

Monistische Finanzierung der Krankenhäuser

Kritische Anmerkungen zu einem umstrittenen Reformvorhaben

Seit Anfang der 80er Jahre wird in der Krankenhauspolitik über den Vorschlag diskutiert, die Krankenhausfinanzierung von der dualen zur monistischen Finanzierung umzustellen. Nachdem sich Bundestag und Bundesrat 1992 in einer gemeinsamen Entschließung für die Umstellung ausgesprochen hatten, wurde mit dem Entwurf für eine GKV-Gesundheitsreform 2000 erstmals ein konkretes Konzept für die Umstellung vorgelegt. Nach den Vorstellungen der Bundesregierung soll die bisherige duale Finanzierung der Krankenhäuser bis zum Jahr 2008 schrittweise auf eine monistische Finanzierung umgestellt und die damit verbundenen Mehrbelastungen der Krankenkassen von den Ländern zumindest teilweise kompensiert werden. Es zeichnete sich allerdings sehr schnell ab, daß die unionsregierten Länder dieses Konzept ablehnen und somit die Regierung keine Mehrheit für die zustimmungspflichtige Neuregelung im Bundesrat finden wird.

Aber auch wenn die Umstellung im Rahmen dieser Gesundheitsreform scheitern sollte, wird dies nicht das Ende der Diskussion über eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser bedeuten. Zum einen werden die Befürworter der Umstellung in der Regierungskoalition dieses Reformvorhaben mit hoher Wahrscheinlichkeit weiter verfolgen, und zum anderen war auch die CDU/CSU bislang im Prinzip für die monistische Finanzierung. Sie hat der Entschließung von 1992 zugestimmt und ihre Vertreter in der früheren Bundesregierung haben sich mehrfach für eine Umstellung ausgesprochen.

Eine kritische Auseinandersetzung mit Argumenten für und Erwartungen an eine monistische Finanzierung erscheint darum sinnvoll und soll im folgenden Beitrag exemplarisch am Beispiel der im Regierungsentwurf vorgelegten Konzeption erfolgen. Der Beitrag geht zunächst auf die Entstehung der dualen Finanzierung und Entwicklung der Diskussion über eine Umstellung zur monistischen Finanzierung ein, um sich daran anschließend mit den Reformplänen der Bundesregierung und den mit einer Umstellung verbundenen Problemen auseinanderzusetzen.

1. Entwicklung der Krankenhausfinanzierung seit 1945

Der geplante Übergang zur monistischen Finanzierung läßt es sinnvoll erscheinen, in einem kurzen historischen Rückblick die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung nachzuzeichnen. Immerhin gab es in der Geschichte der Bundesrepublik bereits eine zwei Jahrzehnte dauernde Periode, in der die Krankenhäuser keinen Anspruch auf öffentliche Investitionsförderung hatten. Die wirtschaftlichen Auswirkungen dieser Periode führten schließlich zur Einführung der dualen Finanzierung.

1.1 Krankenhausfinanzierung in den 50er und 60er Jahren

In den ersten Jahren nach Gründung der Bundesrepublik Deutschland standen die Krankenhäuser vor massiven wirtschaftlichen Problemen. Durch den Krieg waren ca. 20-30% des Bettenbestandes zerstört und infolge eines 1936 verfügten und 1948 erneuerten Preisstops konnten notwendige Investitionen und Modernisierungen nicht über die Pflegeeinnahmen finanziert werden (Adam 1958; Krukemeyer 1988). Zwar herrschte Anfang der 50er Jahre unter den maßgeblichen Akteuren in der Krankenhauspolitik – einschließlich der Krankenkassen – weitgehend Konsens darüber, daß die Krankenhäuser einen erheblichen Investitionsbedarf hatten, in der Frage, wer für die Kosten aufzukommen habe, gingen die Vorstellungen jedoch auseinander. Während die Krankenhausträger forderten, daß sämtliche Krankenhauskosten über »vollkostendeckende Pflegesätze« von den Krankenkassen finanziert werden (DKG 1952), traten die Krankenkassen für eine zweigeteilte Finanzierung ein. Nach ihren Vorstellungen sollten die Patienten bzw. die für sie eintretenden Sozialversicherungsträger nur die unmittelbaren Benutzerkosten erstatten und die öffentliche Hand die Kosten der Vorhaltung von Krankenhäusern aus Steuermitteln finanzieren. In einer Entschliebung zur Pflegesatzfrage stellten die Spitzenverbände der GKV Anfang der 50er Jahre dazu fest: »1. Die Errichtung und betriebsfähige Unterhaltung der Krankenhäuser (Bereithaltung benutzungsfähiger Krankenhausbetten) ist als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens aus Mitteln der öffentlichen Hand zu tragen« (zit. n. Die Ortskrankenkasse 10/1954: 227).

Wendet man die heute üblichen Begriffe auf diese Diskussion an, so traten die Krankenhausträger für eine monistische und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Bundesregierung für eine duale Finanzierung ein. Begründet wurde die Ablehnung der monistischen und Forderung nach einer dualen Finanzierung mit einer Argumentation, die auch heute noch Geltung beanspruchen kann.

»Die Krankenhäuser sind Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege. Ihre Errichtung und Unterhaltung ist mithin eine öffentliche Aufgabe. Es ist daher nicht Sache der Krankenversicherungsträger, in den Kosten für die von ihnen gewährte Krankenhausbehandlung die Kosten für die Errichtung und gesamte Unterhaltung der öffentlichen Krankenhäuser mit zu übernehmen (...) Eine Nichtbeachtung dieses Gedankens hätte den besonderen Nachteil, daß hier eine ihrer Natur nach von der Allgemeinheit zu tragende Last der Gemeinschaft den Versicherten, also wesentlich den Arbeitnehmern, aufgebürdet würde« (Denkschrift des BMA »Grundgedanken zur Gesamtreform der sozialen Leistungen«, II. Kranke, Ziff. 4, Krankenhäuser; zit. n. Die Ortskrankenkasse 13/1955: 297).

Zwar konnte der Bund aufgrund fehlender Gesetzgebungskompetenz die Länder und Gemeinden nicht zur Finanzierung der Vorhaltekosten zwingen, er konnte den Krankenhäusern aber die Refinanzierung ihrer Investitionen über die Pflegesätze verweigern. Dies geschah mit der ersten Pflegesatzverordnung im Jahr 1954 und führte zu einer chronischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser in den 50er und 60er Jahren. Eine 1966 vom Bundestag in Auftrag gegebene Krankenhaus-Enquête schätzte das Defizit im Krankenhausbereich Mitte der 60er Jahre auf insgesamt ca. 2 Mrd. DM (BMG 1969). Das entsprach ungefähr einem Drittel der damaligen Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung. Laut Krankenhaus-Enquête hatte die Unterdeckung des Investitionsbedarfs zu Substanzverlusten geführt, und bei einer Fortdauer der Unterdeckung sei ein weiterer erheblicher Leistungsabfall und die Gefahr der Schließung von Krankenhäusern zu erwarten. Mitte der 60er Jahre standen ca. 40% der Krankenhausbetten in Krankenhäusern, die älter als 50 Jahre waren und als überaltert galten (ebd.).

Die daraus resultierenden erheblichen Versorgungsmängel machten eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung dringend erforderlich.¹ Diese konnte aber erst nach dem Wechsel von der großen zur sozialliberalen Koalition aus SPD und FDP eingeleitet werden, da sich alle vorhergehenden CDU-geführten Bundesregierungen geweigert hatten, die Forderung der Länder nach einer Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser zu erfüllen. Durch eine Grundgesetzänderung wurde dem Bund 1969 die Gesetzgebungskompetenz für die Krankenhausfinanzierung eingeräumt und damit der Weg für das Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 (KHG) bereitet.

1.2 Einführung der dualen Finanzierung durch das KHG 1972

Mit dem KHG 1972 wurde ein Regelungssystem für die stationäre Versorgung geschaffen, das vor allem auf drei Elementen aufbaut: der staatlichen Krankenhausplanung, der dualen Finanzierung und dem

Selbstkostendeckungsprinzip. Die Länder wurden verpflichtet, Krankenhauspläne zu erstellen und regelmäßig fortzuschreiben. Der Krankenhausplan ist seitdem auf Grundlage einer Analyse des zu versorgenden Bedarfs für das jeweilige Bundesland zu erstellen, und in den Plan sind alle bedarfsgerechten Krankenhäuser und Betten des Bundeslandes aufzunehmen. Die in den Plan aufgenommenen Krankenhäuser haben Anspruch auf wirtschaftliche Sicherung. Ihre Investitionskosten sind von den Ländern über öffentliche Investitionsförderung und ihre Betriebskosten von den Krankenkassen durch Pflegesätze zu finanzieren.

Die Übernahme der Investitionskosten durch den Staat gründete auf der Überzeugung, »daß die Finanzierung der Vorhaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe ist« (BT-Drs 6/1874: 9). Die öffentliche Investitionsförderung nach KHG wird seit 1973 zum einen als Pauschalförderung und zum anderen als Antragsförderung gewährt (§ 9 KHG). Die Pauschalförderung erfolgt als jährliche Pauschale je Planbett, deren Höhe in der Regel von der jeweiligen Versorgungsstufe des Krankenhauses bzw. der Bettenzahl abhängig ist. Über die Verwendung der Mittel kann das Krankenhaus im Rahmen der rechtlichen Vorgaben frei verfügen. Größere Investitionen, wie bspw. Neu- oder Umbauten, sind als Einzelmaßnahme bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen und werden je nach Haushaltslage bewilligt und in das jeweilige Krankenhausinvestitionsprogramm aufgenommen.

Mit der Einführung der dualen Finanzierung wurden im wesentlichen zwei Ziele verfolgt. Zum einen sollten die Krankenkassen nicht mit den »Vorhaltekosten« der Krankenhäuser belastet werden. In diesem Sinn war es Zweck des KHG, »zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen« (§ 1 KHG). Darüber hinaus sollten die Länder ein Instrument an die Hand bekommen, mit dem sie ihre krankhausplanerischen Ziele durchsetzen können (Auerbach 1968). Da der Staat freigemeinnützige und private Krankenhausträger nicht zum Bau und Betrieb von Krankenhäusern verpflichten kann, dient die Investitionsförderung seit 1972 als »goldener Zügel« der Krankenhausplanung (Depenheuer 1986: 190). Anspruch auf öffentliche Investitionsförderung nach KHG haben Krankenhäuser nur soweit und solange sie in den Krankenhausplan aufgenommen sind (§ 8 KHG). Damit wird zum einen ein Anreiz zur Vorhaltung der vom Land als bedarfsgerecht angesehenen Abteilungsstrukturen und Bettenzahlen gesetzt. Zum anderen wird die Entstehung von Kapazitäten, die über die planerischen Vorstellungen des Landes hinausgehen, zumindest erschwert, denn für nicht geförderte Betten dürfen keine höheren Pflegesätze als in vergleichbaren geförderten Krankenhäusern gezahlt werden (§ 17 Abs. 5 KHG).

1.3 Die Diskussion in den 80er und 90er Jahren

Bereits wenige Jahre nach ihrer Einführung geriet die duale Finanzierung in die Kritik. Anfang der 80er Jahre waren es zunächst das BMA sowie Vertreter der Krankenhausträger, die sich für einen Umstieg zur monistischen Finanzierung aussprachen. Vertreter der Krankenhausträger kritisierten vor allem den seit Ende der 70er Jahre zu verzeichnenden »Investitionsstau« und beklagten, daß die Aufspaltung der Finanzierung auf mehrere Finanzierungsquellen eine einheitliche Betriebsführung erschwere (Abshoff 1982; Müller 1985). Vor allem die unter Haushaltsvorbehalt stehenden Einzelförderungsmaßnahmen wurden ab Ende der 70er Jahre aufgrund wachsender Haushaltsprobleme der Länder nur schleppend bewilligt. Bei einem Gesamtvolumen der Investitionsförderung nach KHG in Höhe von ca. 3,9 Mrd. DM im Jahr 1981 wurde das Volumen der beantragten aber nicht bewilligten Investitionen auf ca. 12-15 Mrd. DM geschätzt (Abshoff 1982: 369; Jung 1982: 37, 54).

Die gesetzliche Krankenversicherung lehnte Anfang der 80er Jahre einen Übergang zur monistischen Finanzierung noch grundsätzlich ab, denn nach ihrer Auffassung waren Krankenhausinvestitionen »Gemeinlast und müssen es nach Überzeugung der Spitzenverbände auch in Zukunft bleiben« (GKV 1983: 987). Mitte der 80er Jahre vollzog sich jedoch »eine Umorientierung zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung hin« (Gerdemann 1985: 182). Ausgangspunkt war die Überlegung, daß die Krankenkassen durch die Übernahme der Investitionskosten mehr Einfluß auf die Krankenhausplanung erhalten würden und so ihre Vorstellungen von einem verstärkten Bettenabbau besser durchsetzen könnten (ebd.). Zur Umorientierung der GKV hatten zwei Gutachten zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung wesentlich beigetragen, die den Krankenkassen bei einem Übergang zur monistischen Finanzierung in Verbindung mit einem Fallpauschalensystem einen erheblich größeren Einfluß auf die Entwicklung der Angebotskapazitäten im Krankenhausbereich in Aussicht stellten (Beratergruppe 1983; Kommission Krankenhausfinanzierung 1987).

Da die Länder aber weder bereit waren, auf ihre Planungshoheit zu verzichten, noch den Krankenkassen die geforderte finanzielle Kompensation für die Übernahme der Investitionskosten zu gewähren, erschien ein Übergang zur monistischen Finanzierung auch noch Ende der 80er Jahre nicht realisierbar (BMA 1989: III). Erst im Rahmen der Verhandlungen über das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wurde das Thema erneut auf die politische Tagesordnung gesetzt. In einer gemeinsamen Entschließung von Regierungskoalition und SPD-Opposition erklärte

der Bundestag seine Absicht, »das duale Krankenhausfinanzierungssystem in einer mittel- und längerfristigen Entwicklung durch ein monistisches System zu ersetzen« (BT-Drs. 12/3930: 6). Der Übergang sollte schrittweise erfolgen, zunächst sollten die Krankenkassen die Pauschalförderung und danach die Einzelförderung übernehmen. Um Beitragssatzerhöhungen infolge der Mehrausgaben zu vermeiden, sollte der »Wegfall der Investitionsverpflichtung der Länder (...) in geeigneter Weise ausgeglichen werden« (ebd.: 5). Damit war gemeint, daß die Länder im Gegenzug für die Übernahme der Investitionsförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung die Krankenkassen in anderen Ausgabenbereichen entlasten. »Unverzichtbare Folge« dieser Umstellung habe letztlich eine »Neuordnung der Planungskompetenz im Krankenhausbereich« (ebd.: 6) zu sein.

2. *Die Reformpläne der Bundesregierung*

Nach ca. zwei Jahrzehnten der Diskussion wurde im Sommer 1999 erstmals ein konkreter Zeitplan für den Übergang zur monistischen Finanzierung vorgelegt. Der am 23. Juni 1999 vorgelegte Regierungsentwurf für eine GKV-Gesundheitsreform 2000 sah die schrittweise Verlagerung der Finanzierungszuständigkeit für die Investitionskosten der Krankenhäuser von den Ländern auf die Benutzer und ihre Kostenträger bis zum Jahr 2008 vor.

Der erste Schritt von der dualen zur monistischen Finanzierung war bereits von der vorherigen Bundesregierung mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz vollzogen worden. Seit dem 1.1.1997 müssen die Krankenkassen den Krankenhäusern einen Zuschlag in Höhe von 1,1 % des Budgets für die Finanzierung der Instandhaltung zahlen, insgesamt ein Volumen von zur Zeit ca. 900 Millionen DM (DKG 1999: 47). Als zweiten Schritt sieht der Entwurf vor, daß die Zuständigkeit für die Finanzierung der kurzfristigen Anlagegüter und kleineren baulichen Maßnahmen (bisherige Pauschalförderung) zum 1.1.2003 auf die Kassen verlagert wird. Der dritte und abschließende Schritt, die Finanzierung der größeren Baumaßnahmen und der Wiederbeschaffung mittel- und langfristiger Anlagegüter (bisherige Einzelförderung) über die Benutzerentgelte, sollte laut Regierungsentwurf im Jahr 2008 erfolgen. Die Umstellung von der dualen zur monistischen Finanzierung sollte mit der Einführung eines vollständigen, alle Diagnosen und Abteilungen abdeckenden Fallpauschalensystems zum 1.1.2003 verbunden werden, so daß die Investitionskosten ab diesem Zeitpunkt als Entgeltbestandteile der Fallpauschalen ausbezahlt wären.

Um Beitragssatzerhöhungen in der gesetzlichen Krankenversicherung als Folge der neuen Finanzierungslasten zu vermeiden, sollten die Länder den Krankenkassen im Jahr 2003 einen Betrag in Höhe der 1998 gezahlten Pauschalförderung (2,3 Mrd. DM) überweisen, den die Kassen in gleicher Höhe an die Krankenhäuser weiterzuleiten hätten. Ab dem Jahr 2004 sollte der von den Ländern an die Kassen und von den Kassen an die Krankenhäuser zu zahlende Betrag jährlich um ein Fünftel gekürzt werden, so daß mit dem 31.12.2007 die bisherige Pauschalförderung ausgelaufen wäre. Für die Finanzierung der größeren Investitionen sah der Regierungsentwurf eine Erhöhung der Summe der insgesamt an Krankenhäuser zu zahlenden Vergütungen zum 1.1.2008 um 2,8 Mrd. DM vor. Als Ausgleich für diese Mehrausgaben sollten die Länder die Finanzierung des Sterbegeldes und Mutterschaftsgeldes übernehmen. Eine Kompensation der Mehrbelastung durch die Übernahme der Instandhaltungskosten war nicht vorgesehen.

Nach den Plänen der Regierungskoalition wäre die Umstellung von der dualen zur monistischen Finanzierung mit einer massiven Kürzung der Investitionsförderung für Krankenhäuser verbunden. Die bisherige Pauschalförderung würde vollkommen gestrichen und die Summe der Einzelförderung von 4,5 Mrd. DM im Jahr 1998 auf 2,8 Mrd. DM im Jahr 2008 gekürzt. Von den 1998 insgesamt gezahlten 6,8 Mrd. DM Investitionsförderung nach KHG verblieben nach der Umstellung im Jahr 2008 somit nur noch 2,8 Mrd. DM oder ca. 40%. Zur Frage, wie die Kürzung von den Krankenhäusern zu bewältigen ist, hatte der Referententwurf lakonisch festgestellt: »die entfallenden Beträge sind durch Einsparungen zu finanzieren« (RefE Begr. § 17b Abs. 3 KHG). Da ca. zwei Drittel der Krankenhauskosten auf Personalkosten entfallen, hätte dies vor allem den Personalbereich betroffen.

Auch wenn die Umstellung zur monistischen Finanzierung in der geplanten Form am Widerstand der unionsregierten Länder scheitern sollte, ist damit zu rechnen, daß die Befürworter der monistischen Finanzierung dieses Reformprojekt weiter verfolgen werden. Im folgenden sollen darum am Beispiel der vorgelegten Pläne exemplarisch zentrale Probleme einer Umstellung herausgearbeitet werden.

3. *Monistische Finanzierung: ein zweifelhaftes und teures Reformvorhaben*

Folgt man den Darstellungen der Befürworter einer Umstellung zur monistischen Finanzierung, so scheint es bei einer Umstellung nur ein Problem zu geben: die ausreichende Kompensation der Mehrausgaben

der GKV, damit die Beitragssatzstabilität gewahrt bleibt.² Das Problembewußtsein für soziale Ungleichheiten bei der Verteilung von Finanzierungslasten scheint mittlerweile auch bei den Spitzenverbänden der GKV verloren gegangen zu sein, geopfert dem Vertrauen in die Versprechungen insbesondere marktliberaler Ökonomen, daß die zusätzlichen Belastungen der Krankenkassen durch einen in Aussicht gestellten Bettenabbau mehr als ausgeglichen würden. Gelockt wird zudem mit einem offensichtlich zu niedrig angesetzten »Eintrittspreis«, ohne auf die nachfolgenden Kostensteigerungen aufmerksam zu machen, die dann eintreten werden, wenn sich die Hoffnung auf einen verstärkten Bettenabbau und dadurch zu erzielende Entlastung bei den Krankenhausaussgaben zerschlagen sollte und die geplante massive Kürzung der Investitionsmittel an Schiedsstellenentscheidungen und Gerichtsurteilen scheitert.

3.1 Sozial ungleiche Verteilung von Finanzierungslasten

Wie anhand der historischen Entwicklung gezeigt wurde, entsprang die duale Finanzierung der Überzeugung, daß die Vorhaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe sei. Wie es einer der Schöpfer des Konzepts der dualen Finanzierung Anfang der 60er Jahre formulierte, sei die im Interesse aller Staatsbürger liegende Vorhaltung von Krankenhäusern darum nicht nur von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren, »sondern von der Gesamtheit der Bürger, für die Krankenhausbetten vorgehalten werden müssen, weil jeder Bürger jederzeit Krankenhauspatient werden kann« (Auerbach 1964: 22). In der gesundheitspolitischen Debatte über duale oder monistische Finanzierung wird dieser Aspekt seit Mitte der 80er Jahre fast vollständig ausgeblendet. Er ist aber weiterhin von Bedeutung, auch wenn das Finanzierungskollektiv der Beitragszahler der GKV im Vergleich zu den 50er Jahren deutlich größer geworden ist.

Von den ca. 82 Millionen Einwohnern des vereinten Deutschlands waren im Jahr 1997 nur knapp 62 % Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese 62 % der Bevölkerung finanzierten unter der dualen Finanzierung im Jahr 1997 über Pflegesätze bereits 82 % der Kosten der stationären Versorgung (DKG 1999: 48). Die private Krankenversicherung trug 8 % der Kosten. Auf Investitionskosten entfielen insgesamt 7 % der Gesamtkosten, davon 4 % auf die Einzelförderung, 2 % auf die Pauschalförderung sowie 1 % auf Instandhaltungskosten, die seit 1997 aus einem Zuschlag auf die Pflegesätze finanziert werden und somit auch der GKV bzw. PKV zugerechnet werden müssen.

Eine Umstellung von der dualen zur monistischen Finanzierung führt – ein gleichbleibendes Investitionsvolumen vorausgesetzt – dazu, daß die

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr 82%, sondern ca. 90% der gesamten Kosten der Krankenhausversorgung finanzieren müssen. Wurden unter der dualen Finanzierung Mitte der 90er Jahre zumindest noch ca. 6% der Gesamtkosten aus Steuern und damit auch aus Vermögen und Unternehmensgewinnen finanziert, wird die Umstellung zur monistischen Finanzierung diese Einkommensarten von der Finanzierung der Krankenhäuser vollkommen befreien.

Im Gegenzug zur Entlastung von Vermögen und Kapitalerträgen werden vor allem untere soziale Schichten und Einkommen sowie – in der privaten Krankenversicherung – ältere, multimorbide und chronisch kranke Mitglieder stärker mit den Kosten der stationären Versorgung belastet. Die Verlagerung zur Beitragsfinanzierung in der GKV bedeutet eben auch, daß nur die der Versicherungspflicht unterliegenden abhängig Beschäftigten und zudem auch nur Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zur Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser herangezogen werden. Darüber hinaus wird eine monistische Finanzierung die einzelnen Kassenarten der GKV unterschiedlich stark mit den Mehrkosten belasten. Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an älteren, chronisch- oder schwerkranken Versicherten werden auch einen überproportionalen Anteil der Investitionskosten zu tragen haben. Dies ergibt sich zum einen aus der höheren Krankenhaushäufigkeit dieser Versichertengruppen und zum anderen aus den höheren durchschnittlichen Kosten je Behandlungsfall.

Die gegenwärtig verfügbaren Daten der GKV-Statistik legen die Schlußfolgerung nahe, daß die Ortskrankenkassen überproportional und vor allem die Ersatzkassen unterproportional mit Investitionskosten belastet werden. So entfielen 1997 in Westdeutschland auf die AOK 39,4% der GKV-Mitglieder, aber 44,8% der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung. In den Angestelltenersatzkassen waren 37% GKV-Mitglieder versichert, die aber nur 29,9% der Krankenhausausgaben der GKV zu tragen hatten. Noch deutlicher fiel der Unterschied in Ostdeutschland aus. Dort hatte die AOK bei einem Mitgliederanteil von 49,9% immerhin 62,7% der Krankenhausausgaben der GKV zu tragen. Auf die Angestelltenersatzkassen entfielen bei einem Mitgliederanteil von 31,5% lediglich 21,3% der GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung. Die unterschiedliche Belastung mit Krankenhauskosten dürfte vor allem auf Unterschiede im Rentneranteil und in der sozialen Schichtung des Versichertenkollektivs zurückzuführen sein.

Da die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen der AOK-Mitglieder um ca. 10% unter denen der Ersatzkassenmitglieder liegen, werden bereits im jetzigen Finanzierungssystem die Krankenhäuser

überproportional von den Beziehern unterdurchschnittlicher Einkommen finanziert. Zwar wird ein Teil der Problematik durch den Risikostruktur- ausgleich nach § 266 SGB V kompensiert. Da er ausgabenrelevante Unterschiede in der Versichertenstruktur aber nur in Form standardisierter Leistungsausgaben berücksichtigt, verbleibt das wirtschaftliche Risiko überdurchschnittlicher Morbidität innerhalb definierter Versicherten- gruppen bei den Mitgliedern der jeweiligen Kassenart.

In der Privaten Krankenversicherung wird die Umstellung zur monisti- schen Finanzierung zu einer höheren Belastung vor allem derjenigen Prämienklassen führen, deren Mitglieder überdurchschnittlich oft und mit überdurchschnittlich hohem Versorgungsaufwand Krankenhaus- behandlung in Anspruch nehmen müssen. Da die Prämien nicht einkom- mensabhängig, sondern in Abhängigkeit von Alter und Erkrankungsrisiko erhoben werden, wird die Umstellung zur monistischen Finanzierung in der PKV vor allem alte, chronisch und schwerkranke Versicherte mit den Investitionskosten der Krankenhäuser überproportional belasten.

Die vorhergehenden Ausführungen gingen davon aus, daß der Umstieg von der dualen zur monistischen Finanzierung ohne finanzielle Entlastung der GKV in anderen Leistungssektoren erfolgt. Werden die Krankenkassen jedoch – wie im Regierungsentwurf der GKV-Gesundheits- reform 2000 vorgesehen – im gleichen Umfang, wie sie zusätzliche Aus- gaben übernehmen, an anderer Stelle entlastet, so könnte man meinen, daß dadurch die vorhergehenden Einwände entkräftet wären. Dem ist entgegenzuhalten, daß durch eine Kompensation, soweit sie denn aus- reichend ist, zwar Beitragssatzerhöhungen vermieden werden könnten, es aber dennoch eine monistische Finanzierung bliebe. Die Kompensation ändert nichts an der Tatsache, daß die stationäre Versorgung unter einer monistischen Finanzierung allein von den Krankenhauspatienten bzw. ihren Kostenträgern und auch nur aus beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder und Prämien der PKV-Versicherten finanziert wird. Für die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser kommt nicht mehr die Gesamtheit der Steuerzahler auf und werden auch nicht mehr Vermögen und Kapitalerträge herangezogen.

Zudem kann das im Regierungsentwurf vorgelegte Kompensations- konzept bei genauerer Betrachtung nicht überzeugen. Zum einen enthält es keinen Ausgleich für die Übernahme der Instandhaltungskosten in Höhe von ca. 900 Millionen DM jährlich, und zum anderen kann die Verlagerung des Mutterschaftsgeldes nicht wirklich als Kompensation gelten. Das 1967 in den Leistungskatalog der GKV eingefügte Mutter- schaftsgeld entspringt dem staatlichen Mutterschutz, und seine Einfüh- rung diente in erster Linie familienpolitischen Zielen (Bethusy-Huc 1976:

178-185; Frerich/Frey 1993: 113f.). Als familienpolitische Maßnahme hätte es aber von Anfang an aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden müssen. Stattdessen gewährte der Bund den Krankenkassen lediglich einen Zuschuß in Höhe von 400 DM je Fall als Ausgleich für die Erfüllung einer originär sozialstaatlichen Aufgabe. Erkennt man die Rückverlagerung dieser auch vom Regierungsentwurf als ›versicherungsfremd‹ klassifizierten Leistung in die staatliche Finanzierungszuständigkeit nicht als wirkliche Kompensation an, verbleibt zusammen mit der Refinanzierungslücke bei den Instandhaltungskosten ein negativer Saldo in Höhe von ca. 2,2 Mrd. DM jährlich.

3.2 *Kosten der monistischen Finanzierung*

Das von der Bundesregierung vorgelegte Kompensationskonzept ist darüber hinaus noch aus einem anderen Grund nicht solide. Die für die Zeit ab 2008 eingeplanten Aufwendungen für Investitionen im Krankenhausbereich sind eindeutig zu niedrig angesetzt, so daß erhebliche Zweifel angebracht sind, ob dieses Konzept überhaupt durchzuhalten wäre oder sich nicht schon mittelfristig als unhaltbar erweisen würde. Das vorgelegte Finanzierungskonzept berücksichtigt weder das aufgrund einer seit Jahren unzureichenden Investitionsförderung aufgelaufene Investitionsdefizit, noch basiert es auf einer realistischen Einschätzung des tatsächlichen jährlichen Investitionsbedarfs der Krankenhäuser. Zudem wird verschwiegen, daß eine Finanzierung der Investitionskosten als Entgeltbestandteil in Fallpauschalen die Krankenhäuser weit stärker als bislang zur Kreditfinanzierung ihrer Investitionen zwingt. Die daraus resultierenden Mehrkosten für Zins und Tilgung müßten ebenfalls bei der Abschätzung des tatsächlichen Finanzierungsbedarfs für die monistische Finanzierung berücksichtigt werden.

Seit fast zwei Jahrzehnten wird davon ausgegangen, daß es in westdeutschen Krankenhäusern einen »Investitionsstau« in Milliardenhöhe vor allem im Bereich der Einzelförderung gibt. Da die Investitionsförderung nach KHG in den 80er und 90er Jahren nur unwesentlich erhöht wurde, konnte dieses Defizit nicht nennenswert abgebaut werden. Auch noch Ende der 90er Jahre wurde von einem Investitionsstau in den alten Bundesländern in Höhe von 8-15 Mrd. DM ausgegangen (Bruckenberg 1997: 208).

Während die Höhe des Investitionsstaus auf Grundlage der nicht bewilligten Förderanträge – wenn auch nur sehr grob – geschätzt werden kann, liegen zur Höhe des Investitionsbedarfs offenbar bislang keine validen Daten vor, denn weder der Regierungsentwurf für die GKV-Gesundheitsreform 2000 noch die Stellungnahmen von DKG und

GKV-Spitzenverbänden enthalten Angaben zum gegenwärtigen Investitionsbedarf der Krankenhäuser (AOK 1999; DKG 1999; VdAK 1999). Um dennoch den Investitionsbedarf einschätzen zu können, soll im folgenden auf eine Berechnung des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahr 1989 zurückgegriffen werden. Unter Zugrundelegung einer Abschreibungsrate von 5 % hielt der Sachverständigenrat Ende der 80er Jahre ein jährliches Investitionsvolumen in Höhe von ca. 7,5 Mrd. DM für erforderlich (SVRKAiG 1989: 89). Diese Summe entsprach 1989 ca. 0,34 % des Bruttoinlandsprodukts. Auf diesem Niveau bewegte sich die Investitionsförderung auch direkt nach Inkrafttreten des KHG 1972. Im ersten Jahr der dualen Finanzierung entsprach die Summe der von Bund und Ländern gezahlten Investitionsförderung nach KHG ca. 0,35 % des Bruttoinlandsprodukts. Danach nahm sie kontinuierlich ab und erreichte 1980 nur noch 0,27 % des BIP, sank bis 1990 auf 0,21 % und entsprach in Westdeutschland 1998 nur noch 0,14 % des BIP (DKG 1999: 83).

Da seit Anfang der 80er Jahre in der Krankenhauspolitik von einer unzureichenden Investitionsfinanzierung ausgegangen wird, könnte ein Wert von ca. 0,3 % des BIP als Maß für ein in der Krankenhauspolitik konsensfähiges Investitionsvolumen angesehen werden. Die Anbindung des Investitionsvolumens im Krankenhausbereich an eine unabhängige Größe (Indexierung) käme zudem auch dem Grundgedanken der Budgetierung im Gesundheitswesen entgegen. Eine Koppelung an die Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts könnte sicherstellen, daß die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser durch ein sich proportional zur Volkswirtschaft entwickelndes Investitionsvolumen erhalten wird.

Legt man nun, dieser Überlegung folgend, den Wert von 0,3 % des BIP für die Bestimmung des zu fördernden Investitionsvolumens zugrunde, so ergibt sich für die alten Bundesländer im Jahr 1998 ein Betrag von knapp 10 Mrd. DM und für die neuen Bundesländer ein Betrag von ca. 1,3 Mrd. DM. Zu den regulären Investitionsmitteln für die ostdeutschen Krankenhäuser müßten zur Zeit noch einmal ca. 1,6 Mrd. DM hinzugerechnet werden, die nach Art. 14 Gesundheitsstrukturgesetz zusätzlich zur normalen Förderung in den Jahren 1995 bis 2004 für die Finanzierung des investiven Nachholbedarfs in Ostdeutschland notwendig sind.³ Insgesamt ergibt dies grob geschätzt einen gegenwärtigen Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Höhe von ca. 13 Mrd. DM. Diese Zahl kommt einer Schätzung des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 1995 nahe, das im Rahmen der Petersberger Gespräche zur Vorbereitung der Dritten Stufe der Gesundheitsreform den Investitionsbedarf der Krankenhäuser auf ca. 12 Mrd. DM schätzte (Das Krankenhaus 8/1995: 360).

Geht man davon aus, daß nach 2004 kein nennenswerter investiver Nachholbedarf in ostdeutschen Krankenhäuser mehr besteht, verbliebe ab 2005 – unter Berücksichtigung von Preissteigerungen – ein jährlicher Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Höhe von ca. 12 Mrd. DM. Das vorgelegte Reformkonzept sah ab 2008 jedoch nur einen Gesamtbetrag von 2,8 Mrd. DM vor. Die im Regierungsentwurf versprochene »bedarfsgerechte Investitionsfinanzierung« (BT-Drs. 14/1245: 56) dürfte damit kaum zu gewährleisten sein.

Die Lücke zwischen Investitionsbedarf und eingeplanten Mitteln wird noch erheblich größer, wenn man die Mehrkosten einbezieht, die durch die notwendig werdende Kreditfinanzierung entstehen. Bereits zu Beginn der Diskussion über eine Umstellung zur monistischen Finanzierung wurde von der Beratergruppe beim BMA darauf hingewiesen, daß sich die Krankenhäuser bei einer monistischen Finanzierung die erforderlichen Mittel für Investitionen auf dem Kapitalmarkt besorgen müßten und dadurch ein »zusätzlicher Kostenschub in Form von Zinszahlungen ausgelöst« würde (Beratergruppe 1983: 245). In der jüngsten Vergangenheit wurde auf dieses Problem vor allem von seiten der zuständigen Länderressorts hingewiesen (Bär et al. 1994; Bruckenberg 1994a, 1994b).

Nach Einschätzung des niedersächsischen Krankenhausreferenten würde die Kreditfinanzierung die Kosten für Investitionen im Krankenhausbereich mehr als verdoppeln (Bruckenberg 1994a). Folgt man dieser Einschätzung, müßten zur Deckung eines jährlichen Investitionsbedarfs in Höhe von ca. 12 Mrd. DM unter der monistischen Finanzierung ca. 25 Mrd. DM jährlich bereit gestellt werden. Würden statt dessen nur 2,8 Mrd. DM gezahlt, könnten daraus lediglich Investitionen mit einem Volumen von etwas mehr als 1 Mrd. DM finanziert und somit nur ca. 10% des Investitionsbedarfs gedeckt werden.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen mit Schiedsstellenentscheidungen und Gerichtsurteilen zu Pflegesatzfragen dürften allerdings Zweifel angebracht sein, daß eine solche massive Kürzung überhaupt durchgesetzt werden kann. Auch die Gesundheitsreform 2000 ändert die grundlegende Logik des KHG nicht, nach der bedarfsgerechte Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern sind, damit eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden kann (§ 1 KHG). »Wirtschaftlich gesichert ist ein Krankenhaus aber nur, wenn es die Möglichkeit hat, seine Kosten aus den Erträgen zu finanzieren« (Tuschen/Quaas 1998: 176), und das muß auch die Deckung der Investitionskosten einschließen. Dies entspricht insofern der Logik des KHG, als ohne ausreichende Investitionen die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser nicht erhalten und das oberste Ziel staatlicher Krankenhauspolitik, »eine

bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern« (§ 1 KHG), nicht erreicht werden kann.

Es bliebe somit abzuwarten, wie Schiedsstellen und Verwaltungsgerichte entscheiden, wenn die ersten Verfahren anstünden, in denen Krankenhäuser oder Trägerorganisationen eine höhere als in den Fallpauschalen enthaltene Finanzierung ihrer Investitionskosten einfordern. Immerhin waren es Schiedsstellenentscheidungen, die bereits lange vor Inkrafttreten des 2. NOG die Krankenkassen zur Finanzierung der Instandhaltungskosten gezwungen hatten, nachdem die Länder mit Ausnahme Bayerns ab 1993 keine Instandhaltungskosten mehr zahlten. Ließe sich eine im Gesetz eingeplante Kürzung der Investitionsmittel aber nicht durchsetzen, kämen auf die Krankenkassen erhebliche Mehrausgaben zu.

3.3 Die zweifelhafte Hoffnung auf Kostenentlastung durch Bettenabbau

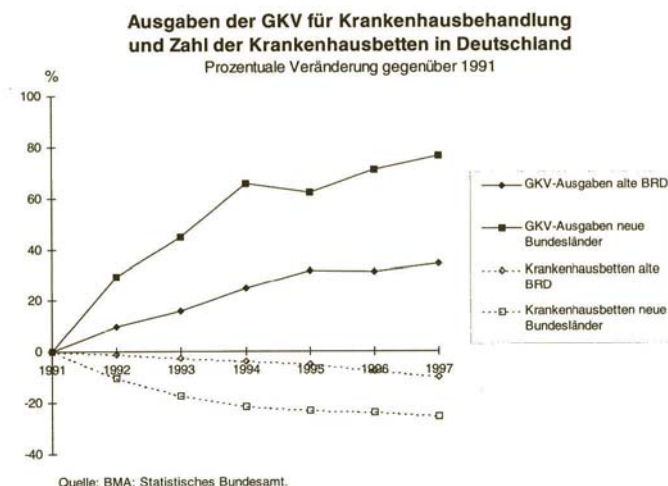
Wenn die Umstellung zu einer monistischen Finanzierung die sozial ungleiche Verteilung von Finanzierungslasten verstärkt und die stationäre Versorgung entweder verteuert oder deren Leistungsfähigkeit gefährdet, stellt sich die Frage, woher die Bereitschaft der Bundesregierung und der Führungsspitze der GKV kommt, sich auf ein solches Experiment mit ungewissen Folgen einzulassen. Offenbar ist es vor allem die Hoffnung, der Zuwachs an Steuerungsmacht durch die Übernahme des »goldenen Schlüssels« der Krankenhausplanung könnte von den Krankenkassen zu einem verstärkten Kapazitätsabbau im Krankenhausbereich genutzt werden, mit dem endlich eine dauerhafte Entlastung der GKV von Krankenhausaussgaben zu erreichen sei.

Der Regierungsentwurf zur Gesundheitsreform 2000 nennt dementsprechend als Zweck der Einführung eines umfassenden Fallpauschalensystems und Umstellung zur monistischen Finanzierung »weitreichende Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und eine Reduzierung der Bettenzahlen« (BT-Drs. 14/1245: 113). Beides seien »Voraussetzungen dafür, daß die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft stabil gehalten werden können« (ebd.). Im Hinblick auf den offenbar auch von der Regierung erwarteten Arbeitsplatzabbau infolge eines verstärkten Bettenabbaus wird festgestellt: »Von den Krankenhäusern und deren Beschäftigten müssen zum Teil erhebliche Veränderungen und Flexibilität erwartet werden« (ebd.).

In der Vorstellung, daß sich die Mehrausgaben der GKV durch Einsparungen infolge eines deutlichen Kapazitätsabbaus amortisieren werden,

sind zwei Grundannahmen enthalten, die einer Überprüfung nicht standhalten können. Erstens wird angenommen, es gebe einen Kausalzusammenhang zwischen der Zahl der Krankenhausbetten und den Kosten der stationären Versorgung bzw. Ausgaben der GKV. Zweitens wird angenommen, unter einem monistischen Fallpauschalensystem könne auf eine staatliche Krankenhausplanung verzichtet werden und der Kontrahierungszwang ohne Risiken für die bedarfsgerechte Versorgung durch eine den freien Kräften des Krankenversicherungsmarktes überlassene Einkaufspolitik der einzelnen Krankenkassen ersetzt werden.

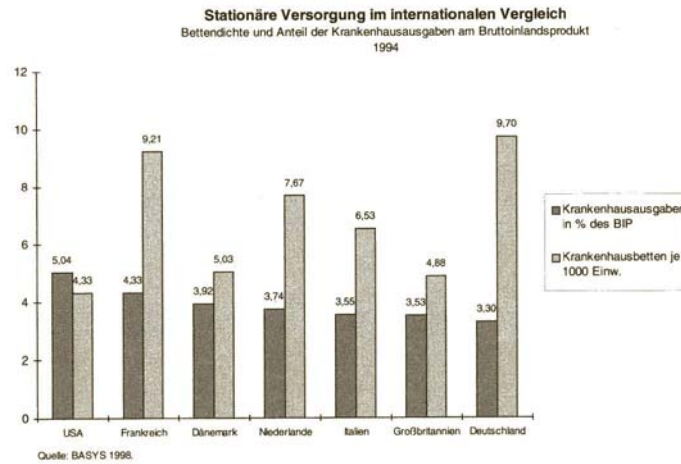
Abb. 1



Ein Zusammenhang zwischen der Zahl der Krankenhausbetten und den Kosten der stationären Versorgung bzw. Ausgaben der GKV existiert nicht. Dies zeigt sowohl die historische Entwicklung der Bettenzahlen und GKV-Ausgaben in der Bundesrepublik Deutschland als auch der internationale Vergleich von Krankenhausaussgaben und Bettendichte. Obwohl die Zahl der Betten in Akut- und Sonderkrankenhäusern der alten BRD zwischen 1975 und 1990 um ca. 10% von 730 000 auf 660 000 zurückging, stiegen die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung im gleichen Zeitraum um ca. 155% an. Auch für die Zeit nach Herstellung der deutschen Einheit läßt sich ein solcher Zusammenhang nicht

erkennen. Während die Zahl der Krankenhausbetten in den alten Bundesländern zwischen 1991 und 1997 um ca. 10 % abnahm, stiegen die Krankenkassenausgaben für Krankenhausbehandlung um 35 % an. In Ostdeutschland war im gleichen Zeitraum ein Bettenabbau in Höhe von 25 % zu verzeichnen, die GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung erhöhten sich um 77 %.

Abb. 2



Auch der internationale Vergleich führt zu dem Ergebnis, daß es nicht die Zahl der Betten sein kann, die für Unterschiede im Ausgabenniveau verantwortlich ist. Trotz einer im internationalen Vergleich relativ hohen Bettendichte liegt der auf den Krankenhausbereich entfallende Anteil des Bruttoinlandsprodukts in der Bundesrepublik Deutschland seit Jahren unter den Werten vergleichbarer Länder. Daß eine niedrige Bettendichte kein Garant für niedrige Kosten ist, zeigt das Beispiel USA, die bei einer um mehr als die Hälfte niedrigeren Bettendichte als die BRD einen um 33 % höheren Anteil des BIP für die Krankenhausbehandlung aufwenden. Ausschlaggebend für die Höhe der Kosten der stationären Versorgung ist nicht die Zahl der aufgestellten Betten, sondern vielmehr die Art der Arbeitsteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor, die Quantität und Qualität der Leistungen und vor allem Anzahl und Vergütung des vorgehaltenen Personals.

Obwohl die empirischen Daten keinen Zusammenhang zwischen der Bettenzahl und den Ausgaben für die stationäre Versorgung erkennen lassen, zählt ein verstärkter Bettenabbau immer noch zu den zentralen Forderungen der Spitzenverbände der GKV (AOK 1999; VdAK/AEV 1999). Mit dieser Forderung im Zusammenhang steht auch die Bereitschaft zur Übernahme der Investitionskosten der Krankenhäuser. Hinter dieser Bereitschaft steht offenbar die Hoffnung, daß die staatliche Krankenhausplanung ohne ihren »goldenen Schlüssel« der Investitionsförderung bedeutungslos würde und die Krankenkassen über Preisgestaltung und selektive Einkaufspolitik einen Markt für Krankenhausleistungen eröffnen und nach jeweils kassenspezifischen Interessen gestalten könnten. Als sich mit der Vorlage des Regierungsentwurf abzeichnete, daß die Länder bereit waren, diesen goldenen Schlüssel an die Krankenkassen zu übergeben, griff offenbar die Erkenntnis, daß die Bedeutung der Investitionsförderung als Steuerungsinstrument in der Vergangenheit überschätzt wurde. Weit wichtiger für die Durchsetzung der krankhausplanerischen Ziele eines Landes ist der sogenannte »Kontrahierungszwang« nach § 109 Abs. 1 SGB V.

Es ist vor allem der Kontrahierungszwang, der die Krankenkassen der Krankenhausplanung des Landes unterwirft. Gemäß § 109 SGB V gilt die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan bzw. einer Hochschulklinik in das Hochschulverzeichnis zugleich als Abschluß eines »Versorgungsvertrages«. Es bedarf keines gesonderten Vertrages mehr, da die Aufnahme in den Plan einen Versorgungsvertrag »fingiert«. Dadurch werden die Plankrankenhäuser zur Versorgung der Versicherten zugelassen und die Kassen gezwungen, mit diesen Krankenhäusern Budgetverhandlungen zu führen und ihnen Entgelte zu zahlen, die es »einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen« (§ 17 Abs. 1 BPflV).

Der Kontrahierungszwang ist kein Instrument staatlicher Willkür der Länder gegen die GKV, sondern ergibt sich aus der Logik des KHG und letztlich aus den in § 1 KHG formulierten Zielen staatlicher Krankenhauspolitik. Oberstes Ziel staatlicher Krankenhauspolitik hat danach die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung der Bevölkerung zu sein. Zu diesem Zweck werden die Länder durch das KHG verpflichtet, Krankenhauspläne zu erstellen und fortzuschreiben, in die alle bedarfsgerechten Krankenhäuser aufzunehmen sind. Die als bedarfsgerecht eingestuftes Krankenhäuser wiederum müssen wirtschaftlich gesichert werden, da nur so eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden kann.⁴ Dieser Zusammenhang wird auch für ein monistisches Fallpauschalensystem zu gelten haben, da ohne

Krankenhausplanung weder der Bedarf an Krankenhausleistungen noch die zu seiner Deckung notwendigen Kapazitäten ermittelt oder bestimmt werden können. Davon gingen bisher auch alle bedeutenden Beiträge im Expertendiskurs aus (Beratergruppe 1983; Kommission Krankenhausfinanzierung 1987; BMA 1989).

Hebt man den Kontrahierungszwang auf, wäre die Frage zu stellen, nach welchen Kriterien die Krankenkassen dann entscheiden sollen, welche Krankenhäuser mit welchen Abteilungsstrukturen und Leistungsspektren in welchen Versorgungsregionen »am Markt bleiben« und welche »vom Markt verschwinden« sollen. Allein mit dem Instrument eines für alle Krankenhäuser eines Landes gleichen Preises kann nicht sichergestellt werden, daß Krankenhäuser weiter an der Versorgung teilnehmen, die zwar für die Versorgung notwendig sind, aber aufgrund struktureller Besonderheiten oder einer überdurchschnittlich versorgungsaufwendigen Patientenstruktur zu den vorgegebenen Preisen nicht kostendeckend arbeiten können. Nicht von ungefähr sah das Reformkonzept denn auch für diese Krankenhäuser die Gewährung von Zuschlägen vor (RegE § 17c Abs. 6 KHG). Eine solche Regelung ist im Grunde bereits das Eingeständnis, daß allein über ein System von Fallpauschalen eine flächendeckende bedarfsgerechte Krankenhausversorgung nicht sichergestellt werden kann.

Es ist darum auch folgerichtig – wie im Regierungsentwurf vorgesehen –, daß es auch nach einer Umstellung zur monistischen Finanzierung weiterhin eine übergeordnete staatliche Krankenhausplanung gibt und der Kontrahierungszwang nicht nur nicht aufgehoben, sondern sogar noch verschärft wird. So räumte der Regierungsentwurf den zuständigen Landesbehörden für die Zukunft sogar die Kompetenz ein, gegebenenfalls auch stellvertretend für die Landesverbände der Krankenkassen Versorgungsverträge mit Krankenhäusern abzuschließen, die für die Mitgliedskassen bindend sind (§ 109 Abs. 3 SGB V). Auch weiterhin sollten Abschluß, Ablehnung und Kündigung eines Versorgungsvertrages einer faktischen Genehmigungspflicht durch die zuständige Landesbehörde unterworfen sein. Darüber hinaus sollten laut Regierungsentwurf die Landesbehörden die Kompetenz erhalten, Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge zu beschließen, die ab dem 1.1.2003 für die Landesverbände der Krankenkassen verbindlich sind. Zwar sollten die Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge nach Möglichkeit im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen beschlossen werden, die Letztentscheidung sollte jedoch – wie auch weiterhin bei der Krankenhausplanung – in den Händen der zuständigen Landesbehörde liegen (§ 109a SGB V).

Darauf zu hoffen, daß die Eröffnung eines freien Marktes für Krankenhausleistungen, auf dem jede einzelne Krankenversicherung sich ihr spezifisches Angebot nur für ihre Versicherten einkauft, eine bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung sicherstellen wird, kann als Alternative zur staatlichen Krankenhausplanung nicht überzeugen. Es ist bislang kein planerisches Konzept der GKV in Sicht, das auch nur ansatzweise als gleichwertiger Ersatz für die staatliche Krankenhausplanung gelten könnte. Und angesichts eines sich verschärfenden Wettbewerbs erscheint es auch zunehmend unwahrscheinlicher, daß sich die verschiedenen in Konkurrenz zueinander stehenden Einzelkassen auf ein einheitliches regional differenziertes Planungskonzept für die stationäre Versorgung einigen können. Das Interesse der GKV-Führung ist seit Eröffnung des Wettbewerbs vielmehr auf eine »Loslösung vom »gemeinsam und einheitlichen Handeln« im stationären Sektor« (GKV 1994: 23) gerichtet, damit »das Instrument des Versorgungsvertrages stärker als bislang auch für kassen- und kassenartenspezifische Ziele genutzt werden« (ebd.) kann.

Der bereits erkennbare Trend zu kassenspezifischen Vertragspolitiken für die jeweils eigene Versichertenklientel wird durch die Einführung integrierter Versorgungsformen, mit gesonderten Verträgen einzelner Kassen mit einzelnen Gruppen von Leistungsanbietern, mit hoher Wahrscheinlichkeit weiter verstärkt. Unter diesen Bedingungen werden sich die Vorstellungen der Einzelkassen über die Entwicklung des Leistungsangebots der Krankenhäuser eher auseinander bewegen als vereinheitlichen.

Schließlich eignet sich auch die Krankenkassenleistung »Krankenhausbehandlung« zur Profilierung im Kassenwettbewerb und auch zur Selektion »schlechter Risiken«. Warum sollte sich beispielsweise eine Krankenversicherung dadurch zu profilieren versuchen, daß sie besonders hochwertige und wohnortnahe Krankenhausbehandlung für ihre Versicherten vorhält. Dieses Leistungssegment ist vor allem für alte, multimorbide, chronisch kranke Versicherte von besonderer Bedeutung. Um die findet aber kein positiver, sondern eher ein negativer Wettbewerb statt. Für die aus wettbewerbsstrategischer Sicht interessante Zielgruppe der jungen, gesunden Arbeitnehmer mit überdurchschnittlichem Einkommen dürfte eine wohnortnahe Krankenhausbehandlung dagegen keine hervorgehobene Bedeutung bei der Wahl einer Krankenversicherung haben. Aus deren Sicht dürfte – falls doch einmal ein kleinerer Krankenhausaufenthalt erforderlich sein sollte – ein längerer Anfahrtsweg durchaus akzeptabel sein, wenn dadurch eine entsprechende Beitragssatzersparnis zu erzielen ist.

Aber auch unabhängig von den gegenwärtigen Wettbewerbsstrategien kann auf eine staatliche Krankenhausplanung mit Bindungswirkung für die Krankenkassen aus grundsätzlichen Erwägungen nicht verzichtet werden. Die Mitgliedskassen der GKV sind gemäß § 39 SGB V zur Gewährleistung einer ausreichenden stationären Krankenversorgung nur gegenüber ihren jeweiligen Versicherten verpflichtet, nicht aber gegenüber der gesamten Bevölkerung (Quaas 1993; Tuschen/Quaas 1998: 183). Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung für die gesamte Bevölkerung ist nach herrschender Rechtsauffassung »eine aus dem Sozialstaatsprinzip abzuleitende öffentliche Aufgabe« (Tuschen/Quaas 1998: 182), die der Staat zwar nicht zwingend selbst zu erbringen, deren Erfüllung er aber sicherzustellen hat (Isensee 1990: 158). Dieser Verpflichtung können sich die Länder nicht entziehen, denn der Staat »darf sich seiner Letztverantwortung für das Wohl der Allgemeinheit nicht entäußern; das gilt auch für den Sicherstellungsauftrag« (ebd.: 164). Zur Erreichung seiner Ziele bedient sich der Staat eines von ihm geschaffenen und beaufsichtigten Instrumentes, der gesetzlichen Krankenversicherung, bei der es sich auch heute noch – trotz Wettbewerb – um eine »mittelbare Staatsverwaltung« handelt (BVerfGE 39: 302). Ihre Hauptaufgabe »besteht in dem Vollzug einer detaillierten Sozialgesetzgebung, gleichsam nach Art einer übertragenen Staatsaufgabe« und ihre Organisationsform als Körperschaft ist »Medium staatlicher Aufgabenerfüllung« (ebd.: 314).

4. Ausblick

Insgesamt verbleibt bei der geplanten Umstellung von der dualen zur monistischen Finanzierung der Eindruck, daß die zahlreichen damit verbundenen Probleme – wenn überhaupt – nur in Ansätzen durchdacht wurden. Krankenhauspolitik scheint mittlerweile zu einem beliebten Feld für Experimente geworden zu sein, in dem – nicht zuletzt auch aufgrund der Vorgabe unausgereifter oder technisch mangelhaft konstruierter Rechtsnormen – die »Halbwertszeit« von Gesetzen und Verordnungen teilweise die Einjahresgrenze unterschritten hat. So wurden bereits vor Inkrafttreten der Bundespflegesatzverordnung 1995 zwei Änderungsverordnungen vorgelegt und die Regelungen zur Budgetierung nach 1995 im Jahresrhythmus geändert.

Die vorliegenden Reaktionen der Spitzenverbände im Krankenhausbereich lassen die Vermutung aufkommen, daß auch der Umstellung zur monistischen Finanzierung – wenn sie denn trotz Widerstand der unionsregierten Länder kommen sollte – ein ähnliches Schicksal bevorstehen

könnte. Nachdem die in den 80er Jahren von einem kleinen exklusiven Kreis politikberatender Ökonomen aufgebrachte Idee nach anfänglicher Distanz ausgerechnet von der Führungsspitze der GKV aufgegriffen wurde, die das ihnen von marktliberalen Ökonomen gemachte Versprechen größerer Gestaltungsmacht für bare Münze nahm, scheint sich genau diese Akteursgruppe bereits schon wieder von der monistischen Finanzierung abzuwenden. Da die Länder als Träger des staatlichen Versorgungsauftrages für die stationäre Versorgung offensichtlich nicht bereit sind, auf ihre Letztentscheidungskompetenz zu verzichten, und der Kontrahierungszwang nicht abgeschafft, sondern eher noch verschärft werden soll, haben die Ersatzkassenverbände erklärt, daß sie bereits die Übernahme der Pauschalförderung ablehnen (VdAK/AEV 1999: 230; Rebscher 1999: 403).

Und wenn sich nach einer Umstellung herausstellen sollte, daß das vorgelegte Finanzierungskonzept unsolide war und die Kassen durch Schiedsstellenentscheidungen und Gerichtsurteile zur Zahlung weit höherer Investitionsmittel verpflichtet werden, dürfte die Phalanx der Befürworter weiter auseinanderbrechen. Sollte die Umstellung kommen, bliebe folglich abzuwarten, ob auch dieses Experiment in absehbarer Zeit als gescheitert abgebrochen und die Rückkehr zur dualen Finanzierung auf die Tagesordnung gesetzt wird.

Unabhängig vom weiteren Verlauf stünde ein Gewinner der Umstellung allerdings bereits fest. Durch eine Umstellung in der von der Regierung geplanten Form würden die Länderhaushalte insgesamt um ca. 4 Mrd. DM entlastet. Statt 6,8 Mrd. DM Investitionsförderung im Jahr 1998 müßten sie ab 2008 voraussichtlich nur noch ca. 2,8 Mrd. DM für Sterbegeld und Mutterschaftsgeld aus ihren Haushalten zahlen; zumindest solange, wie man sich noch nicht darauf geeinigt hat, das seit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 ohnehin bereits auslaufende Sterbegeld vollständig zu streichen.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Michael Simon
Ev. Fachhochschule Hannover
Fachbereich Gesundheitswesen
Blumhardtstraße 2
30625 Hannover
E-mail: simon@efh.fh-hannover.de

Anmerkungen

- 1 Die Bundesregierung stellte dazu in ihrem Gesundheitsbericht von 1970 fest: »Die Krankenhausversorgung unserer Bevölkerung kann trotz großer finanzieller Opfer der Krankenhausträger und erheblicher finanzieller Hilfen durch die öffentliche Hand auf die Dauer nicht mehr als gesichert angesehen werden. Durch ein jährliches Milliardendefizit können schon seit langem notwendige Modernisierungen und Erneuerungen nicht mehr vorgenommen werden. Mehr als ein Drittel der Krankenhäuser sind älter als 50 Jahre, also überaltert. Bei Fortdauer des Defizits drohen Schließungen oder Leistungsabfall von Krankenhäusern. Die Bundesregierung hält deshalb die Reform der Krankenhausfinanzierung für eine vordringliche Aufgabe« (BT-Drs. 6/1667: 13).
- 2 Vgl. v.a. BMA 1989; Kommission Krankenhausfinanzierung 1987; SVRKAiG 1992.
- 3 Nach Art. 14 GSG gewährt der Bund den neuen Bundesländern in den Jahren 1995 bis 2004 eine jährliche Finanzierungshilfe in Höhe von 700 Millionen DM zur Deckung des investiven Nachholbedarfs ostdeutscher Krankenhäuser. Die neuen Bundesländer sollen ihrerseits zusätzliche Mittel in mindestens der gleichen Höhe bereits stellen. In den Jahren 1995 bis 2014 wird zudem von den Benutzern bzw. ihren Kostenträgern ein Investitionszuschlag in Höhe von derzeit 11 DM je Berechnungstag erhoben.
- 4 Durch die verschiedenen Reformen der letzten Jahre wurde zwar das Selbstkostendeckungsprinzip eingeschränkt, »die wirtschaftliche Sicherung des Krankenhauses als Hauptziel des KHG (§ 1 Abs. 1) aber nicht aufgegeben« (Tuschen/Quaas 1998: 176).

Literatur

- Abshoff, J. (1982): Überlegungen für eine Neuordnung des Krankenhausfinanzierungssystems. In: *Das Krankenhaus* 9: 366-374
- Adam, W. (1958): Die Krankenhäuser im Rahmen des deutschen Gesundheitswesens. In: *Das Krankenhaus* 50 (6): 227-231
- AOK-Bundesverband (1999): Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Referentenentwurf zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). Bonn
- Auerbach, W. (1964): Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser. In: *Das Krankenhaus* 56 (1): 20-26
- Auerbach, W. (1968): Krankenhauspolitik und Krankenhausbedarfsplanung. In: *Soziale Sicherheit* 17 (6): 168-171
- Bär, D.; Bolles, W.; Gerlach, W.; Reeg, M. (1994): Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung in Deutschland. In: *Das Krankenhaus* 86 (12): 558-562
- BASYS (1998): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Übersichten 1997. Augsburg: BASYS
- Beratergruppe (1983): Gutachten zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung – erstattet von der beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gebildeten Beratergruppe. Bonn
- Bethusy-Huc, V. G. v. (1976): *Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland*. Tübingen: Mohr
- BMA (1989): *Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhaus-Neuordnung 1984*. Bonn

- BMG (1969): Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten (Krankenhaus-Enquête), BT-Drucksache V/4230 vom 19. Mai 1969
- Bruckenberg, E. (1994a): »Investiver Nachholbedarf« oder »Investitionsstau«? In: Krankenhaus Umschau 63 (5): 315-327
- Bruckenberg, E. (1994b): Gedeckelte monistische Krankenhausfinanzierung oder monistische Mittelverteilung? Auf der Suche nach dem Eldorado. In: Krankenhaus Umschau 63 (11): 841-852
- Bruckenberg, E. (1997): Stagnation der Krankenhausfinanzierung. In: führen und wirtschaften im Krankenhaus 14 (3): 206-208
- Bundstags-Drucksache 14/1245 vom 23.06.1999: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)
- Depenheuer, O. (1986): Staatliche Finanzierung und Planung im Krankenhauswesen. Berlin: Duncker&Humblot
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (1952): Krankenhausgesetz wegen der Notlage der Krankenkassen? Eine Entgegnung der Krankenhäuser auf die Denkschrift der Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände vom Februar 1952. In: Das Krankenhaus 44 (11): 313-319
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (1999): Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand: April 1999. Düsseldorf: DKG
- Frerich, J.; Frey, M. (1993): Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Band 3: Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland bis zur Herstellung der Deutschen Einheit. München/Wien: Oldenbourg
- Gerdemann, W. (1985): Auswirkungen der Reform der Krankenhausfinanzierung. In: Ferber, Chr. v. et al. (Hg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. München: Oldenbourg, 167-184
- GKV (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung) (1994): Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung. Bonn/Essen/Bergisch-Gladbach/Bochum/Hamburg/Kassel/Siegburg
- GKV (Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung) (1983): Gemeinsame Presseerklärung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung vom 2.11.1983. In: Die Ortskrankenkasse 73 (23-24): 987f
- Isensee, J. (1990): Verfassungsrechtliche Rahmenbedingungen einer Krankenhausreform. In: Robert Bosch Stiftung (Hg.): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung – Verfassungsrechtliche Stellungnahmen. Gerlingen: Bleicher Verlag, 97-203
- Jung, K. (1982): Krankenhausfinanzierungsgesetz. Textausgabe mit Materialien zum Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz und einer erläuternden Einführung in die Neuregelungen. Stuttgart
- Kommission Krankenhausfinanzierung (1987): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung – Kommissionsbericht. Vorschläge zu einer Neuordnung der Organisation und Finanzierung der Krankenhausversorgung. Teil I. Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung. Gerlingen: Bleicher
- Krukemeyer, H. (1988): Entwicklung des Krankenhauswesens und seiner Strukturen in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Bewertung unter Berücksichtigung der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen und der gesundheitspolitischen Interventionen. Bremen: Hauschild
- Müller, H. (1985): Die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung – Eine zwingende Notwendigkeit der Gesundheitspolitik. In: Ferber, Chr. v. et al. (Hg.): Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. München: Oldenbourg, 185-200

- Quaas, M. (1993): Leistungsbudgetierung und Leistungsverweigerung – Zur Behandlungspflicht des Krankenhauses. In: *Das Krankenhaus* 85 (2): 59-64
- Rebscher, H. (1999): Kliniken, Ärzte und Pharmaka treiben die Kosten. In: *f & w – führen und wirtschaften im Krankenhaus* 16 (5): 402-403
- Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (1989): *Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten 1989*. Baden-Baden: Nomos
- Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen (1992): *Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Jahresgutachten 1992*. Baden-Baden: Nomos
- Tuschen, K.-H.; Quaas, M. (1998): *Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung*. Stuttgart: Kohlhammer
- VdAK/AEV (1999): *Stellungnahme des VdAK/AEV zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) (BT-Drucksache 14/1245)*. Siegburg