

Anhang 2. Das Krankenhaus

In diesem Abschnitt wird das nahe Umfeld des Krankenhauses beschrieben. Dabei geht es im Wesentlichen um die Wettbewerbssituation und die Änderungen der Finanzierungsgesetze der Krankenhäuser. Der Begriff des Krankenhauses wird aus den gesetzlichen Aufgabenzuweisungen heraus konkretisiert. Nach der Typologie und Zweckbestimmung werden die Beziehungen zu anderen Akteuren im System der Gesundheitsversorgung dargestellt und wichtige Anforderungen an das Krankenhaus herausgearbeitet.

2.1. Der Begriff Krankenhaus

Insgesamt bezieht sich diese Arbeit auf alle „Krankenhäuser“, unabhängig von ihrer Definition. Es sollen nur die zwei gängigsten rechtlichen Definitionen zur Einordnung des Begriffs „Krankenhaus“ gegeben werden.

§ 2 Nr. 1 KHG¹ definiert Krankenhäuser als Einrichtungen,

„... in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfestellung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Patienten untergebracht und gepflegt werden können.“

Die genannte Begriffsbestimmung ist für die Krankenhausfinanzierung und die Steuerbegünstigung als Zweckbetrieb von Bedeutung. Auf dieser Definition basierend, werden durch § 107 Abs.1 Nr.2 SGB V weitere Merkmale ergänzt. Dieses gilt insbesondere hinsichtlich der fachlich-medizinischen Leitung und der diagnostischen und therapeutischen Ausstattung der Einrichtung.² Hierdurch sollen Merkmale festgelegt werden, welche Einrichtungen zur stationären Versorgung von Kassenpatienten zugelassen werden können.³

Eine Typisierung⁴ der Krankenhäuser erfolgt nach der

- **Verweildauer**
Akut- und Sonderkrankenhäuser,
- **ärztlich-pflegerischen Zielsetzung**
Allgemein- und Fachkrankenhäuser
- **ärztlichen Besetzung**
Beleg- und Anstaltskrankenhäuser,

¹ Bundesministerium für Gesundheit (2000:o.A.)

² vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (1998:416)

³ vgl. Kaschny (1998:23)

⁴ Kaschny (1998:31)

- Art der Trägerschaft
öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser,
- Rolle in der Krankenhausplanung und -finanzierung
Plankrankenhäuser und außerplanmäßige Krankenhäuser und
- Krankenhausplanung
Krankenhäuser der Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Zentralversorgung und
- Unterscheidung der Ausbildungsaufgaben
Universitätskrankenhaus, Akademisches Lehrkrankenhaus⁵.

2.2. Zweckbestimmung des Krankenhauses

Eine detaillierte Zweckbestimmung des Krankenhauses liefert diese Arbeit nicht. Sie will einen aktuellen Trend in der Aufgabenzuweisung des Krankenhauses aufzeigen. Um den zu beschreibenden Zweck des Krankenhauses erfassen zu können, sind die genannten rechtlichen Definitionen nur unzureichend verwendbar. Er ist in hohem Maße abhängig von der Frage wie Gesundheit und Krankheit sowie der individuelle und gesellschaftliche Umgang mit diesen Phänomenen definiert sind. Die Krankenhausbehandlung hängt nicht nur von rationalen, medizinisch-technischen Überlegungen ab. Sie ist von der jeweiligen Landeskultur und ihren Wertvorstellungen geprägt. Einflussgrößen sind historische, politische, wirtschaftliche und soziale Bedingungen.

Wissenschaftliches Institut der AOK

www.wido.de

Das Krankenhaus hat im Laufe seiner Entwicklung Wandlungen der Zweckbestimmung erfahren. Aus historischer Perspektive war das Krankenhaus anfänglich als Gästehaus, dann vorwiegend als Krankenstationen von Klöstern konzipiert. Mit der Industrialisierung und der einhergehenden Verstädterung entwickelten sich große kompakte Krankenhäuser. Mit dem wissenschaftlichen Fortschritt wurden die Krankenhäuser zu effektiven Institutionen.⁶

Dieses führt durch den demografischen Wandel und den damit geänderten Bedürfnissen zu Widersprüchen. Der Versorgungsbedarf hat sich geändert, die Krankenhausorganisation hat sich jedoch wenig daran angepasst.⁷

Die Sozialfunktion des Krankenhauses wird durch den Zwang zu möglichst hoher Wirtschaftlichkeit nachrangig. Diese wird durch andere Institutionen wie Pflegeheime, häusliche Krankenpflege, Hospize und Tagespflegestätten ersetzt. Der Zweck des Krankenhauses besteht nach Ansicht des Wissenschaftlichen Institutes der Allgemeinen Ortskrankenkasse⁸ darin,

„... mittels moderner Methoden den zu behandeln, der aufgrund der Schwere der Krankheit, der Kompliziertheit des Verfahrens und anderer Faktoren, nicht ambulant versorgt werden kann.“

⁵ Haubrock/Peters/Schär (1997:47)

⁶ vgl. Arnold (2000:o.A.)

⁷ vgl. Schubert (1999:49)

⁸ Arnold (2000:o.A.)

Das Krankenhaus verfolgt in erster Linie bedarfswirtschaftliche (Formalziele) und nachrangig, jedoch zunehmend, erwerbs- und güterwirtschaftliche (Sachziele) Ziele.⁹

2.3. Akteure im Gesundheitssektor

Mit Ausnahme von Sonder- bzw. Notfällen erfolgt die Einweisung in das Krankenhaus durch den niedergelassenen Arzt. Dem „Versicherten“ steht im Allgemeinen jedes Krankenhaus zur Verfügung, das im Krankenhausbedarfsplan Berücksichtigung findet und einen Versorgungsvertrag mit einer Krankenkasse hat. Im Krankenhaus erhält der „Patient“ Behandlung. Die Kosten für die entstehenden allgemeinen medizinischen Leistungen stellen die Krankenhäuser den Krankenkassen in Rechnung. Durch die Pflegesätze werden den Krankenhäusern „... die laufenden Kosten sowie die Kosten für Instandhaltung und -setzung erstattet ...“¹⁰. Die „... Bereitstellungskosten bzw. Investitionen trägt der Staat (Bund und Länder), sofern die Krankenhäuser Bestandteil des Bedarfsplans des jeweiligen Bundeslandes ...“¹¹ sind.

Der nächste Teil dieser Arbeit zeigt wichtige Akteure, die für das Krankenhaus von Bedeutung sind.

2.3.1. Bund

Im Rahmen der „... konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes und der Länder ...“¹² besteht eine Verflechtung der verschiedenen staatlichen Regulierungsinstanzen. Das Bundesministerium für Gesundheit ist führend bei den gesundheitspolitischen und krankenhauserlevanten Grundsatzentscheidungen. Die Vielgestaltigkeit der Rechtgrundlagen für die Gesundheitspolitik ist bedingt durch den föderalen Aufbau Deutschlands (Artikel 20 GG).¹³ Die gesetzlichen Grundlagen des heutigen Gesundheitswesens wurden in Inhalt und Struktur wesentlich durch die Entwicklungen des letzten Jahrhunderts geformt.

**Bundesministerium
für Gesundheit**

www.bm.gesundheit.de/

Im Jahr 1972 wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)¹⁴ erlassen. Es regelt Grundsätze der Krankenhausbedarfsplanung, der Pflegesatzregelung und der staatlichen Förderung. Die Begrenzung der Pflegesätze galt im Gesundheitswesen als eine Ursache für die „... traditionell beträchtliche Kostenunterdeckung im stationären Sektor ...“¹⁵. Darin wurde eine Gefahr für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung gesehen. Der Bundesgesetzgeber beschränkt sich seit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz von 1984 auf die Vorgabe von Rahmenregelungen zur Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung.¹⁶

⁹ vgl. Damkowski/Meyer-Pannwitt/Precht (2000:27)

¹⁰ Kaschny (1998:34)

¹¹ Kaschny (1998:34)

¹² Rudzio (1997:78)

¹³ vgl. Deutscher Bundestag (1998:19)

¹⁴ Bundesministerium für Gesundheit (2000:o.A.)

¹⁵ Kaschny (1998:41)

¹⁶ vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2000:o.A.)

Neben dem Krankenhausfinanzierungsgesetz legen zwei weitere Gesetze die Grundlinien für die Regulierung des Krankenhausesektors auf Bundesebene fest. Das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)¹⁷ ist die Ermächtigungsnorm für die Gewährung von Krankenhausleistungen und bildet den rechtlichen Rahmen. Dieser ist von allen Akteuren, die sich an der Versorgung mit Krankenhausleistungen beteiligen, zu beachten. Die Bundespflegesatzverordnung von 1995¹⁸ regelt die Krankenpflegesätze. Aufsichtsaufgaben sind dem Bundesversicherungsamt und dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen übertragen.¹⁹

SVR-Gesundheit

www.svr-gesundheit.de

Die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ soll Vorschläge zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit des Gesundheitswesens entwickeln. Daraus werden medizinische und ökonomische Orientierungsdaten erarbeitet.²⁰ In diesem Zusammenschluss sind die wesentlichen Beteiligten des Gesundheitswesens vertreten. Zu ihrer Unterstützung kann das Bundesministerium für Gesundheit einen Sachverständigenrat berufen. Dieser hat seit 1987 jährlich ein umfangreiches Gutachten erstellt, in dem er bestimmte Bereiche des Gesundheitswesens untersucht und Reformvorschläge unterbreitet.²¹

Mit den Rahmenrichtlinien der Krankenhäuser auf Bundesebene wird der Umfang der Versicherungspflicht, die Finanzierungsweise oder der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung im Allgemeinen festgelegt. Einzelheiten werden jedoch den Ländern überlassen.

2.3.2. Länder

Senat für Arbeit, Soziales und Frauen

[www.berlin.de/
home/Land/Sen
ArbSozFrau/](http://www.berlin.de/home/Land/SenArbSozFrau/)

Wichtigste Institutionen für landespolitische Fragen im Gesundheitswesen sind die Minister und Senatoren, denen das Gesundheits- bzw. das Sozialressort zugeordnet ist. In eigenen Landeskrankengesetzen wird durch die entsprechenden Landesbehörden mittels eines Krankenhausplanes jener Bedarf an Krankenhäusern bestimmt, der für eine leistungsfähige Versorgung der Bevölkerung notwendig ist.²² Zudem besitzen sie „... die alleinige Finanzverantwortung für die öffentliche Förderung der Krankenhäuser des jeweiligen Bundeslandes ...“²³. Am Planungsverfahren sind auch die Krankenhausgesellschaften sowie die Spritzenverbände der Krankenversicherung beteiligt.

¹⁷ vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (1998)

¹⁸ vgl. Klie/Stascheit (1999:157ff)

¹⁹ vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (1998:6)

²⁰ vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (1998:7)

²¹ vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (1998:7)

²² vgl. Rüschemann et al. (2000:1)

²³ Kaschny (1998:40)

Die Krankenhausplanung zeichnet sich nach Ansicht von SIMON²⁴ durch die „... deutliche Reduzierung der Planbettzahlen in den Krankenhausplänen der Länder ...“ aus. Nach ihm ist das Hauptmotiv hierfür das Interesse an einer Entlastung der Landeshaushalte von Ausgaben für die Investitionsförderung.²⁵

2.3.3. Kommune

Die Kommunen treten häufig als Träger der Krankenhäuser auf. Sie haben prinzipiell die erforderlichen Krankenanstalten zu errichten und zu betreiben. Damit soll nach dem „Sozialstaatsprinzip“ (Artikel 20 Abs.1 und Artikel 28 Abs.1 GG)²⁷ ein funktionierendes Krankenhauswesen im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden.

Die gewählten Vertreter auf der kommunalen Ebene wie Landräte, Kommunalparlamente oder Oberbürgermeister sind bei entsprechenden Entscheidungen einbezogen. Sie müssen getroffene Entscheidungen mittragen und mitverantworten. Diese Tatsache kann zu Konflikten zwischen den politischen Zielen der kommunalen Behörden und den betriebswirtschaftlichen Zielen des Krankenhausmanagements führen.²⁸

2.3.4. Krankenkassen

Die Krankenkassen sind „... rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung ...“ (§ 4 Abs.1 SGB V)²⁹ und damit organisatorisch und finanziell selbstständig. Auf Bundes- und Landesebene sind die gesetzlichen Krankenkassen zu Verbänden zusammengeschlossen. Als Interessenvertretung führen sie die Vertragsverhandlungen mit den Landeskrankenhausesellschaften, den Kassenärztlichen Vereinigungen und anderen Leistungserbringern. Die Bundesverbände der Kassen unterliegen der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit beziehungsweise dem Bundesversicherungsamt.

Nach SIMON³⁰ sind die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen durch eine restriktive Haltung in den Budgetverhandlungen gekennzeichnet. Die Bereitschaft der Kassen den einzelnen Krankenhäusern entgegenzukommen, hat erheblich abgenommen.

Allgemeine Grundsätze der Beziehungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu den Leistungserbringern bestehen in der Forderung nach Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Die Grundprinzipien des Bedarfs-, Solidar- und

1998

51,7 Prozent
öffentliche
Krankenhäuser²⁶

**Bezirksämter
Berlin**

[www.berlin.de/
home/Land/BAs](http://www.berlin.de/home/Land/BAs)

**Bundesverbände
der Krankenkassen**

www.vdak.de/

²⁴ Simon (1997:4)

²⁵ vgl. Simon (1997:6)

²⁶ vgl. Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit (2000:6.2)

²⁷ Deutscher Bundestag (1998:19ff)

²⁸ vgl. Mutter (2001:1)

²⁹ vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (1998:335)

³⁰ vgl. Simon (1997:4ff)

Sachleistungsprinzips kennzeichnen die Gesetzliche Krankenversicherung.

Das Krankenhaus darf nur Kassenpatienten mit den genannten Leistungen stationär versorgen, wenn es dafür zugelassen ist. Zu diesen Krankenhäusern gehören Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser und Häuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.³¹ Für Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen wurden, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. Die Kassen sind verpflichtet, mit diesen Krankenhäusern Budget- und Pflugesatzverhandlungen zu führen (Kontrahierungszwang).³²

2.3.5. Krankenhausfinanzierung

Duale Finanzierung

Die Krankenhausfinanzierung ist neben der bereits genannten Krankenhausplanung ein weiteres zentrales Regulierungsinstrument. Die so genannte Duale Finanzierung besagt, dass die laufenden Betriebskosten, wie Kosten für Pflege und Behandlung, je zur Hälfte von den Versicherten und ihren Arbeitgebern mit den Versicherungsbeiträgen zu den jeweiligen Sozialversicherungen aufkommen.³³ Diese kommen dem Krankenhaus in Form der Krankenhauspflugesätze zu, welche die Bundespflugesatzverordnung regelt. Die Gesetzliche Krankenversicherung übernimmt den größten Teil der Finanzierung der so genannten Betriebskosten. Die Finanzierung der Investitionsausgaben, wie der Neubau von Krankenhäusern oder die Instandhaltung von Anlagegütern, erfolgt jedoch aus allgemeinen Steuermitteln.³⁴ Damit steht dem Gesetzgeber ein Steuerungsinstrument zur Durchsetzung der staatlichen Krankenhauspolitik zur Verfügung.

Wichtige Etappen der gesundheitspolitischen Entscheidungen bezüglich der Krankenhausfinanzierung - auch als „... Kostendämpfungspolitik ...“³⁵ bezeichnet - sind:

- das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)1993
- die Bundespflugesatzverordnung 1995,
- die GKV-Gesundheitsreform 2000 und
- der Gesetzesentwurf³⁶ für ein Fallpauschalengesetz 2001.

Ziel der gesetzgeberischen Eingriffe war die Ablösung des seit 1972 geltenden Selbstkostendeckungsprinzips durch Formen prospektiver Finanzierung. Ein System einheitlicher Preise, das unabhängig von den jeweiligen Selbstkosten des einzelnen Krankenhauses gezahlt wird, sollte das alte System ersetzen, um zu einer „... effizienteren Kranken-

³¹ vgl. Kaschny (1998:24)

³² vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (1998:417)

³³ vgl. Kaschny (1998:52)

³⁴ vgl. Kaschny (1998:52)

³⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001:240)

³⁶ vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2001:o.A.)

hausversorgung ...³⁷ beizutragen. Auch die aktuellen Gesetzesänderungen erhoffen sich einen stärkeren Bettenabbau und eine Begrenzung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung.³⁸

2.3.6. Krankenhaus

Die Interessenverbände der Krankenhäuser bzw. Krankenhausträger sind privatrechtlich organisierte Vereine, die nach Trägertypen³⁹ organisiert sind.

Eine Übersicht über die Verteilung der Krankenhäuser und der Bettenzahlen auf die Träger sowie deren Entwicklung von 1995 bis 1998 zeigt Tabelle 1:

Krankenhäuser / Betten /Träger	Deutschland	
	1995	1998
Krankenhäuser ges.	2.325	2263
Absolute Anzahl der Betten ges.	609.123	571.625
Darunter allg. Krankenhäuser	2.081	2.030
Prozent der Betten ges.	92,7	93,4
Davon öffentl. Krankenhäuser	863	788
Prozent der Betten ges.	52,5	51,7
Freigemeinnützige Krankenhäuser	845	823
Prozent der Betten ges.	34,9	35,4
Private Krankenhäuser	373	419
Prozent der Betten ges.	5,3	6,3

Tabelle 1: Krankenhäuser ges. und Allgemeine Krankenhäuser nach aufgestellten Betten und Träger

Allgemein ist ein Rückgang der Gesamtzahl der Krankenhäuser, der Bettenkapazitäten und der Krankenhäuser unter öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft zu verzeichnen. Hingegen ist die Anzahl der Krankenhäuser unter privater Trägerschaft angestiegen.

**Deutsche
Krankenhaus-
gesellschaft**

www.dkgev.de

Für die Entwicklung der Behandlungsfälle und Pfl egetage ergeben sich ein Anstieg der Fallzahlen und ein Rückgang der Pfl egetage. Daraus entsteht bei Erhöhung der Fallzahlen und Verkürzung der Verweildauer eine Leistungsverdichtung (siehe auch: Tabelle 2).⁴⁰

	1996	1998
Fallzahl in tausend	15.232	15.952
Pfl egetage in tausend	174.313	170.906

Tabelle 2: Behandlungsfälle und Pfl egetage in den Krankenhäusern Deutschlands ges.

³⁷ Simon (2001:7)

³⁸ vgl. Simon (2000:27)

³⁹ vgl. Kaschny (1998:37ff)

⁴⁰ vgl. Damkowski/Meyer-Pannwitt/Precht (2000:17)

Krankenhäuser gelten als „... Kostentreiber im Gesundheitssystem ...“⁴¹. Interpretationen des statistischen Zahlenmaterials vermitteln, dass die Ausgaben für Leistungen in Krankenhäusern und sonstigen stationären und teilstationären Einrichtungen gestiegen sind.

Die Ausgaben für Einrichtungen der ambulanten sowie der stationären und teilstationären Gesundheitseinrichtungen sind zwischen 1996 und 1998 um 3,5 Prozent bzw. 2,0 Prozent angestiegen. Die Ausgaben für Leistungen in Krankenhäusern und sonstigen stationären und teilstationären Einrichtungen beliefen sich auf 157,9 Milliarden Mark, das entspricht einem Anteil von 38,2 Prozent an den Gesundheitsausgaben.⁴²

SIMON⁴³ mildert dieses Ergebnis ab. Der Anteil der Ausgaben für das Krankenhauswesen am Bruttosozialprodukt liegt seit Mitte der 70er Jahre konstant bei knapp drei Prozent des Bruttosozialprodukts. Die Krankenhäuser sind damit nicht Ursache der finanziellen Probleme der Gesetzliche Krankenversicherung.

MÜNCH⁴⁴ sieht Gründe der Kostenintensität in der Verpflichtung der Krankenhäuser zur Leistungsvorhaltung und -bereitstellung. Damit gehen hohe Personalkostenanteile einher, die wegen der gesetzlichen Schutzvorschriften für Arbeitnehmer schwer angepasst werden können. Dadurch sind die Krankenhäuser in hohem Maße fixkostenorientiert.

2.3.7. Fazit

Eine Vielzahl von Einrichtungen und Akteuren bildet den institutionellen Rahmen des Gesundheitswesens. Diese nehmen Leistungs-, Finanzierungs-, Steuerungs-, Aufsichts- und Beratungsfunktionen wahr. Eine systematische, an den einzelnen Funktionen anknüpfende Darstellung ist kaum möglich. Ursachen sind zum einen die Komplexität der Beziehungen, zum anderen die Tatsache, dass einzelne Institutionen mehrere Funktionen ausüben.

Für den Gesundheitssektor ist charakteristisch, dass die Erbringung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen in den Händen von Institutionen der Selbstverwaltung liegen. Die so genannten freien Träger spielen eine bedeutsame Rolle. Sie bilden sich durch die unterschiedlichen sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung beziehungsweise bestimmter sozialpolitischer Zielsetzungen heraus. Der weit gehende Interessenausgleich zwischen allen Beteiligten gilt als ein wichtiger Faktor für die jahrzehntelange Stabilität des Gesamtsystems. Andererseits wird die Segmentierung in viele getrennte Zuständigkeitsbereiche als zentrales Hindernis für die Entstehung innovativer Versorgungsformen angesehen.⁴⁵

⁴¹ Ptak (2000a:2)

⁴² vgl. Bundesregierung (2001:o.A.)

⁴³ vgl. Simon (1997:5)

⁴⁴ vgl. Münch (1997:463)

⁴⁵ vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (1998:o.A.)

Der wachsende ökonomische Druck auf die Krankenhäuser erklärt sich aus:

1. den krankenhauspolitischen Interventionen zur Neuregelung der Krankenhausfinanzierung durch den Bund,
2. einer restriktiven Haltung der Krankenkassen in den Budgetverhandlungen und
3. der deutlichen Reduzierung der Planbettzahlen in den Krankenhausplänen der Länder.⁴⁶

2.4. Wandlungsprozesse der Krankenhäuser

Wie die Krankenhäuser auf die genannten Einflussfaktoren reagiert haben, soll in diesem Abschnitt aufgezeigt werden. Im Mittelpunkt stehen die Auswirkungen der im Finanzierungsrecht enthaltenen ökonomischen Anreize auf die Patientenversorgung, Organisationsstrukturen und Arbeitsbedingungen im Krankenhausbereich. Diese Prozesse weisen eine hohe Varianz auf. Beispielhaft werden nachfolgend einige Wandlungsprozesse aufgezeigt.

2.4.1. Begrenzung der Kostenentwicklung

Bei den Strategien zur Überwachung der Kostenentwicklung wird in Personal- und Sachkosten unterschieden.⁴⁷ Auf der Personalkosten- seite entwickelten die Krankenhäuser Strategien zur Begrenzung der Überstundenvergütungen und zur Reduzierung krankheitsbedingter Ausfallzeiten. Die Begrenzung der Sachkosten - vor allem der Kosten des medizinischen Bedarfs - wurde über eine Neuorganisation des Einkaufs und eine gezielte Leistungssteuerung hergestellt.

2.4.2. Leistungssteuerung

Leistungsausweitungen sind für ein Krankenhaus mit dem Risiko der Kostenunterdeckung, Leistungsreduzierungen dagegen mit der Chance von Überschüssen verbunden. Die Folge sind Maßnahmen der Häuser zur Reduzierung der Belegung.⁴⁸

2.4.3. Walleistungen

Die Erträge der zwei Walleistungsarten „Arzt“ und „Unterkunft“ können für Investitionen oder zur Deckung von Defiziten vom Krankenhaus frei verwendet werden. Dieser Einnahmehereich unterliegt nicht der „Deckelung“ und hat an Bedeutung zugenommen.⁴⁹

**Walleistung
Unterkunft**

www.dkgev.de/1_jur/jur_116.htm

2.4.4. Rechtsformänderung

Als Folge der geschilderten Entwicklungen suchen Träger zunehmend nach Wegen, die wirtschaftlichen Risiken für ihre Haushalte zu reduzieren. Wesentliche Vorteile liegen in:

⁴⁶ vgl. Simon (1997:4)

⁴⁷ vgl. Simon (1997:25ff)

⁴⁸ vgl. Simon (1997:30f)

⁴⁹ vgl. Simon (1997:36)

- der Vermeidung einer Durchgriffshaftung bei Defiziten,
- der Verschaffung schnellerer Reaktionsmöglichkeiten für das Krankenhausmanagement und
- der Möglichkeit unabhängiger Personalentscheidungen treffen zu können.⁵⁰

Kommunale sowie freigemeinnützige Träger ändern die Rechtsform ihrer Krankenhäuser häufig vom Regiebetrieb in eine GmbH oder gGmbH. Kostenunterdeckungen müssen nun aus eigenen Mitteln beglichen werden. Prinzipiell ist das Risiko einer Insolvenz gegeben.⁵¹ Insgesamt ist ein größeres Spektrum an unterschiedlichen Rechtsformen und Träger-Krankenhaus-Beziehungen zu verzeichnen. Beispiele sind:

- Managementvertrag,
- Eigenbetrieb,
- Anstalt des Öffentlichen Rechts,
- Stiftung,
- eingetragenen Verein,
- GmbH oder gGmbH und
- Aktiengesellschaft.⁵²

2.4.5. Ausgliederung von Abteilungen

Von der Ausgliederung sind auf der Ebene der einzelnen Abteilungen insbesondere Reinigungsdienste, Krankenhausküchen und Wäschereien betroffen. Röntgen- und Laborabteilungen werden privatisiert oder geschlossen. Die Risiken durch die Entwicklung der Personal- und Sachkosten gehen zulasten des externen Anbieters oder Betreibers.

2.4.6. Qualitätssicherung

SIMON⁵³ wies bereits vor der Umstellung auf das neue Entgeltsystem des Gesundheitsstruktur-Reformgesetzes von 1993 darauf hin, dass die Einführung von Fallpauschalen mit erheblichen Risiken für die Versorgungsqualität verbunden ist. Er stellt einen Anreiz zur Risikoselektion und Qualitätsminderung fest. Eine unzureichende Berücksichtigung der tatsächlichen Kosten des Krankenhauses muss mit einem Ausbau der Qualitätssicherung einhergehen. Das Ziel dieser Maßnahme ist eine bestmögliche Patientenversorgung unter optimierten Arbeitsbedingungen für die im Krankenhaus Tätigen. Wichtige Aspekte stellen die Patienten- und Mitarbeiterorientierung dar. Die Herstellung der Transparenz zur Außendarstellung des Krankenhauses gewinnt an Bedeutung.⁵⁴

⁵⁰ vgl. Simon (1997:37)

⁵¹ vgl. Simon (1997:6)

⁵² vgl. Simon (1997:37f)

⁵³ vgl. Simon (1997:56f)

⁵⁴ vgl. KTQ c/o VdAK/AEV (2000:13f)

Bei externer und interner Qualitätssicherung steht die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz im Vordergrund. Unterstellt man eine rückläufige Nachfrage nach Krankenhausleistungen und einen Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten, erhält die Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung den Status eines zentralen Wettbewerbsparameters.⁵⁵ Zentrales Element der Qualitätssicherung ist die Kundenorientierung.

Eine der Chancen der aktuellen Entwicklung liegt nach Ansicht des Instituts für Sozialmedizin⁵⁶ in der Stärkung der Position des „Patienten“. Für diese Entwicklung ist eine entsprechende politische und institutionelle Unterstützung Voraussetzung. Nur dann kann der „Patient“ bei der Gestaltung des Gesundheitssystems eine wichtige Rolle übernehmen.

2.4.7. Die Kunden

Das Krankenhaus hat eine Reihe von „Kundengruppen“ zu bedienen:

- den „Patienten als Endverbraucher“,
- die einweisenden Ärzte (als Schlüsselkunden),
- die Krankenkassen und Behörden als Finanziere,
- Politik und Presse,
- die externen und internen Abteilungen des Krankenhauses,
- seine Mitarbeiter und
- weitere Multiplikatorengruppen.⁵⁷

Wie schwierig sich die Identifizierung des jeweiligen Kundensegments darstellt, soll nur am „Endverbraucher der Krankenhausleistungen“, dem potenziellen oder tatsächlichen „Patienten“ aufgezeigt werden. Dieser befindet sich parallel in unterschiedlichen Rollen. Er repräsentiert sich auf der Makroebene als Bürger, der Mesoebene als Versicherter und der Mikroebene als akut oder chronisch Kranker. Auf diesen verschiedenen Ebenen nimmt er wiederum unterschiedliche Positionen ein.

**Institut für
Sozialmedizin,
Epidemiologie
und Gesundheits-
forschung**

www.iseq.org

2.4.8. Leistungen

Nach § 39 SGB V bestehen die Leistungen des Krankenhauses aus voll-, teil-, vor- und nachstationär sowie ambulant erbrachten Leistungen insbesondere der

- ärztlichen Behandlung,
- Krankenpflege,
- Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie
- Unterkunft und Verpflegung.

⁵⁵ vgl. Simon (1997:57)

⁵⁶ vgl. Dierks et al. (2001:1ff)

⁵⁷ vgl. ter Haseborg (2001:2); Damkowski/Meyer-Pannwitt/Precht (2000:174f)

Das „herkömmliche“ Leistungsangebot ist zweistufig, das heißt auf der Ebene OP- und Intensivbereich und der „Normalstation“ aufgebaut. Dieser Aufbau stammt aus einer Zeit, in der nur halb so viele Patienten bei fast doppelt so langer Liegedauer, vorhanden waren. Das „flexible, patientenorientierte“ Krankenhaus dagegen arbeitet nach dem Flussprinzip. Der mehrstufige Aufbau ermöglicht mit einer Reihe von Schnittstellen das Entstehen einer system- beziehungsweise organisationsimmanenten Qualitätskette.⁵⁸

Nach MÜNCH⁵⁹ ist neben den traditionellen Leistungen des Krankenhauses die Bereitstellung folgender Aspekte von Bedeutung:

- ein „bedarfsgerechtes“ Leistungsangebot,
- eine permanente Leistungsbereitschaft,
- ein guter „Ruf“,
- medizinische und pflegerische Kompetenz,
- das Vertrauen zum „Patienten“ und/oder einweisenden Arzt,
- innovative, aber erprobte Techniken, Methoden und Verfahren.

Diese Leistungskomponenten sind für die Auslastung eines Krankenhauses notwendig.

2.5. Krankenhausmarkt - Dienstleistungen

Klassifiziert man den „Markt“ nach „Abnehmertyp und Produktart“⁶⁰ ergibt sich nach PTAK⁶¹, dass Krankenhäuser patientenorientierte Dienstleister sind und ihr Angebot vorwiegend immaterieller Art ist. Dienstleistungen werden als selbstständige und marktfähige Leistungen verstanden, die auf die Bereitstellung und/oder den Einsatz von Potenzialfaktoren gerichtet sind.

*Das „Gut“
Gesundheit*

Die Sach- und Dienstleistungen, die auf den Umstand oder die Prävention von Krankheit Einsatz finden, werden „Gesundheitsgüter“⁶² genannt. Gesundheitsgüter werden als „meritorische, staatlich reglementierte Güter und als Kollektivgut“⁶³ bezeichnet. Diese können zwar grundsätzlich am „Markt“ angeboten werden, der Staat greift aber aus Gründen der Verteilung bewusst in die Versorgung ein. Der Bevölkerung soll unabhängig von den individuellen Vermögensverhältnissen eine Versorgung ermöglicht werden⁶⁴. Damit sind Gesundheit und Krankheit nicht marktfähige Güter.⁶⁵ Die „Gesundheitsgüter“ werden in „materielle (Produkte) und immaterielle (Dienstleistungen)“⁶⁶ unter-

⁵⁸ vgl. Münch (1997:466)

⁵⁹ vgl. Münch (1997:464)

⁶⁰ vgl. Otte (1999:20)

⁶¹ vgl. Ptak (2000a:7)

⁶² Haubrock/Peters/Schär (1997:6)

⁶³ Dankowski/Meyer-Pannwitt/Precht (2000:27)

⁶⁴ vgl. Janssen (1999:40)

⁶⁵ Dankowski/Meyer-Pannwitt/Precht (2000:259)

⁶⁶ Haubrock/Peters/Schär (1997:9f)

schieden, wobei im Krankenhaus überwiegend beidseitig personenbezogene Dienstleistungen eingesetzt werden.

Das Krankenhaus kann den unmittelbar verbrauchsorientierten Betrieben zugerechnet werden können. Die Dienstleistungen werden am Ort der Leistungserstellung konsumiert. Ärztliche und pflegerische Leistungen stehen im Vordergrund, Unterbringung und Beköstigung sind nur von sekundärer Bedeutung.

Die Dienstleistung beinhaltet keinen konkreten Besitz- oder Eigentumswechsel. Sie ist nicht lager- und kaum transportfähig sowie in personeller, zeitlicher und räumlicher Hinsicht eng verbunden. Wie bei anderen Dienstleistungen fällt bei Gesundheitsdienstleistungen im Sinne des „Uno-actu-Prinzips“ die Erstellung und der Konsum der Leistung zeitlich zusammen. Die völlige Kenntnis der Produktqualität nicht möglich ist, da die verschiedenen Angebote vor der tatsächlichen Nachfrage nicht in Augenschein genommen und miteinander verglichen werden können. Die Vorhaltung der Leistungspotenziale ist bei Krankenhäusern durch eine geringe Angebotselastizität charakterisiert. Kapazitätsanpassungen können wegen der Notwendigkeit, qualifiziertes Personal vorzuhalten, nur mit Verzögerungen realisiert werden.⁶⁷

Die Position des Nutzers in der Rolle des „Kunden“, ist in einem „Markt“ Gesundheitswesen nur rudimentär mit der eines Kunden auf dem regulären Warenmarkt gleichzusetzen. Es ergeben sich Friktionen bei der Übertragung des Kundenbegriffs auf den Gesundheitssektor. Bedingt ist dieses beispielsweise durch die asymmetrische Informationsverteilung und der mangelnden Mobilität der Nutzer.⁶⁸ Weiterhin besteht ein Mangel an echten Wahlmöglichkeiten und die Tatsache, dass der Nutzer die Kosten der Nachfrage nicht direkt zu tragen hat.⁶⁹

Der Kundenbegriff ist nur bedingt auf den Gesundheitssektor übertragbar.

Die volkswirtschaftliche Annahme über den Menschen als nutzenmaximierenden „homo oeconomicus“ kann nicht auf den „Patienten“ übertragen werden. Diese Annahme besagt, dass der persönliche Nutzen durch verstärkten Konsum von Gütern und Dienstleistungen zunimmt. „Warum sollten die Menschen ein grenzenloses Bedürfnis nach Krankenhaustagen, [...] haben.“⁷⁰ Weiter hin ist die Tatsache zu berücksichtigen, dass je mehr sich eine Person auf dem Kontinuum zwischen „gesund“ und „krank“ in Richtung Krankheit bewegt, die Fähigkeit und der Wille zu souveränen und rationalen Entscheidungen beeinträchtigt werden.

Volkswirtschaftlich gesehen, werden durch das Zusammentreffen von Angebot und Nachfrage über den Preis- und Gewinnmechanismus sämtliche ökonomischen Prozesse auf den jeweiligen Märkten

⁶⁷ vgl. Janssen (1999:36)

⁶⁸ vgl. Münch (1997:463)

⁶⁹ vgl. Dierks et al. (2001:14ff)

⁷⁰ Braun/Kühn/Reiners (2000:255)

gesteuert.⁷¹ Dieses wesentliche Steuerungselement des Marktes spielt im Krankenhaussektor eine untergeordnete Rolle. Die Mehrzahl der Krankenhäuser ist nicht gewinnorientiert ausgerichtet und mit Ausnahme der Selbstbeteiligung bleibt der Preis weitgehend wirkungslos, da der Nutzer die erhaltene Leistung nicht direkt bezahlt.⁷²

Ein Spezifikum des Gesundheitssektors besteht darin, dass der Markt über Mechanismen wie „... Planung, Gruppenverhandlung, Verhaltensabstimmung und Globalsteuerung ...“⁷³ koordiniert wird. Gesundheit ist politisch gewollt - nicht voll den „... reinen Marktbedingungen unterworfen ...“⁷⁴.

Es gibt unterschiedliche Auffassungen darüber, unter welchen Rahmenbedingungen solche Mechanismen eingeführt werden sollten. Aus Sicht des Gesetzgebers kommt deshalb der Frage, nach welchen Regeln „Preisverhandlungen“ (Pflegesatzverhandlungen) ablaufen und wie „Preise“ gebildet werden sollen, eine zentrale, ordnungspolitische Bedeutung zu.⁷⁵

Für eine leistungsgerechte Vergütung ist die Transparenz des Leistungsgeschehens des Krankenhauses erforderlich. Die Leistungsstrukturen sollen so dargestellt und miteinander vergleichbar und bewertbar gemacht werden.⁷⁶ Zurzeit wird dieses durch die Leistungsstatistiken und deren Nutzung im Rahmen von Krankenhausvergleichen nach § 5 Bundespflegesatzverordnung bewerkstelligt. Diesem Vergleich kommt eine zentrale Bedeutung in den „Preisverhandlungen“ zu. Sie fungiert damit als Marktersatzfunktion.⁷⁷

Ein weiteres marktersetzendes Element stellt das „Benchmarking“ der Krankenhäuser dar. Im „Benchmarking“ geht es im Unterschied zum Betriebsvergleich nicht nur um die Erkenntnis, wie gut andere Krankenhäuser sind, sondern auch darum, was andere Wettbewerber konkret tun, um erfolgreicher zu sein.⁷⁸

2.6. Wettbewerb der Krankenhäuser

Zu den allgemeinen Elementen des Wettbewerbs zählen das individuelle Vorteilsstreben, das Bemühen um Marktanteile und das Handeln zur Vermeidung von Nachteilen im Umsatz und Gewinn.⁷⁹

Im breiten Feld der Dienstleistungen stellt Wettbewerb ein System dar, dass „... Nachfragern Vielfalt, Service und angemessene Preise sichern soll ...“⁸⁰. Wettbewerb ist kein Zustand, sondern ein ständiger „... Pro-

⁷¹ vgl. Janssen (1999:34)

⁷² vgl. Janssen (1999:35)

⁷³ Haubrock/Peters/Schär (1997:8ff)

⁷⁴ Dankowski/Meyer-Pannwitt/Precht (2000:259)

⁷⁵ vgl. Tuschen (2000:2)

⁷⁶ vgl. Tuschen (2000:2f)

⁷⁷ vgl. Möws/Vogel (2000:296)

⁷⁸ vgl. Möws/Seidel (2001:44)

⁷⁹ vgl. Dankowski/Meyer-Pannwitt/Precht (2000:259)

⁸⁰ Roßbach (2000:62)

zess, der innere Flexibilität als Voraussetzung für Aktion und Reaktion erfordert ...⁸¹.

Diese Wirkungen erhofft man sich auch im Gesundheitssystem, denn wettbewerbliche Anreize können zur „... Optimierung medizinischer Leistungen zu angemessenen Preisen ...“⁸² führen. In der Literatur werden der Wettbewerb um Leistungsqualität, der wirtschaftliche Wettbewerb um „rentable Patienten“ und der preisliche Wettbewerb im Bereich der Zusatz-, Wahl- und Serviceleistungen diskutiert.

Einen Wettbewerbsfaktor stellt die „Deckelung“ des im Gesundheitswesen zirkulierenden Gesamtbetrages dar. Die Kliniken müssen sich das Budget untereinander und mit anderen Leitungserbringern des Gesundheitssystems teilen, was zu einem Verteilungskampf führt.⁸³

Da ambulant wie stationär oft ähnliche Leistungen angeboten werden und das Angebot größer als die Nachfrage ist („Käufermarktbedingungen“), entsteht ein erhöhter Konkurrenzdruck. Für die Krankenhäuser besteht dabei das Problem, dass die gleichen Leistungen ambulant oft 50 bis 90 Prozent weniger kosten und das Krankenhaus mehr „Patienten“ an die niedergelassenen Ärzte verliert.⁸⁴ Gesteigert wird diese Aussage durch die Erwartung, dass es in Zukunft eine „... rückläufige Nachfrage nach Krankenhausleistungen und einen Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten geben, wird ...“⁸⁵.

Mit dem neuen „Fallpauschalengesetz“ wird ein Vergütungssystem zur Anwendung kommen, dass die aktuell in den Krankenhäusern versorgten Patienten klassifiziert und den einzelnen stationären Behandlungsfall monetär bewertet.⁸⁶ Da geplant ist, dass die Vergütungen der Krankenhausleistungen bundeseinheitlich gleich sein sollen, wird transparent, welche Leistungen die „Patienten“ in Krankenhaus X im Vergleich zu Krankenhaus Y bekommen.

Zusammenfassend stellen folgende Aspekte den Wettbewerb im Krankenhaussektor dar:

Aspekte des Wettbewerbs

- die krankenhauspolitische Intervention zur Neuregelung der Krankenhausfinanzierung durch den Bund,
- die Privatisierungstendenzen im Krankenhaussektor,
- die restriktive Haltung der Krankenkassen in den Budgetverhandlungen,
- die deutlichen Reduzierungen der Planbettanzahlen in den Krankenhausplänen der Länder,

⁸¹ Münch (1997:465)

⁸² Roßbach (2000:62)

⁸³ vgl. Roßbach (2000:35)

⁸⁴ vgl. Roßbach (2000:37)

⁸⁵ Simon (1997:57)

⁸⁶ vgl. Simon (2000:17)

- der Rückzug von öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträgern aus der Defizithaftung für ihre Krankenhäuser,
- die bestehende Systematik der Krankenhausbetriebsvergleiche und
- die Bildung von „Benchmarking-Clubs“ im Krankenhaussektor.

Trotz der zunehmenden Orientierung am „Markt“ und am „Wettbewerb“ kann wohl davon ausgegangen werden, dass es nicht zu dramatischen Verwerfungen in der Krankenhausversorgung kommen wird, sofern das gegenwärtige System der politischen Steuerung der stationären Versorgung in seinen Grundelementen auch zukünftig Bestand hat.⁸⁷ Durch die Wichtigkeit des „Gutes“ Gesundheit als Kollektivgut ist ein freier Wettbewerb politisch nicht gewollt. Ein Wettbewerb unter reinen Marktbedingungen kann sich sogar kostentreibend und unwirtschaftlich auswirken. Fehlentwicklungen und kontraproduktive Effekte bezüglich der Leistungsqualität und Leistungsstruktur können eine Folge darstellen. Dennoch wird sich der Wettbewerb durch gesetzliche Vorgaben im Sinne einer Markt- und Wettbewerbsorientierung im Gesundheitssektor verstärken.⁸⁸

Das Krankenhausmanagement muss seine Arbeit unter den geschilderten Rahmenbedingungen verrichten. Der Paradigmawechsel in der Gesundheitswirtschaft ist vom Gesetzgeber gewollt. Nach PTAK⁸⁹ kann er nicht aufgehoben werden und soll als Motivator für die Arbeit des Krankenhausmanagements dienen. Bei gebotener sachlicher Beurteilungsdistanz muss der Paradigmawechsel als unabänderliche „Macht des Faktischen“ erkannt werden.

Mit der „Macht des Faktischen“ als Hintergrund geht es im Weiteren um die Hinwendung zur betriebswirtschaftlichen Perspektive. Diese besagt, dass die Absatzfunktion als eine krankenhausbetriebliche Grundfunktion, den betrieblichen Minimumsektor darstellt und dadurch das Planziel des Krankenhauses nach oben begrenzt. Dadurch ist die quantitative und qualitative Ausrichtung aller Krankenhausfunktionsbereiche auf den Absatzsektor notwendig. Denn nur das „Patienten“-Umsatzvolumen (Absatz) kann die Planungen für die nachgelagerten krankenhausesinternen Personal- und Sachkapazitäten bestimmen. Planungsdeformitäten führen zu verlustreichen Kostenentwicklungen und können die krankenhausbetriebliche Existenz gefährden. Eine wohldosierte betriebliche Marketingpolitik, die sichere Umsatzprognosen vom sorgfältig erforschten Gesundheitsmarkt liefert, ist damit durchaus angebracht.⁹⁰

⁸⁷ vgl. Simon (2000:16)

⁸⁸ vgl. Dankowski/Meyer-Pannwitt/Precht (2000:259f)

⁸⁹ vgl. Ptak (2000b:2)

⁹⁰ vgl. Ptak (2000a:4)