

# Eckpunkte- und Thesenpapier: Krankenhausversorgung als Bestandteil der öffentlichen Daseinsversorgung

---

## Was ist öffentliche Daseinsvorsorge

- Nicht in jedem Land gibt es eine begriffliche Entsprechung; im Englischen und Französischen: Leistungen des öffentlichen Interesses (Services of general interest) oder auch nur allgemein public services oder public interest – im Spanischen Prevision de la existencia
- Die Öffentliche Daseinsvorsorge meint die Gewährleistung und Erbringung grundlegender Leistungen für das tägliche Leben für die Einwohner/innen einer Stadt – einer Region.
- In den letzten 30 Jahren Wandel des Verständnis: von der Erbringung hin zur Gewährleistung – Folge Privatisierung, formal und materiell
- Vor allem Versorgungseinrichtungen wie Energieversorgung, Müllentsorgung, Wasserversorgung und Abwasserentsorgung, Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, soziale Einrichtungen werden der Daseinsvorsorge zugerechnet
- Gesetzlich verpflichtende und freiwillige Leistungen

## Thematische Nähe

- Sozialstaatsgrundsatz
- Kommunale Selbstverwaltung
- Gleichheit der Lebensverhältnisse
- Subsidiaritätsprinzip
- Gemeinwohlprinzip
- Public Private Partnership – Öffentlich-private Partnerschaften
- Öffentliche – meritorische Güter (z.B. natürliches Monopol, Wettbewerbseinschränkungen, sog. Staats- und Marktversagen)

## Regelungsebenen

### *National:*

Gesetzgebung des Bundes und der Länder

Regelungs- und Handlungskompetenz der Kommune bzw. des öffentlichen Gewährsträgers (fachliche Kompetenz der Fachverwaltung, politisch-inhaltliche Vorgaben (öffentliche Ziele und Zwecke), öffentliche Finanzwirtschaft

Nationales Wettbewerbsrecht – marktbeherrschende Stellung

### **Europäisches Recht**

Beihilferecht, Behinderung der Funktionsfähigkeit des innereuropäischen Marktes. Leistungen von besonderem öffentlichem bzw. wirtschaftlichem Interesse. Sozialpolitik nationale Regulationsangelegenheit

## **Krankenhausbereich**

Bis 1972 eigene Angelegenheit der Kommunen ohne spezifische gesetzliche Grundlage. Krankenhausgesetz 1972 machte es zu einer verbindlichen öffentlichen Aufgabe, die bedarfsgerechte Versorgung mit Krankenhäusern zu sichern. Einführung der dualen Finanzierung, d.h. getrennte Finanzierungsinstrumente Betriebskosten durch Krankenkassen – Investitionskosten durch öffentliche Mittel – Krankenhausplanung durch das jeweilige Bundesland

## **Ordnungspolitische Angriffe auf die Krankenhausversorgung als Bestandteil der Daseinsvorsorge:**

### **Bund**

Bis 1992 Krankenhausindividuelles die Selbstkosten deckendes Budget in Form tagesgleicher Pflegesätze.

GSG 1993: Zulassung von nur teilgeförderten Krankenhäusern zur Krankenhausversorgung

Einschränkung des Selbstkostendeckungsprinzips durch Obergrenzen der Fortschreibungen des Krankenhausbudgets

Einführung von Leistungsentgelten in ausgewählten Leistungsbereichen (Sonderentgelte, Fallpauschalen)

2000 GKV-Modernisierungsgesetz: Bestimmung eines fallpauschalenorientierten Preissystems für die somatische stationäre Versorgung

2003 Einführung auf der Basis des australischen DRG-Systems

Aktuelle Erweiterung um sogenannte ergebnisorientierte Vergütungsbestandteile

## Landesebene

Rückgang der Fördermittel um mehr als die Hälfte seit der Vereinigung 1991. Bundesweit werden nur noch etwa 40 % der notwendigen Mittel für Krankenhausinvestitionen aus Fördermitteln finanziert  
Nord-Süd-Ost-West-Gefälle

Rückzug aus der Steuerung – Krankenhausplanung wird zunehmend zur Rahmenplanung.

## Kommune:

Haushaltseinschränkungen,

mangelhafte bis keine gesundheitspolitischen Zielformulierungen – krankenhaupolitisches Desinteresse

mangelhafte fachliche Kompetenz sowohl auf politischer als auch administrativer Seite.

Besetzung von Führungspositionen öffentlicher Krankenhäuser entweder nach politischer Farbenlehre oder nach nicht-öffentlichen Kriterien (privatwirtschaftlicher Effizienz).

## Europaebene

Europäisches Wettbewerbsrecht dabei insbesondere Beihilferecht. Einschränkungen der Regelung in nationaler Eigenständigkeit.

## Thesen zur Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen

**These 1: Profitorientierte Krankenhausbetreiber lassen sich im Rahmen des profitorientierten, marktwirtschaftlichen Ordnungssystems nicht wirksam an den öffentlichen Auftrag im Rahmen der Daseinsvorsorge binden.** Aus ihrer Sicht nicht wirtschaftlich durchführbare Leistungen müssen dann durch öffentliche Träger im Vergleich unwirtschaftlich erbracht werden, weil Quersubventionen aus den gewinnträchtigen Leistungen wegfallen, oder separat refinanziert werden.

**Gegenthese:** Private sind wirtschaftlicher.

Wahrheit: Die Kostenstrukturen sind zum Vorteil Privater günstiger, Personalbereich (Personaldurchschnittskosten, Personalbesetzung, Arbeitsdichte). Seit der Einführung der DRG haben sich die Fallkosten bei öffentlichen und profitorientierten Krankenhäusern etwa gleich entwickelt.

**These 2. Volkswirtschaftliche Effekte und betriebswirtschaftliche Effekte sind nicht identisch. Die Verbetriebswirtschaftlichung der Sozialpolitik führt zur einer marktökonomischen Effizienz, die aber nicht im Sinne einer sparsamen und effektiven Gesundheitsversorgung die richtige ist.** Marktwirtschaftliche Versorgungssysteme zeigen keine volkswirtschaftlich besseren Ergebnisse, sie zeigen in Hinsicht auf viele qualitative Indikatoren (Zugang zum Gesundheitssystem, Versorgungssicherheit, Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem, Morbidität und Mortalität, Lebenserwartung tc.) insgesamt schlechtere Ergebnisse.

**Gegenthese:** Wir brauchen eine stärkere Leistungsorientierung im Gesundheitswesen, um wirtschaftlich effizientere Steuerung zu erreichen!

Wahrheit: Profitorientierung und Wettbewerb belohnt die Leistungsstarken und damit die Privaten! Die Privaten sind für mehr als zwei Drittel der Fallzahlsteigerungen und damit auch der Zunahme der Krankenhausausgaben verantwortlich, bei einem „Marktanteil“ an allen Krankenhausfällen von etwa 17 %. Etwa Dreiviertel aller Kosten eines Krankenhauses sind fixe Kosten, Kosten der Leistungsbereitschaft. Der Veränderungen der Ausgleichsregelungen für Mehr- und Minderleistungen ist jedes Krankenhaus gezwungen Mehrleistungen zu erwirtschaften. Für profitorientierte Unternehmen gehört es zur Unternehmenskultur(es ist der Unternehmenszweck) Gewinne durch Mehrleistungen zu erzielen.

**These 3: Soziale Gesundheitsversorgung hat den Zweck, die diskriminierenden Verteilungseffekte der marktwirtschaftlichen Erstverteilung auszugleichen. Es ist widersinnig, diese Aufgabe dem Wettbewerb und damit durch auf Eigennutz und Gewinn orientierte Unternehmen erreichen zu wollen (Problem des „Hecht im Karpfenteich“).**

**Gegenthese:** Die Gemeinwohlorientierung ist ein Relikt aus der Vergangenheit.

Leistungen bei Krankheit sind zunächst personale Dienstleistungen, sie geschehen en actu (Leistungserstellung und der Leistungsgenuss fallen zeitlich zusammen). Der kranke Mensch nimmt die Leistung an und ist zugleich Objekt der Leistungserstellung. Zugleich ist die Leistung zwar in der Regel erwünscht, aber gleichzeitig erzwungen, der konkrete Inhalt der Leistung wird vom Gesundheitsprofi bestimmt (angebotsinduzierte Leistung). Gesundheitsleistungen sind existenzielle Leistungen, die die soziale Teilhabefähigkeit massiv bedingen. Die Leistung bei Krankheit (die sogenannte Gesundheitsleistung) ist somit nahezu nie ein klassisches Kunden-Dienstleisterverhältnis. Da Krankheit und Gesundheit zudem sozial verteilt sind geht es auch immer um die Frage der sozialen Zu-

gänglichkeit und der sozialen Angemessenheit. Die Berufe im Gesundheitswesen sind im eigenen Berufsverständnis helfende Berufe. Privatisierung und Kommerzialisierung widerspricht also dem Berufsverständnis der Gesundheitsprofessionellen.

**These 4: Da wir es im Krankenhausbereich mit lokalen bzw. regionalen Leistungen zu tun haben entstehen sehr schnell marktbeherrschende Stellungen, die die gewährleistende Funktion der Städte und Gemeinden dominieren.** Dieses gilt erst recht angesichts der Schwäche der Städte und Gemeinden, die Daseinsvorsorge fachbezogen zu formulieren. Schon jetzt beherrschen vier Konzerne den profitorientierten Krankenhausmarkt mit einem Anteil von über 80 %.

**Gegenthese:** Das nationale und europäische Wettbewerbsrecht verhindert eine solche übergroße Marktmacht?

Das Wettbewerbsrecht ist ausschließlich ein Instrument der Marktordnungspolitik. Weder ist sie geeignet die sozialpolitischen und die versorgungspolitischen Aspekte einzubeziehen. Das Beispiel LBK Hamburg zeigt, dass die Auflagen des Kartellamts auf Dauer nicht ausreichen eine marktbeherrschende Stellung zu verhindern. Umgekehrt zeigt das Beispiel Nürnberg, dass das Kartellrecht sinnvolle (öffentliche und gemeinwohlorientierte) Kooperation im Krankenhausbereich zu erschweren. Der Krankenhausesektor ist durch seine Gliederung und Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgungskrankenhäuser nicht nach reinen ökonomischen Größen der Marktbeherrschung zu bewerten. Die strukturellen Aspekte des Versorgungsangebots lassen auch mit geringeren „Marktanteilen“ einen hohen Einfluss auf das Versorgungsgeschehen zu. Das Eindringen in die nicht durch die Kartellaufsicht einbezogenen Versorgungssektoren spiegelt andere Dimensionen der ökonomischen Aneignung wieder, als es das Kartellrecht erfassen kann.

**These 5. Die Privatisierung von Krankenhäusern bedeutet die Privatisierung eines bedeutsamen Teils der Daseinsvorsorge. Mit der Privatisierung verschwindet regelmäßig ein wesentlicher Teil der gesundheitswirtschaftlichen Kompetenz der Städte und Gemeinden. Übrig bleiben nur die aufsichtsrechtlichen Pflichtaufgaben** (Hygiene, Arbeitsschutzaufsicht, Gewerbeaufsicht). Ohne diese Kompetenzen können auch die Aufgaben der Gewährleistung der Daseinsvorsorge nicht qualifiziert wahrgenommen werden. Anders als öffentliche Krankenhäuser unterliegen insbesondere profitorientierte Krankenhäuser ansonsten nur der Kontrolle ihrer Anteilseigner und der konzerninternen Kontrolle. Diese haben in der Regel keinen regionalen Bezug, und nie einen Bezug zur Aufgabe der Daseinsvorsorge. Die unternehmerischen Strategien sind unternehmensbezogen, auf die Mehrung des Unternehmenswertes (Shareholder-Value) gerichtet und nicht gemeinwohlorientiert. Sie stellen

damit keinen gleichwertigen Ersatz für die öffentliche Unternehmerfunktion dar. Die inhaltlichen Besonderheiten der Sicherstellung der (stationären) Gesundheitsversorgung lassen eine nur äußerliche Gewährleistung der gesundheitlichen Daseinsvorsorge als nicht ausreichend erscheinen.

**Gegenthese:** Die öffentliche Hand ist der schlechtere Unternehmer.

Sowohl die Unternehmensstruktur, als auch Unternehmenszweck bei öffentlichen Unternehmen ist mit denen eines privaten Unternehmens nicht vergleichbar. Mit Abstrichen gleich kommen freige-meinnützige Unternehmen. Wenn es das Ziel ist Gewinn zu erzielen, ist die öffentliche Hand fast immer der schlechtere Unternehmer. Wenn es um die ureigenste Erfüllung von sozialen und infrastrukturellen Aufgaben im eigenen Wirkungskreis geht, ist die subsidiäre Erfüllung durch Städte und Gemeinden nachweislich geeigneter. Notwendig dafür sind aber auch eine programmatische und inhaltliche Qualifizierung der Stadt sowie ein entwickeltes Verständnis öffentlichen Managements und öffentlichen unternehmerischen Handelns im Gesundheitssystem.

Die öffentliche Bindung privater Unternehmer an den öffentlichen Zweck ist entweder nicht durchsetzbar oder führt zu einer wirtschaftlich schlechteren oder maximal gleich guten Leistung (Bsp. Sana im Klinikum Stuttgart).

Manfred Fiedler