

Kirche und Gesellschaft

Herausgegeben von der
Katholischen Sozialwissenschaftlichen
Zentralstelle Mönchengladbach

Nr. 38

Krankenhaus zwischen Selbstverwaltung und staatlichem Dirigismus

von Franz Spiegelhalter

Verlag J. P. Bachem

Die Reihe „Kirche und Gesellschaft“ behandelt jeweils aktuelle Fragen aus folgenden Gebieten:

- Kirche in der Gesellschaft
- Staat und Demokratie
- Gesellschaft
- Wirtschaft
- Erziehung und Bildung
- Internationale Beziehungen / Dritte Welt

Die Numerierung der Reihe erfolgt fortlaufend. Die Hefte eignen sich als Material für Schul- und Bildungszwecke.

Bestellungen sind zu richten an die
Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle
405 Mönchengladbach
Viktoriastraße 76

Redaktion:
Katholische Sozialwissenschaftliche Zentralstelle
Mönchengladbach

1. Hauptträger der Selbstverwaltung im Krankensektor waren bisher die freigemeinnützigen, insbesondere die kirchlich getragenen Krankenhäuser

Wenn man unter Selbstverwaltung eine „Einrichtung dezentraler, nicht staatlicher Willensbildung versteht, die durch ihren Entscheidungsspielraum schöpferische Kräfte mobilisiert, die Eigenverantwortung stärkt und ein praxisnahes, anpassungsfähiges Handeln ermöglicht“⁽¹⁾), so gehörten bisher im Krankensektorbereich die freigemeinnützigen Krankenhäuser zu den Hauptträgern einer solchen Selbstverwaltung.

Freigemeinnützige Krankenhäuser sind weder öffentlich-rechtlicher (staatlicher oder kommunaler) noch privater Art. Sie sind nicht auf Gewinnerzielung ausgerichtet, sondern „gemeinnützige“ Einrichtungen, deren Träger den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege angeschlossen und meist konfessionell gebunden sind. Sie umfassen rund 35 Prozent der planmäßigen Krankenhausbetten in der Bundesrepublik. Ihnen stehen gegenüber 54 Prozent der Krankenhausbetten in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern (ohne Universitätskliniken sogar nur ca. 45 Prozent) und 11 Prozent in Privatkliniken. Bei einigen Bundesländern ist das Gewicht der freigemeinnützigen Krankenhäuser besonders hoch, insbesondere in Nordrhein-Westfalen, wo mehr als 60 Prozent, und in Rheinland-Pfalz, wo mehr als 50 Prozent der allgemeinen Krankenhausbetten in konfessioneller Trägerschaft liegen.

Die medizinisch-pflegerische und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der freigemeinnützigen Krankenhäuser ist – gegenüber den öffentlich-rechtlichen – keineswegs unterentwickelt, weder nach dem Standard ihrer Anlagen und Einrichtungen (sie verkörpern ein Investitionsvolumen, dessen Neuwert auf über 25 Milliarden DM geschätzt werden kann, von dem ein Großteil – ca. 30 Prozent und mehr – aus Eigenleistungen der Träger finanziert wurde) noch nach der Zahl und Qualität ihrer Mitarbeiter. Insgesamt beschäftigten die freigemeinnützigen Krankenhäuser heute 160 000 Mitarbeiter mit einer Jahreslohn- und -gehaltssumme von über 4 Milliarden DM.

2. Die Bedeutung der freigemeinnützigen Krankenhäuser für die Entwicklung eines leistungsfähigen Gesundheitswesens ist stärker als ihr statistisches Gewicht

Den freigemeinnützigen Krankenhäusern kommt eine weit über ihr zahlenmäßiges Gewicht hinausreichende Bedeutung zu, insbesondere

- a) bei der **Entfaltung von Initiative, Beweglichkeit und Anpassungsfähigkeit** in der Entwicklung moderner Krankenhausstrukturen: Freigemeinnützige Träger können wesentlich dazu beitragen, daß die Krankenhausleitung nicht in festgeschriebenen Formen eines Verwaltungsapparates erstarrt. Hier liegt eine der Wesensfunktionen freigemeinnütziger Arbeit, daß sie sich unabhängig von behördlichen Normen und daher leichter als Einrichtungen im Bereich der öffentlichen Verwal-

- tung an die wechselnden Voraussetzungen der Hilfe in menschlichen Notsituationen anpassen und neue Methoden ihrer Linderung einsetzen kann;
- b) bei der **Durchsetzung des wirtschaftlichen Fortschritts**: Die freigemeinnützigen Krankenhäuser sind vielfach Pionier und Motor des wirtschaftlichen Fortschritts im Krankenhaus. So waren sie beispielsweise nicht nur Vorreiter bei der Einführung der kaufmännischen Buchführung im Krankenhaus, sondern auch einer an Wirtschaftlichkeit orientierten Kosten- und Leistungsrechnung und – damit im Zusammenhang – bei der Entwicklung von leistungsfähigen Programmen der elektronischen Datenverarbeitung;
 - c) bei der **Orientierung und Ausrichtung der Krankenhausleistungen am Bedarf der Patienten**: Freie gesellschaftliche Kräfte haben im Bereich der menschlichen und sozialen Hilfe die Hand am Puls der Not. Daher können sie auch in eine Krankenhausbedarfsplanung mehr einbringen, als es die notwendigerweise schematischen Statistiken amtlicher Stellen erkennen lassen. Sie können auch jenes „Wahlrecht“ des Patienten, d. h. jene Nachfrage nach Krankenhausleistungen berücksichtigen, die ein pluralistisch aufgefächertes Angebot voraussetzt. Es umfaßt über die „technischen“ Krankenhausleistungen hinaus (im Rahmen einer ganzheitlichen Therapie) auch die seelische Dimension und damit die tieferen Schichten von Krankheit und Not. Hier liegt auch das besondere Arbeitsfeld eines christlich geprägten Krankenhauses;
 - d) bei der **Gewinnung und Motivierung neuer Mitarbeiter und Helfer** im Bereich der Krankenhilfe: Humanitäre und religiöse Gesinnung in der Behandlung und Pflege der Kranken ist auch im modernen hochtechnisierten Krankenhaus unentbehrlich. Sie zu erhalten und im Gegengewicht zur übermächtigen Technik zu verstärken ist eine wesentliche Funktion humanitärer und religiös gebundener Krankenhaussträger der freien Wohlfahrtspflege – für ihr Engagement gibt es keinen Ersatz;
 - e) bei der praxisnahen **Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter** für den pflegerischen Bereich: Die zahlreichen, den freigemeinnützigen Krankenhäusern angegliederten Krankenpflegeschulen arbeiten nicht nur für den Eigenbedarf, sie sind auch Hauptquelle für den pflegerischen Nachwuchs, insbesondere in ambulanten Einrichtungen der Gesundheitspflege.

3. Auch ein auf christliche Selbstverantwortung gestütztes, auf Dynamik und Wirtschaftlichkeit eingestelltes bedarfsorientiertes Krankenhauswesen ist jenen Eigengesetzlichkeiten unterworfen, die sich heute als Kosteninflation auswirken

Jahrhundertlang war das Krankenhaus eine Pflegeanstalt für Gebrechliche und Arme, getragen vom Impuls der Barmherzigkeit. Die Neuzeit mit ihren Entdeckungen und Erfindungen, mit immer neuen medizinischen Erkenntnissen und Fortschritten verwandelte das Krankenhaus in einen

modernen Betrieb zur Wiederherstellung der Gesundheit. Doch in diese Entwicklung ist auf der Kostenseite eine Eigengesetzlichkeit eingebaut, die fast zwangsläufig zu steigenden Preisen führt:

- Mit dem **Fortschreiten der medizinischen Erkenntnisse** steigen Umfang und Qualität der Krankenhausleistungen.
- Die **ärztlichen Leistungen** im Krankenhaus werden hochwertiger und spezialisierter. Die Zahl der Ärzte je Krankenhausbett hat sich in der Nachkriegszeit mehr als verdoppelt, auch die Zahl der Fachabteilungen in den Krankenhäusern steigt.
- Neue Forschungen führen zu immer neuen und wirksameren **Medikamenten**. Allein in den letzten 10 Jahren hat sich der Medikamentenverbrauch mehr als versechsfacht.
- Der medizinisch-technische Fortschritt entwickelt für das Krankenhaus immer kostspieligere **Einrichtungen für Diagnose und Therapie** (insbesondere bei Herz- und Kreislauferkrankungen, bei der Krebs- und Strahlentherapie und bei der Intensivpflege). Dies hat wesentlich dazu beigetragen, daß der Investitionswert der Anlagen und Einrichtungen je Bettplatz in den Nachkriegsjahren sprunghaft gestiegen ist von DM 10000 bis 20000 auf weit über DM 100000.
- Immer mehr Menschen sind auf Krankenhausleistungen angewiesen, wenn sie am medizinischen Fortschritt teilnehmen wollen. Häusliche Krankenpflege und allgemeine Arztpraxis sind häufig überfordert.
- Verstärkt wird **der objektive Bedarf an Krankenhausleistungen** durch die Bedingungen der modernen Arbeits- und Konsumwelt. Sie schaffen zusätzliche Gesundheitsrisiken, führen zu erhöhter Krankheitsanfälligkeit und neuen Krankheitsbildern, eine Entwicklung, die noch durch die Veränderung der Altersstruktur, durch Leistungsstreß und eine wachsende Unfallhäufigkeit beschleunigt wird.
- Es wächst auch das **subjektive Bedürfnis des Patienten** zur Inanspruchnahme der jeweils höchstwertigen ärztlichen und technisch-medizinischen Krankenhausleistungen, und es wird vorangetrieben durch eine gezielte Berichterstattung der Massenmedien und durch politische Versprechungen. Das Gut Gesundheit hat Priorität Nr. 1; und für seine Bezahlung soll die Allgemeinheit sorgen.
- Ebenso wachsen die Ansprüche auf **verbesserten Komfort für Unterkunft und Verpflegung** im Krankenhaus überproportional zum allgemein steigenden Lebensstandard. Die Diskussion um das „klassenlose Krankenhaus“ führt zu einer Nivellierung dieser Ansprüche nach oben (Anhebung der 3. Pflegeklasse auf das Niveau der 1. und 2. Klasse in Verpflegung und Unterkunft).

4. Die Leistungs- und Anspruchsinflation im Krankenhausbereich wird verstärkt durch die Entwicklung seiner Arbeitsbedingungen

- Höhere Technik und medizinischer Fortschritt verlangen **besser qualifizierte und daher höher bezahlte Fachkräfte** auf allen Ebenen im Kran-

kenhaus. Erforderlich werden auch **neue Berufe** sowie besondere **Formen der Zusammenarbeit**, die die Spezialisierung überwinden helfen, die z. B. neben Arzt und Krankenschwester auch den Sozialarbeiter, den Psychologen und Seelsorger mit einbezieht²⁾.

- Die Dienste am Kranken haben sich über das Krankenzimmer hinaus mehr auch **ins technische und organisatorische Vorfeld** ausgedehnt. Neben jeder Krankenschwester stehen bereits 2 Kräfte im technisch-wirtschaftlichen Bereich des Krankenhauses.
- Hinter den Patienten stehen daher trotz Rationalisierung und Elektronik heute mehr als doppelt so viele Fach- und Hilfskräfte wie noch vor 20 Jahren.
- An die Stelle von **Ordensschwestern** treten mehr und mehr angestellte Mitarbeiter im Krankenhaus, deren Leistungen höher zu vergüten sind.
- Die **Arbeitszeit** der Mitarbeiter hat sich verkürzt. Wo früher eine Ordensschwester (an 6 Tagen 12 bis 14 Stunden) tätig war, werden heute zwei freie Mitarbeiter (zu 8 Stunden bei 5-Tage-Woche) benötigt.
- Die **Entlohnung** der Mitarbeiter, die vor allem in freigemeinnützigen Krankenhäusern lange Zeit einen **Nachholbedarf** aufzuweisen hatte, ist in den letzten Jahren angeglichen worden und daher meist stärker gestiegen als in anderen Wirtschaftsbereichen. Dasselbe gilt für den „unsichtbaren Lohn“ der sozialen Nebenleistungen (Urlaub, Beihilfen, Altersversorgung u. ä.).
- Neue **Gesetze und Verordnungen** bringen zusätzliche Kosten für das Krankenhaus, z. B. im Bereich der Sicherheit (Röntgen-Verordnung, Sicherheits-Gesetz, Rettungsdienst, Unfallverhütung) und im sozialen Bereich (Schwerbeschädigten-Gesetz, Betriebsverfassungs-Gesetz, zusätzliche Demokratisierungsvorschriften in den Krankenhausgesetzen).

5. Kosteninflation verführt zu Dirigismus und Planwirtschaft

Der Inflationsmotor im Gesundheitswesen ist eine Gefahr für die Selbstverwaltung der Krankenhäuser. Er verführt die Politiker zum Dirigismus, d. h. zum Eingreifen in das Räderwerk des Krankenhausbetriebes bis zur totalen Übernahme der Planungshoheit im Krankenhaus.

Zunächst versuchen sie, den Preis für Krankenhausleistungen, den sogenannten „Pfleagesatz“, direkt oder indirekt festzubinden, z. B. dadurch,

- daß man nur einen Teil der Kosten für die Pfleagesatzberechnung anerkennt, oder
- daß man den Abnehmern der Krankenhausleistungen bzw. ihren Krankenkassen das Recht gibt, je nach ihrer Finanzlage (wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit) Abschläge vom Pfleagesatz vorzunehmen (so im Rahmen der früheren Pfleagesatz-VO von 1954 bis 1973), oder
- daß man vorschreibt, die Krankenkassen sollen ihre Ausgaben für Krankenhausleistungen auf die allgemeine Entwicklung des Sozialprodukts oder des Volkseinkommens beschränken (so in jüngsten Vorschlägen der Bundesregierung).

Alle diese Begrenzungen sind jedoch zum Scheitern verurteilt, solange die gleichen Politiker und die Bevölkerung aus berechtigten Gründen dem Fortschritt im Gesundheitswesen eine größere Bedeutung beimessen als den übrigen Konsumgütern des Sozialprodukts. Denn mit der erhöhten Nachfrage steigen auch die Krankenhausleistungen und -kosten überproportional und wenn der Plegesatz politisch herabgedrückt werden soll, muß für den Rest der Staat aufkommen. So kommt es zum sogenannten gespaltenen Plegesatz – wie er bei uns seit 1972 im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in besonderer Form praktiziert wird. Dabei sind die Investitionskosten aus dem Plegesatz herausgenommen und auf die öffentlichen Haushalte (etwa zu je einem Drittel auf Bund, Länder und Gemeinden) übertragen. Hierdurch hat sich allerdings die Gesamtlast der Kosten für die höherwertigen Krankenhausleistungen nicht verringert, nur ihre Optik. Ein Teil der Last ist in eine andere Kasse geschoben, wobei der Steuerzahler, der diese Kasse des Staates zu füllen hat, in der Regel der gleiche ist wie der Beitragszahler, der über die Krankenversicherung den Plegesatz finanziert.

Diese Zusammenhänge werden gegenwärtig den Politikern schmerzlich bewußt. – Und schon ist man versucht, die anstelle eines ausreichenden Plegesatzes eingeschobene Ersatzfinanzierung über den staatlichen Haushalt ebenfalls zu drosseln und auf sachfremde haushaltspolitische Maßstäbe zu begrenzen. Damit aber entsteht eine echte Lücke in der Finanzierung der geforderten Krankenhausleistungen. Sie führt zum Substanzentzug für die Krankenhäuser zumindest dort, wo sie nicht durch Betriebszuschüsse des Krankenhausträgers wieder geschlossen werden kann. Praktisch trifft dies allerdings nur die privaten bzw. freigemeinnützigen Krankenhäuser, hinter denen kein öffentlicher Haushalt steht. Durch die Politik der zunehmenden Eingriffe in eine kosten- und leistungsgerechte Preisbildung der Krankenhausleistungen werden daher die Existenzgrundlagen der freigemeinnützigen Krankenhäuser entscheidend getroffen. Ihre Leistungsfähigkeit wird geschwächt, soweit sie nicht gezwungen sind, ihren Betrieb völlig einzustellen.

Da unter den dargelegten Voraussetzungen die Krankenhauskosten entgegen allen Bemühungen weiterhin steigen, wächst auch die Versuchung zu weiterem Dirigismus: Der nächste Schritt geht dahin, den sogenannten „Bedarf“ selbst in den Griff zu bekommen, die Steuerung des Angebots im Krankenhausbereich an sich zu ziehen und möglichst alle Investitionen zentral zu verplanen. Es gehört zur Hybris der Bürokraten durch die Jahrhunderte, zu glauben, der Staat könne, wenn er nur die Macht dazu erhält, zentral besser und billiger planen und entscheiden als die dezentralisiert, aber keineswegs planlos wirtschaftenden selbstverantwortlichen Träger einzelner Betriebe. Der Osten bezahlt diesen Irrtum trotz aller Anstrengungen der Beteiligten mit einem hohen Schwund an gesamtwirtschaftlicher Produktivität. Diese Erfahrung, die auch für Teilbereiche einer Wirtschaft gilt, sollte nicht übersehen werden, wenn man nunmehr auch in der Bundesrepublik damit begonnen hat, ein bis dahin international auf höchster

Leistungsstufe stehendes Krankenhauswesen durch Gesetze und Verordnungen zu „sichern“, in Wahrheit aber in die öffentliche Planungs- und Entscheidungshoheit zu überführen.

6. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist auf eine totale Zentralisierung der Investitionsplanung angelegt, die die Initiative und Selbstverwaltung freier Träger durch behördlichen Dirigismus ersetzt

Das KHG, ergänzt durch entsprechende Landeskrankenhausesetze, schreibt vor, daß die Planung aller lang- und mittelfristigen Investitionen im Krankenhaussektor, d. h. Neubauten sowie die Ersatzbeschaffung lang- und mittelfristiger Anlagegüter, in den sogenannten Krankenhausbedarfsplänen der Länder zentralisiert wird. Diese Pläne entscheiden, wann, wo und wie, mit welcher Aufgabe, mit welchen Fachabteilungen und Funktionsbereichen, in welcher Größe und in welcher baulichen Struktur und Ausstattung ein Krankenhaus gebaut, aufrechterhalten, erweitert oder geändert werden soll. Damit sollen auch den bestehenden freigemeinnützigen Krankenhäusern alle diesbezüglichen Planungsentscheidungen letztlich entzogen werden.

Dieser Krankenhausbedarfsplan der Landesbehörden ist nicht etwa nur eine Orientierungshilfe für die selbstverantwortliche Planung der Krankenhäuser. Er beschränkt sich auch nicht auf eine Art Rahmenplanung, innerhalb deren den einzelnen Häusern ein Planungsspielraum bezüglich Standort, Größe oder Aufgabenstruktur verbleiben könnte. Vielmehr handelt es sich, sobald das KHG und die entsprechenden Anschlußgesetze der Länder einmal voll wirksam geworden sind, um die totale Zentralisierung der Planung und Entscheidung, der Finanzierung und Kontrolle aller wesentlichen Krankenhausinvestitionen. Da hierin auch die privaten und freigemeinnützigen Krankenhäuser eingeschlossen sein sollen, handelt es sich dabei um ein in der Bundesrepublik einmaliges Modell, das sich außerhalb der Ordnungsgrundsätze aller übrigen Wirtschaftsbereiche stellt. Diese neuartige Konzeption steht nicht nur auf dem Papier. Das KHG sorgt auch dafür, daß der behördliche Investitionsplan nicht durchkreuzt wird und auf die Dauer auch keiner der nichtöffentlichen Träger aus der Reihe tanzen kann. Denn auf der einen Seite teilt es nur denjenigen Krankenhäusern Investitionsmittel (sogenannte „Fördermittel“) zu, die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen sind; auf der anderen Seite ist es verboten, irgendwelche Investitionskosten über den Pflegesatz zu finanzieren. Lang- und mittelfristige Investitionen müssen einzeln beantragt und selbst die pauschalen Fördermittel für kurzfristige Investitionen (§ 10 KHG) können durch Bedingungen und Auflagen im Sinne der zentralen Planung gesteuert werden. Insgesamt sind alle Investitionen der Krankenhäuser – bei Strafe der uneingeschränkten Rückzahlung der „Fördermittel“ – im Sinne des jeweils gültigen zentralen Bedarfsplanes vorzunehmen. Somit ist die auf Initiative und Fortschritt gerichtete Selbstverwaltung freier Träger im Investitionsbereich des Krankenhauses durch einen zentralen be-

hördlichen Dirigismus ersetzt. Hieran können auch gewisse Mitwirkungsrechte der Landeskrankenhausgesellschaften bei der Planerstellung nichts ändern.

7. Eine zentralisierte staatliche Investitionsplanung ist nicht nur hoffnungslos überfordert, sie bringt auch eine patientenorientierte Krankenhauspolitik in höchste Gefahr

Die zentral verfügbaren Daten zur Bedarfserfassung und Investitionssteuerung sind, gemessen an der Vielzahl der hierbei in Frage stehenden Faktoren, mehr als dürftig. Da geht es nicht nur um Einwohnerzahlen und ihre räumliche Verteilung, um Geschlecht, Altersaufbau und Erwerbsstruktur und um die generelle Krankenhaushäufigkeit dieser Gruppierungen, es geht auch nicht nur um die vielfältigen und schwer erfaßbaren Faktoren, von denen all diese Daten abhängig sind, es geht vor allem um zukünftige Entwicklungen, um überregionale und örtliche Verschiebungen und Verastelungen – in Verbindung auch mit den zukünftigen Veränderungen der wirtschaftlichen und technischen Voraussetzungen des Krankenhausangebots. Muß schon die Erfassung des jeweiligen Ergebnisstandes all dieser Entwicklungszusammenhänge in der Vergangenheit nur eine grobe und unvollständige bleiben, so bleibt die Prognose ihrer zukünftigen Veränderungen vollends ein Herumstochern im Nebel. Man behilft sich zwar, indem man gewisse Entwicklungen aus der Vergangenheit einfach in die Zukunft projiziert; aber dabei läuft man um so mehr Gefahr, die schon im Ansatz vorhandenen Einseitigkeiten mit der Projektion zu vervielfachen. So gleicht die zentrale Krankenhausplanung einer mit groben Annahmen durchsetzten Prophetie, bei der das aus Erfahrung und Intuition gewonnene Fingerspitzengefühl vieler mit den regionalen Verhältnissen vertrauter Krankenhausträger ersetzt wird durch den Machtanspruch einer einzigen Zentralstelle.

Diese Form einer Investitionsplanung, die die Entwicklung des Krankenhauswesens und ihrer Strukturen für Jahre und Jahrzehnte im voraus einheitlich festlegt, ist aus mehreren Gründen besonders gefährlich:

1. Bei ihren Bemühungen, den Planungsprozeß in den Griff zu bekommen, neigt die zentrale Planungsbehörde dazu, das Angebot an Krankenhausleistungen auf relativ wenige, relativ große Krankenhauseinheiten zu konzentrieren, mit denen es sich auch technisch leichter planen läßt. Hinzu kommt, daß die Zusammenfassung in größere Krankenhauseinheiten den Planern verspricht, die Entwicklung des mit der Spezialisierung verbundenen technisch-wirtschaftlichen Fortschritts im Krankenhaus zu erleichtern und auch wirtschaftlich tragbarer zu machen. Abgesehen davon, daß hier die Möglichkeiten der Kooperation mehrerer kleinerer Krankenhauseinheiten vielfach unterschätzt werden, ist die zentralistische Planung mit ihrer Konzentrationstendenz ständig in Gefahr, den Bedarf der Patienten im Krankenhaus auf einen Bedarf an moderner technischer Apparatur zu reduzieren. Hierbei treten aber

die immateriellen Aufgaben eines Krankenhauses bei der Heilung und Linderung von Krankheit und Not der Menschen in den Hintergrund, die seelischen und sozialen Dimensionen der Therapie sind hinter die medizinisch-technischen und wirtschaftlichen zurückgestellt. So erklärt es sich auch, daß beispielsweise der Entwurf eines Krankenhausbedarfsplanes für Berlin die Forderung enthält, daß ein Krankenhaus auch der unteren Leistungsstufe mindestens 400 Betten umfassen soll, obgleich sich nachweisen läßt, daß in kleineren Krankenhäusern vor allem bei einfacherer und länger dauernder Krankenhausbehandlung nicht nur hervorragende medizinische, sondern auch kostengünstigere und patientengerechtere Leistungen erbracht werden können.

2. Die bei all ihren Bemühungen unvermeidlichen Fehlprognosen der zentralen Planungsstellen entbehren der Chance, daß sie sich durch eine dezentralisierte Planung mehrerer selbstverantwortlicher Träger wenigstens teilweise gegenseitig ausgleichen und damit in Grenzen halten. Während die dezentrale Planung, verteilt auf eine Vielzahl selbstverantwortlicher am Gemeinwohl orientierter Träger jeweils von verschiedenen Seiten her sich anpassungsfähig an die differenzierte zukünftige Entwicklung des Krankenhausbedarfs herantasten kann, sich gegenseitig ergänzt und bei fehlerhafter Prognose teilweise ausgleicht, muß der zentrale Einheitsplan mit der vollen Wucht seiner Einseitigkeit zur Auswirkung kommen.
3. Bei der Korrektur und Anpassung der Planentscheidungen an die sich ändernden Entwicklungen und Strukturen neigt zentrale Planung zu Schwerfälligkeit und Starrheit.
Nicht nur, daß es relativ lange dauert, bis Veränderungen statistisch erfaßt und zentral ausgewertet sind und die erforderlichen Differenzierungen nach örtlichen und fachlichen Strukturen leicht verloren gehen bzw. eingeebnet werden, auch der Entscheidungsprozeß der Korrektur und Anpassung selbst ist auf zentraler Ebene erschwert: Dies liegt nicht nur an der „Bürokratie“ einer zentralen Behörde, die sich dabei noch in aufreibender Weise mit den Interessen aller betroffenen Träger bzw. deren Verbänden sowie den Vertretern der Kassen auseinandersetzen muß; es liegt vor allem auch daran, daß der Krankenhausbedarfs- und Investitionsplan auf zentraler Ebene für die beauftragten Planer zu einem Politikum wird, sogar für die Regierung selbst. Ein Plan, an dem das Bleigewicht schwerwiegender politischer Nebenwirkungen hängt, läßt sich nicht einfach mit der Veränderung seiner sachlichen Voraussetzungen hin- und herkorrigieren —, wie es ein verantwortliches Unternehmen im Interesse der Erhaltung seiner Wirtschaftlichkeit und Existenz tun würde. Vielmehr wird man auf dieser Ebene bestrebt sein, Planungsfehler, vor allem soweit sie im Entwicklungsstadium noch nicht nach außen erkennbar sind, so lange wie möglich zu verdecken, sie zu beschönigen oder als solche nicht zum Ausdruck kommen zu lassen. Dies nicht nur, weil es sich über Prognosen und Wertungen im politischen Feld lange trefflich streiten läßt, sondern vor allem deshalb, weil

man auf dieser zentralen politisch-behördlichen Ebene zu Recht Angst hat, Planungsfehler offenzulegen und einzugestehen. Denn hier werden auch unvermeidliche Planungsfehler, hineingestellt ins politische Spannungsfeld, zu politischen Fehlern abgestempelt und den Verantwortlichen angelastet.

Hinzu kommt, daß man sich auch scheut, durch Planungsänderungen bestimmten Betroffenen weh zu tun, da auch sie sich nicht nur Sachgesetzen, sondern einseitigen politischen Willensakten ausgesetzt fühlen und daher politisch reagieren. So werden viele wirtschaftlich und versorgungsmäßig gebotenen Anpassungen des Krankenhausbedarfsplanes auf der zentralen Ebene zwangsläufig entweder blockiert oder hinausgeschoben. Diese Verzögerung und Erstarrung der Bedarfsplanung aber verschärft die Spannungen zwischen Angebot und Bedarf und vergrößert ihre negativen Auswirkungen.

4. Hinzu tritt aber noch die weitere Gefahr, daß politische Instanzen die sachlich gebotene Anpassung des Planes nicht nur blockieren und verzögern, sondern daß die Planung auch inhaltlich mit sachfremden politischen Motiven verfälscht und verzerrt wird. Nicht die Bedürfnisse der Patienten bleiben Maßstab, sondern die politischen Vorstellungen der Regierenden über das, was man den Patienten an Leistungen zubilligen will oder nach dem Diktat der knappen Kassen noch zubilligen kann. Schon aus Gründen der Planungsvereinfachung wird dieser Bedarf höchst schematisch und nivelliert in die Planung eingesetzt und mit Akzenten ausgestaltet, die man politisch jeweils für opportun hält.

So braucht man sich nicht zu wundern, wenn die Zentralisierung der Krankenhausbedarfs- und -investitionsplanung, ihre Verlagerung von den patienten-orientierten Krankenhäusern auf politisch orientierte Landesbehörden

zur Verzerrung und Verarmung des Angebots von Krankenhausleistungen führt,
zu Konzentration und einseitiger Technisierung der Krankenhäuser,
zur Erstarrung der Krankenhausstrukturen
und zur Überfremdung und Blockierung notwendiger Sachentscheidungen durch politische Rücksichten.

Die Leidtragenden sind nicht nur die Steuer- und Beitragszahler, die die Unwirtschaftlichkeiten und Fehlinvestitionen zentraler Planungen finanzieren müssen, sondern vor allem die Patienten, für die diese Entwicklung ein Verlust an „Lebensqualität“ und Menschlichkeit im Krankenhaus bedeutet.

Sicherlich wird es noch etliche Jahre dauern, bis man diese Zusammenhänge in ihrer Tragweite so zu spüren bekommt, daß man sie nicht mehr mit dem Schleier ideologischer Schlagworte verdecken kann. Inzwischen aber werden die Behörden ihre zentrale Planungshoheit weiterhin mit der Behauptung zu rechtfertigen suchen, daß ein Staat, der die Finanzierung eines so gewaltigen Investitionsvolumens übernimmt, wie es im Krankenhaus erforderlich ist, doch auch nicht die Verantwortung für seine Ver-

wendung aus der Hand geben könne. Mit dieser Argumentation werden aber die Zusammenhänge erneut auf den Kopf gestellt. Denn tatsächlich war es der Staat, der den freigemeinnützigen Krankenhäusern ihre Substanzerhaltung und damit ihre Investitionsmöglichkeit entzogen und ihnen die totale staatliche Finanzierung aufgezwungen hat, um damit seine zentrale Planungsmacht wirkungsvoller durchsetzen zu können. Zwar gab es auch vor Inkrafttreten des KHG schon eine staatliche Investitionsförderung der Krankenhäuser, zum Teil sogar in erheblichem Ausmaß (ca. 30 bis 70 Prozent der Gesamtfinanzierung je nach Ländern und Fachbereichen). Sie diente jedoch hauptsächlich dazu, die Höhe der Pflegesätze indirekt zu ermäßigen. Die Basis für die Investitionsentscheidungen der Krankenhäuser lag jedoch in den eingebrachten bzw. auf dem Kapitalmarkt aufgenommenen Eigenmitteln der Träger, die damit in hohem Maße an einer Bedarfsorientierung und am wirtschaftlichen Einsatz dieser Mittel interessiert waren. Auf über 15 Milliarden DM kann der Umfang dieser Eigen- bzw. Kapitalmarktmittel geschätzt werden, die bis 1972 in den freigemeinnützigen Krankenhäusern investiert waren. Mit dem KHG sind auch diese Mittel in die Planungshoheit des Staates übernommen, wo sie u. a. dazu verurteilt sind, Verluste staatlicher Fehlplanungen im Krankenhausbetrieb entschädigungslos aufzufangen!³⁾.

8. Durch die staatliche Zentralisierung von Planung und Finanzierung der Krankenhausinvestitionen wird die Existenz freigemeinnütziger Krankenhäuser früher oder später – aber zwangsläufig – vernichtet

Das hat zwei Gründe:

1. Das KHG entzieht den freigemeinnützigen Trägern die in ihre Krankenhäuser eingebrachte Substanz und damit jene Eigenkapitalbasis, ohne die auch ein gemeinnütziger Träger in privater Rechtsform nicht tätig sein kann. Ein Ausgleichsanspruch, der hierfür dem Krankenhaus nach Ende der Förderzeit, d. h. **nach** dem Tod des Krankenhauses, zufließen soll (§ 13 KHG), nützt nichts, um das Krankenhaus **heute** am Leben zu erhalten. Denn der zu Lebenszeiten des Krankenhauses verordnete sukzessive Entzug der investierten Eigenmittel raubt dem Träger mehr und mehr die Möglichkeit, vorübergehend **Betriebsdefizite** aus Rücklagen liquiditätsmäßig **aufzufangen**, und er raubt zugleich die **Kreditbasis** aus dem Eigenvermögen des Trägers; als privater Träger braucht er diese Kreditbasis nach wie vor, wenn er z.B. Personalwohnheime bauen und unterhalten will, deren Finanzierung aus KHG und Bundespflegesatzverordnung (BpflV) gestrichen sind; oder wenn er Ertragsrückgänge aus Belegungs- bzw. Verweildauerverkürzungen überbrücken soll, um nur einige Beispiele zu nennen. Ohne ausreichende Kreditbasis, wie sie bisher im investierten Eigenkapital des Trägers gegeben war, ist zukünftig früher oder später seine wirtschaftliche Handlungs- und Zahlungsunfähigkeit unvermeidlich, es sei denn, daß man von außen ständig zusätzliche Mittel einschießen kann, wie dies im

Grunde nur öffentlichen Einrichtungen zu Lasten der Steuerzahler möglich ist.

2. Das KHG zentralisiert zwar die Investitionsplanung und -finanzierung, überläßt jedoch das betriebswirtschaftliche Risiko aus Fehlplanung und Unterbelegungen weiterhin den einzelnen Krankenhausträgern. Denn die Fehlplanungen schlagen sich auch in einer Minderausnutzung vorhandener Kapazitäten nieder und führen damit zu Betriebsverlusten, die ohne Verlustausgleich (den man im neuen Reformgesetz wieder abschaffen will, bevor er noch jemals in Kraft getreten war) am gemeinnützigen Träger hängen bleiben und ihn früher oder später in den Konkurs treiben.

Dieser Prozeß könnte sogar von den Behörden bewußt herbeigeführt oder unbewußt beschleunigt werden; z.B. bewußt, wenn ihnen ein freier Träger aus Gründen seiner „Tendenz“ nicht in den Plan paßt, oder unbewußt, wenn sie ihm etwa aus Gründen der besseren technischen Rationalität oder infolge mangelnder Abstimmung zwischen zuständigen Ressorts eine öffentliche Großklinik neben sein Haus hinbauen. In solchen Fällen ist es nur eine Frage der Zeit, bis der freie Träger unter der Konkurrenz des nachträglich geschaffenen Überangebots an Krankenhausbetten mangels laufender Defizitzuschüsse seine Tore von selbst schließen muß. Fälle dieser oder ähnlicher Art sind schon jetzt in der Zeit der Anlaufphase des KGH mehrfach bekannt geworden (z.B. aus Aachen, Berlin, Essen, Köln, Duisburg, Münster).

Hier wird erneut und verstärkt der Widersinn einer Ordnungspolitik sichtbar,

die aufgrund einer staatsgläubigen Planungsideologie den natürlichen Zusammenhang von betrieblicher Planungsverantwortung und wirtschaftlicher Haftung auseinanderreißt;

die den Planungsvorgang auf eine Ebene verlagert, die sachlich überfordert ist und die im Spannungsfeld der Politik weniger an den bedarfswirtschaftlichen Auswirkungen ihrer Entscheidungen interessiert ist als am politischen Prestige und damit an der Vertuschung bzw. am Zurechtbiegen von Planungsfehlern oder aber an sachfremden politischen Zielen,

während der Patient und die ihm nahestehende Krankenhausleitung verurteilt sind, als Objekt einer übermächtigen Bürokratie deren Unvermögen zu tragen.

9. Staatliche Ordnungspolitik statt Dirigismus kann die Selbstverantwortung der Krankenhäuser wieder zu Leben erwecken

Wie sollte eine solche staatliche Ordnungspolitik aussehen, die die Selbstverwaltung der Krankenhäuser wieder zu Leben erwecken kann?

1. **Sie muß der selbstverantwortlichen Planung der Krankenhäuser auch im Investitionsbereich wieder Raum und Entfaltungsmöglichkeiten geben.** Damit schafft sie die erste wichtige Voraussetzung, um

einen sinnvollen dezentralen Planungsprozeß in Gang zu setzen, der sich auf eine Vielzahl am Gemeinwohl orientierter Krankenhäuser stützen kann. Diese sind aufgrund ihres Auftrages, ihrer Erfahrungen und Kenntnisse durchaus in der Lage, mit Initiative und Verantwortungsbereitschaft von den verschiedensten Seiten her sich an die zukünftigen Entwicklungen des Krankenhausbedarfs heranzutasten. Und sie können sich – frei von der Illusion, eine gültige Einheitsprognose zu finden – allen Veränderungen in den Leistungsvoraussetzungen und im Bedarf elastisch und unbürokratisch sowie frei von Prestigedenken und von sachfremden politischen Einflüssen und Rücksichtnahmen anpassen.

2. **Staatliche Ordnungspolitik sollte diese selbstverantwortliche Planung auf der dezentralen Ebene** dadurch **erleichtern und stärken**, daß sie ihnen (in einem allgemeinen Orientierungsplan) ergänzende überbetriebliche **Plan- und Orientierungsdaten** an die Hand gibt, die dem einzelnen Krankenhausträger nicht ohne weiteres zur Verfügung stehen und die auch die Auswirkungen ihrer Entscheidungen für alle überschaubarer machen. Gleichzeitig sollte sie subsidiär (soweit dies nicht bereits auf der Ebene einer überbetrieblichen Selbstverwaltung der Beteiligten geschieht), die Bereitschaft aller Beteiligten zu besserer überbetrieblicher Zusammenarbeit stärken und nach Art einer **konzertierten Rahmenplanung** eine Plattform des überbetrieblichen Erfahrungsaustausches und der gegenseitigen Abstimmung ermöglichen. Diesbezügliche Versäumnisse in der Vergangenheit dürfen nicht als Vorwand für ungerechtfertigten Dirigismus dienen.
3. Auch die **inneren Strukturen des Krankenhauses müssen von Reglementierungen freigehalten werden**, wie sie beispielsweise zur Zeit auch in einigen Krankenhausgesetzen der Bundesländer vorgesehen sind. Denn Fortschritte in der Entwicklung der Krankenhausstrukturen sind in der Vergangenheit stets individuell und in Anpassung an die jeweils unterschiedlichen Verhältnisse erzielt worden. Sie lassen sich nicht durch allgemeine schematische Regeln erzwingen. Im Gegenteil: Diese könnten höchstens den in der Vergangenheit erreichten Stand einzementieren und damit in seiner weiteren Entwicklung lahmlegen.
4. **Das Entgelt aller notwendigen Krankenhausleistungen muß ungeteilt sichergestellt sein.** Eine Aufspaltung des Entgelts in Teile für Vorhaltekosten (insbesondere Anlagekosten) einerseits und laufende Betriebskosten andererseits ist in dreifacher Hinsicht ordnungspolitisch verfehlt:

Sie zerreißt den wirtschaftlichen Zusammenhang zwischen Investitions- und Betriebskosten, da bessere Wirtschaftlichkeit oft nur durch den Austausch der einen durch die anderen zu erzielen ist; sie erzeugt einen Interessenkonflikt, wenn das Teilentgelt des einen zu Lasten des anderen geht und verhindert damit jene Kosteneinsparungen, die nur auf diesem Wege erreichbar sind; sie verkürzt die Einsicht der Empfänger von Krankenhausleistungen auf einen Teilaspekt und enthält ihnen den Gesamtwert der von ih-

nen in Anspruch genommenen Leistungen vor. Auch dadurch wird ein Anspruchsdenken ohne Rücksicht auf die Kosten begünstigt. Ordnungspolitik setzt daher auch den Mut der Politiker voraus, der Bevölkerung und damit dem Wähler klarzumachen, was Krankenhausleistungen wirklich kosten und daß diese Kosten letztlich von niemanden anderem als von ihnen selbst aufgebracht werden können, ob über Steuern, Beiträge oder Eigenleistungen.

5. **Subventionen** bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen sollten im sozialpolitisch gebotenen und finanzwirtschaftlich möglichen Umfang geleistet werden. Sie **sollten jedoch grundsätzlich unmittelbar an die Gruppe der Subventionsbedürftigen selbst geleistet** (bzw. ihren Kassen), nicht aber denen aufgezwungen werden, die – nicht ohne Opfer – die Leistungen erbringen, den Krankenhäusern. Wenn die Subventionen jedoch aus politisch-taktischen oder psychologischen Gründen dennoch über das Krankenhaus (zur Minderung der Preise für die Krankenhausleistungen) geleitet werden, dann sollten sie wenigstens **nicht mit dirigistischen Auflagen und Sanktionen für den Träger verknüpft** werden. Abgesehen von den dargestellten Gefahren eines solchen Dirigismus wäre es auch ordnungspolitisch verfehlt, die Leistungsbereitschaft freier Träger statt zu fördern auf diese Weise zu unterdrücken und zu bestrafen.
6. **Die Höhe der Leistungsentgelte ist so zu bemessen, daß auch Risiko und Wagnis darin abgegolten werden können.** Das setzt voraus, daß bei überdurchschnittlicher Wirtschaftlichkeit auch Leistungsgewinne erzielt und Risikorücklagen gebildet werden können; sonst würde der Anreiz zu Initiative und Wagnis ertötet.
7. Staatliche Ordnungspolitik im Interesse besserer Wirtschaftsführung sollte die **Zusammenarbeit der Krankenhäuser**, den organisierten Datenaustausch und Datenvergleich zwischen den Krankenhäusern zum Zwecke einer Orientierungshilfe und für die analytische Auswertung einer auf Fortschritt ausgerichteten Betriebsführung fördern, die sich durch bessere Leistungs- und Kostengestaltung um die Gunst der Patienten bemüht. **Auf keinen Fall aber sollte sie sogenannte „Richtwerte“ einer „sparsamen“ Wirtschaftsführung als betriebsfremde Festlegungen durch zentrale Instanzen vorschreiben lassen.** Dazu sind die Verhältnisse von Krankenhaus zu Krankenhaus zu unterschiedlich, sowohl in den wirtschaftlichen Voraussetzungen als auch in der Qualität und Zusammensetzung der jeweils zu erbringenden Leistung.
8. **Zu fördern ist auch das freie Engagement der gesellschaftlichen Gruppen bei der Erstellung der Krankenhausleistungen.** Wenn es stimmt, daß das freigemeinnützige Krankenhaus dem kranken Menschen wie der Allgemeinheit Vorteile verspricht,
 - weil es sein Leistungsangebot vielfältig und pluralistisch auf die Wünsche der Patienten ausrichtet,
 - weil es beweglich, ungebunden und unbürokratisch in der Planung und Entscheidung und
 - weil es daher auch relativ wirtschaftlicher in der Betriebsführung ist,

weil es motiviert und engagiert ist in seinen Leistungsantrieben, weil es für Neuerungen und Verbesserungen aufgeschlossen ist, und, weil es nicht zuletzt bisher noch immer bereit war, freiwillige, auch finanzielle Beiträge einzubringen und damit die Notleidenden wie die Allgemeinheit zu entlasten, dann sollte der Staat und seine Ordnungspolitik alles tun, diese Initiative und Opferbereitschaft, wo immer es möglich ist, zu fördern und zu ermutigen und alles zu vermeiden, was etwa die Wettbewerbs- und Lebenschance dieser freien Träger einseitig schwächt oder beseitigt. Keinesfalls aber sollte man versuchen, jene freiwillige (auch finanzielle) Opferbereitschaft durch staatliche Gewalt zu erzwingen (so z. B. in dem neuesten Entwurf der Bundesregierung über ein „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz“, der eine Zwangsbeteiligung der Krankenhausträger an allen Krankenhausinvestitionen vorschreibt). Auch hier kann man durch Zwang nichts anderes als das Gegenteil von Opferbereitschaft erwirken: Man schreckt sie ab und scheucht sie davon, ebenso wie man sie durch Dirigismus und staatliche Knebelung frustriert und verliert.

Anmerkungen

- ¹⁾ vgl. Thiemeyer, Th., Hat die Selbstverwaltung der Krankenhäuser im Zuge von staatlicher Planung und Reglementierung noch eine Chance?, in: Das Krankenhaus, 7/1971.
- ²⁾ vgl. Lauer, W., Das therapeutische Team im Krankenhaus, Freiburg, 1976.
- ³⁾ vgl. Spiegelhalter, F., Das Verlust- und Haftungsrisiko der freigemeinnützigen Krankenhäuser unter dem Einfluß von KHG und Bundespflegegesetzverordnung, in: Das Krankenhaus, 6/1976.

Literaturhinweise

- Benz, A. E., Reform der Reform, in: Krankenhausumschau, 9/1976.
Clade, H., Das kranke Krankenhaus, Köln 1973.
Herder-Dorneich, Ph., Kostenexplosion im Gesundheitswesen und ihre Steuerung, in: Politik und Zeitgeschichte (Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament), vom 17. 4. 1976.
Kessels, J., Das Krankenhausgesetz Nordrhein-Westfalen, ein Affront gegen freie Träger im Gesundheitswesen, in: Krankendienst, 48/1965.
Külp, B., Investitionslenkung, Köln 1976.
Orth, G., Das katholische Krankenhaus im Strukturwandel, in: Caritas-Mitteilungen, 4/1976.
Rüther, B., Krankenhaus und Politik, Stuttgart 1973.
Spiegelhalter, F., Ist der wirtschaftliche Tod des freigemeinnützigen Krankenhauses vorprogrammiert?, in: Krankendienst, 2/1977.
Splett, B., Das katholische Krankenhaus heute, in: Krankendienst, 49/1976.

Zur Person des Verfassers

Dr. Franz Spiegelhalter, Finanzdirektor des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg.