zukunft gezielt beeinflussen will, muß die realen Probleme genau kennen und sie kritisch analysieren. Wo gibt es die politisch-

sachliche und/oder wissenschaftliche Analyse für eine zukünftige Krankenhausreform? Wo gibt es anwendbare Reform-Modelle, die auf ihre zukünftigen Konsequenzen, zumindest grob, geprüft worden sind?

Den verantwortlichen Politikern ist es bisher nicht gelungen, deutlich zu machen, welche Ziele sie haben und wie sie die zentralen gesundheitlichen Versorgungsaufgaben für die Zukunft dauerhaft lösen wollen. In den letzten Jahren verhinderten wirtschaftliche Sonderinteressen, Klientelpolitik, Ideologie, Parteienstreit, politische Hektik und fehlende Zeit für differenzierte Analysen eine systematische Erarbeitung alternativer, umsetzbarer Vorschläge zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung.⁶

Reformen der Krankenhausversorgung setzen krankenhauspolitische Ziele, geprüfte Instrumente und politische Handlungsstrategien voraus.⁷ Kritisch zu beurteilen ist, daß weder von Wissenschaftlern noch in der Fachöffentlichkeit die vorhandenen politischen, rechtlichen und fachlichen Zielkonflikte diskutiert werden. So lange dies vermieden wird, kann es keine dauerhafte, erfolgversprechende Krankenhaus- und Gesundheitsreform geben. Wer reale Konflikte verdrängt, hat zukünftig unlösbare Probleme. Politiker und Wissenschaftler, die so arbeiten, gefährden ein bisher relativ erfolgreiches, wenn auch veränderungsbedürftiges Krankenhausversorgungssystem.⁸

Unbestreitbar liegt die krankenhauspolitische Gesamtverantwortung für die Daseinsvorsorge der Bürger bei den Ländern. Das ist mit den »Reformgesetzen« nicht geändert worden – ein Faktum, das gerne wegdiskutiert wird. Hier liegt ein weiteres Dilemma der Krankenhauspolitik. Partei- und machtpolitische Interessen, unterschiedliche Vorstellungen der Länder und die aktuellen wirtschaftlichen Probleme haben bisher Diskussionen über gemeinsame, gesundheitspolitische Grundlagen für die Zukunft der Krankenhäuser verhindert. Ich bin skeptisch, ob sich das vor der Jahrtausendwende ändert.

Für viele Sozial- und Gesundheitspolitiker galt in den letzten Jahren anscheinend das Motto: Aktionismus und Schlagworte allein sind schon Politik. Es werden Lösungen angeboten, bevor Problemanalysen gemacht worden sind. Die ziellose Gesundheitspolitik der Bundesregierung ist ein Durchwursteln; sie baut tragende Prinzipien des Sozialstaates ab.⁹ Franz Knieps vom AOK-Bundesverband ist zuzustimmen, wenn er feststellt: »Nur wer klar definierte Ziele verfolgt, dem darf man planmäßiges Handeln unterstellen.« (Knieps 1997: 38). Diese Aussage gilt auch für die Kassen. Bei welchen Gesetzen und Reformvorschlägen der letzten Jahre wurde diese Forderung erfüllt? Bei keinen, wie die breite öffentliche Kritik zeigt.

Politische Diskussionen, die mit magischen Sprüchen arbeiten, wie z.B. »mehr Selbstverantwortung«, »Vorfahrt für die Selbstverwaltung« und »Rückzug des Staates«, ohne über die politische Gesamtverantwortung und über Versorgungsrisiken zu diskutieren, gefährden Erreichtes. Das ist z.B. der Fall, wenn die schrittweise Einführung der monistischen (d.h. allein durch die Kassen getragene) anstelle der bisherigen dualen Krankenhausfinanzierung beschlossen wird, ohne vorher die nötigen kritischen Untersuchungen über die bisherigen Leistungen und Schwächen der dualen Krankenhausfinanzierung durchzuführen und ohne die möglichen Risiken dieser radikalen Änderung für die stationäre Versorgung zu prüfen. Eine Krankenhausreformpolitik, die diesen Namen verdient, muß klare Versorgungsziele für die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und für die wirtschaftliche Sicherheit der Krankenhäuser festlegen. Hierfür lassen sich wichtige krankenhauspolitische Ziele aus den geltenden Gesetzen und Verordnungen (KHG, BpflV, SGB V) direkt ableiten.

Festzuhalten ist: Für eine wirksame Krankenhausreform gibt es bisher weder klare Ziele noch neue, wirksame Instrumente. Es gibt v.a. keine gemeinsamen politischen Reformvorstellungen in den Parteien und zwischen den Ländern und der Bundesregierung. Es gibt vielmehr eine Vielzahl von ungeprüften, sich widersprechenden Vorschlägen. Zu den nicht geprüften Instrumenten gehören u.a. Markt, Wettbewerb, Monistik und auch die Selbstverwaltung. Alle Instrumente, alte wie neue, müssen auf ihre Zieleignung kritisch untersucht werden. Hier hätte eine unvoreingenommene, praxisorientierte Gesundheitsökonomik ein wichtiges Betätigungsfeld.

3. *Auswirkungen der sog. Reformgesetze auf Krankenhäuser*

Mit Kanzlermehrheit sind am 12. Juni 1997 die zwischen den Parteien und in der Öffentlichkeit sehr umstrittenen Neuordnungsgesetze (NOGs) verabschiedet worden. Damit beginnt aber kein neues Reformzeitalter, kein neues »Jahrhundertgesetz«, eher ein sozialer Rückschritt wegen entsolidarisierender Inhalte der Gesetze. Mit diesen Gesetzen haben sich Ideen sozialstaatskritischer Politiker und Theoretiker zu Lasten der Patienten und der Versicherten durchsetzen können. Zu Recht hat der Ersatzkassen-Report getitelt: »NOG 1 – NOG 2 – Nock-out für das Solidarprinzip«. Klarer noch hat W. Hoffmann in einem kritischen Beitrag in »Die Zeit« vom 26. September 1996 unter der Überschrift »Sägen am System« geschrieben: »In Bonn steht der Ausverkauf der solidarischen Krankenversicherung auf dem Programm.« Der Autor hatte dabei die

beklemmende, aber naheliegende Vision, daß demnächst im »Brockhaus«, unter dem Stichwort »Seehofer, Horst« nachzulesen sein könnte: »Christlich-demokratischer Gesundheitsminister, Ende des letzten Jahrhunderts bekannt geworden durch die Zerschlagung der Bismarckschen Krankenversicherung.« Zu hoffen ist, daß diese Vision nicht Realität wird.

Mit den NOGs ist der wichtige sozialstaatliche Konsens teilweise aufgekündigt worden. Damit verändern sich auch die Rahmenbedingungen für die Zukunft der Krankenhausversorgung. Die Krankenhäuser stehen an einem Scheideweg, dessen »Wegweiser« in eine unklare, risikoreiche Zukunft zeigen. Das kann auch bedeuten, daß die Wegweiser in die Irre, in einen Kreisverkehr oder zurück führen können.

Zwar hatte das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) für die Krankenhäuser wichtige aufgaben- und leistungsverändernde Neuregelungen gebracht¹⁰, die teilweise aber wieder gestoppt oder relativiert worden sind. Das Beitragsentlastungsgesetz von 1996, ein Kostendämpfungsgesetz, hat dagegen eine neue Deckelung gebracht. Es enthält außerdem eine fachlich unbegründete, pauschale »Fehlbelegungs-Zwangsabgabe«, die die Krankenhäuser insgesamt mit jährlich 800 Mio. DM Budgetreduzierung belastet. Ein klarer Verstoß gegen eine leistungsgerechte Finanzierung, die das GSG propagiert hat und das KHG fordert.

Mit der Verabschiedung der NOGs ist die von den Krankenkassen seit mehr als 10 Jahren geforderte Einnahmeorientierung, d.h. eine Anbindung der Krankenhausaufgaben an die Grundlohnsummenentwicklung, harte Realität geworden. Deutlich wird jetzt ein bisher versteckter Zielkonflikt mit dem geltenden Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV). Nach § 4 und § 17 Abs. 1 KHG haben alle im Landeskrankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser unverändert einen gesetzlichen Anspruch auf medizinisch leistungsgerechte Pflegesätze und Vergütungen, die einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung die Erfüllung seines Versorgungsauftrages ermöglichen. Wichtig ist: Eine strikte Einnahmeorientierung der Krankenhausaufgaben, die das NOG vorsieht, deckt sich nicht mit den gesetzlichen Zielen des KHG und der BpflV, d.h. mit der geforderten leistungsgerechten Finanzierung der Krankenhausversorgung. Hierdurch wird dieser Rechtsanspruch der Krankenhäuser stark relativiert. Das ist im Gesetzgebungsverfahren gezielt nicht thematisiert worden, um ein ordnungsgemäßes Bundesratsverfahren zu vermeiden. Es ist nicht auszuschließen, daß unter wirtschaftlichem Druck und angesichts der Verhandlungsmacht der Krankenkassen Krankenhäuser ihre Rechtsansprüche zugunsten von Kompromissen eher zurückstellen, als daß sie

sie über die Gerichte langjährig durchkämpfen werden. Bei Defiziten ist die Verführung groß, alternative Versorgungslösungen zu suchen, z.B. Qualitäten zu reduzieren und/oder in gut bezahlte, zusätzliche Leistungsmengen zu flüchten oder sogar Patienten abzuweisen. Die qualifizierte Versorgung der Krankenhauspatienten würde darunter leiden. Die Krankenhäuser müssen erhebliche zusätzliche wirtschaftliche Risiken tragen. Zwar sieht der neue § 6 Abs. 3 BPflV Abweichungen von den geschätzten Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen vor, diese werden aber in den schwierigen Budgetverhandlungen kaum erfolgreich von Krankenhäusern durchzusetzen sein.¹¹ Die erhöhten Krankenzuzahlungsregelungen sind ein Verstoß gegen das Solidarprinzip, und die Informationspflicht gegenüber den Patienten ist teuer und ziellos.¹² Von Krankenhäusern und der DKG positiv beurteilt worden ist die neue Finanzierung der Instandhaltung über den Pflegesatz; für die Jahre 1997 bis 1999 werden pauschal 1,1 % des Budgets eines Krankenhauses nach § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 BPflV (neu) hierfür zusätzlich berechnet.

4. *»Vorfahrt der Selbstverwaltung« als Ersatz für Politik?*

Die »Vorfahrt für die Selbstverwaltung« ist ein Kernstück der sogenannten 3. Reformstufe. Sie hat direkte Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung, besonders auf die Arbeit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), wahrscheinlich anders als vom Gesetzgeber und der DKG erwartet. Stärkung der Selbstverwaltung ist eine alte Forderung neoliberaler Wissenschaftler und der FDP.

Sie glauben, hierüber den Wettbewerb zu fördern, das Subsidiaritätsprinzip in die GKV einzuführen und den Staatseinfluß zu reduzieren. Trotz vieler Gegensätze ist dieses Instrument, das nie geprüft wurde, erklärte Absicht der Mehrheit der politischen Vertreter in Bonn und der großen Parteien. Zu vermuten ist, daß die parteipolitischen Vorstellungen über Weg und Ziel der sogenannten Vorfahrt unklar sind und nicht übereinstimmen. Der damit verursachte teilweise Rückzug des Staates aus der Gesundheitspolitik war bisher kein Thema. Ein erstaunlicher Tatbestand. Politisch bedenklich ist, wie schnell in diesem wichtigen Versorgungsbereich Problem-Scheinlösungen Gesetz werden. Besonders erstaunlich ist die »schnelle Vorfahrt«, weil jahrelang von vielen, besonders von Minister Seehofer, die Arbeit der Selbstverwaltungen scharf kritisiert worden ist. Weil die Bonner Gesundheitspolitik erfolglos war und nicht weiter weiß, soll jetzt, trotz aller Kritik und Mängel, der Glaube an die Selbstverwaltung Berge versetzen. Eine zentrale Frage ist:

Wieso glauben viele, Selbstverwaltungen handelten vernünftiger und zielgerechter?

Ich habe ernsthafte Zweifel daran, daß die DKG, die Krankenkassen und auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die neuen Steuerungsaufgaben sozialstaatlich und gesundheitspolitisch verantwortlich umsetzen können. Unterschiedliche Verbandsziele schaffen erhebliche Konflikte. Ich halte es für leichtfertig, sich einfach auf die Fähigkeit und Vernunft nicht-staatlicher Organisationen zu verlassen, obwohl sie verständlicherweise zuerst ihre Ziele durchsetzen wollen. Die Schwächen der DKG bedeuten zukünftige Risiken für die Krankenhäuser und für erfolgreiche Vereinbarungen.¹³ Die bisherigen Erfahrungen lassen befürchten, daß die neue Bundesschiedsstelle sehr viel Arbeit erhält und viele Interessenkonflikte nicht lösen können wird. Die Forderung nach mehr Selbstverwaltung muß als Politikersatz und als Abschieben politischer Verantwortung verstanden werden. Minister Seehofer hatte im Februar 1996 auf dem Gesundheitsforum der Süddeutschen Zeitung seine Gründe formuliert: »Der Staat ist nicht die Lösung des Problems, der Staat selbst ist das Problem.« (Sozialpolitische Umschau, Ausgabe 11 vom 24. März 1997) Wer seine Erfolglosigkeit so charakterisiert, gesteht faktisch das persönliche und parteipolitische Scheitern ein.

Das 2. NOG hat den Krankenkassen, der KBV und der DKG wichtige neue Aufgaben übertragen. Für den stationären Bereich sind diese die gemeinsame Vorausschätzung der Grundlohnsummenentwicklung ab 1998 sowie die gemeinsame Pflege und Weiterentwicklung der Fallpauschalen und Sonderentgelte. In der Begründung der Bundesregierung zum 2. NOG wird ohne Beweis behauptet, mit dieser Neuregelung erhalte die Selbstverwaltung ein wirksames Instrument, um auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung und sparsame Leistungsanspruchnahme hinzuwirken. Neue Illusionen ersetzen hier alte, gescheiterte Träume. Die eigentliche Ironie der chaotischen Geschichte der Neuordnungsgesetze besteht darin, daß diese Gesetze den Krankenkassen und den Krankenhäusern eine von ihnen nicht akzeptierte Zwangsregelung aufbürden und gleichzeitig die »Vorfahrt für die Selbstverwaltung« verstärken sollen. Die angestrebte »soziale Partnerschaft« steht vor ganz erheblichen, fast unüberwindbaren Hürden, die beseitigt werden müßten, um die neuen Selbstverwaltungsaufgaben verwirklichen zu können. Eine Mindesvoraussetzung wären gemeinsame Ziele, die nicht zu sehen sind. Hierfür einige Beispiele: Die aktuellen Diskussionen über die angebliche Fehlbelegung in Krankenhäusern und die Forderungen der Kassen aufgrund der problematischen »Fehllaufnahmestudie«

des MDS zeigen z.B. deutliche Gegensätze zwischen den neuen »Sozialpartnern«.

Der Gesetzgeber überfordert besonders die DKG und die Landeskrankengesellschaften, denen die nötige Durchsetzungsmacht fehlt. Außerdem stehen die Kassen unter einem starken Finanzdruck, was die Einigungschancen enorm erschwert. Das zeigt sich aktuell bei den gegensätzlichen Vorstellungen zur Weiterentwicklung der Fallpauschalen und der Sonderentgelte. Die Kassen sind an einer Senkung der Punkte bei Fallpauschalen und die DKG an einer qualifizierten Überprüfung der Sonderentgelte interessiert. Zu befürchten ist, daß die politisch verordnete »Zwangs-Vorfahrt« langfristig nicht zu gesundheitspolitisch verantwortbaren rationalen Strukturen führen wird.

Für die DKG und die Krankenhäuser ergeben sich besondere Probleme aus den neuen Strukturvereinbarungen, die die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV zukünftig nach § 73a SGB V abschließen können. Die Strukturverträge, die anders als Modellversuche unbefristet und ohne wissenschaftliche Prüfungen vereinbart werden können, könnten sich als Sprengsatz für das GKV-System herausstellen, wenn primär Organisationsinteressen und das »Geld« dominieren. Über den neuen § 73a SGB V können zu Lasten Dritter, d.h. zu Lasten der Krankenhäuser und auch der Krankenhausversorgung, Vereinbarungen abgeschlossen werden. Bei den Strukturverträgen werden Krankenseinweisungen eine wichtige Rolle spielen. Deshalb sollte der DKG ein Mitspracherecht eingeräumt werden. Da dies »übersehen« worden ist, besteht eine weitere Hürde vor erfolgreichen Vereinbarungen. Die Kassen werden versuchen, Versorgungsleistungen wie Krankenseinweisungen zu reduzieren. Die KVen werden versuchen, dies zu Lasten der Krankenhäuser zu regeln, um das Honorarbudget aufzubessern. Die Gefahr besteht, daß es zu einer schleichenden Mengen- und Qualitätsreduzierung zu Lasten der Patienten und damit zu Verletzungen der Solidarität kommt. Reduziert werden könnte das vielleicht dadurch, daß die Bundesregierung sich verpflichtet, auf der Grundlage systematischer Berichte der Landeskrankengesellschaften, der DKG und der Krankenkassen regelmäßig einen kritischen Erfahrungsbericht über die Entwicklung und die Qualität der Krankenhausversorgung und der ambulanten Versorgung vorzulegen. Dies könnte vielleicht die Gefahr einer schleichenden Rationierung frühzeitig sichtbar machen.

Die vom Gesetzgeber erwartete »Partnerschaftslösung« wird es deshalb für die Krankenhäuser aufgrund von Zielkonflikten und ungleichen Machtverhältnissen nicht geben. Die DKG und die Landeskrankengesellschaften sind keine gleich starken Verhandlungspartner für die

Kassen. Große Konflikte wird es immer dann geben, wenn die Kassen in erster Linie an die Finanzierung denken und ihren Machthebel: Verweigerung der Budgets, nutzen. Der Krankenkassenwettbewerb verschärft die schwierigen Verhandlungen noch. Die Krankenkassen haben früher zu Recht ihre relativ schwache Verhandlungsposition gegenüber den monopolistischen KVen kritisiert. Gegenüber den Krankenhäusern haben sie jetzt eine Quasi-Monopolposition. Die vom Gesetzgeber angestrebten Selbstverwaltungslösungen für den Krankenhausbereich werden nicht nur durch dieses Machtungleichgewicht stark behindert, sondern auch durch die Nichtbeachtung der gesetzlichen und politischen Grenzen für eine »neue« Selbstverwaltung.

Welche Grenzen gibt es? Diese liegen besonders in der demokratischen Legitimierung und der politischen Gesamtverantwortung der Länder. Der Sicherstellungsauftrag für eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche und angemessene stationäre Versorgung liegt eindeutig bei den Ländern. Die Länder sind im Rahmen der Daseinsfürsorge für die gesundheitliche Versorgung der Landesbevölkerung verantwortlich. Diese politischen und verfassungsrechtlichen Grenzen werden gerne übersehen. Für die Zukunft der Krankenhäuser ist es deshalb nötig, daß die Länder ihre gesundheitspolitische Gesamtverantwortung auch gegenüber dem Bund wirksam wahrnehmen. Das heißt auch, daß sie unklare, widersprüchliche Reformansätze auf der Grundlage der Prinzipien der solidarischen GKV und einer finanzierbaren, weiterzuentwickelnden Krankenhausversorgung kritisch prüfen. Natürlich sollte dabei auch über die Zuständigkeiten der Krankenkassen, z.B. bei der Planung, neu nachgedacht werden. Eine Stärkung der Selbstverwaltungen, besonders der Krankenhausgesellschaften, ist für die Zukunft einer leistungsfähigen GKV wichtig, aber in klaren sozialstaatlichen Grenzen. Festzuhalten ist: Solange die bestehenden Egoismen der Selbstverwaltungen und Verbände nicht ausgeglichen oder durch Anreize reduziert werden, wird es nicht zu den vom Gesetzgeber erwarteten Gemeinsamkeiten und politisch vertretbaren Lösungen kommen. Wenn es nicht zu echten Kooperationen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsbereichen kommt und die Kassen wegen erfolgloser Wirtschaftspolitik unter Einnahmeverlusten leiden, wird es eine zukunftsorientierte, bessere und wirtschaftlichere Gesamtversorgung der Patienten nicht geben. Politisch nicht zu verantworten ist der begonnene schleichende Rückzug des Staates aus seiner sozial- und gesundheitspolitischen Gesamtverantwortung, besonders wenn die Konsequenzen für die Krankenhausversorgung der Bevölkerung riskant, zumindest aber nicht klar sind.

Die aktuellen Vorstellungen vom Vorrang der Selbstverwaltung werden u.a. auch durch unklare Wettbewerbsideologien bestimmt. Bewußt wird dabei übersehen, daß es einen grundsätzlichen Widerspruch zwischen sozialer bzw. gesamtwirtschaftlicher Rationalität und betriebswirtschaftlicher sowie verbandsegoistischer Rationalität gibt.

5. Markt- und Wettbewerbsillusionen

Es ist ein weitverbreitetes Vorurteil, daß Wettbewerb selbstverständlich Effizienz und Effektivität verbessert. Diese Fehlannahme versteckt sich in vielen Reden und Artikeln, oft zusammen mit irreführenden Vorstellungen vom »Gesundheits- und Krankenhaus-Markt«. Die langjährigen Diskussionen über notwendige Reformen wurden nicht nur belastet durch Illusionen und politische Interessengegensätze, sondern auch durch einen Verfall der politischen und fachlichen Sprache.¹⁴ Die Schlagkraft von politischen Begriffen und von pseudo-fachlichen Termini hat sich bestätigt. Die gesundheitspolitische Diskussion der letzten 10 Jahre ist durch eine inflationäre Verwendung von problematischen Begriffen wie »Kostenexplosion«, »Dirigismus«, »Planwirtschaft«, und »Fehlbelegung« sowie illusionsstiftende Termini wie »Markt« und »Wettbewerb« fehlgeleitet worden. Wer vom »Krankenhausmarkt« spricht und die Notwendigkeit eines »Krankenhauswettbewerbs« vertritt, sollte sich zuerst mit der Realität vertraut machen, d.h. entscheidende soziale und rechtliche Fakten beachten, was selten geschieht. Es ist leichter, im Zeitstrom sozialstaatskritischer und quasi-marktwirtschaftlicher Schlagworte zu schwimmen, als sich dagegen zu stellen, weil diese Schlagworte schnelle Lösungen suggerieren (Bolles 1994). Das allerdings erforderte systematische, praxisbezogene und konfliktreiche »Basisarbeit«, Ausdauer und politischen Mut.

Krankenhäuser sind Wirtschaftsbetriebe besonderer Art. Sie sind keine Unternehmen, die frei nach Preisen oder Nachfrageveränderungen über ihre Angebote entscheiden können. Sie haben im Rahmen des KHG und der BpflV wichtige *Versorgungsaufträge* zu erfüllen, die durch Landeskrankenhauspläne und Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 SGB V ergänzt werden können. Sie haben gleichzeitig Versorgungsverträge mit den Kassen. Außerdem sind Krankenkassen verpflichtet, gemeinsam Budgetverhandlungen durchzuführen. Wichtig ist, daß Krankenhäuser im Rahmen dieser Regelungen *Versorgungsverpflichtungen* haben. Überspitzt formuliert: Krankenhäuser können sich bei Beachtung geltender Gesetze nicht ihre Disziplinen und Leistungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen und nach trägerspezifischen Interessen aussuchen

oder darauf verzichten. Es ist rechtswidrig, Patienten aus Budgetgründen bedarfsnotwendige Leistungen vorzuenthalten. Es gibt keinen Leistungs- und keinen Preiswettbewerb der Krankenhäuser. Wie kann es dann mit dem Ziel einer besseren Patientenversorgung einen wirksamen Krankenhauswettbewerb geben?

Einkaufsmodelle nach dem Prinzip: wer die Leistungen bezahlt, sucht auch nach seinen Verbandsinteressen die Leistungsanbieter aus, lassen die geltenden Gesetze nicht zu, auch wenn sich manche Kassenvorstände und Politiker das erhoffen. Sie sollten auch zukünftig keine Realität werden, weil damit die solidarische GKV ernsthaft gefährdet würde. Die Realität ist anders. Patienten haben gegenüber dem Krankenhaus und den Krankenkassen einen *Rechtsanspruch* auf angemessene medizinische und pflegerische Leistungen. Einkaufsmodelle, nach denen Krankenkassen entsprechend ihrer wirtschaftlichen Lage und regionalen Interessen Leistungen einkaufen, würden zu einer »Mehrklassen-Medizin« führen, was u.a. einen Verstoß gegen den Verfassungsgrundsatz der »Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse« und gegen die GKV-Grundsätze bedeutete.

Die neoliberale Markt- und Wettbewerbstheorie arbeitet mit einer »virtuellen Krankenhauswelt«, die mit der Realität wenig zu tun hat. Es fehlen alle wichtigen Voraussetzungen für Markt-Transparenz bzw. Informationen über Qualität und Notwendigkeit von Krankenhausleistungen. Bekanntlich spielt der »Preis« hier keine Rolle. Er sollte es in der solidarischen GKV auch zukünftig nicht tun. Entscheidende Angebots- und Nachfragebeziehungen, wie auf Gütermärkten, existieren hier nicht (Bolles 1994). Es gibt auch keine »Konsumentensouveränität«, trotz gegenteiliger Behauptungen. Ärzte entscheiden, wo, in welchem Umfang, unter welchen Bedingungen und zu welcher Qualität Patienten versorgt werden. Ärzte sind Anwälte fachkundiger und oft abhängiger Patienten. Patienten als kranke Menschen ernst zu nehmen und nicht als »Fall« zu betrachten, sollte selbstverständlich sein. Dieses humane Verhalten hat mit »Wettbewerb« nichts zu tun.

Im Gesundheitsversorgungssektor, besonders bei Krankenhausleistungen, gibt es ein kaum beachtetes »Anbieter-Nutzer-Dilemma«. Gemeint ist damit, daß eventuelle Wettbewerbsvorteile der Leistungsanbieter, d.h. der Ärzte oder Krankenhäuser, für Patienten meist keine direkt erkennbaren Vorteile bringen. Das Dilemma wird besonders da deutlich, wo Vorteile für die Leistungsanbieter zu nicht erkennbaren bzw. nicht zu beurteilenden Nachteilen in der Qualität der Versorgung der Patienten führen. Dieses Dilemma ist aus meiner Sicht nicht auflösbar. Deshalb muß im Patienteninteresse die soziale und gesundheitspolitische Verantwortung

grundsätzlich außerhalb eines marktähnlichen oder eines Verbandswettbewerbs geregelt werden. Der Staat ist hierfür Garant.¹⁵

Krankenhausleistungen sind keine marktfähigen Güter. Marktentscheidungen werden aus betriebswirtschaftlichen Gründen getroffen, diese sind oft kurzsichtig. Einzelwirtschaftliche Erfolge treten in den Vordergrund. Die traditionelle Marktlogik ignoriert humane und soziale Aspekte weitgehend. Hier liegt ein Widerspruch zwischen sozialer, gesamtwirtschaftlicher Rationalität und der betriebswirtschaftlichen Rationalität. Dieser Widerspruch ist aus meiner Sicht unauflösbar für den Krankenhausversorgungsbereich. Auch deshalb darf der Staat sich nicht aus seiner gesundheitspolitischen Verantwortung herausschleichen und diesen Interessenkonflikt den Selbstverwaltungen zuschieben. Sie können diese Konflikte nicht im Interesse der Versicherten, der Patienten und der Bevölkerung sozialverantwortlich lösen. Für mich gibt es eine klare Antinomie zwischen Solidarität einerseits sowie Markt und Wettbewerb andererseits. Konsequente Beachtung des Sozialstaatsprinzips und der Normen der solidarischen GKV bedeutet, Krankenhausleistungen nicht einem Markt zu überlassen. Nicht Geld soll über die Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung entscheiden.

Was konkret ist »Krankenhauswettbewerb«? Mit welchen Zielen und Instrumenten arbeitet er? Hierauf kenne ich keine widerspruchsfreien, klaren Antworten. Da es in der GKV keinen Wettbewerb um Krankenhausleistungen gibt und auch keinen Preiswettbewerb, müßte dieser »Pseudo-Wettbewerb« mit völlig anderen Instrumenten arbeiten. Aber mit welchen? Handelt es sich vielleicht um einen »Ansehenswettbewerb«, um Akzeptanz bei den Krankenkassen zu erwerben? Denkbar wäre ein »Qualitätswettbewerb«, sofern es anerkannte Qualitätsstandards für die komplexen Krankenhausleistungen gäbe. Die inflationäre Diskussion über Qualitätsmanagement zeigt, daß hierfür noch viele Voraussetzungen fehlen.

Völlig unklar ist, wer die Adressaten dieses »virtuellen Krankenhauswettbewerbs« sein sollen. In der modischen Diskussion über den »Krankenhauskunden« – ein überflüssiger, mißverständlicher Terminus – wird mehrdimensional argumentiert. Danach sind Kunden nicht nur Patienten und Familienangehörige, sondern einweisende Ärzte, Lieferanten und natürlich Krankenkassen. Welcher »Kunde« hätte Vorrang? Analytisch wäre das ein Wettbewerb mit gegensätzlichen Zielen auf verschiedenen Ebenen. Die Idee eines angeblichen Krankenhauswettbewerbs hat sich verselbständigt. Wettbewerb ist Selbstzweck geworden. Wettbewerb ist kein real einsetzbares Instrument zur Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Krankenhausversorgung, wie

suggestiv unterstellt oder behauptet wird. Krankenhauswettbewerb zielt auf kurzfristige Vorteile einzelner Krankenhäuser, deren mögliche negativen Folgen zu Lasten Dritter gehen. Die Konkurrenz zwischen Ärzten ist zwar kein »echter« Wettbewerb, aber sie beweist, daß Wettbewerb nicht zur Reduzierung von Leistungsmengen und auch nicht zur Kostenreduzierung geführt hat, sondern oft zu zusätzlichen Leistungen und vermeidbaren Kosten. Fazit: Es gibt im markttheoretischen Sinne keinen »Markt für Gesundheitsgüter«, keinen »Krankenhausmarkt« und keinen »echten« Wettbewerb der Krankenhäuser.

Kritiker dieser Illusionen bzw. Mythen werden schnell als Reformgegner oder als traditionelle, konservative »Bewahrer« abgestempelt. Es ist deshalb dringend nötig, hierüber eine öffentliche, politische Diskussion zu führen und die Immunsierungsstrategie zu durchbrechen. Interessant ist, daß Vertreter eines »solidarischen Wettbewerbs« in der GKV zwar den klassischen Markt ablehnen, Wettbewerb aber dennoch als notwendig bezeichnen (Rebscher 1993).¹⁶ Für mich besteht ein grundsätzlicher Widerspruch zwischen Solidarität und Wettbewerb.

Es ist dringend nötig, Grenzen und Untauglichkeit von Markt und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung und die erheblichen Gefahren für die GKV durch marktradikale Reformvorschläge öffentlich herauszustellen, um neue Grundlagen für eine kritische Reformdiskussion zu schaffen. Eine anwendungsorientierte Forschung wäre hilfreich, die die realen Versorgungsprobleme in den Vordergrund ihres Erkenntnisinteresses stellt.¹⁷ Dadurch könnten Politikern alternative Handlungsstrategien angeboten werden.

6. Kooperationen statt Wettbewerb als eine Zukunftsalternative

Weil der Krankenhauswettbewerb kein geeignetes Instrument für eine sozial verantwortbare Reform ist, sind »echte« Kooperationen auf der Grundlage gemeinsamer Ziele und andere Instrumente erforderlich, um notwendige Änderungen im Krankenhaus-Leistungsangebot zu bewirken. Kooperationen können einen Beitrag leisten zum Vorteil der Patienten und auch der Kassen, durch Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, durch Vermeidung von überflüssigen Krankenhausleistungen, und das sogar bei Steigerung der Qualität der Krankenhausversorgung.

Krankenhäuser müssen sich ernsthaft um »echte« Kooperationen mit anderen Krankenhäusern, mit weiteren Leistungsanbietern und evtl. sogar um »Fusionen« bemühen. Die Bundesregierung propagierte lange das Ziel, die bestehende Kluft zwischen der ambulanten und stationären Patientenversorgung zu überbrücken. Ein Ziel, das nicht ernsthaft

angestrebt worden ist. Gezielte Kooperationsförderung wäre ein Mittel, für das der Gesetzgeber jedoch wenig wirksame Anreize und rechtliche Voraussetzungen geschaffen hat.¹⁸ Die Krankenhäuser müssen lernen, daß für ihre dauerhafte Existenzsicherung im Interesse einer qualifizierten Patientenversorgung Kooperationen auf verschiedenen Ebenen wichtig sind. Der weitere Bettenabbau und der zunehmende Wirtschaftlichkeitsdruck erfordern neue Strategien. Wirksame Kooperationen zum gemeinsamen Vorteil gibt es zwar vereinzelt schon zwischen verschiedenen Krankenhausträgern, sie sind aber noch äußerst selten.¹⁹ Der Zwang zu Reformen wird sich bald bei vielen Krankenhäusern einstellen. Der Kostendruck müßte deutlich machen, daß viele einzelne Krankenhäuser gegenüber einem »Quasi-Monopol Krankenkassen« auf Dauer wenig Chancen haben. Krankenhäuser werden dann stärker gegenüber den Krankenkassen, wenn sie ihre Wirtschaftspotentiale durch Zusammenarbeit verstärken. Auch ihre Glaubwürdigkeit wird dadurch wachsen. Das setzt zwingend voraus, daß Kooperationspartner vorher gemeinsame Ziele entwickeln.²⁰ Eine bessere Zusammenarbeit der Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten und KVen ist unbedingt erforderlich, auch wenn das z.Zt. besonders schwierig ist. Versuche einzelner KVen, zusammen mit größeren Krankenhäusern Notfallambulanzen zu realisieren, zeigen, daß es reale Möglichkeiten für Zusammenarbeit gibt.

Eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für Kooperationen ist radikales Umdenken in vielen Krankenhäusern, besonders bei den Ärzten und im niedergelassenen Bereich. Überwunden werden müssen vorhandene Verbands- und Trägeregoismen (Rathje 1997). Es dürfte noch lange dauern, bis das erreicht ist.

7. *Krankenhausreform ade?*

Bedarfsnotwendige Krankenhäuser werden auch zukünftig ein zentrales, wichtiges Glied in der ambulanten und stationären Versorgungskette sein. Die stationäre Versorgung ist und bleibt eine wichtige öffentliche Aufgabe. Sie wird dauerhaft einen entscheidenden Beitrag zur Daseinsvorsorge der Bevölkerung leisten müssen. Krankenhauspolitik wird grundsätzlich verantwortliche Politik der Länder bleiben. Weiterentwickeln und ändern werden sich die politischen, sozialen, wirtschaftlichen und auch rechtlichen Rahmenbedingungen. Wohin diese Entwicklung gehen wird, ist z.Zt. realistisch nicht einschätzbar, weil auf allen Ebenen entscheidende politische Voraussetzungen für eine gezielte zukunftsorientierte Gesundheits- und Krankenhauspolitik fehlen. Ohne klare Gesundheitspolitik mit eigenen Zielen kann es keine wirksame

Krankenhausreform geben. Krankenhäuser dürfen dabei nicht isoliert betrachtet werden. Sie stehen jeweils regional in einem bisher noch schlecht verknüpften Versorgungsnetz. Hier muß vieles verändert werden.

Minister Seehofer hat erklärt, diese Bundesregierung werde kein weiteres Reformgesetz vorlegen. Damit ist es wahrscheinlich, daß die unvermeidliche Diskussion über eine »Gesundheits- und Krankenhausreform« erst nach der nächsten Bundestagswahl beginnt. Das ist gut und wichtig für die Krankenhäuser. Sie brauchen endlich einmal Zeit, um die zahlreichen, hektisch verabschiedeten Gesetze der letzten Jahre gezielt, soweit dieses bei den Unklarheiten und Widersprüchen möglich ist, in Alltagsarbeit umzusetzen. Diese Zeitspanne müßte gleichzeitig von vielen Krankenhäusern für dringend notwendige innerbetriebliche Reformen genutzt werden. Unübersehbar ist, daß die Effizienz der stationären Leistungserbringung sich weiter verbessern muß. Dies fördert eine Weiterentwicklung einer qualifizierten Krankenhausversorgung, es reicht aber nicht aus.

Die Gesundheitspolitik der Koalitionsregierung hat durch die einseitig marktwirtschaftlich orientierte öffentliche Diskussion und durch die verabschiedeten Gesetze die Grundlagen der solidarischen Krankenversicherung ernsthaft gefährdet. Dies schafft äußerst schwierige Ausgangsbedingungen für eine gesundheitspolitisch verantwortbare Reform. Hinter der Forderung nach Selbstverantwortung versteckt sich eine Individualisierung sozialer Risiken und die schleichende Implantierung des Subsidiaritätsgedankens. Dringend notwendig ist es deshalb, die Grundwerte unseres bewährten Sozialversicherungssystems, das Solidaritätsprinzip, neu zu stabilisieren.

Bei Reformdiskussionen müssen deshalb die sozialstaatlichen Grundprinzipien das Hauptkriterium sein, weil sie eine zuverlässige Basis für gezielte zukunftsorientierte Reformen sind. Die Glaubwürdigkeit dieser Reformen wird entscheidend davon mitbestimmt, wie die verantwortlichen Politiker und Verbandsvertreter diese Grundprinzipien glaubhaft vertreten und »vorleben«.

Hauptziel jeder Krankenhauspolitik muß es auch zukünftig sein, Voraussetzungen zu schaffen für eine leistungs- und bedarfsgerechte, qualifizierte Krankenhausversorgung für alle Bürger, unabhängig von deren Einkommen und vom sozialen Status. Weiterhin muß auch die wirtschaftliche Sicherheit der für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäuser gewährleistet bleiben, wie es das KHG vorschreibt. Mit Sicherheit werden auch zukünftig die Finanzierungsmittel

der GKV begrenzt sein. Der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser bleibt bestehen. Die wirtschaftliche Leistungserbringung, die Verbesserung der Effizienz und der Effektivität bleiben entscheidende Rahmenbedingungen, sie sind aber keine Ziele. Sie dürfen sich nicht als »Quasi-Reformziele« verselbständigen, wie es z.Zt. Praxis ist. Deshalb ist es zwingend nötig, endlich eine breite Diskussion über zukünftige Versorgungsziele und über gesundheitspolitisch vertretbare Instrumente zu beginnen.

Krankenhausleistungen und die stationären Versorgungsstrukturen werden sich verändern bzw. wandeln müssen. Das Leistungsangebot der Krankenhäuser wird sich durch den § 39 SGB V verändern, d.h. durch den Vorrang von ambulanter Versorgung, von vor- und nachstationären Behandlungen und von teilstationären Leistungen vor der vollstationären Versorgung. Wegen der demographischen Entwicklung wird sich zukünftig die vollstationäre Versorgung zunehmend auf die Behandlung älterer, chronisch erkrankter und schwerkranker Patienten konzentrieren. Dieses führt unvermeidlich zu einer Leistungsverdichtung, zu zunehmender Arbeitsintensität und zu höheren Anforderungen an die fachlichen Qualitäten auf allen Ebenen der Krankenhäuser. Endlich sollten auch die verfehlten Hierarchien abgebaut und interdisziplinäre Zusammenarbeit Praxis werden.

Die Krankenhäuser, die Krankenhausgesellschaften und die DKG müssen die Zeit nutzen, initiativ und aktiv die Zukunft der Krankenhäuser aus der Sicht einer qualifizierten Krankenhausversorgung mitzubestimmen. Wenn das Schlagwort »Vorfahrt für die Selbstverwaltung« überhaupt positive Auswirkungen haben soll, könnte es darin bestehen, daß die Krankenhäuser schneller als in der Vergangenheit lernen, ihre Zukunftsinteressen systematisch zu diskutieren und gemeinsam Reformvorschläge vorzulegen. Es wäre fatal, wenn die Bewältigung dieser wichtigen Zukunftsaufgaben nicht gelänge und Krankenkassen und Politiker, wie in der Vergangenheit, ihre einseitigen »Reformvorschläge« aus einer verengten ökonomischen Sicht vorlegten.

Realismus, systematische Untersuchungen der Vor- und Nachteile des heutigen Krankenhausversorgungssystems, auch des geltenden Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung, anstelle ungeprüfter, vorschneller Lösungsangebote, sind eine ganz entscheidende Voraussetzung für eine erfolgsversprechende Reform. Dabei sollte auch kritisch geprüft werden, wie die zukünftige Krankenhausplanung und -finanzierung im Interesse einer dauerhaften sozialstaatsverträglichen Lösung aussehen soll.

Die »unendliche Geschichte« der Krankenhausreform wird mit

Sicherheit weitergehen. Eine zielorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung ist auch aufgrund der veränderten medizinischen, wissenschaftlichen, wirtschaftlichen und demographischen Rahmenbedingungen unvermeidbar und nötig.

Unbestreitbar ist auch, daß die Krankenhäuser sich dauernd bemühen müssen, ihre Wirtschaftlichkeit zu verbessern und die Qualität ihrer Leistungen weiterzuentwickeln und zu erhöhen. In welche Richtung diese unvermeidbaren Veränderungen gehen, wird entscheidend davon bestimmt, ob es den verantwortlichen Gesundheitspolitikern gelingt, die gesundheitspolitischen Versorgungsziele in den Vordergrund der Reformbemühungen zu stellen. Sehr viel wird auch davon abhängen, wie sich die Gesamtwirtschaft entwickelt und welche Rolle die Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaften und Krankenhäuser zukünftig übernehmen. Die Krankenhausversorgung ist eingebunden in ein »Netz« ambulanter und rehabilitativer Leistungsangebote. Eine bessere, wirksame Zusammenarbeit zwischen allen muß deshalb ein wichtiger Bestandteil von Reformbemühungen sein. Insgesamt eine »Mammutaufgabe«. Die Länder müssen endlich wieder systematisch und mit erheblich mehr Zeit gemeinsame gesundheitspolitische Grundlagen für eine zukunftsorientierte Krankenhauspolitik als notwendige Voraussetzungen für Reformen schaffen. Denn sonst wird es auch zu Beginn des neuen Jahrtausends keine Krankenhausreform geben, die den Namen verdient und die vor dem Bürger politisch verantwortet werden kann.²¹

Korrespondenzadresse:

Wilfried Bolles, Achterdiek 107, 28355 Bremen

Anmerkungen

- 1 Neueste Entwicklungen in Köln, wo ein neues Gesundheitsökonomie-Institut interdisziplinär und fakultätsübergreifend eingerichtet wird, lassen auf eine erste Neuorientierung hoffen. Eine Neuorientierung der Forschung sollte grundsätzlich aber auf einem »Theorie-Praxis-Verbund« basieren; inwieweit Auftrags- und Drittmittelfinanzierung eine unabhängige Forschung behindern, ist kritisch zu beobachten. Auch die Uni Münster (Stiftungsprofessur) versucht eine Krankenhausökonomie aufzubauen (Deutsches Ärzteblatt, Heft 15/1997: 774 f.).
- 2 Die politische Nichtbeachtung der wirtschaftlichen Bedeutung von Krankenhausleistungen ist erstaunlich, weil die Bundesregierung propagiert: »Motor für Wachstum und Beschäftigung wird die Dienstleistung sein.« (Journal für Deutschland, April/Mai 1997)
- 3 Der 20. Deutsche Krankenhaustag hat im Juni dieses wichtige Thema erstmals deutlich in den Vordergrund gestellt (vgl. Ossen 1997). – In seinem Sondergutachten hat der SVR zwar das Gesundheitswesen als wichtigen Wirtschaftsfaktor mit großer beschäftigungspolitischer Bedeutung gewürdigt, der späte Auftrag und

- das Ergebnis des Gutachtens unterstreichen aber, daß viele Politiker, in Bonn und in den Ländern, einen starken Nachholbedarf haben (vgl. SVRKAiG 1996).
- 4 Das einseitige Interesse der Kassen an den Kosten der Krankenhausleistungen ist vielleicht dadurch zu erklären, daß gut ein Drittel der Gesamtausgaben der GKV für Krankenhausversorgungsleistungen ausgegeben werden. Das waren 1996 78,1 Mrd. DM von insgesamt 235,3 Mrd. DM. Hierbei ist zu beachten, daß die Verweildauern stark zurückgegangen sind, Planbetten abgebaut wurden und die Krankenhausaufnahmen jedes Jahr gestiegen sind. 1996 wurden beispielsweise 15 Mio. Patienten in den deutschen Krankenhäusern versorgt. Für das oberflächliche, einseitige Interesse vieler Politiker gibt es keine sachlichen Gründe.
 - 5 Reformschwierigkeiten resultieren auch daraus, daß klare verbandspolitische Gesundheitsziele bei den Krankenkassen weitgehend fehlen. Die starke Fixierung auf Beitragssatzstabilität und auf kurzsichtige Tagesgeschäfte verhindern bisher nötige sektorübergreifende Reformen. Neuerdings beginnen einige Grundsatzreferenten eine selbstkritische Diskussion über Gesundheitsziele (vgl. die Vortragsammlung in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 3-4/1997, zum Thema »Gesundheitsziele in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV]«).
 - 6 Zahlreiche Gutachten und Sachverständigenvorschläge, die in den achtziger Jahren diskutiert worden sind (vgl. etwa verschiedene Veröffentlichungen der Robert-Bosch-Stiftung), spielen heute anscheinend kaum noch eine Rolle.
 - 7 Eine kritische, sachliche Bestandsaufnahme der fachlichen, rechtlichen und gesundheitspolitischen Grundlagen möglicher Reformmodelle ist 1994 von einer Länderreferenten-Arbeitsgruppe erarbeitet worden (Bär et al. 1994, 1995). Die differenzierte Analyse ist von der AGLMB konsequenzenlos zur Kenntnis genommen worden.
 - 8 Rückblickend wird deutlich: Ende der siebziger/Anfang der achtziger Jahre gab es, anders als heute, gezielte gesundheitspolitische Reformdiskussionen über die Krankenhausversorgung. Für viele verantwortliche Landes-Gesundheitspolitiker war das damals ein wichtiges, politisches Thema. In den Zeiten, als z.B. die Minister Friedhelm Farthmann, Armin Claus, Erich Pätzold, Heiner Geißler, Annemarie Griesinger und Herbert Brückner die gesundheitspolitischen Diskussionen der Bundesländer entscheidend beeinflussten, bestimmten nicht ausschließlich wirtschafts-, sondern gesundheits- und krankenhauspolitische Ziele die Diskussionen und die damaligen Gesetze. Heute fehlt das. Ohne eine breite politische und fachliche Diskussion mit den zuständigen Ministern in den Ländern wird es keine wirksame Reformpolitik geben können. Sie muß zwingend gemeinsam oder mehrheitlich getragen werden. Die Bundesregierung hat z.Zt. durch ihre bundesratszufreien Gesetze Gemeinsamkeiten zerstört.
 - 9 Aus der großen Zahl der sehr kritischen Presseveröffentlichungen zwei Beispiele: »Sägen am System«, Die Zeit vom 26. September 1996; »Bonner Weg ohne Ziel«, Frankfurter Rundschau vom 14. September 1996.
 - 10 Ambulantes Operieren sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach §§ 115a und 115b SGB V ermöglichen den Krankenhäusern neue, wichtige Leistungsangebote. Sie erfordern aber innerbetrieblich erhebliche organisatorische und fachliche Umstrukturierungen, was mit Krankenhausärzten nicht leicht umzusetzen ist. Zukünftig müssen diese Angebote viel stärker genutzt werden. Diese Maßnahmen reduzieren auch die bedarfsnotwendigen Krankenhausbetten, was in den meisten Bundesländern auch konsequent vollzogen wird.
 - 11 Nach Artikel 11, Nr. 2b NOG, d.h. nach §6 Abs. 3 BPflV (neu), werden die Krankenhausbudgets »geöffnet«, wenn z.B. zusätzliche medizinische Leistungen oder Fallzahlen vereinbart worden sind und der Krankenhausplan Ausweitungen vorsieht (BGBl Teil I, Nr. 42, vom 30. Juni 1997).

- 12 Teuer, wirkungslos und fragwürdig ist die Verpflichtung der Krankenhäuser, alle Patienten über die Krankenhausleistungen zu unterrichten. Diese Regelung ist einseitig umgesetzt worden durch den gesundheitspolitischen Sprecher der FDP, J. Möllemann. Der hat kurz vor Verabschiedung den wichtigen Zusatz im Entwurf des Gesetzes: »auf Verlangen der Versicherten«, streichen lassen. Ein typischer Möllemann-Beitrag, der den Krankenhäusern und Ärzten zusammen viel Geld kosten wird, nach Schätzungen ca. 2,5 Mrd. DM pro Jahr.
- 13 Die Aussage des Vizepräsidenten der DKG, Regler, der in den neuen Selbstverwaltungsaufgaben euphorisch eine Chance sieht, »das Schicksal der Krankenhäuser selbst in die Hand zu nehmen«, halte ich für ebenso unbegründet wie die Wunschträume der Regierung. Auch in der DKG werden anscheinend reale Interessen- und Zielkonflikte übersehen. Denn das Verhalten der Krankenkassen ist entscheidend (vgl. das Statement von Konrad Regler auf der DKG-Presskonferenz zur Inter-Hospital in Hannover; DKG-aktuell, Juni 1997).
- 14 Zu den Gefahren politischer Schlagworte und zur Krise der politischen Sprache siehe Eppler (1992). Zur Information über grundsätzliche wirtschaftliche Probleme des Wettbewerbs sehr zu empfehlen ist: v. Weizsäcker (1997).
- 15 Eine differenzierte Übersicht über sozialstaatliche Probleme und Grundlagen liefert Matzner (1982).
- 16 Herbert Rebscher, Vorstandssprecher des VdAK, ist der »Theoretiker« der solidarischen Wettbewerbsordnung in der GKV. Er wendet sich zwar gegen eine marktwirtschaftliche Ordnungspolitik in der GKV, glaubt aber daran, daß es eine neue, bisher nicht praktizierte und nicht erprobte »solidarische Wettbewerbsordnung« in der GKV geben könne. Diese Alternativ-Abwehrstrategie gegen die Markttheoretiker halte ich für illusionär. Der Grundgedanke der Solidarität, der Bestandteil unserer Sozialordnung ist, widerspricht einem »Quasi-Wettbewerb«. Verbands egoismen gehen überwiegend, wenn nicht sogar immer, zu Lasten der Mehrheit der Versichertengemeinschaft. Die Ideen der Kassen sind allgemeiner formuliert in: Arbeitsgemeinschaft (1994). – Zum Thema »Wettbewerb im Gesundheitswesen« vgl. u.a. Oberländer (1996); differenzierter wird das Thema behandelt von Schöffski/Gallas/Schulenburg (1996). Daneben gibt es eine Vielzahl von Veröffentlichungen neoliberaler Gesundheitsökonomien, wobei als ein besonders für den Markt »engagierter« Autor Hamm (1985) genannt werden soll.
- 17 Frühe Überlegungen über mögliche Forschungsalternativen und eine kritische Analyse der Untauglichkeit von Systemanalysen und kybernetischen Modellen in der Gesundheitsökonomik finden sich bei Bolles (1977).
- 18 Ein wirksames Instrument der Kooperation zur Vermeidung von Doppelinvestitionen und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, die Großgeräteplanung gemäß §122 SGB V, ist durch das 2. NOG aufgegeben worden. Die falsche, empirisch zu widerlegende Begründung des BMG war, sie sei erfolglos gewesen. Verschiedene Bundesländer können den Gegenbeweis antreten, dazu gehören u.a. Bremen und Niedersachsen. Der politische Hintergrund für die Streichung waren Interessen der FDP und von Radiologen.
- 19 Seit längerem arbeiten in Bremen ein wirtschaftlich selbständiger kommunaler Krankenhausbetrieb und ein privater Träger in verschiedenen medizinischen Leistungsbereichen (Urologie, HNO und Intensivmedizin) erfolgreich personell und wirtschaftlich zusammen. Auch ein neuer, 1997 erfolgter Zusammenschluß von vier katholischen Krankenhäusern im Münsterland zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung in der Region und zum Abbau schädlicher Konkurrenz zeigt, daß langsam eine Umorientierung erfolgt (vgl. Fiege/Schoch 1997).

- 20 Die DKG unterstützt neuerdings auch »echte« Kooperationsbemühungen von Krankenhäusern. Sie sieht das anscheinend als eine Ergänzung zum Quasi-Wettbewerb, den sie unverständlicherweise akzeptiert hat, ohne daß klar ist, was die DKG unter Krankenhauswettbewerb versteht.
- 21 Vielleicht wäre dafür eine Enquete-Kommission nötig und hilfreich, die zusammengesetzt sein müßte aus erfahrenen Vertretern der Länder und des Bundes, verschiedenen Wissenschaftlern und unabhängigen Fachleuten.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (1994): Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung. Bonn
- Bär, D.; Bolles, W.; Gerlach, W.; Reeg, M. (1994, 1995): Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung in Deutschland. In: Das Krankenhaus, Jg. 86, Heft 12, S.558-562; Jg. 87, Heft 1, S.17-21, Heft 2, S.68-72, Heft 3, S.116-119
- BMG (1997): Erläuterung zur »Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung« vom 31. März 1997. In: Sozialpolitische Umschau der Bundesregierung vom 24. März 1997
- Bolles, W. (1977): Gesundheitspolitische Problemlösungen durch Systemanalyse? In: Sozialer Fortschritt, Jg. 26, Heft 12, S.274-278
- Bolles, W. (1994): »Markt« für Krankenhausleistungen – Realität oder Wunschvorstellung? In: Das Krankenhaus, Jg. 86, Heft 2, S.60-65
- Eppler, E. (1992): Kavalleriepferde beim Hornsignal. Die Krise der Politik im Spiegel der Sprache. Frankfurt a.M.
- Fiege, K.-P.; Schoch, K. (1997): Im Krankenhausverbund leistungsstark und zukunftsorientiert. In: Das Krankenhaus, Jg. 89, Heft 6, S.342-347
- Hamm, W. (1985): Wettbewerb in der Krankenhauswirtschaft. In: Robert-Bosch-Stiftung (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 7. Gerlingen
- Knieps, F. (1997): Gesundheitsziele und gesundheitspolitische Orientierung der Krankenkassen. In: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 51, Heft 3/4, S.37-44
- Matzner, E. (1982): Der Wohlfahrtsstaat von morgen. Entwurf eines zeitgemäßen Musters staatlicher Intervention. Frankfurt a.M., New York
- Oberländer, W. (1996): Wettbewerb als Instrument der Weiterentwicklung im Gesundheitswesen. In: f & w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 13, Heft 5, S.384-386, Heft 6, S.588-591
- Ossen, P. (1997): Nachfragemacht Krankenhaus – dynamisches Marktgeschehen europäisch und weltweit. In: Das Krankenhaus, Jg. 89, Heft 6, S.308-312
- Rathje, E. (1997): Kooperation: Notwendige Verzahnung und Konzentration im Gesundheitswesen? In: Das Krankenhaus, Jg. 89, Heft 4, S.178-182
- Rebscher, H. (1993): Skizzen einer solidarischen Wettbewerbsordnung der GKV. In: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 47, Heft 5/6, S.39-43
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (1996): Sondergutachten 1996: Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band 1: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Baden-Baden
- Schöffski, O.; Gallas, E.; Graf v. d. Schulenburg, M. (1996): Der Wettbewerb innerhalb der GKV unter besonderer Berücksichtigung der Kassenwahlfreiheit. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 45, Heft 12, S.293-305
- Tucholsky, K. (1960): Gesammelte Werke, Band 1. Hamburg
- von Weizsäcker, E.U. (Hg.) (1997): Grenzen des Wettbewerbs. Die Globalisierung der Wirtschaft und die Zukunft der Menschheit. München