

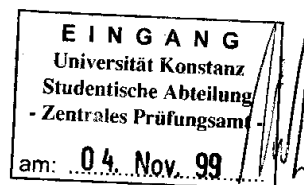
Universität Konstanz
Fakultät für
Verwaltungswissenschaft

November 1999

Diplomarbeit

**"DIE DEUTSCHE KRANKENHAUSPLANUNG -
Von der staatlichen Planung zur freien Marktwirtschaft?"**

Verfasser:
Uwe Lochmüller
Stifterstr. 2
78467 Konstanz



1. Gutachter: Prof. Dr. Paul Swertz
2. Gutachter: Prof. Dr. Jens Alber

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit	4
2. Geschichtliche Entwicklung der deutschen Krankenhausplanung	6
2.1 Die Übernahme der Steuerung des Krankenhausesektors durch die öffentliche Hand	6
2.1.1 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz	6
2.1.2 Grundprinzipien der Krankenhausplanung und –finanzierung	7
2.2 Die Kostendämpfungspolitik ab 1981	9
2.2.1 Das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz	9
2.2.2 Das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz	9
2.2.3 Das Gesundheits-Reformgesetz	11
2.2.4 Das Gesundheits-Strukturgesetz	12
2.2.5 Das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz	13
3. Die aktuelle Krankenhausplanung	15
3.1 Definition Bedarf	15
3.2 Die Krankenhausträger	16
3.3 Die regionale Krankenhausplanung am Beispiel von Baden-Württemberg	18
3.3.1 Das Planungsverfahren	18
3.3.2 Die Bedarfsermittlung	20
3.3.3 Die Leistungsstufen der Krankenhäuser	22

3.4 Aktuelle Probleme	23
3.4.1 Kosten im stationären Bereich	23
3.4.2 Überkapazitäten und Bettenfehlbelegungen	26
3.4.3 Ursachen der Probleme	29
3.4.3.1 Externe Faktoren	30
3.4.3.1.1 Medizinisch-technischer Fortschritt	30
3.4.3.1.2 Demographische Entwicklung	31
3.4.3.1.3 "Aufbau Ost"	32
3.4.3.2 Interne Faktoren	33
3.4.3.2.1 Duales Finanzierungssystem	33
3.4.3.2.2 Vergütungssystem	36
3.4.3.2.3 Bedarfsdeterminanten	38
3.4.3.2.4 Verzahnung ambulant – stationär	40
4. Reformen	43
4.1 Reformalternativen	43
4.1.1 Das marktwirtschaftliche Modell am Beispiel der USA	43
4.1.2 Das staatswirtschaftliche Modell am Beispiel Schwedens	46
4.1.2.1 Bewertung der Modelle	49
4.1.3 Die Selbstverwaltungsmodelle der Robert Bosch Stiftung	50
4.1.3.1 Das Verhandlungsmodell	51
4.1.3.2 Das Körperschaftsmodell	52
4.2 Die "Krankenhaus-Reform 2000"	56
4.2.1 Das Policy-Netz des Krankenhausesektors	57
4.2.1.1 Die Deutsche Krankenhausgesellschaft	57
4.2.1.2 Die Krankenkassenverbände	58
4.2.1.3 Das Land	58

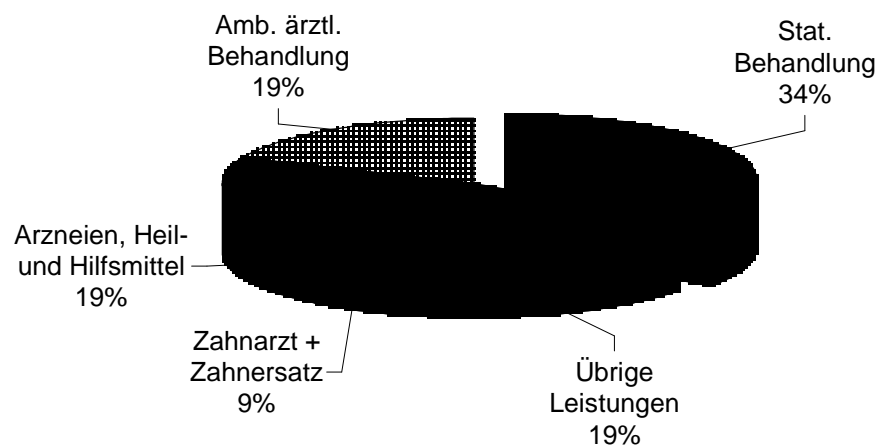
4.2.2 Reformbarrieren	60
4.2.2.1 Non-Decisions als Reformblockade	60
4.2.2.2 Föderalismus als Reformblockade	60
4.2.3 Reforminhalte	61
4.2.3.1 Monistische Finanzierung	61
4.2.3.2 Leistungsgerechte Vergütung	63
4.2.3.3 Erhebung und Evaluation wissenschaftlicher Daten	64
4.2.3.4 Sektorenübergreifende Verzahnung	65
4.2.4 Durchsetzungschancen der "Krankenhaus-Reform 2000"	70
4.2.5 Bewertung der "Krankenhaus-Reform 2000"	74
5. Die Bedeutung privater Kliniken im deutschen Krankenhaussektor	76
5.1 Fallbeispiel Herz-Zentrum	76
5.1.1 Bisherige Entwicklung	76
5.1.2 Die Interessen der Akteure	78
5.1.3 Analyse des Fallbeispiels	82
5.2 Private Kliniken im Kostenvergleich mit öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern	85
5.2.1 Kostenvergleich	86
6. Fazit und Ausblick	92
Literatur	94

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einer Finanzierungskrise. Den steigenden Ausgaben stehen immer weniger Einnahmen, bzw. ständige Erhöhungen der Beitragssätze der Krankenkassen gegenüber. Den größten Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben nehmen die Kosten für die **stationäre Krankenbehandlung** ein (vgl. Abbildung 1).

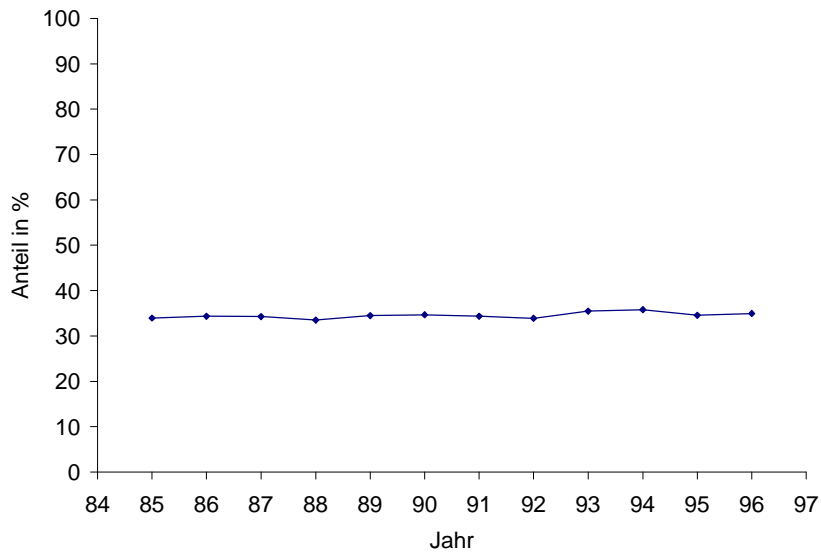
Abbildung 1: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheit nach Leistungsarten im Jahr 1996



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1999b: 101f

Seit Mitte der 80er Jahre haben sich die Ausgaben für Krankenhausbehandlung bei gut 1/3 aller Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung eingependelt (vgl. Abbildung 2).

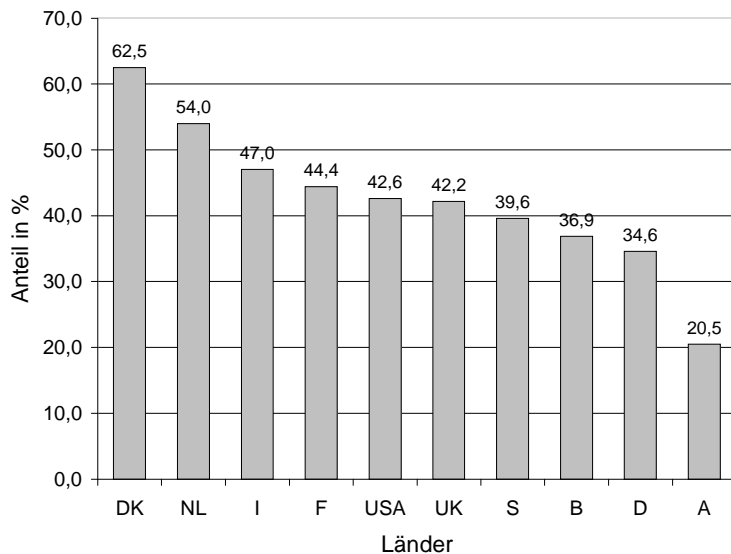
Abbildung 2: Anteil der Krankenhauskosten an den Gesamtgesundheitsausgaben



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der OECD Health Data 1998: CD-ROM

Im **internationalen Vergleich** schneidet Deutschland beim Anteil der Kosten für stationäre Behandlung an den Gesamtgesundheitsausgaben positiv ab (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Anteil der Krankenhauskosten an den Gesamtgesundheitsausgaben 1995 im internationalen Vergleich



Quelle: OECD Health Data 1998: CD-ROM. Der Wert für Schweden stammt aus dem Jahr 1994 und ist aus Schneider 1998: 154 entnommen

Der Anteil der Ausgaben für stationäre Behandlung an den Gesamtgesundheitsausgaben weist in Deutschland seit Jahren also eine konstante Höhe auf¹ und ist im internationalen Vergleich eher gering.

Dennoch weisen 34% der gesamten Gesundheitsausgaben auf ein erhebliches **Einsparpotential** hin. Starre Strukturen und ein ineffizientes Steuerungssystem im Krankenhaussektor haben nach Ansicht von Kostenträgern und Politik zu überflüssigen Kapazitäten (Stichwort "Bettenberg") und unnötigen Ausgaben geführt. Aus diesem Grund wird von vielen Seiten eine **marktwirtschaftlichere Orientierung** im Bereich der Krankenhausplanung und –finanzierung gefordert. Der Gesetzgeber trug dieser Forderung Rechnung, indem er in den letzten Jahren bei Reformen im stationären Sektor verstärkt Wettbewerbselemente eingeführt hat, die zur Senkung der Ausgaben beitragen sollen.

¹ Der Anteil der Krankenhauskosten am Bruttoinlandsprodukt ist von 1985 – 1995 um 0,4% gestiegen. Im internationalen Vergleich schneidet Deutschland im Jahr 1996 mit einem Anteil der Krankenhauskosten am Bruttoinlandsprodukt in Höhe von 3,7% ebenfalls positiv ab. Der Durchschnittswert der o.g. Länder liegt hier bei 3,9%. (Eigene Berechnungen auf Grundlage der OECD Health Data 1998: CD-ROM; der Wert für Schweden stammt von 1994 und ist aus Schneider 1998: 155 entnommen).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit dem Problem der Steuerung und Finanzierung, sowie mit Reformalternativen im stationären Bereich. Ziel ist es aufzuzeigen, ob bzw. inwieweit sich die Krankenhausplanung der BRD von einer staatlichen Regulierung zu einer Steuerung durch Wettbewerb entwickelt, und ob auf diesem Weg die Probleme im stationären Sektor bekämpft werden können.

Bei der Analyse der Probleme, bzw. der Reformüberlegungen im stationären Bereich wird nicht nur die Krankenhausplanung der BRD betrachtet, wenn es notwendig und sinnvoll erscheint, findet auch ein Vergleich mit anderen Staaten statt. Dies scheint vor allem deshalb angebracht, weil sich die Krankenhäuser im Zuge des Zusammenwachsens der sozialen Systeme in Europa auch auf internationaler Ebene neuen Herausforderungen werden stellen müssen. Aus den genannten Gründen scheint heute der richtige Zeitpunkt über Reformen im Krankenhausesektor nachzudenken.

1.2 Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit

Als Grundlage für die Erstellung dieser Arbeit dienen die einschlägige Literatur, Zeitschriften- und Zeitungsartikel sowie Positionspapiere der beteiligten Akteure. Für den empirischen Teil der Arbeit werden anerkannte nationale und internationale Quellen verwendet.

Zur Gliederung der Arbeit:

In **Kapitel 2** wird ein kurzer Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Krankenhausplanung gegeben. Die Übernahme der Steuerung des Krankenhausesektors durch die öffentliche Hand (Kapitel 2.1) und die Kostendämpfungspolitik seit den 80er Jahren (Kapitel 2.2) stehen dabei im Vordergrund. **Kapitel 3** befaßt sich mit der aktuellen Krankenhausplanung. Kapitel 3.1 weist zunächst auf die Problematik hin, den Begriff "Bedarf" allgemeingültig zu definieren, sowie den Bedarf an Krankenhausleistungen objektiv zu ermitteln. In Kapitel 3.2 wird die Einteilung der Krankenhäuser in öffentliche, freigemeinnützige und private Träger beschrieben. Am Beispiel von Baden-Württemberg wird in Kapitel 3.3 dann das Verfahren zur Ermittlung des Bedarfs an Krankenhausleistungen erläutert. Die aktuellen Probleme der Krankenhausplanung werden in Kapitel 3.4 ausführlich beschrieben und analysiert. Mit Lösungsansätzen für die Problembekämpfung beschäftigt sich **Kapitel 4**, das in zwei Schwerpunkte aufgeteilt ist.

In Kapitel 4.1 werden zunächst mögliche Reformalternativen zur derzeitigen Steuerung des Krankenhaussektors vorgestellt. Hierbei werden die marktwirtschaftliche und die staatliche Steuerung des stationären Bereichs einander gegenübergestellt. Kapitel 4.2 diskutiert dann die für das Jahr 2000 geplante Reform des Krankenhaussektors, die im Juni 1999 von der rot-grünen Bundesregierung in einem Gesetzentwurf vorgelegt wurde. Die Inhalte, sowie die Durchsetzungschancen der Reform sollen kritisch betrachtet werden. **Kapitel 5** geht auf die Bedeutung privater Kliniken im deutschen Krankenhaussektor ein. Dabei steht die Frage im Vordergrund, inwieweit private Kliniken zu einer qualitativ hochwertigen und gleichzeitig kostengünstigeren Krankenhausversorgung beitragen können. In Kapitel 5.1 sollen dabei anhand eines Fallbeispiels zunächst die Aussagen und Thesen über Steuerungsprobleme und Defizite im stationären Bereich verdeutlicht und überprüft werden. Das Fallbeispiel beschreibt die Bemühungen eines privaten Herz-Zentrums, bei der Krankenhausplanung in Baden-Württemberg berücksichtigt zu werden. In Kapitel 5.2 soll dann mit Hilfe eines Vergleichs der Krankenhausträger untersucht werden, ob private Kliniken mit ihrer marktwirtschaftlicheren Orientierung den vom Gesetzgeber angestrebten Wettbewerb positiv beeinflussen und zu einer Kostensenkung im stationären Bereich beitragen können. **Kapitel 6** bildet mit einer Zusammenfassung und einem kurzen Blick in die Zukunft den Abschluß der Arbeit. Alle Kapitel werden vor allem unter dem Gesichtspunkt betrachtet, ob und inwieweit Entwicklungen stattfinden, die auf eine zunehmend wettbewerbliche Ausrichtung des Krankenhaussektors hindeuten.

2. Geschichtliche Entwicklung der deutschen Krankenhausplanung

Der Staat hat seit den 70er Jahren durch eine Reihe von Gesetzen versucht, das Ziel einer **bedarfsgerechten**, gleichzeitig aber auch **kostengünstigen** Krankenhausversorgung zu erfüllen. Im folgenden werden diese Gesetze kurz dargestellt. Dabei soll es nicht das Ziel sein, die Wirksamkeit dieser Bestimmungen zu analysieren. Eine kurze Betrachtung der Entwicklung gesetzlicher Regelungen im Bereich des Krankenhausesektors scheint aber für das spätere Verständnis der Probleme und Reformen im Bereich der Krankenhausplanung angebracht. Bei den Ausführungen soll vor allem die Fragestellung berücksichtigt werden, inwieweit die deutsche Krankenhausplanung einen Weg von der staatlichen Planung zum freien Wettbewerb eingeschlagen hat.

2.1 Die Übernahme der Steuerung des Krankenhausesektors durch die öffentliche Hand

2.1.1 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz

Am 29.6.1972 wurde mit dem **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)** erstmals eine bundeseinheitliche Bestimmung zur Regulierung des Krankenhausesektors verabschiedet, deren grundsätzliche Regelungen - von kleinen Veränderungen abgesehen - bis zum heutigen Zeitpunkt wirksam sind. Ziel dieses Gesetzes war und ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu sozial tragbaren Pflegesätzen zu gewährleisten². Nachdem der Gesetzgeber schon 1969 die Gesetzgebungskompetenz im Bereich der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und im Bereich der Regelung der Krankenhauspflegesätze an sich gezogen hatte³, erklärte er damit die Sicherstellung der stationären Versorgung und die Steuerung des Krankenhausesektors zur öffentlichen Aufgabe.

² Vgl. § 1 Abs. 1 KHG (1972).

³ Vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 41; Art. 74 Abs.1 Nr. 19a GG.

In der Zeit vor Einführung des KHG befand sich das Krankenhauswesen in einer tiefen Struktur- und Finanzierungskrise⁴. Obwohl die Länder den Krankenhäusern mit Investitionshilfen, Zuschüssen und Darlehen aushalfen, gefährdeten die Defizite in Milliardenhöhe eine leistungsfähige Versorgung im stationären Sektor⁵. Das KHG wurde eingeführt, um diese Mängel zu beheben.

2.1.2 Grundprinzipien der Krankenhausplanung und –finanzierung

Folgende Grundprinzipien wurden im KHG verankert und sind in abgeänderter Form bis heute gültig: Das **duale Finanzierungssystem**, das **Selbstkostendeckungsprinzip** und die **staatliche Krankenhausplanung**.

Bis 1972 galt das monistische Finanzierungsprinzip⁶. Die **duale Finanzierung** sieht nun die Übernahme der Investitionskosten durch den Bund (ein Drittel) und durch die Länder (zwei Drittel) vor⁷. Die laufenden Betriebskosten sollen durch die Pflegesätze gedeckt werden. Diese werden weiterhin in sog. Einigungsverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart, die endgültige Höhe legt nun jedoch die zuständige Landesbehörde per Rechtsverordnung fest⁸.

⁴ Vgl. Wiemeyer 1984: 78; Robert Bosch Stiftung 1987: 41.

⁵ Vgl. Dietz/ Bofinger: 6b.

⁶ Unter monistischer Finanzierung ist die Finanzierung der Krankenhauskosten (Investitionskosten und laufende Betriebskosten) durch nur einen Kostenträger zu verstehen. Dies waren bis zur Einführung des KHG die Krankenkassen, die mit den Krankenhäusern Pflegesätze zur Finanzierung von Betriebs- und Investitionskosten aushandelten. Die Höhe dieser Pflegesätze reichte im Laufe der Zeit nicht mehr aus, die Krankenhauskosten zu decken (vgl. Tuschen/ Quaas 1998: 3).

⁷ Vgl. § 22 KHG (1972). Die Übernahme der Investitionskosten durch Bund und Länder wird als Mischfinanzierung bezeichnet.

⁸ Vgl. § 18 Abs. 1 KHG (1972).

Das **Selbstkostendeckungsprinzip** sieht vor, daß die nach der Investitionskostenförderung verbleibenden Kosten durch die Pflegesätze abgedeckt werden. Jedes "sparsam wirtschaftende und leistungsfähige Krankenhaus"⁹ hat somit die Garantie, immer die gesamten Kosten erstattet zu bekommen. Die Differenz zwischen dem ursprünglich vereinbarten und dem tatsächlich zur Kostendeckung erforderlichen Pflegesatz wird in den folgenden Pflegesatzverhandlungen wieder berücksichtigt¹⁰.

Durch die **staatliche Krankenhausplanung** soll eine ausreichende und für alle Bürger bedarfsgerechte stationäre Versorgung gewährleistet werden. Der Gesetzgeber sieht sich durch das Sozialstaatsprinzip, abgeleitet aus den Art. 20 Abs. 3 und Art. 28 Abs. 1 GG, legitimiert und verpflichtet, die rechtliche und politische Steuerung des Krankenhausesektors zu übernehmen. Um eine Steuerung des Bedarfs an Krankenhausleistungen zu gewährleisten, verpflichtet er die Länder, **Krankenhausbedarfspläne** (vgl. Kapitel 3.3) zu erstellen¹¹. Die Mitbestimmungsmöglichkeiten von Krankenkassen und Krankenhäuser beschränken sich dabei lediglich auf ein Anhörungsrecht¹².

Obwohl anfangs große Hoffnungen in das KHG gesetzt wurden, nahm der Investitionsstau weiter zu, die Pflegesätze und damit auch die Krankenversicherungsbeiträge stiegen kontinuierlich¹³. Aus diesem Grund wurden in der Folgezeit eine Reihe von Gesetzen zur Reduzierung der Krankenhauskosten verabschiedet.

⁹ Vgl. § 4 KHG (1972).

¹⁰ Vgl. § 17 Abs. 1 BPfIV (1973).

¹¹ Vgl. § 6 Abs. 1 KHG (1972).

¹² Vgl. § 6 Abs. 3 KHG (1972).

¹³ Vgl. Tuschen/ Quaas 1998: 9.

2.2 Die Kostendämpfungspolitik ab 1981

Die Zeit ab den 80er Jahren ist durch immer größere **Finanzierungsprobleme** im Krankenhaussektor gekennzeichnet¹⁴. Die gesetzlichen Neuregelungen für den stationären Bereich verfolgten deshalb seither vor allem das Ziel der Kostenreduzierung.

2.2.1 Das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz

Das **Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22.12.1981** brachte keine grundlegenden Veränderungen der Prinzipien des KHG mit sich, sondern beschränkte sich vor allem auf das Ziel der Kostenreduzierung. Zudem war eine stärkere Einbeziehung von Krankenhäusern und Krankenkassen in die Krankenhausplanung vorgesehen. Die Länder sollten die Krankenhauspläne nun in enger Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren erstellen¹⁵.

2.2.2 Das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz

Mit der Einführung des **Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes (KHNG)** vom **20.12.1984** zog sich der Bund aus der Mischfinanzierung der Investitionskosten zurück, behielt aber seine Gesetzgebungskompetenzen. Die Länder mußten somit die Investitionskosten alleine tragen, wurden dafür aber bei der Finanzierung dreier Leistungsgesetze entlastet¹⁶. Die Mitbestimmungsmöglichkeiten von Krankenkassen und Krankenhäusern im Bereich der Krankenhausplanung wurden weiter ausgebaut. Die Länder wurden verpflichtet, bei der Krankenhausplanung einvernehmliche Regelungen mit den beteiligten Akteuren anzustreben¹⁷.

¹⁴ Aufgrund der unaufhaltsam steigenden Krankenhauskosten wurde zum ersten Mal von einer "Kostenexplosion" im stationären Sektor gesprochen (vgl. Dietz/ Bofinger: 6b).

¹⁵ Vgl. Art. 1 Nr. 6 Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz.

¹⁶ Der Bund übernahm einen höheren Anteil beim Wohnungsbau-Prämiengesetz, beim Wohngeldgesetz und beim Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter (vgl. Tuschen/ Quaas 1998: 14).

¹⁷ Vgl. Art. 1 Nr. 8 KHNG.

Das **Selbstkostendeckungsprinzip** wurde teilweise reformiert: Während die Selbstkosten des Krankenhauses bisher nachträglich in voller Höhe erstattet wurden, fand jetzt lediglich eine Erstattung der im voraus kalkulierten Selbstkosten statt¹⁸. Konnten die Kosten durch die im voraus kalkulierten Pflegesätze nicht gedeckt werden, wurde diese Differenz nur zu 25% bei den nächsten Pflegesatzverhandlungen wieder ausgeglichen. Entsprechend wurde mit den (seltenen) Gewinnen verfahren. Für das Krankenhaus bedeutete dies die Chance, Gewinne zu erwirtschaften, aber auch das Risiko, Verluste zu erzielen. Damit bestand für die Krankenhäuser ein erhöhter Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln.

Der Grundsatz der **Trägervielfalt** wurde im KHNG besonders betont. Die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser sollte genauso gewährleistet werden wie die der öffentlichen Kliniken¹⁹. Allerdings wurden zur Unterstützung dieser Regelung keine weiteren Maßnahmen unternommen²⁰.

Das **duale Finanzierungssystem** wurde leicht modifiziert, indem den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben wurde, betriebskostensenkende Investitionen zu fördern. Obwohl dies eine Stärkung der Handlungsspielräume von Krankenhäusern und Krankenkassen bedeutete, wurden entsprechende Investitionsverträge kaum abgeschlossen²¹. Die Krankenkassen bezweifelten, ob die Einsparungen bei den Betriebskosten die Höhe der Investitionskosten ausgleichen würden²².

¹⁸ Vgl. Tuschen/ Quaas 1998: 15; Alber 1992: 124.

¹⁹ Vgl. Art. 1 Nr. 1 KHNG.

²⁰ Vgl. Karl 1999: 61.

²¹ Vgl. Alber 1992: 124.

²² Vgl. Karl 1999: 65.

Da es bei den Pflegesatzverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen oftmals zu Konflikten und zeitlichen Verzögerungen kam, wurde die **Schiedsstelle des Krankenhausfinanzierungsgesetzes** geschaffen, die einen Pflegesatz festlegte, falls die Vertragspartner innerhalb von sechs Wochen keine Einigung erzielen²³. Die Schiedsstelle setzt sich paritätisch aus Vertretern der Verhandlungspartner zusammen²⁴. Da die Pflegesätze bei Nichteinigung zuvor per staatlicher Verordnung festgelegt wurden²⁵, bedeutete dies eine Stärkung der Selbstverwaltung.

2.2.3 Das Gesundheits-Reformgesetz

Das **Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 20.12.1988** sollte im Krankenhausbereich zu einer wirtschaftlicheren und leistungsfähigeren Versorgung beitragen. Überflüssige Krankenhausbetten sollten abgebaut werden²⁶. Die Kompetenzen der Verhandlungspartner wurden auf Kosten der Steuerungsmacht der Länder weiter gestärkt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollten mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (vgl. Kapitel 4.2.1.1) Rahmenverträge abschließen, um eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten²⁷. Auf der Grundlage dieser Verträge sollten die Krankenkassen mit den Krankenhäusern Versorgungsverträge nach § 109 SGB V abschließen. Allerdings galt im Regelfall schon alleine die Aufnahme eines Krankenhauses in den Bedarfsplan als automatischer Vertragsabschluß (sog. "**Kontrahierungszwang**")²⁸. Die Rechte der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern wurden gestärkt, indem sie ohne Zustimmung des jeweiligen Krankenhauses eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit, der Leistungsfähigkeit und der Qualität bei der Landesschiedsstelle beantragen konnten²⁹. Außerdem konnten die Krankenkassen unter bestimmten

²³ Vgl. Art. 1 Nr. 17 KHNG.

²⁴ Vgl. Art. 1 Nr. 18 KHNG.

²⁵ Vgl. § 18 Abs. 1 KHG (1972), bzw. Art. 1 Nr. 18 Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz.

²⁶ Vgl. BT-Drucksache 11/ 7527: 56.

²⁷ Vgl. § 112 SGV (1988).

²⁸ Vgl. Bruckenberger 1989: 20.

²⁹ Vgl. § 113 SGB V (1988).

Voraussetzungen einseitig den Versorgungsvertrag mit einem Krankenhaus kündigen³⁰. Der Kontrahierungszwang wurde damit eingeschränkt.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß im Zuge des GRG der Gestaltungsspielraum der Vertragspartner gestärkt und die Kompetenzen der Länder beschnitten wurden. Bruckenberger bezeichnet das GRG als "trojanisches Pferd" auf dem Weg von der "föderalistischen staatlichen Krankenhausplanung" zur "zentralstaatlichen Selbstverwaltung"³¹.

2.2.4 Das Gesundheits-Strukturgesetz

Im **Gesundheits-Strukturgesetz (GSG) vom 29.12.1992** wurden die Strukturen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung verändert, um die Notwendigkeit kurzfristiger Kostendämpfungsmaßnahmen durch den Staat möglichst gering zu halten³². Der Krankenhausbereich wurde durch eine Reihe von grundlegenden Veränderungen betroffen. Das Selbstkostenprinzip nach § 4 KHG wurde aufgehoben: Die Krankenhäuser hatten zwar weiter Anspruch auf öffentliche Investitionskostenförderungen, allerdings wurde die Deckung der vorkalkulierten Selbstkosten durch den Anspruch auf "medizinisch leistungsgerechte" Pflegesätze ersetzt³³. Die Höhe der Pflegesätze orientierte sich somit an der Art und dem Umfang der erbrachten Leistung. Gleichzeitig wurde die Höhe der Pflegesätze an die beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gekoppelt³⁴. Damit sollten die Krankenhäuser zu einer wirtschaftlicheren Betriebsführung angehalten und die Beitragssätze der Krankenkassen stabilisiert werden³⁵. Die Einführung von landeseinheitlichen **Fallpauschalen** und **Sonderentgelten** nach Art. 11 Nr. 7c GSG sollte eine leistungsgerechte Vergütung sicherstellen³⁶ (zum System der Fallpauschalen und Sonderentgelte vgl. Kapitel 3.4.3.2.2). An dem Prinzip der dualen Finanzierung wurde festgehalten, allerdings konnten nun Investitionsanteile in die Pflegesätze

³⁰ Vgl. § 110 SGB V (1988).

³¹ Vgl. Bruckenberger 1989: 19.

³² Vgl. Tuschen/ Quaas 1998: 15.

³³ Vgl. Art. 11 Nr. 7a GSG.

³⁴ Vgl. Art. 11 Nr. 7b GSG.

³⁵ Vgl. Dietz/ Bofinger: 105.

³⁶ Ebenda.

integriert werden³⁷. Dies bedeutet, daß Krankenhäuser, die nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, nun eigenfinanzierte Investitionen in die Höhe der Pflegesätze mit einrechnen dürfen. Bei der Kündigung von Versorgungsverträgen wurde die Stellung der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern weiter gestärkt: Die Kündigung eines Versorgungsvertrages durch die Krankenkasse kann nun nur dann versagt werden, wenn das betroffene Krankenhaus aus Sicht der Landesbehörde für die Versorgung unverzichtbar ist³⁸.

Insbesondere der Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips, die Aufweichung der starren dualen Finanzierung und die Reformen innerhalb des Vergütungssystems wurden als weitere Abkehr von der staatlichen Krankenhausplanung hin zu einer eher marktwirtschaftlicheren Orientierung gewertet³⁹. Für die deutsche Krankenhausgesellschaft bedeutete das GSG sogar das Ende der Ära des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972 und seiner Prinzipien⁴⁰.

2.2.5 Das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz

Am **23.7.1997** wurde das **Zweite GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG)** verabschiedet. Es trat rückwirkend zum 1.7.1997 in Kraft. Die Ausgestaltung des Vergütungssystems wurde in die Hände der Selbstverwaltungsorgane von Krankenhäusern und Krankenkassen gelegt. Diese sollten in Zukunft gemeinsam einen Entgeltkatalog für die Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbaren und weiterentwickeln⁴¹. Mit dieser Regelung wurden die Selbstverwaltungsorgane weiter gestärkt und eine leistungsgerechte Vergütung vorangetrieben.

³⁷ Vgl. Art. 11 Nr. 7e GSG.

³⁸ Vgl. Art. 1 Nr. 65 GSG.

³⁹ Vgl. Karl 1999: 78.

⁴⁰ Vgl. DKG 1994: 7.

⁴¹ Vgl. Art. 8 Nr. 4a Zweites GKV-Neuordnungsgesetz.

Fazit

Eine abschließende Beurteilung, ob und in welchem Ausmaß sich die deutsche Krankenhausplanung im Laufe der Zeit von der "staatlichen Planung zur freien Marktwirtschaft" entwickelt hat, ist anhand der bisherigen Ausführungen nur schwer möglich. Festzustellen ist der erkennbare Wille des Gesetzgebers, durch verschiedene gesetzliche Regelungen die Verhandlungspartner zu wirtschaftlicherem Verhalten und eigenverantwortlicherem Handeln anzuregen. Durch seine **Gesetzgebungskompetenzen** greift der Bund dabei immer wieder in die Krankenhausplanung ein. Die Länder sollen im Rahmen ihrer **Planungskompetenzen** für die Umsetzung der jeweiligen Bestimmungen sorgen.

Der **Gestaltungsspielraum** von Krankenhäusern und Krankenkassen im Bereich der Krankenhausplanung wird zunehmend größer.

Durch die Überschneidung von Kompetenzen, bzw. durch das Auseinanderfallen von Gesetzgebungs-, Planungs- und Finanzierungsverantwortung ist der Krankenhaussektor im Laufe der Zeit ein schwer steuerbares Politikfeld geworden.

3. Die aktuelle Krankenhausplanung

3.1 Definition Bedarf

§ 1 KHG fordert eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern. Zunächst soll der Begriff "**Bedarf**" erläutert werden. In der Literatur gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen. Hier soll der Bedarf aus dem Begriff "Bedürfnis" abgeleitet werden. Das Bedürfnis bezeichnet ein Gefühl des Mangels und den Wunsch, diesen Mangel abzustellen. Wenn ein Individuum bestimmte Mittel einsetzt, um seine Bedürfnisse zu erfüllen, ergibt sich daraus eine Nachfrage. Diese, von den wirtschaftlichen Möglichkeiten des jeweiligen Individuums abhängige Nachfrage, ergibt den Bedarf⁴². In der freien Wirtschaft wird dieser Bedarf durch das Aufeinandertreffen von Angebot und Nachfrage gedeckt. Der Preis steuert den Markt und bringt Angebot und Nachfrage in ein Gleichgewicht.

Dieses Prinzip kann allerdings auf den **Krankenhaussektor** nicht übertragen werden, denn im Gegensatz zum freien Markt, wo der Konsument den Bedarf bestimmt, sind es im stationären Bereich die Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser...), die dem Patienten den Bedarf "verschreiben". Der einzelne Bürger hat zu geringe medizinische Kenntnisse, um seinen Bedarf überhaupt beurteilen, bzw. artikulieren zu können und muß deshalb auf die Beratung medizinischer Experten vertrauen.

Eine freie Preisbildung ist auf dem "Krankenhausmarkt" nicht möglich. Der Kunde, bzw. der Patient kennt den Preis für eine medizinische Leistung nicht, daher verläuft die Preisbildung unabhängig vom "Konsumenten" stationärer Leistungen.

Hinzu kommt, daß für eine wirkungsvolle Bedarfsplanung genaue Kenntnisse über den Gesundheitszustand, die gesellschaftliche Präferenzen und die ökonomischen Möglichkeiten der Bevölkerung notwendig wären⁴³. Aus diesen Gründen ist eine "Bedarfs"-Planung nur sehr schwer möglich, de facto findet eher eine "**Angebots**"-Planung von Krankenhausleistungen statt⁴⁴.

⁴² Vgl. Kistner/ Steven 1994: 3.

⁴³ Vgl. Beske/ Michel 1998: 59.

⁴⁴ Vgl. u.a. Hoffmann 1985: 62.

Diese Ansicht setzte sich im Laufe der Zeit auch beim Gesetzgeber durch, und so wurde im Zuge des KHNG von 1984 in § 6 KHG nur noch die Aufstellung von **Krankenhausplänen** (statt Krankenhaus**bedarfs**plänen) gefordert. Hiermit wurde klargestellt, daß Gegenstand der Planung nur das Angebot an Krankenhausleistungen sein kann oder auch die Deckung des Bedarfes, nicht aber der Bedarf selbst⁴⁵.

3.2 Die Krankenhausträger

Die Deckung des Bedarfs soll durch die verschiedenen **Krankenhausträger** gewährleistet werden. Dabei wird zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern unterschieden⁴⁶.

Träger **öffentlicher** Krankenhäuser sind in der Regel Gebietskörperschaften (Bund, Land, Bezirk, Kreis, Gemeinde), Sozialversicherungsträger oder Zweckverbände. **Freigemeinnützige** Krankenhäuser sind Einrichtungen, die von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege unterhalten werden.

Private Krankenhäuser haben einen privaten Träger (meist einen Arzt oder eine Kapitalgesellschaft), der als gewerbliches Unternehmen eine Konzession nach § 30 GewO benötigt⁴⁷. Im Gegensatz zu den öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern, bei denen ein erwerbswirtschaftliches Ziel in den Hintergrund tritt, bzw. per Gesetz ausgeschlossen ist, kann den privaten Kliniken eine Gewinnabsicht unterstellt werden⁴⁸.

⁴⁵ Vgl. Dietz/ Bofinger: 48c.

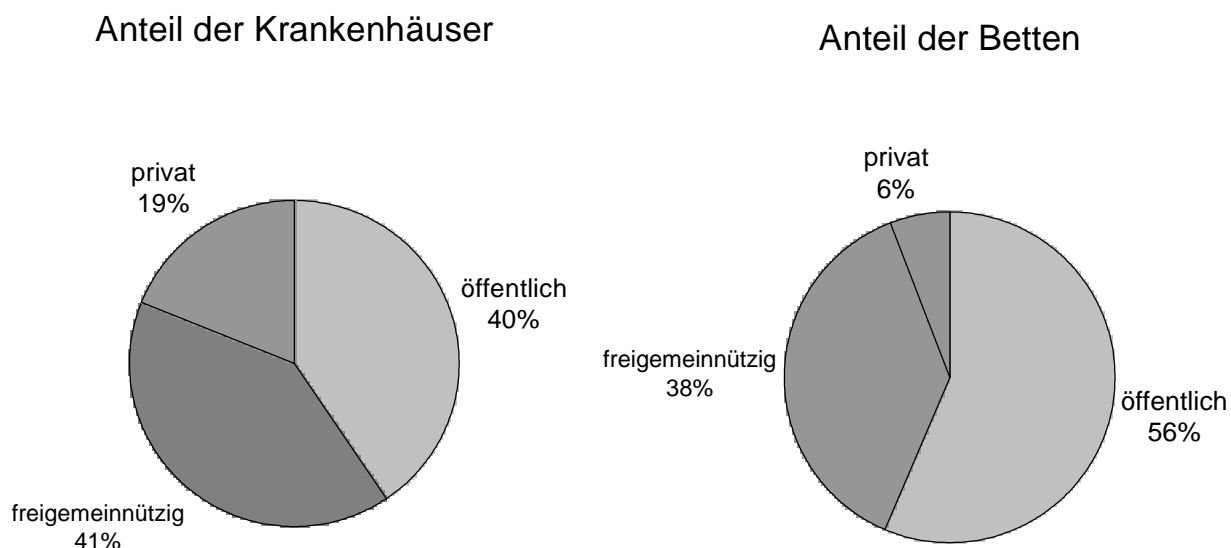
⁴⁶ Daneben gibt es Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten sowie reine Tages- oder Nachtkliniken, die nicht nach Trägern differenziert werden (vgl. DKG 1998: 42).

⁴⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt 1999a: 7.

⁴⁸ Vgl. Karl 1999: 20.

Die folgende Abbildung bietet eine Übersicht über die Krankenhausträgerstruktur in der BRD im Jahre 1996.

Abbildung 4: Krankenhausträgerstruktur in der BRD im Jahr 1996



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998b: 28ff

In den einzelnen Bundesländern gibt es bei der Trägerstruktur zum Teil erhebliche Unterschiede. Während 1997 in Sachsen-Anhalt der Anteil öffentlicher Krankenhäuser 65,5% (das entspricht einer Bettenanzahl von 78,4%) betrug, waren es in Nordrhein-Westfalen lediglich 17,6% (28,3% aller Betten). Der Anteil freigemeinnütziger Krankenhäuser lag zwischen 76,1% (70,8 aller Betten) in Nordrhein-Westfalen und 15,5% (14,7% aller Betten) in Bayern. Den geringsten Anteil an privaten Krankenhäusern hatte Nordrhein-Westfalen mit 6,3% (0,9% aller Betten). Spitzenreiter war hier Schleswig-Holstein mit 38,0% (14,8% aller Betten)⁴⁹.

⁴⁹ Eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998b: 28ff.

3.3 Die regionale Krankenhausplanung am Beispiel von Baden-Württemberg

§ 6 KHG fordert von den Ländern die Aufstellung von Krankenhausplänen, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung, die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und sozial tragbare Pflegesätze zu gewährleisten. Obwohl sich die Länder dabei an bestimmten Kriterien orientieren müssen⁵⁰, bleibt ihnen bei der Aufstellung der Krankenhauspläne ein gewisser **Gestaltungsspielraum**. Aus diesem Grund unterscheiden sich die verschiedenen Krankenhauspläne meist in der Form und in dem Inhalt.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß anhand eines Länderbeispiels keine allgemeingültigen Aussagen über die Praxis der Krankenhausplanung im gesamten Bundesgebiet gemacht werden können, wird im folgenden die Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg ausführlich erläutert. Die Wahl Baden-Württembergs erscheint sinnvoll, da das Fallbeispiel in Kapitel 5.1 aus diesem Bundesland stammt.

3.3.1 Das Planungsverfahren

Das Sozialministerium ermittelt zunächst - zum Teil mit Hilfe von externen Beratungsinstituten⁵¹ - auf der Grundlage von **Bedarfsdeterminanten** (vgl. Kapitel 3.3.2) den für die jeweiligen Stadt- bzw. Landkreise benötigten Bedarf an Krankenhausbetten⁵². Danach wird der Krankenhausplan vom Sozialministerium in enger Zusammenarbeit mit dem **Landeskrankenhausausschuß**⁵³ erstellt. Dabei sind die betroffenen Krankenhäuser anzuhören⁵⁴.

⁵⁰ Alle Krankenhauspläne müssen eine Krankenhauszielplanung, eine Bedarfsanalyse, eine Krankenhausanalyse, sowie eine Liste der zugelassenen Krankenhäuser enthalten (vgl. Dietz/ Bofinger: 50).

⁵¹ Beispielsweise beauftragte 1984 das Sozialministerium Baden-Württemberg die Dornier System GmbH ein Gutachten über die Entwicklung der Bedarfsdeterminanten für die Fortschreibung des Krankenhausplans zu erstellen (vgl. Schäfer/ Schmidt/ Wachtel 1984).

⁵² Vgl. Krankenhausplan III Allg. Teil: 9.

⁵³ Dem Landeskrankenhausausschuß gehören Vertreter der Krankenhäuser, der Krankenkassen, der Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, des Landkreistages, des Städtetages, sowie des Gemeindetages an (vgl. § 9 LKHG BW).

⁵⁴ Vgl. § 4 Abs. 2 LKHG BW.

Dies bedeutet, daß das Sozialministerium seine Planungen den an der Krankenhausplanung beteiligten Akteuren⁵⁵ erläutert und diese gleichzeitig auffordert, in sog. Kreisgesprächen eigene Vorschläge zur Erreichung der Ziele der Krankenhausplanung einzubringen. Das Sozialministerium wertet die Stellungnahmen und Vorschläge aus den Kreisen aus und erstellt dann für jeden Kreis einen konkreten "Planfortschreibungsentwurf". Dieser wird anschließend im Landeskrankenhauseausschuß erneut überarbeitet. Nachdem auch die betroffenen Krankenhäuser nochmals schriftlich angehört wurden, werden die Planfortschreibungsentwürfe der einzelnen Kreise ggf. nochmals überarbeitet und schließlich von der Landesregierung beschlossen. Die Entwürfe werden zusammenfassend veröffentlicht und mit Hilfe von "Einzelfestsetzungsbescheiden" gegenüber den betroffenen Krankenhäusern umgesetzt⁵⁶.

Für die Krankenhäuser ist eine Aufnahme in den Krankenhausplan deshalb von existentieller Bedeutung, weil dies die öffentliche Förderung der Investitionskosten durch das Land⁵⁷ und, wie bereits erwähnt, den Abschluß eines Versorgungsvertrages ermöglicht. Das Krankenhaus ist somit berechtigt, die Behandlungskosten seiner gesetzlich versicherten Patienten mit einer Krankenkasse abzurechnen. Insgesamt ist festzuhalten, daß sich das Land während des Planungsverfahrens zwar an dem im Gesetz geforderten kooperativen Prozeß orientiert, sich allerdings das **Letztentscheidungsrecht** vorbehält. Die Kompetenzen von Krankenkassen und Krankenhäusern beschränken sich faktisch auf **Anhörungs- und Vorschlagsrechte**, denn eine konkrete Mitbestimmung oder gar ein Mitentscheidungsrecht im Landeskrankenhauseausschuß ist nicht vorgesehen.

⁵⁵ Für eine genaue Auflistung dieser Akteure vgl. Krankenhausplan III Allg. Teil: 9.

⁵⁶ Vgl. Krankenhausplan III Allg. Teil: 9.

⁵⁷ Vgl. § 8 Abs. 1 KHG.

3.3.2 Die Bedarfsermittlung

Wie in den meisten anderen Ländern auch, wird in Baden-Württemberg der (rechnerische) Bettenbedarf für jede Fachrichtung eines Krankenhauses mit Hilfe der **analytischen Bettenbedarfsformel** ermittelt⁵⁸.

Der Bettenbedarf (BB) wird durch die Einwohnerzahl (E), die Krankenhaushäufigkeit (KH), die Verweildauer (VD) und den (normativen) Bettennutzungsgrad (BN) bestimmt. Durch diese **Bedarfsdeterminanten** ergibt sich folgende Formel:

Analytische Bettenbedarfsformel⁵⁹

$$BB = \frac{E \times KH \times VD}{BN \times 1000 \times 365}$$

wobei:

$$KH = \frac{\text{Krankenhausfälle} \times 1000}{\text{Einwohnerzahl}}$$

$$VD = \frac{\text{Pflegetage}}{\text{Krankenhausfälle}}$$

$$BN = \frac{\text{Pflegetage}}{\text{Betten}}$$

⁵⁸ Vgl. Krankenhausbedarfsplan Stufe I: 14f.

⁵⁹ Vgl. Krankenhausbedarfsplan Stufe I :14f i.V.m. Wiemeyer 1984: 82.

Der **Bettennutzungsgrad** kann je nach Fachabteilung variieren, wird aber meist mit ca. 85% vorgegeben⁶⁰. Die Kapazitätsreserve von 15% soll Belegungsschwankungen ausgleichen und eine ausreichende Bettenanzahl bei Notfällen (Katastrophen, Unfälle o.ä.) sicherstellen⁶¹. Patientenwanderungen zwischen Krankenhäusern aber auch zwischen verschiedenen Bundesländern werden bei der Bedarfsbestimmung ebenfalls berücksichtigt⁶². Bei der Verwendung der Formel ist zu beachten, daß alle Bedarfsdeterminanten einem ständigen Wandel unterliegen. Außerdem werden für die Berechnung des Bettenbedarfs nicht die aktuellen Zahlen, sondern prognostizierte Werte verwendet⁶³. Diese Prognosen beruhen ihrerseits wiederum auf den vorliegenden Ist-Werten. Bereits hier sei deshalb angemerkt, daß die Formel ein eher statisches, rein mathematisches Instrument zur Bettenbedarfsbestimmung ist⁶⁴. Sie beachtet weder die spezifische Alters- und Gesundheitsstruktur der Bevölkerung, noch die ökologischen Gegebenheiten einer Region. Um so erstaunlicher ist es, daß die meisten Bundesländer bis heute an der analytischen Formel zur Bettenbedarfsbestimmung festhalten.

⁶⁰ Vgl. Krankenhausplan III Allg. Teil: 22.

⁶¹ Vgl. Eichhorn 1975: 64f.

⁶² Vgl. Krankenhausbedarfsplan Stufe I: 14.

⁶³ Ebenda: 14f.

⁶⁴ Vgl. Alber 1992: 114; Rüschemann 1998: 111.

3.3.3 Die Leistungsstufen der Krankenhäuser

Auch die Einteilung der Krankenhäuser in verschiedene Versorgungs- bzw. Leistungsstufen entspricht der gängigen Praxis in den meisten Bundesländern⁶⁵.

Die Krankenhäuser in Baden-Württemberg werden in folgende Leistungsstufen eingeteilt⁶⁶:

- **Krankenhäuser der Leistungsstufe I: Grundversorgung**

Sie dienen der Versorgung im Nahbereich.

- **Krankenhäuser der Leistungsstufe II: Regelversorgung**

Sie sind als Hauptträger der Breitenversorgung die Regeleinrichtung für besonders häufige Erkrankungen.

- **Krankenhäuser der Leistungsstufe III: Zentralversorgung**

Hier werden Behandlungen durchgeführt, die höhere Anforderungen an die personelle und technisch-apparative Ausstattung eines Krankenhauses stellen.

- **Krankenhäuser der Leistungsstufe IV: Maximalversorgung**

Sie ermöglichen durch die Abdeckung aller Fachgebiete eine umfassende Versorgung.

Die Zuordnung zu einer bestimmten Leistungsstufe hängt von der Aufgabenstellung eines Krankenhauses im Krankenhaussystem ab und richtet sich vor allem nach der Bettenanzahl, der Zahl der Patienten, der Zahl, Art und Größe der Fachabteilungen, der personellen und apparativen Ausstattung, sowie nach dem Einzugsgebiet⁶⁷.

⁶⁵ Vgl. DKG 1999b: 76.

⁶⁶ Vgl. Krankenhausplan III Allg. Teil: 36ff.

⁶⁷ Ebenda: 36f.

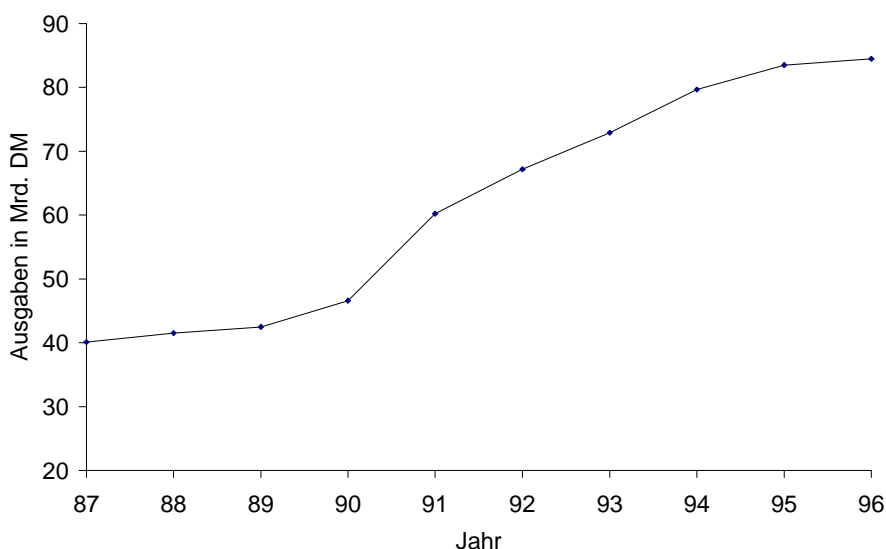
3.4 Aktuelle Probleme

Im folgenden Kapitel werden die derzeitigen Probleme der Krankenhausplanung, sowie die Ursachen und Folgen dieser Probleme erläutert und analysiert. Dabei wird zunächst auf die Schlagworte der "**Kostenexplosion**" und des "**Bettenbergs**" im deutschen Krankenhaussektor eingegangen.

3.4.1 Kosten im stationären Bereich

Die Ausgaben für stationäre Leistungen stiegen im Zeitraum von 1987 bis 1996 von rund 40 Mrd. DM auf 84 Mrd. DM an.

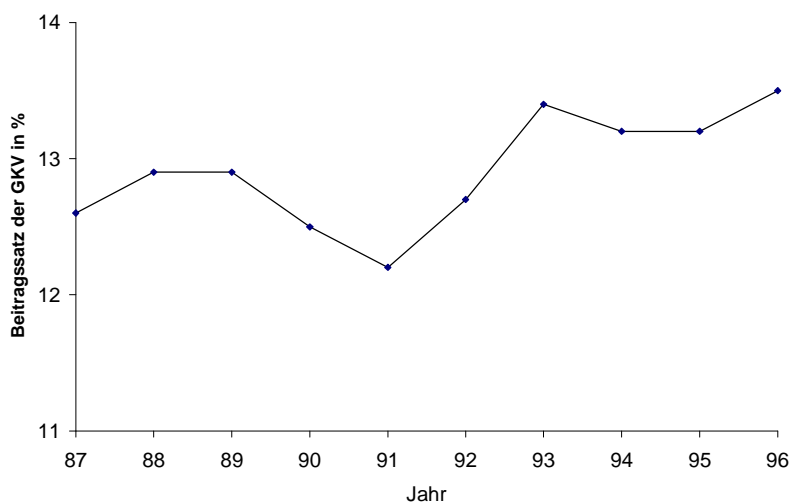
Abbildung 5: Ausgaben der GKV für stationäre Leistungen von 1987 – 1996
Ab 1991 einschließlich neue Bundesländer.



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1999b: 97, 101

Im gleichen Zeitraum stieg der **Beitragssatz** der gesetzlichen Krankenversicherung in den alten Bundesländern von 12,6% auf 13,5%. Die Krankenkassen konnten zwar aufgrund der Kostendämpfungsgesetze (GRG '88, GSG '92) kurzzeitig die Beiträge senken, die Entwicklung eines langfristig steigenden Beitragssatzes konnte aber auch dadurch nicht verhindert werden (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 6: Entwicklung des Beitragssatzes der GKV in den alten Bundesländern von 1987 bis 1996



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des BMfG 1997: 332

Da die Krankenhauskosten rund 1/3 der gesamten Gesundheitsausgaben ausmachen, sind die hohen Ausgaben im stationären Bereich eine der Hauptursachen für die ständig steigenden Beiträge der Krankenkassen⁶⁸.

Wie bereits angedeutet, scheint der Begriff einer "Kostenexplosion" im Krankenhaussektor jedoch nicht ganz treffend, denn der Anteil der Kosten für Krankenhausbehandlung an den Gesamtgesundheitsausgaben ist nicht *sprunghaft* gestiegen (vgl. Abbildung 2). Der Anteil der Krankenhauskosten am Bruttoinlandsprodukt erhöhte sich im Zeitraum von 1985 bis 1996 von 3,2% auf 3,7%⁶⁹. Auch hier fand demnach kein "explodierender" Anstieg statt.

⁶⁸ Vgl. SVR 1989: Ziffer 190; Alber/ Bernardi-Schenkluhn 1992: 127.

⁶⁹ Vgl. OECD Health Data 1998: CD ROM.

Das Verhältnis der **Einnahmen – Ausgabenentwicklung** in der gesetzlichen Krankenversicherung bestätigt eine akute Finanzierungskrise im Gesundheitswesen bzw. im Krankenhaussektor ebenfalls nicht.

*Tabelle 1: Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Mrd. DM
Ab 1991 einschließlich neue Bundesländer.*

Jahr	Einnahmen	Ausgaben	Saldo
1985	111,83	114,11	- 2,28
1986	118,51	119,87	- 1,36
1987	125,07	125,00	+ 0,07
1988	132,64	134,38	- 1,74
1989	139,68	129,53	10,15
1990	147,75	141,65	+ 6,1
1991	180,22	183,04	- 2,82
1992	201,14	210,5	- 9,36
1993	222,19	211,78	+ 10,41
1994	236,45	234,27	+ 2,18
1995	255,88	262,82	- 6,94
1996	265,72	272,49	- 6,77

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage der Daten des BMfG 1997: 314

Die Tabelle macht deutlich, daß die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stetig gestiegen sind. Auch hier zeigt sich, daß dies durch Beitragserhöhungen und die Kostendämpfungsgesetze ausgeglichen werden konnte⁷⁰.

Zusammenfassend kann man festhalten, daß eine *Kostenexplosion* im Krankenhaussektor innerhalb eines kurzen Zeitraums nicht stattgefunden hat. Vielmehr sind die Krankenhauskosten über einen längeren Zeitraum *kontinuierlich* gestiegen.

⁷⁰ Man sieht auch hier wieder deutlich, daß der "Erfolg" dieser Gesetze nur von kurzer Dauer war, denn der Saldo rutscht kurz nach Einführung des GRG bzw. des GSG wieder in den negativen Bereich.

Im Zuge der "Lohnnebenkosten-Diskussion" scheint nun jedoch eine Schwelle erreicht, an der steigende Kosten nicht mehr durch Beitragserhöhungen auf die Beitragszahler abgewälzt werden können.

3.4.2 Überkapazitäten und Bettenfehlbelegungen

Zu Beginn der 70er Jahre wurde der Krankenhaussektor in der BRD im Zuge günstiger Rahmenbedingungen ("Planungseuphorie" bei gleichzeitig hoher Mittelverfügbarkeit) auf- und ausgebaut⁷¹. Die Mischfinanzierung von Bund und Ländern, das duale Finanzierungssystem sowie das Selbstkostendeckungsprinzip ermöglichten hohe Investitionen und führten dazu, daß deutsche Akutkrankenhäuser im internationalen Vergleich eine Spitzenposition bei der **Bettendichte**, der **Einweisungsquote** und der **Verweildauer** einnahmen bzw. immer noch einnehmen.

Tabelle 2: Deutsche Akutkrankenhäuser 1995 im internationalen Vergleich

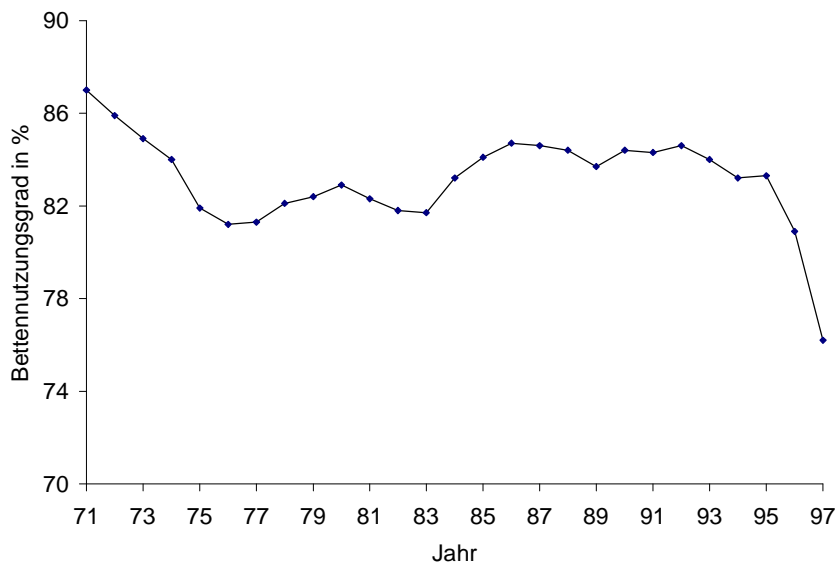
Land	Bettendichte (Betten je 1000 Einwohner)	Einweisungsquote (stationäre Fallzahl in Prozent der Bevölkerung)	Verweildauer (durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer)
Belgien	7,3	18,0%	7,8 Tage
Dänemark	4,9	19,2%	6,1 Tage
Deutschland	9,7	18,0%	12,1 Tage
Frankreich	8,9	20,3%	5,9 Tage
GB	4,7	21,2%	4,8 Tage
Italien	6,2	15,8%	8,4 Tage
Niederlande	11,3	10,3%	9,9 Tage
Österreich	9,3	23,1%	7,9 Tage
Schweden	6,1	16,2%	5,2 Tage
USA	4,2	11,7%	6,5 Tage
Alle	6,3	17,4%	7,5 Tage

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten von OECD Health Data 1998: CD-ROM

⁷¹ Vgl. Arnold 1998: 54; Beske/ Hallauer 1999: 142.

Obwohl diese Daten aufgrund der Probleme der Vergleichbarkeit⁷² kritisch zu betrachten sind und keine unmittelbaren Rückschlüsse auf Effizienz und Effektivität im Krankenhaussektor zulassen, vermuten Fachleute und Politiker eine Überversorgung im stationären Bereich. Vor allem der seit Jahren **sinkende Bettennutzungsgrad** wird als Indiz für Überkapazitäten angesehen⁷³.

Abbildung 7: Bettennutzungsgrad von 1971 – 1997



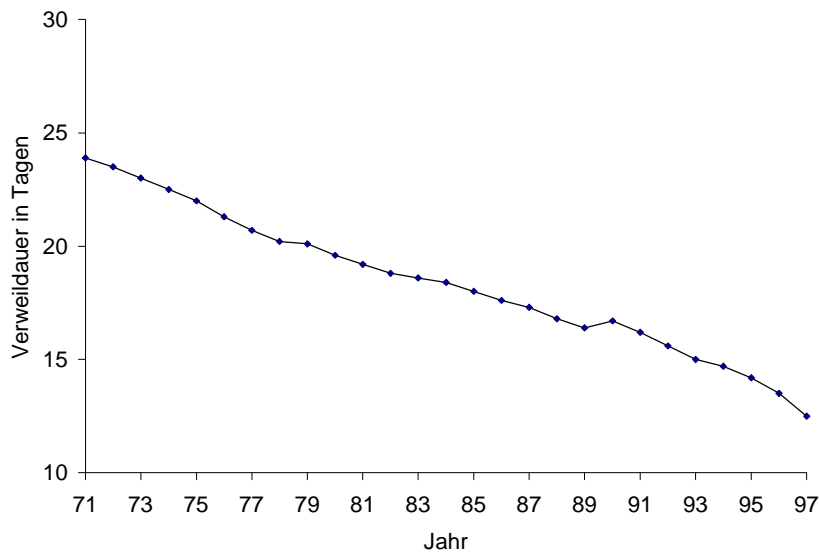
Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998b: 13

Ursache dieser sinkenden Bettenauslastung ist vor allem die **sinkende Verweildauer**, die im Zeitraum von 1971 bis 1997 von 23,9 auf 12,5 Tage zurückgegangen ist:

⁷² So gibt es beispielsweise unterschiedliche Definitionen von "Bett", "Krankenhaustage" und "Verweildauer". Auch die Abgrenzung von stationärem und ambulantem Bereich ist von Land zu Land verschieden.

⁷³ Vgl. Schmidt/ Pfaffenberger 1997: 384.

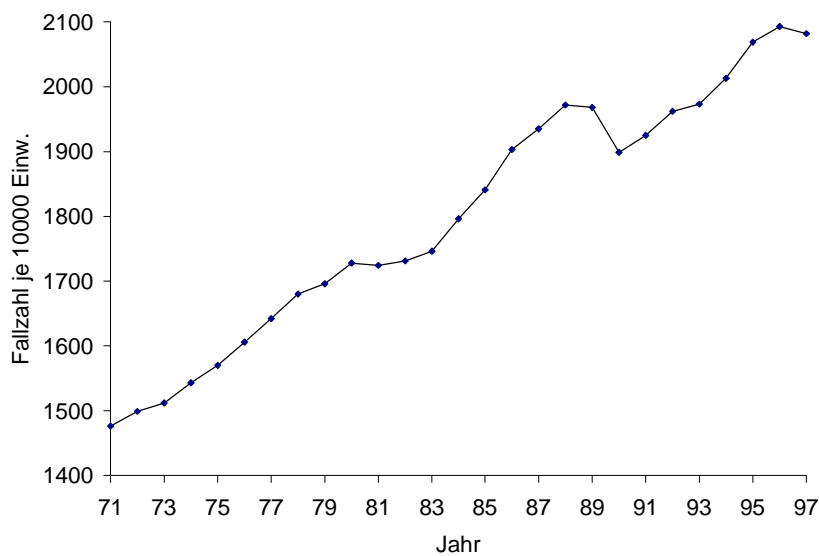
Abbildung 8: Durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern von 1971 bis 1997



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998b: 13

Die **Fallzahl** (Zahl der im Krankenhaus behandelten Patienten) ist im gleichen Zeitraum gestiegen.

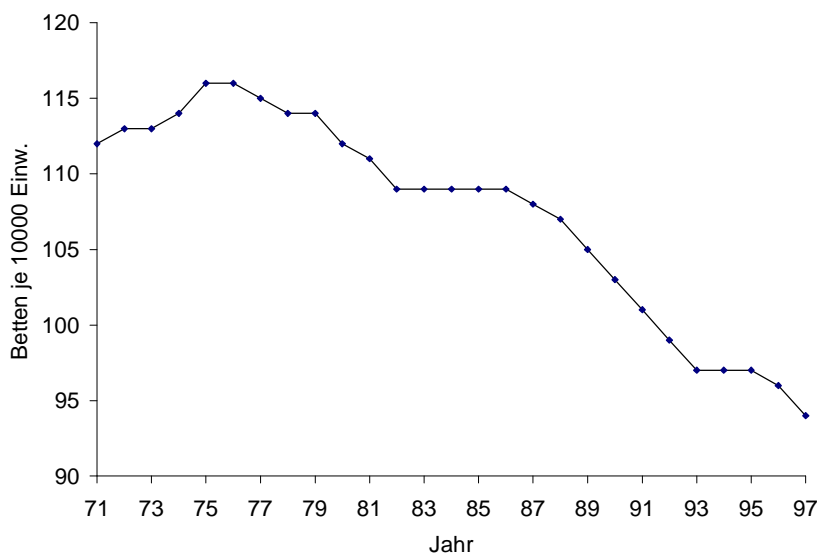
Abbildung 9: Fallzahl in Krankenhäusern von 1971 bis 1997



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998b: 13

Die gestiegene Zahl der behandelten Patienten konnte die sinkende Bettenauslastung nicht verhindern. Aus diesem Grund wird im Bereich des Krankenhaussektors seit Jahren über einen "**Bettenberg**" diskutiert. Um diesen abzubauen, wurde die Anzahl der Betten seit Mitte der 70er Jahre kontinuierlich reduziert:

Abbildung 10: Anzahl der Betten von 1971 bis 1997



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998b: 13

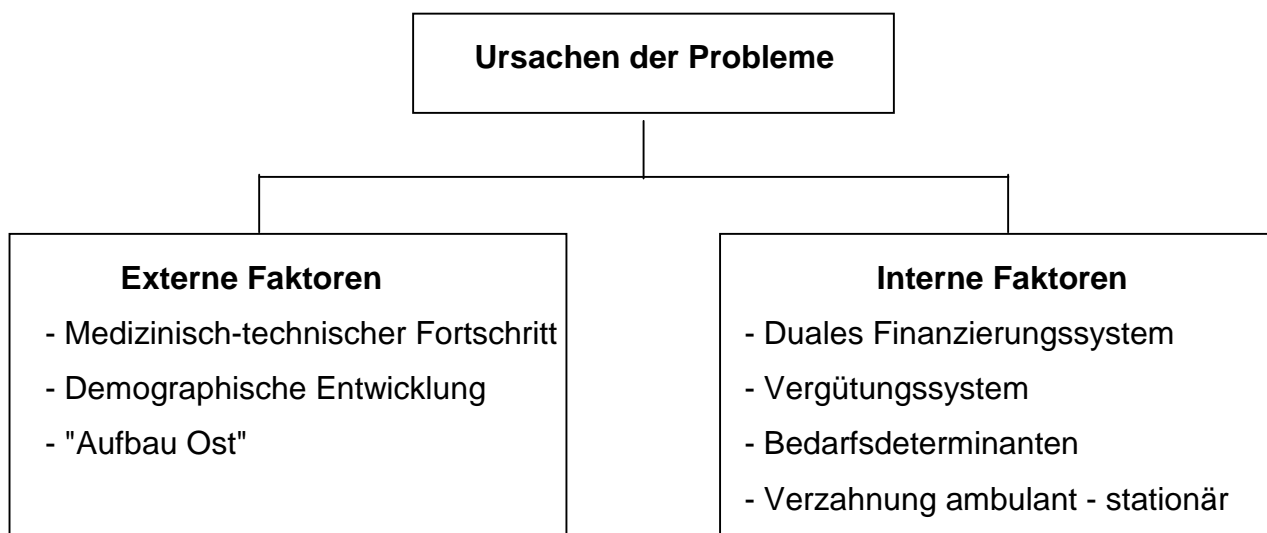
3.4.3 Ursachen der Probleme

Die Problemursachen werden im folgenden in externe und interne Faktoren unterschieden. Die externen Faktoren wirken als **unabhängige Variablen** auf die Krankenhausplanung, die hier quasi ein "Opfer" äußerer Gegebenheiten ist, die nicht beeinflusst werden können.

Dagegen sind die internen Faktoren **systemimmanent**, und die damit verbundenen Probleme zum Teil selbsterzeugt. Da in Kapitel 4 mögliche Reformen des Systems der Krankenhausplanung diskutiert werden, konzentrieren sich die weiteren Ausführungen auf die internen (beeinflussbaren!) Faktoren. Obwohl, bzw. gerade weil die externen Faktoren nicht beeinflusst oder geändert werden können, müssen diese dennoch immer in die Reformüberlegungen miteinbezogen werden.

Das folgende Schaubild stellt eine knappe Zusammenfassung der folgenden Ausführungen dar:

Abbildung 11: Ursachen der Probleme im stationären Sektor



Quelle: Eigene Darstellung

3.4.3.1 Externe Faktoren

3.4.3.1.1 Medizinisch-technischer Fortschritt

Der medizinisch-technische Fortschritt hat neue, komplizierte Operationsverfahren ermöglicht, die mit kostenintensiven Diagnose- und Behandlungsverfahren verbunden sind⁷⁴. Ein Teil dieser neuen Verfahren wird ausschließlich im stationären Sektor angewendet und ermöglicht zunehmend bislang nicht durchführbare Operationen⁷⁵. Eine genaue Quantifizierung der erhöhten Ausgaben durch den medizinisch-technischen Fortschritt ist allerdings sehr schwer, denn neben den gesteigerten Kosten durch kompliziertere Verfahren müssen auch die Ausgabenreduzierungen - beispielsweise durch die Verkürzung der

⁷⁴ Vgl. Alber 1992: 111.

⁷⁵ Vgl. Karl 1999: 32.

Behandlungszeiten - beachtet werden. Tendenziell ist der medizinische Fortschritt jedoch mit Ausgabensteigerungen verbunden⁷⁶.

3.4.3.1.2 Demographische Entwicklung

Die zunehmende Anzahl der Einweisungen älterer Menschen in ein Krankenhaus läßt sich nicht nur auf die besseren Behandlungsmöglichkeiten, sondern vor allem auch auf die sich verändernden demographischen Verhältnisse zurückführen. Der **Altenquotient**⁷⁷ wird durch sinkende Geburtenraten und steigende Lebenserwartung in Zukunft erheblich zunehmen. Während 1990 ein Altenquotient von 35% festgestellt wurde⁷⁸, wird für das Jahr 2030 ein Anstieg des Anteils der Älteren auf 65% bis 71% prognostiziert⁷⁹. Dies hat folgende Auswirkungen: Zum einen steigt die Anzahl der Pflage tage insgesamt, da knapp die Hälfte aller Pflage tage auf Personen entfallen, die über 65 Jahre sind⁸⁰. Außerdem erhöhen sich die Krankenhauskosten überproportional, da durch die Personengruppe der Älteren über 40% der Krankenhauskosten verursacht werden⁸¹. Schließlich bedeutet ein steigender Altenquotient eine weitere Belastung des Einnahme- und Ausgabenverhältnisses der Krankenkassen, da die Gruppe der gesetzlich krankenversicherten Rentner die für sie aufgebrauchten Leistungen nicht durch eigene Beiträge decken kann⁸².

Anzumerken ist hier, daß man nicht Gefahr laufen sollte, die Älteren als "Sündenböcke" für die Finanzierungsprobleme abzustempeln, denn Umverteilung und Solidarität sind Grundprinzipien der deutschen Sozialversicherung und somit gesetzlich wie auch politisch legitimiert.

⁷⁶ Vgl. SVR 1995: Ziffer 314; Bruckenberger 1999b: 324.

⁷⁷ Der Altenquotient bezeichnet das Verhältnis der Personen über 60 Jahren zu Personen zwischen 20 und 60 Jahren (vgl. SVR 1996: Ziffer 71).

⁷⁸ Vgl. SVR 1995: Ziffer 147.

⁷⁹ Vgl. SVR 1996: Ziffer 72.

⁸⁰ Vgl. DKG: 1998: 83.

⁸¹ Vgl. Statistisches Bundesamt 1998a: 63; SVR 1994: Ziffer 168.

⁸² Vgl. DKG 1998: 72.

3.4.3.1.3 "Aufbau Ost"

Die Krankenhäuser der ehemaligen DDR waren durch eine unzureichende Ausstattung im medizinisch-technischen, wie auch im Personalbereich gekennzeichnet. Viele Einrichtungen befanden sich zudem in einem katastrophalen Bauzustand⁸³. Aus diesem Grund flossen kurz nach der Vereinigung im Zuge von **Investitions- und Aufbauprogrammen** hohe Geldsummen von West nach Ost, um den ostdeutschen Krankenhausbereich zu sanieren. 1991 wurde den Kommunen im Rahmen eines Sanierungsprogrammes eine Investitionspauschale von 5 Mrd. DM zur Verfügung gestellt, damit kurzfristig die schlimmsten baulichen Mängel beseitigt werden konnten⁸⁴. Außerdem wurden den neuen Bundesländern vom Bund günstige **Kredite** für Investitionen im Krankenhausbereich zur Verfügung gestellt.

Abgesehen von diesen kurzfristigen "Soforthilfemaßnahmen" fließen seit 1995 jährlich Investitionszuschüsse des Bundes in Höhe von 700 Mio. DM zur Verbesserung der stationären Versorgung der Bevölkerung und zur Anpassung an das Niveau im übrigen Bundesgebiet in die neuen Bundesländer⁸⁵.

Eine genaue Quantifizierung der Summe, die vom Westen in den Krankenhausbereich der neuen Bundesländer transferiert wird, ist nicht möglich. Allerdings fordern die ostdeutschen Krankenhäuser weiterhin finanzielle Unterstützung, weil sie aufgrund sinkender Beitragseinnahmen der Krankenkassen⁸⁶ eine neue Finanzierungskrise befürchten⁸⁷.

Bemerkbar macht sich der Nachholbedarf des Krankenhausesektors in den neuen Bundesländern an dem Anteil der Ausgaben für Krankenhauskosten am Bruttoinlandsprodukt:

⁸³ Vgl. Arnold/ Paffrath 1993: 222; Leinz 1994: 81.

⁸⁴ Vgl. Leinz 1994: 82.

⁸⁵ Vgl. DKG 1999b: 11; geplant sind diese Zuschüsse bis zum Jahre 2004.

⁸⁶ Da die Krankenhausbudgets an die Beitragseinnahmen der Krankenkassen angepaßt werden, sinken auch die Einnahmen der Krankenhäuser.

⁸⁷ Vgl. Ossen 1999: 271.

Tabelle 3: Anteil der Krankenhausaussgaben am Bruttoinlandsprodukt

Jahr	Neue Länder	Alte Länder	Gesamt
1991	5,6%	2,7%	2,9%
1992	5,6%	2,8%	3,0%
1993	4,9%	2,9%	3,1%

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten der DKG 1998: 74

Die Tabelle zeigt, daß zu Beginn der 90er Jahre der Anteil der Krankenhauskosten am Bruttoinlandsprodukt in den neuen Ländern im Vergleich zum alten Bundesgebiet deutlich höher war. Entsprechend erhöhte sich deshalb der Anteil für das gesamte Bundesgebiet.

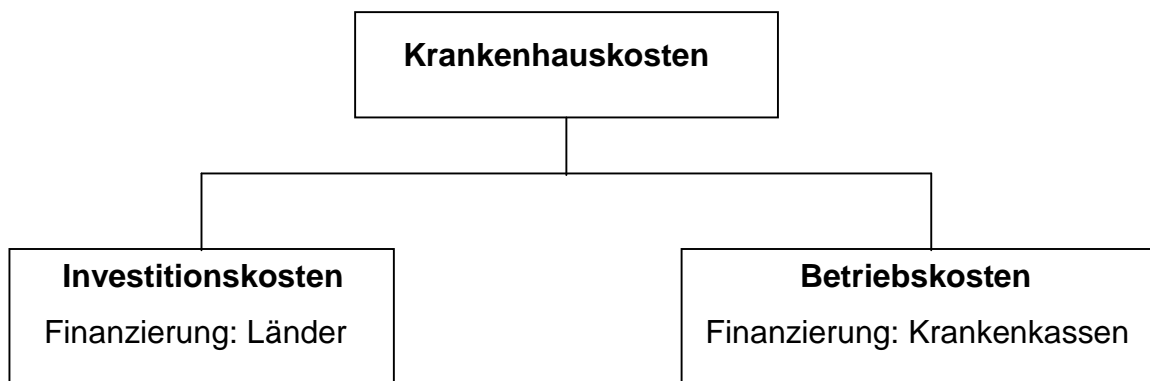
Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß der Auf- bzw. Ausbau des ostdeutschen Krankenhaussektors ein nicht unerheblicher Kostenfaktor für den gesamtdeutschen Krankenhausbereich war, bzw. immer noch ist.

3.4.3.2 Interne Faktoren

3.4.3.2.1 Duales Finanzierungssystem

Das folgende Schaubild bietet einen kurzen Überblick über die duale Finanzierung der Krankenhauskosten.

Abbildung 12: Duale Finanzierung der Krankenhauskosten



Quelle: eigene Darstellung

Die Trennung zwischen der Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder und der Erstattung der Betriebskosten durch die Krankenkassen hat einen entscheidenden Nachteil: Bei der Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder werden zwar deren Haushalte **belastet**, die **Entlastung** durch diese Investitionen fällt aber bei den laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser an. Wenn diese Entlastungen in Form niedrigerer Pflegesätze berücksichtigt werden, profitieren die Krankenkassen von den Investitionskostenförderungen der Länder (sog. institutionelle Inkongruenz, also das Auseinanderfallen von Haushaltsbelastung und Haushaltsentlastung⁸⁸).

Die **Länder** sehen durch die Finanzierung von Investitionen keine Möglichkeiten, Kosten an anderer Stelle einzusparen und sind deshalb wenig motiviert, ihrer Förderungsverpflichtung nachzukommen. Die **Krankenkassen** hingegen, die von Investitionen im Krankenhausbereich profitieren, sind (bis auf die Ausnahme der Investitionsverträge – vgl. Seite 35) zu einer Investitionskostenförderung weder berechtigt noch verpflichtet. Die **Krankenhäuser** sind aufgrund mangelnder Planungs- und Entscheidungskompetenzen in erster Linie an der Deckung ihrer Kosten interessiert. Dabei besteht die Gefahr, daß sie ihre Kosten innerhalb verschiedener Investitionsbereiche, sowie zwischen Investitions- und Betriebskosten verschieben. Ausschlaggebend ist die Überlegung, welcher Kostenträger die höhere Kostendeckung gewährleistet (sog. "**Strategie der zugänglichen Töpfe**"⁸⁹).

Auch die Länder haben einen gewissen Handlungsspielraum bei der Finanzierung der Investitionskosten. Sie sind zwar nach § 9 Abs. 1 Nr. KHG verpflichtet, notwendige Investitionen auf Antrag zu fördern, da es aber keine allgemeingültigen Maßstäbe gibt, die genau definieren, was unter dem Begriff "notwendig" zu verstehen ist⁹⁰, besteht die Gefahr, daß die Länder diese **vage Gesetzesformulierung**

⁸⁸ Schmid/ Reissert versuchen mit dieser Inkongruenz den "Aktivitätsgrad" aktiver Arbeitsmarktpolitik zu erklären. Sie kommen dabei zu dem Ergebnis, daß Länder, in denen der Kostenträger aktiver Arbeitsmarktpolitik gleichzeitig auch an anderer Stelle (z.B. durch geringere Arbeitslosengeldzahlungen) finanziell entlastet wird, eine stärkere aktive Arbeitsmarktpolitik betreiben, als Länder, in denen Haushaltsentlastungen und Haushaltsbelastungen auseinanderfallen (vgl. Schmidt/ Reissert 1988: 294ff). Auf den Krankenhausbereich übertragen bedeutet dies, daß Investitionskosten (Haushaltsbelastung) und daraus resultierende geringere Betriebskosten (Haushaltsentlastung) auseinanderfallen.

⁸⁹ Vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 94.

⁹⁰ Vgl. Dietz/ Bofinger: 74d.

angesichts knapper Haushaltskassen zu ihren Gunsten interpretieren und vermehrt Anträge auf Investitionskostenförderung ablehnen.

Uneinigkeit zwischen den Kostenträgern aufgrund mißverständlicher Gesetzesformulierungen gab es ebenfalls bei der Frage, wer für die Finanzierung von baulichen Instandhaltungsmaßnahmen zuständig ist. So mußte 1993 das Bundesverwaltungsgericht als unabhängige Schiedsstelle entscheiden, daß die Instandhaltungskosten keine förderungsfähigen Investitionskosten darstellen und somit über den Pflegesatz abzugelten sind⁹¹. Die Länder zogen sich daraufhin aus der Finanzierung der Instandhaltungskosten zurück.

Eine weitere Aufweichung der Trennung zwischen Investitionskosten und Betriebskosten bedeutet die Regelung des § 17 Abs. 4 Nr. KHG, der festlegt, daß Investitionskosten, die durch die Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von bis zu drei Jahren entstehen, über den Pflegesatz zu finanzieren sind⁹².

§ 18b KHG erlaubt Krankenhäusern und Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen "**Investitionsverträge**" abzuschließen. Danach können Rationalisierungsinvestitionen⁹³ mit einem Zuschlag auf den Pflegesatz finanziert werden, was zwar eine erneute Aufweichung der Trennlinie zwischen Investitions- und Betriebskosten, aber auch einen Anreiz zur Investitionskostenförderung für die Krankenkassen bedeutet. Denn diesen kommt der Erfolg dieser Rationalisierungsinvestitionen durch niedrigere Betriebskosten wieder zugute⁹⁴.

Festzuhalten ist, daß die Trennung der Finanzierungsverantwortung zu **unwirtschaftlichen Strukturen** und **intransparenten Entscheidungen**, sowie zu einem "**Verschiebepbahnhof**" unter den Kostenträgern geführt hat. Als Folge davon gehen Schätzungen von einem Investitionsstau in Höhe von rund 30 Mrd. DM aus⁹⁵.

⁹¹ Dies hat der Gesetzgeber in § 17 Abs. 4b KHG nun festgehalten.

⁹² Vgl. Dietz/ Bofinger: 110f.

⁹³ Rationalisierungsinvestitionen sind Investitionen, die sich spätestens in einem Zeitraum von 7 Jahren in Form von niedrigeren Betriebskosten amortisieren.

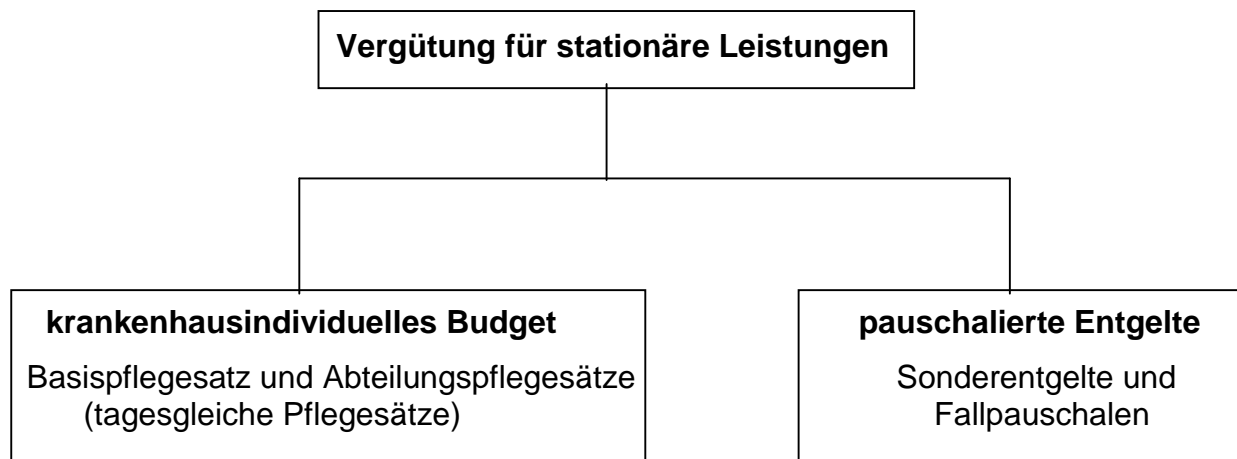
⁹⁴ Vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 93.

⁹⁵ Vgl. Most/ Johne 1998: 466.

3.4.3.2.2 Vergütungssystem

Im Krankenhaussektor wird überwiegend nicht leistungsgerecht vergütet. Dies kann zum einen zur Folge haben, daß für dieselbe Leistung in verschiedenen Krankenhäusern unterschiedliche Beträge mit den Krankenkassen abgerechnet werden⁹⁶. Zum anderen haben sich ineffiziente und ineffektive Strukturen und Arbeitsabläufe entwickelt⁹⁷. Nach einem kurzen Überblick über das derzeitige Vergütungssystem werden dessen Schwächen analysiert.

Abbildung 13: Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage des § 10 BPfIV

Das Vergütungssystem ist demnach in ein krankenhausindividuelles Budget ("traditionelle" Vergütung) und in einen pauschalierten Entgeltbereich ("leistungsgerechte" Vergütung) aufgeteilt.

Das **krankenhausindividuelle Budget** sieht eine leistungsunabhängige Vergütung durch tagesgleiche Pflegesätze vor⁹⁸. Da die Behandlungskosten eines Krankenhausfalles zu Beginn der Liegezeit höher sind, als gegen Ende der

⁹⁶ Vgl. BMG 1999b: 14.

⁹⁷ Vgl. SVR 1990: Ziffer 482f.

⁹⁸ Mit den verschiedenen Abteilungspflegesätzen werden medizinische Leistungen abgegolten, der Basispflegesatz umfaßt die Vergütung für nicht-medizinische Leistungen (vgl. § 13 BPfIV; Tuschen/Quaas 1998: 80).

Behandlungszeit⁹⁹, besteht für die Krankenhäuser hier ein Anreiz, die höheren Kosten der ersten Liegetage durch eine entsprechende Verlängerung der (medizinisch vielleicht nicht mehr unbedingt notwendigen) Verweildauer gegen Ende der Behandlung auszugleichen¹⁰⁰.

Ein weiterer Nachteil des "traditionellen" Vergütungssystems ist die fehlende Kostentransparenz innerhalb der Krankenhäuser. Da die Pflegesätze unabhängig von der Art der erbrachten Leistung sind, gibt es keinen Nachweis über einen falltypischen Ressourcenverbrauch. Es kann daher nicht genau überprüft werden, wie hoch die Kosten für eine bestimmte Leistung sind.

Im Gegensatz zur traditionellen Vergütung, bei der eine leistungsunabhängige Abrechnung *pro Tag* stattfindet, ist das **leistungsgerechte Entgeltsystem** durch eine Vergütung *pro Fall* gekennzeichnet. Die Fallpauschalen und Sonderentgelte sollen die gesetzliche Forderung nach "medizinisch leistungsgerechten" Entgelten in die Praxis umsetzen¹⁰¹.

Die Vergütung für einen Leistungsfall ist hier immer gleich, gleichgültig wie lange ein Patient im Krankenhaus behandelt wird. Entscheidend ist die im voraus vereinbarte Vergütung für diese Leistung. Für das Krankenhaus besteht somit ein Anreiz, medizinisch nicht notwendige Pflgetage zu vermeiden. Da die Krankenhäuser mittlerweile im begrenzten Umfang Gewinne und Verluste erzielen können, werden sie bestrebt sein, insgesamt eine Verweildauerreduzierung und eine sofortige Wiederbelegung des Bettes zu erreichen, um einen hohen Auslastungsgrad zu erzielen. Allerdings besteht hierbei die Gefahr, daß Patienten zu früh aus dem Krankenhaus entlassen werden, obwohl aus medizinischer Sicht ein weiterer Verbleib notwendig wäre. Dies würde ein Qualitätsverlust der stationären Behandlung zu Lasten des Patienten bedeuten.

⁹⁹ Vgl. SVR 1990: Ziffer 482.

¹⁰⁰ Vgl. Alber 1992: 120.

¹⁰¹ Sonderentgelte enthalten die im Operationssaal entstehenden Kosten einschließlich der Kosten von Implantaten und Transplantaten, sowie die Labor- und Medikamentkosten, soweit diese für die jeweilige Leistung typisch sind (vgl. § 11 Abs. 2 BPfIV; Tuschen/ Quaas 1998: 76). Fallpauschalen enthalten alle pflegesatzfähigen Kostenarten, die für einen Behandlungsfall von der Einweisung bis zur Entlassung des Patienten entstehen. Eingeschlossen sind dabei auch Unterkunft und Verpflegung (vgl. § 11 Abs. 1 BPfIV; Tuschen/ Quaas 1998: 76).

Die Höhe der pauschalierten Entgelte wird zwischen den Spitzenverbänden der Vertragspartner auf Bundesebene vereinbart¹⁰². Dies hat zur Folge, daß für eine bestimmte Leistung nur noch ein einheitlicher Betrag vergütet wird. Unterschiedliche und willkürlich festgesetzte Entgelte sollen damit ausgeschlossen werden.

Da gegenwärtig nur 20% der Krankenhausleistungen pauschaliert abgerechnet werden (davon 4% über Sonderentgelte)¹⁰³, findet immer noch eine überwiegend nicht leistungsgerechte Vergütung statt.

3.4.3.2.3 Bedarfsdeterminanten

Wie bereits in Kapitel 3.3.2 erwähnt, dient als Grundlage der deutschen Krankenhausplanung die **analytische Bettenbedarfsformel**, obwohl deren Wirksamkeit von Experten in Frage gestellt wird¹⁰⁴. Kritisiert wird die in den 40er Jahren in den USA eingeführte Formel vor allem deshalb, weil von vergangenheitsbezogenen Determinanten, die keiner wissenschaftlichen Effizienzprüfung unterzogen wurden, auf den Bettenbedarf der Zukunft geschlossen wird¹⁰⁵. Obwohl bereits in den 80er Jahren mehrere wissenschaftliche Gutachten den Mangel statistischer und ausreichend ausgewerteter Daten kritisierten¹⁰⁶, führte der Staat lange Zeit keine entsprechenden Erhebungen durch. Erst 1990 wurde eine **Bundesstatistik für Krankenhäuser** eingeführt, die allgemeine Grunddaten der Krankenhäuser (Anzahl und Verhältnis der Krankenhausträger, Bettenauslastung, Anzahl der Pflgetage usw.), Diagnosen von Patienten und Angaben über Kosten der einzelnen Krankenhäuser sammelt und auswertet. Diese jährliche Totalerhebung soll wichtige Informationen über die Struktur der stationären Versorgung, über die Zusammenhänge zwischen Morbiditäts¹⁰⁷- und Kostenentwicklung im

¹⁰² Vgl. § 17 Abs. 2a KHG; § 15 BPfIV.

¹⁰³ Vgl. Rüschemann 1998: 116; Neubauer/ Brey 1999: 113.

¹⁰⁴ Vgl. u.a. Herder-Dorneich/ Wasem 1986: 327; Preiser 1986: 31.

¹⁰⁵ Vgl. Preiser 1986: 31.

¹⁰⁶ Vgl. Preiser 1986: 34; Schäfer/ Schmidt/ Wachtel 1984: 3.

¹⁰⁷ Morbidität bezeichnet das Krankheitsbild bzw. die Krankheitshäufigkeit einer Person. Eine Krankenhausplanung, die sich an der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung orientiert, beachtet Krankheitsbilder sowie Krankheitshäufigkeiten der Menschen in einer bestimmten Region und schließt so auf den regionalen Bedarf an stationären Leistungen. Fachleute sind der Ansicht, daß mit Hilfe einer "morbiditätsorientierten" Krankenhausplanung eher der tatsächliche Bedarf an stationären Leistungen ermittelt werden kann, als durch die traditionellen Bedarfsdeterminanten (für eine genauere Betrachtung der morbiditätsorientierten Krankenhausplanung vgl. Behrends/ Hölzer/ Lohmann 1986).

Krankenhausbereich und über die regionale Häufigkeit von Krankheitsarten liefern. Die Ergebnisse der Krankenhausstatistik sollen die **statistische Basis** für gesundheitspolitische Entscheidungen des Bundes und der Länder bilden und den an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen als Planungsgrundlage dienen¹⁰⁸. Außerdem soll die Statistik die Bevölkerung über die Entwicklung im Krankenhauswesen informieren¹⁰⁹.

Diese Ansprüche werden aber in der Praxis kaum erfüllt, denn wie bereits erwähnt, verwenden die meisten Bundesländer immer noch die traditionellen Bedarfsdeterminanten, während nur drei von sechzehn Bundesländern (Hamburg, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein) die Morbiditätsstruktur der Bevölkerung bei der Krankenhausplanung berücksichtigen¹¹⁰.

Die Erhebung, Weiterleitung und Evaluation von Daten, die eine Ermittlung des spezifischen Bedarfs an Krankenhausleistungen in einer bestimmten Region ermöglichen würde, ist noch sehr unzureichend. Das einzelne Krankenhaus verfügt nicht über ausreichende Daten zur Bedarfslage in seiner Region. Ein Austausch von Informationen zwischen den Krankenhäusern findet ebenfalls kaum statt¹¹¹. Eine Abstimmung unter den Krankenhäusern zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung ist daher nicht möglich.

Die Öffentlichkeit wird außer in wenigen Fachzeitschriften kaum über die Situation im Krankenhaussektor unterrichtet. Statt der angestrebten Information der Bevölkerung und der effizienten Nutzung der Daten zur erfolgreichen Krankenhausplanung könnte man eher von einer "**black box**" im Bereich des Krankenhaussektors sprechen.

Da die Länder über die Krankenhausplanung entscheiden, scheint der Verdacht gerechtfertigt, daß aufgrund mangelnder Transparenz und fehlender wissenschaftlicher Grundlagen die Gefahr einer willkürlichen Krankenhausplanung besteht, die von parteipolitischen und wahltaktischen Überlegungen geprägt ist¹¹².

¹⁰⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt 1999a: 4.

¹⁰⁹ Ebenda.

¹¹⁰ Vgl. DKG 1999b: 80. Hamburg übernimmt bei der morbiditätsorientierten Krankenhausplanung eine "Vorreiterrolle". Als erstes Bundesland entwickelte Hamburg einen Krankenhausplan, der die bisherigen Bedarfsdeterminanten um morbiditätsorientierte Aspekte ergänzt (vgl. Krankenhausplan Hamburg 1995: Vorwort und Einführung).

¹¹¹ Vgl. Koselowski/ Koselowski 1999: 330.

¹¹² Vgl. Spiegelhalter 1983: 15; Robert Bosch Stiftung 1987: 89.

3.4.3.2.4 Verzahnung ambulant – stationär

Der "**Graben**" zwischen ambulantem und stationärem Bereich ist ein typisches Merkmal des deutschen Gesundheitswesens und hat historische Ursprünge¹¹³.

Obwohl eine empirische Überprüfung der Kritik oft nicht möglich ist, bzw. zu widersprüchlichen Ergebnissen führt, besteht Konsens darüber, daß die scharfe Trennung der beiden Bereiche aus medizinischer und ökonomischer Sicht nachteilig ist¹¹⁴. Die mangelnde Kooperation und der fehlende Informationsfluß zwischen den beiden Bereichen kann zu einer Beeinträchtigung der Behandlung des Patienten führen.

Hierzu folgendes Beispiel:

Ein Patient wird nach vorheriger Untersuchung und Diagnose durch einen niedergelassenen Arzt an ein Krankenhaus überwiesen. Dort findet nochmals eine Untersuchung und eine anschließende Operation statt, ohne daß es zu einem Meinungsaustausch der beiden Ärzte kommt. Nach der Entlassung konsultiert der Patient wieder den niedergelassenen Arzt, der erneut eine eigenständige Untersuchung durchführt. Eine Rückmeldung an den Krankenhausarzt findet nicht statt.

Dieses Beispiel macht deutlich, wie es aufgrund mangelnder Zusammenarbeit zu einer Unterbrechung von Therapien, zu nicht aufeinander abgestimmten Behandlungen und zu einer mangelhaften Nachsorge von Patienten kommen kann.

Von der Belastung für den Patienten abgesehen, sind solche **Doppeluntersuchungen** unökonomisch, denn es kommt zu einem zusätzlichen Zeitaufwand und zu einer unnötigen parallelen Vorhaltung von medizinischen Kapazitäten im ambulanten und stationären Bereich. Die Folge davon sind überflüssige Kosten¹¹⁵ und eine Verunsicherung des Patienten.

¹¹³ Für eine detaillierte Beschreibung der Ursachen für die historisch gewachsene Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor vgl. u.a. Hoppe 1998: 13f; von Stillfried/ Jelastopulu 1997: 28.

¹¹⁴ Vgl. SVR 1994: Ziffer 353.

¹¹⁵ Bruckenberger bezeichnet in diesem Zusammenhang die doppelt vorgehaltenen Facharztkapazitäten als " Hauptproblem des deutschen Gesundheitswesens" in den letzten Jahrzehnten (vgl. Bruckenberger 1997b: 967).

Die **unterschiedlichen Vergütungssysteme** und die **getrennten Budgets** der beiden Sektoren tragen ebenfalls zu Koordinationsproblemen zwischen stationärem und ambulantem Bereich, sowie zu einer mangelnden Transparenz bei.

Während im stationären Bereich über Abteilungspflegesätze, Sonderentgelte und Fallpauschalen abgerechnet wird, ist der ambulante Bereich durch völlig andere Abrechnungsmodalitäten gekennzeichnet. Hier werden die Vergütungen durch die kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt und an die ambulant tätigen Ärzte verteilt¹¹⁶. Die getrennte Budgetierung bietet keine Anreize, Kosten in einem Bereich einzusparen. Im Gegenteil, jeder Sektor ist daran interessiert, sein Budget voll auszuschöpfen. Bruckenberger unterstellt dabei, daß jeder Versorgungsbereich bisher Leistungen zu Lasten des anderen zusätzlich erbringt und deshalb die Einsparung von Kosten nicht möglich ist. Das Verhältnis zwischen ambulantem und stationärem Sektor ist daher nicht durch eine sektorenübergreifende Kooperation gekennzeichnet, charakteristisch ist eher eine unzureichende Abstimmung, die im Extremfall zu egoistischem **Konkurrenzverhalten** führen kann.

Der Gesetzgeber strebte in der Vergangenheit (zumeist erfolglos) durch Gesetzesänderungen immer wieder eine bessere Transparenz, sowie eine effizientere Koordination der beiden Versorgungsbereiche an¹¹⁷. So wurde bereits 1978 die rechtliche Grundlage für die vorstationäre Diagnostik und die nachstationäre Behandlung im Krankenhaus geschaffen¹¹⁸. Das GRG sah die Vereinbarung von **dreiseitigen Verträgen** zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten vor, um eine "nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten"¹¹⁹. Allerdings wurden solche Verträge wegen erheblicher Differenzen der Verhandlungspartner kaum abgeschlossen¹²⁰. Das GSG gab den Krankenhäusern die Möglichkeit Operationen **ambulant** durchzuführen¹²¹.

¹¹⁶ Vgl. SVR 1995: Ziffer 214.

¹¹⁷ Die §§ 115ff SGB V bieten eine Übersicht der Fälle, in denen Krankenhäuser ambulante Leistungen erbringen dürfen und in denen niedergelassene Ärzte im Krankenhaus die Erlaubnis zur stationären Versorgung haben.

¹¹⁸ Vgl. SVR 1994: Ziffer 355.

¹¹⁹ Vgl. § 115 Abs. 1 SGB V; SVR 1994: Ziffer 355.

¹²⁰ Vgl. SVR 1994: Ziffer 356.

¹²¹ Vgl. § 115b SGB V.

Außerdem wurden die Möglichkeiten der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus erweitert. Danach kann das Krankenhaus einen Patienten für einen bestimmten Zeitraum ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, wenn dies aus medizinischer Sicht vor bzw. nach einer ambulanten Operation notwendig ist¹²². Wenn dieser Zeitraum überschritten wird, findet allerdings keine Kostenerstattung mehr durch die Krankenkassen statt. Angehörige des Patienten können oder wollen die häusliche Betreuung nach einer ambulanten Operation oftmals nicht übernehmen¹²³. Hinzu kommt, daß das Entgelt für eine ambulante Operation in der Regel niedriger ist, als das Entgelt, das bei einem stationären Pflegesatz nach Abzug der Hotel- und Pflegeleistungen übrigbleibt¹²⁴.

Aus den genannten Gründen ist es betriebswirtschaftlich sinnvoller, überwiegend stationäre Operationen durchzuführen. Die Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus ist daher nicht wesentlich gestiegen¹²⁵.

Die Trennung von stationärem und ambulatem Bereich hat durch die **unterschiedlichen Organisations- und Finanzierungsstrukturen** zu ineffizienten und ineffektiven Strukturen geführt, die nach unterschiedlichen Schätzungen unnötige Kosten zwischen 4 und 25 Mrd. DM verursachen¹²⁶. Gleichgültig wie hoch das Einsparpotential genau ist, schon die medizinischen Vorteile zum Wohle des Patienten sprechen für Reformen in diesem Bereich.

¹²² Vgl. § 115a SGB V.

¹²³ Vgl. Statistisches Bundesamt 1998a: Ausführlicher Gesundheitsbericht, Kapitel 6.10: Verzahnung.

¹²⁴ Vgl. Firnkorn 1997:133.

¹²⁵ Vgl. Knieps 1996: 99; Firnkorn 1997: 133.

Nach einer Umfrage des AOK-Bundesverbandes führten 1995 nur 18% aller Krankenhäuser in Deutschland ambulante Operationen durch. Dabei schwankten die Werte in den einzelnen Bundesländern zwischen 3% und 39% (vgl. von Stackelberg 1995: 45f).

¹²⁶ Vgl. SVR 1995: Ziffer 214.

4. Reformen

4.1 Reformalternativen

In diesem Kapitel werden zunächst die Reformalternativen der Kommission der **Robert Bosch Stiftung** anhand zweier unterschiedlicher Staaten vorgestellt¹²⁷. Es soll gezeigt werden, inwieweit die **USA** das **marktwirtschaftliche** Modell und **Schweden** das **staatswirtschaftliche** Modell in die Praxis umgesetzt haben¹²⁸. Danach werden das **Körperschaftsmodell** und das **Verhandlungsmodell** als Reformalternativen für die deutsche Krankenhausplanung diskutiert. Am Ende des Kapitels wird die **geplante Krankenhausreform**, die als Teil der Gesundheitsreform 2000 verabschiedet werden soll, vorgestellt und analysiert.

4.1.1 Das marktwirtschaftliche Modell am Beispiel der USA

Die Steuerung des Krankensektors findet in diesem Modell durch den **Wettbewerb** statt¹²⁹. Anbieter wie Konsumenten von Krankenhausleistungen besitzen volle Handlungsfreiheit. Alle Handlungen werden von Kosten-Nutzen-Überlegungen geleitet. Der **Preis** für eine Krankenhausleistung ist dabei die wichtigste Entscheidungsgrundlage für alle Marktteilnehmer und bringt Leistungsangebot und Leistungsnachfrage zum Ausgleich. Die Preise der Anbieter orientieren sich an den Kosten und an der Marktlage, die Zahlungsbereitschaft der Nachfrager (Krankenhauspatienten) wird durch die jeweiligen Bedürfnisse und durch deren Einkommen bestimmt. Das hat zur Folge, daß Krankenhausleistungen, für die keine Nachfrage besteht, nicht zur Verfügung gestellt werden. Patienten, die den Marktpreis nicht bezahlen können oder wollen, werden nicht versorgt.

¹²⁷ Die Robert Bosch Stiftung berief 1981 eine Kommission ein, die den Auftrag erhielt, Alternativen zur Steuerung und Finanzierung der Krankenhausversorgung zu entwickeln. Die Kommission beschreibt dabei in ihrem Bericht markt- und staatswirtschaftliche Alternativen als grundsätzliche Steuerungsmöglichkeiten des stationären Sektors. Da beide aus Sicht der Kommission nicht auf den deutschen Krankensektor übertragen werden können, schlägt sie zwei Selbstverwaltungsmodelle (das Körperschaftsmodell, bzw. das Verhandlungsmodell) zur Reform der deutschen Krankenhausplanung vor (vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 123ff).

¹²⁸ Es sei darauf hingewiesen, daß Modelle immer Idealvorstellungen sind, die in "Reinform" kaum realisiert werden. In der Praxis bestehen Mischformen, die sich mehr oder weniger stark an den verschiedenen Modellen orientieren.

¹²⁹ Vgl. Robert Bosch Stiftung 19887: 124.

Die Krankenhäuser stehen im Wettbewerb zueinander und versuchen durch die Qualität und den Preis ihrer Leistungen, Patienten zu gewinnen. Kliniken, die permanent Verluste erzielen, scheiden langfristig aus dem Markt aus¹³⁰.

Der Krankenhaussektor in den **USA** enthält viele Elemente des marktwirtschaftlichen Modells. Dennoch arbeiten nur etwa 12% aller Kliniken gewinnorientiert¹³¹.

Charakteristisch ist eine weitgehende **Deregulierung** des Krankenhaus"marktes". Nur wenige Bundesstaaten betreiben eine Krankenhausplanung und führen Bedarfskontrollen ("certificate of need") für Krankenhausinvestitionen durch¹³². Die Preise für Krankenhausleistungen werden meist einzeln zwischen Patient und Arzt ausgehandelt¹³³.

Eine obligatorische, "bundeseinheitliche" Krankenversicherung gibt es lediglich für Personen über 65 Jahren (sog. **Medicare**¹³⁴), die allerdings nur einen Teil der Kosten für stationäre Behandlung übernimmt¹³⁵. 15,4% der Bevölkerung hatten 1995 überhaupt keinen Krankenversicherungsschutz¹³⁶. Ausschließlich Personen mit gutem Einkommen können sich einen umfassenden **privaten** Krankenversicherungsschutz leisten. Da die Krankenhäuser lediglich bei Notfallpatienten zu einer Aufnahme verpflichtet sind¹³⁷, besteht die Gefahr, daß Patienten, bei denen eine Kostenübernahme nicht gewährleistet ist, abgewiesen werden.

¹³⁰ Vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 124.

¹³¹ Vgl. Greenberg 1998: 28.

¹³² Vgl. Schneider 1995: 490; Rothfuß 1997: 66.

¹³³ Vgl. Rothfuß 1997: 64.

¹³⁴ Das Medicare-Programm ist in zwei Teile aufgesplittet: Teil A ("Hospital Insurance") übernimmt die Kosten für die stationäre Behandlung, für vorübergehende Heimpflege, sowie für Medikamente. Teil B ("Supplementary Medical Insurance") schließt die ambulante Behandlung, Notfallbehandlungen, Hauspflege und teilweise Heil- und Hilfsmittel ein (vgl. Rothfuß 1997: 44).

¹³⁵ Vgl. Kruse 1997: 31; für eine genaue Aufstellung der Krankenhauszuzahlung vgl. Schneider 1998: 77.

¹³⁶ Vgl. Murswieck 1998: 37.

¹³⁷ Vgl. Radner 1996: 45.

Das **Vergütungssystem** enthielt bis Anfang der 80er Jahre wenig Anreize für die Krankenhäuser, wirtschaftlich zu arbeiten. Das von Arbeitnehmern und Arbeitgebern durch Beiträge finanzierte Medicare-Programm kam für die tatsächlich verursachten Kosten der versicherten Patienten auf¹³⁸. Höhere Krankenhauskosten wurden im nachhinein, ähnlich dem deutschen Selbstkostendeckungsprinzip, wieder durch erhöhte Zahlungen von Medicare an die Krankenhäuser ausgeglichen. Um die Kosten im Krankenhaussektor zu senken und um die Krankenhäuser zu einem effizienteren Arbeiten anzuregen, wurde 1983 das Medicare-Kostenerstattungssystem durch ein diagnoseabhängiges Fallpauschalensystem (**Diagnosis Related Groups, DRG**) ersetzt¹³⁹. Dabei wird nun eine im voraus bestimmte Pauschale für jeden Fall bezahlt, unabhängig davon, wie hoch die tatsächlichen Kosten für das Krankenhaus sind¹⁴⁰.

Eine spürbare Kostendämpfung durch die Einführung des DRG-Systems wurde jedoch nicht erreicht. Zwar ging der Anteil der Krankenhauskosten an den gesamten Gesundheitsausgaben im Zeitraum von 1985 bis 1994 von 45,1% auf 39,3% zurück, der Anteil der Krankenhauskosten am Bruttoinlandsprodukt stieg jedoch in der gleichen Zeit von 4,27% auf 5,04%¹⁴¹. Auch die Pro-Kopf-Ausgaben für Krankenhausbehandlung sind stetig gestiegen und erreichten 1994 eine Höhe von 2662,- DM¹⁴². Beim Anteil der Krankenhauskosten am Bruttoinlandsprodukt und bei den Pro-Kopf-Ausgaben nehmen die USA im internationalen Vergleich seit Jahren die Spitzenposition ein.

1994 betrug die Verweildauer im Krankenhaus 6,8 Tage und war damit geringer als in Deutschland (11,3 Tage). Auch die Bettendichte war mit 4,33 je 1000 Einwohner im Vergleich zu 9,7 Betten je 1000 Einwohner deutlich niedriger.

Beides deutet darauf hin, daß eine geringe Verweildauer und eine niedrige Bettendichte keine Garantie für eine kostengünstigere Krankenhausversorgung sind. Dies sollte bei der gegenwärtigen Bettenabbau-Diskussion in Deutschland beachtet werden.

¹³⁸ Vgl. Schmidt 1994: 40.

¹³⁹ Vgl. Rothfuß 1997: 47.

¹⁴⁰ Die in Deutschland 1993 eingeführten Sonderentgelte und Fallpauschalen orientieren sich an diesem DRG-System.

¹⁴¹ Vgl. Schneider 1998: 154f.

¹⁴² Für die folgenden Krankenhausdaten vgl. Tabelle 4 auf Seite 46.

Tabelle 4: Krankenhausdaten der USA, Schweden und Deutschland im Jahr 1994 im Vergleich

Krankenhausdaten	Deutschland	Schweden	USA
Anteil am BIP	3,3%	3,6%	5,0%
Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben	35,8%	39,6%	39,3%
Ausgaben pro Kopf	1 345 DM	1 312 DM	2 662 DM
Bettenanzahl je 1000 Einwohner	9,7	3,97	4,33
Verweildauer	11,3 Tage	5,4 Tage	6,8 Tage

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten von Schneider 1998: 153, 154, 155, 175, 188

4.1.2 Das staatswirtschaftliche Modell am Beispiel Schwedens

Während im marktwirtschaftlichen Modell das Krankenhaussystem über den Wettbewerb gesteuert wird, erfolgt die Steuerung beim staatswirtschaftlichen Modell durch den **Staat**. Dieser ermittelt mit Hilfe von Experten den Bedarf an Krankenhausleistungen und ist zuständig für die zentrale Planung der Angebotskapazitäten, des Leistungsangebots und der Finanzierung¹⁴³. Die **Finanzierung** von Krankenhausleistungen erfolgt entweder über den staatlichen Haushalt oder über nichtstaatliche Finanzierungsträger, die an die Weisungen des Staates gebunden sind. Die **Vergütung** der Leistungen findet über Kostenerstattungsverfahren oder über zentralstaatliche Budgetvorgaben statt¹⁴⁴.

Schweden hat dieses Modell in modifizierter Form in die Praxis umgesetzt¹⁴⁵. 93,9% aller Krankenhäuser waren 1995 in öffentlicher Trägerschaft, die anderen Kliniken wurden privat betrieben¹⁴⁶. Die **Krankenhausplanung** steht unter zentralstaatlicher Aufsicht und wird auf regionaler Ebene umgesetzt.

¹⁴³ Vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 112.

¹⁴⁴ Ebenda: 144.

¹⁴⁵ Die Kommission der Robert Bosch Stiftung bezeichnet diese abgeschwächte Form des idealtypischen Modells als "regional staatswirtschaftliches Modell" (vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 149).

¹⁴⁶ Vgl. Düllings 1999: 83.

Dabei ist der Bereich der stationären Versorgung in **26 Provinziallandtage** aufgeteilt, die die stationäre Versorgung für ein bestimmtes Gebiet übernehmen¹⁴⁷. Die **Finanzierung** der Krankenhauskosten erfolgt überwiegend über Steuereinnahmen der Provinziallandtage, die zusätzlich Zuschüsse durch die Bundesregierung erhalten¹⁴⁸. Die Provinziallandtage stellen den Krankenhäusern ein Budget zur Verfügung, das sich nach den Ausgaben des Vorjahres, der erwarteten Preis- und Mengenentwicklung, der per Krankenhausplan festgelegten Bettenanzahl und der Geräteausstattung richtet¹⁴⁹. **Preise** werden lediglich für interne Verrechnungen des Krankenhauses verwendet und richten sich nach der Anzahl der Pflgetage und der Art der Leistung¹⁵⁰. Die Zuzahlung für einen stationären Aufenthalt beträgt maximal 16,50 DM pro Tag¹⁵¹ und ist damit ähnlich hoch wie in Deutschland¹⁵². Anspruch auf stationäre Leistungen haben alle in Schweden wohnhaften Personen¹⁵³, allerdings bestehen teilweise lange Wartezeiten bei bestimmten Operationen¹⁵⁴.

Der Anteil der Krankenhauskosten am Bruttoinlandsprodukt ging im Zeitraum von 1980 bis 1994 von 4,31% auf 3,62% zurück¹⁵⁵. Dabei ist folgender Hintergrund zu beachten: Der schwedische Sozialstaat hatte zu Beginn der 90er Jahre mit einer schweren **Wirtschafts-** und **Finanzierungskrise** zu kämpfen. Das Bruttoinlandsprodukt verzeichnete nach Finnland den zweitgrößten Rückgang aller OECD Staaten. Die Arbeitslosenquote, das Haushaltsdefizit und die Staatsverschuldung stiegen stark an. Über 70% des schwedischen Gesundheitswesens werden durch staatliche Mittel finanziert¹⁵⁶, und der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt beträgt beinahe 10%.

¹⁴⁷ Vgl. Preusker 1996: 107.

¹⁴⁸ Vgl. Schneider 1995: 428; Preusker 1996: 113.

¹⁴⁹ Vgl. Preusker 1996: 113.

¹⁵⁰ Vgl. Schneider 1995: 434.

¹⁵¹ Vgl. Düllings: 1999: 82.

¹⁵² 1999 beträgt die Zuzahlung in Deutschland 17,- DM pro Tag für max. 14 Tage (vgl. § 39 Abs. 4 Satz 1 SGB V).

¹⁵³ Vgl. Burdich 1997: 814; sog. "Staatsbürgerprinzip", im Gegensatz zum Prinzip der "Eigenvorsorge" und "Selbstverantwortung" in den USA.

¹⁵⁴ Vgl. Preusker 1996: 116.

¹⁵⁵ Vgl. Schneider 1998: 155.

¹⁵⁶ Ebenda: 125.

Aus den genannten Gründen wurden zu Beginn der 90er Jahre auch im schwedischen Krankenhausesektor **Wettbewerbselemente** zur Kostendämpfung eingeführt. Das amerikanische DRG-Vergütungssystem wurde Anfang der 90er Jahre in Modellversuchen als Alternative zur Globalbudget-Finanzierung erfolgreich getestet und danach in einigen Provinziallandtagen eingeführt¹⁵⁷. Außerdem wurde in einem weiteren Modellversuch (sog. "Stockholmer Modell") für die Akut-Krankenhausleistungen ein interner Markt gebildet: Dabei kauft der Provinziallandtag von Stockholm Krankenhausleistungen für seine Bevölkerung zu festgelegten Preisen ein. Diese Preise können jedoch dann von den im Wettbewerb zueinander stehenden Krankenhäusern unterboten werden.

Die **ambulante Gesundheitsversorgung** in Schweden wird vorangetrieben, um zum einen eine bessere pflegerische Versorgung, zum anderen aber auch eine Kostendämpfung durch den Abbau von Krankenhausbetten zu erreichen¹⁵⁸. Aufgrund des Bettenabbaus ging die Bettendichte zurück. Während 1985 noch 7,5 Betten je 1000 Einwohner zu Verfügung standen, waren es 1994 lediglich noch 3,97 Betten¹⁵⁹. Die Verweildauer ging ebenfalls kontinuierlich zurück und lag 1994 mit 5,4 Tagen deutlich unter den Werten der USA (6,8 Tage) und der BRD (11,3 Tage)¹⁶⁰.

Das Beispiel Schweden zeigt, daß man auch in einem Land mit staatlicher Planung die Notwendigkeit marktwirtschaftlicher Elemente zur Kostendämpfung im Krankenhausesektor erkannt hat.

¹⁵⁷ Vgl. Preusker 1996: 114.

¹⁵⁸ Vgl. Preusker:1996: 109; Schneider 1995: 434.

¹⁵⁹ Vgl. Schneider 1998: 188.

¹⁶⁰ Ebenda: 175.

4.1.2.1 Bewertung der Modelle

Die Kommission der Robert Bosch Stiftung bewertet Teile des **marktwirtschaftlichen Modells** positiv. Vor allem die Stärkung des Wettbewerbs, die Anwendung von Preisen und finanziellen Anreizen als Steuerungsinstrument, die Reduzierung staatlicher Kapazitätsplanung, sowie anderer staatlicher Regulierungen zugunsten einer Ausweitung des Handlungsspielraums der Beteiligten vor Ort, werden befürwortet. Eine Übernahme dieser Elemente in andere Krankenhaussysteme wird empfohlen.

Trotz dieser Vorteile wird das marktwirtschaftliche Modell insgesamt abgelehnt, da zwischen Patient und Krankenhäusern **keine Chancengleichheit** im Wettbewerb besteht¹⁶¹. Der Patient besitzt keine ausreichende Kenntnis über seinen Versorgungsbedarf und über die sehr differenzierten Versorgungsmöglichkeiten. Daher ist eine uneingeschränkte Handlungsfreiheit auf Seiten des Patienten nicht gegeben, sein Einfluß auf den Umfang und die Struktur des Leistungsangebots ist zu gering. Die "Marktmacht" des Patienten ist im Vergleich zu den Anbietern stationärer Leistungen daher zu gering.

Hinzu kommt, daß die Gefahr einer "**Zwei-Klassen-Medizin**" besteht, bei der einkommensschwache Personen und weniger dicht besiedelte Gebiete diskriminiert werden¹⁶². Diese Befürchtung scheint angesichts der erwähnten Aufnahmeablehnung von Patienten, sowie der drei mal höheren Sterberate von nicht versicherten im Vergleich zu versicherten Krankenhauspatienten¹⁶³ berechtigt zu sein. Aufgrund der genannten Einwände, kann das marktwirtschaftliche Modell keine Alternative zur deutschen Krankenhausplanung sein, zumal das Ziel einer Kostensenkung nicht erreicht wurde.

¹⁶¹ Vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 22.

¹⁶² Ebenda.

¹⁶³ Vgl. Radner 1996: 45.

Das **staatswirtschaftliche Modell** wird von der Robert Bosch Stiftung ebenfalls abgelehnt. Dem Staat stehen nach Ansicht der Kommission nicht genügend Informationen zur Verfügung, um einen objektiven Bedarf zu ermitteln¹⁶⁴.

Die **schwere Steuerbarkeit** zentralstaatlicher Programme, die **mangelnden Anreize** für Krankenhäuser wirtschaftlich zu arbeiten, sowie die **fehlende Autonomie** von Krankenhäusern und Krankenkassen sprechen nach Ansicht der Kommission gegen das staatswirtschaftliche Modell als Alternative zur deutschen Krankenhausplanung¹⁶⁵.

Fazit

Weder die Steuerung des Krankenhaussektors durch den Markt, noch die Steuerung durch den Staat garantieren eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen. Die unterschiedlichen Systeme der Steuerung des Krankenhaussektors in den USA und Schweden haben gezeigt, daß der hohe Anteil der Krankenhauskosten an den Gesamtgesundheitsausgaben unabhängig von Art des Steuerungssystems ist. Einen Kostenanstieg im Krankenhaussektor konnte vor allem auch das marktwirtschaftliche Modell der USA, das von vielen als Alternative zur deutschen Krankenhausplanung favorisiert wird, nicht verhindern.

4.1.3 Die Selbstverwaltungsmodelle der Robert Bosch Stiftung

Die Kommission der Robert Bosch Stiftung schließt eine Übertragung der beiden o.g. Modelle auf den deutschen Krankenhaussektor aus. Aus diesem Grund entwickelte sie zwei **Selbstverwaltungsmodelle**, die im folgenden als mögliche Alternativen zur derzeitigen deutschen Krankenhausplanung vorgestellt werden.

Diese beiden Alternativmodelle haben wieder an Aktualität gewonnen, weil sie einen Kompromiß zwischen den beiden extremen Steuerungsmodellen darstellen, und gleichzeitig die Praxis und die Strukturen der derzeitigen deutschen Krankenhausplanung berücksichtigen.

¹⁶⁴ Vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 22. – Mayntz sieht in dem mangelnden Wissen des Staates über steuerungsrelevante Zusammenhänge (sog. "Wissensproblem") eine der Hauptursachen für das Scheitern regulativer Politik (vgl. Mayntz 1987: 96f).

¹⁶⁵ Vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 22.

Beiden Modellen liegt die Überlegung zugrunde, daß Probleme besser gelöst werden können, wenn man die Verantwortung denjenigen übergibt, die für die Leistungserstellung und für die Finanzierung zuständig sind. Daher sollte die Krankenhausplanung nach Ansicht der Kommission in die Hände von **Selbstverwaltungsorganen** der Krankenhäuser und Krankenkassen gelegt werden. Die gemeinsame Selbstverwaltung baut dabei auf folgenden drei Eckpunkten auf¹⁶⁶:

1. Die **Steuerung** der Krankenhausversorgung soll entweder durch wettbewerbliche Vertragsverhandlungen (**Verhandlungsmodell**) zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen oder durch Verhandlungen im Rahmen körperschaftlicher Organisationsformen (**Körperschaftsmodell**) erfolgen.
2. Das **Finanzierungssystem** zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen soll monistisch ausgerichtet werden.
3. Das **Entgeltverfahren** soll prospektive, an Leistungen orientierte Preise vorsehen.

4.1.3.1 Das Verhandlungsmodell

In diesem Modell erfolgt die Regulierung des Krankenhausesektors durch den Wettbewerb **konkurrierender Krankenhäuser**¹⁶⁷. Jedes Krankenhaus bietet den Krankenkassen in Einzelverhandlungen Leistungen an und versucht, durch den Abschluß eines Versorgungsvertrages die zur Kostendeckung notwendigen Preise zu erzielen. Die ausgehandelten **Preise** sind das **Hauptsteuerungsinstrument** der Krankenhausversorgung. Um der Gefahr der Leistungs- und Risikoselektion sowie einer Qualitätsminderung vorzubeugen, legen Krankenhäuser und Krankenkassen das notwendige Niveau der Versorgung durch Vereinbarungen auf Landesebene fest. Diese Vereinbarungen werden vom Land genehmigt und als öffentliche Richtlinien erlassen.

Das Verhandlungsmodell sieht eine grundlegende Verschiebung der Kompetenzen und Aufgaben der Akteure im stationären Sektor vor.

¹⁶⁶ Vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 19.

¹⁶⁷ Ebenda: 25.

Das einzelne Krankenhaus ist nicht an übergeordnete Vereinbarungen gebunden und besitzt daher ein sehr hohes Maß an **Autonomie**. Allerdings ist es aufgrund der Wettbewerbssituation auch einem erhöhten betriebswirtschaftlichen (ökonomischen) **Risiko** ausgesetzt.

Die Krankenkassen besitzen ebenfalls einen größeren Handlungsspielraum als bisher, denn sie haben die Möglichkeit unter mehreren Leistungsanbietern auszuwählen. Sie stehen dabei vor der Aufgabe, einerseits kostengünstige Leistungen bei den Krankenhäusern einzukaufen, andererseits müssen sie im Interesse ihrer Mitglieder aber auch eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten.

Der Staat, bzw. die Länder erleiden in diesem Modell einen sehr großen Kompetenz- und Machtverlust. Sie üben lediglich noch eine Kontroll- und Aufsichtsfunktion aus und greifen nur dann in die Handlungsfreiheit der Vertragspartner ein, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht mehr gewährleistet ist.

4.1.3.2 Das Körperschaftsmodell

Das Körperschaftsmodell sieht eine weniger radikale Reform des deutschen Krankenhaussektors vor¹⁶⁸. Im Gegensatz zum Verhandlungsmodell bleibt hier die Krankenhausplanung erhalten, wird aber gemeinsam von Krankenhäusern und Krankenkassen durchgeführt¹⁶⁹. Zu diesem Zweck werden zunächst alle im Krankenhausplan aufgeführten Krankenhäuser einer Region zu der **Regionalen Krankenhausvereinigung** zusammengeschlossen. Diese steht den Spitzenverbänden der Krankenkassen damit als gleich starker Verhandlungspartner gegenüber. Als Organisationsform empfiehlt die Kommission die Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft, weil dadurch die Selbstverwaltung vor staatlichen Eingriffen geschützt werden kann. Die regionalen Krankenhauskörperschaften lassen sich zudem gut in das bestehende deutsche Gesundheitssystem einfügen.

¹⁶⁸ Da das Körperschaftsmodell die bereits vorhandenen Strukturen und Abläufe im deutschen Krankenhaussektor beachtet, hat es nach Ansicht des Autors größere Chancen als das Selbstverwaltungsmodell in absehbarer Zukunft umgesetzt zu werden. Aus diesem Grund wird es im folgenden etwas ausführlicher dargestellt.

¹⁶⁹ Vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 167ff.

Die regionale Krankenhausvereinigung und die Verbände der Krankenversicherungen bilden für jeden Versorgungsbereich einen **Gemeinsamen Ausschuß**. Dieser ist das wichtigste Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und übernimmt zentrale Steuerungsfunktionen. Um die Interessen der Krankenhäuser auf Bundesebene zu vertreten, wird eine **Bundeskrankenhausvereinigung** gebildet, zu der jede regionale Krankenhausvereinigung drei Vertreter entsendet. Die Bundeskrankenhausvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenversicherungen bilden schließlich einen **Gemeinsamen Bundesausschuß**, der vor allem die Aufgabe hat, Rahmenrichtlinien zur regionalen Krankenhausplanung aufzustellen und weiterzuentwickeln¹⁷⁰. Nach der Aufstellung der Rahmenrichtlinien wird der **regionale Krankenhausplan** entwickelt. Dieser setzt sich aus dem regionalen **Krankenhauskapazitätsplan** und dem **Krankenhausobjektplan** zusammen und wird durch die jeweilige regionale Krankenhausvereinigung aufgestellt. Danach wird er im Gemeinsamen Ausschuß erörtert, ggf. modifiziert und schließlich verabschiedet. Der Krankenhauskapazitätsplan bestimmt die vorzuhaltenden Kapazitäten in der jeweiligen Region, macht aber keine Angaben über direkte Zuweisungen von Kapazitäten an einzelne Krankenhausbetriebe.

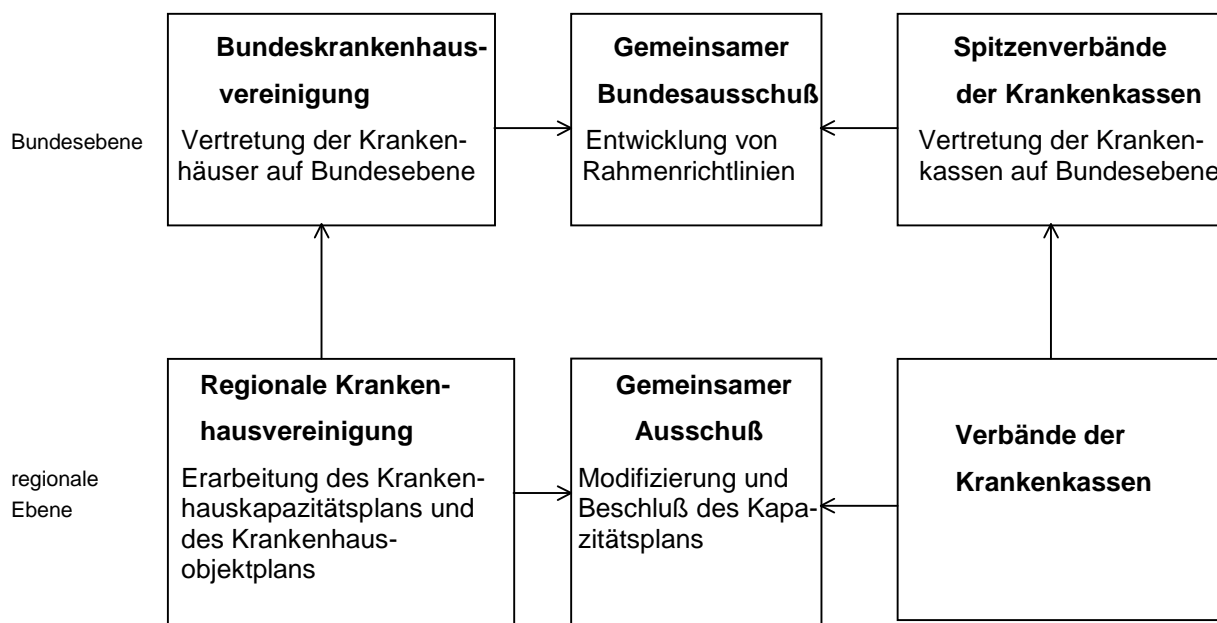
Die regionale Krankenhausvereinigung erarbeitet auf der Grundlage des Kapazitätsplans den Krankenhausobjektplan. Dieser verteilt die vorgegebenen Gesamtkapazitäten auf die einzelnen Krankenhäuser und weist ihnen genaue Versorgungsaufträge zu. Über die Aufnahme, sowie über das Ausscheiden aus dem Krankenhausobjektplan, der zu einem Vertragsabschluß mit den Krankenkassen berechtigt, entscheidet die Krankenhausvereinigung mit Dreiviertelmehrheit.

Die **Landesbehörde**, die im gegenwärtigen System noch diese Planungskompetenz besitzt, prüft im Körperschaftsmodell lediglich, ob die Selbstverwaltungsorgane von Krankenhäusern und Krankenkassen gegen Verfahrens- und Rechtsvorschriften verstoßen haben. Danach stimmt sie den beiden Plänen zu.

¹⁷⁰ Vgl. Robert Bosch Stiftung: 172.

Die folgende Abbildung zeigt eine kurze (vereinfachte) Übersicht des Körperschaftsmodells.

Abbildung 14: Das Körperschaftsmodell der Robert Bosch Stiftung



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Ausführungen der Robert Bosch Stiftung 1987: 164ff

Auch in diesem Modell der Kommission der Robert Bosch Stiftung werden die Rechte der Krankenhäuser und der Krankenkassen auf Kosten der Kompetenzen der Länder erheblich gestärkt. Die **Krankenhäuser** können autonom bestimmen, welche Kliniken in den Krankenhausplan aufgenommen werden, bzw. welche aus diesem ausscheiden sollen. Dies könnte jedoch erhebliche Probleme bereiten, denn die Krankenhäuser müßten somit auch über den Abbau eigener Kapazitäten entscheiden und dies gegenüber ihren Mitgliedern begründen und verantworten.

Die **Krankenkassen** sind dazu berechtigt, auch Verträge mit Krankenhäusern abzuschließen, die nicht im Krankenhausobjektplan aufgeführt sind¹⁷¹.

¹⁷¹ Vgl. Robert Bosch Stiftung 1987: 174.

Dies ermöglicht ein flexibleres Reagieren auf neue Entwicklungen im Krankenhaussektor¹⁷².

Die von der Kommission der Robert Bosch Stiftung bereits 1987 entwickelten Selbstverwaltungsmodelle machen konkrete Reformvorschläge zur deutschen Krankenhausplanung. Sie enthalten eine Wirkungsanalyse, machen auf verfassungsrechtliche Bedenken aufmerksam und bieten einen ausformulierten Gesetzesentwurf an. Trotzdem ging der Gesetzgeber lange Zeit nicht auf die Vorschläge ein. Der damalige Bundesminister für Arbeit und Gesundheit lehnte "revolutionäre Veränderungen" im Krankenhauswesen ab¹⁷³. Die in Kapitel 4.2 ausführlich behandelte "Krankenhaus-Reform 2000" greift jedoch zwei Eckpunkte der Alternativmodelle wieder auf. Ein monistisches Finanzierungssystem soll ebenso eingeführt werden wie ein leistungsorientiertes Entgeltverfahren. Allerdings ist ein weitreichender **Planungsverzicht der Länder** und die Übertragung der Planungskompetenzen in die Hände der Vertragspartner, wie es die Robert Bosch Stiftung als Voraussetzung für ein neues Steuerungssystem fordert, nicht vorgesehen.

¹⁷² Nach § 108 Nr. 3 SGB V ist der Abschluß eines Versorgungsvertrages zwischen einer Krankenversicherung und einem nicht "plankonformen" Krankenhaus auch im gegenwärtigen System der Krankenhausplanung möglich. Allerdings muß hier die zuständige Landesbehörde zustimmen (vgl. § 109 Abs. 3 Satz 2 SGB V).

¹⁷³ Vgl. Blüm 1989: 135.

4.2 Die "Krankenhaus-Reform 2000"

Die rot-grüne Regierungskoalition hat im Juni 1999 einen Gesetzentwurf für Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung formuliert¹⁷⁴. Als Teil dieser GKV-Gesundheitsreform 2000 sind grundlegende Strukturreformen im stationären Sektor geplant¹⁷⁵. Schwerpunkte sind dabei die Einführung eines monistischen Finanzierungssystems, die Weiterentwicklung einer leistungsgerechten Vergütung, sowie die Stärkung der Selbstverwaltungsorgane von Krankenkassen und Krankenhäusern¹⁷⁶. Die "Krankenhaus-Reform 2000" soll eine effizientere Leistungserbringung gewährleisten und somit zu stabilen Beitragssätzen der Krankenkassen beitragen¹⁷⁷. Im folgenden wird zunächst das **Policy-Netz** der Akteure des Krankenhaussektors analysiert. Danach werden **Reformchancen** und **Reformbarrieren** im Bereich der deutschen Krankenhausplanung aufgezeigt. Die Analyse der Interessen der betroffenen Akteure steht dabei im Vordergrund. Nach einer Vorstellung der wichtigsten **Reformvorschläge**¹⁷⁸, werden die **Durchsetzungschancen** der Reformen bewertet. Da es sich bei der "Krankenhaus-Reform 2000" lediglich um einen vorläufigen Gesetzentwurf handelt, der noch das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren durchlaufen muß und in den Vermittlungsausschüssen noch mehrfach verändert werden wird, findet am Ende des Kapitels nur eine kurze **Bewertung** der Reformvorschläge statt.

¹⁷⁴ Der Gesetzentwurf der GKV-Gesundheitsreform ist in der Bundestagsdrucksache 14/1245 vom 23.6.1999 abgedruckt.

¹⁷⁵ Die Reformen im stationären Sektor werden im folgenden als "Krankenhaus-Reform 2000" bezeichnet.

¹⁷⁶ Der Gesetzgeber scheint damit erkannt zu haben, daß Maßnahmen wie die Budgetierung von Leistungsausgaben, der Abbau von Betten oder das (von der neuen Bundesregierung wieder zurückgenommene) "Krankenhausnotopfer" keine entscheidende Linderung der Probleme im stationären Bereich bewirken können.

¹⁷⁷ Vgl. BT-Drucksache 14/1245: 54.

¹⁷⁸ Während der Darstellung der einzelnen Reformvorhaben werden eigene Vorschläge erläutert, wie eine effizientere bzw. effektivere Krankenhausversorgung erreicht werden könnte.

4.2.1 Das Policy-Netz des Krankenhausesektors

4.2.1.1 Die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ist der Bundesverband der Krankenhausträger¹⁷⁹. Sie setzt sich aus den **11 Spitzenverbänden der Krankenhausträger**, den **16 Landeskrankenhausgesellschaften** und dem **Verband der Universitätsklinika Deutschlands** zusammen. Die Spitzenverbände sind unterteilt in **4 Vertreter der öffentlichen Krankenhausträger** (Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund, Deutscher Landkreistag und Verband Deutscher Rentenversicherungsträger) und in **6 Vertreter der freigemeinnützigen Krankenhausträger** (6 freie Wohlfahrtsverbände). Die privaten Krankenhausträger werden durch den **Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten** repräsentiert. In den Landeskrankenhausgesellschaften sind die Träger der zugelassenen Krankenhäuser eines Landes zusammengeschlossen¹⁸⁰. Die Verbände der Krankenhausträger sind durch eine große **Heterogenität** ihrer Mitglieder gekennzeichnet¹⁸¹. Aufgrund der unterschiedlichen Interessen von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern ist die Definition gemeinsamer Ziele und deren Durchsetzung sehr schwer. Hinzu kommt, daß die Krankenhausgesellschaften auf Bundes- wie auch auf Landesebene auf einem freiwilligen Zusammenschluß der verschiedenen Krankenhausträger basieren. Die Krankenhausgesellschaften haben daher als privatrechtlich organisierte Vereine keinerlei Weisungsrechte gegenüber ihren Mitgliedern¹⁸². Die **Kompetenzen** der Krankenhausträger im Bereich der Krankenhausplanung beschränken sich auf (die bereits erwähnten) Anhörungs- und Vorschlagsrechte¹⁸³.

¹⁷⁹ Vgl. DKG 1998: 31f; Alber 1992: 79.

¹⁸⁰ Vgl. § 108a SGB V.

¹⁸¹ Vgl. Alber 1992: 122; Herder-Dorneich/ Wasem 1986: 95.

¹⁸² Vgl. Alber 1992: 121; Bruckenberger 1989: 147.

¹⁸³ Vgl. § 7 Abs. 1 KHG i.V.m. Dietz/ Bofinger: 55.

4.2.1.2 Die Krankenkassenverbände

Obwohl in den vergangenen Jahrzehnten ein erheblicher Konzentrationsprozeß im Krankenkassenbereich stattgefunden hat¹⁸⁴, zeichnen sich auch die Krankenkassenverbände durch eine stark **fragmentierte Organisationsstruktur** aus. Die gesetzlichen Krankenkassen sind in sieben verschiedene **Kassenarten** unterteilt¹⁸⁵. Diese werden auf Landes- und Bundesebene durch ihre **Landes-** und **Spitzenverbände** repräsentiert. Im Unterschied zum Krankenhaussektor gibt es allerdings keinen Verband, der alle gesetzlichen Krankenkassen vertritt. Eine mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vergleichbare Einrichtung fehlt hier. Dies hat u.a. zur Folge, daß die Krankenkassen auf ein einheitliches Auftreten in den jeweiligen Landeskrankenhause Ausschüssen verzichten. Dennoch verfügen die Verbände der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern über ein erhebliches Machtpotential, denn sie können mit Zustimmung der Landesbehörde den Versorgungsvertrag mit einem Krankenhaus kündigen¹⁸⁶. Die privaten Krankenkassen werden durch den **Verband der Privaten Krankenversicherung** repräsentiert. Die Kompetenzen der Krankenkassen im Landeskrankenhause Ausschuß entsprechen denen der Krankenhausträger.

4.2.1.3 Das Land

Die "entscheidende" Rolle bei der Krankenhausplanung nimmt die Landesregierung ein. In der Regel wird die Landesregierung durch das jeweilige Landessozialministerium vertreten¹⁸⁷. Da in den einzelnen Bundesländern jedoch die Landesministerien unterschiedlich zugeschnitten sind¹⁸⁸, wird in der Folge von der **zuständigen Landesbehörde** gesprochen.

¹⁸⁴ Die Zahl der Krankenkassen ging im Zeitraum von 1980 bis 1998 von 1319 auf 482 zurück (vgl. Institut der Deutschen Wirtschaft Köln 1999: Ziffer 95).

¹⁸⁵ Zu den gesetzlichen Krankenkassen gehören: Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, landwirtschaftliche Krankenkassen, Seekrankenkasse, Bundesknappschaft, Ersatzkassen (vgl. § 143ff SGB V).

¹⁸⁶ Vgl. § 110 SGB V.

¹⁸⁷ Vgl. Bruckenberger 1997a: 242.

¹⁸⁸ In manchen Bundesländern werden die Ressorts für Gesundheit, für Arbeit, sowie für Familien und Frauen zu einem Ministerium zusammengelegt (vgl. Karl 1999: 19f).

Die zuständige Landesbehörde behält sich in den wichtigsten Fragen der Krankenhausplanung das Letztentscheidungsrecht vor. Sie entscheidet darüber, ob ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird, welcher Leistungsstufe es anschließend zugeordnet wird und schließlich, wieviel Betten in den einzelnen Fachabteilungen vorzuhalten sind¹⁸⁹. Sie bestimmt über eine Reduzierung der Bettenanzahl und entscheidet über die Herausnahme eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan. Außerdem muß die Landesbehörde der Kündigung eines Versorgungsvertrages zustimmen. Gegenüber Krankenhäusern und Krankenkassen ist der staatliche Akteur damit zum einen mit übergeordneten Kompetenzen ausgestattet, zum anderen weisen die Interessen und Strukturen der Planungsbehörde nicht die Heterogenität der beiden anderen Akteure auf. Von einem kleinen Kreis¹⁹⁰ der zuständigen Mitarbeiter der Landesbehörde können die Ziele klar formuliert und nach außen vertreten werden.

Fazit

Das Policy-Netz der Krankenhausplanung zeichnet sich durch **statische** Beziehungen zwischen Land, Krankenkassen und Krankenhäusern aus. Ständige Fluktuationen von Akteuren und wechselnde Koalitionsbildungen, die typisch für das deutsche Gesundheitswesen sind¹⁹¹, sind für den stationären Bereich nicht charakteristisch. Die kassenärztlichen Vereinigungen, die normalerweise einen großen Einfluß auf gesundheitspolitische Entscheidungen ausüben können, sind im Krankenhaussektor nicht vertreten. Insgesamt stellt sich das Policy-Netz als geschlossenes System dar, in dem das Land eine übergeordnete Stellung gegenüber den beiden anderen Akteuren einnimmt. Somit bestehen scheinbar günstige Voraussetzungen für den Staat, seine Interessen durchzusetzen¹⁹².

Dennoch ist es diesem bisher nicht gelungen, grundlegende Reformen im stationären Bereich durchzuführen. Die Gründe hierfür sollen im folgenden analysiert werden.

¹⁸⁹ Vgl. § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V.

¹⁹⁰ Beispielsweise besteht das für die Krankenhausplanung in Baden-Württemberg zuständige Referat "Krankenhauswesen" aus lediglich 11 Mitarbeitern (Telefongespräch vom 21.10.1999 mit Herrn Mauz, Sozialministerium Baden-Württemberg).

¹⁹¹ Vgl. Alber 1992: 164; Mayntz 1990: 294.

¹⁹² Für eine genauere Erläuterung der unterschiedlichen Interessen der Akteure des Gesundheitswesens vgl. Alber 1992: 164ff.

4.2.2 Reformbarrieren

4.2.2.1 "Non-Decisions" als Reformblockade

Unter "Non-Decisions" soll hier das "Nichtentscheiden" über politische Programme verstanden werden. Dies kann u.a. auf zwei Arten entstehen: Einem Akteur stehen Mittel zur Verfügung, mit denen er verhindern kann, daß ein Thema auf die öffentliche oder auf die politische Agenda gesetzt wird. Der zweite Grund für "Non-Decisions" ist die mangelnde Durchsetzungskraft einer Gruppe, in der Regel der Gegenspieler des o.g. Akteurs. Im Bereich des Krankenhaussektors sind günstige Voraussetzungen für solche "Non-Decisions" gegeben. Das Thema "Krankenhausplanung" wird zumeist unter Ausschluß der Öffentlichkeit von den Akteuren des Policy-Netztes intern diskutiert und kontrolliert¹⁹³. In den Medien wird über das Thema Krankenhausplanung selten berichtet.

Die nichtstaatlichen Akteure haben wenige Möglichkeiten, ihre Interessen zu artikulieren, weil ihnen der direkte Zugang zu politischen Institutionen (z.B. Landesbehörde, zuständige Ausschüsse der Länder bzw. des Bundes) fehlt.

Die Länder hingegen sind in der Lage, diese Institutionen für ihre Interessen zu nutzen. Sie können auf der einen Seite die Thematisierung "unwillkommener" Reformvorschläge verhindern, zum anderen verfügen sie über direkte Kanäle, mit deren Hilfe sie die Agendagestaltung zu ihren Gunsten beeinflussen können.

4.2.2.2 Föderalismus als Reformblockade

Reforminitiativen des Bundes wurden in der Vergangenheit durch landespolitischen Widerstand immer wieder verhindert¹⁹⁴. Die Länder versagten im Bundesrat den zustimmungspflichtigen Gesetzen ihre Zustimmung, wenn sie ihre Kompetenzen im Bereich der Krankenhausplanung bedroht sahen. Die sozial-liberale Koalition schlug beispielsweise 1977 vor, die Krankenhäuser stärker in die Gestaltung der Kostendämpfungspolitik miteinzubeziehen.

¹⁹³ Cobb/ Ross/ Ross bezeichnen derartige Netzwerke als kleine abgeschlossene Zirkel, die durch Entpolitisierung und Entdemokratisierung gekennzeichnet sind (vgl. Cobb/ Ross/ Ross 1976: 135f).

¹⁹⁴ Vgl. Mayntz 1990: 296; Rosewitz/ Webber: 308.

Die Kassen sollten mehr an der Aufstellung der Krankenhauspläne beteiligt werden¹⁹⁵. Dieses Vorhaben scheiterte jedoch genauso am Veto der Länder, wie die Gesetzesinitiative von 1984, die eine Stärkung der Vertragsfreiheit und der Selbstverwaltungsorgane der nichtstaatlichen Akteure, sowie einen Ausbau der Kassenkompetenzen gegenüber den Länderverwaltungen vorsah¹⁹⁶. Der **Bundesrat** erweist sich somit als geeignetes **Blockadeinstrument** der Länder, Reformen im Krankenhausbereich zu verhindern¹⁹⁷.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß für den Reformstau im Krankenhaussektor weniger die Heterogenität und die Ambivalenz einflußreicher Interessenverbände verantwortlich sind. Vielmehr sind es zum einen die **politischen Akteure** selbst, die Reforminitiativen verhindern, wenn sie ihre Interessen bedroht sehen. Auf der anderen Seite verleiht die **föderale Institutionenstruktur** des deutschen Regierungssystems den Ländern ein entscheidendes Vetorecht bei der Abstimmung über Gesetzesinitiativen.

4.2.3 Reforminhalte

4.2.3.1 Monistische Finanzierung

Der Gesetzentwurf sieht einen schrittweisen Übergang von der dualen zur monistischen Krankenhausfinanzierung vor. Dies beinhaltet den Rückzug der Länder bei der Krankenhausfinanzierung und die Übernahme der Investitionskosten durch die Krankenkassen. Dabei wird in einem ersten Schritt die Finanzierung der Instandhaltungskosten für Krankenhausgebäude endgültig an die Kassen übertragen¹⁹⁸. In einem zweiten Schritt sollen diese dann stufenweise auch die Finanzierung der pauschalen Fördermittel übernehmen.

¹⁹⁵ Vgl. Döhler 1990: 424.

¹⁹⁶ Ebenda: 427.

¹⁹⁷ Das föderalistische Regierungssystem der BRD führt nach Ansicht von Politikwissenschaftlern allgemein zu "suboptimalen Politikergebnissen" (vgl. Scharpf 1988: 69), "verwässerten Reformen" (vgl. Rosewitz/ Webber: 1990: 306) und zu einer "Strukturkontinuität" (vgl. Alber 1992: 19) im Gesundheitswesen. Der Widerstand des Bundesrates kann dabei landes- oder parteipolitisch motiviert sein.

¹⁹⁸ Vgl. Art. 4 Nr. 5e GKV-Gesundheitsreform 2000.

Schließlich sollen ab dem Jahre 2008 auch alle übrigen Investitionen durch die Krankenkassen finanziert werden¹⁹⁹.

Als Ausgleich für die zusätzliche finanzielle Belastung erhalten die Kassen mehr Kompetenzen und Verantwortung bei der Krankenhausplanung. Zu diesem Zweck ist eine **gemeinsame Rahmenplanung** durch Länder und Kassen, die einvernehmliche Entscheidungen über Strukturen und Kapazitäten treffen sollen, vorgesehen²⁰⁰. Wenn kein Einvernehmen erzielt werden kann, entscheidet die Landesbehörde²⁰¹. Durch die Einführung des monistischen Finanzierungssystems wären die Krankenkassen auch für die Folgen ihrer Planungsentscheidungen finanziell verantwortlich. Da Planungskompetenzen und Finanzierungsverantwortung somit in Zukunft in einer Hand liegen würden, erhofft sich der Gesetzgeber eine effizientere Steuerung und wirtschaftlichere Strukturen im Krankenhausbereich²⁰².

Die Einführung eines monistischen Finanzierungssystems hat eine **Veränderung der Machtverhältnisse** innerhalb des Policy-Netztes des Krankenhausesektors zur Folge. Abgesehen von der gemeinsamen Rahmenplanung mit den Ländern, werden die Rechte der Krankenkassen aufgrund einer erhöhten Vertragsfreiheit erheblich ausgeweitet. Ab dem Jahre 2003 soll der Kontrahierungszwang (vgl. Seite 11) endgültig entfallen²⁰³. Dies hat zur Folge, daß ein Krankenhaus, das nach diesem Zeitpunkt in den Krankenhausplan aufgenommen wurde, bzw. aufgenommen wird nicht mehr automatisch zur Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten berechtigt ist. Das Krankenhaus muß daher in Verhandlungen mit den Verbänden der Krankenkassen explizit einen Versorgungsvertrag abschließen. Dadurch entsteht für die Kassen die Möglichkeit, zwischen verschiedenen zugelassenen Krankenhäusern auswählen zu können. Diese stehen somit zukünftig unter dem Zwang, den Kassen eine kostengünstige und gleichzeitig qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten. Ein stärkerer **Wettbewerb der Krankenhäuser** untereinander ist dadurch zu erwarten.

¹⁹⁹ Vgl. Art. 4 Nr. 7 GKV-Gesundheitsreform 2000.

²⁰⁰ Vgl. Art. 1 Nr. 60 GKV-Gesundheitsreform 2000.

²⁰¹ Ebenda.

²⁰² Ebenda: 9.

²⁰³ Vgl. Art. 1 Nr. 58 GKV-Gesundheitsreform 2000.

Krankenhäuser, die vor dem 1. Januar 2003 in den Krankenhausplan aufgenommen wurden bzw. noch aufgenommen werden, sind weiterhin zur Behandlung gesetzlicher Patienten zugelassen²⁰⁴. Allerdings werden die Rechte der Krankenkassen auch bei der Kündigung von Versorgungsverträgen erweitert²⁰⁵. Ein einmal abgeschlossener Versorgungsvertrag ist daher zukünftig keine Garantie für ein dauerhaftes Behandlungsrecht.

Im Gegensatz zu den Krankenkassen wird die Stellung der Krankenhäuser durch die genannten Regelungen geschwächt. Eine Beteiligung der Kliniken an der Rahmenplanung ist ebensowenig vorgesehen²⁰⁶ wie die von der DKG geforderte Ausweitung der Vertragsfreiheit zugunsten der Krankenhäuser²⁰⁷.

4.2.3.2 Leistungsgerechte Vergütung

Um eine leistungsgerechte Vergütung voranzutreiben, soll ab dem Jahre 2003 ein durchgängig leistungsorientiertes Vergütungssystem eingeführt werden²⁰⁸. Krankenkassen und DKG sollen dies gemeinsam entwickeln und sich dabei an international bereits praktizierten Vergütungssystemen (z.B. DRG-System der USA – vgl. Seite 45) orientieren.

Da auch die Investitionskosten über das neue Entgeltsystem abgerechnet werden sollen, werden laufende Betriebskosten und Investitionskosten der Krankenhäuser über ein Vergütungssystem durch einen Kostenträger finanziert. Dies hätte eine Vereinheitlichung und somit eine höhere Transparenz der Finanzierungsstrukturen im stationären Bereich zur Folge.

²⁰⁴ Vgl. Art. 1 Nr. 59 GKV-Gesundheitsreform 2000.

²⁰⁵ Vgl. Art. 1 Nr. 61 GKV-Gesundheitsreform 2000 i.V.m. BT-Drucksache 14/1245: 82f.

²⁰⁶ Bei der Rahmenplanung haben die Krankenhäuser lediglich ein Anhörungsrecht (vgl. Art. 1 Nr. 60 GKV-Gesundheitsreform 2000).

²⁰⁷ DKG-Präsident Pföhler fordert als Ausgleich für den Wegfall des Kontrahierungszwanges die Aufhebung der Behandlungspflicht. Den Krankenhäusern soll es erlaubt werden, die Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten aus Kostengründen zu verweigern (vgl. Das Krankenhaus 6/1999: 346).

²⁰⁸ Vgl. Art. 4 Nr. 7 GKV-Gesundheitsreform 2000.

Durch den Ausbau der leistungsorientierten Vergütung im Krankenhausbereich und die gleichzeitige Erweiterung des Handlungsspielraums der Vertragspartner bei den Pflegesatzverhandlungen²⁰⁹, soll der Wettbewerb im stationären Bereich weiter gefördert werden.

Kritisch anzumerken ist hier, daß ein einheitliches Vergütungssystem nicht nur *innerhalb* des stationären Sektors angestrebt werden sollte. Eine Angleichung der Vergütungssysteme von stationärem *und* ambulantem Bereich könnte dazu beitragen, die Vergütungs- und Abrechnungsmodalitäten vergleichbarer zu machen. Damit wäre eine wichtige "technische" Voraussetzung für eine erfolgreiche sektorenübergreifende Verzahnung erfüllt. Die Möglichkeit der Finanzierung ambulanter Operationen über ein gemeinsames Budget von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten²¹⁰, die gemeinsame Vergütung unterschiedlicher Leistungserbringer im Bereich der integrierten Versorgungsformen, sowie das geplante sektorenübergreifende Globalbudget sind erste Schritte in diese Richtung.

4.2.3.3 Erhebung und Evaluation wissenschaftlicher Daten

Der Gesetzgeber möchte eine "Verbesserung der Datentransparenz und Datengrundlagen zur Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung" erreichen²¹¹. Konkrete Maßnahmen, wie diese Forderungen im stationären Bereich umgesetzt werden sollen, werden jedoch nicht formuliert. Der Gesetzentwurf zur "Krankenhaus-Reform 2000" sieht zu diesem Zweck lediglich die Gründung von Arbeitsgemeinschaften mit dem Ziel einer kassenübergreifenden Datenzusammenführung vor²¹². Dabei sollen die Krankenkassen auf Bundes- und Landesebene Daten sammeln, auswerten und speichern, um dann Steuerungsaufgaben im Rahmen der Bedarfs- und Versorgungsplanung übernehmen zu können²¹³. Eine Beteiligung der Krankenhäuser ist nicht geplant.

²⁰⁹ Vgl. BT-Drucksache 14/1245: 56.

²¹⁰ Vgl. § 115b Abs. 5 SGB V.

²¹¹ Vgl. BT-Drucksache 14/1245: 58.

²¹² Eine genaue Definition, um welche Art von Daten es sich dabei handelt, wird nicht erwähnt. Es ist lediglich von "Daten im Rahmen der Leistungsabrechnung", die die Leistungserbringer den Kassen zur Verfügung stellen sollen die Rede (vgl. BT-Drucksache 14/1245: 107).

²¹³ Vgl. Art. 1 Nr. 123 GKV-Gesundheitsreform 2000.

Bei einer Erhebung ausschließlich durch die Krankenkassen besteht allerdings die Gefahr, daß diese die gesammelten Daten als Beleg für einen notwendigen Bettenabbau interpretieren²¹⁴.

Die Erhebung und der Austausch von wissenschaftlichen Daten ist eine wichtige Voraussetzung für die bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen.

Aus diesem Grund scheint eine Zusammenarbeit zwischen Ländern, Krankenhäusern und Krankenkassen geboten. Um dies umzusetzen, könnte man die o.g. Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit Vertretern von Krankenhäusern und Ländern erweitern²¹⁵. Der Austausch von Informationen über Faktoren, die den Bedarf an Krankenhausleistungen beeinflussen (z.B. die Morbiditätsstruktur, die demographische Entwicklung der Bevölkerung, die vorhandenen Kapazitäten in Krankenhäusern, die Planungsvorhaben der Länder usw.), könnte zu einer bedarfsgerechteren Versorgung der Bevölkerung beitragen. Die fragwürdigen Bedarfsdeterminanten der analytischen Bettenbedarfsformel könnten so durch eine zukunftsorientierte und eher am tatsächlichen Bedarf orientierte Planung ersetzt werden.

Eine **Evaluation** der Krankenhausplanung, also eine Überprüfung der Maßnahmen, mit denen eine leistungsgerechte und effiziente Krankenhausversorgung gewährleistet werden soll, ist ohne die Erhebung entsprechender Daten ebenfalls nicht möglich. Der Gesetzgeber sollte deshalb ein Konzept entwickeln, mit dessen Hilfe er den Erfolg dieser Maßnahmen auch überprüfen kann.

²¹⁴ Allerdings könnte genau das die Absicht des Gesetzgebers sein, da auch dieser aus Kostengründen ein Interesse am Abbau von Betten haben dürfte.

²¹⁵ Da eine freiwillige Zusammenarbeit aufgrund der konkurrierenden Interessen der Akteure nicht zu erwarten ist, müßte der Gesetzgeber die Weitergabe von Informationen verbindlich vorschreiben.

4.2.3.4 Sektorenübergreifende Verzahnung

Die Kooperation zwischen stationärem und ambulantem Sektor soll verbessert werden. Die hierfür vorgesehenen Maßnahmen werden im folgenden erläutert.

- **Integrierte Versorgungsformen**

Der Gesetzentwurf sieht die Bildung von **integrierten Versorgungsformen** vor²¹⁶. Dabei sollen Haus- und Fachärzte, Anbieter von ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen, vor allem aber **ambulante und stationäre Leistungserbringer** neue Kooperationsformen entwickeln²¹⁷. Ziel ist es, sektorenübergreifende Versorgungsnetze zu schaffen. Die Krankenkassen erhalten dabei die Möglichkeit, Verträge mit Krankenhäusern, sowie mit Gruppen von Leistungserbringern abzuschließen, die medizinische Leistungen einheitlich und gemeinsam anbieten. Die integrierten Versorgungsformen enthalten zwei wesentliche Neuerungen zu den bisherigen Kooperationsformen²¹⁸. Zum einen stehen die Leistungsanbieter von stationärem und ambulantem Bereich den Krankenkassen gemeinsam als eine Partei bei Verhandlungen gegenüber. Dadurch wird die Möglichkeit geschaffen, daß die gleiche Leistung verschiedener Leistungserbringer einheitlich und in gleicher Höhe vergütet wird. Zum anderen können die Integrationsverträge auch zwischen einzelnen Krankenhäusern und Krankenkassen abgeschlossen werden²¹⁹. Damit wird die Vertragsfreiheit zumindest im Bereich der integrierten Versorgung entscheidend erweitert. Bisher mußten vergleichbare Verträge zwischen den Verbänden der Verhandlungspartner auf Bundes- bzw. auf Landesebene vereinbart werden.

²¹⁶ Vgl. Art. 1 Nr. 82 GKV-Gesundheitsreform 2000.

²¹⁷ Im amerikanischen Gesundheitswesen existieren solche integrierten Versorgungsformen in Form sog. "Health Maintenance Organizations" (HMOs). Dabei übernimmt eine HMO die Verantwortung für die ambulante und stationäre Leistungserbringung. Zu diesem Zweck schließt sie mit Krankenhäusern und Ärzten Verträge über die Erbringung von medizinischen Leistungen ab. Eine HMO kann die Versorgung von Patienten auch selbst übernehmen, wenn sie im Besitz von eigenen entsprechenden Einrichtungen ist. Eine HMO ist gleichzeitig Kostenträger und Anbieter von Leistungen. Ein mit dem deutschen Gesundheitswesen vergleichbarer Interessenkonflikt zwischen Leistungserbringern und Leistungsfinanzierern gibt es somit nicht. (Für eine genaue Beschreibung der HMOs vgl. Rothfuß 1997: 22ff).

²¹⁸ § 73a SGB V sah bisher nur die Möglichkeit des Zusammenschlusses einzelner Vertragsärzte vor.

²¹⁹ Vgl. BT-Drucksache 14/1245: 92.

Mit der Beteiligung der Krankenhäuser an den integrierten Versorgungsformen könnte das Problem der doppelt vorgehaltenen Kapazitäten (vgl. Kapitel 3.4.3.2.4) im ambulanten und stationären Bereich durch die gemeinsame Nutzung von medizinischen Betriebsmitteln (z.B. kostenintensive medizintechnische Großgeräte wie Computer-Tomographen, Kernspin-Tomographen oder Herzkatheter-Meßplätze) abgeschwächt werden.

Allerdings setzt eine erfolgreiche gemeinsame Nutzung von medizinischen Kapazitäten eine "**verzahnte Planung**" voraus²²⁰. Die "Eckpunkte zur Gesundheitsreform" sehen in diesem Zusammenhang eine gemeinsame Großgeräteplanung von stationären und ambulanten Leistungserbringern vor, um vorhandene Überkapazitäten in diesem Bereich abzubauen²²¹. Der Gesetzentwurf enthält allerdings keine Regelungen, wie die Abstimmung bei der Nutzung und Anschaffung von Großgeräten umgesetzt werden soll.

Dennoch sind durch die Einführung von integrierten Versorgungsnetzen, durch die gemeinsame Nutzung von Kapazitäten, sowie durch das Zusammenführen von Fachwissen Kosteneinsparungseffekte und eine qualitativ bessere Versorgung der Patienten zu erwarten. Die integrierten Versorgungsformen könnten ebenfalls dazu beitragen, den Verteilungskonflikt zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zu entschärfen. Allerdings konkurrieren die integrierten Versorgungsformen dann wiederum mit den einzelnen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.

- **Globalbudgetierung**

Die bisherige getrennte Budgetierung von stationärem und ambulantem Bereich ("sektorale Budgetierung") soll in Zukunft durch ein gemeinsames Budget ("Globalbudgetierung") abgelöst werden²²². Damit wird eine Obergrenze der Ausgaben für ambulante und stationäre Versorgung festgelegt.

²²⁰ Die gemeinsame Großgeräteplanung des § 122 SGB V wurde wegen Unstimmigkeiten der Akteure im Zuge des 2. NOG 1997 wieder abgeschafft (vgl. Tuschen/ Quaas 1998: 33).

²²¹ Vgl. BMG 1999a: 6.

²²² Vgl. Art. 1 Nr. 85 GKV-Gesundheitsreform 2000.

Die Krankenkassen sollen die Höhe des Budgets festlegen und sind für dessen Einhaltung verantwortlich²²³. Das Globalbudget gibt den Krankenkassen einen Gestaltungsspielraum, die finanziellen Mittel in den Sektor fließen zu lassen, in dem eine bedarfsgerechte Leistungserbringung stattfindet²²⁴. Krankenhäuser und Vertragsärzte stehen damit im Wettbewerb um begrenzte Geldmittel, die von den Kassen verteilt werden. Für die Leistungserbringer besteht daher ein Anreiz, qualitativ hochwertige und gleichzeitig kostengünstige Leistungen anzubieten. Das Prinzip des "Töpfchendenkens" soll so durch den Grundsatz "**Das Geld folgt der Leistung**"²²⁵ ersetzt werden.

- **Der Hausarzt als Bindeglied**

Um die Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich zu unterstützen, soll das bisherige **Hausarztssystem** erweitert werden²²⁶. Dabei soll der Hausarzt die Rolle eines "Moderators" zwischen Fach- und Krankenhausarzt übernehmen und somit die Kommunikation und Kooperation zwischen den beiden Sektoren verbessern. Er ist deshalb als "Sammelstelle" für die Behandlungsdaten der Patienten und für die zügige Übermittlung von medizinischen Berichten vorgesehen²²⁷. Die Umsetzung dieser Ziele überläßt der Gesetzgeber den Selbstverwaltungsorganen von Leistungsfinanzierern und Leistungserbringern. Diese sollen vertragliche Vereinbarungen treffen, die für eine wirksame Erfüllung der Hausarztfunktion erforderlich sind²²⁸.

Allerdings birgt die Übertragung der Ausgestaltung des zukünftigen Hausarztssystems in die Hände der Selbstverwaltungsorgane ein erhebliches Konfliktpotential in sich, weil die beabsichtigte Ausweitung der Rechte der Hausärzte gleichzeitig eine entsprechende Einschränkung der Kompetenzen der Krankenhaus- und Fachärzte bedeutet. Daher ist es fraglich, ob sich die Ärzteseite auf gemeinsame Beschlüsse in diesem Bereich einigen wird.

²²³ Vgl. Art. 1 Nr. 85 GKV-Gesundheitsreform 2000.

²²⁴ Vgl. BT-Drucksache 14/1245: 55.

²²⁵ Vgl. Fischer 1999: 431.

²²⁶ Die bisherigen Regelungen zur hausärztlichen Versorgung sind in § 73 Abs. 1a und 1b SGB V beschrieben.

²²⁷ Vgl. BT-Drucksache 14/1245: 56.

²²⁸ Vgl. Art. 1 Nr. 32 GKV-Gesundheitsreform 2000.

Dennoch scheint eine abgestimmte Verzahnung zwischen stationärem und ambulantem Bereich sowie ein gutes Hausarztssystem zu einer effizienteren Gesundheitsversorgung beitragen zu können. In den **Niederlanden** beispielsweise ist der Hausarzt durch eine gute Aus- und Weiterbildung fachlich hoch qualifiziert. Die hausärztliche Versorgung steht auf einem international anerkannt hohem Niveau²²⁹. Ohne die Überweisung des Hausarztes ist ein Besuch bei einem Facharzt nicht möglich. Der Hausarzt übernimmt hier erfolgreich die Rolle eines "Gatekeepers", der den Patienten an den richtigen Facharzt, bzw. an ein qualifiziertes Krankenhaus überweist. Darüber hinaus ist er aufgrund seiner hohen Qualifikation in der Lage, den Patienten bei leichteren Fällen selbst zu behandeln. Falls dies nicht möglich ist, kann er relativ treffsicher bestimmen, welcher Facharzt, bzw. welches Krankenhaus für einen Behandlungserfolg geeignet ist. Die unnötige Inanspruchnahme eines Facharztes wird damit genauso vermieden wie ein überflüssiges "Doktorhopping". Das Hausarztprinzip und die sektorenübergreifende Verzahnung haben in den Niederlanden nach Ansicht von Experten zu Kosteneinsparungen im stationären Bereich geführt und Wirtschaftlichkeitsreserven aufgedeckt²³⁰. Der Rückgang des Anteils der Krankenhauskosten an den gesamten Gesundheitsausgaben, sowie des Anteils der Kosten für ambulante Leistungen seit den 80er Jahren sprechen für diese These²³¹.

Obwohl sich das niederländische System der sektorenübergreifenden Verzahnung aufgrund der unterschiedlichen Institutionen- und Finanzierungsstrukturen nicht ohne weiteres auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen läßt, lohnt sich bei Reformvorhaben in diesem Bereich ein Blick über die Grenze ins Nachbarland²³².

²²⁹ Vgl. Müller 1999: 30.

²³⁰ Ebenda; Schneider 1998: 9.

²³¹ Vgl. Schneider 1998: 139, 154.

²³² Man muß bei der Suche nach Reformmöglichkeiten im Bereich der Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich nicht unbedingt die Gesundheitssysteme anderer Länder betrachten. In der ehemaligen DDR wurde versucht, eine sektorenübergreifende Verzahnung mit Hilfe der Polikliniken umzusetzen. Hier fand eine ambulante und stationäre Versorgung des Patienten unter einem Dach statt. Daher könnte man kritisch hinterfragen, warum man dieses System im vereinigten Deutschland nicht weiter ausgebaut, bzw. verbessert hat.

4.2.4 Durchsetzungschancen der "Krankenhaus-Reform 2000"

Die Reformvorschläge der "Krankenhaus-Reform 2000" sind nicht neu. Vor allem eine monistische Krankenhausfinanzierung und die Überwindung des "Grabens" zwischen den beiden Versorgungsbereichen sind seit Jahren Dauerthemen, die immer wieder auf der gesundheitspolitischen Agenda erscheinen. Der **Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR)** weist regelmäßig auf die Nachteile eines dualen Finanzierungssystems hin. Er empfiehlt in seinen Gutachten die Einführung einer monistischen Krankenhausfinanzierung zur Bekämpfung der Finanzierungs- und Steuerungsprobleme im stationären Bereich²³³. Eine stärkere Vertragsfreiheit, eine leistungsgerechtere Vergütung und die Einführung von Wettbewerbselementen werden ebenfalls seit Jahren gefordert²³⁴.

Die maßgeblichen Akteure des Krankenhaussektors erkennen die Notwendigkeit von Reformen im stationären Bereich an. Die **Krankenkassen** unterstützen eine sektorenübergreifende Verzahnung²³⁵ ebenso wie den Ausbau eines leistungsorientierten Entgeltsystems²³⁶ und die Einführung eines Globalbudgets²³⁷. Die Einführung eines monistischen Finanzierungssystems wird grundsätzlich befürwortet. Allerdings fordern die Kassen als Ausgleich für die zusätzliche finanzielle Belastung weitreichendere Steuerungsmöglichkeiten als dies die gemeinsame Rahmenplanung mit den Ländern vorsieht. Ein direkter Einfluß auf die Steuerung der Angebotskapazitäten sowie auf die Preise der Leistungen sollte nach Ansicht der Kassen durch selektive Verträge mit den Leistungserbringern ermöglicht werden²³⁸.

²³³ Vgl. SVR 1989: Ziffern 207, 334ff; SVR 1990: Ziffer 538; SVR 1995: Ziffer 404.

²³⁴ Vgl. SVR 1989: Ziffern 330ff; SVR 1990: Ziffern 522ff; SVR 1995: Ziffern 405ff.

²³⁵ Vgl. VDAK/ AEV 1999: 7; AOK-Bundesverband 1999a: 2f.

²³⁶ Vgl. VDAK/ AEV 1999: 13; AOK-Bundesverband 1999a: 1.

²³⁷ Vgl. VDAK/ AEV 1999: 5; AOK-Bundesverband 1999a: 2.

²³⁸ Vgl. VDAK/ AEV 1999: 6; AOK-Bundesverband 1999a: 1.

Die **Krankenhäuser** befürworten ebenfalls eine sektorenübergreifende Verzahnung und ein leistungsgerechtes Vergütungssystem²³⁹. Bei der Einführung einer monistischen Finanzierung zeigen sich die Krankenhäuser kompromißbereit: Zwar wird die Übernahme aller Investitionskosten durch die Krankenkassen abgelehnt, eine "Teilmonistik" wird jedoch befürwortet²⁴⁰. Dieser Vorschlag der DKG sieht die Übernahme der Kosten für kurz- und mittelfristige Anlagegüter durch die Krankenkassen vor, während die Finanzierung langfristiger Anlagegüter weiterhin durch die Länder erfolgen soll. Grundsätzlich abgelehnt wird allerdings eine Globalbudgetierung der Krankenhausausgaben, weil in Zukunft ein Kampf um Budgetanteile befürchtet wird. Außerdem ist laut DKG durch eine einnahmeorientierte Ausgabendeckelung die Finanzierung medizinisch notwendiger Leistungen nicht mehr gewährleistet²⁴¹.

Große **Divergenzen** zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen gibt es jedoch bei der Ausgestaltung der **Rahmenplanung**.

Die Krankenhäuser sprechen sich für eine Beibehaltung der Krankenhausplanung durch die Länder aus. Ergänzende Vereinbarungen²⁴² könnten durch die Vertragspartner zwar getroffen werden, die staatliche Letztverantwortung sei allerdings unverzichtbar, um eine flächendeckende, bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten²⁴³. Eine gleichberechtigte Krankenhausplanung von Krankenkassen und Ländern bzw. eine Krankenhausplanung in alleiniger Verantwortung der Kassen wird deshalb abgelehnt²⁴⁴. Die Öffnung des Krankenhausesektors für einen "uneingeschränkten" Wettbewerb wird ebenfalls nicht akzeptiert²⁴⁵. Ein Leistungs- und Qualitätswettbewerb zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven wird zwar befürwortet, die Pluralität der verschiedenen Krankenhausträger reicht nach Ansicht der DKG jedoch hierfür aus.

²³⁹ vgl. DKG 1999a: 10, 14, 28.

²⁴⁰ Ebenda: 11.

²⁴¹ Ebenda: 40.

²⁴² Vgl. § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V.

²⁴³ Vgl. DKG 1999a: 51.

²⁴⁴ Ebenda: 13.

²⁴⁵ Ebenda: 35.

Die Krankenkassen fordern im Gegensatz dazu mehr Wettbewerb im stationären Sektor. Eine wettbewerbliche Orientierung²⁴⁶ nur auf Seiten der Kostenträger reicht nach Ansicht der Spitzenverbände der Kassen nicht aus, um eine höhere Effizienz im Krankenhaussektor zu erreichen. Die Öffnung der Angebotsseite für den Wettbewerb sei daher zwingend notwendig²⁴⁷. Die Kassen befürworten deshalb den Rückzug der Länder aus der Krankenhausplanung und fordern eine weitestgehende Selbststeuerung des Krankenhaussektors durch Leistungsanbieter und Leistungsfinanzierer.

Die **Interessen der Akteure** werden trotz der unterschiedlichen Auffassungen über die zukünftige Rahmenplanung voraussichtlich **keine wesentliche Reformbarriere** darstellen, da Krankenkassen und Krankenhäuser den übrigen Maßnahmen grundsätzlich zustimmen. Außerdem sind die Einflußmöglichkeiten und die Machtressourcen der nichtstaatlichen Akteure zu gering²⁴⁸, um die geplante "Krankenhaus-Reform 2000" zu verhindern.

Die geplante **monistische Finanzierung** könnte sich als entscheidender **"Knackpunkt"** bei der Reform des Krankenhaussektors erweisen. Die Krankenkassen sind zu einer Übernahme der Investitionskosten nur bereit, wenn ihnen auch umfassende Steuerungs- und Planungskompetenzen übertragen werden. Außerdem fordern sie eine entsprechende finanzielle Entlastung. Die Länder hingegen möchten zwar von der Finanzierung der Investitionskosten entlastet werden, aber dennoch ihre Planungs- und Steuerungskompetenzen behalten²⁴⁹.

Eine erfolgreiche Implementation der "Krankenhaus-Reform 2000" hängt jedoch von der Kooperationsbereitschaft der Akteure ab. Die Krankenkassen müssen motiviert sein, die ihnen übertragenen Steuerungskompetenzen auszuüben, sowie ihre Finanzierungspflichten wahrzunehmen²⁵⁰.

²⁴⁶ Mit der Einführung der freien Kassenwahl durch das GSG wurde 1993 die Voraussetzung für einen verstärkten Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder geschaffen.

²⁴⁷ VDAK/ AEV 1999:1f; AOK-Bundesverband: 1999b: 1.

²⁴⁸ Vgl. Kapitel 4.2.

²⁴⁹ So lehnt beispielsweise das Sozialministerium von Baden-Württemberg den Verzicht auf Planungskompetenzen ab, weil nur durch die Verantwortung der Länder eine "flächendeckende und effiziente Versorgung" gewährleistet sei (vgl. LT-Drucksache 12/3118: 6).

²⁵⁰ Nach Mayntz ist die Mitwirkung der betroffenen Akteure eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung politischer Programmen (vgl. Mayntz: 1980: 8).

Die Krankenhäuser sollten ebenfalls zu einer Kooperation mit Ländern und Krankenkassen bereit sein, auch wenn sie nicht an der Rahmenplanung beteiligt sind.

Als größter "**Hemmschuh**" der Reform könnten sich jedoch wieder einmal die Länder erweisen. Sie verfügen über die größten Machtressourcen und können durch ihr Vetorecht im Bundesrat den Gesetzgebungsprozeß blockieren, wenn sie ihre Kompetenzen zu sehr beschnitten sehen²⁵¹. Aufgabe des Gesetzgebers ist es daher, Anreize zu schaffen, die nicht nur die aktive Mitarbeit der einzelnen Akteure ermöglichen, sondern auch die Motivation zur gemeinsamen Umsetzung der Reformen fördern.

Die Krankenkassen sind zu einer Übernahme der Investitionskosten nur bereit, wenn sie eine entsprechende finanzielle Entlastung erhalten. Um dies zu verwirklichen, sollen die Länder ab dem Jahr 2008 den Kassen die Aufwendungen für die **versicherungsfremden Leistungen** des Mutterschafts- und des Sterbegeldes erstatten²⁵². Damit wäre eine alte Forderung der Krankenkassen erfüllt. Allerdings entspricht die Summe der Kosten dieser beiden Leistungen nicht der Höhe der Aufwendungen für die bisherige Investitionskostenförderung der Länder. Während die Länder 1998 Investitionen in Höhe von 6,8 Mrd. DM förderten²⁵³, betragen die Kosten der Krankenkassen für Mutterschafts- und Sterbegeld im gleichen Jahr lediglich 5 Mrd. DM²⁵⁴. Die zusätzliche finanzielle Belastung der Krankenkassen durch die Übernahme der Investitionskosten wäre damit höher als die Entlastung durch die Erstattung der beiden versicherungsfremden Leistungen²⁵⁵. Der Gesetzgeber sollte daher zusätzliche Anreize schaffen, die den Kassen die Zustimmung zur Übernahme der Investitionskosten erleichtern könnten.

²⁵¹ Als weitere Reformbarriere kann sich in diesem Zusammenhang erweisen, daß die geplanten Reformen im stationären Bereich lediglich ein Teil des Gesamtpakets "Gesundheitsreform 2000" sind. Dadurch ist die Verabschiedung der "Krankenhaus-Reform 2000" auch von der Zustimmung des Bundesrats zu den (nicht weniger konflikträchtigen) Reformen im ambulanten Bereich abhängig.

²⁵² Vgl. BT-Drucksache 14/1245: 56.

²⁵³ Vgl. DKG 1998: 76f; eigene Berechnungen.

²⁵⁴ Vgl. Institut der deutschen Wirtschaft Köln 1999: Ziffer 96.

²⁵⁵ Da das Sterbegeld nur gezahlt wird, wenn der Verstorbene am 1.1.1989 gesetzlich versichert war (vgl. § 58 SGB V), scheidet diese Leistung langfristig ohnehin aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Die Krankenkassen hätten daher in Zukunft nur Anspruch auf die Erstattung des Mutterschaftsgeldes.

Die Herausnahme sämtlicher versicherungsfremder Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung wäre eine Möglichkeit, den Krankenkassen entgegenzukommen²⁵⁶. Außerdem könnten ihnen als Ausgleich für die zusätzliche finanzielle Belastung langfristig noch weitergehende als die in der Rahmenplanung vorgesehenen Planungs- und Steuerungskompetenzen in Aussicht gestellt werden²⁵⁷.

Je mehr diese Kompetenzen an die Krankenkassen übergehen, um so weniger werden die Länder bereit sein, der "Krankenhaus-Reform 2000" zuzustimmen. Allerdings ist der Wegfall der Investitionskosten für die Länder auch ein erheblicher (finanzieller) Anreiz, der angesichts der aktuellen angespannten Haushaltslage noch verstärkt wird. Der große Druck auf die **leeren Kassen** könnte den Ländern eine Zustimmung zum Verlust ihrer Kompetenzen erleichtern.

4.2.5 Bewertung der "Krankenhaus-Reform 2000"

Bei der folgenden Bewertung soll die Fragestellung im Vordergrund stehen, inwieweit die geplanten Reformen im stationären Sektor eine marktwirtschaftlichere Ausrichtung der deutschen Krankenhausplanung bedeuten. Für diese These sprechen vor allem die Einbeziehung der Krankenkassen in die Krankenhausplanung sowie die Weiterentwicklung eines leistungsgerechten Vergütungssystems. Die Stärkung der Selbstverwaltung und die erweiterte Vertragsfreiheit der Verhandlungspartner würden zu einem **Rückzug des Staates** aus dem Policy-Netz des Krankenhausesektors führen. Allerdings ist dieser nicht bereit, seine Kompetenzen vollständig aufzugeben, denn der Bund ist durch seine Gesetzgebungskompetenz weiterhin in der Lage, Einfluß auf den Krankenhausesektor auszuüben. Die Länder besitzen auch in Zukunft im Bereich der gemeinsamen Rahmenplanung gegenüber den Krankenkassen das **Letztentscheidungsrecht**.

²⁵⁶ Eine Auflistung der versicherungsfremden Leistungen findet sich im Jahresgutachten des Sachverständigenrates 1995 unter Ziffer 107.

²⁵⁷ Diese Tauschgeschäfte werden auch als "Bargaining" oder "Logrolling" bezeichnet und sind während der Entwicklung, bzw. bei der Umsetzung eines Programms charakteristisch für die Beziehungen zwischen den jeweiligen Interessengruppen (vgl. Cobb/ Ross/ Ross 1976: 136; Mayntz 1983: 11).

Wenn es allerdings gelingt, die monistische Finanzierung in der vorgesehenen Form durchzusetzen, würde dies eine grundlegende Änderung des bisherigen Finanzierungssystems und gleichzeitig eine erhebliche Stärkung der Kassenseite bedeuten. Die Voraussetzungen für eine effizientere Krankenhausversorgung wären damit gegeben.

Die Forderungen der Krankenhäuser werden in dem Gesetzentwurf kaum beachtet, was darauf hindeutet, daß sich bei der Reform eines (sozialpolitischen) Programmes (wieder einmal) die Kosten-Interessen der Finanzierer gegen die Bedarfs-Interessen der Anbieter durchsetzen werden.

5. Die Bedeutung privater Kliniken im deutschen Krankenhausesektor

5.1 Fallbeispiel Herz-Zentrum

Im südlichen Landesteil von Baden-Württemberg hat seit 1997 ein privates Herz-Zentrum seinen Betrieb aufgenommen. Diese Klinik ist eine Tochtergesellschaft eines ebenfalls privat betriebenen Spitals, das in unmittelbarer Nachbarschaft in der Schweiz angesiedelt ist. In dem Herz-Zentrum, das auf Kardiologie, Herz- und Gefäßchirurgie spezialisiert ist, stehen 66 Betten zur Verfügung. Ziel der Klinik ist es, einen **Versorgungsvertrag** nach § 108 Nr. 3 SGB V i.V.m. § 109 Abs. Satz 1 SGB V mit den Krankenkassen abzuschließen. Außerdem möchte die Klinik in den **Krankenhausplan** Baden-Württembergs aufgenommen werden. Beides wird jedoch von den Verbänden der Krankenkassen, bzw. vom Sozialministerium in Stuttgart aufgrund eines angeblich "mangelnden Bedarfs" an einem zusätzlichen Herz-Zentrum in der Bodensee-Region abgelehnt.

Nach einer kurzen Beschreibung der bisherigen Vorgänge werden die Interessen der einzelnen Akteure dargestellt. Anschließend findet eine Analyse des Fallbeispiels statt. Dabei sollen die Aussagen zur deutschen Krankenhausplanung in den bisherigen Kapiteln anhand eines praktischen Beispiels verdeutlicht werden.

5.1.1 Bisherige Entwicklung

Im Sommer 1995 lehnten die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen den Antrag des Herz-Zentrums ab, einen Versorgungsvertrag abzuschließen. Das **Sozialministerium** in Stuttgart genehmigte diese Ablehnung. Kurz vor Inbetriebnahme der Klinik wurde im Mai 1997 ein erneuter Antrag gestellt. Dieser wurde am 16.7.1997 von allen Kassen mit Zustimmung des Sozialministeriums wiederum abgelehnt, wogegen das Herz-Zentrum am 21.8.1997 Widerspruch einlegte. Am 27.10.1997 wurde der Widerspruch von den Kassen zurückgewiesen, was vom Sozialministerium am 8.12.1997 für rechtsgültig erklärt wurde. Das Herz-Zentrum klagte daraufhin am 10.12.1997 vor dem **Sozialgericht Stuttgart**, um den Abschluß des Versorgungsvertrages gerichtlich durchzusetzen.

Mittlerweile ist die Kassenseite in zwei Hälften gespalten. Die **AOK** lehnt das Herz-Zentrum weiterhin ab, während die Verbände der **Ersatzkassen** seit Sommer 1997 einen Bedarf an herzchirurgischen Leistungen in der Region sehen und seitdem die Anerkennung der Klinik befürworten. Aus diesem Grund schloß der VDAK/ AEV einen separaten Versorgungsvertrag mit dem Herz-Zentrum ab, der jedoch vom Sozialministerium für nicht rechtsgültig erklärt wurde, da solche Verträge nur mit allen Kassenverbänden abgeschlossen werden dürften.

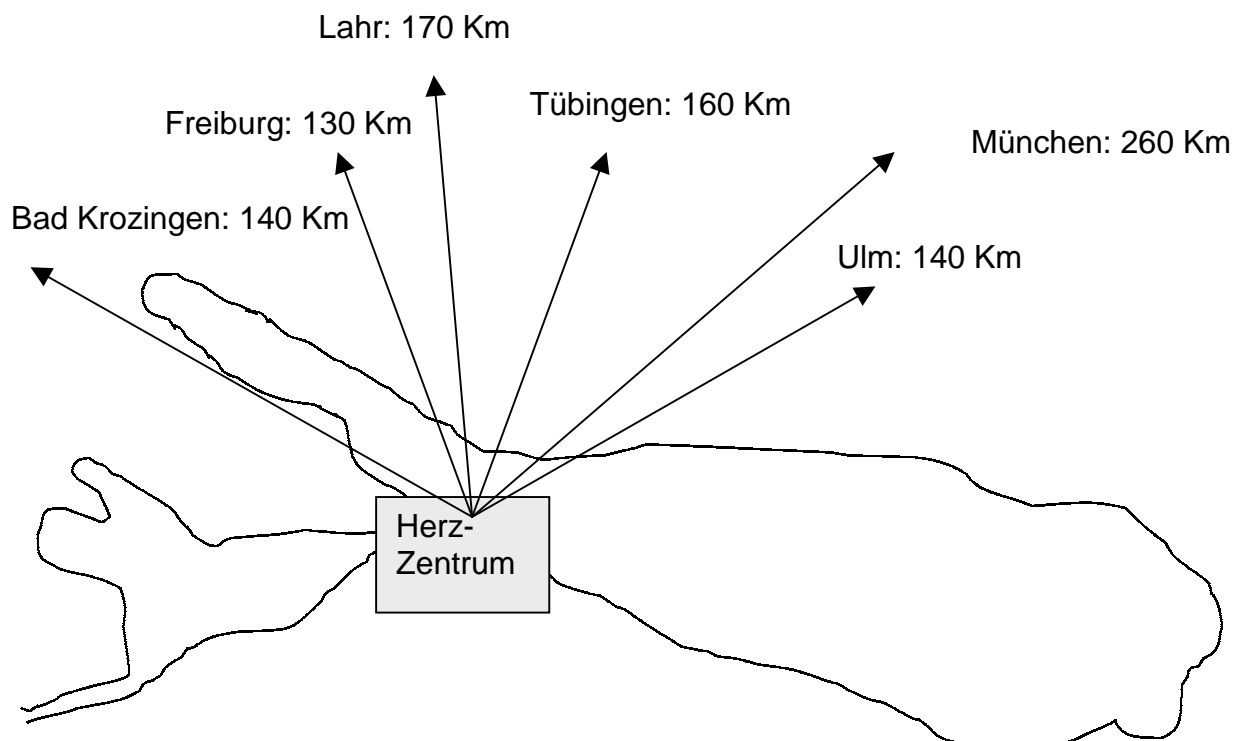
Vom **Bundesministerium für Gesundheit** wurde der Vertrag, der als Umsetzung eines Modellvorhabens nach § 63 SGB V deklariert worden war, ebenfalls abgelehnt, da das Herz-Zentrum weder im Krankenhausplan berücksichtigt war, noch einen gültigen Versorgungsvertrag mit allen Kassen abgeschlossen hatte. Daraufhin beantragte das Herz-Zentrum am 16.12.1998 die Aufnahme in den Krankenhausplan. Die Entscheidung des Sozialgerichts über den Abschluß des Versorgungsvertrages mit allen Kassen, sowie über die Aufnahme in den Krankenhausplan steht noch aus²⁵⁸.

²⁵⁸ Eine genaue Beschreibung der bisher geschilderten Vorgänge kann aus dem Schreiben des Herz-Zentrums von 1998 entnommen werden.

5.1.2 Die Interessen der Akteure

Das **Herz-Zentrum** begründet die Notwendigkeit seiner Existenz mit dem **Bedarf** der Bevölkerung an herzchirurgischen Leistungen in der Bodensee-Region. Das nächstgelegene Herz-Zentrum in Freiburg sei zu weit entfernt, daher wäre ein großer Teil der Bevölkerung im Süden Baden-Württembergs, sowie im Süden Bayerns unterversorgt²⁵⁹.

Abbildung 15: Entfernung der nächstgelegenen Herzkliniken vom Herz-Zentrum



Quelle: Eigene Darstellung

Vor allem für **Notfallpatienten**, bei denen eine sofortige Operation notwendig ist, bedeutet ein zeitaufwendiger Transport mit dem Hubschrauber bzw. mit dem Rettungswagen aus Sicht der Befürworter des Herz-Zentrums eine erhebliche psychische und lebensgefährliche Belastung.

²⁵⁹ Vgl. Herz-Zentrum 1998 : 9.

Diese Belastung - wie auch die Kosten für den Transport - würden durch eine Klinik, die näher an dem Wohnort der Patienten liegt, wegfallen.

Das Herz-Zentrum verfügt über einen Linksherzkatheter-Meßplatz (LHKM), mit dessen Hilfe hochwertige Diagnoseverfahren am Herzen durchgeführt werden können. Bei diesen Untersuchungen kann es zu Komplikationen kommen, die für den Patienten ein gesundheitliches Risiko bedeuten. Die "Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung" empfiehlt daher einen "**chirurgischen Standby**", bei dem sich Herzkatheterlabor und Herzchirurgie in einer Klinik befinden²⁶⁰. Das Herz-Zentrum erfüllt diese Forderung. Außerdem wäre somit auch die Forderung einer Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor erfüllt.

In dem Versorgungsvertrag, der mit dem VDAK/ AEV abgeschlossen wurde, bietet das Herz-Zentrum Fallpauschalen und Sonderentgelte an, die im Durchschnitt 20% unter den Preisen der BpflV liegen²⁶¹. Nach Ansicht des Herz-Zentrums ist dies ein erheblicher Beitrag zur **Kostensenkung** im Krankenhauswesen und trägt somit zur Beitragsstabilität in der Krankenversicherung bei. Auch für das Land Baden-Württemberg wäre die Anerkennung der Klinik kostenneutral, da das Herz-Zentrum als private Klinik auf öffentliche Zuschüsse zur Investitionskostenförderung verzichtet²⁶².

Neben kostengünstigen Leistungen sind in dem Vertrag eine Reihe von **Qualitätssicherungsmaßnahmen** vorgesehen. Damit sollen Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen, sowie hochwertige medizinische Leistungen garantiert werden. So wird bei jeder Maßnahme (außer bei Nottfällen) die Meinung eines externen Fachmediziners eingeholt (sog. "second opinion"). Zum einen wird damit eine bereits getroffene Diagnose bestätigt (Vorteil für den Patienten), zum anderen soll eine "angebotsinduzierte" Nachfrage vermieden werden²⁶³. Jede Behandlung im Herz-Zentrum wird dokumentiert und später von Fachleuten der Kasse, sowie externen medizinischen Spezialisten ausgewertet.

²⁶⁰ Vgl. Bruckenberg 1999a: 19.

²⁶¹ Vgl. Herz-Zentrum 1997: Anlage 1.

²⁶² Persönliches Gespräch des Autors mit dem Direktor des Herz-Zentrums am 21.10.1999.

²⁶³ Unter einer angebotsinduzierten Nachfrage versteht man eine künstlich produzierte Nachfrage, die aufgrund eines Überangebots geschaffen wird.

Dieses Vorgehen trägt zur **Transparenz** im Krankenhauswesen bei. Das Herz-Zentrum ist außerdem verpflichtet, jeden Patienten ohne unnötige Wartezeit²⁶⁴ aufzunehmen. Die Gefahr von Verzögerungen, bzw. die Tendenz einer Risikoselektion zu Lasten der Patienten besteht somit nicht. Das Herz-Zentrum erhebt den Anspruch, bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige Leistungen zu einem günstigen Preis zu erbringen. Aus diesem Grund wird die Klinik von den Ersatzkassen, von niedergelassenen Ärzten, aber auch von großen Teilen der Bevölkerung, sowie von lokalen Politikern und Landtagsabgeordneten unabhängig von ihrer Parteizugehörigkeit unterstützt²⁶⁵.

Das **Sozialministerium Baden-Württemberg** bestreitet die Qualität der medizinischen Leistungen des Herz-Zentrums nicht. Allerdings lehnt es die Klinik aufgrund eines **nicht vorhandenen Bedarfs** ab. Die herzchirurgische Versorgung in Baden-Württemberg decke den Bedarf der Bevölkerung voll ab, während eine zusätzliche Herzklinik in der Region die Existenz bereits bestehender Einrichtungen gefährden würde²⁶⁶. Das Sozialministerium bestätigt, daß Patienten, in deren Stadt das Herz-Zentrum seinen Sitz hat, ein langer Weg in andere Kliniken zugemutet wird. Allerdings gäbe es in anderen Städten eine Vielzahl von Herzkranken, die ebenso lange Wege hätten. Daher wäre die Zulassung des Herz-Zentrums keine Vermeidung einer Benachteiligung der Bürger der Region, sondern vielmehr das "Privileg einer Herzklinik vor der eigenen Haustüre"²⁶⁷. Aus diesem Grund und weil 90% aller Herzoperationen planbar seien, bzw. Notfälle sofort per Hubschrauber in die nächstgelegene Klinik geflogen werden könnten, sei die Wohnortnähe nicht das wichtigste Kriterium für eine leistungsfähige Herzchirurgie²⁶⁸.

²⁶⁴ Vgl. Herz-Zentrum 1997: 3.

²⁶⁵ Vgl. Südkurier 17.9.1999: 21. Dem Autor liegen außerdem Stellungnahmen und Leserbriefe der Befürworter des Herz-Zentrums vor.

²⁶⁶ Vgl. LT-Drucksachen Baden-Württemberg: 12/1767: 2 und 12/3118: 5.

²⁶⁷ Vgl. Sozialministerium Baden-Württemberg 1997: 2.

Diese Argumentation des Sozialministeriums scheint angesichts der Tatsache, daß mit Freiburg, Lahr und Bad Krozingen 3 Herz-Zentren auf engstem Raum betrieben werden, nicht ganz schlüssig. Die Herzklinik in Lahr wurde sogar erst 1994 in den Krankenhausplan aufgenommen, nachdem noch 1993 das Herz-Zentrum in der Bodensee-Region wegen mangelndem Bedarfs von dem Sozialministerium abgelehnt wurde (vgl. Wochenblatt 25.8.99).

²⁶⁸ Vgl. LT-Drucksache Baden-Württemberg: 12/ 1767: 2.

Der Bedarf an einem "chirurgischen Standby" wird verneint, da nur in Ausnahmefällen bei Linksherzkatheter-Untersuchungen Komplikationen auftreten würden. Außerdem könnte die Wirtschaftlichkeit anderer LHKM in der Region beeinträchtigt werden. Deshalb wird auch bestritten, daß das Herz-Zentrum zu einer Kosteneinsparung im Krankenhauswesen führt, denn Überkapazitäten schaffen nach Ansicht des Sozialministerium immer einen **künstlichen Bedarf** und verursachen somit **unnötige Kosten**²⁶⁹. Die günstigen Fallpauschalen des Herz-Zentrums könnten die Folgekosten, die sich durch eine zusätzliche Nachfrage ergäben, nicht ausgleichen. Obwohl Öffentlichkeit und Politik vor allem im Jahr 1998 mit mehreren Aktionen²⁷⁰ erheblichen Druck auf das Sozialministerium ausübten, ist dieses bis heute bei seiner ablehnenden Haltung geblieben.

Wie bereits erwähnt, sind die beiden größten **Krankenkassenverbände** Baden-Württembergs in ihrer Auffassung über das Herz-Zentrum in zwei Lager gespalten. Die AOK Baden-Württemberg, die die übrigen Krankenkassenverbände "federführend" in dem Rechtsstreit gegen das Herz-Zentrum vertritt, lehnt die Anerkennung der Klinik aufgrund eines mangelnden Bedarfs ab²⁷¹. Der **VDAK/ AEV** dagegen setzt sich für die Anerkennung des Versorgungsvertrags ein, den die Ersatzkassen mit dem Herz-Zentrum abgeschlossen haben. Der VDAK/ AEV ist dabei in einer zwiespältigen Situation. Auf der einen Seite hat er sich im Jahr 1997 zusammen mit allen anderen Kassen gegen die Anerkennung eines Versorgungsvertrages, der für alle Kassen gemeinsam und zu gleichen Bedingungen gelten würde, ausgesprochen. Folglich ist die Klage des Herz-Zentrums auf Anerkennung des Vertrages auch gegen die Verbände der Ersatzkassen gerichtet.

²⁶⁹ Vgl. LT-Drucksache Baden-Württemberg 12/1767: 2.

²⁷⁰ Ein extra gegründeter Förderverein legte dem Sozialministerium knapp 20000 Unterschriften von Personen vor, die das Herz-Zentrum unterstützen (vgl. Südkurier Konstanz 6.8.99: 15). Die FDP/ DVP-Fraktion in Baden-Württemberg befürwortete in einem Antrag im Landtag von Baden-Württemberg die Aufnahme des Herz-Zentrums in den Krankenhausplan (vgl. LT-Drucksache Baden-Württemberg: 12/ 3118). Der damalige Wissenschaftsminister von Baden-Württemberg sprach sich in einem Schreiben an den Sozialminister (beide gehören der gleichen Partei an!) für eine Anerkennung des Herz-Zentrums aus (vgl. Schreiben Trotha vom 30. 6.1998). Der Gemeinderat Konstanz verabschiedete einstimmig (!) eine Resolution, in der an das Sozialministerium appelliert wird, das Herz-Zentrum in den Krankenhausplan aufzunehmen (vgl. Südkurier 1.10.1999: 19).

²⁷¹ Vgl. AOK Baden-Württemberg 1998: 13.

Zeitgleich zu der gemeinschaftlichen Ablehnung aller Kassenverbände hat der VDAK/ AEV jedoch einen separaten Versorgungsvertrag, dessen Bedingungen nur für die Versicherten der Ersatzkassen gelten, mit dem Herz-Zentrum abgeschlossen.

5.1.3 Analyse des Fallbeispiels

Die Akteure des Fallbeispiels sind in zwei Lager gespalten. Dem Herz-Zentrum und dem VDAK/ AEV stehen eine Koalition von Sozialministerium und AOK gegenüber. AOK und Sozialministerium sehen den Bedarf an herzchirurgischen Leistungen in Baden-Württemberg gedeckt, weil mit 1070 Operationen pro 1 Mio. Einwohnern im Jahre 1997²⁷² der allgemein anerkannte Bedarf von 1000 Operationen pro 1 Mio. Einwohner übertroffen wird²⁷³. Im Vergleich mit anderen Bundesländern liegt Baden-Württemberg bei der Versorgung mit herzchirurgischen Leistungen an sechster Stelle²⁷⁴. Auch im internationalen Vergleich schneidet Baden-Württemberg nach Ansicht des Sozialgerichts ebenfalls gut ab, da in den europäischen Ländern 1997 durchschnittlich 635 Herzoperationen pro 1 Mio. Einwohner durchgeführt wurden²⁷⁵.

Die **Befürworter** des Herz-Zentrums vergleichen die herzchirurgische Versorgung der "Wohnbevölkerung" Baden-Württembergs mit der Versorgung in anderen Bundesländern. Danach liegt Baden-Württemberg mit 1027 Operationen pro 1 Mio. Einwohnern (Wohnbevölkerung!) an vorletzter Stelle²⁷⁶.

Interessanterweise berufen sich beide Parteien in ihrer Argumentation auf die gleiche Quelle, nämlich auf den "Herzbericht 1998" von Ernst Bruckenberg. Dieser Bericht ist in medizinischen Fachkreisen hoch anerkannt, enthält allerdings keine qualitativen Aussagen über die Versorgungsdichte von herzchirurgischen Leistungen in Baden-Württemberg.

²⁷² Vgl. Bruckenberg 1999a: 60.

²⁷³ Vgl. AOK Baden-Württemberg 1998: 10; Sozialministerium Baden-Württemberg 1997: 1.

²⁷⁴ Vgl. Bruckenberg 1999a: 60.

²⁷⁵ Vgl. Bruckenberg 1999a: 84.

²⁷⁶ Ebenda: 33.

Befürworter und Gegner des Herz-Zentrums definieren jedoch zum einen den Begriff "Bedarf" unterschiedlich und interpretieren zum anderen die Ergebnisse dieses Berichts jeweils zu ihren Gunsten²⁷⁷. Aus diesem Grund wird es auch hier sehr schwer sein, einen **objektiven Bedarf** an medizinischen Leistungen zu ermitteln.

Solange aber ein Bedarf an herzchirurgischen Leistungen nicht nachgewiesen werden kann, wird das Sozialministerium das Herz-Zentrum weiter ablehnen. Wie bereits gezeigt, stehen der Planungsbehörde dabei weitreichende Kompetenzen zur Verfügung, die es ihr ermöglichen, ihre Interessen gegen Krankenhäuser und Krankenkassen durchzusetzen. Dies wird um so leichter möglich sein, wenn die Krankenkassen weiterhin in Befürworter (VDAK/ AEV) und Gegner des Herz-Zentrums (AOK) gespalten sind. Die Interessenambivalenz der Kassenseite wird sich daher weiterhin als ein erheblicher "Bremsklotz" bei der Anerkennung der Klinik erweisen.

Fazit

Das Fallbeispiel Herz-Zentrum deutet nicht darauf hin, daß der Wettbewerb im Krankenhaussektor verstärkt Einzug erhält. Das Herz-Zentrum und der VDAK/ AEV versuchen bisher vergeblich, durch den Abschluß eines separaten Versorgungsvertrages die Vertragsfreiheit im Krankenhaussektor voranzutreiben. Dies scheitert unter anderem daran, weil nur zugelassene Leistungserbringer Modellverträge mit den Krankenkassen abschließen können²⁷⁸. Die Forderung des KHG, die Chancengleichheit von privaten bzw. freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern²⁷⁹ zu gewährleisten, wird daher ebenfalls nicht erfüllt.

Das Herz-Zentrum möchte mit der Klage vor dem Sozialgericht den Abschluß eines Versorgungsvertrages, bzw. die Aufnahme in den Krankenhausplan erzwingen. Auch ein solcher "Kontrahierungszwang" widerspricht einer Liberalisierung des stationären Sektors.

²⁷⁷ Die Gegner des Herz-Zentrums operationalisieren die Versorgungsdichte als Anzahl der Operationen pro 1 Mio. Einwohner (= 1070 Operationen). Während diese Definition auch die in Baden-Württemberg lebenden Personen aus anderen Bundesländern einschließt, werden bei der Definition der "Wohnbevölkerung", wie sie die Befürworter des Herz-Zentrums verwenden, ausschließlich Personen aus dem Land Baden-Württemberg berücksichtigt. Dabei werden Baden-Württemberger, die in diesem Bundesland wohnen und Baden-Württemberger, die in anderen Bundesländern seßhaft sind, zusammengezählt (= 1027 Operationen).
Je nach Definition des Bedarfs erhält man also eine unterschiedliche Versorgungsdichte.

²⁷⁸ Vgl. § 64 Satz 2 SGB V.

²⁷⁹ Vgl. § 1 Abs. 2 KHG.

Durch die Klage vor dem **Sozialgericht** erweitert sich außerdem der Kreis der an der Krankenhausplanung beteiligten Akteure. Neben Staat, Krankenkassen und Krankenhäusern, tritt jetzt ein neuer "objektiver" Akteur mit erheblichen Kompetenzen hinzu. Das Phänomen der **Vielfachsteuerung** im Krankenhaussektor bestätigt sich daher in diesem Fallbeispiel²⁸⁰.

Ebenfalls bestätigt wird die Tatsache, daß der Staat mit Hilfe von gesetzlichen Regelungen versucht, Voraussetzungen für eine höhere Flexibilität im stationären Sektor zu schaffen. Die **Umsetzung** dieser Regelungen zu Gunsten einer marktwirtschaftlicheren Orientierung im Krankenhaussektor wird jedoch in diesem Beispiel durch die unterschiedlichen Interessen der Kassen sowie durch das Land verhindert. Da sich seit 1998 die (sozial)politischen Bedingungen durch den Regierungswechsel auf Bundesebene verändert haben, und das Klageverfahren noch einige Zeit dauern wird, könnten Herz-Zentrum und VDAK/ AEV erneut die Anerkennung eines separaten Versorgungsvertrags im Rahmen eines **Modellvorhabens** beantragen. Dies wäre die Gelegenheit, die Forderung der Regierung nach einer erhöhten Vertragsfreiheit im Krankenhaussektor umzusetzen²⁸¹. Die Anerkennung des Versorgungsvertrages käme zunächst dem Herz-Zentrum zugute, weil dann die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten möglich wäre. Eine höherer Auslastungsgrad und damit höhere Einnahmen würden die Klinik auf wirtschaftlich sichere Beine stellen. Die Verbände der Ersatzkassen bzw. deren Versicherte würden von "exklusiven" Bedingungen (günstige Fallpauschalen, hochwertige Leistungen) profitieren.

Wenn dieser Vertrag aber den Wettbewerb fördert, die Qualität der medizinischen Leistungen anhebt und die Kosten im Krankenhaussektor reduziert, wären die Forderungen des Gesetzgebers erfüllt. Die Überprüfung dieser Ziele wäre durch eine befristete Anerkennung des Vertrages, sowie die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Modellvorhabens durch unabhängige Sachverständige²⁸² möglich.

²⁸⁰ Der große Einfluß, den die Gerichtsbarkeit auf die Krankenhausplanung ausüben kann, zeigt sich u.a. daran, daß im Frühjahr 1999 die private "CardioClinic Hamburg" auf Beschluß des Verwaltungsgerichts Hamburg in den Krankenhausplan aufgenommen werden mußte (vgl. Bruckenberg 1999a: 24). Dagegen hat das Sozialgericht Wiesbaden die Klage eines Herz-Zentrums auf Abschluß eines Versorgungsvertrages abgelehnt (vgl. AOK Baden-Württemberg 1998: 7).

²⁸¹ Die positive Einstellung der rot-grünen Regierung zu mehr Wettbewerb im Krankenhauswesen zeigt sich durch die bereits erwähnten Regelungen der "Krankenhaus-Reform 2000".

²⁸² § 65 SGB V sieht eine solche Auswertung der Modellvorhaben vor.

5.2 Private Kliniken im Kostenvergleich mit öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern

Die Anerkennung des privaten Herz-Zentrums wird gefordert, weil dieses nach Ansicht der Befürworter der Klinik im Vergleich zu anderen Krankenhäusern qualitativ hochwertige Leistungen zu **geringeren Kosten** anbietet. Im folgenden soll untersucht werden, ob diese These allgemein auf den deutschen Krankenhaussektor übertragen werden kann. Zu diesem Zweck wird untersucht, ob private Krankenhäuser kostengünstiger arbeiten als öffentliche bzw. freigemeinnützige Träger²⁸³.

²⁸³ Ein Vergleich der Qualität von medizinischen Leistungen der unterschiedlichen Krankenhausträger ist aufgrund mangelnder Daten im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich.

5.2.1 Kostenvergleich

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die bereinigten Kosten²⁸⁴ der verschiedenen Krankenhausträger je aufgestelltem Bett, je Pflgetag sowie je Behandlungsfall im Jahr 1997.

Tabella 5: Kosten der Krankenhäuser im Jahr 1997

Kosten	Krankenhausträger		
	Öffentlich	Freigem.	Privat
je aufgestelltem Bett	181 039 DM	150 675 DM	149 863 DM
je Pflgetag	612 DM	520 DM	511 DM
je Behandlungsfall	6 328 DM	5 486 DM	5 627 DM

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1999a: 13

Die Abbildung macht deutlich, daß private Kliniken im Vergleich zu den anderen Krankenhausträgern durchschnittlich geringere Kosten aufweisen. Lediglich die Kosten je Behandlungsfall sind bei freigemeinnützigen Trägern geringer als bei privaten Kliniken. Die Höhe der Kosten variieren jedoch zum Teil erheblich mit der **Größe** der Krankenhäuser. Beispielsweise betragen bei öffentlichen Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten die Kosten pro Bett 212 683,- DM, während es bei einer Bettenanzahl unter 100 lediglich 118 220,- DM waren²⁸⁵.

²⁸⁴ Bereinigte Kosten sind die pflegesatzfähigen Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und ergeben sich aus der Differenz zwischen Netto-Gesamtkosten und den Abzügen. Abzüge sind Kosten für Leistungen, die nicht über Pflegesätze vergütet werden (vgl. Statistisches Bundesamt 1999a: 7). Das Statistische Bundesamt gibt bei Kostenvergleichen zwischen den Krankenhausträgern aus Gründen der besseren Vergleichbarkeit die bereinigten Kosten an. Daher werden auch in der vorliegenden Arbeit immer die bereinigten Kosten verwendet. Die Kosten von Krankenhäusern setzen sich zusammen aus Personalkosten (zwei Drittel) und Sachkosten (ein Drittel).

²⁸⁵ Eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998b: 27 und 1999a: 17.

Die entsprechenden Werte für die freigemeinnützigen Träger waren 175 538,- DM und 125 960,- DM. Auch bei den privaten Krankenhäusern sinken die Kosten pro Bett mit abnehmender Bettenanzahl. Hier beliefen sich die Kosten bei Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten auf 163 777,- DM pro Bett. Bei einer Bettenanzahl unter 100 waren es nur noch 136 191,- DM.

Die Kosten der Krankenhäuser hängen demnach von der Anzahl der Betten ab.

Aus diesem Grund werden die aggregierten Daten der Tabelle 5 in dem folgenden Kostenvergleich aufgeschlüsselt, indem die Krankenhäuser in verschiedene Größenkategorien eingeteilt werden.

Tabelle 6: Kosten je aufgestelltem Bett im Jahr 1997

Krankenhäuser nach Bettenzahl	Kosten nach Trägern			Vorteil (+) privat gegenüber	
	Öffentlich	Freigem.	Privat	Öffentlich	Freigem.
unter 100 Betten	118 220 DM	125 960 DM	136 191 DM	- 17 971 DM	- 10 231 DM
100–200 Betten	137 285 DM	140 564 DM	143 974 DM	- 6 689 DM	- 3 410 DM
200–500 Betten	149 592 DM	147 013 DM	170 203 DM	- 20 611 DM	- 23 190 DM
über 500 Betten	212 682 DM	175 538 DM	163 777 DM	+ 48 905 DM	+ 11 761 DM

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998b: 27 und 1999a: 17

Tabelle 7: Kosten je Pflage tag im Jahr 1997

Krankenhäuser nach Bettenzahl	Kosten nach Trägern			Vorteil (+) privat gegenüber	
	Öffentlich	Freigem.	Privat	Öffentlich	Freigem.
unter 100 Betten	425 DM	438 DM	492 DM	- 67 DM	- 54 DM
100–200 Betten	473 DM	487 DM	480 DM	- 7 DM	+ 7 DM
200–500 Betten	515 DM	511 DM	571 DM	- 56 DM	- 60 DM
über 500 Betten	707 DM	589 DM	527 DM	+ 180 DM	+ 62 DM

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998b: 36 und 1999a: 17

Tabelle 8: Kosten je Behandlungsfall im Jahr 1997

Krankenhäuser nach Bettenzahl	Kosten nach Trägern			Vorteil (+) Privat gegenüber	
	Öffentlich	Freigem.	Privat	Öffentlich	Freigem.
unter 100 Betten	4 575 DM	5 337 DM	4 577 DM	+ 2 DM	+ 760 DM
100–200 Betten	4 821 DM	5 384 DM	6 134 DM	- 1 313 DM	- 750 DM
200–500 Betten	5 279 DM	5 345 DM	6 902 DM	- 1 623 DM	- 1 557 DM
über 500 Betten	7 356 DM	5 980 DM	5 354 DM	+ 2 002 DM	+ 626 DM

Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998b: 37 und 1999a: 17

Die drei Tabellen zeigen, daß bei allen Trägern mit einer Anzahl von über 500 Betten die Kosten am höchsten sind.

Ein entscheidender **Kostenvorteil** privater Kliniken gegenüber den beiden anderen Trägern ist nur in **dieser Kategorie** zu erkennen. Außer bei einer Bettenanzahl von über 500 weisen private Kliniken lediglich noch bei einer Größe von unter 100 Betten geringere Kosten gegenüber öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern auf.

Bei einer Anzahl von 100 – 200 Betten ist der Kostenvorteil privater gegenüber freigemeinnützigen Trägern mit einer Höhe von 7,- DM sehr gering. Der hohe Kostenvorteil privater Krankenhäuser (vgl. Tabelle 5) resultiert daher beinahe ausschließlich aus den vergleichsweise niedrigen Kosten der Kategorie über 500 Betten. Allerdings gibt es nur sechs²⁸⁶ private Krankenhäuser dieser Größe, was einem Anteil von lediglich 1,57% aller privaten Kliniken entspricht²⁸⁷. Demgegenüber haben 21,4% aller öffentlichen Krankenhäuser und immerhin 8,0% aller freigemeinnützigen Kliniken eine Bettenanzahl von über 500. Da in dieser Kategorie jedoch die Kosten mit Abstand am höchsten sind, schneiden öffentliche und freigemeinnützige Träger bei den aggregierten Daten im Vergleich zu den privaten Krankenhäusern so schlecht ab.

Als Ergebnis des Kostenvergleichs ist festzuhalten, daß private Kliniken in allen Größenkategorien außer bei einer Bettenanzahl von über 500 im Vergleich zu öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern höhere Kosten aufweisen. Da 98,43% aller privaten Krankenhäuser eine Bettenanzahl von unter 500 haben, kann man insgesamt nicht von einer Kostenersparnis im Krankenhaussektor durch private Kliniken sprechen.

²⁸⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt 1999a: 17.

²⁸⁷ Eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1999a: 17.

Die privaten Krankenhäuser schneiden auch bei einem Vergleich des **Bettennutzungsgrades** und der **Verweildauer** im Verhältnis zu den öffentlichen, bzw. freigemeinnützigen Trägern nicht besser ab:

Tabelle 9: Bettennutzungsgrad und Verweildauer im Jahr 1997

Krankenhäuser nach Bettenzahl	Nutzungsgrad nach Trägern			Verweildauer nach Trägern		
	Öffentlich	Freigem.	Privat	Öffentlich	Freigem.	Privat
unter 100 Betten	76,2%	78,8%	75,8%	10,8%	12,2%	9,3%
100 – 200 Betten	79,5%	79,1%	82,2%	10,2%	11,1%	12,8%
200 – 500 Betten	79,5%	78,9%	81,7%	10,2%	10,5%	12,1%
über 500 Betten	82,4%	81,6%	85,2%	10,4%	10,1%	10,2%
alle	81,0%	79,4%	80,3%	10,3%	10,6%	11,1%

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998a: 36f. Die markierten Zahlen weisen auf einen Vorteil privater Träger gegenüber öffentlichen und freigemeinnützigen hin.

Der durchschnittliche Bettennutzungsgrad privater Träger übersteigt den der freigemeinnützigen lediglich um 0,9% und liegt um 0,7% unter dem der öffentlichen Träger (letzte Zeile der Tabelle).

Die durchschnittliche Verweildauer in privaten Krankenhäusern ist insgesamt um 0,7 bzw. 0,4 Tage höher als bei öffentlichen bzw. freigemeinnützigen Krankenhäusern. Eine deutlich geringere Verweildauer, die auf Wirtschaftlichkeitsreserven schließen lassen könnte, ist lediglich bei einer Anzahl von unter 100 Betten zu erkennen.

Für eine Kostenersparnis durch private Krankenhäuser spricht, daß nur 59% aller privaten Krankenhäuser Investitionskostenzuschüsse von den Ländern erhalten²⁸⁸. Im Gegensatz dazu werden 93% aller öffentlichen und 98% aller freigemeinnützigen Träger öffentlich gefördert²⁸⁹. Da die Fördermittel insgesamt 6,87 Mrd. DM betragen, die Gesamtkosten der Krankenhäuser aber 95,22 Mrd. DM aufweisen²⁹⁰, spielt die Investitionskostenförderung durch die Länder bei der Deckung der Gesamtkosten eine eher untergeordnete Rolle. Zudem verzichten private Kliniken häufig von sich aus zu Gunsten einer größeren unternehmerischen Entscheidungsfreiheit auf die öffentliche Förderung und machen Investitionsvorhaben nicht von den Zuschüssen der Länder abhängig²⁹¹.

Insgesamt läßt der Kostenvergleich zwischen den verschiedenen Krankenhausträgern eine effizientere und somit kostengünstigere Leistungserbringung durch private Krankenhäuser nicht erkennen. Die These, wonach private Kliniken mit ihrer marktwirtschaftlichen Orientierung zu einer kostengünstigeren Krankenhausversorgung beitragen können, bestätigt sich daher nicht.

²⁸⁸ Eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998b: 26.

²⁸⁹ Eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1998b: 26.

²⁹⁰ Eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamtes 1999a: 16 und der DKG 1998: 76f.

²⁹¹ Vgl. Neubauer 1999: 178.

6. Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit hat die derzeit gravierendsten Probleme in der deutschen Krankenhausplanung dargestellt und analysiert. Die Defizite im Bereich der Steuerung und der Finanzierung des Krankenhausesektors standen dabei im Vordergrund. Ziel war es, herauszufinden, inwieweit die Krankenhausplanung einen Weg zur freien Marktwirtschaft eingeschlagen hat, bzw. inwieweit eine marktwirtschaftliche Orientierung einen Beitrag zu einer bedarfsgerechteren und kostengünstigeren Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen beitragen kann.

Die geschichtliche Entwicklung der deutschen Krankenhausplanung gibt einen ersten Hinweis darauf, daß die Kompetenzen der Länder im Laufe der Zeit beschnitten und gleichzeitig die Selbstverwaltungsorgane von Krankenhäusern und Krankenkassen gestärkt wurden. Damit ist eine wichtige Voraussetzung für ein flexibles, eigenverantwortliches Handeln der Vertragspartner gegeben. Allerdings wurde bereits hier deutlich, daß die Länder nicht bereit sind, sich aus der Steuerung des Krankenhausesektors vollständig zurückzuziehen, denn sie behalten sich weiterhin das Letztentscheidungsrecht vor. Der Bund ist mit seiner Gesetzgebungskompetenz weiterhin in der Lage, Einfluß auf die Regulierung des stationären Bereichs auszuüben und wird von diesem Recht auch weiterhin Gebrauch machen.

Immer mehr zieht sich der Staat bei der **Finanzierung** des Krankenhausesektors zurück. Die Kostendämpfungspolitik, der Rückzug des Bundes aus der Mischfinanzierung, sowie der Rückgang der Investitionskostenförderung der Länder seit Beginn der 90er Jahre²⁹² sprechen einerseits für das Kosten-Interesse des Staates bzw. für das "Interesse des Staates an sich selbst", andererseits auch dafür, daß Krankenhäuser und Krankenkassen in Zukunft eigene Konzepte zu einer effizienteren Leistungserbringung entwickeln werden müssen. Die zunehmende Zahl privater Krankenhäuser und die Weiterentwicklung eines leistungsgerechten Vergütungssystems sind weitere Hinweise für eine marktwirtschaftlichere Orientierung im Krankenhausesektor. Die angesprochene Strukturkontinuität des deutschen Sozialstaats wird jedoch dafür sorgen, daß es zunächst lediglich bei einer solchen "Orientierung" bleiben wird.

²⁹² Die Investitionskostenzuschüsse der Länder sind im Zeitraum von 1992 – 1998 von 7,5 Mrd. DM auf 6,8 Mrd. zurückgegangen (eigene Berechnungen auf Grundlage der Daten der DKG 1998: 76f).

Auch das Fallbeispiel in Kapitel 5 hat gezeigt, daß die deutsche Krankenhausplanung in der Realität von einer freien Marktwirtschaft weit entfernt ist. Die Betrachtung der marktwirtschaftlichen Steuerung des Krankenhausesektors in den USA hat allerdings deutlich gemacht, daß auch der Wettbewerb kein "Allheilmittel" zur Lösung der Probleme im stationären Sektor sein kann.

Charakteristisch für die Steuerung der deutschen Krankenhausplanung ist weder eine zentrale staatliche Planung, noch eine Regulierung durch den freien Wettbewerb. Vielmehr bestätigt sich auch hier das Konzept der **sozialen Marktwirtschaft**, das typisch für den deutschen Sozialstaat ist. Diese "Policy of the middle Way"²⁹³, gilt es so weiterzuentwickeln, daß das konflikträchtige Ziel einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen, gleichzeitig aber auch finanzierbaren Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen erreicht werden kann.

²⁹³ Manfred G. Schmidt charakterisiert so die Entwicklungsgeschichte des deutschen Sozialstaates seit 1945 (vgl. ausführlich dazu: Schmidt: 1987).

Literatur:**Abbott, Thomas A., 1995:**

Health Care Policy And Regulation, Newark, New Jersey 1995.

Alber, Jens, 1992:

Das Gesundheitswesen der BRD. Frankfurt am Main, New York.

Alber, Jens/ Brigitte Bernardi-Schenkluhn, 1992:

Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Frankfurt am Main.

AOK Baden-Württemberg, 1998:

Schreiben vom 31.7.1998 an das Sozialgericht Stuttgart.

AOK Baden-Württemberg, 1999:

Schreiben vom 19.7.1999 an das Sozialgericht Stuttgart.

AOK-Bundesverband, 1999a:

Anforderungen der AOK an die Gesundheitsreform 2000. Veröffentlichung im Internet unter: <http://www.aok.de>.

AOK-Bundesverband, 1999b:

Kapazitätsabbau und Wirtschaftlichkeitsreize im Krankenhaus angemahnt. Pressemitteilung des AOK-Bundesverbandes vom 1.2.1999. Veröffentlichung im Internet unter: <http://www.aok.de>.

Arnold, Michael, 1998:

Gibt es das: Bedarfsgerechtigkeit? In: Michael Arnold/ Dieter Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '98. Stuttgart: 51-58.

Arnold, Michael/ Dieter Paffrath (Hrsg.), 1993:

Krankenhausreport '93. Stuttgart.

Arnold, Michael/ Dieter Paffrath (Hrsg.), 1994:

Krankenhausreport '94. Stuttgart.

Arnold, Michael/ Dieter Paffrath (Hrsg.), 1995:

Krankenhausreport '95. Stuttgart.

Arnold, Michael/ Dieter Paffrath (Hrsg.), 1996:

Krankenhausreport '96. Stuttgart.

Arnold, Michael/ Dieter Paffrath (Hrsg.), 1997:

Krankenhausreport '97. Stuttgart.

Arnold, Michael/ Dieter Paffrath (Hrsg.), 1998:

Krankenhausreport '98. Stuttgart.

Behrends, Behrend/ Karl Heinz Hölzer/ Heinz Lohmann, 1986:

Morbiditätsorientierte Krankenhausbedarfsplanung - Möglichkeiten und Grenzen.
Lüneburg.

Behrens, Johann/ Bernard Braun/ James Morone/ Deborah Stone (Hrsg.), 1996:

Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland. Baden-Baden.

Beske, Fritz/ Josef G. Brecht/ Andrea-Marina Reinkemeier, 1995:

Das Gesundheitswesen in Deutschland. Köln.

Beske, Fritz/ Johannes F. Hallauer, 1999:

Das Gesundheitswesen in Deutschland - Struktur-Leistung-Weiterentwicklung,
3. Auflage. Köln.

Beske, Fritz/ Claus Michel, 1998:

Bedarf und Überkapazität im Gesundheitssystem. In: Michael Arnold/ Dieter Paffrath
(Hrsg.): Krankenhausreport '98. Stuttgart: 59-79.

Blüm, Norbert, 1989:

Revolutionäre Veränderungen sind nicht notwendig. In: Bernd H. Mühlbauer (Hrsg.): Krankenhaus der Zukunft. Ulm: 134 – 137.

Bruckenberg, Ernst, 1978:

Planungsanspruch und Planungswirklichkeit im Gesundheitswesen. Am Beispiel Krankenhaus. Köln.

Bruckenberg, Ernst, 1989:

Dauerpatient Krankenhaus - Diagnosen und Heilungsansätze. Freiburg.

Bruckenberg, Ernst 1997a:

Krankenhausplanung vor und nach dem GSG. In: Das Krankenhaus 5: 238-244.

Bruckenberg, Ernst, 1997b:

Sektorenübergreifende Kooperation statt sektoraler Optimierung. In: Krankenhaus Umschau 12: 965-970.

Bruckenberg, Ernst, 1998:

Herzbericht 1997 mit Transplantationschirurgie. 10. Bericht des Krankenhausausschusses der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder (AOLG, ehem. AGLMB). Hannover.

Bruckenberg, Ernst, 1999a:

Herzbericht 1998 mit Transplantationschirurgie. 11. Bericht des Krankenhausausschusses der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder (AOLG, ehem. AGLMB). Hannover.

Bruckenberg, Ernst, 1999b:

Wende oder hektischer Stillstand? In: Krankenhaus Umschau 5: 322-329.

Bruckenberg, Ernst/ Heinz-Helmut Runge, 1999:

Tatsächlicher oder gewünschter Bedarf an Krankenhausbetten. In: Das Krankenhaus 5: 276-280.

Buchholz, Werner, 1983:

Krankenhäuser im Wettbewerb. Berlin.

Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.), 1997:

Daten des Gesundheitswesens. Baden-Baden.

Bundesministerium für Gesundheit, 1997:

Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1996. Statistischer und finanzieller Bericht. Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit, 1999a:

Eckpunkte zur Gesundheits-Reform 2000. Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit, 1999b:

Warum wir die Strukturen der gesundheitlichen Versorgung verändern müssen. – Erläuterungen zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform 2000. Bonn.

Bundestags-Drucksache 10/3374:

Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Bonn: 22.5.1985.

Bundestags-Drucksache 11/3267:

Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung". Bonn: 7.11.1988.

Bundestags-Drucksache 11/6380:

Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung". Bonn: 12.2.1990.

Bundestags-Drucksache 11/7527:

Sozialbericht 1990. Bonn: 29.6.1990.

Bundestags-Drucksache 14/1245:

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). Bonn: 23.6.1999.

Burdich, Manfred, 1997:

Das schwedische Gesundheitswesen.

In: Die Schwester - der Pfleger 10: 814-818.

Cobb, Roger/ Jennie Keith-Ross/ Marc Howard Ross, 1976:

Agenda Building as a Comparative Political Process. In: American Political Science Review 70: 126-138.

Cutler, David M./ Jill R. Horwitz, 1998:

Converting Hospitals From Not-For Profit To For-Profit Status: Why and What Effects? Cambridge, USA.

Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1994:

Zahlen, Daten, Fakten '94/95. Düsseldorf.

Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1998:

Zahlen, Daten, Fakten '98. Düsseldorf.

Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1999a:

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Weiterentwicklung im Gesundheitswesen. Düsseldorf.

Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1999b:

Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Ohne Ortsangabe.

Dietz, Otmar/ Werner Bofinger:

Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht. Loseblattausgabe. Wiesbaden.

Döhler, Marian, 1990:

Gesundheitspolitik nach der "Wende". Berlin.

Drache, Daniel/ Terry Sullivan, 1999:

Market Limits in Health Reform - Public success, private failure. London, New York.

Düllings, Josef, 1996:

Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Heidelberg.

Düllings, Josef, 1999:

Krankenhäuser in Europa - Zahlen, Fakten, Trends. Hachenburg.

Eichhorn, Siegfried, 1975:

Krankenhausbetriebslehre. Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes.
Band I. 3. Auflage. Köln.

**Ferber, Christian, von/ Uwe E. Reinhardt/ Hans Schaefer/ Theo Thiemeyer/
Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), 1985:**

Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen. München.

Fickel, Norman, 1995:

Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik auf die Ausgaben der Gesundheit. Frankfurt am Main.

Firnkorn, Hans-Jürgen, 1997:

Die Verbindung von stationärer und ambulanter Versorgung. In: Michael Arnold/
Dieter Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '97. Stuttgart : 127-140.

Fischer, Andrea, 1999:

Das Geld folgt der Leistung. In: Das Krankenhaus 7: 428-432.

**Freie und Hansestadt Hamburg – Behörde für Arbeit, Gesundheit
und Soziales, 1990:**

Krankenhausplan 1995. Hamburg.

Gräb, Christopher, 1998:

Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 1996.

In: Michael Arnold/ Dieter Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '98. Stuttgart: 213-229.

Greenberg, Warren, 1998:

The Health Care Marketplace. New York.

Gronemann, Josef, 1988:

Die Kooperation zwischen Krankenhäusern. Köln.

Grünwald, Christa/ Albin Krcal, 1994:

Was wird aus der Reform des niederländischen Gesundheitswesens? In: Österreichische Krankenhaus-Zeitung 9: 353-359.

Hauke, Eugen (Hrsg.), 1995:

Leistungsorientierte Planung im Krankenhaus. Wien.

Heinze, Meinhard/ Volker Wagner (Hrsg.), 1989:

Die Schiedsstelle des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Köln, München.

Heisler, Werner J., 1989:

Das Krankenhauswesen der Niederlande - Gegenwart und Zukunft. In: Krankenhaus Umschau 9: 725-728.

Herder-Dorneich, Philipp/ Jürgen Wasem, 1986:

Krankenhausökonomik zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden.

Herz-Zentrum, 1997:

Versorgungsvertrag mit dem VDAK/ AEV (nicht in Kraft getreten).

Herz-Zentrum, 1998:

Schreiben vom 19.5.1998 an das Sozialgericht Stuttgart.

Hoffmann, Hermann, 1985:

Zur Situation des Krankenhauswesens in der BRD. Düsseldorf.

Hollingsworth, Joseph Rogers/ Ellen Jane Hollingsworth, 1987:

Controversy about American Hospitals. Washington, D.C.

Hoppe, Jörg-Dietrich, 1998:

Überkapazitäten im Krankenhaus. In: Michael Arnold/ Dieter Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '98. Stuttgart: 13-16.

Huber, Manfred/ Aynur Köse/ Markus Schneider, 1993:

Wirtschaftlichkeit und Leistungsniveau deutscher Krankenhäuser im internationalen Vergleich. Augsburg.

Institut der deutschen Wirtschaft Köln:

Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland. Jahrgänge 1987-1999. Essen.

Karl, Peter A., 1999:

Varianten der Privatisierung kommunaler Allgemeinkrankenhäuser. Köln.

Kirchhoff, Konrad, 1989:

Der Einfluß der Altersstruktur der Bevölkerung auf die staatliche Krankenhausplanung dargestellt an der medizinischen Versorgung in einem Krankenhaus der Grundversorgung. Dissertation. München.

Kistner, Klaus-Peter/ Marion Steven, 1994:

Betriebswirtschaftslehre im Grundstudium. Heidelberg.

Knieps, Franz, 1996:

Kooperative Versorgungs- und Versicherungsmodelle – Vom Hausarztmodell zur Qualitätspartnerschaft. In: Josef Düllings: Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Heidelberg: 89-106.

Koselowski, Gerd/ Helga Koselowski, 1999:

Krankenhausentwicklung. In: Das Krankenhaus 5: 329-330.

Krukemeyer, Hartmut, 1988:

Entwicklung des Krankenhauswesens und seiner Strukturen in der BRD. Bremen.

Kruse, Jürgen, 1997:

Das Krankenversicherungssystem der USA. Baden-Baden.

Landesregierung Baden-Württemberg:

Krankenhausbedarfsplan Stufe 1, 1977.

Krankenhausbedarfsplan II, 1982.

Krankenhausplan III, Allgemeiner Teil, 1989.

Krankenhausplan III, Besonderer Teil, 1994.

Landtag Baden-Württemberg:

Landtags-Drucksache 12/1767: Herzlinik Konstanz. Stuttgart: 16.7.1997.

Landtag Baden-Württemberg:

Landtags-Drucksache 12/1804: Stellen Ersatzkassen die Krankenhausplanung in Frage? Stuttgart: 22.7.1997.

Landtag Baden-Württemberg:

Landtags-Drucksache 12/3118: Situation der Herzchirurgie in Baden-Württemberg unter besonderer Berücksichtigung des Standorts Konstanz. Stuttgart: 27.7.1998.

Lang, Herbert, 1997:

Erfolgsfaktoren privater Krankenanstalten. Köln.

Lehner, Karl, 1996:

Das Gesundheitswesen der USA – Zahlen und Fakten. In: Alfred Radner (Hrsg.): Periphere Auswirkungen einer leistungsbezogenen Finanzierung der Krankenanstalten. Linz: 129-141.

Leidl, Reiner. (Hrsg.), 1998:

Health Care and its Financing in the Single European Market. Amsterdam.

Leinz, Christoph, 1994:

Die stationäre Krankenversorgung in den neuen Bundesländern. Konstanz.

Mayntz, Renate, 1980:

Die Entwicklung des analytischen Paradigmas der Implementationsforschung. In: Renate Mayntz (Hrsg.): Implementation politischer Programme: Empirische Forschungsberichte. Opladen: 1-19.

Mayntz, Renate, 1983:

Zur Einleitung: Probleme der Theoriebildung in der Implementationsforschung. In: Renate Mayntz (Hrsg.): Implementation politischer Programme II. Opladen: 7-24.

Mayntz, Renate, 1987:

Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme - Anmerkungen zu einem theoretischen Paradigma. In: Thomas Ellwein/ Joachim Jens Hesse/ Renate Mayntz/ Fritz W. Scharpf (Hrsg.): Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft. Baden-Baden: 89-110.

Mayntz, Renate, 1990:

Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: Staatswissenschaften und Praxis 3: 283-305.

Most, Edgar/ Margit Johne, 1998:

Die private Finanzierung verhilft auch dem öffentlichen Krankenhaus zum Erfolg. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 6: 466.

Müller, Joachim, 1999:

Das niederländische Gesundheitssystem – Modell für Deutschland? In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2: 20-32.

Murswieck, Axel, 1998:

Die Sozialpolitik der USA: ein Weg für die Zukunft? In: Aus Politik und Zeitgeschichte 19: 33-45.

Neubauer, Günter/ Marcus Breu, 1999:

Budgetäre Auswirkungen von Verweildauerreduktionen. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2: 112-117.

Neubauer, Günter, 1999:

Private im Vormarsch! In: Krankenhaus Umschau 3: 175-179.

Oberender, Peter (Hrsg.), 1992:

Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen. Baden-Baden.

Oberhofer, Thomas, 1993:

Privatisierung - Modell für das kommunale Krankenhaus von morgen?
Diplomarbeit. Konstanz.

OECD, 1997:

OECD Wirtschaftsberichte 1996-1997 - Deutschland.

OECD, 1998:

OECD Health Data 1998. CD-ROM.

Ossen, Peter, 1999:

Ostdeutsche Krankenhäuser wehren sich gegen krasse Unterfinanzierung. In: Das Krankenhaus 5: 271-274.

Pfaff, Martin/ Dietmar Wassener, 1995:

Das Krankenhaus im Gefolge des Gesundheits-Struktur-Gesetzes 1993.
Baden-Baden.

Preiser, K., 1986:

Planung für Morgen mit Instrumenten von gestern? Kritik der derzeitigen Bedarfsplanung und Einordnung von Ansatzpunkten für ein neues Instrumentarium. In: Behrend Behrends/ Karl Heinz Hölzer/ Heinz Lohmann (Hrsg.): Morbiditätsorientierte Krankenhausbedarfsplanung – Möglichkeiten und Grenzen. Lüneburg: 24-38.

Preusker, Uwe K., 1996:

Gesundheitssysteme in Skandinavien. Bergisch Gladbach.

Radner, Alfred (Hrsg.), 1996:

Periphere Auswirkungen einer leistungsbezogenen Finanzierung der Krankenanstalten. Linz.

Robert Bosch Stiftung, 1987:

Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung – Kommissionsbericht Teil I. Gerlingen.

Robert Bosch Stiftung, 1990:

Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung – Kommissionsbericht Teil II. Gerlingen.

Rosewitz, Bernd/ Douglas Webber, 1990:

Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt am Main/ New York.

Rothfuß, Andreas M., 1997:

Das Gesundheitswesen in den USA - Reformoption für die Bundesrepublik Deutschland? Göttingen.

Rüschmann, Hans-Heinrich, 1998:

Neuorientierung der Krankenhausplanung – Staatlicher Dirigismus im Planungssystem versus Wettbewerbselemente im Finanzierungssystem. In: Michael Arnold/ Dieter Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '98. Stuttgart: 109-135.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1987:

Jahresgutachten 1987. Medizinische und Ökonomische Orientierung. Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1988:

Jahresgutachten 1988. Medizinische und Ökonomische Orientierung. Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1989:

Jahresgutachten 1989. Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1990:

Jahresgutachten 1990. Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1991:

Jahresgutachten 1991. Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Bonn.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1994:

Sachstandsbericht 1994. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1995:

Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1996:

Sondergutachten 1996. Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1997:

Sondergutachten 1997. Baden-Baden.

Saed-Hedayatiy, Babak, 1995:

Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser. Hamburg.

Schäfer, Thomas/ Radegunde Schmidt/ Hans-Werner Wachtel, 1984:

Studienergebnis Nr. 313. Gutachten über die Entwicklung der Bedarfsdeterminanten für die Fortschreibung des Krankenhausbedarfsplans. Friedrichshafen.

Scharpf, Fritz W., 1988:

Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.): Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen. Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19. Opladen: 61-87.

Schmid, Günther/ Bernd Reissert, 1988:

Machen Institutionen einen Unterschied? Finanzierungssysteme der Arbeitsmarktpolitik im internationalen Vergleich. In: Manfred G. Schmid (Hrsg.): Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen. Politische Vierteljahresschrift Sonderheft 19. Opladen: 284-305.

Schmidt, Karl-Josef/ Peter Pfaffenberger, 1997:

Krankenhausplanung – 85% Auslastung: Illusion oder Wirklichkeit? In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 5: 384-390.

Schmidt, Manfred G., 1987:

The Policy of the Middle Way. In: Journal of Politic 7: 135-177.

Schmidt, Peter, 1994:

Das Medicare-DRG-Krankenhausfinanzierungssystem: Warnende Hinweise für das deutsche Entgeltsystem. In: Michael Arnold/ Dieter Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '94. Stuttgart: 39-55.

Schneider, Markus, 1995:

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Augsburg.

Schneider, Markus, 1998:

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Übersichten 1997. Augsburg.

Sollmann, Susanne, 1993:

Die aktuelle Krankenhaussituation in den neuen Bundesländern. In: Michael Arnold/ Dieter Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '93. Stuttgart: 222-229.

Sozialministerium Baden-Württemberg, 1997:

Stellungnahme vom 11.12.1997 zur Herzchirurgie in Konstanz.

Spiegelhalter, Bernhard, Franz Spiegelhalter, 1983:

Wirtschaftliche Krankenhausplanung und –finanzierung. Freiburg.

Stackelberg, Johann-Magnus, 1995:

Ambulantes Operieren – Eine Zwischenbilanz. In: Michael Arnold/ Dieter Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '95. Stuttgart: 39-47.

Statistisches Bundesamt, 1998a:

Gesundheitsbericht für Deutschland. Kurzfassung. Stuttgart.

Gesundheitsbericht für Deutschland. Ausführliche Fassung. Veröffentlichung im Internet unter: <http://www.gbe-bund>.

Statistisches Bundesamt, 1998b:

Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1997. Stuttgart.

Statistisches Bundesamt, 1999a:

Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.3: Kostennachweis der Krankenhäuser 1997. Stuttgart.

Statistisches Bundesamt, 1999b:

Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe S. 2: Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1996. Stuttgart.

Stillfried, Dominik, von/ Eleni Jelastopulu, 1997:

Zu den Hintergründen des Themas "Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung". In: Michael Arnold/ Dieter Paffrath (Hrsg.): Krankenhausreport '97. Stuttgart: 21-34.

Südkurier Konstanz:

Ausgaben vom 6.8.1999; 17.9.1999; 1.10.1999.

Swertz, Paul/ Johannes Möller/ Wolfgang Butthof/ Gregor Viethen, 1998:

Akkreditierung und Zertifizierung von Krankenhäusern im Ausland. Baden-Baden.

Trill, Roland, 1996:

Krankenhaus-Management. Berlin.

Trotha, Klaus von, 1998:

Schreiben vom 30.6.1998 an den damaligen Sozialminister Baden-Württembergs Erwin Vetter.

Tuschen, Karl Heinz/ Michael Quaas, 1998:

Bundespfllegesatzverordnung: Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung. 4. Auflage. Stuttgart.

Verband der Angestellten-Krankenkassen/ Arbeiter-Ersatzkassenverband (VDAK/ AEV), 1999:

Forderungen der Ersatzkassen zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Veröffentlichung im Internet unter: <http://www.vdak-aev.de>.

Vetter, Erwin, 1998:

Schreiben vom 12.8.1998 an den Wissenschaftsminister Baden-Württembergs Klaus von Trotha.

Wiemeyer, Joachim, 1984:

Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung in der BRD. Berlin.

Wiley, Miriam M., 1998:

Hospital Financing in Selected Member States of the European Union. In: Reiner Leidl (Hrsg.): Health Care and its Financing in the Single European Market. Amsterdam: 167-179.

Wochenblatt, 1999:

Ausgabe vom 25.8.1999.