ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

Finanzialisierung von Gesundheit und Pflege

Thomas Böhm
Katrin Gerlof
Stephan Kaufmann
Sigrun Matthiesen

20 Jahre DRGs und Profite mit Kranken

WESTFÄLISCHES DAMPFBOOT

Böhm / Gerlof / Kaufmann / Matthiesen
Finanzialisierung von Gesundheit und Pflege

Thomas Böhm war im Klinikum Stuttgart als Chirurg tätig. Dort war er bis 2011 auch Personalratsvorsitzender und ver.di-Bezirksvorsitzender in Stuttgart. Für ver.di ist er Mitglied im Landeskrankenhausauschuss der Landesregierung und im Verwaltungsrat des Klinikums Stuttgart. Er arbeitet aktiv im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik mit. Er beschäftigt sich seit Jahren schwerpunktmäßig mit den Themen Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung.

Kathrin Gerlof hat 30 Jahre als freie Journalistin und Autorin gearbeitet, u.a. als Chefredakteurin der Monatszeitung „OXI Wirtschaft anders denken". Seit Januar 2024 ist sie Referentin für Kultur und Demokratie bei der Linksfraktion im Abgeordnetenhaus.

Stephan Kaufmann arbeitet in Berlin seit 30 Jahren als Wirtschaftsjournalist für den Rundfunk, Tages- und Wochenzeitungen. Für die Rosa-Luxemburg-Stiftung erstellte er verschiedene Studien und Bildungsmaterialien zu den Themen Eurokrise, Finanzmärkte, Autoindustrie und grüner Kapitalismus.

Sigrun Matthiesen ist freie Journalistin und befasst sich seit längerem mit dem Themenbereich Gesundheitsversorgung. Sie engagiert sich unter anderem im Bündnis „Gesundheit statt Profite" Berlin.

Thomas Böhm / Kartin Gerlof / Stephan Kaufmann /
Sigrun Matthiesen

Finanzialisierung von Gesundheit und Pflege

20 Jahre DRGs und Profite mit Kranken

mit einem Vorwort von
Mario Candeias und Fanni Stolz

WESTFÄLISCHES DAMPFBOOT

Gefördert durch die Rosa-Luxemburg-Stiftung

1. Auflage Münster 2024
© 2024 Verlag Westfälisches Dampfboot
Alle Rechte vorbehalten
Umschlag: Lütke Fahle, Münster
Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff
ISBN 978-3-89691-141-4

Inhalt

Vorwort
von Mario Candeias und Fanni Stolz 9

Teil I
Die Einführung der DRGs
Ideologische Vorbereitung, gesetzliche Umsetzung, Positionierung der wesentlichen gesellschaftlichen Akteure und Entwicklung der Positionen
von Thomas Böhm

Zusammenfassung der Ergebnisse 12

Einleitung 14

1 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 16
1.1 Die Gesetzesvorgeschichte 16
1.2 Die Gesetzestexte 17
1.3 Bewertung 18

2 Das Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNG) von 1984 21
2.1 Die öffentliche Debatte im Vorfeld 21
2.2 Die Gesetzesvorgeschichte 34
2.3 Das parlamentarisches Verfahren 38
2.4 Die neuen Gesetzestexte 51
2.5 Bewertung 54

3 Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 60
3.1 Die öffentliche Debatte im Vorfeld 60
3.2 Die Gesetzesvorgeschichte 74
3.3 Das parlamentarische Verfahren 78

3.4 Die neuen Gesetzestexte 95
3.5 Bewertung 102

4 Das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz) von 1999 110
4.1 Die öffentliche Debatte im Vorfeld 110
4.2 Die Gesetzesvorgeschichte 120
4.3 Das parlamentarische Verfahren 124
4.4 Die neuen Gesetzestexte 144
4.5 Bewertung 148

5 Das Fallpauschalengesetz von 2002 155
5.1 Die öffentliche Debatte im Vorfeld 155
5.2 Die Gesetzesvorgeschichte 163
5.3 Das parlamentarische Verfahren 164
5.4 Die neuen Gesetzestexte 190
5.5 Bewertung 199

6 Ausblick 201
6.1 Weitere gesetzliche Entwicklungen 201
6.2 Entwicklung der Positionen der Gewerkschaft ver.di 203
6.3 Entwicklung der Positionen der Parteien 211

7 Fazit 215

Literatur 216

Teil II
Pflege und Profite
Das Engagement privater Betreiber im europäischen Krankenhaussektor – Strategien und Folgen
von Stephan Kaufmann, Sigrun Matthiesen und Kathrin Gerlof

Einleitung 226

I Der Markt 228

1 Von der Pflege zur Rendite – der politische Vorlauf in Deutschland 228

2 Die Perspektive der Investoren: Gesundheit als „defensive Anlage“ 233

3 Europas Markt für Krankenhäuser 236

4 Wie der Markt gemacht wird: Rechtsetzung und Privatisierungslobby 238

5 Finanzialisierung des Gesundheitssektors – eine neue Qualität? 245

II Private Investoren im europäischen Krankenhaussektor – ausgewählte Beispiele 255

1 Private Equity 256

2 Asklepsios 263

3 Fresenius 272

4 Penta 282

5 Ramsay 292

III Zusammenfassung 300

Literatur 303

Vorwort

Seit der ersten erfolgreichen Tarifbewegung 2015 an der Berliner Charité für mehr Personal erleben wir die Herausbildung einer bundesweiten Krankenhausbewegung für mehr Entlastung. Ob in Häuserkämpfen oder bei den Auseinandersetzungen und Streiks für Tarifverträge im öffentlichen Dienst: Gewerkschaft, Beschäftigte und Unterstützer*innen setzen sich erfolgreich für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen aller Beschäftigten in der Gesundheitsbranche und für eine gute Pflege für alle ein. Doch der Fortschritt ist manchmal eine Schnecke. Denn immer noch fehlt es in den Krankenhäusern an ausreichend Personal, sind Zeitdruck, Stress und Erschöpfung Alltag in der Pflege. Weiterhin führt der Kostendruck durch das Finanzierungssystem der Fallpauschalen (DRGs) in den Krankenhäusern zu Outsourcing, Tarifflucht und niedrigerer Entlohnung in ausgegliederten Tochterunternehmen (wie Labore, Reinigung oder Krankentransport).

Ökonomisierung und Kürzungspolitik haben in diesem sensiblen Bereich sozialer Infrastruktur nichts zu suchen. Sie haben in den letzten Jahrzehnten nicht nur in den Krankenhäusern die Versorgungs- und die Arbeitsbedingungen verändert und einer Gewinnorientierung unterworfen. Auch in Pflegeheimen haben sich die Bedingungen für Beschäftigte und Versorgte verschlechtert. Für Pflegende bedeutet dies nicht selten Burnout und Erschöpfung. Die Politik der unterschiedlichen Regierungen hatte darauf bisher keine Antwort, Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen bleiben mit der Verantwortung allein. Das verschärft soziale Ungleichheit. Es verschärft aber auch die Abwertung von Sorgearbeit in unserer auf Profit und Wachstum ausgerichteten Ökonomie. Dass Kürzungen im Gesundheitsbereich Menschenleben kosten, ist insbesondere in der Corona-Krise sichtbar geworden. Wer Personal abbaut, an Ausrüstung spart, Kapazitäten reduziert und Krankenhäuser in der Fläche schließt, gefährdet die Gesundheitsversorgung – in der Krise wie im Alltag.

Notwendig ist vielmehr ein öffentliches und demokratisches, solidarisch finanziertes und geschlechtergerechtes Gesundheitssystem, in dem die Bedürfnisse der Menschen im Zentrum stehen. Die Krankenhausbewegungen für Entlastung und TVöD für alle streiten und kämpfen bundesweit für dieses Ziel. Denn sie richten sich gegen die Krankenhausfinanzierung auf der Grundlage von Fallpauschalen, gegen Ausgliederungen infolge von Kostendruck und gegen ein Gesundheitssystem, das Profit und nicht die Sorge um Menschen nach vorne stellt. Kämpfe um Gesundheit sind daher auch Widerstand gegen die neoliberale Zurichtung der Menschen und der Gesellschaft.

Das System der Fallpauschalen, das für viele Missstände in den Krankenhäusern verantwortlich ist, besteht nun schon seit 30 Jahren. In der Finanzkrise, die zur Staatsschuldenkrise gemacht wurde, wurde das verheerende System der Ökonomisierung sogar exportiert und etwa Griechenland zum Zweck der finanziellen Gesundung aufgezwungen. Zeit für eine bilanzierende Rückschau auf dieses Instrument, die dahinterstehenden Logiken und Kräfte. Im ersten Teil dieses Buches wird ein Blick auf die Entstehung der DRGs geworfen: Woher kommen sie, warum wurden sie eingeführt, wie haben sie sich in deutschen Krankenhäusern etabliert und wie haben sie diese nachhaltig verändert? Dabei schauen wir auch in die Zukunft und stellen die DRGs mit Alternativen infrage.
Der zweite Teil des Buches befasst sich mit Strategien internationaler Finanzkonzerne und -fonds, die immer stärker in den Sektor Gesundheit und Pflege drängen und dessen Inwertsetzung vorantreiben. Sie übernehmen nicht nur Krankenhäuser, sondern auch Altenpflegeeinrichtungen, (Zahn-)Arztpraxen und vor allem Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Und das im großen Stil, in ganz Deutschland und Europa. Wir analysieren und dokumentieren, wie die großen Player wie Asklepios (Deutschland, Griechenland), Helios-Fresenius (Deutschland, Spanien), Ramsay Santé (u.a. Norwegen, Schweden, Frankreich) und Penta Hospitals International (u. a. Polen, Tschechien, Slowakei) dabei vorgehen. Wie überall picken sie sich die lukrativen Aufgaben heraus und überlassen die weniger profitablen Felder des Gesundheits- und Pflegemarktes und die weniger zahlungskräftigen Bevölkerungsgruppen den öffentlichen Trägern. Das führt bei diesen zu einer unwirtschaftlichen Struktur und verstärkt den Trend hin zur Zwei-Klassen-Medizin. In vieler Hinsicht geht mit der Finanzialisierung auch ein Qualitätsverlust in diesem Sektor einher und erhöht sich der Druck auf die Arbeitsbedingungen und Löhne der dort Beschäftigten.
Das Thema Pflege und Gesundheit und die damit verbundenen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen sind ein wichtiger Schwerpunkt der Arbeit der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Mit unserer Forschung und unseren Analysen dazu wollen wir den vielfältigen Initiativen und Bewegungen für eine gute und öffentliche Pflege und Gesundheit für alle Wissen und Argumente zur Verfügung zu stellen und damit auch praktische Unterstützung leisten. Wir hoffen, die vorliegenden Studien liefern einen kleinen Beitrag dazu.

Mario Candeias und Fanni Stolz, Juli 2024

Teil I

Die Einführung der DRGs

Ideologische Vorbereitung, gesetzliche Umsetzung, Positionierung der wesentlichen gesellschaftlichen Akteure und Entwicklung der Positionen

von Thomas Böhm

Zusammenfassung der Ergebnisse

Kernthese der Studie ist, dass die Einführung der DRGs nicht im Jahr 2004 mit der tatsächlichen Scharfschaltung begann, sondern viel früher. Damit wird auch klar, dass Vergleiche der Entwicklung vor und nach Einführung der DRGs nicht – wie meist postuliert – vor und nach 2004 angesiedelt werden dürfen. Im Einzelnen:

1. Die Veränderung der Krankenhausfinanzierung erfolgte nach einem klaren, bereits in den 1980er-Jahren in den Grundzügen feststehenden Plan.
2. Ziel war die neoliberale Umgestaltung eines wichtigen Bereichs der Daseinsvorsorge in einen Wirtschaftszweig mit neuen Anlagemöglichkeiten für das Kapital (innere Landnahme).
3. Ziel war auch die Ablösung der für die Daseinsvorsorge typischen Sachsteuerung durch finanzielle Steuerung (Preise) und die Durchsetzung von marktwirtschaftlichen Mechanismen.
4. Die Deregulierung und der möglichst weitgehende Rückzug des Staates aus der Daseinsvorsorge („schlanker Staat", „Wettbewerbsstaat") waren Voraussetzungen für das Erreichen der Ziele.
5. Zweck war auch die Senkung der sogenannten Lohnnebenkosten, also der Belastungen des Kapitals. Zunehmend wurden auch Krankenhausschließungen und Bettenabbau in diesen „Kostendämpfungsprozess" integriert.
6. Hauptmittel der Umgestaltung war die Entfaltung des Wettbewerbs unter und zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen.
7. Die neoliberale Umgestaltung zielte auf vier Elemente der Krankenhausfinanzierung und -planung: Einführung von Preisen, monistische Finanzierung, Vertragsfreiheit für die Krankenkassen, keine staatliche Bedarfsplanung.
8. Wesentliche Gewinner waren die privaten Krankenhauskonzerne.
9. Steigerung der Qualität und Qualitätswettbewerb stellten die Zauberworte für die Umgestaltung dar und sollten ihr einen fortschrittlichen und patientenfreundlichen Anstrich verleihen, obwohl die Veränderungen real in die entgegengesetzte Richtung gingen.
10. Die Risiken der DRG-Einführung (Mengenausdehnung, [Personal-]Kostendumping etc.) waren von Anfang an bekannt, wurden aber wegen der politischen Ziele ignoriert.
11. Gab es anfangs noch eine breite Unterstützung für die Selbstkostendeckung, bröckelte diese unter dem neoliberalen Dauerfeuer zunehmend. Bei Einführung der DRGs 2004 wurde faktisch nur noch Detailkritik geübt, wenn nicht völlig zugestimmt, bzw. noch mehr Wettbewerb gefordert.

12. Grundsätzliche Kritik an den DRGs gab es – bis auf wenige Ausnahmen – erst wieder ab Mitte der 2010er-Jahre (Beschlüsse ver.di-Bundeskongress 2015 und Wahlprogramm der Linken 2013). Das erste Abgehen von Preisen datiert auf das Jahr 2108 mit der Herausnahme der Pflege aus den DRGs.

Einleitung

2024 gibt es die DRGs seit 20 Jahren. In den letzten Jahren hat die Kritik deutlich zugenommen. Zeit, sich dem Einführungsprozess nochmals kritisch zu nähern. Die Studie beschäftigt sich mit der Ausgangslage bei der Krankenhausfinanzierung durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 (Selbstkostendeckung), den ideologischen Vorarbeiten zu den jeweils folgenden Gesetzesänderungen, mit den gesetzlichen Schritten der Einführung und mit den Positionen der wesentlichen gesellschaftlichen Akteure und der Politik. Sie ordnet dies alles in den allgemeinen gesellschaftlichen Trend des Neoliberalismus ein. Die entsprechenden Texte werden dargestellt und kommentiert.

Ideologische Vorarbeiten: Die Einführung begann ideologisch spätestens mit dem Zwischenbericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung von 1983 sowie dem Abschlussbericht dieser Kommission von 1987 und dem Gutachten zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung der Beratergruppe beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), ebenfalls aus dem Jahr 1983. Parallel dazu entwickelten der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ab 1983 und der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ab 1987 die entsprechenden Forderungen.

Gesetzliche Schritte der Einführung: Mit kurzer Latenzzeit folgten diesen ideologischen Vorarbeiten die entsprechenden gesetzlichen Änderungen:

- Krankenhausneuordnungsgesetz 1984 mit Einführung von prospektiven Budgets und der Aufhebung des Verbots, Gewinne zu machen. Ermöglichung von ersten Sonderentgelten
- Gesundheitsstrukturgesetz 1992 und Bundespflegesatzverordnung 1995 mit der Abschaffung der Selbstkostendeckung und der verbindlichen Einführung weiterer Sonderentgelte und von ersten Fallpauschalen
- Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) mit der Grundsatzentscheidung, ein „durchgängiges" System von Fallpauschalen (DRGs) einzuführen
- Fallpauschalengesetz 2002 mit den konkreten Umsetzungsschritten der Einführung

Die jeweiligen parlamentarischen Verfahren und die neuen Gesetzestexte werden dargestellt und bewertet.

Positionen der gesellschaftlichen Akteure: Ein wesentlicher Teil der Studie ist die Dokumentation und Bewertung der Positionierung der wesentlichen Akteure in diesem Bereich (Krankenhausgesellschaft, Kassen, Ärzteorganisationen, Gewerkschaften, Pflegeverbände) und der Entwicklung der Positionen in diesem Einführungsprozess. Auch die Entwicklung der Positionen der Parteien wird dargestellt und kommentiert. Besonderer Wert wird auf die Positionierung der Gewerkschaften ÖTV und ver.di gelegt. Die Studie endet mit einem Ausblick auf die weitere Entwicklung nach der Einführung 2004 sowohl bei den gesetzlichen Grundlagen der DRGs als auch bei den Positionen ausgewählter Akteure.

1 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972

1972 wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates verabschiedet. Zuständig war das Bundesministerium für Jugend Familie und Gesundheit (BMJFG) unter Käte Strobel, Kanzler war Willy Brandt (beide SPD). Welche Ministerien und Minister*innen im Laufe der Jahre zuständig waren, ergibt sich aus Tabelle 1.

Tabelle 1: Für die Krankenhäuser zuständigen Ministerien bzw. Minister*innen (1969– 2024)

Minister	Ministerium	Partei	Amtszeit (Beginn)	Amtszeit (Ende)	Kanzler	Koalition
Käte Strobel	BMJFG	SPD	22. Okt 69	15. Dez 72	Brandt	SPD/FDP
Katharina Focke	BMJFG	SPD	15. Dez 72	16. Dez 76	Brandt/Schmidt	SPD/FDP
Herbert Ehrenberg	BMAS	SPD	16. Dez 76	28. Apr 82	Schmidt	SPD/FDP
Heinz Westphal	BMAS	SPD	28. Apr 82	04. Okt 82	Schmidt	SPD/FDP
Norbert Blüm	BMAS	CDU	04. Okt 82	05. Jun 86	Kohl	CDU/CSU/FDP
Norbert Blüm	BMAS	CDU	06. Jun 86	09. Dez 88	Kohl	CDU/CSU/FDP
Norbert Blüm	BMAS	CDU	09. Dez 88	18. Jan 91	Kohl	CDU/CSU/FDP
Gerda Hasselfeldt	BMG	CSU	18. Jan 91	06. Mai 92	Kohl	CDU/CSU/FDP
Horst Seehofer	BMG	CSU	06. Mai 92	27. Okt 98	Kohl	CDU/CSU/FDP
Andrea Fischer	BMG	Grüne	27. Okt 98	12. Jan 01	Schröder	SPD/B90-Grüne
Ulla Schmidt	BMG	SPD	12. Jan 01	22. Okt 02	Schröder	SPD/B90-Grüne
Ulla Schmidt	BMGS	SPD	22. Okt 02	22. Nov 05	Schröder	SPD/B90-Grüne
Ulla Schmidt	BMG	SPD	22. Nov 05	27. Okt 09	Merkel	CDU/CSU/SPD
Philipp Rösler	BMG	FDP	28. Okt 09	12. Mai 11	Merkel	CDU/CSU/FDP
Daniel Bahr	BMG	FDP	12. Mai 11	17. Dez 13	Merkel	CDU/CSU/FDP
Hermann Gröhe	BMG	CDU	17. Dez 13	14. Mrz 18	Merkel	CDU/CSU/SPD
Jens Spahn	BMG	CDU	14. Mrz 18	08. Dez 21	Merkel	CDU/CSU/SPD
Karl Lauterbach	BMG	SPD	08. Dez 21		Scholz	SPD/B90-Grüne/FDP

BMJFG = Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit
BMAS = Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG = Bundesministerium für Gesundheit
BMGS = Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

1.1 Die Gesetzesvorgeschichte

Bis 1972 galt die 1954 eingeführte „Verordnung über Pflegesätze in Krankenanstalten". Abgerechnet wurde nach tagesgleichen Pflegesätzen, die zwischen den Krankenhäusern und den Kassen ausgehandelt wurden, von den sogenannten

Preisbildungsstellen (Institutionen des Wirtschaftsrechts zur Kontrolle der Preisentwicklung) genehmigt werden mussten und dann fix waren, bis erneute Verhandlungen stattfanden. Die Investitionskosten waren Bestandteil der Pflegesätze (sogenannte monistische Finanzierung[1]). Die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser (Selbstkosten) dienten in den Pflegesatzverhandlungen als Basis. Es handelte sich aber um „politisch reduzierte Selbstkosten", weil die durchschnittlichen Zuschüsse der Träger abgezogen und die Kosten für die Beseitigung von Kriegsschäden nicht angerechnet wurden. Zusätzlich musste die Ertragslage der Kassen berücksichtigt werden. Gewinne waren eher nur theoretisch möglich, in der Realität ging es im Wesentlichen um die Reduzierung von Verlusten. Aufgrund der tagesgleichen Pflegesätze gab es zwar ökonomische Anreize zu einer Verweildauerverlängerung, die aber aufgrund des massiven Bettenmangels kaum zum Tragen kamen (vgl. hierzu Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020: Kap. I.1).

1.2 Die Gesetzestexte

1.2.1 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972[2]

> *§ 1 Grundsatz*
> Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Neben Regelungen zur Krankenhausplanung (vgl. Boehm 2022) und zur Einführung der dualen Finanzierung[3] enthielt das KHG im 3. Abschnitt (Vorschriften über Krankenhauspflegesätze) ein neues Pflegesatzrecht. Die wesentlichen Bestimmungen waren:

> *§ 17 Grundsätze für die Pflegesatzregelung*
> (1) Die Pflegesätze sind für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Sie müssen auf der Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses und einer Kosten- und Leistungsrechnung eine

1 Monistische Finanzierung bedeutet, dass sowohl die Investitionskosten als auch die laufenden Kosten der Krankenhäuser von den Krankenkassen getragen werden.

2 Bundesgesetzblatt 1972: 1009 ff.

3 Duale Finanzierung bedeutet, dass die Länder (und anfangs auch der Bund) für die Finanzierung der Investitionen zuständig sind, während die laufenden Kosten durch die Krankenkassen übernommen werden.

wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung durch die Krankenhäuser sichern.

1.2.2 Die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) von 1973

Die Bundesregierung wurde ermächtigt, das Nähere im Rahmen einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln. Diese Bundespflegesatzverordnung wurde 1973 erlassen.[4] In ihr hieß es:

> *§ 17 Ausgleich für bestimmte Kostenänderungen*
> (1) Bei Krankenhäusern mit kaufmännischer Buchführung und Betriebsabrechnung oder mit einem Rechnungswesen, das die Nachprüfung der sparsamen Wirtschaftsführung in gleicher Weise ermöglicht, ist bei der Festsetzung neuer Pflegesätze für den Zeitraum seit der letzten Festsetzung ein Ausgleich vorzunehmen, wenn die Einnahmen des Krankenhauses aus den Pflegesätzen und für gesondert berechenbare Nebenleistungen [...] die Ausgaben für die [...] im Pflegesatz zu berücksichtigenden Kosten oder trotz sparsamer Wirtschaftsführung diese Ausgaben die Einnahmen überschreiten. [...] Die Krankenhäuser haben im Einigungsverfahren die Unterlagen, die die Nachprüfung der Wirtschaftlichkeit ermöglichen, vorzulegen. Die zuständige Landesbehörde veranlaßt auf Antrag eines Beteiligten [...] eine besondere Überprüfung der Wirtschaftsführung.

1.3 Bewertung

Nachdem über eine Grundgesetzänderung 1969 die sogenannte duale Finanzierung ermöglicht worden war, galt also sowohl für die laufenden Betriebskosten (getragen von den Krankenkassen) als auch für die Investitionskosten (getragen von den Ländern und vom Bund), dass sie vollständig finanziert werden mussten. Dies war das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip. Die tagesgleichen Pflegesätze waren kein „Tagespreis" mehr, sondern eine Abschlagszahlung auf die anfallenden Selbstkosten. Sie wurden auf der Basis der Selbstkosten des letzten Jahres unter Berücksichtigung der im nächsten Jahr zu erwartenden Entwicklungen (Kostensteigerungen, Patientenzahl) festgelegt. Am Ende des Jahres wurde abgerechnet. Wurde zu viel bzw. zu wenig bezahlt, mussten Gewinne von den Krankenhäusern zurückgezahlt und Verluste von den Kassen nachfinanziert werden. Gewinne in Krankenhäusern waren damit gesetzlich verboten. Es bestand kein ökonomischer Anreiz zu Verweildauerverlängerungen und auch nicht zu Sparmaßnahmen auf Kosten des Personals. Man könnte gegen die Abrechnung

4 Bundesgesetzblatt 1973: 333 ff.

der Kosten eines Krankenhauses über tagesgleiche Pflegesätze einwenden, dass dies ungerecht gegenüber den Krankenkassen sei, weil die Höhe der Vergütung unabhängig von der Schwere der Fälle ist. Man könnte dies aber auch als Solidarausgleich ansehen, weil Krankenkassen, bei denen sich leichtere Fälle sammeln, mehr zahlen müssen, und Kassen mit schwereren Fällen entlastet werden. Der Blinddarm finanziert eine große Operation mit. Dies ist auch eine Form von „morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich", aber anders als der später tatsächlich eingeführte, der im Rahmen der Konkurrenz der Kassen wirkt. Beides wäre nicht nötig, wenn es eine einheitliche Krankenkasse für alle gäbe.

Es ist falsch, diese Phase der Krankenhausfinanzierung als Selbstbedienungsladen zu charakterisieren, weil die Kassen das Recht hatten, die Wirtschaftlichkeit der entstandenen Kosten überprüfen zu lassen. Auch der Vorwurf der „Freiheitsberaubung", also dass Patient*innen unnötig lange im Krankenhaus „festgehalten" wurden, ist nicht zutreffend, weil dieses Finanzierungssystem gerade keinen Anreiz dafür enthielt. Auch die Fakten decken eine solche Behauptung nicht, wie Abbildung 1 zeigt: Die Verweildauern sind in den Jahren 1970 bis 1985 um fast 30 Prozent gesunken und verhielten sich nicht anders als in den Jahren davor und danach. Offensichtlich hatten andere Faktoren (neue wissenschaftliche Erkenntnisse, neue Entwicklungen in der medizinischen Versorgung) eine deutlich höhere Bedeutung als die behauptete Freiheitsberaubung.

Selbstverständlich gab es auch in dieser Phase der Krankenhausfinanzierung Probleme:

- So überzogen die Kassen die Krankenhäuser bald mit einer Wirtschaftsprüfung nach der anderen und verweigerten die Zahlung der vollen Kosten. Schiedsstellen oder Gerichte mussten die Streitigkeiten klären.[5]
- Auch führten die Kassen ein „frühes" Benchmarking ein, indem sie die Pflegesätze der Krankenhäuser miteinander verglichen, um damit Unwirtschaftlichkeiten nachzuweisen. Um dem Vorwurf, zu hoher Kosten zu entgehen, bestand insofern ein Anreiz zur Verlängerung der Verweildauern, weil dann die Kosten pro Pflegetag (also der tagesgleiche Pflegesatz) abnahmen. Dies spricht aber nicht gegen das Selbstkostendeckungsprinzip, sondern gegen den Einsatz eines unsinnigen Vergleichsverfahrens, das in keiner Weise die unterschiedlichen Bedingungen der Krankenversorgung (Schweregrad und soziale Lage

5 In dieser Phase entstanden übrigens die ersten Personalbemessungsverfahren (Anhaltszahlen), um diese Streitigkeiten zu vermeiden. In den meisten Bundesländern wurden sie im Laufe der Jahre und für alle Berufsgruppen von den zuständigen Landesbehörden vorgeschrieben.

der Patient*innen) und die unterschiedlichen Vorhaltekosten berücksichtigt. Apfel-Birnen-Vergleiche sind das Grundproblem des Benchmarkings.[6]

– Die Tatsache, dass im Rahmen der Investitionskostenförderung Vorgaben für die Bettennutzung gemacht wurden und ein Teil der Förderung (Pauschalförderung) an der Bettenzahl festgemacht wurde, führte ebenfalls dazu, dass ein Anreiz bestand, die Bettennutzung zu erhöhen, also die Verweildauern zu verlängern und/oder möglichst viele Patient*innen zu behandeln. Allerdings zeigt ein Vergleich der Verweildauern vor, während und nach der Phase der Selbstkostendeckung, dass die Verweildauern tatsächlich kontinuierlich absanken, diese Anreize also offensichtlich keine wesentlichen Auswirkungen hatten (s. o.). Umgekehrt bestand der Druck, Patient*innen möglichst früh zu entlassen, nicht und es konnte wesentlich besser auf die soziale Lage und die individuellen Bedürfnisse von Patient*innen eingegangen werden.
– Schließlich gab es auch interne Verteilungskämpfe der Chefärzte, wer wie viele Betten beanspruchen konnte. „Volle Betten" waren hier ein wichtiges Argument.

Zusammenfassend lässt sich aber feststellen, dass von der Finanzierungsform selbst keine Fehlanreize ausgingen (vgl. Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020: Kap. I.4). Es handelte sich im Gegensatz zur späteren finanziellen Steuerung um eine Sachsteuerung, wie sie für Einrichtungen der Daseinsvorsorge eigentlich obligat ist. Sachsteuerung bedeutet, dass der jeweilige Bedarf festgestellt wird und dass dann die notwendigen Mittel zur Befriedigung dieses Bedarfs zur Verfügung gestellt werden.

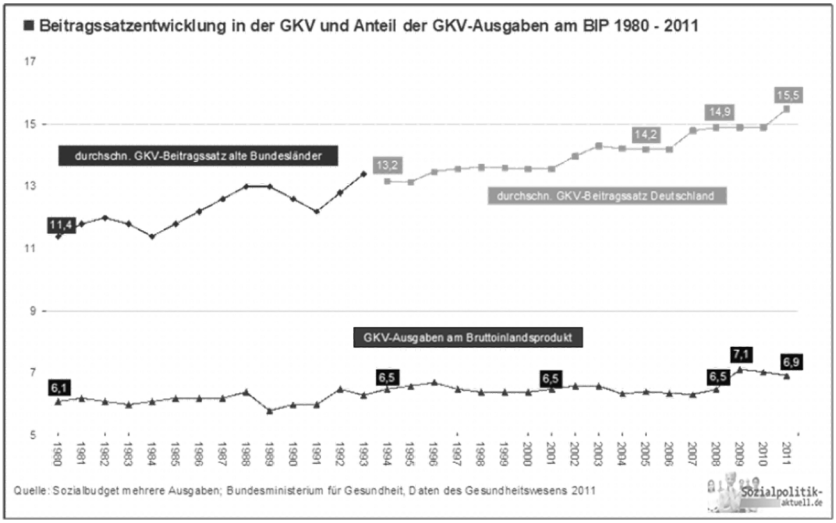
6 Bei einer Wiederbelebung der Selbstkostendeckung, die in vielerlei Hinsicht dringend notwendig ist, müssten solche „Nebenwirkungen" ausgeschlossen werden.

2 Das Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNG) von 1984

2.1 Die öffentliche Debatte im Vorfeld

Im Zentrum der politischen Auseinandersetzungen stand die Kostendämpfung. Ignoriert wurde der Tatbestand, dass es überhaupt keine Kostenexplosion gab, wie Abbildung 2 zeigt. Tatsächlich sanken die Einnahmen der Krankenkassen (Gründe: mehr Arbeitslose, Verringerung der Lohnquote etc.; vgl. hierzu Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020: Kap. I.4). Deshalb drohten Beitragssteigerungen und damit eine Mehrbelastung der Kapitalseite. Alle bisher ergriffenen Maßnahmen brachten keine durchgreifenden Erfolge, sodass weitere Änderungen bei der Krankenhausfinanzierung vorbereitet werden sollten. Die Gutachter und Berater traten auf den Plan.

Abbildung 2: Beitragsentwicklung in der GKV und Anteil der GKV-Ausgaben am BIP, 1980–2011



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2011

2.1.1 Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wurde 1977 aufgrund der Vorgaben des Krankenversicherungskostendämpfungsgesetzes gegründet. Sie bestand anfangs aus 60 Mitgliedern aus 30 Organisationen („Beteiligte an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung", inkl. Vertreter*innen der Bundesländer). Ihre Aufgabe war es, gemeinsam „medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten und Vorschläge zur Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz um Gesundheitswesen" zu entwickeln (§ 405a Reichsversicherungsordnung/RVO). Die Einbeziehung der Krankenhäuser erfolgte 1981 mit dem Krankenhauskostendämpfungsgesetz. Nach Gründung des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1985 übernahm dieser die Aufgabe, solche Empfehlungen auszusprechen. Nach Abschaffung der Konzertierten Aktion im Jahr 2003 arbeitete er unter dem Namen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bis heute weiter. Seit 2023 heißt er Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege. In den ersten Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen 1978 beklagte diese zwar die Ausgabenentwicklung in der „Krankenhauspflege", bekannte sich aber zur Selbstkostendeckung und machte nur sehr allgemeine Vorschläge:

> Die Konzertierte Aktion geht dabei von der Erwartung aus, daß die Länder und die Krankenhäuser sich unter Wahrung ihres humanitären Auftrags weiterhin bemühen,
> – alle Möglichkeiten der Rationalisierung auszuschöpfen,
> – Maßnahmen zur strukturellen Verbesserung mit kostendämpfendem Effekt fortzuführen,
> – den der Versorgungsstufe nach dem Krankenhausplan entsprechenden Leistungsrahmen einzuhalten. (Konzertierte Aktion 1979: 925)

In der Empfehlung von 1983 hieß es dann deutlicher und mit einer klaren Arbeitszuweisung an die Bundesregierung, die dann ja auch prompt reagierte:

> Das geltende Krankenhausfinanzierungssystem ist nur sehr bedingt in der Lage, die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich zu begrenzen. Zur Verbesserung dieser Steuerungsmöglichkeiten fordert die Konzertierte Aktion den Gesetzgeber auf, die Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als dringliche Aufgabe in der Krankenversicherung unverzüglich in Angriff zu nehmen. (Konzertierte Aktion 1983: 24)

Dennoch blieben die zu ergreifenden Maßnahmen offen und auch die Forderung nach „mehr Markt" wurden noch nicht erhoben.

2.1.2 Das Konzept von Wirtschaftsminister Otto Graf Lambsdorff

Auch der damalige Wirtschaftsminister Otto Graf Lambsdorff (FDP) hatte sich mit einem „Konzept für eine Politik zur Überwindung der Wachstumsschwäche und zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit" vom 9. August 1982 zu Wort gemeldet. Neben vielen anderen Grausamkeiten in anderen Bereichen forderte er:

> Festlegung und Durchsetzung einer Anpassung der sozialen Sicherungssysteme an die veränderten Wachstumsmöglichkeiten und eine längerfristige Sicherung ihrer Finanzierung (ohne Erhöhung der Gesamtabgabenbelastung), um das Vertrauen in die dauerhafte Funktionsfähigkeit der sozialen Sicherung wieder herzustellen und zugleich der Eigeninitiative und der Selbstvorsorge wieder größeren Raum zu geben. (Lambsdorff 1982: 11)

Sicherung der Sozialsysteme und mehr Vertrauen durch Abbau und durch Mehrbelastungen für die Bevölkerung – da steckte schon sehr viel neoliberale Kaltschnäuzigkeit drin. Konkret in Bezug auf die Krankenhausfinanzierung hieß es:

> Verstärkte Kostendämpfung bei Leistungserbringern, z. B. Einführung eines gespaltenen bzw. degressiven Krankenhaus – Pflegesatzes und Abschaffung des Kostenersatzprinzips (Wiederzulassung von Gewinn/Verlust-Möglichkeit). (Ebd.: 23)

Damit waren die gewünschten Kernpunkte (Abschaffung der Selbstkostendeckung und Möglichkeit zu Gewinnen) schon in aller Klarheit benannt.

2.1.3 Die Kommission Krankenhaufinanzierung der Robert Bosch Stiftung

Zwischenzeitlich hatte die Robert Bosch Stiftung 1981 eine Kommission Krankenhausfinanzierung einberufen. Auftrag war, nach Alternativen der Steuerung und Finanzierung der Krankenhausversorgung zu suchen. Sie bestand aus 22 Mitgliedern (vertreten waren die Krankenkassen, Krankenhausgesellschaften und relevante Ministerien, hinzu kamen ausgewählte Professoren und Geschäftsführer) und legte im September 1983 einen Zwischenbericht vor.

> Die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen ist nach Ansicht der Kommission aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen eine öffentliche Aufgabe. Aus den gleichen Gründen geht die Kommission davon aus, daß sich die Organisation der Leistungserstellung im Krankenhaus in die bestehende Wirtschaftsordnung der Bundesrepublik einfügen lassen muß, daß aber deren marktwirtschaftlich-erwerbswirtschaftliches Ordnungsprinzip nur eingeschränkt auf den Krankenhaussektor anzuwenden ist. Es sollte vielmehr das Prinzip der Bedarfswirtschaftlichkeit[1] vorherrschend sein. (Robert Bosch Stiftung 1983: 4)

1 Unter Bedarfswirtschaftlichkeit versteht man im Gegensatz zur Erwerbswirtschaftlichkeit, dass nicht die Erzielung von Gewinnen im Mittelpunkt steht, sondern die Befrie-

Trotz allgemeinem Bekenntnis zur öffentlichen Aufgabe und zur Bedarfswirtschaftlichkeit wird die weitere Darstellung der Expertenvorschläge zeigen, dass es im Konkreten doch einen erheblichen Drift hin zu marktwirtschaftlichen Vorstellungen und Lösungen gab. Die Expertengruppen sprach sich ausdrücklich und vorbehaltlos für die Umstellung von der dualen Finanzierung auf die Monistik aus (ebd.: 6), eine „modifizierte" duale Finanzierung sollte allenfalls übergangweise geduldet werden. Dies galt auch für einen weiteren Schwerpunkt der Expertise, die Krankenhausplanung. Auch sie musste geändert werden, damit die marktwirtschaftlichen Ansätze sich entfalten konnten: Zur zukünftigen Rolle des Staates und zum Aussehen von Krankenhausplänen machte die Kommission folgenden Vorschlag:

> Die dritte Grundüberlegung der von der Kommission vertretenen Reformvorschläge betrifft den Bereich der Prozeßsteuerung und Planung. Eine alleinige Betrachtung der Finanzierung reicht für die Lösung der vorhandenen Probleme eindeutig nicht aus, vielmehr ist auch nach neuen Wegen zur Steuerung von Angebot und Nachfrage von Krankenhausleistungen zu suchen. (Ebd.: 52)
>
> Die notwendige Steuerung der Finanzströme und des Angebotes könnte hingegen durch verbandliche Gruppenverhandlungen von Krankenhäusern und Krankenkassen erreicht werden. Wenn die Planung eine flächendeckende Versorgung mit Krankenhausleistungen im Rahmen eines vertikal strukturierten Systems gewährleisten soll, dann soll sie nicht von einer problemfernen Zentrale, sondern gemeinsam von den Beteiligten in der Region erarbeitet und durchgesetzt werden. (Ebd.: 53)
>
> Bei der Bestimmung von Planungsgegenstand und Planungsumfang sind zwei Ziele zu beachten. Einerseits soll gemäß den Werthaltungen mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern zulässig sein, andererseits muß die Planung der Selbstverwaltungskörperschaft sicherstellen, daß es nicht zu Mängeln in der angestrebten, flächendeckenden, einkommensunabhängigen Krankenhausversorgung kommt. (Ebd.: 81)

Der Staat gibt nur noch den groben Rahmen vor, den Rest erledigt der Wettbewerb. Diese Umstellung der Krankenhausplanung auf eine immer unverbindlichere Rahmenplanung wurde in der Folge (spätestens mit der Einführung der DRGs) faktisch von allen Bundesländern umgesetzt – zum Teil explizit mit der Begründung, dass der gewünschte Wettbewerb und die DRGs unvereinbar mit einer konkreten Planung seien (vgl. hierzu Boehm 2022). Dezentrale und demokratische Planungen (unter Beteiligung der Zivilgesellschaft) in den Versorgungs-

---

digung von realen Bedürfnissen der Menschen. Für bedarfswirtschaftliche Bereiche ist/war normalerweise eine Finanzierung über Gebühren (die kostenabhängig waren) und nicht über Preise mit Gewinnen typisch.

regionen wären sicherlich ein Fortschritt gewesen, das war aber nicht gemeint. Gemeint waren Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Krankenhausträgern, die den Wettbewerb um Versorgungsaufträge noch weiter anheizen würden.[2] Auch wenn die Investitionskostenfinanzierung (Monistik versus Dualistik), die Vertragsmodelle und die Krankenhausplanung nicht direkt zum Thema dieser Studie gehören, gibt es doch einen engen inhaltlichen Zusammenhang mit dem Vorhaben, die Selbstkostendeckung abzuschaffen und Preise einzuführen (vgl. hierzu Exkurs 1 „Weitere neoliberale Projekte zur Krankenhausfinanzierung" auf S. 25 ff.). Zur Finanzierung der laufenden Kosten machte die Kommission zwei Vorschläge:

> Das Leistungsentgelt soll prospektiv und ohne eine Bindung an betriebsindividuelle Kosten bestimmt werden. Seine Höhe soll die Möglichkeit offen lassen, Überschüsse, aber auch Unterdeckung zu erzielen. [...] Die erste Alternative ist eine Krankenhausgebührenordnung mit Leistungskomplexhonoraren. Sie wird kombiniert mit krankenhausindividuellen Preisen, die pflegetagproportional sind und diejenigen Restleistungen entgelten sollen, die nicht in der Gebührenordnung enthalten sind (z. B. Unterkunft und Verpflegung, Berücksichtigung eines Investitionsbonus). Die zweite Alternative sieht vor, das jetzige System des pauschalen Pflegesatzes durch die gesonderte Berechnung besonders aufwendiger Leistungen zu modifizieren. (Robert Bosch Stiftung 1983: 7 f.)

Zur näheren Beschreibung der Gebührenordnung wurde ausgeführt:

> Das Entgelt setzt sich aus einheitlichen Gebühren und krankenhausindividuellen Preisanteilen zusammen. Für Leistungskomplexe der Diagnostik, Therapie und Pflege wird eine Krankenhausgebührenordnung geschaffen, die durch die gemeinsame Selbstverwaltung der Krankenhäuser und Krankenkassen bundeseinheitlich vereinbart wird. [...] Die Gebührenordnung enthält einheitliche Punkte je Leistungskomplex. Die Punktwerte werden in den Verhandlungen der regionalen Selbstverwaltungsgremien (Selbstverwaltungskörperschaft der Krankenhäuser und entsprechende Gremien der Krankenkassen) festgelegt. (Ebd.: 85 f.)
>
> Vorteilhaft würde sich bei der pauschalen Lösung mit Ausgliederung besonders teurer Leistungen die Minimierung des Verwaltungsaufwandes auswirken. (Ebd.: 88)
>
> Deshalb könnte Alternative b) [pauschale Lösung mit Ausgliederung besonders teurer Leistungen, d. Verf.] für die Einführungsphase neuer Entgeltverfahren auch

2 Im Weiteren gab immer wieder Ansätze, solche Vertragsmodelle einzuführen, die sich aber bisher nicht durchsetzten, weil die Länder – trotz ihrer Unterstützung von mehr Wettbewerb – nicht auf ihre Planungshoheit verzichten wollten. Eine Wende könnten jetzt die Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen und die Lauterbach'sche Krankenhausreform bringen.

> am ehesten geeignet sein, da Flexibilität und demzufolge Korrekturmöglichkeiten gegenüber den anderen Vorschlägen überwiegen. (Ebd.: 112)
>
> Bis die Ergebnisse einer Wirkungsanalyse unterschiedlicher Vergütungsverfahren vorliegen, behält sich die Kommission vor, noch weitere Formen der Entgeltgestaltung wie Fallpauschalen oder Gruppenpflegesätze für empfehlenswert zu halten. (Ebd.: 89)

Kernpunkt beider Vorschläge war die Abkehr von einer Kostenbetrachtung und ihrer Refinanzierung hin zu einem prospektiv (für die Zukunft) wirkenden Preis und die Ermöglichung von Gewinnen und Verlusten. Bei der „Variante B" handelte es sich um die später in der Gesetzgebung realisierten Sonderentgelte. Sowohl die Sonderentgelte als auch die pauschalen tagesbezogenen Entgelte sollten aber nichts mehr mit den tatsächlich im einzelnen Krankenhaus entstandenen Kosten zu tun haben. Sie haben insofern Preischarakter. Es sind Tagespreise und Preise für bestimmte Leistungen. Damit sind zwangsweise Fehlsteuerung verbunden. Im Gegensatz zur Selbstkostendeckung, bei der eine Verlängerung der Liegezeit ökonomisch gerade nicht sinnvoll ist,[3] fordern solche echten Tagespreise mit der Möglichkeit von Gewinnen gerade dazu auf, Patient*innen länger liegen zu lassen. Bei den Sonderentgelten ist der ökonomische Anreiz ähnlich: Bei denen, die sich im jeweiligen Krankenhaus rechnen, lohnt es sich, in die Menge zu gehen, und im umgekehrten Fall die Behandlung möglichst zu vermeiden. Preise produzieren Über-, Unter- und Fehlversorgung nebeneinander.

Die Expert*innen machten aber deutlich, dass die „Variante B" eher als Übergangsmodell gedacht war. Ihre Vorliebe galt der noch mehr leistungsbezogenen Gebührenordnung mit Basispflegesatz. Der Begriff Gebührenordnung ist ja aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzte bekannt. Dort werden erbrachten Leistungen einzeln abgerechnet. Der Kommission ging es aber um Leistungskomplexe, die die gesamte „Diagnostik, Therapie und Pflege" umfassen (ebd.: 85). Damit war man schon sehr nahe an den späteren DRGs, es fehlte lediglich die Einbeziehung der Gemeinkosten. Auch die Art der Berechnung der Höhe der Preise war schon vorweggenommen. Sie sollten über bundeseinheitliche Punktwerte (entsprechend den Relativgewichten bei den DRGs) von den Selbstverwaltungspartnern (Krankenkassen und Krankenhäuser) ausgehandelt werden. Die Höhe des Punktwerts sollte ebenfalls zwischen den Selbstverwaltungspartnern regional verhandelt werden (entsprechend dem Landesbasisfallwert bei den DRGs). Die

3 Mehr abgerechnete Tage bedeuten nur, dass der Teiler größer wird und damit der Tagespflegesatz niedriger. Am Jahresende werden die tatsächlichen Kosten abgerechnet und unterjährige Über- bzw. Unterzahlungen ausgeglichen.

Kommission gab diese Empfehlungen ab, obwohl ihr die Probleme und Risiken dieser Vorschläge klar waren: zum einen der viel höhere Verwaltungsaufwand bei der Festlegung von Preisen und der hierfür notwendigen detaillierten Kosten- und Leistungsrechnung, zum anderen:

> Die Gefahr einer durch eine Gebührenordnung geregelten Leistungsvergütung liegt in einer Mengenausweitung bei gleichzeitiger Leistungsminderung. Dieser Effekt läßt sich durch Korrektive vermeiden, die in die Gebührenordnung eingebaut werden können. So kann etwa bei einer festgestellten Mengenausweitung der Punktwert verringert werden. (Ebd.: 86)

> Um zu verhindern, daß der ökonomische Druck die Krankenhäuser in die Leistungsminderung ausweichen läßt, ist der Aufbau einer begleitenden Qualitätssicherung erforderlich. (Ebd.: 85)

All dies ist eingetreten, hat aber trotzdem über Jahrzehnte nicht verhindert, dass das Preissystem immer weiter ausgebaut wurde. Auch die Gegensteuerungsmechanismen (Fixkostendegressionsabschlag, Mehrerlösausgleich), die später im DRG-System angewandt wurden, sind letztlich gescheitert, genau wie die Hoffnung auf die Gegensteuerung durch Qualitätssicherung. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass schon zu diesem frühen Zeitpunkt (1983!!) alle notwendigen Elemente zur Einführung eines Preissystems vorgeschlagen wurden und der Kampf darum, sie hoffähig zu machen, in vollem Gange war, obwohl die Risiken bekannt waren. Es ist unverkennbar, dass sich zumindest bei der Kommission die Rezepte aus der neoliberalen Hexenküche (mehr Markt, weniger Staat) ideologisch weitgehend durchgesetzt hatten.

Exkurs 1: Weitere neoliberale Projekte zur Krankenhausfinanzierung

Neben der Einführung von Preisen (Fallpauschalen, DRGs) gibt es vier weitere neoliberale Kernelemente zur Umwandlung von Einrichtungen der Daseinsvorsorge und zu ihrer Unterwerfung unter die Marktlogik: Vertragsfreiheit, Monistik, Abschaffung der Bedarfsplanung und Privatisierung.

Vertragsfreiheit

Grundsätzlich gilt für Krankenhäuser der sogenannte Kontrahierungszwang, das heißt, ein Krankenhaus, das in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen ist, hat automatisch einen Versorgungsvertrag mit den Kassen und das Recht, die erbrachten Leistungen mit diesen abzurechnen. Damit haben die Kassen keinen direkten Einfluss auf die Bedarfsplanung eines Landes. Sie können nicht entscheiden, wo ein Krankenhaus notwendig ist oder ob ein Krankenhaus schließen muss,

weil seine Leistungen nicht mehr vergütet werden. Dies ist auch richtig so, weil die Sicherstellung der Versorgung unmittelbare Aufgabe des jeweiligen Bundeslandes ist (sogenannter Sicherstellungsauftrag). Es gab immer wieder Anläufe, diesen Kontrahierungszwang einzuschränken (z. B. durch eine Verbesserung des Kündigungsrechts dieser Versorgungsverträge durch die Kassen). Letztlich scheiterten sie am Widerstand der Länder. Da die Kassen der Meinung sind, dass es viel zu viele Krankenhäuser und Betten gibt, versteht es sich von selbst, dass die Kassen (mit großer Unterstützung der neoliberalen Wissenschaft) diese Vertragsfreiheit dennoch immer weiter fordern. Durch das neue Krankenhausgestaltungsgesetz und den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen scheint Bewegung in diese Angelegenheit zu kommen (s. u.).

Folgendes kommt hinzu: Preise kann man besser drücken, wenn man auch kündigen kann. Damit fehlt den Kassen ein entscheidendes Druckmittel, um niedrigere Preise durchzusetzen. Im Moment entscheiden letztlich Schiedsstellen über die Budgets. Auch dem Wunsch der Kassen und ihrer wissenschaftlichen und politischen Unterstützer, die Höhe der Preise der DRGs vor Ort festzulegen, wurde letztlich im GKV-GRG und im Fallpauschalengesetz nicht entsprochen, sondern diese Festlegung auf die Landesebene verschoben (Landesbasisfallwert). Vermutlich ging es auch hier um die Frage der Planungshoheit der Länder: Wenn die Kassen die Preise vor Ort festlegen könnten, hätten sie bessere Möglichkeiten, einzelne Krankenhäuser, die sie für überflüssig halten, zur Schließung zu zwingen. Allerdings gibt es Ausnahmen vom Kontrahierungszwang. Seit 2016 (Krankenhausstrukturgesetz/KHSG) können einzelne Kassen mit einzelnen Krankenhäusern Qualitätsverträge abschließen und damit natürlich auch die Erlössituation eines Hauses verbessern oder verschlechtern. Solche Regelungen dienen letztlich der Aufweichung des Kontrahierungszwangs, ganz abgesehen davon, dass der Entzug von Finanzmitteln die Qualität eines Krankenhauses mit Sicherheit nicht steigert. Vertragsfreiheit und freie Preisverhandlungen vor Ort gehören zusammen und üben den meisten Druck aus bzw. geben den Kassen die größte Verhandlungsmacht. Das wären dann echte Marktpreise und ein weiterer wichtiger Schritt zur neoliberalen Umwandlung der Daseinsvorsorge.

Monistik

Im Gegensatz zur immer noch geltenden dualen Finanzierung, bei der die Länder für die Investitionskosten und die Kassen für die laufenden Kosten zuständig sind, würden bei der monistischen Finanzierung die Kassen die gesamten Kosten finanzieren (ggf. mit Landes- und Bundeszuschüssen) und in die Preise einrechnen. Die Monistik steht seit Beginn der Ökonomisierung weit oben auf der neoliberalen

Agenda, weil Preise, die auch noch die Investitionskosten enthalten, einen noch höheren Druck auf die Krankenhäuser ausüben und ihre Selektion befördern. Aus Sicht der Neoliberalen ist die Monistik ein wichtiger Meilenstein auf den Weg hin zu einem vollständigen Preissystem, weil damit die Sachsteuerung bei den Investitionen (Förderung bestimmter konkreter Projekte) abgeschafft würde und weil eine „richtige" Preisbildung alle Kosten umfassen muss, um die Preise vergleichbar zu machen und den Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander zu intensivieren. Auch die Zulassung von Gewinnen und Verlusten sowie eine finanzielle Steuerung sind natürlich besser möglich, wenn es keine zusätzliche ggf. gegenläufig wirkende Sachsteuerung gibt.

Abschaffung der Bedarfsplanung

Wenn man nicht finanziell steuern will, muss man den Bedarf planen. Es versteht sich von selbst, dass Krankenhausplanung – also Sachsteuerung – in einem krassen Widerspruch zur Steuerung über Preise steht. Die Neoliberalen lehnen eh jede staatliche Einmischung in die Märkte ab und sie verstehen die Daseinsvorsorge als einen solchen Markt, der vollständig erschlossen werden muss. Da geht es weltweit nicht um Milliarden, sondern um Billionen. Ihr Grundprinzip ist, dass der Markt es schon richtet und es am besten ist, Angebot und Nachfrage frei zum Zuge kommen zu lassen. Ein Erfolg der Neoliberalen war es, wie von den Sachverständigenräten und anderen gefordert, dass die Planung seit Einführung der DRGs in immer mehr Bundesländern als „Rahmenplanung" durchgeführt wurde, anders ausgedrückt: dass der Bedarf nicht mehr konkret ermittelt und festgelegt wurde. In einzelnen Bundesländern (z. B. Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz) wurde dies sogar offen damit begründet, dass Planung und DRGs nicht zusammenpassen. Weiter ging Nordrhein-Westfallen: Mit seinem neuen Krankenhausgestaltungsgesetz von 2021 und dem Krankenhausplan von 2022 gab das Land auf Vorschlag von Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) erhebliche Befugnisse der Planung an die Kassen ab: Das Land legt Behandlungszahlen für die einzelnen im Plan festgelegten Leistungsgruppen fest. Die Krankenhäuser dürfen sich für bestimmte Leistungsgruppen und Patientenzahlen bewerben. Welche Patient*innen einer Leistungsgruppe ein Krankenhaus dann behandeln darf, wird in Verhandlungen zwischen den Kassen und den Krankenhäusern festgelegt. Das Land kann zwar noch widersprechen oder eingreifen, wenn keine Einigung erzielt wird, aber erhebliche Teile des Planungsprozesses sind auf ein Bieterverfahren und ein Vertragsmodell umgestellt (vgl. hierzu Böhm 2022). Was aus neoliberaler Sicht da noch fehlt, ist, dass bei dem Bieterverfahren auch die Preise eine Rolle spielen.

Seit 1991 hat sich die Zahl der privaten Krankenhäuser annähernd verdoppelt. Die Zahl der Betten in privaten Häusern hat sich mehr als verdreifacht. Dies ging im Wesentlichen zulasten öffentlicher Häuser. Ihre Zahl hat sich mehr als halbiert, die Zahl der Betten in öffentlichen Krankenhäusern ging um 170.000 zurück. Hierfür gibt es zwei Gründe. Zum einen lässt sich seit Abschaffung des Gewinnverbots und der Selbstkostendeckung mit Krankenhäusern Geld verdienen. Zum anderen sind viel zu viele öffentliche Träger dem neoliberalen Zeitgeist gefolgt und haben ihre Häuser in aller Regel für einen Apfel und ein Ei verkauft. Hintergrund war auch hier die neoliberale Forderung nach Rückzug des Staates aus allen Bereichen außer bei der Militär- und Polizeigewalt. Garniert war diese Entwicklung mit der Behauptung, dass es die Privaten eh besser könnten. Was sie besser können, ist, Profite zu machen, weil sie über Jahre weniger Personal mit niedrigeren Löhnen zur Versorgung der Patient*innen einsetzen. Alle diese neoliberalen Bausteine eines Marktmodells für Krankenhäuser fördern den Wettbewerb und die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander, statt ihre Zusammenarbeit zu fördern. Sie stellen nicht den tatsächlichen Versorgungsbedarf in den Mittelpunkt, sondern ihren finanziellen Erfolg. Die Patient*innen fungieren nur noch als Kund*innen.

2.1.4 Die Beratergruppe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung

Der neue Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Norbert Blüm (CDU) berief 1983 ebenfalls eine Beratergruppe zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Fünf der 15 Mitglieder gehörten auch der Robert-Bosch-Kommission an. Sie legte im Dezember 1983, also drei Monate nach der Kommission, ihr Gutachten vor. Die Inhalte ähneln sich sehr – vermutlich auch wegen der Doppelmitgliedschaft einiger Expert*innen. Auch diese Beratergruppe machte einleitend einige grundsätzlich richtige Feststellungen:

> Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten wirtschaftlichen leistungsfähigen und humanen Krankenhausversorgung der Bevölkerung zu sozial tragbaren Kosten ist eine öffentliche Ausgabe. (Beratergruppe 1983: 127)
>
> An einer Planung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern wird im Grundsatz festgehalten. Auf eine Steuerung der Versorgung durch Angebotsplanung kann nicht verzichtet werden, weil die Bedingungen des freien Marktes im Krankenhausbereich nur eingeschränkt gegeben sind. (Ebd.: 134)

Im Detail platzierte sie dann aber dennoch ziemlich viele marktwirtschaftliche Vorstellungen. Sie sprach sich für eine Begrenzung der staatlichen Planung, für

eine Stärkung der Krankenkassen bei der Planung und für Trägervielfalt aus. Auch die Umstellung auf (nur noch) eine Rahmenplanung und eine Planung nach Betten wurden gefordert. Die Beratergruppe hielt die Umstellung auf eine monistische Finanzierung zwar für wünschenswert, aber kurzfristig nicht realisierbar. Kombiniert mit verschiedenen Modellen der Aufbringung und Verteilung der Investitionsfinanzierung (langfristig monistisch, kurzfristig dual), ergab sich daraus ein deutlicher Trend zur Ökonomisierung der Krankenhäuser – insbesondere weil dies auch mit gravierenden Änderungen bei der Vergütung der laufenden Kosten verbunden sein sollte. Hierzu schlug die Beratergruppe vor:

> Grundsätzlich werden im folgenden nur Finanzierungsmodelle mittels prospektiver (ex ante festgelegter) Preise (Entgelte für erbrachte Leistungen) vorgeschlagen. Das bedeutet den Verzicht auf die Betrachtung von Kostenerstattungsmodellen. [...] Es wird damit eine Finanzierungsmethode gewählt, die das Krankenhaus stärker zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung anhält, als es ein Kostenerstattungsprinzip zu leisten vermag. Von Bedeutung ist dabei, die unterschiedlichen Finanzierungsströme so aufeinander abzustellen, daß sie zusammen dem Ziel der Kostendämpfung dienen. Wenn es auch als weiteres Ziel gelten muß, daß vom Finanzierungssystem Anreize zur permanenten Verbesserung der einzelnen Leistungen ausgehen, so sollte doch gleichwohl vermieden werden, daß Leistungen insgesamt in der Menge über Gebühr ansteigen. (Ebd.: 156)
>
> Die Finanzierung erfolgt in diesem Modell über verschiedene Formen von Entgelten, die den Krankenhäusern Gewinnchancen einräumen und ihm Anreize zur wirtschaftlichen Betriebsführung geben. (Ebd.: 169)
>
> Es soll nicht mehr pauschaliert, sondern stärker nach dem Leistungsprinzip differenziert werden. (Ebd.: 183)
>
> Entsprechend dem Prinzip „Steuerung durch Selbstverwaltung" soll die Preisfindung durch Verhandlungen zwischen den Partnern im Krankenhauswesen geleistet werden und durch staatliche Organe möglichst nur im Rahmen von Konfliktlösungsmechanismen. (Ebd.: 221)
>
> Für erbrachte Leistungen kann das Krankenhaus folgende Entgelte erhalten:
> – Entgelte nach einer Gebührenordnung für Krankenhäuser (GOK),
> – Basispflegesatz (zunächst individuell, nach einer Übergangszeit als Gruppenbasispflegesatz),
> – Entgelte für die Erfüllung von Versorgungsaufträge (EEV). (Ebd.: 266)

Es ist unschwer zu erkennen, dass es im Grundsatz eine weitgehende Übereinstimmung mit den Vorschlägen der Robert-Bosch-Kommission gab. Die Vorschläge zur Gebührenordnung waren detaillierter ausgeführt (143 verschiedene Maßnahmen, zum Teil nach Schweregrad unterschieden, jeweils mit Punktwerten). Sie gingen mehr in Richtung Einzelleistungsvergütung und hatten damit einen

noch stärkeren Anreiz zur Steigerung von Leistungen auch bei jedem einzelnen Patienten. Fallpauschalen hingegen belohnen es, wenn die Anzahl der Fälle ge-

Interviews Beratergruppe 1983

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- Basispflegesatz und gesonderte Abrechnung darüber hinaus gehender Leistungen
- besondere Entgelte möglich
- prospektive Vereinbarung
- Ermöglichung von Gewinnen und Verlusten

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
- Differenzierung der Pflegesätze und Sonderentgelte für besonders teure Leistungen
- Erhaltung der Selbstkostendeckung, allerdings mit Gewinn- und Verlustmöglichkeiten

Katholischer und Evangelischer Krankenhausverband
- Pflegesatz und Sonderentgelte für besonders teure Leistungen
- Ermöglichung von Gewinnen und Verlusten

Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten
- Basispflegesatz und Krankenhausgebührenordnung (wie im Niedergelassenen-Bereich)

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung
- Festhalten an vollpauschalierten tagesgleichen Pflegesätzen
- prospektive Budgetierung
- Aufhebung Selbstkostendeckung, Ermöglichung von Gewinnen und Verlusten

Verband der Privaten Krankenversicherung
- Beibehaltung Pflegesätze mit der Möglichkeit, andere Formen zu vereinbaren
- langfristig Einzelabrechnung („Kostenträger Patient")
- Aufgabe Selbstkostendeckung, Ermöglichung von Gewinnen und Verlusten

Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV)
- keine Finanzierung über den Kapitalmarkt
- keine marktwirtschaftlichen Elemente
- Aufrechterhaltung der Selbstkostendeckung, keine Gewinne und Verluste

Bundesärztekammer (BÄK)
- Krankenhausgebührenordnung
- Aufgabe Selbstkostendeckung, Ermöglichung von Gewinnen und Verlusten

steigert wird, bieten jedoch Anreize, bei den Kosten/Leistungen des einzelnen Patienten zu sparen – es sein denn, man rutscht durch weitere Leistungen in eine höhere Fallpauschale. Was für den Patienten tatsächlich sinnvoll und notwendig ist, steht bei beiden Modellen im Hintergrund. Der angesprochene „Gruppenbasispflegesatz" ist eine weitere Verschärfung im Vergleich zum prospektiv festgelegten individuellen Pflegesatz. Gehen beim Letzteren die tatsächlichen Kosten wenigstens noch in die Verhandlungen mit ein und rechtfertigen ggf. eine höhere Festlegung dieses Pflegesatzes, setzt der Gruppenpflegesatz auf Benchmarking und letztlich auf den Kellertreppeneffekt: Irgendwo gibt es Krankenhäuser mit niedrigeren Kosten, alle anderen müssen sich anpassen.

Eine Besonderheit sind die Entgelte für die Erfüllung von Versorgungsaufträge (EEV). Es handelt sich um Pauschalbeträge, die das Krankenhaus für die Bereitstellung von Leistungen eines medizinischen Fachgebiets erhält. Im Gutachten sind 21 Fachgebiete (z. B. Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, usw.) genannt. Im Zusammenhang mit der Monistik könnten so Gelder für Investitionen (außer Erstfinanzierung von Neu-, Ersatz- und Erweiterungsbauten) verteilt werden. Auch dies sollte über ein Punktesystem geschehen und an Strukturmerkmale (Bettenbandbreiten, Versorgungsstufen) andocken. Gewisse Ähnlichkeiten zur aktuellen Diskussion um eine Vorhaltevergütung bestehen. Auch die Vorschläge zur Stärkung von Verhandlungslösungen gingen in dieselbe Richtung wie bei der Kommission.

Ein erheblicher Teil des Gutachtens der Beratergruppe (1983: 69 ff.) bestand aus einer Darstellung der Positionen von gesellschaftlichen Kräften. Ihre Positionen zur Vergütung der laufenden Kosten der Krankenhäuser sind im folgenden Kasten stichwortartig zusammengefasst. Die Gewerkschaft ÖTV war die einzige Organisation, die sich klar gegen die Ermöglichung von Gewinnen und für die Selbstkostendeckung aussprach. Alle anderen – auch der DGB – schienen die Abschaffung der Selbstkostendeckung schon hingenommen zu haben, bzw. sie forderten aktiv diese Veränderung.

2.1.5 Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

Im November 1983 hatte sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft) in seinem Jahresgutachten 1983/84 (BT-Drs. 10/669 1983) erstmalig seit seiner Gründung 1963 mit der Gesundheitsversorgung befasst. Bis dahin war vermutlich auch in diesem Gremium die Auffassung vorherrschend, dass es sich bei der Gesundheitsversorgung nicht

um einen Wirtschaftszweig handelt. Ausgangspunkt für die Befassung waren steigende Beitragsätze und die angebliche Kostenexplosion. Unter der Überschrift „Stärkung von Wettbewerbselementen im Gesundheitswesen" führte der Rat aus:

> Der Übergang zu einer einheitlichen Finanzierung und mehr Eigenwirtschaftlichkeit der Krankenhäuser wird hier allgemein als nützlicher Schritt angesehen; er bedeutet, daß die öffentlichen Träger nicht nur, wie gegenwärtig, Fehlbeträge übernehmen müssen, sondern auch Überschüsse erwirtschaften und behalten dürfen. Ein Weg zur Stärkung der Eigenwirtschaftlichkeit wäre, daß nach Leistungen differenzierte Preise für Krankenhausdienste vereinbart werden können, die beispielsweise für alle Krankenhäuser einer Region gleichermaßen gelten. Grundsätzlich wäre die Krankenhausversorgung stärker durch Verhandlungen zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassen zu steuern. (Ebd.: 224)

Gewinne, Preise, Vertragsverhandlungen – auch vom Sachverständigenrat wurde also in dieselbe neoliberale Richtung argumentiert. Der Begriff „eigenwirtschaftliche Tätigkeit" soll dies etwas verschleiern. Er bedeutet eigentlich Kostendeckung durch die Einnahmen. Darum geht es aber gerade nicht, sondern um Gewinne. Bei der Bedeutung des Sachverständigenrats dürften die Empfehlungen der letzte Anstoß für die Einleitung des entsprechenden Gesetzgebungsverfahrens gewesen sein, wenn dieser überhaupt noch notwendig war.

2.2 Die Gesetzesvorgeschichte

2.2.1 Der Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des KHG

Den Anfang machte der „Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG)" (BT-Drs. 07/4530 1975). Er wurde 1975 vorgelegt und beschäftigte sich im Wesentlichen mit Fragen der Planung und Investitionskostenfinanzierung. In Bezug auf die laufenden Kosten (Pflegesätzen) wurde ein zu starker Anstieg bemängelt. Zu Lösungsansätzen wurde Folgendes ausgeführt:

> Besonderes Gewicht liegt nach Auffassung der Bundesregierung auf den Bemühungen um eine stärkere Motivation der Verantwortlichen im Krankenhaus zu einem sparsameren Umgang mit den nur begrenzt zur Verfügung stehenden Mitteln.
> Nach den bisherigen Gesprächsergebnissen zwischen Bund, Ländern und Verbänden besteht Einigkeit, daß der in § 17 Abs. 1 BPflV vorgesehene volle Gewinn- und Verlustausgleich überprüft werden muß. [...]
> Erforderlich ist weiterhin eine Verbesserung der bisherigen Mitwirkung, insbesondere der Kostenträger (§ 15 BPf1V), bei der Festsetzung der Pflegesätze, um eine gleichgewichtige Gestaltung der Verhandlungsposition mit den Krankenhausträgern

herbeizuführen. Die Bundesregierung prüft gemeinsam mit den Ländern, in welcher Weise das bisherige Verfahren in den Ländern verbessert werden kann. (Ebd.: 10 f.)

Als zentrales Instrument wurde also bereits die Ermöglichung von Gewinnen und Verlusten benannt. Außerdem sollten die Einflussmöglichkeiten der Kassen auf die Festsetzung der Pflegesätze erhöht werden. Ob dabei schon an freie Vertragsverhandlungen zwischen Kassen und Krankenhausträgern gedacht war, bleibt offen. Die zu diesem Zeitpunkt noch aktiv betriebene Krankenhausplanung durch die Länder (vgl. Böhm 2022) machte dies eigentlich obsolet, obwohl es schon damals diese Forderung der Kassen gab. Insgesamt blieben die Ausführungen sehr allgemein.

2.2.2 Die Position von Staatsekretärin Anke Fuchs

Konkreter wurde 1978 die damalige Staatsekretärin im BMAS und spätere Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit Anke Fuchs (SPD) in einem Artikel in der Fachzeitschrift *das Krankenhaus* (Fuchs 1978). Nach einer einleitenden Betonung der unveränderten Bedeutung der Selbstkostendeckung führt sie im Konkreten aus:

> Welche Argumente gibt es für andere Vergütungsformen wie
> – degressive Staffelung,
> – Fallpauschalen,
> – gesonderte Pflegesätze für die einzelnen Fachabteilungen,
> – Teilung {etwa in einen Teil für Unterbringung und Pflege und einen Teil für ärztliche Leistungen) oder
> – gesonderte Abrechnung aller „teuren" Leistungen? (Ebd.: 329 ff.)

Hier wird das gesamte Szenario der Ökonomisierung und Vermarktwirtschaftlichung schon aufgerissen. Allerdings blieb sie realistisch:

> Beim jetzigen Erkenntnisstand und im Hinblick auf die derzeitigen krankenhausinternen Schwierigkeiten spricht vieles dafür,
> – es bei dem Grundsatz des tagesgleichen, voll-pauschalierten Pflegesatzes zu belassen, jedoch
> – die Möglichkeit für abteilungsspezifische Pflegesätze und die gesonderte Abrechnung besonders „teurer" Leistungen zu erweitern. (Ebd.)

Aber auch nur mit der Aufteilung der Pflegesätze und der damit verbundenen detaillierten Kosten- und Leistungsrechnung sowie mit Sonderentgelten als ersten Formen von Preisen wäre man schon einen gehörigen Schritt weiter gewesen. Und was nicht fehlen durfte: „Es ist nicht einzusehen, warum alle Gewinne und Verluste unterschiedslos und unabhängig von ihrem Entstehungsgrund und

ihrem Umfang ausgeglichen werden sollen." (Ebd.: 322) Dass es keine Selbstkostendeckung geben kann, wenn es gleichzeitig zur Gewinn- und Verlustbildung kommen soll, wird nicht als Problem gesehen. Auch hier geht es um den Einstieg.

2.2.3 Das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz und das Krankenhauskostendämpfungsgesetz

1977 und 1981 war mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) und dem Krankenhauskostendämpfungsgesetz (KHKG) die Ära der Kostendämpfung unter Arbeitsminister Herbert Ehrenberg (SPD) eingeleitet worden.[4] Die meisten Maßnahmen richteten sich gegen die Versicherten (Zuzahlungen, Einschränkungen bei Leistungen und ihrer Vergütung). Spezielle Regelungen zu den Krankenhäusern scheiterten am Widerstand der Bundesländer, die sich damals noch explizit zur Selbstkostendeckung bekannten:

> Der bisher nach § 17 Abs. 1 Bundespflegesatzverordnung mögliche Gewinn- und Verlustausgleich ermöglicht es, bei der Vorkalkulation nicht erwartete Entwicklungen nachkalkulatorisch zu berücksichtigen, ohne daß kurzfristige Pflegesatzänderungen vorgenommen werden müssen. Mißbräuchliche Entwicklungen sind nicht beobachtet worden, zumal in der Praxis außerordentlich hohe Anforderungen an Rechnungswesen und sparsame Wirtschaftsführung der Krankenhäuser gestellt werden, die den Ausgleich in der Vergangenheit auf wenige Ausnahmefälle begrenzt haben. Es besteht deshalb kein Anlaß, von der bisherigen Regelung abzugehen. (BT-Drs. 8/173 1977: 17)

Mit dem KHKG wurde die sogenannte Konzertierte Aktion gegründet, die als Steuerungsorgan und zum Erlass von (Spar-)Richtlinien dienen sollte (§ 141 SGB 5). Mit dem KHKG 1981 wurden die Krankenhäuser in den Aufgabenbereich der Konzertierten Aktion einbezogen. Auch sollte die Selbstverwaltung auf Bundesebene (Kassen und Krankenhausgesellschaft) gemeinsame Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser entwickeln (inkl. Einrichtung von Prüfungsausschüssen auf Landesebene), was aber nicht geschah. Beides erfolgte über eine Änderung von § 19 KHG.

Eine weitere richtungweisende Änderung 1981 bestand darin, dass die Beachtung der Vielfalt der Krankenhausträger zur gesetzlichen Pflicht wurde (§ 1 KHG). Damit wurde schon im Vorfeld der Ermöglichung von Gewinnen den

4 Die Zuständigkeit für den Krankenhaussektor war Ende 1976 vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit an das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung übergegangen und blieb dort bis Anfang 1991. Dann wanderte sie an das neugegründete Bundesministerium für Gesundheit.

privaten Trägern eine wichtige Rechtsposition zur Erreichung ihrer Expansionsziele überlassen. Weitere Änderungen betrafen das Festsetzungsverfahren der Pflegesätze (§ 18 KHG). Die Pflegesätze wurden nicht mehr durch die Länder festgelegt, sondern durch Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausträgern. Das Land konnte Pflegesätze nur noch ablehnen, wenn sie gegen geltendes Recht verstießen. Allerdings blieb es bei einer Entscheidung durch das Land, wenn eine Vereinbarung nicht zustande kam. Auch 1981 wurde als Soll-Regelung (ebenfalls in § 18 KHG) eingeführt, dass die Festlegung der Pflegesätze nur noch für zukünftige Zeiträume erfolgen solle (prospektive Finanzierung). Dies kann man durchaus schon als Hinweis darauf sehen, was von den „wissenschaftlichen" Berater*innen gefordert und im Weiteren geplant war: Nur wenn nicht mehr die tatsächlich angefallenen Kosten refinanziert werden (retrospektive Finanzierung), sondern Budgets und Preise festgelegt werden, können diese ihre vorgesehene Wirkung (Gewinne und Verluste zu ermöglichen) tatsächlich entfalten. Außerdem erfolgte eine deutliche Verschärfung der Vorgaben zur Buchführung und zur Kosten- und Leistungsrechnung (KLR). In § 17 KHG hieß es jetzt:[5]

> Sie müssen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhauses decken; die Selbstkosten sind nach Maßgabe der Krankenhausbuchführungsverordnung auf der Grundlage der kaufmännischen Buchführung und einer Kosten- und Leistungsrechnung zu ermitteln. Die Pflegesätze sollen außerdem Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung schaffen und zugleich sicherstellen, daß das Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag im medizinisch zweckmäßigen und erforderlichen Umfang erfüllen kann.

Auch das darf man schon als Vorbereitung der Umstellung auf Preise werten, denn ohne Kosten- und Leistungsrechnung, Kostenstellrechnung (Zuordnung der Kosten auf einzelne Stationen und Bereiche) und Kostenträgerrechnung (Zuordnung der Kosten auf die einzelnen Patienten) sind DRGs nicht möglich. Die Regierung hatte ursprünglich die Einführung einer Art Obergrenze für die Kosten des medizinischen Bedarfs und für die Pflegesätze der Jahre 1982 und 1983 auf dem Niveau der Grundlohnsummensteigerung vorgesehen. Dies scheiterte am Widerstand der CDU im Bundestag und Bundesrat, die hierdurch die Selbstkostendeckung gefährdet sahen (!!). Auch dies ist schon ein erster Versuch, eine Budgetdeckelung für die Kosten der Krankenhäuser auf der Basis der Einnahmenentwicklung der Kassen einzuführen, wie sie dann in den 1990er-Jahren durchgesetzt wurde. Konkrete Festlegungen zur Vergütung der Krankenhäuser

5 Bundesgesetzblatt 1981 Nr. 59, S. 1571.

und zu einer Änderung bei der Selbstkostendeckung wurden jedoch aufgrund von Differenzen mit den Bundesländern zurückgestellt.

2.3 Das parlamentarische Verfahren

Nachdem das Feld ideologisch bereitet worden war, schien den damaligen Regierungsparteien (schwarz-gelbe Koalition unter Bundeskanzler Helmut Kohl) und dem zuständigen Arbeitsminister Norbert Blüm (CDU) 1984 die Zeit reif für die Einleitung der Ökonomisierung der Krankenhäuser und die Einführung von Elementen der finanziellen Steuerung. In der Begründung des Regierungsentwurfs des Gesetzes hieß es:

> Das Gesetz verfolgt drei Hauptziele:
> 1. Auflösung der Mischfinanzierung zwischen Bund und Ländern im Krankenhausbereich und Ausweitung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder bei der Krankenhausplanung und der öffentlichen Förderung von Krankenhäusern.
> 2. Bereitstellung ausreichender Finanzmittel zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser und zur Herstellung wirtschaftlicherer Betriebsstrukturen.
> 3. Stärkere Einbindung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege in die Politik der Kostendämpfung im Gesundheitswesen.
>
> Diese Ziele sollen insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:
> 1. Übergang der Zuständigkeiten für die Investitionsförderung der Krankenhäuser auf die Länder,
> 2. Wegfall der bisherigen Finanzhilfen des Bundes an die Länder für die öffentliche Förderung von Krankenhäusern bei entsprechender Erhöhung der Bundesanteile an anderen Geldleistungsgesetzen,
> 3. Einschränkung der bundesgesetzlichen Vorgaben für die Krankenhausplanung und Investitionsförderung,
> 4. Stärkere Beteiligung der Selbstverwaltung von Krankenhäusern und Krankenkassen an der Durchführung des Gesetzes, insbesondere an der Krankenhausplanung und den Investitionsentscheidungen der Länder,
> 5. Vereinbarung der Pflegesätze zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen mit Entscheidung durch eine unabhängige Schiedsstelle im Konfliktfall,
> 6. Eröffnung der Möglichkeit für Krankenhäuser und Krankenkassen, Verträge zur Finanzierung von Rationalisierungsinvestitionen über die Pflegesätze abzuschließen,
> 7. Wiederherstellung der Vertragsfreiheit der Krankenkassen beim Abschluß von Versorgungsverträgen über die Behandlung der Versicherten und ihrer Angehörigen,
> 8. Schaffung von Anreizen zu einer wirtschaftlicheren Betriebsführung, insbesondere durch
>   - Vereinbarung der Pflegesätze für künftige Zeiträume,
>   - Übergang zu stärker leistungsorientierten Entgelten,

- Zulassung von Gewinn- und Verlustmöglichkeiten,
- Ermächtigung zur Einführung neuer Vergütungsarten in der Bundespflegesatzverordnung,
- Berücksichtigung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen sowie der Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser bei der Vereinbarung der Pflegesätze. (BT-Drs. 10/2095 1984a: 1/2)

Eine Kritik der einzelnen geplanten Maßnahmen erfolgt bei der Darstellung der letztlich beschlossenen gesetzlichen Änderungen des KHG und der BPflV (s. u.). Die Richtung, in die die Gesamtentwicklung gelenkt werden sollte, wird auf Seite 20 der Begründung nochmals zusammenfassend dargestellt:

> Das geänderte Verfahren der Entgeltfindung und die Neubestimmung der Funktion der Entgelte — nicht Kosten in weitgehender Abstraktion von erbrachten Leistungen zu ersetzen, sondern Leistungen zu vergüten — sollen zu mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus und zu kostengünstigerer Leistungserbringung beitragen. (Ebd.: 20)

Damit war der Weg zu Preisen klar vorgezeichnet. Die Themen Monistik und Vertragsfreiheit, die von den Expert*innen zur Vermarktwirtschaftlichung ja auch favorisiert waren, wurden vom Bundesministerium für Arbeit als zum damaligen Zeitpunkt nicht realisierbar zurückgestellt. Dafür wurden im späteren Gesetzgebungsverfahren einzelne Teilschritte in die entsprechende Richtung vorgeschlagen.

2.3.1 Bundesratsinitiative

Allerdings gab es Streit zwischen Bund und Ländern über die genaue Ausformulierung der Ziele des Gesetzes, und die Länder brachten einen eigenen alternativen Gesetzentwurf ein. Der Bundesrat schrieb in seiner Stellungnahme zum ersten Entwurf der Bundesregierung:

> Der Bundesrat unterstützt alle Maßnahmen, die geeignet sind, diese Ziele zu erreichen. [...] In wichtigen Regelungen vermag jedoch der Bundesrat den Vorstellungen der Bunderegierung zur Erreichung der Ziele des Gesetzentwurfes nicht zu folgen. Dies gilt insbesondere für
> - die in § 4 vorgesehene Finanzierungsregelung, wonach die Leistungen des Krankenhauses nur noch "angemessen" vergütet werden sollen,
> - die Änderung des § 17 Abs. 1, wonach die Pflegesätze und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser sowie die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen sind,
> - die zu weitgehende bundesrechtliche Festlegung der Investitionsförderung, die den Ländern entgegen der Zielsetzung des Gesetzentwurfes zu geringen Gestaltungsspielraum einräumt,

– die vorgesehene Änderung des § 371 RVO, die mit der Kompetenz und Verantwortung der Länder für die Krankenhausversorgung nicht zu vereinbaren ist,
– die Verlagerung von Kosten solcher Ergänzungsbeschaffungen in die Investitionsförderung nach § 9, die bisher aus den Pauschalen nach § 10 oder aus dem Pflegesatz zu finanzieren waren. (BR-Drs. 391/84 1984a: Anlage 2/3)

Man könnte interpretieren: Die Richtung stimmt, aber die Änderungen sind etwas zu weitgehend. Außerdem ging es um Eingriffe in die Planungshoheit der Länder und um das Geld, das bei Wegfall der Mischfinanzierung[6] der Investitionskosten von den Ländern allein getragen werden musste, und um die Kompensationen dafür. Insgesamt war dies aber ein vehementer Richtungswechsel der CDU (insbesondere im Bund) seit 1981.

2.3.2 Erste Lesung im Bundestag

Arbeitsminister Blüm führte bei der ersten Lesung des Gesetzes im Bundestag am 18. Oktober 1984 folgendes zur Begründung des Gesetzes aus:

> Es besteht kein Zweifel: Die Waage hat Schlagseite, das Krankenhaus kostet zu viel. [...] In dem jetzigen Pflegesatzrecht steckt kein Anreiz zur Sparsamkeit. Im tagesgleichen vollpauschalierten Pflegesatz steckt einfach kein wirtschaftlicher Treibsatz. Er wirkt wie eine Bequemlichkeitsprämie. Wer keinen Gewinn machen darf, wer nicht zurücklegen kann, hat auch keinen Ansporn zum Sparen. Wer spart schon gern, wenn er selbst nichts davon hat? Wer spart schon gern für andere? Dieser Fremdsparer müßte erst noch erfunden werden. Das ist die eine Seite der Medaille: Man beraubt die Krankenhäuser des Spaßes, für sich selber durch Sparsamkeit zu sorgen. Die andere Seite der Medaille ist: Der erzwungene Verzicht auf Gewinn und Verlust wird durch ein bequemes Selbstkostendeckungsprinzip, sofern es Erstattungsprinzip ist, schmackhaft gemacht. Dieses Selbstkostendeckungsprinzip als Erstattungsprinzip ist der Lehnstuhl des Krankenhauses, in dem seine Sparsamkeit schlummert. Laßt endlich etwas marktwirtschaftlichen Wind in die Krankenhäuser! [...] Der tagesgleiche vollpauschalierte Pflegesatz ist die ins Krankenhaus eingebaute Versuchung, den Patienten länger im Krankenhausbett liegenzulassen, als es notwendig ist; denn mit der Länge der Verweildauer kostet der Patient weniger, da er in der Regel auch gesünder wird. Aber wir haben das Krankenhaus ja nicht als Melkmaschine der Beitragszahler, sondern als eine wertgeschätzte Institution für die Patienten. Das

6 Mischfinanzierung bedeutet, dass sich im Rahmen der dualen Finanzierung der Bund an den Investitionskosten der Länder beteiligte. Diese wurde dann auch tatsächlich durch das KHNG beseitigt, und dadurch auch die Einflussmöglichkeiten des Bundes auf die Planung. Kompensation hierfür war eine entsprechende Aufstockung der Bundesgelder für die Wohnungsbauförderung und das Wohngeld um insgesamt 972 Millionen DM.

> steht im Vordergrund. Leistungsentgelte sind besser als Einheitspreise. Es gibt immer noch viele Diskussionen, aber in diesem Punkt, daß mehr Marktwirtschaft bei den Pflegesätzen gelten sollte, daß mehr Leistungsentgelte eingeführt werden sollten, stimmen Bund und Länder überein. Das ist ein großer Fortschritt gegenüber dem bisherigen Stand der Diskussion. Das ist ein Schritt nach vorn bei aller Diskussion, die noch geführt werden muß. (Deutscher Bundestag 1984: 6733 ff.)

Hier sind alle neoliberalen Vorurteile in dankenswerter Offenheit und auch in ihrer Einfältigkeit vereint: die Hängematte/der Lehnstuhl, der Nutzenoptimierer, der Selbstbedienungsladen, die Freibiermentalität, der frische (marktwirtschaftliche) Wind, die Freiheitsberaubung. Diese Argumentationsmuster (besser Lügen) begleiteten sowohl die Vorbereitung als auch die Einführung der DRGs (vgl. hierzu kritisch Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020: Kap. I.4). Dass es gerade in der Daseinsvorsorge und für ihre Beschäftigten ganz andere Triebkräfte gibt und geben muss, wird überhaupt nicht in Erwägung gezogen. Die SPD lehnte in dieser Debatte lediglich die Aufhebung der Mischfinanzierung mit dem Argument ab, dass die Gelder damit für die Krankenhäuser verloren gehen würden – ein berechtigter Einwand, wie die weitere Entwicklung zeigte. Für die anderen Reformvorhaben – insbesondere in Bezug auf die Einschränkung der Selbstkostendeckung – wurde Zustimmung signalisiert bzw. sogar noch mehr Kostendämpfung gefordert (ebd.: 6735 ff.). CDU und FDP unterstützten den Gesetzesentwurf inhaltlich vollständig. Dies war in Hinblick auf die Selbstkostendeckung eine Wende um 180 Grad durch die CDU, die ja noch ein Jahr vorher (in der Opposition) Änderungen an der Selbstkostendeckung abgelehnt hatte (s. o.). Die Grünen beteiligten sich nicht an der Diskussion.

2.3.3 Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung

Die öffentliche Anhörung im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung am 7. November 1984 ergab folgende Positionierungen der wesentlichen Interessengruppen:[7]

Spitzenverbände der Träger der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)

> Das mit dem Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung verfolgte Ziel, den Krankenhausbereich eindeutig in die Kostendämp-

7 Protokoll Nr. 40a, 10. Wahlperiode, Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung, 7. November 1984. Alle folgenden Zitate aus den Stellungnahmen der Verbände sind den nicht veröffentlichten Anhängen zu diesen Protokollen entnommen. Die Seitenzahlen beziehen sich auf die jeweilige Stellungnahme.

> fungspolitik im Gesundheitswesen einzubinden sowie der Selbstverwaltung der Krankenhäuser und Krankenkassen wichtige Einflußkompetenzen und Entscheidungsfunktionen einzuräumen, wird deshalb nachdrücklich unterstützt. Dieser Zielsetzung wird der Regierungsentwurf jedoch nicht in allen Punkten gerecht. Bedauerlicherweise sind schon erheblich Abstriche gegenüber dem Referentenentwurf des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung für ein Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung gemacht worden, die nicht akzeptiert werden können. Vor allem die Zugeständnisse an die Länder in den Bereichen Krankenhaus- und Investitionsplanung, Investitionskostenförderung und Pflegesatzverfahren werden von den Krankenkassen-Spitzenverbänden entschieden abgelehnt. Positiv zu bewerten ist, daß das Selbstkostendeckungsprinzip [...] aufgehoben werden soll. Das Selbstkostendeckungsprinzip ist nämlich ein bedeutsamer Ursachenfaktor für den überproportionalen Kostenanstieg im Krankenhausbereich, weil es einer wirtschaftlichen Betriebsführung geradezu entgegensteht. (2)

Die Kassen forderten mehr Rechte bei der Planung und begrüßten die Festlegungen zur Einschränkung der Selbstkostendeckung. Interessanterweise forderten die Kassen, dass die nach Beendigung der Selbstkostendeckung zulässigen Gewinne „zweckgebunden für die stationäre Versorgung zu verwenden" sind (33). Ein zwar beschränkter, aber richtiger Einwand, der verhindert, dass Versichertengelder in Tantiemen oder sonstige Ausschüttungen umgewandelt werden können. Der Bundestag folgte dieser Forderung nicht. Es ist zu vermuten, dass schon damals zukünftige Privatisierungen ins Auge gefasst waren, für die eine Zweckbindung ein deutliches Hindernis dargestellt hätte. Eine Beendigung der Mischfinanzierung lehnten die Kassen ab, weil sie dadurch eine Minderung der Mittel für Krankenhausinvestitionen befürchteten. Die Stellungnahme lag insgesamt auf der Linie, dass die Kassen sich der Landesplanung entledigen wollten und Verträge mit Krankenhäusern frei gestalten wollten (Aufhebung des Kontrahierungszwangs).[8] Der beginnende Ausstieg aus der Selbstkostendeckung wurde selbstverständlich begrüßt.

Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV)

> Die im Benutzerkostenbereich vorgesehenen Änderungen, insbesondere die Abschaffung des Gewinn- und Verlustausgleichs, werden von der PKV positiv bewertet, da sie die Möglichkeit zu mehr Wettbewerb im Krankenhausbereich eröffnen. [...] Auf längere Sicht bevorzugt die private Krankenversicherung eine auf den Patien-

8 Kontrahierungszwang bedeutet, dass alle Krankenhäuser, die durch ein Bundesland in den jeweiligen Krankenhausplan aufgenommen wurden, automatisch einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen erhielten. Die Kassen konnten also nicht in Einzelverhandlungen (ob überhaupt, welche Krankheitsbilder, zu welchem Preis) mit den Häusern treten. Sie haben keine Vertragsfreiheit.

ten abgestellte Einzelabrechnung. Eine Preisfindung, angenähert der in anderen Wirtschaftsbereichen, würde auf Dauer die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser sichern und ihre Wirtschaftlichkeit verbessern. (3 u. 4)

Die Entscheidung, welche Krankenhäuser aus dem Wettbewerb ausscheiden sollen, kann vielmehr nach Ansicht der PKV im wesentlichen nur der Verbraucher, d.h. der Patient selbst, treffen. Bei fehlender Belegung, die darauf hindeutet, daß die Leistungen nicht ausreichen, werden die Häuser von selbst aus dem Anbieterkreis ausscheiden. (5)

Investitionsverträge und eine Einführung der Monistik für kurz- und mittelfristige Anlagegüter werden ebenfalls gefordert. Dagegen wird „der Ausbau der Verhandlungsposition der gesetzlichen Krankenversicherung" kritisch gesehen – außer, wenn die PKV gleichberechtigt beteiligt würde. Die PKV setzte also nochmals deutlich mehr auf Preise und Wettbewerb als die gesetzlichen Kassen. Insbesondere die Einzelabrechnung eines Patienten (also Fallpauschalen) sind eine in die Zukunft weisende weitergehende Forderung. Auch die Rückführung der Bedarfsplanung und stattdessen das freie Walten der Marktkräfte (dass „die Häuser von selbst aus dem Anbieterkreis ausscheiden") war ihnen wichtig. Wie sich das auf die gleichmäßige und gleichberechtigte Versorgung der Bevölkerung auswirken würde, war unerheblich. Hauptsache, es gab neue Expansionsmöglichkeiten durch Marktbereinigung.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft lehnt deshalb auch das mit dem Regierungsentwurf vorgelegte Konzept als ungeeignet für die Lösung der Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser ab,

- weil es einseitig auf die Lösung der Finanzierungsprobleme der Krankenkassen abhebt,
- weil es die Erfordernisse einer leistungsfähigen, wirtschaftlichen und humanen Krankenhausversorgung der Bevölkerung außer acht läßt,
- weil es die strukturellen Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser nicht löst, sondern neue zusätzliche hinzufügt,
- weil es die Krankenhäuser in Milliarden-Defizite treibt, die zu Substanzverfall
- und Abbau des Leistungsniveaus führen,
- weil entgegen den ausdrücklichen Intentionen des Gesetzentwurfes das gegliederte System von privaten, frei-gemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern gefährdet wird; die nicht-öffentlichen Krankenhäuser sind am wenigsten in der Lage, fehlende öffentliche Fördermittel und Betriebskosten- Defizite aus eigenen Mitteln auszugleichen. (2)

Im Weiteren wandte sich die DKG faktenreich gegen die von der Regierung behauptete „Kostenexplosion":

> Der Regierungsentwurf hebt den in § 4 KHG verankerten, für das duale System fundamentalen Grundsatz auf, daß die öffentlichen Fördermittel und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken müssen. [...] Die Krankenhäuser können auf diesem Grundsatz, der häufig unzutreffend verkürzt als „Kostendeckungsprinzip" bezeichnet wird, unter keinen Umständen verzichten. Die Aufgabe dieses Grundsatzes würde bedeuten, daß das einzelne gemäß der Bedarfsplanung errichtete und an der Krankenhausversorgung teilnehmende Krankenhaus keinen Anspruch mehr auf die Erstattung der Selbstkosten hat, die bei sparsamer Wirtschaftsführung entstehen, während auf der anderen Seite seine Leistungsfähigkeit als selbstverständlich angesehen wird. (10)
>
> Für die Krankenhäuser sind diese Änderungen Anlaß, mit noch stärkeren Nachdruck die Beibehaltung des im geltenden KHG (§ 4) verankerten Grundsatzes zu fordern, nach dem die öffentliche Förderung und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken müssen. (26)

Die DKG lehnte die Aufhebung der Mischfinanzierung durch Bund und Länder ab. Andererseits begrüßte sie Investitionsverträge als „deutliche[n] Schritt in Richtung zur monistischen Finanzierung" (5). Die Stärkung der Verhandlungsposition der Kassen wurde abgelehnt. Dies gilt auch für die Vertragsfreiheit der Kassen (Abschluss von Verträgen mit einzelnen Krankenhäusern unabhängig davon, ob sie in den Krankenhausplan aufgenommen sind) und für Schiedsstellen in den Pflegesatzverhandlungen. Auch die im Regierungsentwurf vorgesehenen externen Betriebsvergleiche zur Feststellung der Wirtschaftlichkeit und die Anwendung der Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen wurden abgelehnt. Wichtig ist, dass die DKG sich in aller Deutlichkeit gegen die Mär von der Kostenexplosion wandte, dabei aber keinerlei Gehör fand. Eindeutig ist auch die Ablehnung der Aufhebung der Selbstkostendeckung und die Darstellung der Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Die Befürwortung der monistischen Krankenhausfinanzierung beruht auf der immer schlechteren Finanzierung durch die Länder und den Bund (hier fand eine gewisse Abkehr von früheren Positionen statt), geht aber in die falsche Richtung, weil sie die Krankenhäuser noch mehr in die Abhängigkeit der Kassen bringt und eine Krankenhausplanung durch die Länder völlig konterkariert.

Bundesvereinigung kommunaler Spitzenverbände

> In Übereinstimmung mit allen Krankenhausträgerverbänden (insbesondere der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege) sehen die kommunalen Spitzenverbände keine realistische Möglichkeit, durch Änderungen in Einzelbestimmungen den Regierungsentwurf zu einer

tragfähigen Basis für eine sinnvolle Krankenhausfinanzierungsreform zu entwickeln. Sie lehnen das mit dem Regierungsentwurf verfolgte Gesamtkonzept ab, weil es

- keine geeigneten Vorkehrungen trifft zur Beseitigung des vom Bund mitverursachten Investitionsstaus von mindestens 8 Mrd. DM und der jährlichen Unterfinanzierung von 1,5 bis 2 Mrd. DM,
- den Krankenkassen mit dem Instrument des Versorgungsvertrags die Entscheidung über die Existenz von Krankenhäusern überträgt und damit die Krankenhausbedarfsplanung der Länder leerlaufen läßt,
- einem sparsam wirtschaftenden Krankenhaus die Deckung seiner Betriebskosten vorenthält und damit Kosten von den Krankenkassen auf die Krankenhausträger verschiebt, was zur Existenzbedrohung von Krankenhäusern oder zur Defizitabdeckung durch die Kommunen führen muß,
- die Zuständigkeit der Länder für die Festsetzung der Pflegesätze im Streitfall aufhebt und durch Schiedsstellen ersetzt. (2)

Die kommunalen Spitzenverbände stimmen mit dem Ziel des Regierungsentwurfs insoweit überein, als das geltende Recht um Kriterien angereichert werden muß, die Anreize für eine wirtschaftliche Versorgung und Betriebsführung schaffen. Dabei muß es aber Ausgangspunkt aller Überlegungen sein, dem sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhaus die Deckung der ihm entstehenden Kosten zu sichern. (6)

Ebenso bedeuten die neu eingeführten „den Selbstkosten gleichwertige Bemessungskriterien" des externen Betriebsvergleichs und der Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen eine unerträgliche Einschränkung des Kostendeckungsprinzips. (7)

Einerseits befürworteten die kommunalen Spitzenverbände (also die Kommunen und Landkreise als Träger) grundsätzlich das Selbstkostendeckungsprinzip, andererseits sprachen sie sich im Konkreten aber für dessen Durchlöcherung aus. Erkennbar ging es ihnen hauptsächlich um mehr Geld (egal in welcher Finanzierungsform) und um die Begrenzung der Rechte der Kassen. Auch die Aufhebung des Kontrahierungszwangs wurde abgelehnt.

Diakonisches Werk[9]

Den Krankenhäusern muß die Möglichkeit der Deckung ihrer für die Behandlung aufgewendeten Kosten weiterhin gesichert sein. Kirchlichen Krankenhäusern kann eine Bereitstellung ihres Angebotes und die bedarfsnotwendige Mitwirkung an der Krankenhausversorgung unterhalb ihrer wirtschaftlich zu rechtfertigenden Gestehungskosten nicht zugemutet werden. [...] Die evangelischen Krankenhäuser

9 Das Diakonische Werk ist Träger vieler Krankenhäuser. Dies gilt auch für den Deutschen Caritasverband. 1985 waren 1.049 Akut-Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft – fast ebenso viele wie in öffentlicher Trägerschaft (1.104)

sprechen sich für die Möglichkeit wirtschaftlicher Anreize aus, sofern die Voraussetzungen für eigenverantwortliches Wirtschaften gegeben sind. Dies bedeutet insbesondere die Sicherung der Möglichkeit eigenverantwortlicher Durchführung notwendiger Investitionen und die Befreiung von Eingriffen in das wirtschaftliche Geschehen. Verlustrisiken können nur unter der Voraussetzung der Kalkulierbarkeit möglich sein. Eine einseitig nur auf die Übernahme von Verlusten zielende Regelung wird entschieden abgelehnt. (3)

Zwar erfolgte ein Bekenntnis zur Sicherung der „aufgewendeten Kosten", also zur Selbstkostendeckung. Die Einführung von Pflegesätzen für künftige Zeiträume, von neuen Pflegesatzformen und von Investitionsverträgen wurde allerdings akzeptiert. Der Widerspruch zwischen beidem und die dadurch ausgelöste Aushöhlung des Selbstkostendeckungsprinzips wurden nicht thematisiert.

Deutscher Caritasverband

Ein richtig verstandenes Selbstkostendeckungsprinzip hat nichts zu tun mit einer Erstattung unwirtschaftlicher Betriebskosten. Die Einführung von Anreizen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, die wir ausdrücklich begrüßen, setzt jedoch voraus, daß die Entgelte für die Leistungen der Krankenhäuser die Gestehungskosten bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung nicht unterschreiten dürfen. Bei einer Pflegesatzgestaltung mit Anreizwirkung sind die vorauskalkulierten Selbstkosten zugrunde zu legen. Dies bedeutet keinen Widerspruch zum Selbstkostendeckungsprinzip, wenn dabei keine einseitige Risikoverteilung erfolgt. Dementsprechend sollten Überschüsse, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen, dem Krankenhaus verbleiben, während Verluste aufgrund unwirtschaftlicher Betriebsführung vom Krankenhaus getragen werden müssen, aber nur, soweit sie vom Krankenhaus zu vertreten sind. (2)

Die Vertragsfreiheit für Krankenkassen wurde abgelehnt. Die kirchlichen Träger (Diakonie und Caritas) waren in ihrer Positionierung ähnlich uneindeutig. Einerseits wollten sie keine völlige Abkehr von der Selbstkostendeckung, andererseits waren sie für mehr Freiheiten von staatlicher Planung und für die Möglichkeit von Gewinnen. Die schiefe Ebene in Richtung Markt und Wettbewerb wurde unterschätzt oder nicht gesehen.

Bundesverband deutscher Privatkrankenanstalten

Im Interesse einer stärkeren Berücksichtigung besonders wirtschaftlicher, bedarfsgerechter und leistungsfähiger Krankenhäuser sollte bei der Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Vielfalt der Krankenhausträger gewährleistet und erweitert werden. (1)

Damit die Existenz der Krankenhäuser auf Dauer gesichert ist, müssen den Verlustrisiken gleichgewichtige Gewinnchancen gegenüberstehen. (3)

Schiedsstellen wurden abgelehnt, Investitionsverträgen wurde zugestimmt. Nicht unerwartet waren die Privatkliniken für die Möglichkeit, Gewinne zu machen.

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)

> Die bisherigen Bemühungen, die Kosten im Krankenhaus zu dämpfen, waren wenig erfolgreich. Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist unverändert der Ansicht, daß eine wirksame Einbindung des Krankenhausbereichs in die Zielsetzungen der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen unverzichtbar ist. [...] Ebenso ist es richtig, die Vertragsfreiheit der Krankenkassen bei der Auswahl von Krankenhäusern wieder herzustellen, mit denen sie Versorgungsverträge abschließen. (2)
>
> Mit den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung ist eine garantierte nachträgliche Vollkostenerstattung der Personal- und Sachkosten der Krankenhäuser nicht zu vereinbaren. Es bedarf deshalb der Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips und der Einführung leistungsorientierter Entgelte. (3)

Getreu dem Grundsatz aller Arbeitgeber, die „Lohnnebenkosten" (hier die Kassenbeiträge) zu senken, sprach sich der BDA für die Aufhebung der Selbstkostendeckung und für „leistungsorientierte Entgelte" – sprich Preise – aus. Um den Wettbewerb anzukurbeln, wurde auch die Vertragsfreiheit für die Kassen gefordert.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

> Die gegenwärtige Bemessung der Entgelte an den Kosten (voll pauschalierter, tagesgleicher Pflegesatz nach dem Selbstkostendeckungsprinzip) bewirkt unwirtschaftliche Verhaltensweisen. Sparsames Wirtschaften von Krankenhäusern wird finanziell „bestraft". Eine verfeinerte Ermittlung der Selbstkosten erhöht lediglich die Kontrollstruktur und führt bestenfalls zu besseren Begründungen der notwendigen Kosten. (3)
>
> Der DGB hält Vorschläge, die folgende Elemente enthalten könnten, für überlegenswert:
> – Budgetierung in Verbindung mit prospektiven Pflegesätzen,
> – Entwicklung von diagnoseorientierten oder anderen leistungsbezogenen Entgelten. (5)
>
> Die im Regierungsentwurf vorgesehenen Neuregelungen hinsichtlich des Pflegesatzrechts werden vom DGB begrüßt. [...] Der DGB befürwortet ebenfalls die vorgesehenen Möglichkeiten hinsichtlich alternativer Formen der Entgeltfestsetzung. Er erwartet sich davon nicht nur positive Auswirkungen für eine wirtschaftliche Betriebsführung, sondern auch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. Allerdings halten wir es für erforderlich, daß gleichzeitig Methoden der Qualitätssicherung eingeführt werden, die internen Strukturen im Krankenhaus verändert und die Mitbestimmung der Beschäftigten verbessert. (6 u. 7)

Außerdem sprach sich der DGB für die Beibehaltung der Mischfinanzierung und für eine besondere Art der monistischen Finanzierung aus: Bereitstellung der Mittel durch Bund und Länder, Verteilung durch die Kassen. Investitionsverträge seien „grundsätzlich positiv zu bewerten". Die gleichberechtigte Einbeziehung der Kassen in die Krankenhausplanung sei notwendig, genau wie die „Übertragung der Vertragskompetenzen" an die Kassen. Erschreckend ist, wie sehr sich die Stellungnahme des DGB in faktisch allen wesentlichen Punkten von der der ÖTV (s. u.) unterschied. Klar wurde vom DGB die Ablehnung der Selbstkostendeckung mit den Blüm'schen Argumenten formuliert. Mit seinen Überlegungen zu prospektiven Pflegesätzen und zu „diagnoseorientierten und anderen leistungsbezogenen Entgelten" ging er sogar noch über die Regierungsvorschläge hinaus. Auch die volle Vertragsfreiheit für die Kassen wurde gefordert. Die ganze Stellungnahme klingt wie ein Echo der Arbeitgeberverbände und der Kassen. Weitere Entwicklungen („Stärkung des Standorts Deutschland") sind deutlich zu erkennen.

Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV)

> Die Gewerkschaft ÖTV steht auf dem Standpunkt, daß Krankenhausleistungen nicht nach gewinnorientierten Gesichtspunkten erbracht werden dürfen. Die Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips ist nicht dazu geeignet, die Qualität der Krankenhausversorgung zu verbessern. Im Gegenteil: Ist es bisher schon so, daß „gewinnträchtige" Krankenhausbereiche privatisiert werden und Krankenhäuser, die personal- und kostenintensive Leistungen vorhalten müssen, wie z. B. Infektions- und Intensivstationen bei dem öffentlichen Träger verbleiben, so ist zu befürchten, daß sich dieser Trend durch die Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips eher verstärken wird. Das bedeutet auch hier wieder: die Gewinne werden privatisiert, die Verluste sozialisiert. Gesundheit degradiert zur Ware. (7)

In dankenswerter Klarheit werden hier Grundprinzipien der Finanzierung von Einrichtungen der Daseinsvorsorge zusammengefasst. Außerdem forderte die ÖTV ein „regional gestuftes Versorgungssystem", „menschengerechte Arbeitsbedingungen" und die Beibehaltung Mischfinanzierung. Interessant an der Stellungnahme der ÖTV ist, dass sie die Aufhebung der Selbstkostendeckung aus grundsätzlichen Erwägungen (keine Gewinnorientierung, Medizin darf keine Ware sein, Vorantreiben von Privatisierungen) ablehnte, und gleichzeitig die negativen Auswirkungen auf die Versorgung und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten hervorhob. Insbesondere letzter Effekt fehlte bei den anderen Stellungnahmen völlig. Damit unterschied sich diese Stellungnahme auch wohltuend von späteren Positionierungen der Gewerkschaft zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens, insbesondere zur Einführung der DRGs (siehe insbesondere „Entwicklung der Positionen der Gewerkschaft ver.di" in Kapitel 6.2).

> Das bestehende Pflegesatzrecht nimmt den Krankenhäusern jeden wesentlichen Anreiz zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung: Es ist ausschließlich an den Kosten und nicht an den im Krankenhaus erbrachten Leistungen orientiert. (2)
>
> Durch die dem Krankenhaus eingeräumte Möglichkeit, durch mehr Sparsamkeit Überschüsse zu erzielen, aber auch das Risiko, nicht vertretbare Verluste tragen zu müssen, werden Anreize zur wirtschaftlichen Betriebsführung gesetzt. Darüber hinaus entsprechen beide Entwürfe der jahrelangen Forderung der Ärzteschaft, differenziertere und transparentere Möglichkeiten der Pflegesatzgestaltung zu eröffnen. [...] Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, diese Möglichkeiten zukünftig verstärkt auszuschöpfen und eine Differenzierung in Kosten für Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Leistungen, pflegerische Leistungen sowie Sachleistungen vorzusehen. (6)

Gefordert wurde weiterhin die Beibehaltung der Mischfinanzierung und die „Einbeziehung ärztlichen Sachverstandes" bei Planung und Finanzierung. Mit der Forderung nach Vergütung „einzelner Leistungen oder Leistungsgruppen" näherte sich die Bundesärztekammer schon sehr früh den späteren DRGs an – ohne im Geringsten die Problematik dieser Art von finanzieller Steuerung zu erkennen bzw. zu kritisieren. Im Gegensatz zu kritischen Äußerungen zu den DRGs und zur Ökonomisierung in jüngster Zeit[10] profilierten sich die Ärzt*innen hier als Vorreiter von Markt und Wettbewerb.

2.3.4 Ausschussverhandlungen sowie zweite und dritte Lesung

Nach zähen Verhandlungen zwischen den Ländern und dem Bund wurden im Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung diverse Änderungen in den Gesetzestext eingearbeitet. Es erfolgt hier nur die Behandlung der im Vergleich zum Regierungsantrag erfolgten Streichungen und Änderungen. Die endgültigen Formulierungen werden im Abschnitt „Die neuen Gesetzestexte" (s. u.) kommentiert.

– Der Versuch von Blüm, die „Vertragsfreiheit" der Krankenkassen beim Abschluss von Versorgungsverträgen einzuführen, scheiterte. Dieser Vorstoß war ziemlich weitgehend, hätte er den Kassen doch erhebliche Rechte bei der Auswahl der Krankenhäuser eingeräumt und die Planungsrechte der Länder

10 Siehe z. B. Bundesärztekammer (2022: 1): „Mit der Implementierung marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen, wie dies zum Beispiel in der stationären Versorgung durch die Einführung eines Vergütungssystems mit diagnosebezogenen Fallpauschalen (G-DRG-System) erfolgt ist, wird ein Anreiz sowohl zur Über-, Unter- als auch Fehlversorgung gesetzt."

massiv eingeschränkt.[11] Die Aufhebung dieses sogenannten Kontrahierungszwangs war und ist ein langgehegter Plan der Neoliberalen – ursprünglich als „Einkaufsmodell der Krankenkassen" gehandelt, in neuerer Zeit publikumswirksamer als „Qualitätsverträge".

- Blüm wollte in § 4 KHG verankern, dass die Entgelte für Leistungen „vertraglich festgelegt" werden, also dass die Kassen die Preise in Vertragsverhandlungen mit jedem einzelnen Krankenhaus aushandeln. Diese Formulierung wurde durch die „neutralere" Formulierung ersetzt, dass die Krankenhäuser „Erlöse aus Pflegesätzen erhalten".
- Ebenso scheiterte die Vorgabe, dass die Entgelte die Leistungen nur noch „angemessen" vergüten müssen. Die Länder beharrten insoweit auf dem Selbstkostendeckungsprinzip. Allerdings sollten als Maßstab nur noch die „vorauskalkulierten" Selbstkosten dienen. Das „Abzahlungsprinzip" der tagesgleichen Pflegesätze blieb, aber nicht gegen die Selbstkosten, sondern gegen das Budget – ein erheblicher Unterschied.
- Auch die Einrichtung eines Beirats für Pflegesatzfragen, der das Bundesministerium berät, wurde wieder gecancelt.
- Die Genehmigung der Pflegesätze durch die Länder wurde nicht gestrichen, sondern um eine vorgeschaltete Entscheidung einer Schiedsstelle zwischen Kassen und Krankenhaus mit unabhängigem Vorsitzenden ergänzt.
- Blüm wollte auch, dass die Länder Planungsaufgaben an die regionale Selbstverwaltung (Kassen und Krankenhausgesellschaft) übertragen können. Auch das wurde wieder gestrichen.
- Verträge über Rationalisierungsinvestitionen (§ 18b KHG) zwischen Kassen und Krankenhäusern verblieben dagegen im Gesetz. Sie waren als einleitender Schritt zur monistischen Finanzierung geplant, blieben aber völlig wirkungslos, weil die Kassen nicht bereit waren, in die Investitionsfinanzierung (ohne Kompensation) einzusteigen.

Das Gesetz wurde letztlich mit der Mehrheit des Bundestages (gegen die Stimmen der SPD) verabschiedet. Die Grünen waren nicht anwesend, weil sie zu ihrem Parteitag abgereist waren. Der Bundesrat stimmte ebenfalls zu, nachdem ein Antrag der Länder Bremen, Hamburg Hessen und Nordrhein-Westfalen, das Gesetz nicht anzunehmen, abgelehnt worden war. In der Begründung des Länderantrags hieß es:

---

11 Die bisherige gesetzliche Regelung beinhaltete, dass alle Krankenhäuser, die durch das Bundesland in den Krankenhausplan aufgenommen wurden, automatisch mit den Kassen einen Versorgungsvertrag hatten.

> Die nunmehr vom Deutschen Bundestag beschlossene Fassung des Gesetzes ist nicht geeignet, die Finanzprobleme der Krankenhäuser nachhaltig zu verbessern. [...] Der Bundesrat hält an der Auffassung fest, daß der Anspruch des sparsam wirtschaftenden Krankenhauses auf Ersatz der ihm entstehenden Selbstkosten nicht eingeschränkt werden darf. Nicht akzeptabel ist auch die Neufassung des § 1 Abs. 2 KHG, wonach insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten ist. [...] Die in § 17 des Gesetzes enthaltenen pflegesatzrechtlichen Regelungen verdeutlichen ebenfalls die Aushöhlung des Selbstkostendeckungsgrundsatzes des sparsam wirtschaftenden Krankenhauses. Neben den vorauskalkulierten Selbstkosten des Krankenhauses sollen nunmehr bei der Bemessung der Pflegesätze auch noch die Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser sowie die Empfehlungen nach § 19 angemessen berücksichtigt werden. Im Ergebnis wird hierdurch die Tendenz gefördert, die Krankenhäuser der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. (BR-Drs. 581/1/84 1984b: 1 ff.)

Jetzt waren es also die von der SPD regierten Länder, die auf das Selbstkostendeckungsprinzip pochten. Prinzipientreue sieht anders aus.

2.4 Die neuen Gesetzestexte

Es werden hier nur die im Zusammenhang mit dem Thema der Studie wichtigen Änderungen wiedergegeben. Die neuen Formulierungen zur Finanzierung der laufenden Kosten im KHG und in der BPflV, die 1985 erlassen wurde, lauteten:

2.4.1 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1984[12]

§ 1 Grundsatz
(1) Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.
(2) Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten.

§ 4 Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser
Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, daß
1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. Erlöse aus den Pflegesätzen erhalten.

12 Bundesgesetzblatt 1984, S. 1716 ff.

Die öffentlichen Fördermittel und die Erlöse aus den Pflegesätzen müssen nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts zusammen die vorauskalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken.

§ 17 Grundsätze für die Pflegesatzregelung
(1) Die Pflegesätze sind auf der Grundlage der vorauskalkulierten Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Sie müssen gewährleisten, dass das Krankenhaus bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung seine stationären und teilstationären Leistungen im medizinisch zweckmäßigen und erforderlichen Umfang erbringen kann. Bei der Bemessung der Pflegesätze sind auch die Kosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser sowie die Empfehlungen nach § 19 [Bundespflegesatzverordnung] angemessen zu berücksichtigen. Überschüsse, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen, sollen dem Krankenhaus verbleiben; vom Krankenhaus zu vertretende Verluste sind von ihm zu tragen.
(2) Zur Verwirklichung der Ziele des Absatzes 1 kann in der Rechtsverordnung nach § 16 Nr. 1 [Bundespflegesatzverordnung] bestimmt werden, dass
1. neben oder an Stelle von tagesbezogenen Entgelten, Fallpauschalen oder anderen pauschalierten Entgelten einzelne Leistungen oder Leistungsgruppen gesondert vergütet werden,
2. die Vergütung von Krankenhausleistungen für einen künftigen Zeitraum als fester oder veränderlicher Gesamtbetrag festgelegt wird (Budgetierung) oder
3. die Vergütung nach einem System berechnet wird, das sich aus einer Verbindung dieser Vergütungsarten ergibt.

§ 18 Pflegesatzverfahren
(3) Die Vereinbarung [von Pflegesätzen] soll nur für zukünftige Zeiträume getroffen werden. Der Krankenhausträger hat die für die Ermittlung der Pflegesätze erforderlichen Kosten- und Leistungsnachweise vorzulegen.

2.4.2 Die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) von 1985[13]

§ 3 Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen
Die Vertragsparteien sollten folgendes vereinbaren:
1. einen Gesamtbetrag nach § 4 (Budget) und Pflegesätze nach § 5, durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird,
2. Pflegesätze für Leistungen nach § 6 (Sonderentgelte).

(2) Mit den Pflegesätzen werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.

13 Bundesgesetzblatt 1985, S. 1666 ff.

§ 4 Flexibles Budget
(1) Das Budget wird auf der Grundlage der vorauskalkulierten Selbstkosten des Krankenhauses unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Belegung für einen künftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) vereinbart. Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Erlöse aus den Pflegesätzen nach § 5 von dem vereinbarten Budget ab, werden die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses zu 75 vom Hundert ausgeglichen (flexible Budgetierung). [...]
(2) Die Vertragsparteien sind an das Budget gebunden. Ergeben sich jedoch während des Pflegesatzzeitraums Änderungen der Personalkosten auf Grund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen oder entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen, wird die Kalkulation des Budgets, soweit die Kostenänderungen darin nicht berücksichtigt sind, bei der folgenden Pflegesatzvereinbarung berichtigt. [...]
(3) Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Kalkulation des Budgets zugrunde gelegten Annahmen das Budget für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren. [...]
(4) Überschüsse oder Unterdeckungen im abgelaufenen Geschäftsjahr, die dadurch entstehen, dass die tatsächlich entstandenen Selbstkosten des Krankenhauses das vereinbarte (...) Budget und die Erlöse aus den Sonderentgelten unter- oder überschreiten, werden nicht ausgeglichen; sie dürfen bei nachfolgenden Pflegesatzvereinbarungen nicht berücksichtigt werden. Die Überschüsse sind insbesondere für den Ausgleich von Unterdeckungen anderer Jahre sowie für die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zu verwenden.
(5) Soweit das Krankenhaus seine Wirtschaftlichkeit erhöht hat und deshalb auch in folgenden Pflegesatzzeiträumen die allgemeinen Krankenhausleistungen kostengünstiger erbracht werden können, kann vereinbart werden, dass die dadurch bewirkte Kostenersparnis in den folgenden Pflegesatzzeiträumen dem Krankenhaus nach Dauer und Umfang angemessen zugute kommt.

§ 5 Pflegesätze
(1) Für jedes Krankenhaus wird auf der Grundlage des Budgets und der voraussichtlichen Belegung ein allgemeiner Pflegesatz vereinbart.
(2) An Stelle des allgemeinen Pflegesatzes können besondere Pflegesätze insbesondere für Abteilungen oder besondere Einrichtungen des Krankenhauses vereinbart werden, die ausschließlich oder überwiegend 1. der Geburtshilfe, 2. der Behandlung von Querschnittgelähmten, 3. der Behandlung von Schwerbrandverletzten, 4. der Behandlung von Kindern mit Krebserkrankungen, 5. der neonatologischen Intensivbehandlung von Säuglingen, 6. der Dialyse, 7. der neurochirurgischen Behandlung, 8. der Behandlung von psychisch Kranken, 9. der Behandlung von chronisch Kranken oder Langzeitkranken oder 10. der Nachsorge dienen.

§ 6 Sonderentgelte
(1) Neben den Pflegesätzen [...] können außerhalb des Budgets insbesondere für folgende Leistungen auf der Grundlage der vorauskalkulierten Selbstkosten Son-

derentgelte vereinbart werden: 1. Herzoperationen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine, 2. Herzoperationen ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine, 3. gefäßchirurgische Operationen im Brustkorb, 4. die Transplantation eines Herzens, 5. die Transplantation einer Niere, 6. die Transplantation einer Leber, 7. die Transplantation einer Bauchspeicheldrüse, 8. die Transplantation von Knochenmark, 9. die Replantation von Gliedmaßen, 10. die Implantation von Elektroden und Stimulatoren im Bereich der Neurochirurgie, 11. die Implantation von energetisch betriebenen Geräten (zum Beispiel Herzschrittmacher, Infusionspumpen), 12. die Implantation von Gelenkendoprothesen, 13. die Behandlung von Koronargefäßverengungen oder -Verschlüssen durch mechanische Maßnahmen, 14. die Behandlung von Gefäßverengungen oder -Verschlüssen mittels Urekinase oder Streptokinase, 15. die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, 16. die Behandlung mit dem Nierensteinzertrümmerer.

2.5 Bewertung

Gefestigt wurde das Prinzip der Trägervielfalt, indem die wirtschaftliche Sicherung der freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser zum „besonderen" Ziel erklärt wurde – eine klare Benachteiligung öffentlichen Krankenhäuser, die aber sehr gut zum propagierten Rückzug des Staates aus allen öffentlichen Verpflichtungen passte. Die neue Rechtslage zur Finanzierung hatte viele Charakteristika einer Übergangsregelung (diverse Kann- und Sollbestimmungen), aber die schrittweise Abschaffung der Selbstkostendeckung war damit begonnen. Kernpunkt war, dass das Gewinnverbot aufgehoben wurde. Explizit war es jetzt verboten, Gewinne und Verluste am Jahresende auszugleichen. Gewinne sollten den Krankenhäusern „angemessen zugutekommen", das heißt zwischen den Kassen und Krankenhäusern aufgeteilt werden, was die Freude der Krankenhäuser sicher trübte. Erschwerend kam hinzu, dass sie damit rechnen mussten, dass die Kassen versuchen würden, bei den nächsten Verhandlungen die Budgets zu kürzen, weil sie ja zu hoch gewesen seien.

Die finanzielle Steuerung erfolgte zwar noch nicht direkt über Preise, wie später bei den Fallpauschalen und DRGs aber über das prospektive Budget (vgl. hierzu Exkurs 2 „Die verschiedenen Formen und Wirkungen von Budgets" auf S. 53 ff.) Prospektiv bedeutet, dass es im Vorhinein vereinbart werden sollte und nicht mit den entstandenen Kosten verrechnet wurde. Es ist die notwendige Ergänzung der Regelung, dass die Grundlage der Budgets die vorauskalkulierten Selbstkosten sein sollten (s. u.).

Budgets haben grundsätzliche ähnliche Steuerungswirkungen und Fehlanreize wie Preise: (Personal-)Kostendumping lohnt sich genau wie der Versuch, über eine Erhöhung der Fallzahlen ein höheres Budget zu erhalten. Damit sind

Überversorgung (unnötige Behandlungen) und Unterversorgung (zu kurze Liegezeiten und Personalmangel) vorprogrammiert. Gewinne sind umso höher, je höher das Budget und je niedriger die Kosten. Dass den politisch Verantwortlichen diese Mechanismen nicht unbekannt waren, zeigt sich daran, dass es sich um ein „flexibles Budget" handeln sollte. Gemeint ist, dass Veränderungen in den (vereinbarten) Fallzahlen („voraussichtliche Belegung") zu einer Rückzahlungs- bzw. Nachzahlungspflicht der Krankenhäuser bzw. der Kassen führten: Bei mehr Patient*innen als vereinbart mussten die Krankenhäuser 75 Prozent der entsprechenden Erlöse zurückzahlen. Blieben die Patientenzahlen hinter der Vereinbarung zurück, erhielten die Krankenhäuser 75 Prozent der entgangenen Erlöse. Eine entsprechende Regelung (nur mit anderen Prozentzahlen) gibt es auch heute noch. Damals wie heute nutzt sie nichts. Krankenhäuser nehmen im Zweifelsfall einen einmaligen Erlösausfall in Kauf, weil sie damit ihre Verhandlungsposition für die Vereinbarung von höheren Patientenzahlen bei den nächsten Budgetverhandlungen verbessern.

Eine weitere negative Folge der finanziellen Steuerung wurde schon hier in den Anfängen deutlich: Zwangsläufig wird alles immer komplizierter: Die Kontrolle, um Missbrauch zu vermeiden, muss immer mehr ausgebaut werden, die Bürokratie breitet sich aus und zieht immer mehr Ressourcen an sich – menschlich wie finanziell. Andererseits gab es immer noch ein Andocken an die Selbstkostendeckung mit der Vorgabe, dass das Budget auf Grundlage der vorauskalkulierten Selbstkosten vereinbart werden musste, mit Nachfinanzierung von Personalkostensteigerungen durch Tarife und gesetzliche Änderungen. Auch die Möglichkeit, Nachverhandlungen bei wesentlichen Änderungen zu verlangen, gehört in diese Rubrik. Aber dennoch: vorauskalkuliert ist eben nicht tatsächlich.

Deutlich verschärft wurden die Rahmenbedingungen für die Aushandlung des Budgets und der Pflegesätze durch die Vorgabe von Krankenhausvergleichen und der Beachtung der Vorgaben der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (§ 19 KHG). Dies war zum einen der Anfang des in Zeiten der DRGs allgegenwärtigen Benchmarkings aller Abteilungen und Krankenhäuser untereinander – immer mit der Behauptung verbunden, dass das, was billiger ist, auch besser sei. Zum anderen war es der Beginn der Budgetdeckelung der Ausgaben für Krankenhäuser an die Einnahmen der Krankenkassen und die Grundlohnsummensteigerung. Diese Budgetdeckelung war und ist eine wesentliche Ursache für die Finanznot der Krankenhäuser, weil Preissteigerungen (insbesondere Tarifsteigerungen) nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Es blieb dabei, dass das Budget unterjährig über Tagespflegesätze ausgezahlt wurde. Diese konnten jedoch zu Abteilungspflegesätzen ausdifferenziert werden

(Kann-Regelung). Dies hat zwei Gründe: Zum einen konnten die jeweiligen Patient*innen mit den Kassen „verursachungsgerechter" abgerechnet werden. Dies ist nicht unwichtig, wenn es keine einheitliche Krankenkasse gibt, sondern die Kassen in Wettbewerb zueinander gestellt werden sollen – eine Entwicklung, die spätestens Mitte der 1990er-Jahre einsetzte und in den 1980er-Jahre schon vorgedacht wurde.[14] Zum anderen erforderte dies natürlich eine wesentlich ausdifferenziertere Kosten- und Leistungsrechnung. Es machte auch den Vergleich der einzelnen Abteilungen untereinander möglich. Beides darf ruhig als strategische Vorgabe betrachtet werden, die eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Einführung von DRGs darstellt (Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung). DRGs sind ohne Benchmarking nicht vorstellbar – sowohl der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser als auch das Ausspielen aller innerhalb der Häuser.

Ein weiterer Punkt kam hinzu: Waren während der Selbstkostendeckung die Tagespflegesätze reine unterjährige Verrechnungseinheiten, so wurden sie jetzt zu Tagespreisen. Damit lohnte es sich tatsächlich, Patient*innen länger als notwendig im Krankenhaus liegen zu lassen. Man konnte so unterjährig höhere Erlöse generieren, musste am Jahresende nur einen Teil zurückzahlen (Mehrerlösausgleich) und verbesserte die Ausgangsbedingungen für die Vereinbarung des nächsten Budgets. Nicht die Selbstkostendeckung war also, wie ständig behauptet, die Ursache für zu lange Liegezeiten, sondern die Ablösung der Selbstkostendeckung durch Budgets und Tagespreise. Es wurde damit die Legitimation für die weiteren Änderungen in Richtung Fallpauschalen und DRGs geschaffen.

Es wurden Sonderentgelte für 16 Behandlungen ermöglicht (Kann-Regelung). Sonderentgelte sind keine Fallpauschalen. Sie wurden neben den Tagespauschalen vergütet, die um diese Kosten bereinigt werden (§ 13 Abs. 4 BPflV). Auch sie erforderten eine noch stärkere Ausdifferenzierung der Kosten- und Leistungsrechnung und können als Vorstufen der Fallpauschalen und DRGs gesehen werden. Interessant waren Sonderentgelte auch, weil sie außerhalb der Budgets gezahlt wurden und damit die finanziellen Abzüge bei Mengensteigerungen wegfielen. Durch diese „Subventionierung" sollte ein finanzieller Anreiz gesetzt werden, möglichst schnell in die neue Vergütungsform einzusteigen – was auch gelang.

Sowohl die Abteilungspflegesätze als auch die Sonderentgelte waren Kann-Regelungen, die in der Folgezeit nur begrenzt umgesetzt wurden. Wichtig ist auch,

14 Die zugrunde liegende Argumentationsfigur ist völlig wirklichkeitsfremd und unsinnig. Wenn Beschäftigte weniger verdienen und weniger in Arbeit sind (Hautgründe für Einnahmeverluste der Kassen), werden sie nicht weniger krank, sondern häufiger. Warum sollen die Kosten der Krankenhausbehandlung in dieser Situation ebenfalls absinken? Vgl. hierzu auch Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020: Kap. I.16.

dass die Höhe der Sonderentgelte je Krankenhaus einzeln vereinbart wurde und keine einheitlichen Preise vorgegeben waren. Auch dies brachte einen gewissen Spielraum für die Verhandlungen. Mit dem neuen KHG wurden auch schon Fallpauschalen ermöglicht, in der Bundespflegesatzverordnung aber (noch) nicht umgesetzt. Entscheidend ist, dass mit der gesetzlichen Regelung die Bundesregierung dann jederzeit die Möglichkeit hatte, auf dem Verordnungsweg entsprechende Schritte einzuleiten. Man setzte auf eine „scheibchenweise" Einführung.

Zusammenfassend kann man feststellen: Mit dem KHNG war der Einstieg in den Ausstieg aus der kostendeckenden Finanzierung der Krankenhäuser gelungen. Auch wenn nicht alle ursprünglichen Vorschläge der Berater (s. o.) und von Blüm zur Vermarktwirtschaftlichung durchgesetzt werden konnten (z. B. Vertragsfreiheit) bzw. in der Praxis scheiterten (Einstieg der Kassen in die Investitionsfinanzierung), war damit ein Meilenstein in Richtung auf ein neoliberal ausgerichtetes Gesundheitswesen gesetzt. Alle Werkzeuge, auch wenn sie nicht sofort umgesetzt wurden, waren gesetzlich abgesichert: Fallpauschalen, Sonderentgelte, weitere Privatisierungen (Trägervielfalt). Auf der Strecke blieb lediglich die Monistik und die Vertragsfreiheit für die Kassen (und damit das Ende der Krankenhausplanung durch die Länder), die noch heute auf der Agenda der Neoliberalen steht. Was jetzt noch fehlte, war der Übergang von den Kann- und Soll-Regelungen zur verpflichtenden Einführung von Preisen.

Exkurs 2: Die verschiedenen Formen und Wirkungen von Budgets

1. In der Zeit der Selbstkostendeckung (nach Inkrafttreten des KHG 1972) gab es keine Budgets. Sie waren auch nicht nötig, da die tatsächlich entstandenen Kosten retrospektiv (für das jeweils letzte Jahr) abgerechnet wurden. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung konnte von den Kassen anhand der Kosten und Leistungsdaten eines Hauses geprüft werden.
2. Nach Ablösung der Selbstkostendeckung durch die Vergütung der „vorauskalkulierten Selbstkosten" (KHNG 1984 und BPflV 1985) wurden Budgets eingeführt. Das heißt, am Jahresanfang wurde aufgrund der Selbstkosten des letzten Jahres und ihrer Kalkulation für das nächste Jahr sowie aufgrund der „voraussichtlichen Belegung" ein Gesamtbetrag ermittelt und vereinbart – das Budget. Das Budget wirkte als Obergrenze, allerdings gab es Ausnahmen, wenn Kostensteigerungen aufgrund gesetzlicher Änderungen, Tarifvorschriften/allgemeiner Vergütungsregelungen oder „wesentlicher Änderungen" entstanden waren. Es handelte sich um „flexible Budgets", das heißt, Abweichungen vom vereinbarten Budget (Mehr- oder Mindererlöse) wurden

teilweise ausgeglichen (zu dieser Zeit zu 75 Prozent). Erzielte ein Krankenhaus höhere Erlöse als vereinbart, musste es 75 Prozent an die Kassen zurückzahlen, hatte es niedrigere Erlöse, mussten die Kassen 75 Prozent der entgangenen Erlöse nachzahlen. Gewinne und Verluste waren damit möglich, allerdings durch das flexible Budget nur abgemildert. Einerseits dienten die tagesgleichen Pflegesätze unterjährig also als Abschlagszahlung auf das Budget, andererseits waren sie aber schon Preise, weil durch die Mehr- und Mindererlösregelungen auch im Budgetbereich Gewinne und Verluste möglich waren. Im Gegensatz zu den Lügen über die Selbstkostendeckung, als die Tagessätze reine Abrechnungseinheiten waren, gab es jetzt Tagespreise und damit auch den Anreiz, Patient*innen länger im Krankenhaus zu belassen, als es notwendig war. Der finanzielle Anreiz bestand in dieser Phase in Personalkosteneinsparungen, in einer Leistungsausdehnung als bessere Verhandlungsbasis für das Budget des nächsten Jahres, einer Verlängerung der Liegezeiten und einer Beschränkung der Leistungen für den einzelnen Patienten (Mix aus Über- und Unterversorgung). Es gab auch schon die Möglichkeit, Sonderentgelte abzurechnen, diesen liefen jedoch außerhalb des Budgets. Sie waren schon echte Preise für einzelne Leistungen, mit der Möglichkeit, Gewinne und Verluste zu machen.

3. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetzt (GSG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) von 1992 wurden den Budgetverhandlungen und deren Ergebnissen für die Jahre 1993,1994 und 1995 enge Grenzen gesetzt – durch die Einführung der Beitragssatzstabilität und die Veränderungsrate der Einnahmen der Krankenkassen. Budgets durften nur in diesem Rahmen ansteigen. Ausgangspunkt war das Budget von 1992. Dieses Budget wurde um die Veränderungsrate erhöht (Erhöhung um den Prozentsatz, um den die Einnahmen der Kassen im jeweiligen Jahr stiegen). Es gab aber auch wieder die Ausnahmeregelungen der Phase davor (s. o.), ergänzt um die Kosten der Pflegepersonalregelung und der Psychiatrie-Personalverordnung. Es handelte sich jetzt um ein „festes Budget". Mehr- oder Mindererlöse wurden vollständig ausgeglichen. Krankenhäuser, die weniger Erlöse als vereinbart hatten (weniger Fälle und Pflegetage), erhielten keinen Ausgleich. Krankenhäuser, die höhere Erlöse hatten, mussten diese vollständig zurückzahlen und blieben auf den Mehrkosten sitzen. Die Steuerung erfolgte also nur noch über das Budget. Damit war es weiterhin lukrativ, Personalkostendumping zu betreiben. Andererseits schlug das Pendel in Richtung Unterversorgung aus (weniger Patient*innen, weniger Leistungen und weniger Kosten). Gewinne waren zwar prinzipiell noch möglich, aber da die festen Budgets der Kostendämpfung dienen sollten, waren eher Verluste zu erwarten. Eine weitere wesentliche

Änderung war, dass jetzt die Sonderentgelte und Fallpauschalen nicht mehr außerhalb des Budgets abgerechnet wurden. Die entsprechenden Erlöse (Preis multipliziert mit der Fallzahl) wurden vom Ausgangsbudget abgezogen (sogenannter Erlösabzug). Alternativ wäre auch ein Kostenabzug (Abzug der angefallenen Kosten für die einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelte) möglich gewesen. Dieser wurde aber nur von einigen wenigen Krankenhäusern angewandt, weil die Instrumente der Kosten- und Leistungsrechnung, insbesondere die Kostenträgerrechnung (Verrechnung der Kosten auf den einzelnen Patienten), noch nicht ausgereift genug waren.

4. Ab 1996 (BPflV von 1994) gab es wieder ein flexibles Budget. Für Krankenhäuser, die bereits 1995 mit den ab 1996 geltenden Fallpauschalen und Sonderentgelten abrechneten, endete das feste Budget bereits 1995. Die Steuerung und die finanziellen Anreize entsprachen denen zwischen 1984 und 1992.
5. Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-GRG von 2000) wurde zwar für den Bereich, für den noch keine Fallpauschalen galten, weiterhin ein Budget vereinbart (zu den finanziellen Anreizen s. o.), der Preischarakter der Fallpauschalen und Sonderentgelte stand aber deutlich im Vordergrund und nahm ständig zu. Damit erfolgte ein massiver Anreiz zur Leistungsausdehnung (Fallzahlsteigerungen) bei vorbestehenden Anreizen zur Kosteneinsparung bei Beschäftigten und Patient*innen. Gegensteuerende Maßnahmen waren der Mehrerlösausgleich und der Fixkostendegressionsabschlag (Abzüge von 35 Prozent über drei Jahre), die aber nur sehr begrenzt wirkten, weil trotz der (zeitlich befristeten) Abzüge insgesamt eine Erlössteigerung durch die Mengenausdehnung erreicht werden konnte.

3 Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992

3.1 Die öffentliche Debatte im Vorfeld

3.1.1 Die Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

Die „Fünf Wirtschaftsweisen", wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung euphemistisch genannt wird, beschäftigten sich in den nächsten Jahren regelmäßig mit der Gesundheitsversorgung – im Wesentlichen unter Kostendämpfungsaspekten. In ihren Jahresgutachten 1985 und 1992 äußerten sie sich konkreter zur Krankenhausfinanzierung. Hier einige Zitate, die gut die neoliberale Grundhaltung und die gewünschten Entwicklungen wiedergeben.

Gutachten 1985

Als Orientierungshilfe für die Wahl der Schritte, die zu diesem Ziel [möglichst wirtschaftlich zu handeln; d. Verf.] hinführen, kann die Analogie zur marktwirtschaftlichen Versorgung hilfreich sein. Man überläßt es normalerweise der Entscheidung des mündigen Bürgers, ob er einen konstanten, sinkenden oder steigenden Teil seines Einkommens für bestimmte Güter und Dienstleistungen ausgeben will; die Ausrichtung der Produktion auf den vom Konsumenten geäußerten Bedarf überläßt man dem Wettbewerb der Anbieter oder, allgemeiner gesprochen, dem „Markt". (BT-Drs. 10/4295 1985: 170)

> Insbesondere sollten alle Normen aufgehoben werden, die einem Preiswettbewerb entgegenstehen. Würde es den Kassen erlaubt, mit einzelnen Ärzten oder Gruppen von Ärzten Honorarvereinbarungen abzuschließen, so könnte dies den Wettbewerb in der Ärzteschaft beleben. (Ebd.: 172)

> Auch die Behauptung, Krankheiten könnten verschleppt werden, wenn die Bürger die gesundheitliche Versorgung ganz oder teilweise aus ihrem Einkommen finanzieren müssen, ist wenig überzeugend. Wie früh oder wie spät sich jemand um die Erhaltung seiner Gesundheit sorgt, ist individuell und nach Art der Beschwerden verschieden. Tatsächlich geht es bei der medizinischen Versorgung im Alltag meist nicht um Tod oder Leben der Patienten, sondern um Heilung oder Linderung und oft

> nur um Wohlbefinden. Ein erheblicher Teil der Aufwendungen in der GKV entfällt auf Bagatellen. [...] Entlang den hier skizzierten Leitlinien könnte die medizinische Versorgung im Laufe der Zeit Schritt für Schritt reformiert und die Bedarfsdeckung im Gesundheitswesen mehr und mehr dem Markt überlassen werden. Der gegen diese Vorstellung häufig vorgetragene Einwand, der Preismechanismus funktioniere bei den Gesundheitsleistungen nicht, weil dem Patienten die notwendige Übersicht fehle, ist nicht stichhaltig; Transparenzmängel bestehen auch auf anderen Märkten. Der mündige Bürger wird sich bei einer Individualisierung der Bedarfsdeckung auf dem Gesundheitsmarkt sachkundig machen, wie er es auch sonst tut, insbesondere wenn es um weitreichende Entscheidungen geht. (Ebd.: 174)

Hier wurde unverhohlen das neoliberale Menschen- und Gesellschaftsbild zelebriert: Der „mündige Bürger, der „frei" entscheidet wieviel Gesundheit er kaufen will. Wer krank wird, ist selber schuld, oder er hätte sich halt mehr Überblick verschaffen sollen. Alles eine Frage der Präferenzen. Soziale Unterschiede, Gesellschaftliche Zwänge, sozial schlechter Gestellte ohne Kaufkraft und ohne Chance auf Erhalt ihrer Gesundheit gibt es in dieser Sicht nicht. Jeder ist seines Glückes Schmied (vgl. hierzu Exkurs 3„Der Neoliberalismus" auf S. 64 ff.).

Neben diesen allgemeinen Ausführungen gab es aber auch im Konkreten die klare Marschrichtung „Je mehr Markt, umso besser". Und es gab gehörige Kritik, an dem was bisher in diese Richtung umgesetzt bzw. eben nicht umgesetzt wurde.

> Im Bereich der Krankenhausfinanzierung hat das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz vom Dezember 1984 einen Schritt in Richtung auf mehr Eigenwirtschaftlichkeit der Krankenhäuser gebracht. [...] Ungelöst ist jedoch das Problem, wie angesichts des weiterhin geltenden Kostendeckungsprinzips die Krankenhausleitungen am Erzielen von Gewinnen und am Vermeiden von Verlusten interessiert werden können. Außerdem bleibt die duale Finanzierung im Grundsatz erhalten. Das Gesetz räumt lediglich die Möglichkeit ein, daß zwischen Krankenhäusern und zuständigen Sozialleistungsträgern hauptsächlich Krankenkassen – vereinbart werden kann, notwendige Investitionen ganz oder teilweise durch einen Zuschlag auf den Pflegesatz zu finanzieren. Im wesentlichen wird es wohl bei getrennten Verantwortlichkeiten für Investitionskosten und Betriebskosten bleiben. Damit erhöhen sich die Chancen für eine insgesamt wirtschaftliche Betriebsführung im Krankenhausbereich nicht. (BT-Drs. 10/4295 1985: 173)

Gutachten 1992

Hier gab es dann doch noch ein wenig Lob:

> Zweifellos positiv ist die auch vom Sachverständigenrat wiederholt geforderte Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips für Krankenhäuser, die Ablösung tagesgleicher Pflegesätze durch Sonderentgelte und Fallpauschalen sowie – die leider nur in

Aussicht gestellte – Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein monistisches System. (BT-Drs. 12/3774 1992a: 226)[1]

3.1.2 Der Abschlussbericht der Robert-Bosch-Kommission 1987

Im März 1987 legte die Kommission der Robert Bosch Stiftung (s. o.) ihren Abschlussbericht vor (Robert Bosch Stiftung 1987). Das allgemeine Bekenntnis zur Gesundheitsversorgung als öffentliche Aufgabe und zur Bedarfswirtschaftlichkeit im Zwischenbericht (siehe Abschnitt KHNG) wurde bekräftigt Die Empfehlung des Zwischenberichts, die Monistik einzuführen, blieb bestehen bzw. die Einführung wurde noch vehementer gefordert. Es wurden vier Modelle der Steuerung untersucht. Ein reines Marktmodell und ein reines Staatsmodell wurden ausgeschlossen. Die Betonung liegt auf rein, denn die favorisierten Modelle sind ziemlich marktwirtschaftlich. Die Favoriten sind ein Körperschaftsmodell und ein Verhandlungsmodell. Beim Körperschaftsmodell werden die Krankenhausgesellschaften und die Krankenkassen zu privatrechtlichen oder öffentlich-rechtlichen Körperschaften, die den Sicherstellungsauftrag haben und die Krankenhausplanung und Verteilung der Gelder in gemeinsamen Selbstverwaltungsgremien und weitgehend ohne staatliche Einmischung vornehmen. Beim Verhandlungsmodell tritt die Planung noch weiter in den Hintergrund und es wird noch mehr über Preise gesteuert. Die Kommission führt aus:

> Solange die Richtlinien zur Krankenhausversorgung eingehalten werden. Besteht für die Beteiligten Handlungsfreiheit. Die Krankenhäuser besitzen Planungsautonomie bei der betrieblichen Finanz- und Investitionsplanung. Die Anpassung von Angebot und Nachfrage erfolgt in erster Linie über den Preis. Über die Preishöhe entscheiden die Preisverhandlungen zwischen Krankenversicherungen und Krankenhäusern. Nicht eine imperative Objektplanung, sondern die ausgehandelten Leistungspreise begrenzen die Handlungsspielräume der Krankenhäuser. (Robert Bosch Stiftung 1987: 193)

Wo hier der „Ausschluss" des Marktmodells zum Ausdruck kam, bleibt das Geheimnis der Kommission. Staatliche Planung sollte weitgehend zurückgefahren werden. Eingriffe des Staates sollte es nur bei Unterschreiten von Untergrenzen der Versorgung geben. Beide Modelle räumten den Kassen einen erheblichen Zuwachs an Verhandlungs- und Steuerungsmacht ein. Wären die Kassen wirkliche Wahrer der Interessen ihrer Mitglieder, könnte man solchen Modellen vielleicht noch etwas abgewinnen, aber die Kassen wurden parallel zu den Krankenhäusern

1 Diese Feststellungen beziehen sich auf die Vereinbarung von Eckpunkten für das GSG zwischen der CDU-CSU-FDP-Koalition und der SPD („Kompromiss von Lahnstein").

ebenfalls in eine immer stärkere Konkurrenz gedrängt und durch Wettbewerb untereinander ökonomisch unter Druck gesetzt (Wechsel von Mitgliedern, Zusatzbeiträge, Anwendung des Insolvenzrechts; vgl. hierzu Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020: Kap. I.16). Krankenhäuser im Wettbewerb und Kassen im Wettbewerb sind keine akzeptablen Vorbedingungen für gemeinsames Selbstverwalten oder Verhandeln. Beide Modelle basierten auf einem Preissystem:

> Angesichts der negativen Erfahrungen mit der gegenwärtigen Regelung plädiert die Kommission für den verstärkten Einsatz von ökonomischen Anreizen zur Steuerung der Krankenhausversorgung. Nicht imperative Planungsvorgaben. sondern die Betonung ökonomischer Anreize in Form von Überschußchancen oder Verlustrisiken sollten in Zukunft Instrumente zur Steuerung der Krankenhäusersein. [...]. Die Preise sollen die Kosten steuern und nicht umgekehrt. Daher schlägt die Kommission die Einführung eines preislichen Entgeltverfahrens mit einer prospektiven Vereinbarung der Preishöhe für die einzelnen Abrechnungseinheiten vor. Bei der Messung der Leistungsmenge sollten differenzierte, leistungsbezogene Abrechnungseinheiten die vollpauschalierten Tagessätze ersetzen. (Robert Bosch Stiftung 1987: 163)

In Bezug auf die konkreten „leistungsbezogenen Abrechnungseinheiten" wollte sich die Kommission nicht festlegen Ihr genügte die Aufhebung der Selbstkostendeckung und die Einführung von prospektiven Entgeltverfahren:

> Ferner verzichtete die Kommission entgegen den ursprünglichen Absichten und entgegen der in der Fachöffentlichkeit gerade aktuellen Diskussion darauf, detaillierte Regelungen verschiedener Entgeltverfahren zu entwickeln und zu bewerten. [...] Die Kommission empfiehlt daher, die Entscheidung für die jeweils adäquaten Entgeltverfahren den Beteiligten in der Praxis zu überlassen.(Ebd.: 6)

Damit war gemeint, dass die Verhandlungsparteien/Körperschaften die freie Auswahl zwischen allen möglichen Preisformen haben sollten – Hauptsache es sind Preise. Die Kommission beschrieb die ganze Palette von finanziellen Steuerungsmöglichkeiten, von Einzelvergütungen, Fallpauschalen, prospektiven Budgets bis hin zu Regionalbudgets.[2] Erstmalig beschäftigte sie sich auch ausführlich mit den DRGs (ebd.: 72 ff.), wie sie in den USA seit Ende der 1970er-Jahre entwickelt und seit 1983 in der staatlichen Krankenversicherung für Rentner

2 Regionalbudgets sind eine Gesamtvergütung für die Versorgung einer ganzen Region möglichst über alle Versorgungsstufen hinweg. Nachdem sie während der Hochzeit der DRGs ziemlich in Vergessenheit geraten waren, werden sie in jüngster Zeit von diversen neoliberalen Wissenschaftlern (insbesondere Prof. Augurzky vom RWI) stark als Alternative zu den DRGs beworben (vgl. hierzu Exkurs 5 „Formen der finanziellen Steuerung" auf S. 129 ff.).

und Behinderte (Medicare) eingeführt wurden. Besonders angetan zeigte sie sich von ihren innerbetrieblichen Wirkungen:

> Eine Reihe von Argumenten sprechen freilich für differenzierte Fallpauschalen als Entgeltverfahren. [...] Die externen Preisvorgaben stärken ferner die krankenhausinterne Stellung der Wirtschaftsleitung. Die Fallpauschalen können vom einzelnen Krankenhausbetrieb nicht beeinflusst werden und stellen eine feste Zielvorgabe dar. Die Entwicklung der Fallzahl, der Fallstruktur und der Fallkosten entscheidet bei einer Vergütung mit Fallpauschalen über das finanzielle Wohl und Wehe eines Krankenhauses. Werden in einzelnen Fallgruppen nachhaltig negative Abweichungen von der Preisvorgabe festgestellt, entsteht vor allem für die verantwortlichen Ärzte ein Rechtfertigungszwang gegenüber der Wirtschaftsleitung. Erhebliche Überschreitungen der Fallpauschalen sind in der Regel Anlaß zu einer Überprüfung des Leistungserstellungsprozesses und daran anschließend des Verhaltens von Ärzten und Pflegepersonal. (Ebd.: 177 f.)

Trotz dieser „Vorteile" hielt die Kommission die Einführung der DRGs noch nicht für spruchreif – auch wegen der fehlenden differenzierten Kosten- und Leistungsrechnung in den Krankenhäusern. Aber: „Beide Konzepte sollten jedoch kritisch überprüft werden und, wenn nötig modifiziert und an die deutschen Verhältnisse angepasst werden." (Ebd.: 180) Die Kommission erkannte auch die Gefahren: „blutige Entlassung", Anreiz zur Mengenausdehnung, Selektion von lukrativen Patienten, Upcoding[3] etc. (ebd.: 178 f.). Das hielt sie aber nicht von ihren Empfehlungen ab. Insgesamt hatte der Kommissionsbericht einen entscheidenden Einfluss auf die Gesetzgebung zum GSG und auf die weitere Entwicklung in Richtung DRGs, insbesondere weil er die Weichen grundsätzlich in Richtung Rückzug des Staates, Abschaffung der Selbstkostendeckung, Ermöglichung von Gewinnen, Preisen und Vertragsverhandlungen stellte – alles Entwicklungen, die im Laufe der Zeit umgesetzt wurden. Lediglich die Monistik und die völlige Vertragsfreiheit sind trotz etlicher Anläufe immer noch nicht realisiert.

Exkurs 3: Der Neoliberalismus

Der Neoliberalismus ist die ökonomische, philosophische und soziologischen Theorie, die die wissenschaftliche Rechtfertigung für die Unterwerfung aller Lebensbereiche unter das Diktat der Wirtschaft, die Organisation des menschlichen Lebens als Wettbewerb, den Sozialabbau und den Rückzug des Staates darstellt.

---

3 Upcoding bedeutet eine falsche, das heißt eine zu hohe Eingruppierung eines Patienten, um höhere Erlöse zu erzielen. Im Prinzip werden also die Patient*innen kränker gemacht, als sie sind.

Milton Friedman und Friedrich von Hajek sind die personifizierten Flaggschiffe dieser Theorien, beide geadelt mit dem Nobelpreis für Wirtschaft und damit quasi offiziell in den Stand der Unkritisierbarkeit emporgehoben. Von Milton Friedman (1970) stammt die Aussage: „Die einzige soziale Aufgabe des Unternehmers ist es, Profite zu machen." Ihre Bedeutung geht jedoch weit über die Wirtschaftswissenschaften hinaus. Sie haben eine Gesellschaftstheorie entworfen, die nichts anderes als menschenverachtend ist. Politisch angewandt wurde sie erstmals von Maggie Thatcher und Ronald Reagan. Die Schule von M. Friedman (die „Chicago Boys") tat sich besonders bei der Stabilisierung und Unterstützung des Diktators Pinochet in Chile hervor.

Eine weitere Grundthese des Neoliberalismus ist, dass der Eigennutz die entscheidende Triebkraft des Menschen ist: „Es gibt etwas, worauf Du Dich bei jedem verlassen kannst. Du kannst Dich darauf verlassen, dass er sein Interesse über Deines stellt." (Friedman 1991: 7) Richtig ist: Menschen können sich eigennützig verhalten und ihren Vorteil über alles andere stellen. Menschen verhalten sich aber auch genau gegenteilig. Jeder weiß aus seinem unmittelbaren Lebensbereich, dass Menschen in ihren Gemeinschaften (Familie, Beziehungen, Nachbarschaft) und als Arbeitskolleg*innen sehr wohl uneigennützig, solidarisch handeln. Wie sich Menschen verhalten, hängt entscheidend von den jeweiligen Verhältnissen ab. Behandle Menschen schlecht und setze sie existenziellen Gefahren aus, dann werden sie sich entsprechend verhalten, dann werden sie – auch gegen andere – ums Überleben kämpfen. Deswegen sind sie aber noch lange keine Tiere.

Das Perfide ist: Diese Vertreter einer neuen Form des Sozialdarwinismus fordern und produzieren die Verhältnisse, die das erzeugen, was ihre Theorien den Menschen als Wesenszug unterstellen. Dies ist eine klassische sich selbst erfüllende Prophezeiung. Sozialer Schutz wird abgebaut, die Konkurrenz „Jeder gegen Jeden" wird maximiert, und dann kann man triumphierend feststellen, dass die Menschen ihre Ellenbogen benutzen und sich nicht wie Lämmer zur Schlachtbank führen lassen. Weiter führt Friedman in der oben zitierten Schrift aus, dass der Grund, warum staatliche Eingriffe in die Wirtschaft falsch seien, darin liegt, dass bei jedem privaten Unternehmer der Endpunkt der Aktivitäten die jeweils eigenen Mittel sind. Nicht so beim Staat: Er bekomme ja Steuergelder und so würden Programme (etwa zur Drogenbekämpfung), die nichts gebracht hätten, einfach weitergeführt. Und so sei der Staat selbst daran schuld, dass die Gefängnisse überfüllt und die Innenstädte nicht mehr bewohnbar seien.

Dass Verbrechen durch soziales Elend erzeugt werden, welches gerade systematisch produziert wird, und dass es einer Sisyphusarbeit der Einrichtungen der Daseinsvorsorge gleicht, hiergegen anzugehen, wird aufgelöst in der Behauptung

„institutioneller Verantwortungslosigkeit“ und in der Plattheit, dass man fremdes Geld leicht verschwenden kann. Die wirklichen Verantwortlichkeiten bleiben außen vor. Unter Freiheit versteht der Neoliberalismus im Wesentlichen die Freiheit von staatlicher Bevormundung (natürlich nicht für Arbeitsscheue usw.) und die Freiheit, Privateigentum zu erwerben und ohne regulierende Eingriffe den eigenen Profit zu mehren. Die andere Freiheit, nämlich die Freiheit von Besitz, also die Armut, muss ebenfalls unangetastet bleiben. Jede Maßnahme hiergegen würde ja einen ungerechtfertigten Eingriff in die Freiheit der Besitzenden darstellen. Überhaupt bedeute jede staatliche Regulation eine Diskriminierung derjenigen, die nicht begünstigt werden: „Tatsächlich ist es ein Hauptziel des Liberalismus, die ethischen Probleme dem Individuum zu überlassen, damit es mit diesen Problemen allein fertig werden kann.“ (Friedman 2004: 35) Hierher gehören dann auch die Appelle an den Bürgersinn, an die Stärkung des Ehrenamts. Almosen verteilen, anstatt soziale Rechte zu verwirklichen, Ersatz von professioneller Hilfe durch kostenlose Laienarbeit.

Da sich in allen Demokratien Elemente sozialer Gerechtigkeit entwickelt haben, fragt sich Hayek, woher das kommt. Ursache sei die „unbeschränkte Demokratie“, denn sie „artet notwendig zum Egalitarismus aus“ (Hayek 1977: 14). Hayek fordert deshalb, dass die Kompetenzen des Parlaments eingeschränkt werden müssen, damit sie „nicht von den schwankenden Moden und Leidenschaften einer wandelbaren Masse abhängig sind“ und so eine „totalitäre Demokratie“ (ebd.: 18 u. 22) entstehe.

Milton Friedman assistiert diesen Vorstellungen mit der These, dass es eine Tendenz der „demokratischen Majorität“ gäbe, die freie Marktwirtschaft einzuschränken, und dass deswegen ein beständiger Kampf gegen diese Anmaßungen, notwendig sei. (Friedman 2004: 38) Diese Argumentationsfigur ist in doppelte Weise interessant. So kann man ständig darauf hinweisen, dass Fehlentwicklungen nicht Folge der freien Marktwirtschaft sind, sondern jeweils Folge der falschen Einmischung der Politik und des Staates seien, die noch nicht weitgehend genug zurückgedrängt seien – nach dem Prinzip: „Die neoliberale Dosis war noch nicht ausreichend.“

Die Freiheit, die uns der Neoliberalismus andient, ist nicht sehr attraktiv. Sie ist allein negative Freiheit, das heißt, sie besteht allein in der Abwesenheit von Zwang. Zwang besteht laut Neoliberalismus aber nur, soweit seine Ausübung persönlich beabsichtigt ist. Er kann nie Eigenschaft eines gesellschaftlichen Systems oder sozialer Verhältnisse sein. Was damit gemeint ist, wird in folgender Bemerkung Hajeks über die Lage eines Arbeitssuchenden nur zu deutlich:

> Auch wenn ihn selbst und vielleicht seine Familie die Gefahr des Hungers bedroht und ihn „zwingt", eine ihm widerwärtige Beschäftigung für einen sehr geringen Lohn anzunehmen und er der „Gnade" des einzigen Menschen ausgeliefert ist, der bereit ist, ihn zu beschäftigen, so ist er doch weder von diesem noch von irgendjemand anderem in unserem Sinne gezwungen. Solange die Handlung, die seine Schwierigkeiten verursacht hat, nicht bezweckte, ihn zu bestimmten Handlungen und Unterlassungen zu zwingen, solange die Absicht der Handlung, die ihn schädigt, nicht ist, ihn in den Dienst der Ziele eines anderen zu stellen, ist ihre Wirkung auf seine Freiheit keine andere als die einer Naturkatastrophe, eines Feuers oder einer Überschwemmung, die sein Heim zerstört, oder eines Unfalls, der seine Gesundheit schädigt. (Hayek 1971: 176)

Das Privateigentum als Naturgewalt und die Arbeitslosigkeit als Naturkatastrophe – so einfach kann die Welt sein. Eine wirkliche Demokratie, gestützt auf informierte und lernbereite Menschen, die selbst ihr Geschick bewusst und planvoll als Kollektiv gestalten, um ihre Lebenslage den entwickelten technischen und ökonomischen Möglichkeiten entsprechend zu verbessern, ist vom Neoliberalismus nicht vorgesehen. Besondere Zielscheibe der Neoliberalen sind neben dem Staat vor allem die Gewerkschaften.

> Monopolistische Praktiken, die heute das Funktionieren des Marktes bedrohen, sind seitens der Arbeiter viel gravierender als seitens der Unternehmer, und ob es uns gelingt, diese wieder zu beschränken, wird für die Erhaltung der Marktordnung entscheidender sein als irgendetwas sonst. (Hayek 1969: 125)

Auch die Umdefinition der uralten Forderung der Arbeiterbewegung nach sozialer Gleichheit, also Gleichheit im Ergebnis, in „Chancengleichheit" gehört zu den Meisterleistungen des Neoliberalismus. „Gerechtigkeit (nur noch) als Fairness" – genau so ist eine der Hauptarbeiten eines anderen neoliberalen Philosophen, John Rawls, überschrieben. Ganz abgesehen davon, dass es in dieser Gesellschaft schon von den ökonomischen Ausgangsbedingungen her keine Chancengleichheit gibt, bedeutet verwirklichte Chancengleichheit in einem Wettbewerbssystem aber grundsätzlich, dass Gewinner und Verlierer produziert werden. Es mag zwar richtig sein, dass es für ein einzelnes Individuum nicht unmöglich ist, Gewinner zu sein (vom Tellerwäscher zum Millionär). Genau so richtig ist aber auch, dass gesellschaftlich gesehen nicht alle Gewinner sein, nicht alle Unternehmer werden können und dass schon der zweite Gewinner im harten Konkurrenzkampf der Verlierer ist. In diesem Gesellschaftssystem gehören in einem unauflösbaren Verhältnis die Gewinner und die Verlierer zusammen, genauso wie die Millionäre und die Tellerwäscher. Die einen sind ohne die anderen nicht denkbar. Die Aufhebung des einen hebt den anderen auf.

3.1.3 Die Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, später Sachverständigenrat für die wirtschaftliche Entwicklung im Gesundheitswesen und heute Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege, wurde erstmals im Dezember 1985 berufen. Seine Aufgabe ist es, gemäß § 142 SGB 5 in der damaligen Fassung „die Konzertierte Aktion bei der Erfüllung ihrer Aufgaben" zu unterstützen.[4] Das erste Gutachten legte der SVR im Jahr 1987 vor.

Jahresgutachten 1987

Die prospektiven Budgets, Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie insbesondere die DRGs sah der Rat anfangs sehr kritisch:

> Die Vorauskalkulation eines Budgets verlangt die Vorausberechnung der Zahl der Pflegetage hier können morbiditätsbedingte Abweichungen unerwartet eintreten. Das Krankenhaus erhält hierdurch verursachte Mehrkosten in Zukunft nur zum Teil erstattet. Es können von diesem System auch zukünftig unerwünschte Anreize ausgehen etwa im Sinne erhöhter kalkulierter Budgets, um Risiken zu vermeiden oder die nunmehr zulässigen Gewinne zu erzielen. Die Vereinbarung von Sonderentgelten, diagnosebezogenen Fallpauschalen, Komplexgebühren etc. ist zukünftig möglich. Zum Teil wird davon bereits heute Gebrauch gemacht (Leukämiebehandlung, Transplantationen, Herzoperationen). Von diesen Sondervereinbarungen sind bislang keine kostendämpfenden Effekte ausgegangen, weil sie ausschließlich der Abgeltung extrem hoher Behandlungskosten dienten. Es wurde und wird lebhaft diskutiert, ob nicht für alle Patienten Diagnose oder therapieabhängige Fallpauschalen nach Art der Diagnosis Related Groups (DRG) in den USA vereinbart werden sollten. Abgesehen von der fehlenden Datenbasis in der Bundesrepublik sind vor und Nachteile dieses Verfahrens abzuwägen. Nachteilig ist, dass bei zunehmender Multimorbidität und einer zunehmenden Zahl von Risikopatienten (Alterspatienten) die aus Durchschnittserfahrungen abgeleiteten diagnose- oder therapieabhängigen Fallpauschalen die tatsächlich anfallenden Kosten im Einzelfall nicht abdecken können. Es kann dann zu Entlassung und Wiedereinweisung (unter anderer Diagnose) kommen, was medizinische und ökonomische Nachteile aufweist. Bei einem Fazit der gegenwärtig geschaffenen Anreize muss man zu der Schlussfolgerung kommen, dass die weitere Entwicklung mit hohen Unsicherheiten, ja Risiken behaftet ist, denn eindeutige Wirkungen der geschilderten Anreize sind nicht vorhersehbar. Es ist eine hohe Variabilität von Vereinbarungen und Wirkungen denkbar und insbesondere nicht genau vorhersehbar, in welche Richtung die neu gesetzten Anreize wirksam sein werden. (Sachverständigenrat 1987: 101 f.)

4 Bundesgesetzblatt 988, S. 2519.

Wie zukünftig finanziert werden sollte, blieb unklar. Andererseits sprach sich der Rat klar gegen die Selbstkostendeckung, für die monistische Finanzierung und gegen den Kontrahierungszwang aus:

> [...] die Finanzierungsmodalitäten (Trennung von Investitions- und Betriebskosten, Selbstkostendeckungsprinzip, kostengleiche Pflegetage) haben eine bedarfsgerechte Vorhaltung von stationären Versorgungseinrichtungen verhindert. [...] Auf lange Sicht sollte allerdings von der dualen Finanzierung Abstand genommen werden und die Finanzierung des stationären Bereichs aus einer Hand erfolgen. [...] Notwendig ist es, die Kassen von der Verpflichtung zu befreien, mit jedem im Krankenhausbedarfsplan vertretenen Krankenhaus Verträge zur Sicherstellung der Krankenhauspflege abzuschließen. (Ebd.: 153 f.)

Die „Verhinderung der bedarfsgerechten Vorhaltung" durch die duale Finanzierung meinte nicht etwa, dass zu wenig Gelder flossen, sondern dass es zu viele Krankenhäuser und Betten gab, weil die Krankenkassen nicht über die Investitionen entscheiden konnten.

Jahresgutachten 1988

Relativ deutlich benannte der Rat die Ziele der Umstellung der Finanzierungsart, nämlich Bettenabbau, und verwies auf die immensen Möglichkeiten, die eine detaillierte Kosten- und Leistungsrechnung (damals „nur" auf Stationsebene gefordert, später auf Patientenebene) im Rahmen des Benchmarkings böten, um systematisch Druck auf die Beschäftigten auszuüben. Die Verknüpfung der Kosten- und Leistungsrechnung mit der Entwicklung von Behandlungsstandards lässt ebenfalls tief blicken – offensichtlich ging es um Standards, die niedrige Kosten verursachen:

> Der Abbau von Akutbetten und die wünschenswerte Umstrukturierung des Versorgungsangebotes wird nur unter Druck und bei entsprechenden wirtschaftlichen Anreizen erfolgen, wie sie im vorigen Gutachten vorgeschlagen wurden. (Sachverständigenrat 1988: 160)

> Der Rat schlägt vor, stationsbezogene Kostenstellenrechnungen durchzuführen, dabei aufgedeckte Unterschiede im Versorgungsaufwand einer kritischen Analyse zu unterziehen und krankenhausbetriebliche Behandlungsstandards zu entwickeln. (Ebd.: 187)

Jahresgutachten 1989

Mit diesem Gutachten folgte dann die völlige Kehrtwende in den grundsätzlichen Positionen – beachtlich innerhalb von zwei Jahren:

> Stationäre Leistungen sollten grundsätzlich mit fallbezogenen Pauschalen vergütet werden. Dadurch wird sichergestellt, dass wenig Anreiz zur Erbringung nicht

> notwendiger Leistungen besteht. Kriterien dafür, wie die fallbezogenen Pauschalen gefunden werden sollen, müssen noch erarbeitet werden. Fallbezogenen Pauschalvergütungssysteme haben unter Umständen medizinisch problematische und für die betroffenen Patienten gesundheitsschädliche Auswirkungen. So können zum Beispiel übermäßige Verweildauerverkürzungen die Versorgungsqualität im Einzelfall beeinträchtigen. Diese unerwünschten Auswirkungen sollen durch Differenzierungen des Vergütungssystems vermieden werden. (Sachverständigenrat 1989: 114)

Auch über die Überwindung von Widerständen bei der Umsetzung machte sich der Rat Gedanken, denen die jeweiligen Regierungen im Weiteren gern folgten:

> Die Entwicklung des vorgeschlagenen Versorgung- und Vergütungssystems muss zunächst unter entsprechend veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen durch passende Anreize auf Seiten der Leistungserbringer und der Versicherten gefördert werden. Ideal wäre es, sie zunächst als Alternative zu der bestehenden aufzubauen. So wäre zum einen ein leistungssteigernder Wettbewerb möglich, zum anderen werden die Widerstände und praktischen Schwierigkeiten, die bei einer schlagartigen Umstellung des ganzen Systems auftreten würden in Grenzen zu halten.(Ebd.: 107)

Erstmals erwähnte der Rat neben den von ihm empfohlenen freien Verhandlungen zwischen Krankenhäuser und Kassen auch Ausschreibungsverfahren als gleichwertige Alternative, was den Preisdruck auf die Krankenhäuser nochmals deutlich erhöht hätte und Marktpreisen noch ähnlicher gewesen wäre:

> Beim Ausschreibungssystem würde die Kasse entweder den Preis festsetzen [...] oder die Menge. Die Krankenhäuser einer Region müssen erklären, ob sie bereit sind, zu den angebotenen Konditionen die Versorgung zu garantieren. (Ebd.: 114)

Jahresgutachten 1990/1991

Die Jahresgutachten 1990 und 1991brachten keine wesentlichen neuen Erkenntnisse und Vorschläge. Die Empfehlungen der vergangenen Jahre wurden wiederholt. Im Gutachten 1991 wurde sich äußerst kritisch mit der Sinnhaftigkeit von internationalen und nationalen Wirtschaftlichkeitsvergleichen auseinandergesetzt:

> Dem nationalen Vergleich von Krankenhäusern untereinander sind durch ihre unterschiedliche Größe, ein unterschiedliches Fächerspektrum, unterschiedliche Betriebsstrukturen, unterschiedliche Fallzahlen und das häufige Fehlen von Behandlungsstandards Grenzen gesetzt. Berücksichtigt werden müssten unter anderem auch die Qualität und Kapazitäten ambulanter Versorgungseinrichtungen sowie patientenbezogene Daten wie das Alter und das sozio-ökonomische Umfeld der Patienten (z. B. ländlich/städtisch, alleinstehend/Familie, wirtschaftliche Lage). Eine solche der Sache nach wünschenswerte genaue Differenzierung der Fälle unter zusätzlicher Berücksichtigung von Komplikationen und der Multimorbidität ist praktisch unmöglich: Die Wirklichkeit ist zu kompliziert. Um dennoch zu einem Urteil über die Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern zu kommen und Wege

> zu ihrer Verbesserung zu finden, sind Vereinfachungen erforderlich und ist nach geeigneten Indikatoren zu suchen, so dass z. B. der Abbau von Akutbetten oder die Kündigung von Versorgungsaufträgen rational begründet werden kann. (Sachverständigenrat 1990/1991: 61 f.)

Die Schwierigkeiten solcher Vergleiche wurden zwar bedauert, jedoch zumindest offengelegt. Der Rat möchte, dass an dieser Problematik verstärkt gearbeitet wird, damit dann ein solches Benchmarking doch noch zur Durchsetzung der weiteren Ökonomisierung eingesetzt werden kann. In den aktuellen Diskussionen, in denen das nationale und internationale Benchmarking ständig als Allzweckwaffe zur Durchsetzung politischer Abbauziele eingesetzt wird, vermisst man die Benennung des Apfel-Birnen-Problems völlig.[5]

Jahresgutachten 1992

Im Gutachten von 1992 kam es nochmals zu einer Radikalisierung der Forderungen nach marktwirtschaftlicher Steuerung. Eine möglichst enge Annäherung an rein marktwirtschaftliche Verfahren der Preisfindung wurde zum erstrebenswerten Ziel. Die Zurückhaltung, die auch in Gutachterkreisen noch zehn Jahre vorher geherrscht hatte (Bekenntnis zur öffentlichen Aufgabe und zur Bedarfswirtschaftlichkeit; s. o.), wurde völlig aufgegeben. Markt war Trumpf:

> Im Wettbewerbsprozess erfolgt eine Bewertung der Leistungseinheiten über Angebot und Nachfrage, was letztlich nichts anderes ist als eine Bewertung nach relativen Knappheiten. Im Krankenhaussektor sind wettbewerbliche Verfahren dieser Art nur insoweit zulässig, als sie sicherstellen, dass nach wie vor für jeden Patienten – unabhängig von seinem Versicherungsstatus – im Krankheitsfall eine bedarfsadäquate Versorgung gewährleistet ist. Den Wettbewerbspreisen am nächsten kommen Preise, die über Ausschreibungen ermittelt werden. Der Rat hat auch hier im Jahresgutachten 1989 [...] Stellung genommen. Ausschreibungsverfahren sind im öffentlichen wie im privaten Bereich ein häufig eingesetztes Mittel zur Ermittlung von leistungsfähigen und wirtschaftlichen Anbietern, soweit individueller Bedarf oder nicht marktlich organisierte Angebotsbereiche betroffen sind. (Sachverständigenrat 1992: 90)

Die Ausschreibungsverfahren bezogen sich nicht nur auf die Höhe der Preise, sondern auch auf die Zahl der Behandlungen. Das ist weitergehend als im Gutachten 1989. Den Kassen wäre damit die Möglichkeit gegeben worden, auch die Fallmengen zu bestimmen – mit der Konsequenz, dass weitere Behandlungen

---

5 Insbesondere Prof. Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin tut sich hier besonders hervor. Er ist Co-Direktor des European Observatory on Health Systems and Policies, dessen Spezialität solche Vergleiche sind.

nicht bezahlt worden wären. Damit wäre das Morbiditätsrisiko[6] von den Kassen auf die Krankenhäuser übergegangen. Die Krankenhäuser hätten also nicht nur um den niedrigsten Preis, sondern auch um die Menge der Fälle, die sie behandeln dürfen, konkurrieren müssen. Das hätte die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander massiv verstärkt und die Macht der Kassen nochmals erhöht.[7] Für die Patienten hätte dies bei Erreichen der Obergrenzen bedeuten, dass sie unterversorgt gewesen wären (Wartezeiten bis in den nächsten Abrechnungszeitraum oder Verschieben in andere Krankenhäuser oder Versorgungsbereiche).

3.1.4 Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Im Juni 1992 – kurz vor Beginn des parlamentarischen Verfahrens zum GSG – übereichte die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG)[8] beauftragte Expertengruppe ihre Empfehlungen. Vorsitzender war der sehr rührige Prof. Günter Neubauer, Leiter des Fachbereichs Wirtschafts- und Organisationswissenschaften an der Universität der Bundeswehr in München, der bereits federführend in der Kommission der Robert Bosch Stiftung (s. o.) tätig war. Neben der Umstellung auf die Monistik („Übernahme dieser Investitionskosten durch die Krankenkassen bei gleichzeitiger Entlastung in gleicher Höhe von versicherungsfremden Aufgaben durch die Länder [Beitragssatzneutralität!]") forderten die Expert*innen unter der Überschrift „Neue Strukturen für Krankenhausleitung und Krankenhausbetriebsführung" folgende Änderungen:

- Zulassung und Nutzung moderner Rechts- und Betriebsformen,
- Stärkung der wirtschaftlichen Autonomie der Krankenhausleitung,
- Schaffung eindeutiger Führungsstrukturen,
- Schaffung interner Anreizsysteme (Bonussysteme, Delegation von Verantwortung),
- generelle Einführung der internen Budgetierung auf Abteilungs-/Funktionsstellenebene. [9]

---

6 Morbiditätsrisiko ist das Risiko, dass mehr Menschen erkranken.

7 Déjà-vu: Solche Ausschreibungsverfahren (bei festgelegten DRG-Preisen) werden gerade im Rahmen des neuen Krankenhausplans 2022 in Nordrhein-Westfalen eingeführt. Sie sind ein Leitbild für die Lauterbach'sche Gesundheitsreform.

8 Zwischenzeitlich war das 1991 neugegründete Bundesministerium für Gesundheit zuständig. Die Beauftragung erfolgte durch die Ministerin Gerda Hasselfeldt, die nur von Januar 1991 bis Mai 1992 im Amt war. Die Expertise wurde dann vom neuen Gesundheitsminister Horst Seehofer entgegengenommen.

9 Expertise im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit, zitiert nach Redaktionsbeilage *krankenhaus umschau* 8/92.

Umwandlung in GmbHs und damit die Möglichkeit zur Privatisierung, Einzug von Managern, Bonussysteme und vor allem die interne Budgetierung sind wichtige Voraussetzungen, um innerhalb eines Betriebes die Beschäftigten in Konkurrenz zu stellen und Rationalisierungsziele durchzusetzen. Insofern sind sie für die Vermarktwirtschaftlichung der Krankenhäuser unerlässliche Begleitnotwendigkeiten zur Preisbildung. Das Krankenhaus sollte ein Wirtschaftsbetrieb werden. Zur Finanzierung selbst führen die Experten als „Kurzfristige Reformschritte/Reform 1995" aus:

- Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips und Zulassung von Überschüssen und Defiziten,
- Bildung von Abteilungsbudgets, die nicht einzeln zu verhandeln sind,
- Abrechnung von standardisierten Sonderentgelten oder standardisierten diagnosebezogenen Behandlungsfällen (...),
- Bestimmung der Entgelthöhe auf dem Verhandlungsweg, [...]
- Stärkung der Vertragsfreiheit der Krankenkassen [...]

„Mittel- und langfristig Reformschritte" sind:

- Einführung von fallbezogenen Vergütungen für alle Fachgebiete,
- Finanzierung des Investitionsbedarfs über Preise,
- Vertragsfreiheit auch für Krankenhäuser.[10]

3.1.5 Die Position von Professor Peter Oberender[11]

Ein weiterer Lehrstuhlinhaber, Prof. Peter Oberender, Ordinarius für Volkswirtschaftslehre an der Universität Bayreuth, machte sich in einem Artikel im unter dem Titel „Strukturreform der GKV: Eine unumgängliche Notwendigkeit" ebenfalls für eine möglichst radikale Umgestaltung der Finanzierung der Krankenhäuser stark:

> Ein besonderes Augenmerk muß auf den Krankenhausbereich gelegt werden. Nur wenn es gelingt, auch in diesem Bereich marktadäquate, d. h. freiheitsadäquate Lösungen zu finden, wird das GKV-System in Deutschland genesen. Im Krankenhausbereich ist es deshalb unerläßlich, die staatliche Krankenhausbedarfsplanung aufzulösen. Es muß die Vertragsautonomie von Krankenhaus und Krankenkasse gestärkt werden, indem adäquate Anreize geschaffen werden, die wirtschaftliches Verhalten belohnen und Verschwendung bestrafen.

---

10 Ebd.

11 Näheres zur Person und zu seinen Positionen siehe unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Peter_Oberender.

> Verhandlungen sind auf unterster Ebene zu führen, d. h., es werden freie und dezentrale Preisverhandlungen gefordert, die sich nicht an Kosten orientieren, sondern – wie das im ökonomischen Bereich immer der Fall ist – am Kriterium der Knappheit. Das impliziert, daß das gegenwärtige Kostenerstattungsprinzip (Selbstkostendeckungsprinzip) abgeschafft werden muß. Es müssen das Preis- und das Gewinnprinzip das Handeln aller Beteiligten auch im Krankenhausbereich dominieren.
> Die bestehende Kontrahierungspflicht zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern muß auch abgeschafft werden, um so den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, nach eigenem Ermessen, d. h. unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten, mit den Krankenhäusern Verträge abzuschließen. Das gegenwärtig bestehende duale Finanzierungssystem muß durch eine monistische Finanzierung abgelöst werden, um damit das Verbundprinzip wiederherzustellen. (Oberender 1992: 286-278)

Markt ist also Freiheit. Es ist diese Art von Freiheit, von der schon Rousseau geschrieben hat: „Zwischen dem Schwachen und dem Starken ist es die Freiheit, die unterdrückt und das Gesetz, das befreit." Nicht eine gesundheitliche gute Versorgung aller, auch der Armen, Alten und Schwachen, steht im Zentrum, sondern die Möglichkeit, über Marktmechanismen Gewinne zu erzielen – genau das, was man in der Daseinsvorsorge nicht braucht.

3.2 Die Gesetzesvorgeschichte

3.2.1 Das gesundheitspolitische Gesamtkonzept des Bundesarbeitsministers

Bereits im April 1985 legte Bundesarbeitsminister Blüm auf Verlangen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen ein „Gesundheitspolitisches Gesamtkonzept" in zehn Grundsätzen vor. Der im Zusammenhang mit dieser Studie interessierende Grundsatz lautete: „Mehr Wettbewerb." Unter dieser Überschrift wurde Folgendes ausgeführt:

> In der sozialen Marktwirtschaft ist der Preiswettbewerb der zentrale Ansatz für wirtschaftliches Handeln. Aufgrund der Besonderheiten im Gesundheitswesen ist es aber nicht möglich, zu einer rein marktwirtschaftlichen Steuerung überzugehen. Preiswettbewerb kann aber verstärkt vorgesehen werden, wo er nicht mit gesundheitspolitischen Nachteilen verbunden ist, z. B. auf dem Arzneimittelmarkt, im Gesundheitshandwerk (Brillen, Hörgeräte, Zahntechnik, Orthopädietechnik). Ferner sollten auf der Angebotsseite neue Leistungsformen erprobt werden, um den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu verstärken und den Innovationsdruck in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen. (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1985: 2)

Noch immer zahm formuliert, wurde die mit dem KHNG eingeschlagene Generallinie also bestätigt. Sie bedurfte allerdings noch der weiteren Ausgestaltung und Radikalisierung.

3.2.2 *Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhausneuordnung 1984*[12]

Im März 1989 hatte Bundesarbeitsminister Blüm der Bunderegierung einen Erfahrungsbericht über das neue Krankenhausrecht vorgelegt, in dem auch Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems der Krankenhäuser enthalten waren. Die zwei im Arbeitsministerium für wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser Verantwortlichen – Eberhard Luithlen und Karl Heinz Tuschen stellten diese Vorschläge in der Zeitschrift *das Krankenhaus* vor. Einleitend stellten sie fest, dass von den alternativen Vergütungsformen, die mit dem KHNG ermöglicht wurden, nur fünf Prozent der Gesamtkosten abgerechnet wurden (Luithlen/Tuschen 1989: 151). Das war natürlich eine ernüchternde Bilanz. Deshalb musste gehandelt werden:

> Der BMA [Bundesminister für Arbeit] macht in seinem Bericht den Vorschlag, in einem ersten Schritt den Katalog der Sonderentgelte um etwa 50 bis 60 Leistungen, insbesondere aus chirurgischen Fächern, zu erweitern und verbindlich zur Abrechnung vorzuschreiben. Der Einstieg über chirurgische Leistungen ist beabsichtigt, weil diese leichter abgrenzbar sind als die Leistungen anderer Fachbereiche. Um Mengenausweitungen zu vermeiden, sollten grundsätzlich nur solche Leistungen berücksichtigt werden, die sich nicht beliebig vermehren lassen. Ziel muß nach Auffassung der Autoren ein Katalog von Sonderentgelten sein, der zu diagnosebezogenen Fallpauschalen weiterentwickelt werden kann. [...]
> Vor diesem Hintergrund stellt der BMA folgenden Vorschlag zur Diskussion:
> – Es wird ein bundeseinheitlicher Katalog von Sonderentgelten aufgestellt. Die darin aufgenommenen Leistungen werden mit Punktzahlen gewichtet, die – nach dem Vorbild der ärztlichen Gebührenordnung die unterschiedliche Kostenintensität der Leistungen untereinander festlegen (Bewertungsrelationen)
> – Eine Bewertung der Leistungen und damit die Festlegung der Entgelthöhe wird durch die Vereinbarung eines, ggf. regional unterschiedlichen Punktwertes erreicht. Die Verhandlungen über die Höhe aller Sonderentgelte würde sich damit auf die Vereinbarung des jeweiligen, regionalen oder landesweiten Punktwertes reduzieren. (Ebd.: 155 f.)

Das waren zwar nicht die hochfliegenden, marktradikalen Pläne der Gesundheitsökonomen wie Neubauer und Oberender, aber das Ministerium ging Schritt für Schritt in die von ihnen vorgeschlagene Richtung.

---

12 Der Erfahrungsbericht selbst konnte trotz Anfragen bei den entsprechenden Ministerien und beim Bundesarchiv nicht hinzugezogen werden.

3.2.3 Das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988

1988 wurde mit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG)[13] die Pflicht der Krankenhäuser, jährlich statistische Daten vorzulegen (§ 28 KHG), deutlich ausgeweitet:

Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

1. Art des Krankenhauses und der Trägerschaft
2. Im Krankenhaus tätige Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Aus- und Weiterbildung
3. Sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten des Krankenhauses
4. Kosten nach Kostenarten
5. In Anspruch genommene stationäre und ambulante Leistungen
6. Patienten nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Erkrankungen nach Hauptdiagnosen
7. Ausbildungsstätten am Krankenhaus.[14]

Es ist unschwer zu erkennen, dass hier alle notwendigen Informationen gesammelt wurden, um eine umfassende Kosten- und Leistungsrechnung durchführen zu können: Kostenstellen, Kostenarten, Kostenträger (Patient*innen) – eine weitere vorbereitende Maßnahme zur Einführung von Preisen. Preislisten zum wettbewerblichen Vergleich der Krankenhäuser sollten die geforderten Informationen abrunden: Die gesetzlichen Kassen wurden verpflichtet, „ein Verzeichnis der Leistungen und Entgelte für die Krankenhausbehandlung in den zugelassenen Krankenhäusern im Land oder in einer Region" aufzustellen und es der Entwicklung anzupassen (§ 39 Abs. 3 SGB 5).[15]

Ebenfalls mit dem GRG wurden die Kündigungsmöglichkeiten der Kassen gegenüber Plankrankenhäusern eingeführt. Ab jetzt konnten auch Plankrankenhäuser gekündigt werden, wenn sie „nicht nur vorübergehend" unwirtschaftlich arbeiteten. Allerdings musste das Land zustimmen. Die Neuregelung zeigte keinen durchschlagenden Erfolg und war noch weit von der gewünschten Vertragsfreiheit entfernt (Deutscher Bundestag 1990).

3.2.4 Erklärung der Bundesregierung zu den Erfolgen der Gesundheitsreform

Die Bundesregierung gab am 18. Januar 1990 eine Erklärung zum GRG ab (ebd.). Der zuständige Minister Blüm versuchte, das GRG als Erfolg darzustellen und

13 Mit dem GRG wurden die Teile der Reichsversicherungsordnung zur Gesetzlichen Krankenversicherung in das neue SGB 5 ausgelagert. Weitere wesentliche Inhalte des GRG bezogen sich auf Leistungskürzungen für die Mitglieder der gesetzlichen Kassen. Es wurden nur wenige Bestimmungen zur Finanzierung der Krankenhäuser verändert.

14 Bundesgesetzblatt 1988, Nr. 62, S. 2578.

15 Ebd., S. 2493.

die Leistungskürzungen zu verharmlosen. Die Änderungen in Bezug auf die Krankenhäuser erwähnte er nicht, außer: „Gewinner sind die Krankenkassen. [...] Das entspricht unserer Philosophie: Nicht alles durch den Staat." (Ebd.: 14476) Zu dieser Erklärung brachte die SPD einen Entschließungsantrag ein, der die Leistungskürzungen kritisierte, aber vor allem deutliche Konturen dessen enthielt, was die SPD in Richtung auf das GSG vorschlug:

> Die Erfüllung der Bedarfsplanung obliegt den Krankenkassen. Sie sichern sich vertraglich (z. B. durch Ausschreibungen) aus dem regionalen Gesamtangebot des ambulanten und stationären Bereichs den Teil, den der Bedarfsplan vorsieht (Einkaufsmodell) und erstellen gemeinsam mit den Leistungserbringern Regeln zur Sicherung der Leistungs- und Kostentransparenz. [...]
> Preise, Honorare und Pflegesätze werden grundsätzlich auf dem Verhandlungswege gemeinsam von den Krankenkassen und den jeweiligen Leistungserbringern in der Region festgelegt. [...]
> Preise, Honorare und Pflegesätze werden so verändert, daß von ihnen Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten ausgehen. [...] In der stationären Versorgung werden degressive Pflegesätze, gestufte Pflegesätze oder ebenfalls diagnoseabhängige Fallpauschalen erprobt. (BT-Drs. 11/6240 1990: 4 f.)

Der Antrag enthielt zwar auch sinnvolle Vorschläge (regionale Bedarfsplanung, Gesundheitskonferenzen, Übergang des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Regionen), bei der Krankenhausfinanzierung sprang die SPD damit aber vollständig auf den fahrenden Zug Richtung Markt auf. Die große Koalition in dieser Frage („Kompromiss von Lahnstein", s. u.) deutete sich schon hier an.

3.2.5 Das Strategiepapier des Bundesministeriums für Gesundheit von 1992

Im April 1992 berichtete die Zeitschrift *führen & wirtschaften* über ein Strategiepapier des 1991 neugegründeten Bundesministeriums für Gesundheit unter Gerda Hasselfeldt (CSU). Da der ab Mai 1992 zuständige neue Minister Seehofer auch CSU-Mitglied ist, dürfte ihm das Papier nicht unbekannt gewesen sein. Schon bevor er Bundesgesundheitsminister wurde leitete er eine Koalitionskommission zur Vorbereitung des geplanten GSG. Kernpunkte dieses Strategiepapiers in Bezug auf die Krankenhausfinanzierung waren:

> Mehr Wirtschaftlichkeitsanreize
> – Die in der BPflV enthaltenen Kann-Vorschriften in § 4 sollen stringenter gefaßt und ‚schiedsstellenfähig' gemacht werden (auch im Blick auf angemessene Gewinnschonfristen – Abs. 5 –).

- Der Erlösausgleich nach § 4 Abs. 1 sollte um die Kriterien Fallzahl und Verweildauer erweitert werden.
- Der tagesbezogene Pflegesatz soll im operativen Bereich durch Sonderentgelte abgelöst werden.
- Daneben sind Abteilungs- und Basispflegesätze zu vereinbaren.
- Auch im Krankenhaus sind leistungsbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzunehmen.

Das Kündigungsrecht der Kassen sollte verstärkt werden durch eine „Genehmigungsfiktion" nach Ablauf von sechs Monaten nach der Antragstellung.
Die Chefärzte sollen in die wirtschaftliche Verantwortung eingebunden werden durch ein Bonus-Malus-System bei den Wahlleistungen.
Durch die Freigabe der Rechtsform kommunaler Krankenhäuser sollte die Entscheidungskompetenz des Krankenhausmanagements vergrößert werden mit dem Ziel einer höheren Wirtschaftlichkeit.
Änderungen in der Investitionsförderung durch eine Modifizierung des dualen Systems durch Finanzierung der kurzfristigen Anlagegüter über den Pflegesatz, in Verbindung mit einer Verpflichtung der Länder, die Einsparungen in den Länderhaushalten zur Finanzierung der Umstrukturierung von Akutbetten in Reha- und Pflegebetten einzusetzen. (Bundesministerium für Gesundheit 1992: 158)

Auch hier herrschte ein pragmatischer Ansatz vor. Wert wurde auch auf die Rahmenbedingungen (Chefärzte, Rechtsformen) gelegt. Die Schritte in Richtung Marktwirtschaft waren klein, aber Kleinvieh macht bekanntlich auch Mist.

3.3 Das parlamentarische Verfahren

3.3.1 Anträge der Bundesregierung

Im September 1992 legte die Bundesregierung dem Bundestag zwei Gesetzesentwürfe vor: Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (BT-Drs. 12/3210 1992b) und Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz 1993; BT-Drs. 12/3209 1992c). Über Ersteres sollten weitere Kürzungen bei den Leistungen der Krankenversicherung (Zahnersatz) und neue Zuzahlungen auf den Weg gebracht werden. Letzteres sollte der Kostensenkung und der Strukturbereinigung in den Krankenhäusern dienen. Die Zweiteilung erfolgte, um einer wahrscheinlichen Ablehnung eines gemeinsamen Gesetzes durch den Bundesrat zu entgehen.[16] Die Gesetzesentwürfe waren schon

16 Im Grundgesetz ist festgelegt, dass Bundesgesetze nur mit Zustimmung des Bundesrats verabschiedet werden dürfen, wenn die Gesetze Auswirkungen auf die Finanzen (Einnahmen und Ausgaben) der Länder haben oder bei deren Umsetzung in die Organisa-

im August als „besonders eilbedürftig“ an den Bundesrat gesandt worden. Wesentliche Inhalte in Bezug auf die Krankenhausvergütung waren: Bindung der Pflegesätze an die Einnahmenentwicklung der Kassen für die Jahre 1993 bis 1995 („festes Budget“ oder Budgetdeckel), Abschaffung der Selbstkostendeckung, verpflichtende Einführung von Fallpauschalen und pauschalierten Sonderentgelten mit auf Landesebene vereinbarten Preisen, Basispflegesatz, abteilungsbezogene Gliederung der Budgets. In der Begründung des Gesetzesantrags heißt es:

> Der grundlegende Strukturfehler im Krankenhaus ist das Selbstkostendeckungsprinzip in Verbindung mit dem tagesgleichen Pflegesatz. Solange das belegte Bett, nicht aber die Leistung, die der Patient benötigt, der Maßstab für die Einnahmen, für die Personalausstattung und für die Investitionsförderung ist, sind Fehlsteuerungen und zu hohe Verweildauern die ökonomisch logische Konsequenz falscher Rahmenbedingungen, Zudem leisten ein globales Überangebot an Akutbetten und medizinisch nicht erforderliche Krankenhauseinweisungen der Fehlbelegung Vorschub. Zu Fehlentwicklungen tragen auch die unzureichende Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, die z. T. noch ausstehende Umsetzung der Instrumente des GRG, z. B. dreiseitige Verträge, sowie die praktische Bedeutungslosigkeit des Kündigungsrechts von Krankenhäusern bei.
> Deshalb sieht der vorliegende Gesetzentwurf weitreichende strukturelle Änderungen und damit eine umfassende Krankenhausreform vor, deren Ziel es ist, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen. Die medizinische Leistungsfähigkeit und die Versorgungsqualität der Krankenhäuser werden nicht beeinträchtigt. (BT-Drs. 12/3209 1992c: 39)

Im Zentrum der Argumentation stand das angebliche „Überangebot“, wonach Bettenabbau und Schließungen notwendig seien. Sie sollten durch finanzielle Steuerung erreicht werden. Angenommen, es hätte dieses Überangebot tatsächlich geben, dann wäre doch eigentlich die logische Konsequenz gewesen, dass man dieses über eine Änderung in der Planung behebt. Stattdessen wurde auf „kalten Strukturwandel“ gesetzt, auf das Ausscheiden von Krankenhäusern durch finanziellen Druck. Die Folgen sind dann aber nicht geplant, sondern willkürlich, je nach Finanzkraft der Krankenhausträger. Die gute und flächendeckende Versorgung, die laut Bundesregierung angeblich nicht beeinträchtigt werde, kommt damit unter die Räder. Das ist genau das Problem, wenn man versucht, die Daseinsvorsorge marktwirtschaftlich zu steuern. Wird tatsächlich „die Leistung, die der Patient benötigt“, vergütet, wie die Bundesregierung

---

tions- und Verwaltungshoheit der Länder eingegriffen wird. Vereinfachend kann man sagen, dass Änderungen des Leistungsrechts des SGB 5 nicht zustimmungspflichtig sind, Änderungen, die in die Krankenhausplanung eingreifen, zustimmungspflichtig sind, weil das Land den Sicherstellungsauftrag hat. Die gilt auch für grundsätzliche Eingriffe in die Finanzierung.

behauptete, oder die, die er erhält? Das ist ein himmelweiter Unterschied: Dass nur benötigte Leistungen erbracht werden, funktioniert nur, wenn finanzielle Anreize ausgeschaltet werden. Wenn alles bezahlt wird, was erbracht wird, sind Über- oder Fehlversorgung die unausweichliche Konsequenz bzw. Voraussetzung, um unter den Bedingungen eines Preissystems Gewinne zu erzielen.

3.3.2 Der Antrag der SPD-Fraktion „Reform des Gesundheitswesens"

Die SPD erklärte zunächst die bisherigen Reformgesetze für gescheitert, wandte sich gegen weitere Zuzahlungen und Leistungseinschränkungen und führte aus, die neuen Gesetzesentwürfe seien

> finanzpolitisch bedeutungslos, weil sie statt einer notwendigen Ausgabensenkung im Gesundheitswesen lediglich eine Ausgabenverlagerung erreicht haben; strukturpolitisch wirkungslos, weil sie an den eigentlichen Ursachen für die Verwerfungen im Gesundheitswesen nichts geändert haben. (BT-Drs. 12/3226 1992d: 1 f.)

Folgende allgemeine Forderungen wurden in dem Antrag aufgestellt: Verlagerung der Planung in regionale Gesundheitskonferenzen (je ein Drittel der Sitze für Kassen, Gebietskörperschaften, Leistungserbringer), Übernahme der Bedarfsplanung durch diese Zentren, Abschluss von Versorgungsverträgen zwischen Kassen und Krankenhäusern, eine Organisationsreform der Krankenkassen mit mehr Wettbewerb sowie die Einführung von Fallpauschalen im niedergelassenen Bereich (ebd.: 4 ff.). Zur Krankenhausfinanzierung konkret wurde gefordert: „Das Selbstkostendeckungsprinzip wird durch zeitgleiche Einführung leistungsbezogener Vergütungssysteme abgelöst. Die duale Finanzierung der Krankenhäuser ist schrittweise durch das monistische System zu ersetzen." (Ebd.: 5 f.)

Neben sicherlich sinnvollen Vorschlägen zur Gesundheitsversorgung (z. B. Regionalisierung der Planung), deren detaillierte Darstellung und Diskussion den Rahmen dieser Studie sprengen würde, waren in Bezug auf die Krankenhausfinanzierung die wesentlichen Elemente einer Entwicklung in Richtung Markt vorhanden: Vertragsfreiheit für die Kassen, Aufgabe der Selbstkostendeckung und damit Ermöglichung von Gewinnen, Monistik. Hier bestand kein wesentlicher Unterschied zu den Vorstellungen der Regierung, im Gegenteil: Die Vorschläge gingen zum Teil deutlich weiter als im Gesetzesentwurf (Monistik, Vertragsfreiheit). Insgesamt war die Taktik der SPD und der SPD-regierten Länder klar: Sie verweigerten die Zustimmung zum zustimmungspflichtigen Gesetz, um Änderungen beim nicht zustimmungspflichtigen zu erzwingen. Und dies, obwohl bei der Krankenhausvergütung überhaupt keine wesentlich anderen Vorstellungen vorlagen.

3.3.3 Erste Lesung im Bundestag

Am 11. September 1992 fand die erste Lesung des Regierungsentwurfs im Bundestag statt. Bundesgesundheitsminister Seehofer widmete große Teile seiner Rede den drohenden Steigerungen der Beitragssätze der Krankenkassen (u. a. wegen zu vieler Krankenhausbetten). Er kündigte einen „rigorosen Sparkurs, eine Sofortbremsung" an:

> Dies heißt konkret, daß wir zeitlich befristet – nicht, wie oft behauptet wird, unbefristet – im Gesetz dafür sorgen, daß sich die Pflegesätze im Krankenhaus und die Arzthonorare 1993, 1994 und 1995 nicht stärker als die Löhne und Gehälter der Beschäftigten nach oben entwickeln können. (Deutscher Bundestag 1992a: 8991)

Wer die weitere Entwicklung kennt, weiß, dass es mit der zeitlichen Befristung nichts wurde – sofern dies überhaupt je gewollt war. Die Anbindung an die Einnahmensteigerungen der Kassen gilt in abgewandelter Form heute noch, auch unter den Bedingungen der DRGs. Weiter kündigte er „tiefgreifende Strukturänderungen" auch im Krankenhaus an: „Wir müssen beispielsweise das Vergütungssystem, das Selbstkostendeckungssystem im Krankenhaus durch leistungsorientierte Vergütungen wie Sonderentgelte und Fallpauschalen ablösen." (Ebd.: 8994) Er endete mit einem „Angebot zu Gesprächen und zur Zusammenarbeit" an die Opposition (ebd.: 8995). Für die SPD erwiderte Rudolf Dreßler.[17] Er kritisierte, dass die bisherige Sparpolitik unwirksam gewesen sei und nur zu Mehrbelastungen der Patient*innen und Beitragszahler*innen geführt habe. Die Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten bezeichnete er richtigerweise als Privatisierung von Risiken. Daran würden auch die neuen Gesetzesentwürfe nichts ändern:

> Im Gesetz ist zu lesen: staatlicher Stopp der Einkommenszuwächse bei Ärzten und Zahnärzten, staatlicher Stopp der Entgelte für die Krankenhäuser, staatliche Preisabsenkung in der Arzneimittelversorgung. Wo man hinschaut: Preisstopps. Statt mehr Marktwirtschaft im Gesundheitswesen da, wo es möglich wäre, gibt es mehr staatliche Intervention. (Ebd.: 8998)

Diese Wendung gibt zu denken. So fundamental gingen die Meinungen zur Steuerung der Gesundheitsleistungen nun doch nicht auseinander. Was die Regierung wollte, war der SPD offensichtlich zu wenig. Dreßler nahm das Gesprächsangebot an: „Herr Seehofer, die Sozialdemokraten nehmen Ihr Gesprächsangebot an. Wir sind bereit, mitzuarbeiten, eine breite parlamentarische Mehrheit für eine

17 Dreßler war Mitglied im Parteivorstand und Präsidium der SPD, stellvertretender Vorsitzender der Bundestagsfraktion und Vorsitzender des Arbeitskreises Sozialpolitik.

wirkliche Reform des Gesundheitswesens zustande zu bringen." (Ebd.: 8999) Die Sprecher der FDP und CDU unterstützten – nicht ganz unerwartet – die Position von Seehofer bzw. der Bundesregierung. Eine etwas andere Sicht der Dinge brachte die Sprecherin von PDS/Linke Liste (Ursula Fischer) ein:

> Um Krankheitsverhinderung als billigste Form der Gesundheitsversorgung kann es eben einfach nicht gehen, wenn feststeht, daß dieses Gesundheitswesen ein riesiger Markt ist, wo Profite realisiert werden. Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob diejenigen, die Profite realisieren wollen [...] überhaupt ein Interesse an Krankheitsverhinderung haben. Weil die Gesundheitsversorgung, wie sie organisiert ist, einen Markt darstellt, ist sie krankheitsfördernd und damit kostentreibend. (Ebd.: 9003 f.)

> Mit dem Entwurf des Gesundheits-Strukturgesetzes wird nun der Weg frei, neben den Finanzierungsmitteln der Länder – wie die Situation im Osten ist, setze ich als bekannt voraus – verstärkt auch privates Kapital einzusetzen und über den Pflegesatz zu finanzieren. [...] Uns scheint, daß die Bundesregierung mit diesen Entscheidungen generell den Weg frei machen will für einen kapitalen Gesundheitsmarkt. So steuert man auf kritikwürdige Zustände von sogenannter Grundversorgung oder wohl eher Notversorgung und Wahlmöglichkeiten für Gutbetuchte hin. [...] Grundsätzlich muß man doch feststellen, daß privates Kapital nur dann investiert, wenn Profite zu erwarten sind. Es geht hier also um Krankenhausprofite. Unter dem Tenor „Mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus „ versteckt sich also dann mehr Profit bei stationärer Behandlung. (Ebd.: 9020 f.)

Bemerkenswert auch, was Christina Schenk von Bündnis 90/Die Grünen ausführte:

> Allein mit Hilfe marktwirtschaftlicher Instrumentarien, wie es in dem vorliegenden Reformpaket vorgeschlagen wird, ist das Problem nicht zu lösen. Man muß endlich zur Kenntnis nehmen, daß es Bereiche gibt, die man nicht zum marktwirtschaftlichen Selbstläufer machen kann, zumindest so lange nicht, wie der Begriff Sozialstaat noch eine Bedeutung haben soll. [...] Der Grundfehler liegt doch gerade in der alleinigen Steuerung durch Profitinteressen. Ausgerechnet das soll nun auch die ausschließliche Grundlage der Krankenhausfinanzierung werden. (Ebd.: 9008 f.)

Die Kritik beider Parteien blieb zwar allgemein, zeigt aber in eine andere Richtung. Man wird sehen, wie sich das im Weiteren entwickelte. Am Ende der Debatte wurde „interfraktionell" die Überweisung der Gesetzesanträge und des Antrags der SPD in die zuständigen Ausschüsse beschlossen.

3.3.4 Beschluss des Bundesrats

Ende September lehnte der Bundesrat mit der Stimmenmehrheit der SPD geführten Länder beide Gesetzesanträge ab. Die Begründung war über weite Strecken wortgleich mit dem Antrag der SPD im Bundestag (s. o.).

3.3.5 „Kompromiss von Lahnstein"

Vom 1. bis 4. Oktober 1991 trafen sich Horst Seehofer, Rudolf Dressler und Fachbeamte des BMG und der Länder in Lahnstein am Rhein und einigten sich auf gemeinsame Positionen zum GSG. Weiterer Detailfragen wurden in einer zweiten Klausurtagung Ende Oktober 1991 festgezurrt. („Lahnstein 2") Auf dieser Grundlage entstand der neue gemeinsame Gesetzesentwurf, der am 5. November 1991 in den Bundestag eingebracht wurde.

3.3.6 Antrag von Bündnis 90/Die Grünen

Kurz zuvor, am 3. November 1991, hatten Bündnis 90/Die Grünen einen Antrag auf „Vorlage eines neuen Gesundheitsstrukturgesetzes" gestellt. Neben vielen sinnvollen Vorschlägen zu einer anderen Ausrichtung und zu anderen Strukturen im Gesundheitswesen forderten sie die Bundesregierung dazu auf, „das Selbstkostendeckungsprinzip grundsätzlich zu erhalten; die duale Krankenhausfinanzierung zu erhalten" (BT-Drs. 12/3606 1992e: 3). Diese Forderungen muss man sehr begrüßen, andererseits steckt im Wort „grundsätzlich" schon die zukünftige Abweichung.

3.3.7 Gemeinsamer Gesetzesentwurf von CDU/CSU, SPD und FDP

Nur ein kleiner Teil der mit dem GSG geplanten Änderungen bezog sich auf die Krankenhausfinanzierung und speziell auf die Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte. Insgesamt ging es um massive Kostendämpfung mit weiteren Zuzahlungen und Leistungseinschränkungen (trotz anderslautender Ankündigungen der SPD). Für die Leistungserbringer sollte ein Budgetdeckel eingeführt werden. Außerdem ging es um Beschränkungen der Arztzahlen im niedergelassenen Bereich (Zulassungssperren). Auch eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung (vor- und nachstationäre Versorgung – § 115a SGB 5, ambulantes Operieren – § 115 b SGB 5) wurde eingeführt. Aufgrund des erheblichen Mangels an Pflegefachkräften wurde auch die Pflegepersonalregelung (PPR)[18] beschlossen. Auch ein Krankenhausinvestitionsprogramm für die neuen

18 Die PPR beinhaltete Mindestvorgaben für die Zahl der vorzuhaltenden Pflegekräfte (gemessen an der Zahl und dem Schweregrad der Erkrankung und des Betreuungsbedarfs der zu behandelnden Patient*innen). Durch eine Reduzierung der Arbeitsbelastung sollten neue Pflegkräfte gewonnen werden. Nachdem die Regelung erfolgreich war und dadurch mehr Pflegekräfte gewonnen werden konnten (und damit natürlich auch

Bundesländer war Bestandteil des Entwurfs. Weitere Reformpunkten waren die Organisationsreform der Krankenkassen (Wahlrecht für Versicherte, Risikostrukturausgleich, Einführung GmbH-ähnlicher Führungsstrukturen,)[19] und die Reduzierung des Arzneimittelangebots („Positivliste").[20] Auch der Einsatz von privatem Kapital bei der Investitionskostenfinanzierung wurde erleichtert und die Länder wurden dazu aufgefordert, ihre Pauschalmittelförderung[21] nicht nur über die Bettenzahl zu verteilen, weil dies den Abbau von Betten behindere.

Kernpunkte der Änderungen bei der Krankenhausfinanzierung waren: völlige Abschaffung der Selbstkostendeckung, verbindliche Einführung von Fallpauschalen zum 1. Januar 1996 sowie Anbindung der Budgets der Krankenhäuser an die Einnahmen der Krankenkassen ohne Mehr- bzw. Mindererlösausgleich (festes Budget). Man sieht: In Bezug auf die Finanzierung gab es keinen Unterschied zu den im Regierungsentwurf vorgesehenen Änderungen (s. o.). Eine eingehendere Diskussion der Änderungen erfolgt in Abschnitt 3.4. „Die neuen Gesetzestexte". Die Maßnahmen wurden in der Gesetzesbegründung wie folgt gerechtfertigt:

> Einen Anreiz zur wirtschaftlichen Betriebsführung bietet diese Art der Kostenerstattung nicht. Die negativen Wirkungen des Selbstkostendeckungsprinzips sind zwar dadurch gemildert, daß seit 1985 die Kosten prospektiv zu kalkulieren sind und Gewinne wie Verluste in bestimmtem Umfang dem Krankenhaus verbleiben können. Die grundsätzliche Fehlsteuerung durch die Selbstkostendeckungsgarantie besteht aber nach wie vor. (BT-Drs. 12/3608 1992f: 130)
>
> Dies ist der Einstieg in ein leistungsorientiertes pauschaliertes Entgeltsystem im Krankenhausbereich, das so schnell und so weitgehend wie möglich eingeführt werden und die Krankenhäuser verstärkt zu wirtschaftlichem Verhalten motivieren soll. Die Zahl der Sonderentgelte und Fallpauschalen ist nicht beschränkt. (Ebd.: 133)
>
> Die im Krankenhausbereich vorgesehenen strukturellen Maßnahmen werden nicht kurzfristig zu einer finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Für die Übergangsphase von 1993 bis 1995 wird deshalb zur Sicherung der

---

die Kosten stärker angestiegen waren) als geplant, wurde die PPR 1997 wieder abgeschafft.

19 Auch das ist ein zweischneidiges Schwert, denn das Wahlrecht der Versicherten war ein entscheidender Hebel, um auch die Krankenkassen in Richtung mehr Markt zu entwickeln und in Konkurrenz zueinander zu stellen. Besser wäre da eine Einheitsversicherung.

20 Sie sollte auf dem Verordnungsweg erlassen werden, was aber nie geschah.

21 Die Investitionsförderung durch die Länder unterscheidet eine Einzelförderung für große Bau- und Beschaffungsmaßnahmen und eine Pauschalförderung für kleinere Anschaffungen und Baumaßnahmen (durch Wertgrenzen getrennt). Die Pauschalmittel wurden in der Regel nach Bettenzahlen vergeben.

> Beitragssatzstabilität eine Höchstgrenze für die Budgets der einzelnen Krankenhäuser gesetzlich festgelegt. (Ebd.: 132)

3.3.8 Erste Lesung des gemeinsamen Antrags im Bundestag

In der Diskussion spielte die Krankenhausfinanzierung eine untergeordnete Rolle. Es ging um die oben angesprochenen Leistungs- und Strukturfragen, um Kostendämpfung und ums Sparen. Der dahinterliegende Trend, überall in der Gesundheitsversorgung mehr Markt und Wettbewerb einzuführen, lässt sich aber gut erkennen. Hierzu einige ausgewählte Zitate:

Rudolf Dreßler (SPD):

> Wir werden unsere Krankenversicherungen neu organisieren und an einen modernen, wettbewerblichen Grundsatz orientieren. [...] Wir werden die Krankenhausfinanzierung auf neue Grundlagen stellen und moderne, betriebswirtschaftlich vernünftige Entgeltverfahren einführen. [...] Es kommt jetzt darauf an, die ganze Energie auf eine wettbewerbsgerechte Ausrichtung jeder einzelnen Krankenkasse zu konzentrieren. (Deutscher Bundestag 1992b: 9921 f.)

Der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU):

> Wir diskutieren nicht über die Reduzierung der Qualität unserer medizinischen Versorgung. Wir diskutieren über unerwünschte Mengenausweitungen. Wenn wir heute so viel vom Sparen reden, liegt mir sehr daran, festzustellen, daß das Sparen in der Gesundheitspolitik und eine gute medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland keinen Gegensatz darstellen. [...] Ich bin kein Freund von großen und pathetischen Worten. Aber das, was wir jetzt im Krankenhausbereich an Strukturveränderungen schaffen, das ist revolutionär. (Ebd.: 9932 f.)
>
> Dieses Gerede von der Einheitskasse ist völlig unbegründet. Mehr Wettbewerb, mehr Wahlfreiheit, mehr Konkurrenz unter den Kassen bedeuten mehr Pluralität. (Ebd.: 9935)

Zur Finanzierung sagte er*:*

> Es ist höchste Zeit, daß wir vom tagesgleichen Pflegesatz im Krankenhaus wegkommen – hin zu einer leistungsorientierten Vergütung. Meine Damen und Herren, das ist mehr Wettbewerb. Warum haben wir so viele Fälle in den Krankenhäusern, die ausgerechnet am Montag entlassen werden [...] Es liegt an den Strukturen: Ein belegtes Bett am Wochenende kann man eben auch abrechnen. (Ebd.: 9934)

Einmal abgesehen davon, dass die Abrechnungsmöglichkeit keine Strukturfrage ist, stimmt die Grundannahme nicht: Belegte Betten führen einerseits bei der Selbstkostendeckung nicht zu mehr Einnahmen, sondern zu einer Absenkung des täglichen Pflegesatzes (vgl. hierzu Kap. 1 zum KHG) Andererseits wurde die Selbstkostendeckung ja schon 1984 unterhöhlt, indem man sie nicht mehr an

den tatsächlichen Kosten festmachte, sondern an den vereinbarten prospektiven Kosten. Seither lohnte sich die Ausweitung der Pflegetage tatsächlich finanziell, weil ja mehr Pflegetage zu einer (teilweisen) Erhöhung der Erlöse führten und am Jahresende nicht mehr spitz abgerechnet wurde. Irgendwie hat diese Argumentation etwas von „Haltet den Dieb". Die Selbstkostendeckung soll abschafft werden. Zu diesem Zweck wird sie unterhöhlt und die Folgen der Unterhöhlung werden als Problem der Selbstkostendeckung denunziert. Insbesondere vonseiten der CDU wurde auch in mehreren Wortbeiträgen ein weiterer, verstärkter Bettenabbau gefordert, womit wir wieder bei des Pudels Kern wären: Kostensenkung durch Bettenabbau, egal, wie sich das auf die Versorgung auswirkt.

3.3.9 Anhörung im Gesundheitsausschuss

Vom 23. bis zum 25. September 1992fand die öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss statt. Die wesentlichen Interessengruppen positionierten sich wie folgt:[2223]

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV)

> Generell halten es die Spitzenverbände der Krankenkassen für zwingend, daß die Selbststeuerungskräfte im Gesundheitswesen systematisch gestärkt werden. Die Krankenversicherungsträger und ihre Verbände brauchen für alle Leistungsbereiche ausreichende rechtliche Möglichkeiten zur Steuerung der Angebotskapazitäten, der Preise, der Mengen und der Qualität der medizinischen Leistungen. (6)
>
> Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in der Vergangenheit immer wieder darauf hingewiesen, daß Beitragssatzstabilität ohne eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung nicht erreicht werden kann. Als reformbedürftige Kernpunkte haben sie die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips, die Einführung leistungsbezogener Entgelte, die Verlagerung der Krankenhausplanung auf die Krankenversicherung und schließlich die Beseitigung des dualen Finanzierungssystems hervorgehoben. Durch den vorliegenden Gesetzentwurf werden Teile dieser notwendigen Reformschritte aufgegriffen. [...] Besonders wichtig ist die Aufhebung

22 Protokoll Nr. 38, 39 und 40, 12. Wahlperiode, Ausschuss für Gesundheit. Alle folgenden Zitate aus den Stellungnahmen der Verbände sind den nicht veröffentlichten Anhängen zu diesen Protokollen entnommen. Die Seitenzahlen beziehen sich auf die jeweilige Stellungnahme.

23 Die Stellungnahmen der kommunalen Spitzenverbände, des Deutschen Caritasverbands und des Diakonischen Werks liegen nicht vor. Ausgehend von den Positionierungen zum KHNG dürften jedoch keine wesentlichen Unterschiede zur Stellungnahme der DKG bestanden haben.

> des Selbstkostendeckungsprinzips. Damit wird eines der Grundprobleme der Krankenhausfinanzierung gelöst. Künftig erhalten die Krankenhäuser die Chance, sich im Rahmen eines ihrem Leistungsauftrag entsprechenden Finanzierungsspielraumes frei entfalten zu können. Gewinne verbleiben dem Krankenhaus, ebenso Verluste. [...] Der Preis, vor allem aber auch die Qualität der Krankenhausleistungen, werden künftig maßgeblich über die Inanspruchnahme eines Krankenhauses entscheiden. Die grundsätzliche Zustimmung der Spitzenverbände der Krankenkassen erstreckt sich jedoch auf die Gesamtheit der Regelungen. Werden Teile davon herausgebrochen oder wesentlich verändert, können die gesetzten Ziele nicht erreicht werden. Das gilt insbesondere für die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips und damit im Zusammenhang für die Rechtsverordnung zur Personalbemessung im Pflegedienst. (16/17)

Was hier elegant mit „Selbststeuerungskräfte im Gesundheitswesen" umschrieben wurde, sind natürlich die Selbststeuerungskräfte des Marktes. Das war deutlich offensiver formuliert als in der Stellungnahme zum KHNG (s. o.). Jetzt ging es nicht mehr nur um die Höhe der Vergütung, sondern um das Recht zur Steuerung der „Angebotskapazitäten, der Preise, der Mengen und der Qualität" – also faktisch aller Parameter, die die Ausgestaltung der Daseinsvorsorge Gesundheitswesen ausmachen. Für die Länder blieb da eigentlich kein Spielraum mehr. Eigentlich ging es um die komplette Übernahme des Versorgungsauftrags. Auch die Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzip reichte als Forderung nicht mehr aus. Die Kassen sprachen sich für „leistungsbezogene Entgelte" und gegen die duale Finanzierung aus. Allerdings sollte die Marktfreiheit an einem Punkt eingeschränkt werden: Die Beitragssatzstabilität, Budgetobergrenzen und feste Budgets, also die Deckelung der Preise, passen nicht so richtig zur freien Marktwirtschaft, senken aber die Kosten für die Kassen und die Arbeitgeber.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)

> Insgesamt befürwortet die PKV eine leistungsorientierte Entgeltsplittung. Die dichtere Beziehung von Preis und Leistung wird die Bedeutung der Verweildauer als zentralem Finanzierungsinstrument reduzieren. (11)

Im Vergleich zur Stellungnahme zum KHNG (s. o.) war dies eine relativ bescheidene Positionierung. Weitergehende Forderungen nach noch mehr Markt wurden nicht gestellt. Die privaten Krankenversicherungen waren offensichtlich mit der Entwicklung zufrieden.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

> Die DKG lehnt eine ersatzlose Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips (§ 4 KHG) ab. [...] Ein ersatzloser Wegfall des Selbstkostendeckungsprinzips kann von

den Krankenhausträgern nicht akzeptiert werden. Die in § 17 Abs. 1 KHG vorgesehene Regelung, nach der die Pflegesätze einem Krankenhaus die Erfüllung des Versorgungsauftrages „ermöglichen" müssen, reicht zur finanziellen Sicherung der Krankenhäuser bei wirtschaftlicher Betriebsführung nicht aus. Bei ersatzlosem Wegfall des Selbstkostendeckungsgrundsatzes kann von einem Krankenhaus keine plankonforme volle Leistung und Einsatzbereitschaft rund um die Uhr verlangt werden, wenn die damit verbundenen unvermeidbaren (Vorhalte-)Kosten auch bei sparsamer Wirtschaftsführung nicht gedeckt werden. (4)

Die DKG lehnt die beabsichtigte dreijährige Deckelung der Krankenhausbudgets in den Jahren 1993 bis 1995 aus schwerwiegenden Bedenken grundsätzlich ab. [...] Die vorgesehene Deckelung der Krankenhausbudgets (mit einer Kürzung alleine im Jahre 1993 um 3,3 Mrd. DM) muß selbst bei sparsamster Wirtschaftsführung zu massiven Defiziten, zu Leistungseinschränkungen und zur Minderung der Versorgungsqualität führen. Einzelne Krankenhäuser der gehobenen Versorgungsstufen werden 1993 bis 1995 jährliche Budgeteinbrüche in zweistelliger Millionenhöhe haben! Weder die Krankenhäuser in öffentlicher noch in freigemeinnütziger Trägerschaft sind von ihrer Zielsetzung darauf angelegt, Gewinne zu erwirtschaften. Sie haben deshalb in aller Regel keine Reserven, aus denen sie Budgetkürzungen der geplanten Größenordnungen finanzieren könnten.
Sollte eine zeitlich begrenzte Deckelung vom Gesetzgeber als „Notbremse" für unabweisbar angesehen werden, muß der Gesetzgeber mindestens die Kostensteigerungen berücksichtigen, auf die die Krankenhäuser keinen Einfluß haben. (5)

Die DKG fordert die beabsichtigte Einführung leistungsbezogener Entgeltformen (Sonderentgelte, Fallpauschalen) bereits zum 01.01.1993 vorzunehmen. (10)

Die DKG fordert für die Kalkulation und Vereinbarung der Pflegesätze (Sonderentgelte, Fallpauschalen, Pflegesatz für Unterkunft und Verpflegung) das Individualprinzip, d.h., daß die einzelnen leistungsorientierten Pflegesätze – wie nach geltendem Recht – vom einzelnen Krankenhaus mit den örtlichen Krankenkassen zu vereinbaren sind. Die im Regierungsentwurf vorgesehene zentralistische landesweite Festlegung der Entgelte geht über die Vorschläge des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahresgutachten 1992 weit hinaus, die nur die landesweite Vorgabe von „Richtpreisen" bei Vereinbarungen der Pflegesätze vor Ort vorschlagen. Die zentralistische Vorgabe von Entgelten ist ordnungspolitisch ein falscher Weg, da dies zu mehr planwirtschaftlichen anstelle von marktwirtschaftlichen Elementen führt. Sie birgt auch erhebliche Gefahren fehlsteuerender Anreize. Falsche Preise steuern falsch (11)

Die DKG lehnt die vorgesehene Regelung des Kündigungsverfahrens von Plankrankenhäusern [...] ab. Die Kündigung muß von der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde abhängig gemacht werden. (11)

Aus der grundsätzlichen Ablehnung der Aufhebung der Selbstkostendeckung in der Stellungnahme zum KHNG (s. o.) wurde eine Ablehnung der „ersatzlosen"

Aufhebung. Zwar wurde ein richtiges Argument vorgebracht (es „kann von einem Krankenhaus keine plankonforme volle Leistung und Einsatzbereitschaft rund um die Uhr verlangt werden, wenn die damit verbundenen unvermeidbaren [Vorhalte-]Kosten dafür nicht gedeckt werden"), die Konsequenzen daraus wurden aber nicht gezogen. Im Gegenteil: Es wurden die frühere Einführung von leistungsbezogenen Entgeltformen gefordert und die Gewinnmöglichkeiten begrüßt. Die Budgetdeckelung wurde abgelehnt, weil sie viele Krankenhäuser in Existenznot bringen würde.

Allerdings gab es auch schon einen „Plan B" bei Inkrafttreten der „Notbremsung": Ausnahmen vom Deckel bei nicht zu verantwortenden Kostensteigerungen, was ja dann auch im Gesetzestext umgesetzt wurde. Damit wurde der Deckel zwar etwas entschärft, richtig wurde die Budgetierung damit aber dennoch nicht. Budgets sind eben auch eine Form der finanziellen Steuerung, die erhebliche negative Folgen hat (Unterversorgung, Kostendumping, Selektion und ggf. Schließung bedarfsnotweniger Krankenhäuser). Mehr Rechte der Krankenkassen (bei Planung und Kündigung) lehnte die DKG weiterhin ab.

Interessant ist die Positionierung gegen die Vorgabe von landesweiten Preisen. Aus Sicht der DKG war das nachvollziehbar, erhoffte sie sich dadurch vermutlich, dass die Kosten und die Situation des einzelnen Krankenhauses doch in die Preisfindung einfließen würden – sozusagen „Selbstkostendeckung light". Aus Sicht der Kassen wäre ebenfalls eine dezentrale Preisfindung sinnvoll, aber genau aus der gegenteiligen Motivation. Sie könnten sich davon einen höheren Druck auf die Preise durch die Konkurrenz der einzelnen Krankenhäuser erhoffen, aber nur wenn es Vertragsfreiheit geben würde. Die Sache ist also zweischneidig und führt bei logischer Betrachtungsweise zu dem Schluss, dass nicht der „falsche Preis" das Problem ist, sondern der Preis an sich.

Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. (BDPK)

> Grundsätzlich positiv bewertet der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. das Bemühen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP um eine grundsätzliche Reform nicht zuletzt auch der Krankenhausfinanzierung. Dabei hat der BDPK in der Vergangenheit wiederholt darauf hingewiesen, daß das Selbstkostendeckungsprinzip durch ein Prinzip leistungs- und qualitätsbezogener Vergütungsformen im Krankenhaus ersetzt werden sollte. (2)

Im Wesentlichen handelt es sich um eine Wiederholung der Forderungen, wie sie bereits zum KHNG vorgebracht worden waren. Ansonsten sprach sich der BDPK gegen Mengenbegrenzungen aus und machte Vorschläge zu Detailregelungen.

Die dauerhafte Konsolidierung der GKV verlangt deshalb eine Fortsetzung der 1989 mit einer ersten Stufe begonnenen Gesundheitsreform. Schnellwirkende Sofortmaßnahmen sind jetzt erforderlich zur Gewährleistung von Beitragssatzstabilität ab 1993. Solche Maßnahmen allein reichen jedoch nicht aus, um die Leistungsfähigkeit der GKV bei gesamtwirtschaftlich vertretbaren Beitragssätzen aufrechtzuerhalten. Hierzu sind vielmehr Strukturmaßnahmen zum Abbau von Überkapazitäten, zur Schaffung wirtschaftlicher Strukturen sowie zur Vermeidung medizinisch nicht erforderlicher Mengenausweitungen im Gesundheitswesen unverzichtbar. [...] Aus diesen Gründen finden der Entwurf des Gesundheits-Strukturgesetz 1993 und der Entwurf zur Änderung des SGB V die grundsätzliche Unterstützung der Arbeitgeber. Die hierin enthaltenen Regelungen zielen überwiegend in die richtige Richtung. (2 f.)

Mittelfristig ist deshalb eine grundlegende Strukturreform in der GKV insbesondere mit einer Neudefinition der Prinzipien Solidarität und Subsidiarität unumgänglich. Die Arbeitgeber begrüßen deshalb, daß der Bundesgesundheitsminister dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen einen entsprechenden Gutachtenauftrag erteilt hat. Es ist zu klären, welche Aufgaben auf Dauer von der Solidargemeinschaft abgedeckt bleiben und welche Risiken künftig vom Einzelnen selbst getragen werden sollen. [...] Ebenfalls positiv zu bewerten sind die Maßnahmen, durch die Anreize für ein verantwortungsbewußtes und wirtschaftliches Verhalten der Versicherten und Leistungserbringer eingeführt werden sollen. Die Schaffung von mehr Transparenz im Leistungsgeschehen, die Verstärkung von Kostenerstattungselementen, die Differenzierung in Regel- und Wahlleistung und die Selbstbeteiligung der Versicherten sind wichtige Bausteine zur Erreichung dieses Zieles. [...] Maßnahmen hingegen, wie z.B. Preisabschläge und Preisstopps bei Arzneimitteln, sind marktwirtschaftswidrig. Sie sind weder geeignet, die Strukturfehler der GKV zu bereinigen noch die Hauptursache der Kostenexpansion, d.h. die Mengenentwicklung, in den Griff zu bekommen. Beeinträchtigungen der Preismechanismen müssen auch auf dem Gesundheitsmarkt auf ein Mindestmaß beschränkt werden [...] Auch die Einschränkungen der Vertragsfreiheit der Selbstverwaltung sollte auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt werden. (3 f.)

Das Vorhaben, die Kündigungsmöglichkeiten der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern zu erleichtern, ist grundsätzlich richtig. Abzulehnen ist aber, die Letztentscheidung hierüber bei den Ländern zu belassen. (7)

Die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes – u. a. Grundlohnanbindung des Krankenhausbudgets, Ersetzung des Selbstkostendeckungsprinzips durch leistungsorientierte Vergütungsformen, Neuregelung der Investitionsfinanzierung, Verbesserung des Kündigungsrechts der Krankenkassen sowie engere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung – entsprechen schon seit langem erhobenen Forderungen der Bundesvereinigung. (8 f.)

> Die Bundesvereinigung spricht sich grundsätzlich gegen Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs in der stationären Krankenpflege aus, die sich an den erbrachten und nicht an den notwendigen Leistungen orientieren. (9 f.)
>
> Die Erfahrung wie auch die Komplexität der Materie zeigen, daß die Probleme des Gesundheitswesens nicht mit immer detaillierteren administrativen Eingriffen gelöst werden können. Vonnöten sind vielmehr vermehrt marktwirtschaftlich orientierte selbststeuernde Mechanismen. (17)

Hatte der BDA sich beim KHNG mit der Forderung nach Kostendämpfung und Aufhebung der Selbstkostendeckung begnügt (s. o.), wird hier das volle neoliberale Programm abgespult. Neben den „schnellwirkenden Sofortmaßnahmen" (Budgetdeckelung, festes Budget) sollte der komplette Umbau des Solidarsystems Gesundheitsversorgung erfolgen, mit Zuzahlungen, Leistungskürzungen, Risikoverlagerung auf die Beitragszahler*innen etc. Alles getreu dem Motto, dass das Gesundheitswesen als vielversprechender Wirtschaftszweig und florierender Markt nur gut funktionieren kann, wenn nicht die Arbeitgeber dafür zahlen müssen. Selbstverständlich gehören zu diesen Marktvorstellungen auch die Vertragsfreiheit der Kassen und die Monistik. Ebenfalls interessant ist, wie sich die Sachverständigenräte, die Regierung und die Arbeitgeber zunehmend die Bälle zuschoben und die Positionierungen der einen zur Legitimation für die anderen werden. Folgerichtig war dann auch, dass die Pflegepersonalregelung (PPR), das zwar aus der Not des Personalmangels geborene, aber einzige richtige Element dieser Reform, konsequent abgelehnt wurde, weil sie marktwirtschaftlichen Prinzipien widerspricht. Tatsächlich sind solche Regelungen (wie die PPR) zur Personalbemessung und zur vollständigen Refinanzierung ihrer Kosten das einzige hilfreiche Mittel gegen die Wirkungen eines Preissystems, weil man diese Bereiche dadurch den Wirkungen dieses Systems entzieht. Gleichzeitig sind sie das einzig wirklich wirksame Mittel, um die Qualität der Versorgung aufrechtzuerhalten und negative Folgen für die Patient*innen und die Beschäftigten einzugrenzen.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

> Die Ausgabenentwicklung ist als so dramatisch zu bewerten, daß zwingend Sofortmaßnahmen ergriffen werden müssen. Strukturelle Veränderungen – die zweifelsohne ebenfalls notwendig sind – greifen erst später. Insofern sind die vorgesehenen Leistungsanbietermoratorien ohne Alternative. (3)
>
> Mit der Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips ab 1993 und die Ersetzung des tagesgleichen Pflegesatzes durch Fallpauschalen und Sonderentgelte nimmt der Gesetzgeber Vorschläge der gesundheitspolitischen Diskussion der letzten Jahre auf. Ebenso mit der Verbesserung des Kündigungsrechts der Krankenkassen, der Verankerung von Modellvorhaben zur Prüfung der Krankenhausaufnahme durch

> den Medizinischen Dienst, der Verbesserung der Großgeräteplanung und der neuen Pflegepersonalverordnung. (6)

An welcher Stelle hier noch Arbeitnehmerinteressen zum Ausdruck kamen, erschließt sich nicht. Allenfalls könnte man mit den Interessen der Beitragszahler*innen an niedrigen Beiträgen argumentieren. Das ist aber bedenklich, weil stabile Beiträge eigentlich durch ganz andere Maßnahmen erzielt werden müssten, nämlich durch eine einheitliche Krankenversicherung für alle und durch die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Eindeutiger Nutznießer der Forderungen ist also das Kapital mit seinen kurzfristigen Renditeerwartungen. Was auf der Strecke bleibt, sind die Interessen der Menschen an einer guten Gesundheitsversorgung. Damit liegt diese Stellungnahme auf einer Linie mit der des DGB zum KHNG (s. o.).

Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV)

Von der ÖTV als zuständiger Spartengewerkschaft gibt es im Parlamentsarchiv des Bundestags keine gesonderte Stellungnahme. Bekannt ist, dass es zwischen DGB und ÖTV erhebliche Differenzen bei der Bewertung des Gesetzes gab. Ob dies der Grund ist, dass keine eigene Stellungnahme vorliegt, ist nicht bekannt. Die ÖTV lehnte sowohl das Gesetz als auch insbesondere die Aufhebung der Selbstkostendeckung genau wie das KHNG (s. o.) ab. In einem Rundschreiben des Hauptvorstands an alle Kreis- und Bezirksverwaltungen vom Juni 1992 hieß es:

> Über die mächtige Lobby der gewinnwirtschaftlichen Anbieter wurden bisher die meisten der sie betreffenden einschneidenden Maßnahmen verhindert, bzw. eingeschränkt. Maßnahmen die Versicherte betreffen, wurden dagegen durchgeführt. Dies muss auch beim Gesundheitsstrukturgesetz befürchtet werden.

Die Abschaffung der Selbstkostendeckung wurde kritisiert, weil diese Regelung zulasten der Qualität der Patientenversorgung gehe. Die Kopplung der Mittel für die Krankenhäuser an die Einnahmen der Kassen wurde kritisiert, weil sie insbesondere zu Lasten der unterversorgten, ärmeren Regionen gehe (Informationsdienst Gesundheitspolitik 1992: 1 f.).

In *der tageszeitung* vom 4. Dezember 1992 wird unter der Überschrift „Gesundheit als Ware“ ebenfalls über die Position der ÖTV berichtet:

> Größtes Problem nach Ansicht der Gewerkschaft ist die Einführung der Markwirtschaft im Krankenhaus. Wenn 1996 die sogenannten Fallpauschalen – z. B. 5.000 Mark für jede Blindarmoperation – eingeführt werden, könne es passieren, daß marktwirtschaftlich unvorteilhafte PatientInnen abgewiesen werden. Die Krankenhäuser würden die PatientInnen immer früher entlassen, weil sie daran verdienen

– die 76jährige zuckerkranke Rentnerin mit Blindarmbeschwerden werde es schwer haben, operiert zu werden. Denn sie kostet die Klinik bares Geld.

Bundesärztekammer (BÄK)

Mit den Anforderungen an ein solches Gesundheitswesen sind Anbindungen der Leistungsvergütungen an die Grundlohnsummenentwicklung, staatliche Einwirkungsrechte in Form von Vorlagepflichten, Beanstandungsmöglichkeiten-, Genehmigungspflichten und Ersatzvornahmerechten [...] sowie weitere dirigistische Maßnahmen nicht vereinbar. [...] Aus dieser Sicht ist es auch nicht akzeptabel, die erforderliche Neubestimmung von Solidarität und Subsidiarität in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuschieben. Notwendige Neuabgrenzungen von Leistungen der Solidargemeinschaft gegenüber Leistungen des Einzelnen müssen zur finanziellen Sicherung des Gesundheitswesens unverzüglich vorgenommen werden. [...] Die Politik wird aufgefordert, selbst zu definieren, welche „ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen" (§ 12 SGB V) Leistungen zukünftig zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfen. Für die Ärzteschaft ist es unerträglich, daß ihr ständig der „Schwarze Peter" für die Ausgabenverantwortung im Gesundheitswesen zugeschoben werden soll. (4 f.)

Die nunmehr beabsichtigte Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips ohne gleichzeitige Aufhebung dieser, die individuelle Freiheit der Krankenhäuser als Unternehmen einschränkenden Regelungen gefährdet die wirtschaftliche Sicherung und damit das hohe Leistungsniveau der Krankenhäuser in erheblichem Maße. Gefährdet wird darüber hinaus nicht nur die Trägerpluralität, sondern auch der Sicherstellungsauftrag und damit die flächendeckende Versorgung auf dem derzeitigen Versorgungsniveau. Besonders beeinträchtigt wird hierdurch zwangsläufig auch die Personalbesetzung der Krankenhäuser, bei welcher jedwede Beschränkung unlösbar auf erhebliche, arbeits- und tarifrechtliche Probleme stößt. [...] Soll die Versorgungspflicht der Krankenhäuser weiterhin aufrechterhalten werden, muß ihnen ein Rechtsanspruch auf eine kostendeckende Honorierung der bei „sparsamer Wirtschaftsführung" erbrachten Leistungen gewährt sowie eine---Einbeziehung von Abschreibungen nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen im Rahmen der Pflegesatzberechnung gestattet werden. [...] Die ab 1993 vorgesehene Anbindung der Krankenhausbudgets an die Grundlohnsummenentwicklung (Entwicklung der beitragspflichtigen GKV-Einnahmen) wird auch unter der Voraussetzung einer wirtschaftlichen Betriebsführung die Einschränkung oder gar Ausgrenzung von Krankenhausleistungen und damit eine Minderung der Leistungsqualität zur Folge haben müssen. (23)

Die zum 1. Januar 1996 beabsichtigte Ablösung des tagesgleichen vollpauschalierten Pflegesatzes durch leistungsorientierte Vergütungsformen entspricht langjährigen Forderungen der Bundesärztekammer und wird daher grundsätzlich begrüßt. Dies gilt insbesondere für die Einführung von Sonderentgelten, allerdings nur unter der vom Gesetzentwurf gerade nicht vorgesehenen Voraussetzung, daß bei deren bundeseinheitlicher Definition die Kalkulation und Vereinbarung krankenhausin-

> dividuell im Rahmen der Vergütungsverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen erfolgt. [...] Die ebenso ab 1. Januar 1996 für alle Krankenhäuser verbindlich vorgesehene Einführung von Fallpauschalen stößt demgegenüber insoweit auf Kritik der Bundesärztekammer, als hiervon eine Vielzahl auch in den USA festgestellter Negativ-Wirkungen, insbesondere Risikoselektionen, Leistungsnormierungen und Verwerfungen in der flächendeckenden Versorgungmit. Krankenhausleistungen ausgeht. Nur in Ausnahmefällen, d. h. in Fällen klar definierbarer und abgrenzbarer Leistungen, sollen zwischen den Vertragspartnern Vereinbarungen über Fallpauschalen als Kann- Regelung getroffen werden können, sofern sie krankenhausindividuell kalkuliert und vereinbart werden. (24 f.)

Einschränkung der individuellen Freiheit der Krankenhäuser als Unternehmen und staatliche Bevormundung sind die üblichen Vorwürfe von Kleinunternehmern, haben aber wenig mit den eigentlichen ärztlichen Aufgaben zu tun. Insofern verwundert es nicht, dass auch die Bundesärztekammer von der Neujustierung von Solidarität und Subsidiarität fabulierte, also von Leistungsausgrenzungen und vom weiteren Abdrücken von Kosten auf die Versicherten. Auch die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips wurde nur unter dem Aspekt kritisiert, dass es die vollständige unternehmerische Freiheit ja noch nicht gäbe. Die Stellungnahme war im Konkreten sehr widersprüchlich. Einerseits wurde eine kostendeckende Honorierung gefordert, also eigentlich Selbstkostendeckung, anderseits die baldmöglichste Einführung von leistungsorientierten Vergütungsformen. Auch die Begrüßung von Sonderentgelten und die Ablehnung von Fallpauschalen, verbunden mit einer korrekten Beschreibung ihrer Folgen, war widersprüchlich. Beides sind Preise, auch Sonderentgelte beinhalten einen finanziellen Anreiz zu Mengenausdehnung, Kostendumping und Unterversorgung durch zu frühe Entlassung und Selektion. Wenn Preise, dann sollten es aber frei aushandelbare und nicht zentral vorgegebene sein. Irgendwie ist die Stellungnahme weder Fisch noch Fleisch.

3.3.10 Ergebnisse der Ausschussberatungen

Aufgrund der vorher erzielten Einigung der „Großen Koalition" in Lahnstein gab es nur noch Änderungen an Details. In Bezug auf die Monistik schlug der Ausschuss in einer gesonderten Entschließung Folgendes vor: „Der Deutsche Bundestag erklärt seine Absicht, das duale Krankenhausfinanzierungssystem in einer mittel- und längerfristigen Entwicklung durch ein monistisches System zu ersetzen." (BT-Drs. 12/3930 1992g: 6) Diese Entschließung wurde in der dritten Lesung gegen die Stimmen von PDS/Linke Liste mit den Stimmen aller anderen Fraktionen angenommen.

3.3.11 Zweite und dritte Lesung im Bundestag

Auch die zweite und dritte Lesung brachten keine Überraschungen mehr (vgl. Deutscher Bundestag 1992c). Die jeweiligen Positionen wurden nochmals bekräftigt. Bemerkenswert ist, dass kein Vertreter der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen sich an der Diskussion im Plenum beteiligte. PDS/Linke Liste brachten fünf Anträge ein, die auf der Linie ihrer Wortbeiträge in der ersten Lesung zum Regierungsentwurf lagen (s. o.). Zur Krankenhausfinanzierung forderten sie wenig hilfreich und relativ unkonkret „die Verwendung geeigneter Pauschalen zur Abrechnung von Krankenhausleistungen, wie z. B. fachspezifischer, zeitlich gestaffelter Pflegesätze, welche kostensenkend wirken und zugleich eine weitere Steigerung des Verwaltungsaufwands vermeiden" (BT-Drs. 12/3942 1992h: 3). Eine Ablehnung der Abschaffung der Selbstkostendeckung und des Gewinnverbots lässt sich hieraus nicht ableiten, eher an diesem Punkt eine gewisse Unterstützung der Pläne der Bundesregierung und der SPD. Zudem ist erkennbar, dass das Grundproblem der finanziellen Steuerung (egal ob über Pauschalen, Fallpreise, Tagessätze oder Budgets) trotz der grundsätzlich richtigen Ablehnung von Markt und Wettbewerb in der Daseinsvorsorge (s. o.) nicht erkannt war: Immer sind Gewinne möglich. Damit ist eben die Ökonomisierung die notwendige Folge, die man nicht will.

Das Gesetz wurde am 9. Dezember 1992 mit 455 Ja-Stimmen, 54 Nein-Stimmen und 21 Enthaltungen angenommen. Jeweils zwölf Nein-Stimmen kamen von der CDU/CSU und FDP, fünf von der SPD. Die PDS/Linke Liste stimmte geschlossen und Bündnis 90/Die Grünen bei einer Enthaltung dagegen. Der Bundesrat hat dem Gesetz mehrheitlich zugestimmt. Welche Bundesländer nicht zugestimmt haben, geht aus dem Protokoll vom 18. Dezember 1992 nicht hervor.

3.4 Die neuen Gesetzestexte[24]

Es werden hier nur die im Zusammenhang mit dem Thema der Studie wichtigen Änderungen wiedergegeben.

3.4.1 Das Sozialgesetzbuch 5 (SGB 5) von 1992

Relevant für die weitere Entwicklung der Krankenhausfinanzierung: Es wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) eingeführt: „Die Krankenkassen

24 Bundesgesetzblatt 1992, S. 2266 ff.

und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2)[25] zu beachten." Damit wurde die Einnahmenentwicklung der Kassen zur verbindlichen Grundlage der Pflegesatzverhandlungen zwischen Kassen und Krankenhäusern gemacht („einnahmenorientierte Ausgabenpolitik") – ein wichtiger Meilenstein in der Kostendämpfungspolitik.[26] Neu war auch, dass die Krankenkassen und einzelne Krankenhäuser im Einvernehmen mit dem Land geringere Bettenzahlen vereinbaren konnten als im Krankenhausplan vorgesehen (§ 109). Auch dieser Versuch, den Kassen mehr Vertragsrechte zu verschaffen, scheiterte in der Praxis völlig. Es erfolgte auch eine nochmalige Verschärfung der Kündigungsvorschriften von Krankenhäusern durch die Kassen (§ 110). Bisher reichte es für eine Ablehnung einer solchen Kündigung durch das Land, dass das betroffene Krankenhaus „bedarfsnotwendig" war, jetzt musste es „unverzichtbar" sein. Außerdem wurde eine Zustimmungsfiktion des Landes eingeführt, wenn dieses nicht binnen drei Monaten widersprach. Mit einem neuen § 301 wurden auch der Umfang der Daten, die Krankenhäuser den Krankenkassen liefern müssen, nochmals deutlich ausgeweitet (z. B. Begründung für Verweildauerverlängerungen, beteiligte Fachabteilungen, Einweisungs-, Aufnahme-, Verlegungs- und Entlassungsdiagnose, Art der durchgeführten Operationen – alles verschlüsselt nach internationalem Schlüssel für Diagnosen und Prozeduren [ICD und OPS]). Auch das sind notwendige Voraussetzungen für die Einführung von Fallpauschalen, bzw. DRGs.

3.4.2 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1992

§ 4 Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser
Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, daß
1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

---

25 § 141 SGB 5 regelt, dass die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Empfehlungen zur Beitragssatzstabilität in den einzelnen Versorgungsbereichen abgeben soll.

26 Beitragssatzstabilität bedeutet, dass die Ausgaben der Krankenkassen nicht stärker steigen dürfen als ihre Einnahmen – von der Sache her eine absurde Verknüpfung: Wenn es mehr Arbeitslose und geringere Löhne gibt, sinken die Einnahmen der Kassen, aber es verbessert sich bestimmt nicht die Gesundheit der Menschen und die Ausgaben sinken natürlich nicht.

§ 17 Grundsätze für die Pflegesatzregelung
(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung [...] sind für alle Benutzer einheitlich zu berechnen. Die Pflegesätze sind im Voraus zu bemessen. Sie müssen medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Bei der Ermittlung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität [...] zu beachten; [...] Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen. [...]
(2a) In der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 [der Bundespflegesatzverordnung] sind Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen zu bestimmen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte durch die Beteiligten [Kassen und Träger] ist möglich; [...] Mit den Fallpauschalen werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet. Das vom Krankenhaus kalkulierte Budget ist für die Pflegesatzverhandlungen abteilungsbezogen zu gliedern. Zur Vergütung der Leistungen des Krankenhauses, die nicht durch Fallpauschalen oder Sonderentgelte vergütet werden, sind Abteilungspflegesätze als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und ein für das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlaßte Leistungen vorzusehen.

3.4.3 Die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) von 1992

§3 Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen
(1) Die in§ 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) vereinbaren zur Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen nach Maßgabe der§§ 4 bis 6
1. einen Gesamtbetrag nach § 4 (Budget) sowie Pflegesätze nach § 5 und Pflegesätze nach § 6 Abs. 4 (Sonderentgelte und Fallpauschalen), durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird,
2. Pflegesätze für Leistungen nach § 6 Abs. 3 (Sonderentgelte).

§ 4 Festes Budget
(1) Die Budgets für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 dürfen, ausgehend von der Berechnungsgrundlage nach Absatz 2, nicht stärker erhöht werden als mit einer jährlichen Steigerung nach Maßgabe des Absatzes 3 (Budgetobergrenze). Soweit die Leistungen des Krankenhauses im Kalenderjahr 1992 nicht mit Sonderentgelten, Fallpauschalen und Abteilungspflegesätzen vergütet wurden, können diese für die Zeit vom 1. Januar 1993 an unter Einhaltung der Budgetobergrenze vereinbart werden. [...]
(4) Das Budget wird unter Beachtung der in Absatz 3 genannten Vorgaben auf der Grundlage der voraussichtlichen Krankenhausleistungen für einen künftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) vereinbart. Dabei werden in vorhergehenden Pfle-

gesatzzeiträumen eingetretene Unterdeckungen nicht ausgeglichen; Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus, es sei denn, es hat seinen Versorgungsauftrag ganz oder teilweise nicht erfüllt. Soweit das Krankenhaus seine Wirtschaftlichkeit erhöht hat, darf dies nicht budgetmindernd berücksichtigt werden. [...]
(5) Weicht bei ordnungsgemäßer Rechnungsstellung die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Erlöse aus den Pflegesätzen nach § 5 und den Sonderentgelten und Fallpauschalen nach § 6 Abs. 4 von dem vereinbarten Budget ab, werden die entstandenen Mehr- oder Mindererlöse ausgeglichen (festes Budget).

§ 6 hieß jetzt „Sonderentgelte und Fallpauschalen".

Es wurden folgende Absätze 3 und 4 angefügt:

(3) Für den Zeitraum der Kalenderjahre 1993, 1994 und 1995 dürfen außerhalb des Budgets nur für diejenigen Leistungsarten Sonderentgelte vereinbart werden, die bereits im Kalenderjahr 1992 mit Sonderentgelten vergütet wurden. [...]
(4) Für die Zeit vom 1. Januar 1993 an können Sonderentgelte und Fallpauschalen innerhalb des Budgets vereinbart werden.

3.4.4 Die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) von 1994

1994 erfolgte eine komplette Neufassung der Bundespflegesatzverordnung, die diese an die neuen Anforderungen des Nebeneinanders von Pflegesätzen, Fallpauschalen und Sonderentgelten anpasste. Außerdem wurden Details der Finanzierung (z. B. Teilung der Fallpauschalen bei Verlegung, Vergütung bei Wiederaufnahme, Vergütung nach Überschreitung der sogenannten Grenzverweildauer)[27] geregelt. Die Verordnung trat allgemein am 1. Januar 1996 in Kraft. Für Krankenhäuser, die Fallpauschalen schon ab dem 1. Dezember 1995 einführten, galt sie ab diesem Zeitpunkt.[28] Teile des Verordnungsentwurfs waren zwischen Ländern und Bund umstritten (vgl. BR-Drs. 381/94 1994). Der § 5 „Krankenhausvergleich" wurde wegen des hohen Aufwands bei geringem Nutzen von den Ländern abgelehnt (Kompromiss: Inkrafttreten verschoben auf 1998). Auch weiteren Rechten der Kassen bei der örtlichen Korrektur des Versorgungsvertrags und auf Landesebene bei der Festsetzung der bundeseinheitlichen Punktwerte stimmten die Länder nicht zu (beides gestrichen). Zusätzlich wurde auf Verlangen der Länder eine Entschließung angenommen. In ihr hieß es:

---

27 Die festgelegte Vergütung einer Fallpauschale gilt nur innerhalb bestimmter Verweildauergrenzen. Bleibt die Verweildauer darunter, gibt es Abzüge. Liegt sie darüber, gibt es (nicht auskömmliche) Zuschläge.

28 Insgesamt nahmen nur 73 Krankenhäuser die Möglichkeit des vorzeitigen Umstiegs in Anspruch (vgl. Tuschen/Trefz 2010: 113).

Die Bundesregierung wird gebeten sicherzustellen, daß die Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte von einer mindestens 3 Jahre umfassenden wissenschaftlichen Untersuchung über die Auswirkungen dieses neuen Entgeltsystems begleitet wird. Neben den betriebswirtschaftlichen Fragen, die mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten verbunden sind, sollen insbesondere auch deren Auswirkungen auf Leistungsqualität und Leistungsstruktur in die Untersuchung einbezogen werden. (BR-Drs. 381/94-Beschluss 1994: 1)

Obwohl die Länder in der Vergangenheit durchaus die Einführung von Fallpauschalen unterstützt bzw. vorangetrieben hatten, kam hier doch eine gewisse Skepsis zum Ausdruck. Diese führte aber eben nicht zu einer Ablehnung, sondern nur zur Beruhigungspille „wissenschaftliche Begleitung". Die wesentlichen geeinten Bestimmungen waren:

§ 3 Allgemeine Grundlagen
(1) Das Budget und die Pflegesätze sind für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu vereinbaren. Grundlage ihrer Bemessung sind die allgemeinen Krankenhausleistungen im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses [...] Der Grundsatz der Beitragsstabilität ist [...] zu beachten.

§ 11 Fallpauschalen und Sonderentgelte
(1) Mit den Fallpauschalen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen in Anlage 1) bestimmten oder auf Landesebene [...] vereinbarten Behandlungsfall vergütet.
(2) Mit den Sonderentgelten wird ein Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen in Anlage 2 bestimmten oder auf Landesebene [...] vereinbarten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles vergütet. [...]
(3) Die Vertragsparteien sind an die Höhe der Entgelte gebunden, die von den [...] Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) [...] vereinbart worden ist. Die Vertragsparteien vereinbaren für einzelne dieser Fallpauschalen und Sonderentgelte Zuschläge, soweit dies erforderlich ist, um

1. eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, wenn das Krankenhaus die mit den Fallpauschalen und Sonderentgelten abzurechnenden Leistungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung insgesamt ohne Verlust nicht erbringen kann [...]

Die Vertragsparteien vereinbaren für Fallpauschalen und Sonderentgelte einen Abschlag, soweit dies erforderlich ist, um

1. die besonderen Gegebenheiten von Krankenhäusern und von vollständig über Fallpauschalen abrechnenden Abteilungen, die nicht an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, oder
2. eine auf ungewöhnlich wenige Leistungsarten begrenzte Leistungserbringung von Fachkrankenhäusern und Abteilungen in Krankenhäusern sowie von Belegkrankenhäusern und -abteilungen angemessen zu berücksichtigen.

(4) Soweit das Krankenhaus sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage von § 137 Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligt, kann ein Zuschlag zu einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelten vereinbart werden. [...]

(8) Weichen in den Kalenderjahren 1995 bis 1997 die auf einen Pflegesatzzeitraum entfallenden Erlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten [...] um mehr als 15 vom Hundert (Bandbreite) von den vorauskalkulierten Erlösen [...] ab, werden die darüber hinausgehenden Mehr- oder Mindererlöse zu 50 vom Hundert ausgeglichen.

§ 12 Flexibles Budget
(1) Die Vertragsparteien vereinbaren für den Pflegesatzzeitraum das Budget auf der Grundlage der voraussichtlichen Leistungsstruktur und -entwicklung des Krankenhauses, soweit die Leistungen nicht mit Fallpauschalen und Sonderentgelten [...] berechnet werden. [...]
(4) Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Gesamterlöse des Krankenhauses aus den Pflegesätzen nach § 13 von dem Budget ab, werden die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses zu 75 vom Hundert ausgeglichen (flexible Budgetierung).

§ 13 Tagesgleiche Pflegesätze
(1) Die Vertragsparteien vereinbaren auf der Grundlage des Budgets und der voraussichtlichen Belegung Abteilungspflegesätze, einen Basispflegesatz und entsprechende teilstationäre Pflegesätze. Die Pflegesätze sind nach Maßgabe der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung zu ermitteln.

§ 14 Berechnung der Pflegesätze
(1) Die Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer einheitlich zu berechnen. [...] Die Berechnung von Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen ist ausgeschlossen, wenn die Berechnung einer Fallpauschale möglich ist. [...]
(2) Die Abteilungspflegesätze und der Basispflegesatz sowie die entsprechenden teilstationären Pflegesätze werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag wird nicht berechnet. Satz 1 gilt entsprechend bei internen Verlegungen. Bei Berechnung eines Sonderentgelts für operative Leistungen wird der Abteilungspflegesatz der entsprechenden operativ tätigen Abteilung um 20 vom Hundert ermäßigt. [...]
(3) Sonderentgelte werden für die in Anlage 2 bestimmten [...] berechnet. Sie werden zusätzlich zu dem Abteilungspflegesatz und dem Basispflegesatz oder entsprechenden teilstationären Pflegesätzen berechnet. [...]
(4) Fallpauschalen werden für die in Anlage 1 bestimmten [...] Behandlungsfälle berechnet. [...] Maßgebend für die Zuordnung zu einem Behandlungsfall [...] ist die dort genannte Behandlung in Verbindung mit der genannten Hauptdiagnose für den Krankenhausaufenthalt oder einer entsprechenden Diagnose. Werden die mit einer Fallpauschale vergüteten Leistungen ohne Verlegung des Patienten durch mehrere Krankenhäuser erbracht; wird die Fallpauschale durch das Krankenhaus berechnet, das den Patienten stationär aufgenommen hat. Eine vor- und nachstationäre Behandlung [...] ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar [...].

(5) Eine Fallpauschale wird nicht berechnet, wenn
1. der Patient vor Abschluß des bestimmten Behandlungsfalls verlegt wird, es sei denn, eine Berechnung der Pflegesätze nach den Absätzen 2 und 3 ergibt einen höheren Gesamtbetrag, oder
2. eine Behandlung vor Erbringung der Hauptleistung beendet wird.

Satz 1 Nr. 1 gilt nicht bei Verlegungen im Rahmen einer Zusammenarbeit. In diesem Fall wird die Fallpauschale von dem Krankenhaus berechnet, das die für die Fallpauschale maßgebende Behandlung erbracht hat; die Krankenhäuser vereinbaren eine Aufteilung der Fallpauschale untereinander; Absatz 7 gilt entsprechend für die Gesamtverweildauer des Patienten in beiden Krankenhäusern. [...]

(7) Ist eine Fallpauschale nach Absatz 4 berechnet worden und übersteigt die Verweildauer des Patienten eine bestimmte Grenz-Verweildauer, so werden ab dem [...] ausgewiesenen Tag die Pflegesätze nach Absatz 2 berechnet.

§ 16 Vereinbarung auf Landesebene

(1) Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 11 vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien jeweils einen landesweit geltenden Punktwert für den Personalkosten- und den Sachkostenanteil der Entgelte.

3.4.5 Fünf Verordnungen zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung 1995–1997

Diese erste Verordnung von 1995 (BR-Drs 361/95 1995a) brachte neben wenigen Detailänderungen, die Lücken in der vorhergehenden Verordnung schlossen, eine Erhöhung der Zahl der Fallpauschalen und Sonderentgelte. Jetzt gab es 62 Fallpauschalen und 141 Sonderentgelte. Die zweite Verordnung von 1995 enthielt wieder Detailänderungen, aber keine Erhöhung der Zahl der Fallpauschalen und Sonderentgelte (BR-Drs. 503/95 1995b). Nach der dritten Verordnung von 1995 gab es 73 Fallpauschalen und 147 Sonderentgelte (BR-Drs. 659/95 1995c). Damit waren ca. 25 bis 30 Prozent der Erlöse der Krankenhäuser über Fallpauschalen und Sonderentgelte finanziert (Tuschen/Trefz 2010: 115).

Die vierte Verordnung vom Oktober 1995 (BR-Drs. 690/95 1995d) führte zur Streichung der 15- und 95-Prozent-Klauseln[29] beim Erlösabzug im Sonderentgelt- und Fallpauschalenbereich. Gleichzeitig wurde der Ausgleich der Erlöse aus Fallpauschalen und Sonderentgelten mit dem Restbudget abgeschafft (§ 11 Abs.

29 Erlösabzüge bei Fallpauschalen und Sonderentgelten gab es nur, wenn die Erlössteigerung mehr als 15 Prozent betrug. Dann wurden 50 Prozent abgezogen. Eine Verrechnung der Erlöse aus dem Fallpauschalen und Sonderentgeltbereich mit den Erlösen des Pflegesatzbereichs zur Ermittlung des Gesamtbudget erfolgte nur zu 95 Prozent.

8 und § 12 Abs. 2 BPflV). Damit wurde mehr von den Erlösen abgezogen, wenn die Budgetobergrenze überschritten wurde. Eine weitere Sparmaßnahme und ein Abbau von Vergünstigungen zur „Erleichterung" der freiwilligen Einführung der Fallpauschalen, die jetzt nicht mehr nötig waren, weil die Einführung obligat war.

Ab 1. Januar 1998 gab es 103 Fallpauschalen und 151 Sonderentgelte. Eine wesentliche Änderung neben weiteren Detailänderungen und der Schließung von Regelungslücken waren weitere Sparauflagen: Der Erlösabzug für Fallpauschalen und Sonderentgelte (s. o.), der eigentlich 1997 beendet sein sollte, wurde bis inklusive 1999 verlängert. Eine weitere Komplizierung musste eingeführt werden: Wenn sich die Fallzahlen im Budgetbereich und im Fallpauschalenbereich gegenläufig entwickelten, wurde der Budgetausgleich zwischen den Bereichen nicht oder nur noch partiell durchgeführt (neuer § 12 Abs. 5 BPflV). Begründung: Es könne „zu einer Doppelfinanzierung oder einer Nichtfinanzierung von Fixkosten kommen, die nicht erwünscht ist" (BR-Drs. 802/97 1997: 52). Das ist die Krux bei allen Versuchen, die Preisbildung voranzutreiben: Es kommt zu immer neuen Fehlsteuerungen und zu Versuchen, das Finanzierungssystem auszunutzen, die man ständig nachkorrigieren muss, was wiederum neue Fehlsteuerungen auslöst. Zusätzlich wurde eine neuer § 15 eingefügt, der die Vereinbarung und Weiterentwicklung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge, einschließlich der Bewertungsrelationen, aus der BPflV herausnahm und in die Hände der Selbstverwaltung auf Bundesebene (Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft) legte. Zum Thema „Geldverdienen durch mehr Markt" wurde auch etwas getan: Ausländische Patient*innen durften ab sofort außerhalb des Budgets abgerechnet werden. Die „Scheich-Kliniken" lassen grüßen.

3.5 Bewertung

Mit der Neuformulierung des §4 KHG war die Beerdigung der Selbstkostendeckung abgeschlossen. Hieß es im KHNG 1984 noch, dass die „vorauskalkulierten Selbstkosten" gedeckt werden müssen, so werden sie jetzt überhaupt nicht mehr erwähnt. Damit erhielten die Pflegesätze – wie auch immer sie aussahen – den Charakter von Preisen (Tages-, Leistungs- bzw. Fallpreise) und sind prinzipiell unabhängig von den Kosten. Zwar waren die „vorauskalkulierten Selbstkosten" nicht die tatsächlichen Selbstkosten, aber sie gingen wenigstens noch in die Pflegesatzverhandlungen als Sachargument ein. Jetzt konnten Krankenhausvergleiche und Kostendämpfungsvorgaben eine wesentliche größere Rolle spielen (siehe § 17 Abs. 1 KHG). Der Preischarakter wurde noch beschränkt durch die Wirkung

der Budgets (s. u.). Gewinne bzw. Verluste waren jetzt uneingeschränkt möglich. Gewinne mussten nicht mehr mit den Kassen geteilt werden (§ 17 Abs. 1 KHG). Über § 4 Abs. 4 der BPflV kam sogar noch ein Verbot hinzu, Gewinne durch Rationalisierungen im nächsten Jahr abzuziehen. Damit sollten die letzten Bedenken der Krankenhäuser ausgeräumt werden, die Gewinnerzielung zu einem zentralen Ziel ihres Geschäftsbetriebs zu machen.

Im Vordergrund der gesetzlichen Änderungen stand die „Sofortbremsung", also die Umwandlung des flexiblen Budgets in ein festes Budget für die Jahre 1993 bis 1995 (§ 17 Abs. 1a KHG und § 4 BPflV). Das bedeutete zum einen, dass die Steigerung der Ausgaben der Kassen für jedes einzelne Krankenhaus an die Einnahmen der Krankenkassen (sogenannte Veränderungsrate – Entwicklung der durchschnittlichen Löhne und Gehälter) gebunden war. Zum anderen bedeutete es, dass bei Mengensteigerungen kein Ausgleich erfolgte.[30] Krankenhäuser, die weniger Patient*innen als bisher behandelten oder die Verweildauern verkürzten, waren die Gewinner. Da sollte den angestrebten Bettenabbau befördern. Krankenhäuser hingegen, die mehr Patient*innen behandelten, erlitten zwangsläufig Verluste, außer sie führten ausgiebigere Rationalisierungen (im Personalbereich) durch – auch das eine gewollte Wirkung.

Im Kern bedeutete ein solches Verfahren, dass das Morbiditäts- bzw. Erkrankungsrisiko von den Krankenkassen auf die Krankenhäuser überging. Das schonte zwar die Beitragssätze, widerspricht aber fundamental den Aufgaben einer solidarischen Krankenversicherung. Auch beim festen Budget blieb es bei den bisherigen Ausnahmenregelungen (durchschnittliche Tarifsteigerungen, krankenhausspezifische Gesetzesregelungen, inklusive Kosten der Pflegepersonalregelung usw.). Diese Ausnahmeregelungen sind noch als gewisses Zugeständnis an die abgeschaffte Selbstkostendeckung zu werten. Sie waren und sind eigentlich zwingend notwendig, um einen Kellertreppeneffekt zu vermeiden und um die Krankenhäuser nicht scharenweise in die Pleite zu treiben. Wenn der Gesetzgeber Entscheidungen trifft, die Kosten verursachen (z. B. die hochnotwendige Pflegepersonalregelung), muss ihre Refinanzierung gewährleistet sein. Im Nachhinein wurden diese Ausnahmeregelungen für das Scheitern des GSG bei der Kostendämpfung verantwortlich gemacht und damit die Notwendigkeit der nächste Gesetzesänderungen begründet.

Ein festes Budget bedeutet auch, dass sowohl Tagespreise als auch Sonderentgelte und Fallpauschalen ihren Preischarakter verlieren. Sie werden zu einem

30 Mit dem KHNG war ja ein 75-Prozent-Ausgleich bei Mehr- bzw. Mindererlösen eingeführt worden.

Verteilungsinstrument des festen Budgets – ähnlich wie bei der Selbstkostendeckung. Gewinne bzw. Verluste sind aber natürlich weiterhin möglich. Bei den flexiblen Budgets vor und nach dem GSG ist dies nicht so. Hier führt die Budgetdeckelung, insbesondere wenn sie auf Landesebene erfolgt (ab 2005 aufgrund des Fallpauschalengesetzes von 2002), zwar zu einem gewissen Preisverfall, aber umgekehrt damit zu einem noch höheren Anreiz, in die Menge zu gehen, um dies auszugleichen. Bei flexiblen Budgets auf Krankenhausebene können immer noch die Fallschwere und die Fallmenge gesteigert werden und es muss nur ein Teil der Erlöse an die Kassen zurückgezahlt werden. Außerdem erhöhen sich die Chancen in den nächsten Verhandlungen, mit den Kassen höhere Fallzahlen und eine höhere Fallschwere durchzusetzen.

Die vorgesehenen Strukturänderungen (vor- und nachstationäre Behandlung und ambulantes Operieren) sind sicherlich grundsätzlich positiv zu beurteilen, problematisch bleiben die vorgesehenen Finanzierungsformen, die im Grundsatz ebenso auf Preisbildung beruhten wie bei den Pflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen. Damit konnten sie eine wirkliche Integration letztlich nicht erreichen, weil weiterhin um Erlöse gestritten und Einnahmequellen abgegrenzt werden mussten und weil man in das neue „Geschäft" nur einstieg, wenn es sich lohnte und nicht, weil es für eine gute Patientenversorgung sinnvoll war. Auch die Pflegepersonalregelung, die aufgrund des hohen Drucks durch den Pflegekräftemangel ihren Weg in das Gesetz fand, ist zu begrüßen, allerdings wurde sie bereits 1996 ausgesetzt und 1997 wieder abgeschafft.

Mit § 17 Abs. 2a KHG wurden ab 1996 Fallpauschalen und pauschalierte Sonderentgelte verpflichtend. (vorher Kann-Regelung). Sie sollten über die Bundespflegesatzverordnung bundeseinheitlich vorgegeben werden und bundeseinheitliche Bewertungsrelationen haben. Für Patient*innen, die nicht über Fallpauschalen abgerechnet wurden, wurden Abteilungspflegesätze und ein Basispflegesatz (nicht ärztlich oder pflegerisch veranlasste Leistungen) vorgeschrieben. Auch das waren jetzt verpflichtende Vorgaben, weil die Kann-Regelungen des KHNG nicht ausreichend umgesetzt wurden. Ziel blieb weiterhin die detailliertere Einsicht in die Kostenstrukturen und die bessere Vergleichbarkeit der Abteilungen und der Krankenhäuser untereinander (Benchmarking), die eine wesentliche Voraussetzung für die Einführung der DRGs waren. Auch mit der bundeseinheitlichen Festlegung der Fallpauschalen und vor allem ihrer Bewertungsrelationen waren schon wesentliche Elemente der späteren DRGs vorweggenommen (DRG-Katalog, Relativgewichte).

Fallpauschalen selbst wurden mit dem GSG noch nicht vorgegeben. Sie sollten mit einer Novellierung der Pflegesatzverordnung im Jahr 1994 folgen (s. u.).

Andererseits wurden Fallpauschalen und Sonderentgelte ab 1993 nicht mehr außerhalb der Budgets vergütet. Sie unterlagen also auch der einnahmeorientierten Budgetobergrenze. Eine Ausnahme galt für Sonderentgelte, die bereits 1992 angewandt wurden. Die Abrechnungsmöglichkeit außerhalb der prospektiven Budgets hatte den Zweck gehabt, einen Anreiz zu schaffen, Fallpauschalen – solange sie freiwillig waren – einzuführen: Mehrleistungen aus Sonderentgelten und Fallpauschalen verursachten bisher keinen Abzug von 25 Prozent der Erlöse (Mehrerlösausgleich). Hier wurde klar dem Kostendämpfungszweck des Gesetzes Rechnung getragen. Andererseits wurden die Fallpauschalen und Sonderentgelte 1996 sowieso Pflicht, sie brauchten keinen Anreiz mehr. Als neuen materiellen Anreiz zur schnellen Einführung der Fallpauschalen diente jetzt die Regelung, dass Krankenhäuser, die die Fallpauschalen schon ein Jahr früher (1995 statt 1996) einführten, im Jahr 1996 von den festen Budgets ausgenommen werden sollten.

Interessant ist auch die Entwicklung der Zweckbestimmung der Finanzierung. Hieß es im KHG von 1972 noch „medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung [...] sichern", war die Formulierung im KHNG 1984 („im medizinisch zweckmäßigen und erforderlichen Umfang") schon zurückgenommen. Jetzt sollten nur noch die „ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen" finanziert werden. Ausreichend bedeutet in Schulnoten eine vier, nicht gerade eine ambitionierte Zielbestimmung für das beste Gesundheitssystem der Welt. („Die Qualität unserer Gesundheitsversorgung steht weltweit an der Spitze" – Horst Seehofer in der Bundestagsdebatte zum GSG; Deutscher Bundestag 1992a: 8987). Auch wenn also die „Sofortbremsung" bei den Ausgaben für Krankenhäuser deutlich im Vordergrund stand, wurde der eingeschlagene Weg in Richtung Markt mit Preisen und Gewinnen/Verlusten konsequent fortgesetzt – genau wie es die neoliberalen Beraterscharen gefordert hatten. Auch der Widerstand innerhalb der Parteien im Bundestag war weiter geschrumpft. Die große „Markt-Koalition" dominierte und die „Markt-Opposition" (Bündnis 90/Die Grünen und PDS/Linke Liste) zeigte sich wenig prinzipienfest, stimmte aber wenigstens dagegen. In der BPflV von 1992 wurden lediglich die Bestimmungen, die schon im neuen KHG enthalten waren, nachgezogen (festes Budget, voller Mehr- und Mindererlösausgleich auch für Fallpauschalen und Sonderentgelte) und die Fallpauschalen in § 6 ergänzt.

Fallpauschalen und Sonderentgelte wurden verpflichtend, genauso wie Abteilungs- und Basispflegesätze. Fallpauschalen vergüteten die gesamten Kosten der Behandlung eines Patienten. Es wurde ein Vorrang von Fallpauschalen vor Sonderentgelten und Pflegesätzen eingeführt (§ 14 Abs. 1 BpflV) Sonderentgelte

wurden bei besonders teuren Leistungen zusätzlich zu den Abteilungs- und Basispflegesätzen gezahlt, unter Abzug von 20 Prozent von den Erlösen aus den Abteilungspflegesätzen. Andererseits gab es immer noch Pflegesätze und alles wurde immer noch durch das Budget (jetzt wieder flexibel) zusammengefasst. Die Erlöse der Sonderentgelte und Fallpauschale mussten einerseits ausgegliedert, dann aber wieder zur Ermittlung des Gesamtbudgets und zur Einhaltung der Budgetobergrenze zusammengefasst werden. Alles extrem komplizierte Verrechnungen. Da es Ausgleichsmechanismen zwischen Fallpauschalen/Sonderentgelten und den restlichen Budgetanteilen gab (§ 11 Abs. 8 und § 12 Abs. 4 BPflV), wirkten die Fallpauschalen immer noch nicht wie völlig eigenständige Preise, sondern waren weiterhin ein Bestandteil des Budgets. Die finanzielle Steuerung fand also immer noch zum Teil über das Budget statt. Da die Erlöse aus den Fallpauschalen und Sonderentgelten mit den restlichen Bestandteilen des Budgets verrechnet wurden, nahmen sie allerdings am (teilweisen) Mehrerlösausgleich teil, das heißt, mehr Fälle lohnten sich trotz Obergrenze dennoch. Damit war die Preiswirkung zwar abgemildert, aber nicht aufgehoben.

Die Bundesregierung schrieb in ihrer Verordnungsbegründung, dass die Budgetanbindung nur für eine Übergangszeit bestehen bleiben sollte. Sie meinte: „Dennoch verbleiben große Anreize und Möglichkeiten zur Gewinnerzielung" und „Ab dem Jahr 1998 gibt es keine Mengenbegrenzung für das einzelne Krankenhaus mehr" (BR-Drs. 381/94 1994: 25). Die Möglichkeiten bestanden darin, dass bei Mengenausweitungen ein (zwar geringerer) Mehrerlös winkte und vor allem dass bei den nächsten Budgetverhandlungen auf die angestiegenen Patientenzahlen verwiesen und mit dieser Begründung die Vereinbarung (und damit „Legalisierung") höherer Fallzahlen durchgesetzt werden konnte. Endziel der Bundesregierung waren laut ihrer eigenen Aussagen weiterhin frei abrechenbare Preise ohne Budgetbindung. Das entspricht der neoliberalen Logik eines Neubauer und Oberender (s. o.): „keine Marktbeschränkungen" und das Gesundheitswesen als „florierender Wirtschaftszweig". Übersehen wird dabei nur, dass dies immense Kostensteigerungen für den Rest des Kapitals und damit erhöhte Beiträge und Lohnnebenkosten nach sich zieht. Wirklich funktionieren kann ein solches Modell nur, wenn die paritätische Finanzierung aufgehoben wäre und die Kosten vollständig durch die Versicherten gezahlt würden oder sie sich eine gute Versorgung eben nicht mehr leisten könnten. Deshalb wurden diese Vorstellungen in der Realität nie ohne eine gewisse Budgetbindung umgesetzt, weil sonst die Kosten noch viel stärker angestiegen wären, als sie es bereits taten (siehe Abbildung 4).

Die Zu- und Abschläge, die bei der Vereinbarung gemäß § 11 Abs. 3 BPflV möglich waren, dienten einerseits (Zuschläge) der Beruhigung derer, die eine

Verschlechterung der Versorgung befürchteten. Andererseits sollten Fachkliniken, die ausschließlich über Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechneten, mit Abzügen belegt werden können. Das Problem der Rosinenpickerei war also offensichtlich auch schon bekannt. In diesem Zusammenhang ist interessant, dass im ursprünglichen Entwurf der Bundesregierung solche Zuschläge bei Verlusten bei jeder einzelnen Fallpauschale möglich waren. Die Länder setzten aber durch, dass solche Zuschläge nur gezahlt wurden, wenn insgesamt ein Verlust drohte, was eindeutig eine Steigerung der finanziellen Risiken bei der Einführung darstellte.

Der eigentliche Kern der neuen Verordnung waren die Anhänge 1 und 2 zu § 11 mit der Liste der Fallpauschalen und Sonderentgelte. Gab es bisher 16 Sonderentgelte (s. o.), die freiwillig vereinbart werden konnten, so waren es jetzt 104 Sonderentgelte, die verpflichtend waren. Es bestand zwar auch schon vorher die Möglichkeit für das einzelne Krankenhaus, Fallpauschalen zu vereinbaren, dies wurde aber faktisch nicht genutzt. Jetzt gab es 40 verpflichtende Fallpauschalen (vgl. BR-Drs. 381/94 1994: 43 ff.). Die Kataloge enthielten bereits genaue Bestimmungen zur Vergütung (Punktwerte getrennt für Personal und Sachmittel, die der Berechnung zugrunde gelegte Verweildauer und eine Grenzverweildauer, ab der zusätzliche Tagesätze abgerechnet werden konnten).

Ein Beispiel: Fallpauschale 12.01 – ICD: Cholecystitis, Cholecystolithiasis, akut – OPS: Cholecystektomie offen chirurgisch – Punkte Personal: 3150 – Punkte Sachmittel: 1850 – Grenzverweildauer: 19 Tage.[31] Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte direkt nach der Verabschiedung des GSG eine „Arbeitsgruppe Entgeltsysteme" sowie eine Expertengruppe ins Leben gerufen unter Beteiligung diverser Forschungsinstitute und Beratungsfirmen. Sie sollten geeignete Fallgruppen definieren und die Bewertungsrelationen kalkulieren. Der zuständige Ministerialbeamte im BMG, Karl Heinz Tuschen, schrieb dazu:

> Zielvorgabe war es, die Fallpauschalen auf der Grundlage von 30 Fällen in jedem beteiligten Modellkrankenhaus zu kalkulieren. In zehn Krankenhäusern unterschiedlicher Größe, Versorgungsstufe und Träger wurden die Kosten erhoben, sodass in der Regel für jede Fallkategorie etwa 300 Einzelerhebungen vorgenommen wurden bei den Sonderentgelten waren es etwa jeweils 20 Fälle in zehn Krankenhäusern. Bei einigen nicht so häufig anfallen Leistungen wurde diese Zielvorgabe nicht erreicht. Bei der Auswahl der Fälle wurde auf einem realitätsnahen Patientenmix geachtet, d. h. es wurden schwere und leichte Fälle einbezogen. Bei der Kalkulation der Entgelte wurde grundsätzlich die Ist-Kosten der Beteiligten Modellkrankenhäuser erfasst.

31 Die Fachausdrücke bedeuten von links nach rechts: Gallenblasensteine, Gallenblasenentzündung, Entfernung der Gallenblase.

> Die nicht-medizinischen und nicht-pflegerischen Kosten, die im Budgetbereich für das Basispflegebudget vergütet werden, wurden in den Fallpauschalen als bundesdurchschnittlicher Basiskostensatz in Höhe von 123 DM je Verweildauertag für das Jahr 1993 zugrunde gelegt. (Tuschen/Trefz 2010: 118)

Das ist nicht gerade eine breite Datenbasis und vermutlich würde sie einer statistischen Prüfung nicht standhalten. Insbesondere die Formulierung „realitätsnaher Patientenmix" lässt aufhorchen. Da geht es darum, dass es sich bei der gleichen Diagnose um sehr unterschiedliche Schweregrade und damit sehr unterschiedlichen Behandlungsaufwände handeln konnte, was die eingeführten Fallpauschalen niemals abbilden konnten. Es wurden also Durchschnittskosten zugrunde gelegt, die in einem Fall zu hohen Gewinnen und im anderen zu hohen Verlusten führen konnten. Die in Preisen angelegte Rosinenpickerei lässt grüßen, aber es ging ja um ein großes Ziel, da sollte man nicht kleinlich sein. In der Begründung der Bundespflegesatzverordnung durch die Bundesregierung heißt es: „Da von der Einführung der Fallpauschalen in den nächsten Jahren eine Verkürzung der Verweildauer von etwa 30 % erwartet wird, wurde in den Bewertungsrelationen bereits eine Verkürzung von 15% berücksichtigt." (BR-Drs. 381/94: 1994 23 f.) Auch das ist bezeichnend. Man prognostiziert eine exorbitante Verweildauerverkürzung und kürzt die Vergütungen schon mal um die Hälfte der vorausgesagten Entwicklung. Tatsächlich dauerte es bis 2007, bis diese Verweildauerverkürzung eingetreten ist (Statistisches Bundesamt o. J.). Außerdem hat eine solche Prognose natürlich auch den Charakter einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung: Man setzt die Krankenhäuser finanziell massiv unter Druck, zwingt sie zu immer schnellerem Durchschleusen von Patient*innen und konstatiert dann als Ergebnis dieses Drucks die vorhergesagte Verweildauerverkürzung (vgl. zum Zusammenhang von Verweildauern und Bettenabbau Böhm 2022).

Die Vergütung für Sonderentgelte wurde bisher individuell für das einzelne Krankenhaus ausgehandelt. Jetzt wurde die Vergütung sowohl der Sonderentgelte als auch der Fallpauschalen auf eine landeseinheitliche Pauschale umgestellt: Die bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen (Punkte) wurden mit dem auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Kassen und der jeweiligen Krankenhausgesellschaft ausgehandelten Punktwerten multipliziert. Der in der BPflV verwendete Punktwert lag 1993 bei 1 DM und war bei den Vereinbarungen auf Landesebene fortzuschreiben. Für das obige Beispiel war die Vergütung also 5.000 DM.

Mit § 17 Abs. 4 BPflV wurden die Anforderungen an die vom Krankenhaus vorzulegenden Daten nochmal erhöht. Es wurde die Krankenhausbuchführungsverordnung entsprechend verschärft und ein neuer umfassender Kosten- und

Leistungsnachweis (Leistungs- und Kalkulationsaufstellung) erlassen. Außerdem wurden mit den neuen §§ 5 und 6 BPflV die Krankenhausvergleiche und die Beitragssatzstabilität explizit auch in die Verordnung aufgenommen. Auch bemerkenswert ist, dass mit zunehmender Ausrichtung auf marktwirtschaftlichen Wettbewerb die gesetzlichen Vorschriften immer komplexer und komplizierter wurden. 1972 umfasste die BPflV sechs Seiten, plus Anlagen (insgesamt 24 Seiten), 1994 waren es 13 Seiten, plus Anlagen (insgesamt 90 Seiten).

4 Das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz) von 1999

4.1 Die öffentliche Debatte im Vorfeld

4.1.1 Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

Zur Ausgabenentwicklung bei den Kassen wurde zunächst richtigerweise und gegen die öffentliche Schuldzuweisung festgestellt: Eine „Kostenexplosion, wie es in der öffentlichen Debatte oft schlagwortartig heißt, kommt darin nicht zum Ausdruck" (BT-Drs. 13/6200 1996a: 242). Obwohl also die wesentliche Begründung für die verlangten Änderungen Richtung mehr Markt nach eigenem Eingeständnis nicht stimmte, änderte das an den Forderungen des Rats nichts. Zwar erfuhr das Gesundheitsstrukturgesetz ein gewisses Lob, aber:

> Das Gesundheils-Strukturgesetz von 1992 folgt erfreulicherweise nicht ausschließlich dem traditionellen Muster der Kostendämpfungsstrategien. Der Gesetzgeber hat vielmehr zum ersten Mal die Möglichkeit eröffnet, daß die Steuerungsmängel wirksam angegangen werden: durch institutionelle Reformen, die den Wettbewerb zum Ordnungsprinzip des Krankenversicherungsmarktes etablieren sollen. [...] Eine verantwortungsbewußte Gesundheitspolitik muß daher energisch handeln und die Bevölkerung mit überzeugenden Reformmaßnahmen darauf einstellen, daß im Gesundheitswesen künftig vieles nicht mehr so sein wird, wie es einmal war. (Ebd.: 244)

Nachdem der Rat sich in seinen Gutachten von 1989 und 1992 (s. o.) schon sehr deutlich für Fallpreise ausgesprochen hatte, steht in diesem Gutachten das neoliberale Gesamttableau im Mittelpunkt, also nichts Geringeres als der Kahlschlag des Solidarsystems Gesundheitsversorgung.

> Das eigentliche Problem Ist nicht, daß die Ausgaben für Gesundheitsleistungen rasch steigen, jedenfalls solange nicht, wie darin die Präferenzen der Bürger zum Ausdruck kommen, die steigende Anteile ihres Einkommens zur Verhütung von Krankheiten und für die Versorgung im Krankheitsfall herzugeben bereit sind und dafür auf anderes verzichten. Der Defekt im System der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt woanders: in der Überregulierung und In der Ausschaltung des marktwirtschaftlichen Allokationsmechanismus. (BT-Drs. 13/6200 1996a: 243)

> Die Wettbewerbsidee ist von ganz zentraler Bedeutung. Sie betrifft den Versicherungsmarkt und den Markt für Gesundheitsleistungen. (Ebd.: 244)

Die „marktwirtschaftliche Allokation" über Wettbewerb war das zentrale Anliegen des Rats. Er ignorierte nur, dass diese Form der Allokation sich nach der kauffähigen Nachfrage richtet und nicht nach dem Bedarf. Weil die kauffähige Nachfrage in aller Regel diametral vom Bedarf an Gesundheitsleistungen abweicht, gibt es die Solidarsysteme, die ja nach einem anderen Grundprinzip funktionieren: Man zahlt nach seinem Einkommen ein und bekommt – unabhängig von der Einzahlung – das heraus, was man benötigt. Wettbewerb steht also in diametralem Widerspruch zu den Solidarsystemen. Wer die Solidarsysteme überwinden und neue Bereiche für die kapitalistischen Wirtschaft erschließen will, braucht den Wettbewerb. Ein interessanter Aspekt ist: Hohe Ausgaben sind kein Problem, solange sie die Versicherten selbst zahlen und nicht das Kapital. In dieser Aussage kommt das zentrale Problem zum Ausdruck, dass die paritätische Finanzierung ein Hemmschuh für die Entwicklung des „Wirtschaftsbereichs Gesundheit" ist. Solange das Kapital mit bezahlen muss, hat es kein Interesse an hohen Kosten und Profiten im Gesundheitsbereich. Das würde sich schlagartig ändern, wenn die Kosten für Gesundheit privatisiert, also auf die Versicherten abgewälzt werden könnten. Diesem Problem widmete sich ein großer Teil der Vorschläge des Rats. Er plädierte für:

- Aufhebung des Sachleistungsprinzips (d. h., Patient*innen sollen ihre Rechnungen zunächst selbst zahlen und bekommen dann ggf. von der Kasse etwas zurück; ebd.: 243);
- Zuzahlung zur Stärkung der Eigenverantwortung, nach dem Motto, dass man ja nicht gleich stirbt, wenn man auf Leistungen verzichten muss (ebd.: 245);
- Leistungswettbewerb der Krankenkassen mit verschiedenen Versicherungsangeboten (ebd.);
- Abschaffung der einkommensabhängigen Beiträge zur Krankenkasse und Umstieg auf das sogenannte Äquivalenzprinzip (d. h., die Beitragssätze richten sich wie in der privaten Versicherung nach dem individuellen Risiko) (ebd.);
- höhere Beitragssätze bei riskantem Lebensstil (Verursacherprinzip) (ebd.: 248);
- Beschränkung der Kassenleistung nur noch auf Grundleistungen, alles Weitere muss zugekauft werden (ebd.);
- Abschaffung oder zumindest Einfrieren des Arbeitgeberanteils (ebd.: 249);
- völlige Abschaffung der gesetzlichen Kassen zugunsten privater Pflichtversicherungen (ebd. 250 ff.).

Speziell zur Krankenhausfinanzierung darf das schon hinlänglich bekannte Mantra nicht fehlen:

Gegenüber den Leistungserbringern sollte den Kassen die vollständige Vertragsfreiheit eingeräumt werden. [...] Im stationären Bereich würde es darum gehen, daß die Krankenkassen mit den Krankenhäusern Versorgungsverträge abschließen oder selbst Krankenhäuser in eigener Regie betreiben können, was allerdings den Übergang zum monistischen Prinzip bei der Krankenhausfinanzierung voraussetzt. (Ebd.: 248 f.)

4.1.2 Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Sondergutachten 1995

396. [...] Die Umstrukturierung der Krankenhausvergütung zielt darauf ab, eine leistungsgerechte Vergütung über einen geregelten Wettbewerb zu erreichen. Auch dieser garantiert nicht, daß die Krankenhausausgaben den Einnahmen der Kassen folgen, aber eine Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung im Krankenhaus läßt sich über wettbewerbliche Instrumentarien besser erreichen als über staatliche Regulierungen. Die Flexibilisierung der Vertragsbeziehungen ist hierzu ein wichtiger Baustein. [...]

402. Auch in der Zukunft sollen im Bereich der Akutversorgung einheitlich und gemeinsam die zu vergütenden Leistungseinheiten (Fallgruppen, Leistungskomplexe, Abteilungspflegetage, ambulante Operationskataloge) definiert werden. Für die inhaltliche Definition von Leistungseinheiten ist ein bundesweites einheitliches Vorgehen erforderlich. [...] Hierzu zählt insbesondere ein bundesweit einheitlicher Diagnose- und Prozedurenschlüssel. [...]

404. Eine konsequente Weiterentwicklung hin zu einer monistischen Finanzierung, wie sie im GSG bereits angelegt ist, hilft die Krankenhäuser flexibler zu machen. In Deutschland fehlt nämlich nicht das Kapital für Investitionen an sich, sondern die Länder sind nicht bereit, genügend Steuermittel bereitzustellen, weil sie andere Prioritäten setzen. [...] Hindernisse für eine Flexibilisierung bilden auch die vorgegebenen Personalanhaltszahlen und die Pflegepersonalregelung. Diese Regelungen zementieren in Anlehnung an das durch das GSG abgeschaffte Selbstkostendeckungsprinzip Kostenstrukturen, die sich erst im Wettbewerb bewähren müßten. Eine leistungsbezogene Vergütung muß ihre Berechtigung von der Art und Schwere der Patientenbehandlung ableiten und sich dem Vergleich mit anderen Krankenhäusern stellen. [...]

405. Kurzfristig sollte den Krankenkassen im Vergütungsbereich das Recht eingeräumt werden, eigene Vergütungsvereinbarungen mit einzelnen Krankenhäusern zu treffen. Dabei sollten die gemeinsam pro Haus bzw. pro Land ausgehandelten Vergütungen als Höchstpreise gelten, die durch gezielte Verträge von einzelnen Krankenkassen unterschritten werden dürfen. Krankenhäuser könnten hierzu dann bereit sein, wenn Kassen ihre Patienten vermehrt in ein solches Krankenhaus lenken. Damit ändern die gemeinsamen Vergütungsverhandlungen ihren Charakter: Sie werden Rahmenverträge. [...]

406. Mittelfristig sollten die Krankenkassen im Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte das Recht erhalten, Preise dezentral und direkt ohne Bezug auf Bewertungspunkte auszuhandeln. (Sachverständigenrat 1995: 126/127)

Es waren immer wieder die gleichen Forderungen, die der Rat gebetsmühlenartig wiederholte: wettbewerbliches Instrumentarium, Flexibilisierung der Vertragsbeziehung, Monistik. Andererseits machte er sich auch sehr konkrete Gedanken, zum Beispiel, dass für bundeseinheitliche Preise ein einheitlicher Diagnosen- und Prozedurenschlüssel nötig sei. Die Bundesregierung hat diese Anforderung bereits mit der 3. Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung für 1996 umgesetzt (s. o.) und seither ständig ausgebaut. Der Vorschlag, die ausgehandelten Vergütungen als Höchstpreise auszugestalten, von denen einzelne Kassen abweichen können, zeugt vom unbedingten Willen, die Krankenhäuser noch mehr in Konkurrenz zueinander zu stellen und den Kassen Vorteile bei den Preisverhandlungen zu verschaffen. Da die weitere Entwicklung in Richtung einheitliche Festpreise auf Bundesebene ging, wurde dies nicht aufgegriffen. Ein Grund könnte sein, dass die einheitlichen Festpreise den Vorteil haben, dass sie auf örtlicher Ebene durch konkrete Verhandlungen nicht mehr angreifbar sind und so die Argumentation mit den tatsächlichen Kosten unterbinden. Vielleicht schien den politisch Verantwortlichen die Idee frei verhandelbarer „Marktpreise" doch ein zu großer Schritt zu sein.

Sondergutachten 1996

Erneut macht der Rat einen Vorstoß in Richtung frei verhandelbarer Marktpreise und Monistik. Wichtiger: Erstmals wird das hohe Lied der Privatisierungen gesungen.

283. Im Zusammenhang mit der Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven wird häufig die Ansicht vertreten, eine Privatisierung im Gesundheitswesen stelle eine wichtige ordnungspolitische Alternative dar. Bei grundsätzlicher Betrachtung ist eine Privatisierung von Staatsaufgaben und Staatseigentum angesichts der Finanzlage und der Standortprobleme der Bundesrepublik tatsächlich eine wichtige wirtschaftspolitische Herausforderung. Unter Beachtung des Subsidiaritätsprinzipes gilt es zu vermeiden, daß der Staat Aufgaben erfüllt, die von Privaten gleich gut oder sogar schneller, billiger und nachfragegerechter wahrgenommen werden können. Oft werden öffentliche Unternehmen durch Marktzugangsbeschränkungen vor privater Konkurrenz geschützt oder stark subventioniert, so daß schon eine entsprechende Deregulierung zu den Voraussetzungen einer erfolgreichen Privatisierung gehört. Aktuelle Beispiele in diesem Bereich sind die Bahnreform, die Poststrukturreform und die Marktöffnung in der Stromwirtschaft. Auch im kommunalen Bereich wird ein großes Privatisierungspotential gesehen."

284. Das Gesundheitswesen ist bisher nur am Rande und vereinzelt in die Diskussion über eine private Leistungserbringung einbezogen worden, obwohl es sich um einen stark regulierten Wirtschaftsbereich handelt. [...] Da das Gesundheitswesen aus sehr unterschiedlichen Sektoren besteht, muß die Analyse einer privaten Leistungserbringung nach einzelnen Bereichen getrennt erfolgen und nach Privatisierung und nach Deregulierung unterscheiden.
289. Im Krankenhaussektor ist insofern kein freier Marktzutritt möglich, als die Anzahl und die Art der Krankenhäuser einer staatlichen Bedarfsplanung unterliegen. Zwar besteht für private Krankenhausträger prinzipiell die Möglichkeit einer Genehmigung zur Errichtung eines neuen Krankenhauses. Die Aufnahme privater Investoren in den staatlichen Krankenhausplan wird aber zurückhaltend praktiziert. Auch die duale Finanzierung kommt einer Markteintrittsbarriere gleich, da die privaten viel konsequenter als die meisten öffentlichen Krankenhäuser auch ihre Investitionskosten selbst erwirtschaften müssen.
290. Mit der Einführung eines leistungsorientierten Entgeltsystems für Krankenhausleistungen durch das GSG und der damit verbundenen Möglichkeit zur Erzielung von Gewinnen wurden im Krankenhaussektor verstärkt privatwirtschaftliche Elemente eingeführt. Wenn auch die Forderung nach einem monistischen Finanzierungssystem schrittweise realisiert wird, wäre auch für private Krankenhäuser mehr Wettbewerbsgleichheit hergestellt. Darüber hinaus kann eine betriebswirtschaftliche Führung in Krankenhäusern erhebliche Effizienzverbesserungen erzielen. Eine weitere Überführung von Krankenhäusern kommunaler Eigenbetriebe in GmbH'en trüge hierzu bei.
291. Unabhängig von der Finanzierungsform der Krankenhäuser bestehen mögliche Wirtschaftlichkeitsverbesserungen in der Ausgliederung bestimmter Leistungen, wie z.B. Laborleistungen, Verpflegungs- und Wäschereidienst, in den privaten Sektor. (Sachverständigenrat 1997: 206 ff.)

Dem neoliberalen Mainstream folgend wurde unter dem Schlachtruf der Deregulierung der Rückzug des Staates (nicht nur) aus dem Gesundheitswesen gefordert. Sehr richtig wurde der Zusammenhang zwischen Gewinnmöglichkeiten und dem Einstieg privaten Kapitals in diesen neuen Markt konstatiert. Auch wenn nachweisbar ist, dass die Privaten weder billiger noch besser sind (vgl. hierzu Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020: Kap. I.11), wurde ihr vermehrtes Engagement propagiert. Ihre Probleme beim „Markteintritt" wurden vom Rat deutlich überschätzt. Die Privaten haben keine Anträge auf Planaufnahme gestellt, sie haben den klammen und dazu auch leider zu sehr bereiten Kommunen ihre Häuser einfach abgekauft. Die Gewinnerzielungsabsicht und die Ermöglichung von Gewinnen wurden in Übereinstimmung gebracht. Den kommunalen Betreibern, die nicht verkauften, wurde dann wenigstens die Umwandlung in private Rechtsformen (GmbHs) und die Privatisierung von Teilbereichen (vorzugsweise Reinigung und Küchen) empfohlen. Auch dahinter steckte ein klarer Plan: In GmbHs lässt sich das Primat der Ökonomen wesentlich ungestörter

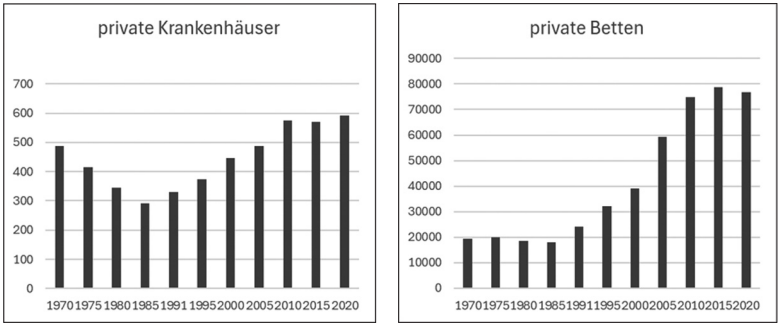
durchsetzen als in Eigenbetrieben, die der öffentlichen Kontrolle (Gemeinderat) deutlich stärker unterliegen. Die Privatisierung von Teilbereichen ist quasi die kleine Schwester des Verkaufs von öffentlichem Eigentum. Auch hierdurch werden große Teile öffentlicher Einrichtungen dem privaten Gewinnstreben unterworfen, Arbeitsbedingungen verschlechtert und Kostendumping vorangetrieben. Und das alles noch speziell im Bereich von Frauenarbeitsplätzen und auf dem Rücken der Schwächsten. Oberstes Ziel aller dieser Vorschläge ist es, die unmittelbare Einflusssphäre des Kapitals auszudehnen, immer mehr Bereiche der Gesellschaft dem Gewinnstreben zu öffnen und so neue Kapitalmärkte zu schaffen. Schließlich geht es dabei um riesige Summen. Wie die nachfolgende Tabelle und die nachfolgenden Abbildungen zeigen, war dieser Umwandlungsprozess sehr erfolgreich.

Tabelle 2: Entwicklung der Trägeranteile an Akut- bzw. Allgemein-Krankenhäusern seit 1970

Akut-KHs/Allg. KHs	1970	1975	1980	1985	1991	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Häuser	2441	2260	1991	1825	2164	2081	2003	1846	1758	1619	1558
öffentlich	*953*	*929*	*845*	*786*	*996*	*863*	*744*	*647*	*539*	*483*	*456*
FGN/Kirche	*1000*	*917*	*802*	*748*	*838*	*845*	*813*	*712*	*644*	*567*	*511*
privat	*488*	*414*	*344*	*291*	*330*	*373*	*446*	*487*	*575*	*569*	*591*
Betten	457004	489756	476652	462124	598073	564624	523114	484955	462457	453842	427335
öffentlich	*241655*	*264418*	*262228*	*252733*	*367198*	*319999*	*283537*	*249760*	*223385*	*217827*	*206748*
FGN/Kirche	*195869*	*205446*	*195796*	*191522*	*206873*	*212459*	*200611*	*175906*	*164337*	*157406*	*143917*
privat	*19480*	*19892*	*18628*	*17869*	*24002*	*32166*	*38966*	*59289*	*74735*	*78609*	*76670*

Quelle: Destatis Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge

Abbildung 3: Entwicklung private Krankenhäuser und Betten, 1970–2020



Quelle: Destatis Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge

599 [...] Ziel ist es, die Vergütung der Leistungserbringer so auszugestalten, daß sie Anreize zu mehr Ergebnisorientierung (positive interne Effekte) setzt. Auf diesem Wege kann die Vergütung zur Erhöhung von Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen beitragen. Die Suche nach Ansätzen zur Versorgungsoptimierung über die Vergütung folgt dem Verständnis, daß „die Strukturen (weitgehend) der Vergütung folgen." [...]

601 [...] Eine ergebnisorientierte Vergütung schafft die Voraussetzung für einen mehr auf Effektivität und Effizienz zielenden Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Das Ergebnis der erbrachten Leistungen wird tendenziell Grundlage für die Vergütung der Leistungserbringer und zu einem Wettbewerbsparameter für Leistungserbringer und Versicherungen. Die Etablierung von Elementen eines ergebnisorientierten Vergütungssystems ist zentral für den Erfolg eines ergebnisorientierten Versorgungssystems.

613 [...] Die Krankenversicherungen sind an Ergebnisinformation vor allem dann interessiert, wenn sie selektiv mit den Erbringern Verträge abschließen oder zumindest selektive Preise zahlen können. [...]

614. In Deutschland sind den Krankenversicherungen selektive Verträge weitgehend verwehrt. [...] Für die Krankenhausversorgung haben die Krankenkassen zwar die Möglichkeit, Krankenhäuser zu kündigen, sofern sie nicht bedarfsgerecht sind, doch ist eine Kündigung immer noch von der Zustimmung der Landesbehörden abhängig. Eine Kündigung könnte freilich aussichtsreicher durchgesetzt werden, wenn die Leistungsergebnisse die Argumentation stützen.

623. Andererseits kann eine ergebnisorientierte Vergütung auch an den medizinischen Ergebnissen ansetzen. Überdurchschnittlich gute Ergebnisse könnten über ein Bonussystem belohnt werden. Die Konsequenzen von Meß- und Bewertungsproblemen müssen dabei jedoch berücksichtigt werden. Nutzbar sind die Erfahrungen bei der Implementierung finanzieller Anreize in anderen Ländern, insbesondere in den USA. [...]

654. Die Berücksichtigung medizinischer Leistungsergebnisse in der Vergütung der Krankenhäuser muß auf die Behandlungsschwere und die Behandlungsergebnisse abstellen. Bezogen auf die Behandlungsschwere gibt es bislang nur wenig befriedigende Maßstäbe (...). Am ehesten kann hierbei eine konsequente Zuordnung der Patienten zu Fallgruppen befriedigen, die ihrerseits eine weitere Untergliederung nach Schweregrade vorsehen sollte. [...]

655. Technisch leichter zu verwirklichen, aber schwerer durchzusetzen ist es, Behandlungsergebnisse der Krankenhäuser der Öffentlichkeit (insbesondere den Patienten und den einweisenden Ärzten) zugänglich zu machen. Löst dies entsprechende Wanderbewegungen der Patienten aus, wird auf relativ elegante Weise eine ergebnisorientierte Vergütung der Krankenhäuser erreicht, sofern eine konsequente fallbezogene Vergütung realisiert ist. Hier könnten in Deutschland schon sehr bald entsprechende Informationen und damit Leistungstransparenz für ausgewählte Behandlungen verfügbar sein. Auch den Krankenkassen sollte die Möglichkeit gegeben werden, ihre Versicherten entsprechend zu informieren. Damit würden

> zugleich auch den Medien mehr seriöse Informationen zufließen. Letztlich sollte den Krankenkassen auch die Möglichkeit offenstehen, bei massiven Qualitätsdefiziten die Versorgungsverträge gezielt nach Abteilungen zu kündigen.
> 656. Ergebnisorientierte Vergütung sollte auch in der Konsequenz verstärkt in den Krankenhäusern selbst Anwendung finden. Es müßten sich die Ergebnisfaktoren, welche die Erträge der Krankenhäuser extern bestimmen, auch auf die Vergütung der Beschäftigten intern auswirken, womit eine konsistente Anreizstruktur erreicht wird. Dies könnte auch ein erster Schritt dazu sein, die Vergütung der leitenden Ärzte auf eine neue Basis zu stellen. (Sachverständigenrat 1997: 599)

„Die Strukturen folgen der Vergütung" – genau das ist das Problem und der wesentliche Unterschied zu einer sachgerechten Steuerung der Daseinsvorsorge. Eigentlich müsste es umgekehrt sein. Ich entscheide, was notwendig ist (Bedarfsermittlung), lege die Strukturen fest (Bedarfsplanung) und stelle dann die hierzu notwendigen Mittel zur Verfügung (vgl. hierzu Exkurs 4 „Charakteristika der Daseinsvorsorge" auf S. 114 ff.). Nachdem die Fallpauschalen im Prinzip durchgesetzt sind, geht der Rat in seinem 97er-Gutachten den nächsten Schritt: Festpreise reichen nicht mehr, es sollen ergebnisabhängige Preise sein – neudeutsch *pay for performance* (P4P). Das wäre eine „elegante Lösung", wenn Häuser so geschlossen werden könnten – vermeintlich ohne staatliche Eingriffe. Schließungsdebatten könnten verhindert werden. Alles selbstverständlich verbunden mit dem Recht der Kassen, nur noch mit den Krankenhäusern Verträge abzuschließen, die auch gut „performen".

Einmal abgesehen von der Schwierigkeit, Behandlungsergebnisse wissenschaftlich sauber zu ermitteln (vgl. hierzu Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020: Kap. I.6), ist es absolut sinnfrei, bedarfsnotwendigen Krankenhäusern den Geldhahn zuzudrehen, wenn sie tatsächlich eine schlechte Qualität aufweisen. Ertüchtigung zu besserer Qualität wäre die richtige Alternative. Aber das wäre dann ja wieder Sachsteuerung statt finanzieller Steuerung. Stattdessen wird darauf gesetzt, dass die Veröffentlichung und das Benchmarking von Behandlungsergebnissen zu einer Abstimmung mit den Füssen führen und die entsprechenden Krankenhäuser vom Markt verschwinden, gegebenenfalls mit etwas Nachhilfe durch die Vertragsfreiheit und das Kündigungsrecht der Kassen. Aber: Wenn das Haus bedarfsnotwendig ist, entsteht eine Versorgungslücke, die sich in einer schlechteren Versorgung der Bevölkerung (insbesondere in ländlichen Gebieten) niederschlägt. Durch Geldentzug wird die Qualität sicherlich nicht besser. Umgekehrt wäre es notwendig, solche Häuser in die Lage zu versetzen, eine gute Qualität bieten zu können.

Hier wird erstmalig das Thema Qualität zur Begründung von Schließungen eingeführt und auf dessen Wert für die Durchsetzung und Legitimierung von

Abbauplänen in der Öffentlichkeit erkannt. Mit Qualität zu argumentieren ist ebenfalls eleganter, als auf Kostendämpfungsnotwendigkeiten zu verweisen. Alles geschieht ja nur aus Sorge um die Qualität und um das Wohl der Patient*innen. Die vom Rat geplanten Szenarien haben offensichtliche Parallelen zur aktuellen Lauterbach'schen Gesundheitsreform (Krankenhausversorgungsverbesserungs- und Transparenzgesetz), wo auch Qualitätsargumente und Patienteninteressen vorgeschoben werden, um eine massive Strukturbereinigung durchzuführen.[1] Ebenfalls konsequent ist die Durchdeklination der finanziellen Anreize auf das Innere der Krankenhäuser. Auch die Beschäftigten (zumindest die leitenden) sollen durch Boni eingebunden werden. Die Einführung der DRGs hat dieses Bestechungssystem dann tatsächlich auf die Spitze getrieben. Hierdurch konnte dann sogar der Einzelne von Mengenausweitungen, Kosteneinsparung, Patientenselektion und Gewinnerzielung profitieren – alles genau wie in der restlichen Wirtschaft.

Exkurs 4: Charakteristika Daseinsvorsorge

Will man die Wirkungen eines Preissystems wie der Fallpauschalen (DRGs) auf die Daseinsvorsorge bewerten, muss man sich ihre Charakteristika verdeutlichen:

1. Einrichtungen der Daseinsvorsorge beziehen sich auf die Grundbedürfnisse und Grundrechte der Menschen.
2. Sie machen sich am tatsächlichen Bedarf der Menschen fest und nicht wie das restliche Wirtschaftssystem an der kauffähigen Nachfrage.
3. Sie beinhalten auch ein Element der Umverteilung: Man zahlt (zumindest in der Tendenz) entsprechend seiner finanziellen Leistungsfähigkeit ein und nicht entsprechend dem individuellen Nutzen.
4. Sie setzen immer auf Inklusion, d. h. auf Einbeziehung aller und nicht auf Ausschluss von Einzelnen oder ganzen Gruppen.
5. Sie werden unter politischer Kontrolle betrieben, gehören also zum öffentlichen Raum und nicht zum Bereich des privaten Wirtschaftens unter Ausschluss der Öffentlichkeit.
6. Sie haben einen anderen inneren Aufbau, andere Steuerungscharakteristika (Bedarfssteuerung) und auch eine Standardsetzungsfunktion für die allgemeinen Arbeitsbedingungen.

---

1 Näheres siehe Bewertungen der Kommissionsvorschläge und des KHVVG unter: https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/.

Aufgrund dieser Charakteristika ergibt sich unmittelbar ihre Bedeutung für die Gesellschaft: Sie sichern – unabhängig vom sozialen Status – die Grundbedürfnisse. Sie ermöglichen auch den unteren Schichten die Wahrnehmung von Grundrechten. Sie stellen ein solidarisches Element des Ausgleichs und der Umverteilung dar, das in dieser Gesellschaft, die ständig und immer größere Ungleichheit produziert, bitter nötig ist. Mit einem Satz: Sie schützen die Schwachen. Dies gilt aber nur, wenn ihre innere Struktur, ihre Finanzausstattung und ihre Steuerung dies auch zulassen, wenn der Bedarf und nicht das Geld Maßstab für die Aufgabenerfüllung ist.

Betrachtet man die bisherigen Erfahrungen mit einer Wettbewerbsordnung in Bezug auf Solidarsysteme, sind erhebliche Zweifel angebracht, ob der Markt es wirklich „richten wird". Gegen Markt und Wettbewerb als Steuerungsinstrument sprechen die praktischen Erfahrungen und die folgenden grundsätzlichen Überlegungen:

- Marktsteuerung macht sich primär nicht am Bedarf fest, sondern an der zahlungsfähigen Nachfrage.
- Eine Übereinstimmung zwischen medizinischem Bedarf und zahlungsfähiger Nachfrage gibt es nur zufällig.
- Im Normalfall klaffen Bedarf und zahlungsfähige Nachfrage zumindest in Bezug auf Gesundheit und Sozialleistungen deutlich auseinander.

Marktsteuerung führt zu einer deutlichen Unterversorgung in all den Bereichen und für all die Menschen, die nicht die notwendigen finanziellen Mittel, aber einen hohen Bedarf an Gesundheitsversorgung haben – also zur Patientenselektion, zur Exklusion. Auf der anderen Seite führt Marksteuerung zu Überversorgung und Verschwendung überall dort, wo Geld zu machen ist und wo eine zahlungsfähige Nachfrage besteht. Verschwendung ist aber auch der aberwitzige Aufwand, der zwischenzeitlich getrieben werden muss, um die Preise für die jeweilige Behandlung zu ermitteln, zu begründen, zu überwachen, in Rechnung zu stellen, vonseiten der Krankenkassen nochmal zu überprüfen, Einsprüche der Kassen zurückzuweisen usw. Einerseits nimmt die Arbeitsbelastung der Ärzt*innen und Pflegekräfte durch Verwaltungsaufgaben massiv zu und sie haben noch weniger Zeit für die Patient*innen. Andererseits müssen Legionen von Medizinischen Dokumentationsassistent*innen, Medizincontrollern, normalen Controllern, ein Medizinischer Dienst der Krankenkassen und gar ein ganzes Bundesinstitut zur Berechnung der Preise finanziert werden – Gelder, die alle von der Patientenversorgung abgehen.

Durch die Tatsache, dass jede Abteilung und jeder Bereich budgetiert wird und alle Kosten gegeneinander verrechnet werden (sogenannte Profit Center), entsteht

auch innerhalb der Kliniken ein Mechanismus der Konkurrenz. Beschäftigte sollen nicht mehr solidarisch handeln, sich gegenseitig nicht als Kolleg*innen, sondern als Kund*innen sehen. Jede Leistung wird dem anderen in Rechnung gestellt. Unterstützung oder Hilfe ist nicht mehr angesagt, außer man kann sie in Minuten abrechnen. Auch hier wird versucht, menschliche Beziehungen in Warenbeziehungen umzuwandeln.

Das Problem ist, dass die Implementierung der Marktsteuerung zur inneren Aushöhlung der Einrichtungen der Daseinsvorsorge führt. Sie mutieren zu Wirtschaftsunternehmen und verlieren ihren Wert für die Menschen, insbesondere für die sozial Schwachen. Das gilt dann auch für die Krankenhäuser, die in öffentlicher Trägerschaft sind. Auch sie können sich „bei Strafe des Untergangs" diesen ökonomischen Zwangsgesetzen nicht entziehen. Zudem ist die Marktsteuerung die Vorstufe und Voraussetzung für die Privatisierung. Ohne Gewinnmöglichkeit kein wirtschaftliches Interesse des Kapitals.

Daseinsvorsorge darf also nicht über Preise gesteuert werden, wenn man sie erhalten und ausbauen will. Finanzielle Steuerung ist hier obsolet, genauso wie die Möglichkeit, Gewinne zu erzielen. Die adäquate Steuerungsform ist die Sachsteuerung. Sachsteuerung bedeutet, dass zunächst festgelegt wird, was notwendig ist und dann das Notwendige getan und auch finanziert wird. Gewinne sind verboten. Die Einführung einer regional gegliederten, integrierten Bedarfsplanung unter demokratischer Beteiligung aller Betroffenen ist die Basis jeder Sachsteuerung, genauso wie die Finanzierung aller Investitionskosten durch den Staat. Konsequenz ist dann auch die Trennung der Leistungserbringung von der Vergütung der Leistungserbringer (Selbstkostendeckung für Krankenhäuser und Festgehalt auch für ambulant tätige Ärzt*innen). Dies ist die konsequente Umsetzung der Forderung „Gesundheit ist keine Ware".

4.2 Die Gesetzesvorgeschichte

Mit den Gesetzen der sogenannten dritten Stufe der Gesundheitsreform erfolgten keine direkten Änderungen bei der Einführung der Fallpauschalen, aber der finanzielle Druck auf die Krankenhäuser wurde nochmals deutlich verschärft. Neben dem eigentlichen Zweck der Kostendämpfung zur Stabilisierung der Beitragsätze und Lohnnebenkosten kann man sicherlich davon ausgehen, dass letzte Widerstände gegen eine völlige Umgestaltung der Krankenhausfinanzierung damit beseitigt werden sollten – oder wie es in der Gesetzesbegründung zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz heißt: „Die Erfahrungen aus der Vergangenheit zeigen, daß nur eine Politik des knappen Geldes dazu führen wird, daß die vor-

handenen Steuerungspotentiale aktiviert werden." Die Änderungen in Bezug auf die Krankenhausfinanzierung werden hier kurz zusammenfassend dargestellt.

4.2.1 Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996[2]

Mit diesem Gesetz, das erst im April 1996 verabschiedet wurde, erfolgte rückwirkend für 1996 eine zweite „Sofortbremsung", gültig für ein Jahr. Das „feste Budget" wurde also fortgesetzt und der Gesamtbetrag der Erlöse 1996 auf die Erlöse des letzten Jahres, plus lineare Tarifsteigerungen, fixiert. Linear war neu und bedeutete, dass strukturelle Änderungen oder Fest- bzw. Sockelbeträge nicht berücksichtigt werden durften. Die Ausnahmetatbestände von der Obergrenze wurden eingeschränkt. Regelungen zu Fallpauschalen enthielt das Gesetz nicht. In der Folge wurde auch die Umsetzung der Pflegepersonalregelung für 1996 ausgesetzt, um sie dann 1997 mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz ganz außer Kraft zu setzen.

4.2.2 Beitragsentlastungsgesetz 1996[3]

Neben weiteren Leistungskürzungen für die Versicherten wurde der § 17a des KHG geändert:

> Die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 18 Abs. 2) sind verpflichtet, durch entsprechende Bemessung des Budgets nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung sicherzustellen, daß Fehlbelegungen abgebaut werden; dabei ist für die Jahre 1997 bis 1999 jeweils mindestens 1 vom Hundert des um Ausgleiche und Zuschläge bereinigten Budgetbetrags, wie er ohne Abzug für Fehlbelegungen vereinbart würde, abzuziehen. Bei Fallpauschalen und Sonderentgelten nach§ 11 der Bundespflegesatzverordnung wird in den Jahren 1997 bis 1999 der Rechnungsbetrag um 1 vom Hundert gekürzt.

In der öffentlichen Diskussion wurde eine erhebliche Fehlbelegung behauptet. Die Ursachen (mangelnde Pflegeheimplätze, mangelnde Finanzierung der Pflege in der erst 1995 eingeführten Pflegeversicherung, „Teilkaskoprinzip") wurden von offizieller Seite nicht thematisiert. Durch die gesetzliche Änderung wurden jedem Krankenhaus – unabhängig davon, ob bei ihm eine Fehlbelegung nachgewiesen war – ein pauschaler Abzug bei den Erlösen auferlegt. Auch das war eine gezielte willkürliche Kostendämpfungsmaßnahme.

---

2 Bundesgesetzblatt1996 Nr. 24, S. 654 ff.

3 Bundesgesetzblatt 1996, Nr. 55, S. 1631 ff.

4.2.3 Zweites GKV-Neuordnungsgesetz 1997[4]

Eine wesentliche Änderung waren die erweiterten Aufgaben der Selbstverwaltung auf Bundesebene (Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft). Ein Teil dessen, was bisher per Gesetz oder Bundespflegesatzverordnung geregelt war, sollte jetzt auf Bundesebene von der Selbstverwaltung erledigt werden. Dazu zählte zum Beispiel, dass die jährlichen Veränderungsraten zum Erreichen der Beitragssatzstabilität vereinbart und nicht länger vom BMG festgelegt werden sollten. Auch der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalog wurde aus der Bundespflegesatzverordnung herausgenommen und durch eine Vereinbarung der Selbstverwaltung auf Bundesebene (ggf. mit Schiedsstellenentscheidung) ersetzt. Dabei wird die Absicht, das gesamte Finanzierungssystem der Krankenhäuser auf Fallpauschalen umzustellen, durch eine Änderung des KHG § 17 Abs. 2a nochmals betont:

> Für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen sind schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen einzuführen, die der Abrechnung von Krankenhausleistungen spätestens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen sind. Die Entgelte werden bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 bestimmt. Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1998 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung.[5]

Dies ist – noch unter Seehofer – die erste gesetzliche Fixierung dieses Ziels der Gesamtumstellung. Bei der Budgetierung wurde zu den Regelungen vor den Sofortbremsungen zurückgekehrt, nur um sie ein Jahr später erneut aufzuheben (s. u.). Es galt also wieder das flexible Budget, bei dem Mehr- und Mindererlöse mit einem bestimmten Prozentsatz ausgeglichen wurden. Allerdings wurden die Ausgleiche zuungunsten der Krankenhäuser abgesenkt: Bei höheren Fallpauschalen-Erlösen als vereinbart sind jetzt 75 Prozent (statt bisher 50 Prozent) an die Kassen zurückzuzahlen. Zum Budgetbereich heißt es in der Gesetzesbegründung:

> Die Ausgleichsrate für Mindererlöse wird von 75 auf 50 Prozent herabgesetzt; dies entspricht den inzwischen größeren Anpassungsmöglichkeiten der Krankenhäuser an eine rückläufige Belegung. Für Mehrerlöse gegenüber dem prospektiv mit den Krankenkassen vereinbarten Budget wird eine gestaffelte Regelung vorgegeben (bisher einheitlich 75 Prozent). Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 Prozent der vereinbarten

4 Bundesgesetzblatt 1997, Nr. 42, S. 1518 ff.

5 Ebd., S. 1531.

> Erlöse sind zu 85 Prozent zurückzuzahlen; darüber hinausgehende Mehrerlöse zu 90 Prozent. Überschreitungen der Pflegesatzvereinbarungen werden somit stärker begrenzt. (BT-Drs. 13/6087 1996b: 34)

Man könnte sarkastisch anmerken: Wenn man auf Preise setzt und Gewinne ermöglicht, muss man sich eigentlich nicht wundern, wenn die Leistungsmengen ausgedehnt werden. Die Gegenmaßnahmen waren damals und sind heute Stückwerk – die Geister, die ich rief …

Ein weiterer interessanter Aspekt ist, dass mit dem Gesetz den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt wurde, mit einzelnen Krankenhäusern Vereinbarungen über „Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung" zu schließen. Diese durften ausdrücklich auch die Finanzierung betreffen und setzten dann die Regelungen des KHG und der BPflV außer Kraft (§ 63 SGB 5). Auch das kann durchaus als Versuch gesehen werden, den Empfehlungen der Sachverständigenräte nach mehr Vertragsfreiheit nachzukommen und aus dem Kontrahierungszwang zumindest ansatzweise auszubrechen.

4.2.4 Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung von 1998[6]

Die Regierungsverantwortung hatte gewechselt (jetzt rot-grüne Koalition, Kanzler: Gerhard Schröder von der SPD, Gesundheitsministerin Andrea Fischer von Bündnis 90/Die Grünen), aber die Kostendämpfungspolitik wurde unvermindert weitergeführt. Das Gesetz war ein sogenanntes Vorschaltgesetz, vor der geplanten großen Reform, das wieder einmal eine Vollbremsung der Ausgaben der Krankenkassen erreichen sollte. Nur für 1999 wurde der Gesamtbetrag der Erlöse (inklusive Fallpauschalen und Sonderentgelte) auf dem Niveau der Budgetvereinbarungen von 1998, plus einer Veränderungsrate, die vom BMG aufgrund der geschätzten Einnahmenentwicklung der Kassen festgesetzt wurde, begrenzt. Damit war sowohl für 1998 als auch für 1999 die Finanzierung von Leistungserhöhungen ausgeschlossen. Der Ausgleich von linearen Tarifsteigerungen wurde auf ein Drittel des Unterschiedsbetrags beschränkt. Anders ausgedrückt bedeutete das, dass man zwei Drittel der Mehrkosten anderweitig (vorzugsweise beim Personal) einsparen musste, um nicht in die roten Zahlen zu rutschen. Die Zusammenrechnung der Erlöse aus Pflegesätzen und Fallpauschalen und Son-

6 Bundesgesetzblatt 1998, Nr. 85, S. 3853 ff.

derentgelten und der Erlösabzug wurden bis Ende 2001 verlängert. Der Beginn der gepriesenen budgetlosen Zeit wurde also nochmals verschoben.

4.3 Das parlamentarische Verfahren

4.3.1 Antrag von SPD und Bündnis 90/Die Grünen

Im Juni 1999 brachten die neuen Regierungsfraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) ein. Wesentliche Inhalte waren die Rücknahme verschiedener Maßnahmen früherer Gesetze (gestrichene oder eingeschränkte Krankenversicherungsleistungen, Zuzahlungen), die Einführung eines „Globalbudgets" und eines „landesweiten Gesamtbetrags", die schrittweise Einführung der Monistik, weitreichende Vorgaben zur Qualitätssicherung, mehr Rechte der Kassen bei der Krankenhausplanung und für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen sowie ein weitgehendes System von Fallpauschalen. Zur Begründung hieß es in der Drucksache:

> Vor diesem Hintergrund haben SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eine Kehrtwende in der Gesundheitspolitik eingeleitet und sich auf Maßnahmen verständigt, die für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und effizientere Versorgungsstrukturen bei stabilen Beitragssätzen sorgen sollen. (BT-Drs. 14/1245 1999a: 54)

Natürlich stand die Qualität an erster Stelle, obwohl alles Weitere ein gravierender Angriff auf die Qualität der Versorgung war. Globalbudget bedeutete, dass jede einzelne Kasse einer Obergrenze für ihre Ausgaben unterlag, die jährlich nur um die Grundlohnsummensteigerung erhöht werden durfte. Das Globalbudget umfasste alle Ausgabearten (ambulant, stationär, Arzneimittel, zahnmedizinische Leistungen usw.). Zusätzlich sollte es den „landesweiten Gesamtbetrag" geben, der übergreifend sämtliche Ausgaben der Kassen für die Krankenhäuser deckelt. Auch hier sollte die Steigerungsrate der Grundlohnsumme als Obergrenze der jährlichen Veränderungen dienen. Von einer Kehrtwende hin zur budgetlosen Zeit, kann man insofern eigentlich nicht reden. Die Steuerungsebenen wurden nur verschoben. Beide Vorhaben scheiterten am Widerspruch der Länder Bundesrat. Genauso verhielt es sich mit dem Versuch die Monistik über Zwischenschritte einzuführen.

Des Weiteren wurden umfangreiche Verpflichtungen der Leistungserbringer auf Qualitätssicherungsmaßnahmen mit Strafandrohungen (Abzug bei den Erlösen) geplant. Auch die Rechte des Medizinischen Dienstes über die Einzelfallprüfungen hinaus wurden erweitert. Er sollte die Qualität prüfen,

Fehlbelegungen identifizieren, die Kassen bei der medizinischen Steuerung der Leistungen beraten und das Leistungsspektrum der Krankenhäuser überprüfen. (S. 57) Ob der Medizinische Dienst als Dienst der Kassen, der von diesen auch finanziert wurde und wird, tatsächlich für diese Aufgaben geeignet ist, erscheint höchst zweifelhaft, muss im Rahmen dieser Studie aber dahingestellt bleiben. Dasselbe gilt für die Frage, ob die Qualitätssicherungsmaßnahmen wirklich im Interesse der Patienten eingeführt wurden, oder – wie in der aktuellen politischen Debatte – nur der Erleichterung von Bettenabbau und Krankenhausschließungen dienen sollten, so wie es der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion in seinem Sondergutachten von 1997 in der Nummer 655 empfohlen hatte (s. o.) Diese Regelungen waren mit den Ländern nicht umstritten, genau wie die Umstellung der Finanzierung auf Fallpauschalen.

4.3.2 Erste Lesung im Bundestag

Der Entwurf wurde in einer ersten Lesung am 30. Juni 1999 im Bundestag behandelt. Die neue Bundesministerin für Gesundheit Andrea Fischer führte zur Begründung des Gesetzes aus:

> Ich meine, daß wir dieses System mit Reformen für die Zukunft fit machen müssen. Zu einer modernen Gesundheitsreform gehört als allererstes und oberstes Ziel, daß die Patienten im Mittelpunkt stehen und das Gesundheitssystem nach ihren Bedürfnissen ausgerichtet wird. (Deutscher Bundestag 1999a: 4152)

> Dabei müssen wir über die Überkapazitäten reden, die wir dort aufgebaut haben. Zur Zeit fließt ein Drittel aller Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in den Krankenhausbereich. [...] Es gibt keinen einfachen Weg zum Krankenhaus der Zukunft. Ich meine aber auch, daß die schlichte Forderung nach mehr Geld an den Herausforderungen, die sich auf dem Weg in die Zukunft der Krankenhäuser stellen, vorbeigeht. Die Krankenhäuser brauchen mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit. Sie brauchen dafür ein neues, ein pauschaliertes Finanzierungssystem – das ist übrigens einer der Punkte in unserem Gesetzespaket, dessen Notwendigkeit von fast niemandem bestritten wird – und den Übergang von der dualen zur monistischen Krankenhausfinanzierung. (Ebd.: 4154)

> Selbstverständlich ist der Gesundheitsmarkt ein Wachstumsmarkt, aber dieses Wachstum muß sich nicht ausschließlich im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung abspielen. (Ebd.: 4156)

Auch hier treffen wir wieder auf altbekannte Argumentationslinien. Egal welche Verschlechterungen geplant sind, das Wichtigste ist immer die Behandlungsqualität und der Patient. Die inflationäre Verwendung der Qualitätsargumentation, die sich bis in die Gegenwart immer mehr verstärkt hat, nimmt hier ihren Anfang.

Statt Preisen hieß es bald „Qualitätsvergütung", statt Selektivverträgen „Qualitätsverträge". Der Wettbewerb wurde als „Qualitätswettbewerb" verkauft, meist noch mit dem Zusatz, es gehe um „Qualität und Effizienz" (vgl. hierzu auch Kapitel 6 „Ausblick"). Es kam der allgemeine Sprachgebrauch der Schröder-Ära zum Zug. Es geht um „Effizienzsteigerung", „fit machen" und um „Modernisierung" – die Standardbegründungen für alle Grausamkeiten der Jahrtausendwende, sei es Gesundheitswesen, Rentenversicherung oder Arbeitsmarkt. Der Hinweis auf den Gesundheitsmarkt als Wachstumsmarkt durfte da nicht fehlen. Das Fitmachen der Krankenhäuser bestand und besteht darin, notwendige Gelder nicht zur Verfügung zu stellen und behauptete Überkapazitäten abzubauen. Fischer legte ein klares Bekenntnis zum „pauschalierten Finanzierungssystem" ab, eine Aussage, die noch ein paar Jahre früher von einem Mitglied der Grünen nicht zu erwarten war (s. o. den Antrag von Bündnis 90/Die Grünen im parlamentarischen Verfahren zum GSG). Leider hatte sie mit ihrer Aussage, dass die Einführung des Preissystems faktisch auf keinen Widerstand stößt, recht. Ihr antwortete für die CDU/CSU Dr. Hermann Kues:

> Das Gesetz ist eine Ansammlung schöner Überschriften und schlechter Inhalte. Das Ziel, das Sie damit verfolgen, ist klar: Sie wollen verschleiern, worauf es hinauslaufen soll: auf ein von der Krankenkassenbürokratie gesteuertes Gesundheitswesen. Der Kranke wird nur noch als Kostenfaktor betrachtet, und die im Gesundheitswesen Tätigen werden zu Erfüllungsgehilfen degradiert. Bleibt es bei den Plänen der Bundesregierung, dann werden nicht mehr die Ärzte, sondern die Verwaltungen der Krankenkassen entscheiden, ob eine medizinische Behandlung notwendig ist, ob sie erbracht werden soll und ob sie bezahlt wird. (Deutscher Bundestag 1999a: 4157)

> Die Krankenkassen sollen zu einer gigantischen Datensammel- und Überwachungsmaschinerie werden. [...] Die ehemaligen Boykotteure der Volkszählung wollen den „gläsernen Patienten" und den „gläsernen Arzt" schaffen. (Ebd.: 4159)

Die vorgetragene Kritik ging in Richtung überbordende Staatsmedizin, gemischt mit der Klage, dass nicht die Medizin und der Patient, sondern die Verwaltung im Mittelpunkt stehe. Eine Kritik am Vergütungssystem erfolgte nicht. Das ist scheinheilig, insbesondere wenn man sich erinnert, wie viele Schritte die CDU-CSU-FDP-Vorgängerregierungen in dieselbe Richtung gemacht haben. Für die SPD sprach Rudolf Dreßler:

> Der vorliegende Gesetzentwurf setzt nun neue Akzente in der Grundorientierung unseres Gesundheitswesens. Er verknüpft den Gedanken einer stärkeren wettbewerblichen Orientierung mit dem einer konsequenten Anwendung der sozialstaatlichen Prinzipien. [...] Da, wo es möglich ist, wollen wir unser Gesundheitswesen zukünftig wettbewerblich orientieren. Aber wir wissen: Der Markt der Gesundheitsleistungen ist kein Markt im klassischen Sinne. [...] Auch wenn Marktideologen niemals begreifen

werden, gilt eine Grundsätzlichkeit: Die Gesundheitsversorgung der Menschen ist nicht marktwirtschaftlich organisierbar. Der Gesetzentwurf der Koalition vermeidet deshalb diesen Irrweg. Allerdings intensivieren wir den Wettbewerb. Wir gewähren den Krankenkassen, die über das Instrumentarium der Nachfrageseite verfügen müssen, zukünftig entscheidende Mitgestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten, [...] Das bedeutet mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern, wofür Sie in den vergangenen Jahren kein Jota politischer Aktivität in diesem Hause gezeigt haben. Wir intensivieren aber auch den Wettbewerb unter den Krankenkassen selbst. (Ebd.: 4162)

Während Ihrer Regierungszeit ist das ambulante Operieren in Deutschland eingeführt worden. In dieser relativ kurzen Zeit hat sich die Zahl der Kniearthroskopien verdoppelt. Die Knie in Deutschland sind gleich geblieben. [...] In der Krankenhausversorgung wollen wir den Abbau zusätzlicher Betten. Wir erreichen das [...] durch eine neugeordnete Krankenhausbedarfsplanung. Krankenkassen und Länder planen den Rahmen der Krankenhauslandschaft zukünftig gemeinsam. Das bedeutet, sie planen im Einvernehmen. Rahmenplanung heißt eben nicht Einzelbettplanung. Weil das so ist, wird der sogenannte Kontrahierungszwang – also die Pflicht der Krankenkassen, mit allen Krankenhäusern, die im Bedarfsplan aufgenommen sind, Versorgungsverträge zu schließen – aufgehoben. (Ebd.: 4163)

Eine weitere Neuerung in der Finanzierung wird die Einführung eines einheitlichen leistungsorientierten Preissystems im Krankenhaus sein. Ab 2003 werden nicht mehr Kosten erstattet, sondern Leistungen bezahlt. Die Entfernung eines Blinddarms ist in der Klinik der Maximalversorgung die gleiche Leistung wie in einem Kreiskrankenhaus. Deshalb wird es zukünftig dafür an beiden Plätzen den gleichen Preis geben. Die Zeit krankenhausindividueller Preise wird vorbei sein. Ich bin mir sicher, dieses leistungsorientierte Preissystem wird die Krankenhauslandschaft in Deutschland im Hinblick auf mehr Wirtschaftlichkeit nachhaltig verändern – nachhaltiger als alle neuen Planungs- und Investitionsregelungen zusammen. (Ebd.: 4164)

Hier trifft die Aussage „links blinken, rechts abbiegen“ ins Schwarze. Nach einer ausführlichen Beteuerung des Wertes der Solidarsysteme und des Sozialstaates und einer Kritik an den Wirkungen der Ökonomisierung (Knie-Operationen) folgt die Kehrtwende zu mehr Markt und Wettbewerb, in einer Schärfe, die sich die Vorgängerregierungen nicht zugetraut hatten. Die ganze Argumentation liegt voll auf der Linie des Schröder-Blair-Papiers. Dagegen ist festzuhalten: Wettbewerb als Motor für die Sicherung der Sozialsysteme ist unmöglich. Wettbewerb und Solidarität schließen sich aus. Blindes Vertrauen in die Kräfte des Marktes wird auch verbreitet, wenn behauptet wird, das Preissystem würde zu besseren Ergebnissen führen als alle Planungs- und Investitionsregelungen. Damit wird die Überlegenheit der finanziellen Steuerung über die Sachsteuerung propagiert, was insbesondere bei der Daseinsvorsorge nicht der Fall ist, sondern zu genau gegenteiligen Ergebnissen führt (vgl. hierzu Exkurs 5 „Formen der finanziellen Steuerung“ auf S. 129 ff.).

Das Blinddarmbeispiel klingt zunächst einleuchtend. ist es aber nicht und zeigt deutlich den verfehlten Ansatz einer ökonomischen Betrachtungsweise: Beide Krankenhausarten (Grund- und Maximalversorger) sind für die Versorgung notwendig, haben aber unterschiedliche Vorhaltekosten. Ein gleicher Preis führt also zu einer Unterfinanzierung des Maximalversorgers und zu Verlusten oder zu einer Überfinanzierung des Grundversorgers und zu Gewinnen. Beides ist nicht sinnvoll. Die Position der FDP wurde von Dr. Dieter Thomae vorgetragen:

> Wenn ich England und Schweden heranziehe, wo über viele Jahre ein Budget gehandelt wird, dann stelle ich fest, daß es zu Rationierung, dann zu Warteschlangen und letztlich zu Altersgrenzen kommt. Wenn Sie den Weg dieser Politik gehen wollen, dann müssen Sie den deutschen Patienten sagen, daß Sie das alles – Wartelisten und auch die Diskussion über Altersgrenzen bei medizinischen Leistungen – in Kauf nehmen. [...] Sie betreiben eine Zweiklassenmedizin; denn nur der ökonomisch Starke kann sich diese Leistungen privat kaufen. (Deutscher Bundestag 1999a: 4165 f.)

> Ich sage Ihnen, was wir wollen: Wir wollen die Stärkung der Eigenverantwortung statt einer Rundumversorgung. Wir wollen Wettbewerb statt Einheitskasse. Wir wollen echte Wahlmöglichkeiten für Patienten statt Einheitstarife. Wir wollen Verhandlungslösungen und kein Diktat der Krankenkasse mit ihren Partnern. Wir wollen eine leistungsgerechte Vergütung und keine floatenden Punktwerte. Wir wollen die Kostenerstattung statt des Sachleistungssystems. (Ebd.: 4168)

Es ist schon sonderbar, dass ein FDP-Politiker vor den Gefahren der Zweiklassenmedizin warnt, wo doch das Geschäftsmodell dieser Partei gerade darauf aufgebaut ist, dass sich jeder, der das Geld dafür hat, das kaufen kann, was er begehrt – auch in Bezug auf Gesundheit. Wie nicht anders zu erwarten, stand im Zentrum der Kritik der FDP der „unfreie" staatliche Dirigismus, um diesem Zerrbild dann das gesamte neoliberale Weltbild entgegenzustellen: Eigenverantwortung, Wahlfreiheit und Wettbewerb. Dass dies nur für die gilt, die die nötigen Mittel dazu haben, zählt nicht, sie sind aber auch nicht das angesprochene Klientel. Für die PDS ergriff Dr. Ruth Fuchs das Wort:

> Die erste Alternative besteht in der zunehmenden Privatisierung der Gesundheitskosten und einer damit verbundenen Zweiklassenmedizin. Meine Damen und Herren auf der rechten Seite, egal, was Sie heute sagen: Auf diesen Weg hat sich die alte Koalition begeben. Sie hat völlig auf weitgehende Strukturreformen im Gesundheitswesen verzichtet. Diese Entwicklung hielten wir für verhängnisvoll, denn wir betrachten Gesundheitssicherung und medizinische Versorgung als soziales Menschenrecht. [...] Die andere, nach unserer festen Überzeugung notwendige und auch mögliche Alternative lautet: Verteidigung und Erneuerung einer sozial gerechten, solidarischen und humanen Gesundheitsversorgung, auch unter erheblich veränderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. [...] Wer ein solidarisches Gesundheitswesen erhalten will, muß selbstverständlich

auch bestrebt sein, bestehende Unwirtschaftlichkeiten durch Strukturreformen zu beseitigen und die Effektivität des Systems zu erhöhen. Auch in dieser Hinsicht sehen wir, daß die Regierung darum bemüht ist, den Reformstau zu überwinden und die Weichen für eine andere Gesundheitspolitik zu stellen. [...] Ein Grundfehler ist aus unserer Sicht auch, daß die neue Regierung offensichtlich gewillt ist, den ökonomischen Wettbewerb der Krankenkassen nicht nur beizubehalten, sondern ihn sogar auf die Leistungserbringer auszuweiten. Dabei haben Elemente des Marktes und ökonomischer Wettbewerb in der gesundheitlichen Versorgung eine höchst verhängnisvolle Wirkung: Sie fördern Risikoselektion und Entsolidarisierung; sie diskriminieren die sozial Schwächsten und führen zu weiterer Zersplitterung und Bürokratisierung des Systems. (Ebd.: 4169)

Es ist in unseren Augen ein Grundfehler dieser Reform, daß sie entschieden zu viel von wirtschaftspolitischen Erwägungen und zu wenig von gesundheitspolitischen Notwendigkeiten geprägt ist. [...] Das Gesundheitswesen braucht nicht nur Strukturreformen, um medizinisch unnötige Ausgaben möglichst zu vermeiden und vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Es braucht zugleich eine Erweiterung der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung. [...] Der Reformentwurf von Rotgrün weist unseres Erachtens im Blick auf die anstehende Reform der Strukturen im Gesundheitswesen eine Reihe richtiger Ausgangspunkte und Ziele auf. Unserer Meinung nach greift er jedoch zu kurz, und gerade das andere große Problem, die Reform der Grundlagen der Finanzierung des Gesundheitswesens, bleibt völlig ausgeklammert. Das müßte sich ändern. Ein weiteres Manko besteht unserer Meinung nach darin, daß die Reform in ihren Prämissen und Zielen nahtlos in die wirtschaftsliberale Gesamtpolitik der rotgrünen Regierung eingeordnet ist. Einer qualitativ hochstehenden und vor allen Dingen humanen Gesundheitsversorgung kann dies nicht dienlich sein. Ich hoffe, daß wir im Verlauf der parlamentarischen Beratungen zu Veränderungen kommen werden. (Ebd.: 4171)

Wie bereits in vorherigen Debatten zeigte sich die PDS im Grundsätzlichen sehr klar in ihrem Bekenntnis zu einer „sozial gerechten, solidarischen und humanen Gesundheitsversorgung“ und in ihrer Ablehnung von Wettbewerb und einer marktwirtschaftlichen Steuerung. Schwammig wurde es, wenn „richtige Ausgangspunkt und Ziele“ im Gesetzentwurf erkannt wurden, und bedenklich stimmt, dass das Problem Krankenhausfinanzierung durch Preise mit keinem Wort erwähnt wurde. Am Ende wurde der Gesetzesentwurf zur weiteren Beratung in die Ausschüsse verwiesen.

Exkurs 5: Formen der finanziellen Steuerung

Es gibt verschiedene Formen der finanziellen Steuerung, die allesamt gemeinsam haben, dass nicht die Kosten refinanziert werden, sondern Preise für bestimmte, unterschiedliche Leistungen gezahlt werden Damit sind Gewinne und Verluste

möglich und es gibt keine Zweckbindung für die Verwendung der Vergütung (Umwandlung in Investitionsfinanzierung, Abfuhr als Dividenden). Allen Formen der finanziellen Steuerung ist auch gemeinsam, dass sich (Personal-) Kostendumping lohnt: je geringer die Kosten, desto höher der Gewinn. Die wichtigsten Formen der finanziellen Steuerung sind: Fallpauschalen, Einzelleistungsvergütung, Tagespauschalen und Budgets.

Fallpauschalen/DRGs

Wenn ein Krankenhaus für die Behandlung einer bestimmten Krankheit eine bestimmte Summe Geld bekommt, ist es ökonomisch rational,

- die Behandlungskosten des einzelnen Falles möglichst zu minimieren (ein klarer ökonomischer Anreiz zur Unterversorgung und zur Arbeitsüberlastung);
- in all den Fällen, in den ein Gewinn zu erwarten ist, möglichst viele Behandlungen durchzuführen (also Überversorgung und Verschwendung und wieder Arbeitsüberlastung);
- die Patient*innen zu selektieren, bei denen anzunehmen ist, dass man keinen Gewinn macht, bzw. um die zu werben, bei denen Gewinn möglich ist (Rosinenpicken).

Dabei muss man nicht einmal unterstellen, dass jeder bewusst so handelt oder ein böser Mensch ist – das erledigt schon die Schere im Kopf, die durch den dauernden Druck der Ökonomen und Manager immer größer wird.

Speziell bei den DRGs werden die beschriebenen Wirkungen der Fallpauschalen kombiniert mit einer Einzelleistungsvergütung, Mit der Anwendung von bestimmten diagnostischen oder/und interventionellen Leistungen kann man erreichen, dass man in eine höher vergütete DRG rutscht. Damit wird es zusätzlich lukrativ, diese bestimmten Leistungen so oft wie möglich durchzuführen, unabhängig davon, ob sie für den einzelnen Patienten notwendig sind oder nicht (Überversorgung). Ein gutes Bespiel: Bei Intensivpatient*innen, die beatmet werden, richtet sich die Vergütung neben der Diagnose auch nach der Dauer der Beatmung. Wird ein Patient mit einer Lebertransplantation unter 59 Stunden beatmet, erhält das Krankenhaus je nach Bundesland ca. 36.000 Euro. Wenn nur eine Stunde länger beatmet wird, steigt die Vergütung auf ca. 48.000 Euro, wird er über 179 Stunden beatmet, sogar auf ca. 84.000 Euro (Stand: DRG-Browser 2024). Natürlich sind bei einer längeren Beatmung auch die Kosten höher, es entsteht aber eben auch der Anreiz, die jeweilige Grenze zu überschreiten, auch wenn dies medizinisch nicht notwendig ist. Bei einer Finanzierung durch Selbstkostendeckung ist dies nicht der Fall.

Einzelleistungsvergütung

Die Einzelleistungsvergütung gibt es vor allem im niedergelassenen Bereich. Die finanziellen Anreize sind

- Leistungsausweitungen pro Patient*in (Überversorgung),
- Mengenausweitungen bei der Zahl der Patient*innen (Überversorgung),
- Selektion von guten und schlechten Risiken,
- Kostendumping (Unterversorgung und Arbeitsüberlastung).

Bei den Niedergelassenen ist diese Einzelleistungsvergütung kombiniert mit einem Budgetsystem, damit die Kosten für die Krankenkassen nicht völlig aus dem Ruder laufen. Erreicht ein Arzt oder eine Arztgruppe das Budget, sinkt der Einzelpreis bzw. es gibt Abzüge. Auch das hat aber wieder negative Auswirkungen auf die Patient*innen. Solange man unter der Budgetgrenze ist, gibt es keinen Grund, die Leistungsmengen zu beschränken (Überversorgung). Erreicht man die Grenze, werden ggf. notwendige Leistungen nicht durchgeführt oder ins nächste Abrechnungsquartal verschoben (Wartezeiten und Unterversorgung).

Tagespauschalen

Die bekannteste Form der Tagespauschalen sind die tagesbezogenen Pflegesätze der 1980er-und 1990er-Jahre. Auch sie sind Preise, wenn sie nicht nur (wie bei der Selbstkostendeckung der 1970er-Jahre) als unterjährige Verrechnungseinheit verwendet werden. Sie haben folgende Anreize:

- Mengenausweitung der Zahl der Patient*innen (Überversorgung). Damit steigen aber auch die Kosten, deshalb besser:
- Verweildauerverlängerung (Überversorgung),
- Kostendumping (Unterversorgung und Arbeitsüberlastung).

Budgets

Sie werden in den letzten Jahren hauptsächlich von neoliberaler Seite propagiert, und zwar in Form von sogenannten Regionalbudget („Capitation“). Gemeint ist, dass für die Versorgung der Bevölkerung einer bestimmten Region ein festes Gesamtbudget (pro Kopfzahl der Einwohner*innen) vorgegeben wird. Budgets setzen zum Teil andere finanziellen Anreize als Preise:

- Mengen- und Leistungsausweitungen sind obsolet,
- Leistungsverweigerung (Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Wartelisten und damit Unterversorgung)
- Selektion von „billigen“ Patient*innen,
- Kostendumping (Unterversorgung und Arbeitsüberlastung) ist aber auch hier sinnvoll.

Damit ist eine deutlich stärkere Tendenz zur Unterversorgung verbunden. Die Leistungserbringer sollen ein finanzielles Interesse an dieser Unterversorgung bekommen. Budgets gab und gibt es auch im Zusammenhang mit den Fallpauschalen und DRGs. Sie sollen die Mengenausweitung einschränken. Abgesehen davon, dass diese Budgetbegrenzung nie dazu geführt hat, das Anreizsystem der DRGs auszuschalten, werden höchstens die negativen Wirkungen beider Systeme kombiniert (Ausweitung bis zur Budgetgrenze, dann Unterversorgung). Eine bedarfsgerechte Finanzierung ist auch das nicht.

Gesundheitsminister Lauterbach plant für das aktuelle Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) sogenannte Vorhaltebudgets. Zum einen haben die aus den DRGs ausgegliederten Vergütungsbestandteile nichts mit den wirklichen Vorhaltekosten zu tun, zum anderen ist die Berechnung der Vorhaltebudgets wieder mengenabhängig. Vor allem aber wird die Wirkung der „Rest-DRGs" (Mengenausweitung) weiterbestehen, solange sie nicht völlig abgeschafft sind.[7]

4.3.3 Behandlung im Bundesrat

Der Bundesrat behandelte den Entwurf (zwischenzeitlich von der Bundesregierung übernommen) im September 1999. Die Mehrheitsverhältnisse hatten sich aufgrund der Wahlen im April und September zugunsten von CDU/CSU und FDP regierten Ländern gedreht. Der Bundesrat lehnte den Entwurf nicht pauschal ab, wie man aufgrund der bisherigen Stellungnahmen von CDU/CSU und FDP im Bundestag hätte erwarten können. Ein Antrag der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Thüringen mit einer frontalen Kritik der Reform fand keine Mehrheit. Es wurde folgende Kompromissformulierungen beschlossen, die allerdings auch den Wink mit dem Zaunpfahl enthielten:

> 1. Der Bundesrat teilt die Zielsetzung des Gesetzentwurfs, eine gute Versorgung der Versicherten im Krankheitsfall auf qualitativ hohem Niveau zu zumutbaren Beiträgen sicherzustellen. Er geht aber davon aus, dass im weiteren Gesetzgebungsverfahren Gelegenheit besteht, wichtige Inhalte des Entwurfs mit den wesentlichen Beteiligten des Gesundheitswesens und mit den Ländern vertieft zu erörtern, damit die notwendigen Änderungen möglichst einvernehmlich vereinbart werden können. Das Vorhaben bedarf der Zustimmung des Bundesrates und kann daher nur im Konsens gelingen. (BT-Drs. 454/99 1999b: 2)

---

7 Näheres zum KHVVG siehe die Homepage vom Bündnis Krankenhaus statt Fabrik: https://krankenhaus-statt-fabrik.de/.

Konkrete Änderungsvorschläge wurden nur zu Detailregelungen gemacht. Allerdings ging aus diesen gewünschten Detailänderungen eindeutig hervor, dass auch die Länder die Einführung des Fallpauschalensystems wollten. Sie beantragten lediglich eine weitere Differenzierung:

> Das Vergütungssystem hat sich bei der Bildung von Fallgruppen an Homogenitätskriterien zu orientieren, die insbesondere Begleiterkrankungen, Komplikationen, Alter und Mortalitätsrisiken sowie den Behandlungsumfang erfassen. (Ebd.: 15)

4.3.4 Anhörung im Gesundheitsausschuss

Am 9., 10., 21. und 22. September sowie am 2. November 1999 fand eine öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss statt. Es wurden folgende Stellungnahmen von den wesentlichen Interessenvertretungen vorgelegt:[8]

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV)

> Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen grundsätzlich die geplante Gesundheitsreform, da sie insgesamt auf ursachenorientierte Problemlösungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität, zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Beitragssatzstabilität in der sozialen Krankenversicherung abzielt. [...] Die Krankenkassen zeigen nachfolgend für einige zentrale Reformteile unverzichtbaren Präzisierungsbedarf auf und stellen die Regelungen heraus, die für das Gelingen der Reform unbedingt realisiert werden müssen. (2)
>
> Von daher begrüßen die Spitzenverbände der Krankenkassen die politisch bekundete Absicht zur Einführung der monistischen Finanzierung; allerdings stimmen die Im Fraktionsentwurf konkret vorgesehenen Regelungen, insbesondere was den gleichzeitigen Übergang der Planungskompetenz auf die Kostenträger angeht, nicht mit den angekündigten Ansätzen überein. Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen eine Übernahme der Krankenhaus- Investitionen durch die Krankenkassen so lange ab, wie eine sinnvolle Kapazitätssteuerung für die Krankenhäuser unter maßgeblicher Beteiligung der Krankenkassen nicht sichergestellt ist und über den Charakter der Krankenhausplanung keine rechtsverbindliche Klarheit besteht. [...] Die Im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Präzisierung der Versorgungsverträge werden aber in keiner Weise der Forderung der Kostenträger nach einem Wegfall des Kontrahierungszwanges gerecht. (3 f.)

---

8 Protokoll Nr. 26, 27, 28, 14. Wahlperiode, Ausschuss für Gesundheit, 9.9 1999, 10.9.1999, 21.9.1999. Alle folgenden Zitate aus den Stellungnahmen der Verbände sind den nicht veröffentlichten Anhängen dieser Protokolle entnommen. Die Seitenzahlen beziehen sich auf die jeweilige Stellungnahme.

> Positiv zu werten ist die Einführung eines vollständigen Preissystems für die Vergütung von Krankenhausleistungen. Eine gesetzlich vorgeschriebene Berücksichtigung von Komplexitäten und Comorbiditäten ist nicht sachgerecht, da dies Ausgestaltungsfragen des Vergütungssystems betrifft, die von der Selbstverwaltung zu entscheiden sind. (5 f.)
>
> Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen es, daß die Ausgabenentwicklung der GKV mit den Regelungen zum Globalbudget strikt an die Entwicklung der Grundlöhne angebunden wird. (11)

Mit dieser Stellungnahme blieb die GKV bei ihrer bisherigen Linie: Zustimmung zur eingeschlagenen Richtung (Markt) und Forderung nach mehr: Monistik ja, aber nur mit Vertragsfreiheit (Wegfall des Kontrahierungszwangs) und Planungskompetenz. Vollständiges Preissystem ja, aber Weiterführung der strikten Budgetierung, was ja bedeutet, dass die Preise sich nur nach unten entwickeln können.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)

> Die Neuordnung des Krankenhauswesens mit dem schrittweisen Übergang zur Monistik ist ein zentrales Reformziel. Der jetzt vorgesehene Übergang zur Monistik in drei Schritten läßt einen Kapazitätsabbau im stationären Bereich erwarten: [...] In der Konsequenz der Übernahme der Investitionskosten schließen die Krankenkassen künftig mit den Krankenhäusern Versorgungsverträge ab (§ 108, 109 SGB V). Diese Verträge treten ab dem Jahr 2003 an die Stelle der Krankenhausplanung der Länder. Die PKV ist als Vertragspartner nicht vorgesehen, da sie nach ihren Versicherungsbedingungen auf die freie Krankenhauswahl festgelegt ist. Die PKV muß allerdings darauf bestehen, daß die selbstzahlenden und privatversicherten Patienten bei den Rahmenvorgaben (§ 109 a SGB V) für die Krankenhausplanung und die Versorgungsverträge berücksichtigt werden. (5)
>
> Positiv ist der vorgesehene Übergang zu einem flächendeckenden Vergütungssystem, das das außerordentlich unbefriedigende Nebeneinander von Pflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen ablöst. Es entspricht dem Finanzierungsanteil der PKV im Krankenhausbereich, daß sie auf allen Ebenen der Verhandlungen als gleichberechtigter Verhandlungspartner mit einbezogen werden soll. [...] Ein Fallpauschalensystem bedarf einer konsequenten Qualitätssicherung. Insoweit ist deren Ausbau sachgerecht. Da sich die Qualitätssicherung auf alle Patienten des Krankenhauses bezieht – und nicht nur auf GKV-Patienten – [...] sollte die PKV auch gleichberechtigt mit der GKV in allen Institutionen der Qualitätssicherung verankert sein. (6)

Zusammengefasst kann man – wenig überraschend – feststellen: Die Richtung des Gesetzesantrags wurde begrüßt. Die privaten Versicherungen wollten nur bei allem viel stärker einbezogen werden. Die vornehme Zurückhaltung bei der

Forderung nach mehr im Vergleich zur GKV lässt sich vermutlich aus ihrer Erkenntnis erklären, dass die Entwicklung, wenn sie einmal in Gang gesetzt ist, sowieso immer weiter in die von ihnen gewünschte Richtung geht.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Die DKG kommt zu dem Ergebnis, daß die geplante GKV-Gesundheitsreform 2000 einen kompletten Systemwechsel bewirkt, der nachdrücklich abgelehnt wird. Weder die Praktikabilität der vorgeschlagenen Maßnahmen noch die damit beabsichtigten Ziele können nachgewiesen werden. Vielmehr basieren die Reformvorstellungen auf dem Irrglauben, daß bei einer ausschließlich einnahmenorientierten Begrenzung der finanziellen Mittel bedarfsnotwendige Leistungen unbegrenzt erbracht werden können. [...] Der hohe Stellenwert staatlicher Letztverantwortung im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge, die solidarische Krankenversicherung sowie eine bedarfsgerechte, ausreichende und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen sollen politischen Vorstellungen geopfert werden, die

- das im internationalen Vergleich vorbildliche und kostengünstige Krankenhausversorgungssystem gefährden;
- zu einer Rationierung notwendiger medizinischer Versorgungsleistungen führen;
- eine rein ökonomisch ausgerichtete Zuteilungsmedizin beabsichtigen;
- die zentralen Probleme unseres Gesundheitssystems nicht lösen;
- den Weg in eine durch Preiswettbewerb gesteuerte Gesundheitsversorgung ebnen;
- das Gesundheitswesen als Wirtschafts- und Wachstumsbranche in Frage stellen;
- Arbeitsplätze von ca. 1,1 Mio. Beschäftigten im Krankenhausbereich trotz anhaltend hoher Arbeitslosenzahlen gefährden;
- der GKV Zusatzaufgaben in Milliardenhöhe auftragen, obwohl die Gesundheitsausgaben schon heute nicht mehr ausreichend durch die beitragsfinanzierte GKV gedeckt werden können;
- im Wettbewerb stehenden Kostenträgern eine nahezu uneingeschränkte Machtstellung unter gleichzeitiger Aufgabe staatlicher Verantwortung übertragen. (2)

Die DKG lehnt entschieden ab, daß die Ausgabenentwicklung der GKV mit einer Globalbudgetierung strikt an die Grundlohnentwicklung angebunden wird. Hierdurch wird die Abdeckung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenhäuser verlagert. Eine solche Ausgabenbegrenzung ignoriert den medizinischen Versorgungsbedarf und führt zur Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen. [...] Die DKG lehnt die Monistik ohne solide und ausreichende Gegenfinanzierung ab. [...] Die DKG begrüßt grundsätzlich, daß die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems weiterhin Aufgabe der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bleiben soll. Sie spricht sich für ein modifiziertes Fallpauschalensystem unter Weiterentwicklung der bisherigen Regelungen des § 11 Abs. 3 BPflV aus. [...] Die DKG lehnt die verpflichtende Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagements mit finanziellen Sanktionsmechanismen ab. (3)

> Die vorgesehene Abschaffung des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen mit Plankrankenhäusern und die Regelung über einvernehmliche Rahmenvorgaben der Länder und Landesverbände der Krankenkassen wird von der DKG abgelehnt. (8)
>
> Die DKG lehnt den schrittweisen Übergang zu einem rein monistisch ausgestalteten Krankenhausfinanzierungssystem ab. (10)
>
> Die im Gesetzentwurf enthaltenen zeitlichen Vorstellungen zur Einführung eines neuen Entgeltsystems für operative und konservative Leistungen sind allerdings gegenüber dem BMG-Arbeitsentwurf vom 30.04.1999 erheblich verschärft worden und lassen nicht mehr erkennen, daß die grundlegende Änderung des Vergütungssystems als hochkomplexe Aufgabe anerkannt wird, die einen mittelfristigen Zeithorizont benötigt. (11)
>
> Die vorgesehene drastische Kompetenzausweitung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bewirkt die Etablierung eines monströsen, kostenintensiven und nicht mehr kontrollierbaren außerparlamentarischen Überwachungsapparates. (16)
>
> Die DKG lehnt es ab, Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge mit der Qualität der Leistungen zu verknüpfen bzw. Vergütungsabschläge im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung vorzusehen. Es ist in der Fachwelt unumstritten, daß die Prozeß- und Ergebnisqualität weder abschließend operationalisierbar noch ausreichend justitiabel ist. (18)

Im Grundsätzlichen brachte die DKG viele sehr berechtigte und konkrete Einwände gegen die Einführung eines Preissystems vor. Im Konkreten wandte sie sich dann allerdings nur noch gegen das Tempo und den Umfang der Einführung. Auch die Ablehnung der Monistik, der Vertragsfreiheit für die Kassen und der Ausweitung der Rechte des MDK war völlig berechtigt, genauso wie die Warnung vor der Verknüpfung der Planung und der Vergütung (Zu- und Abschläge) mit der Ergebnisqualität. Erkennbare Strategie der DKG war es, eine große Kröte zu schlucken, um weitere Grausamkeiten zu verhindern. Die weitere Entwicklung zeigte, dass dies kein Erfolgsmodell war.

Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. (BDPK)

Der BDPK legte kommentarlos ein Gutachten von Dr. Ernst Bruckenberger (Referatsleiter für Krankenhausplanung, -finanzierung und -bauplanung im niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales) vor, das massive und in großen Teilen auch berechtigte Kritik am GSG und an der bisherigen Gesundheitspolitik übte. Welchen Zweck das hatte, blieb unklar. Dass die Richtung dieses Gesetzentwurfs positiv gesehen wurde, ging ja schon eindeutig aus den Stellungnahmen zu den früheren Gesetzen (KHNG und GSG) hervor (siehe dort).

Die gesetzliche Krankenversicherung wird nur leistungsfähig und kostengünstig gestaltet werden können, wenn sie zu einer Basissicherung weiterentwickelt und auf die Gesundheitsrisiken konzentriert wird, die der Einzelne nicht selbst tragen kann. [...] Dazu bedarf es einer umfassenden Strukturreform, in der:

- die Leistungen auf das medizinisch Notwendige konzentriert werden,
- der Arbeitgeberbeitrag auf die Hälfte des Beitragssatzes der jeweils günstigsten wählbaren Krankenkasse festgeschrieben wird, höchstens 6 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts,
- die versicherungsfremden Leistungen aus dem Aufgabenkatalog herausgenommen werden,
- durchgängige gesetzliche Eigenbeteiligungen und mehr Wahlfreiheiten bei der Vertragsgestaltung für Versicherte ermöglicht werden, [...]
- den Krankenkassen in breit angelegten Modellversuchen ermöglicht wird, eigene Vertragskonditionen mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern auszuhandeln,
- die Krankenkassen bei Krankenhausplanung und -investitionen mitentscheiden und ihnen gegenüber unwirtschaftlichen oder nicht bedarfsgerechten Krankenhäusern ein unbedingtes Kündigungsrecht eingeräumt wird. Der Gesundheitsbereich ist ein Wachstumssektor. Die Expansion dieses dynamischen und personalintensiven Dienstleistungssektors darf aber nicht zu Lasten der Arbeitskosten gehen. Im Gegenteil: Die Arbeitskostenbelastung muss gesenkt werden. (1 f.)

Das Ausgabenvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung von derzeit 250 Mrd. DM lässt sich nach sachverständigen Schätzungen um mindestens 35 Mrd. DM vermindern, wenn man die vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven erschließt und den Wettbewerb auf allen Ebenen des Gesundheitswesens stärkt. Diesem Ziel dienen die Reformvorschläge der Arbeitgeber. Kostensenkung bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität sind keine Gegensätze, wie die Privatisierungen und Liberalisierungen in anderen Bereichen gezeigt haben. (3)

Insgesamt ist der Gesetzentwurf jedoch nicht geeignet, die drängenden Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung zu lösen, dauerhaft bedarfsgerechte und qualitätssichernde Strukturen zu fördern und die Finanzlage zu verbessern. (5)

Für eine monistische Krankenhausfinanzierung spricht, dass Planungs- und Finanzierungsverantwortung grundsätzlich in eine Hand gehören. Die konkrete Ausgestaltung im Gesetzentwurf entspricht dem jedoch in keiner Weise und ist deshalb abzulehnen. (10)

Die Kompetenz der Länder müssen [...] gegenüber dem Status quo begrenzt werden. Die Umsetzung der Vorgaben der Rahmenplanung darf nicht durch eine unbefristete Bestandsschutzgarantie für Plankrankenhäuser oder Hochschulkliniken behindert werden. Schließlich benötigen die Krankenkassen mehr Vertragsfreiheit, einschließlich der Möglichkeit, Versorgungsverträge zeitlich zu befristen, um den Prozess des Abbaus von Überkapazitäten im stationären Sektor zu beschleunigen.

> Sinnvoll ist die Einführung eines Fallpauschalen-Systems, das die heute geltenden unübersichtlichen Abrechnungsmöglichkeiten ablöst, die zu Intransparenz und Unwirtschaftlichkeit geführt haben. Abzulehnen sind dagegen Entgeltzuschläge (auf der Basis sogenannter Restrukturierungsverträge), die lediglich auf eine Subventionierung von unwirtschaftlich arbeitenden Krankenhäusern hinaus laufen. (11)

Erneut erfolgte mit der Stellungnahme des BDA ein massiver Angriff auf das Solidarsystem der Krankenkassen und der Gesundheitsversorgung, die sich in keiner Weise von den bisherigen Stellungnahmen unterschied. Weiterhin war das Hauptanliegen die Abwälzung der Kosten von der Kapitalseite in Richtung Beitragszahler*innen. Aber mit dem Gesetz war der BDA nicht zufrieden, trotz der weiteren Schritte in Richtung Markt und Wettbewerb. Es ging ihm alles nicht weit und nicht schnell genug. Der Verweis auf die Erfolge von Privatisierung und Liberalisierung erscheint aus heutiger Sicht schon etwas makaber, wenn man sich die weltweiten Folgen dies neoliberalen Dogmas ansieht.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

> Während wir am Ende der 13. Legislaturperiode auf eine Vielzahl von Gesetzen für die GKV zurückblicken konnten, die allesamt die zentralen Strukturprobleme des Gesundheitswesens nie wirklich angepackt hatten, deuten die Entwicklungschancen, die der vorgelegte Gesetzentwurf eröffnet, auf den Beginn einer tatsächlichen Strukturreform im Gesundheitswesen hin. Dies begrüßt der DGB. (1)
>
> Der DGB geht davon aus, dass der Gesetzentwurf gerade gegen diese zentralen Defizitbereiche wichtige Instrumente der Umsteuerung bereitstellt. Ohne an dieser Stelle auf Optimierungsmöglichkeiten im Detail einzugehen, seien genannt: [...]
> – Globalbudgetierung als Mittel, sowohl das Leistungsgeschehen als auch die Verteilung der Ausgaben im Gesamtsystem besser zu steuern, medizinisch überflüssiger und zugeich teurer „Überproduktion" wirksam Grenzen zu setzen; nach Auffassung des DGB ist es nur so möglich, auf die Versorgungsbedürfnisse der Versicherten flexibel zu reagieren, ohne die Beitragsstabilität zu gefährden.
> – die Verpflichtung zur Qualitätssicherung in allen Bereichen durch eine umfassende Einführung von Qualitätsmanagement und Qualitätskontrolle. (2)
>
> Grundsätzlich sieht der DGB ebenso in der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung positive Ansätze. Zu diesen Elementen gehört die Einführung eines umfassenden Systems von Fallpauschalen. Wir gehen davon aus, daß durch umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen (einschließlich Personalbemessungskriterien) die Einführung von Fallpauschalen flankiert wird. Der Übergang der Investitionsfinanzierung auf die Kassen ist jedoch nach unserer Auffassung bislang unzureichend gegenfinanziert. (4)

Der DGB bleibt also bei seiner positiven Bewertung der gesetzlichen Vorgaben in Richtung mehr Markt, ohne dies explizit zu benennen. Insbesondere

das „umfassende System von Fallpauschalen“ wird ausdrücklich begrüßt. Er spricht sich auch für ein Globalbudget und letztlich auch für die Monistik aus. Beitragssatzstabilität über alles.

Gewerkschaft Öffentliche Dienste Transport und Verkehr (ÖTV)

Der Gesetzentwurf unterscheidet sich von früheren Gesetzesoperationen dadurch, daß Kostendämpfung nicht durch Zuzahlungen und konkrete Leistungsausgrenzung, sondern durch Mechanismen zur Einhaltung eines starren Ausgabendeckels erreicht werden soll. Ob und inwieweit sich dies im Ergebnis für kranke Versicherte von der bisherigen Gesundheitspolitik unterscheidet, bleibt abzuwarten. Wenn ein zu knapp bemessenes Budget Rationierung zur Folge hat (z. B. Wartelisten für Operationen) führt dies faktisch ebenfalls zu einer Leistungsausgrenzung und ggf. Eigenfinanzierung. Mit anderen Mitteln wird so möglicherweise das gleiche Ergebnis erzielt. Insoweit lehnt die Gewerkschaft ÖTV ein Globalbudget in der vorgesehenen Form ab. (2)

Der landesweite Gesamtbetrag ist an die Einnahmeentwicklung der Krankenkassen gebunden. Bei einem Personalkostenanteil der Krankenhäuser von etwa 70 Prozent sind die Defizite der Krankenhäuser bei einer normalen Entwicklung der tariflichen Einkommen bereits vorprogrammiert. [...] Die gesetzliche Regelung wird darum Tarifflucht begünstigen und zu Arbeitsplatzabbau führen. Die Freiheit, Tarifverhandlungen zu führen und abzuschließen bleibt zwar formal erhalten, tatsächlich sollen aber die Beschäftigten im Gesundheitswesen für die Beitragsstabilität in der Krankenversicherung haften. (3)

Die Kompetenz des MdK sollte nach Auffassung der Gewerkschaft ÖTV zukünftig insbesondere zur Verbesserung und Kontrolle der Prozeß- und Ergebnisqualität der stationären Versorgung genutzt werden. Sinnvoll wäre es, den MdK stärker auch für die fachkompetente Moderation im Rahmen des Gesamtverfahrens der Qualitätssicherung zu nutzen. Hierzu bedarf der MdK einer größeren Unabhängigkeit von den Kostenträgern. Es besteht sonst die Gefahr, daß der MdK zukünftig insbesondere zur Kostenreduktion eingesetzt wird. (4)

Die Gewerkschaft ÖTV lehnt die monistische Krankenhausfinanzierung, insbesondere in dieser Form, ab. (5)

Es ergibt sich aus dem in den Artikeln 20 Abs. 1, 28 Abs. 1 GG verankerten Sozialstaatsprinzip, daß der Staat verpflichtet ist, für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sorgen. Daraus ergibt sich die Verantwortung für die Krankenhausplanung. Mit der Neuregelung der Krankenhausplanung wird die sozialstaatliche Verantwortung der Länder für die Bedarfsgerechtigkeit der stationären Versorgung zu einer Restgröße. (6)

Die Gewerkschaft ÖTV lehnt die flächendeckende Einführung dieses Vergütungs-Systems in der derzeitigen Form ab. Das Vergütungs-System simuliert ein Preissystem. Es ist aber kein echtes Preissystem, weil es in einem sozialen Gesundheitswesen

> nur um administrierte Preise und nicht um Marktpreise gehen kann. Es ist auch nicht leistungsgerecht, weil es unter dem Deckel der Gesamtkostenbegrenzung steht. Krankenhäuser, die mehr leisten (müssen) als andere, werden finanziell abgestraft. Es muß gesetzlich vorgegeben werden, daß das Vergütungssystem auf der Grundlage von definierten Qualitätsstandards und auf der Grundlage einer am Zeitaufwand, an Leistungen und tariflichen Standards festgelegten Personalbemessung entwickelt wird. Ohne Qualitätsstandards und Qualitätssicherung besteht die Gefahr der Risikoselektion, der Verschiebung und der Manipulation. Unter den Bedingungen einer Deckelung ist diese Gefahr besonders groß. Zu Qualitätsstandards gibt es bisher lediglich Absichtserklärungen. Personalbemessungsvorschriften, die für die Qualität wesentlich sind, gibt es nicht. (7)

Viele der Kritikpunkte und der Forderungen waren weiterhin richtig (Ablehnung von Monistik, von Globalbudget und landesweitem Gesamtbetrag, Festhalten an der Krankenhausplanung durch die Länder). Im Gegensatz zu früheren Stellungnahmen wurde es aber in Bezug auf das Preissystem schwammig. Es wurde nur noch in der „derzeitigen Form" abgelehnt und weil es flächendeckend eingeführt werden sollte. Es wird auch suggeriert, dass es nur so schlimm sei, weil es den Deckel noch gebe. Damit ist eine entscheidende Schneise geschlagen, um in der Folge zur Akzeptanz und letztlich zur Propagierung von „Wettbewerb und Effizienz" (so wenig später der verdi-Vorsitzende Frank Bsirske; vgl. hierzu auch Kapitel 6 „Ausblick") überzugehen.

Ein Einschwenken auf die Regierungslinie lässt sich auch schon bei dem Thema „Qualität im Mittelpunkt" erkennen. Als ob eine falsche Vergütungsform dadurch zu rechtfertigen wäre, dass man ihr mit Qualität gegensteuern könne – ganz abgesehen davon, dass dies nicht funktionieren kann und nicht funktioniert hat. Einziger Lichtblick ist, dass die ÖTV wenigstens versucht hat, die Personalbemessung als Gegengewicht zu den Preisen zu retten. Aber auch das war in den nächsten 20 Jahre nicht erfolgreich. Die Überlegungen zum MDK sind zwar gut gemeint, aber nicht realistisch, solange der MDK ein Instrument der Kassen und vollständig von den Kassen finanziert ist. Heute heißt der MDK zwar nur noch „Medizinischer Dienst", an seiner Finanzierung und seinem Auftrag hat diese Namensänderung aber überhaupt nichts geändert.

Bundesärztekammer (BÄK)

> Die Bundesärztekammer lehnt den vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Gesetzesentwurf zur Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Trotz einzelner positiver Ansätze ist das Gesamtkonzept nicht akzeptabel, da es zu einem tiefgreifenden Systemwandel in der gesetzlichen Krankenversicherung führt und das international anerkannte hohe Niveau der medizinischen Versorgung in Deutschland sowie die bewährten Strukturen der Selbstverwaltung ohne Not

gefährdet. Durch eine politisch festgelegte, einseitige, ökonomische Orientierung mit stringent verordneten Versorgungsbudgets wird eine Rationierung der Gesundheitsleistungen bewirkt, die das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt untergräbt. Die Verlagerung der Finanz- und Steuerungskompetenz auf die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen führt zur Entsolidarisierung und Risikoselektion, bewährte Selbstverwaltungsstrukturen werden zerschlagen. Eine gleichmäßige, flächendeckende, qualitativ hochstehende und für jeden zugängliche Versorgung der Patienten kann nicht mehr sichergestellt werden, eine Zwei- und Mehrklassenmedizin wird gefördert. (1)

Der ab dem Jahr 2003 vorgesehene Entfall des Kontrahierungszwanges der Krankenkassen mit Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan aufgenommen sind, entzieht diesen jegliche Planungsgrundlage und wird daher abgelehnt. (11)

Der Gesetzentwurf sieht eine externe Kontrolle auch gegen berechtigte Einwände der Krankenhäuser vor, die von den Krankenhäusern nicht akzeptiert werden kann. [...] Der Medizinische Dienst der Krankenkassen ist von den Krankenkassen abhängig. Eine Unabhängigkeit der Prüfer, wie sie in dem gleichen Paragraphen gefordert wird, ist damit nicht gegeben. (12)

Die Finanzierung des Gesundheitswesens muß sich nach dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung richten; dabei stellen vor allem die stark zunehmende Zahl älterer Menschen und deren (Dauer)-Behandlungsbedürftigkeit sowie das verbesserte Leistungsspektrum der Medizin neue Anforderungen dar. Eine starre Begrenzung der finanziellen Mittel , so wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen ist, steht dieser Ausrichtung entgegen. (20)

Auch wenn keine individuelle Begrenzungsrate für das einzelne Krankenhaus mehr vorgegeben ist, wird durch den vorgegebenen landesweiten Gesamtbetrag und dessen Regelungsmechanismus der Anspruch des Krankenhauses auf eine medizinisch leistungsgerechte Vergütung in unzumutbarer Weise relativiert. (24)

Ohne die Ergebnisse der dreijährigen Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung '95 zu berücksichtigen, sieht der Gesetzgeber hiermit verpflichtend die Einführung eines Komplett- Fallpauschalensystems vor und legt damit letztlich auch die Grundzüge des Systems verbindlich fest (Komplett-System) [...]. Nicht akzeptabel ist die Regelung des § 17 c Abs. 1, nach welcher die auf Landesebene festzulegende Höhe der Entgelte nur noch ein „Höchstpreis" sein soll, von dem die Vertragsparteien – dann somit nur noch nach unten – abweichen können. (25)&Z&

Im Gegensatz zu den etwas inkonsistenten Stellungnahmen zu den früheren Gesetzen erfolgte hier eine deutliche Distanzierung. Offensichtlich überwogen jetzt doch die Stimmen derer in der Ärzteschaft, die vor den zu erwartenden negativen Folgen warnten und nicht dem Lockruf des freien Marktes folgen wollten. Allerdings tat sich die BÄK mit der bisherigen Zustimmung schwer. Deswegen erfolgte auch hier keine grundsätzliche Distanzierung, sondern nur die Ablehnung von zu schnell und zu vollständig.

4.3.5 Zweite und dritte Lesung im Bundestag

Am Vortag der zweiten und dritten Lesung (am 4. November 1999) brachten die Fraktionen der FDP und der PDS umfassende Anträge zur GKV-Gesundheitsreform 2000 ein.

4.3.6 Antrag der FDP

Der Antrag der FDP (BT-Drs. 14/1978 1999c) lehnte den Entwurf der Regierung einerseits in Bausch und Bogen ab, insbesondere die Globalbudgets, die Restriktionen im Arzneimittelmarkt und die Zulassungsbeschränkungen für Niedergelassene. Andererseits liest er sich wie eine Abschrift der Vorschläge des Sachverständigenrats zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung von 1996 (s. o.):

> Der Arbeitgeberbeitrag zur GKV wird deshalb festgeschrieben, [...] Gleichzeitig sind die Zwangsbeiträge zur GKV, die die Arbeitnehmer zahlen müssen, durch Beschränkung des Leistungskataloges der GKV auf das medizinisch wirklich Notwendige sowie durch das Setzen von Anreizen zur Ausschöpfung vorhandener Rationalisierungspotentiale so gering wie möglich zu halten. (BT-Drs. 14/1978 1999c: 6)

> Die Eigenverantwortung der Menschen zu stärken: [...] Deshalb sind weitgehende Wahlmöglichkeiten für die Versicherten und die Patienten durch Beitragsrückgewährung, durch einen freiwilligen Selbstbehalt verbunden mit entsprechenden Beitragsnachlässen, [...] sicherzustellen. [...] Wettbewerb und Verhandlungslösungen Vorrang vor staatlicher Planung zu geben: [...] Über Mengen, Preise und Strukturen muss zwischen den Beteiligten eine Verständigung erzielt werden. (Ebd.: 7)

Regelungen des Entwurfs, die in die Richtung der Forderungen des Sachverständigenrats gingen, wurden begrüßt:

> Die monistische Krankenhausfinanzierung, also eine Finanzierung von laufenden Betriebskosten und Investitionskosten aus einer Hand, ist betriebswirtschaftlich gesehen eine sinnvolle Finanzierungsform. [...] Der Übergang zu einem System, in dem möglichst viele Krankenhausleistungen in Form von Fallpauschalen vergütet werden, ist richtig. (Ebd.: 4)

Kritik wird am Ausbau der Befugnisse des Medizinischen Dienstes und der überzogenen Krankenhausplanung geübt, weil der Staat hier zu stark reglementiere (ebd.: 5). Der Gesetzesentwurf ging der FDP beim neoliberalen Umbau also nicht weit genug.

4.3.7 Antrag der PDS

In diesem Antrag erfolgte wie in der ersten Lesung einerseits auf der abstrakten Ebene eine deutliche Ablehnung der marktwirtschaftlichen Steuerung und ein Festhalten an der Bedeutung der Solidarsysteme, insbesondere für die unteren Schichten:

> Dabei haben Marktprinzipien und ökonomischer Wettbewerb in der gesundheitlichen Versorgung höchst verhängnisvolle Wirkungen. Sie fördern Entsolidarisierung, machen teure Patienten für die Kassen zu unerwünschten Risiken, diskriminieren die sozial Schwächsten und führen zu weiterer Zersplitterung und Bürokratisierung des Systems. Die Grundsätze einer solidarischen Gesundheitssicherung werden auf diese Weise ebenfalls in Frage gestellt. (BT-Drs. 14/1979 1999d: 5)

> Ökonomischer Wettbewerb zwischen Krankenkassen bzw. Anbietern medizinischer und pflegerischer Leistungen sowie eine zunehmende Steuerung des medizinischen Handelns über das Geld sind keine zweckdienlichen Regulative im Gesundheitswesen. Sie konterkarieren die sozialen Ziele und Aufgaben des Gesundheitswesens. Die Folgen sind Risikoselektion und Entsolidarisierung, eine verschlechterte Versorgungsqualität vor allem für arme, chronisch kranke sowie ältere und behinderte Versicherte, Unübersichtlichkeit, wachsende Bürokratisierung und letztlich eine weitere Verteuerung des Systems bei sinkender sozialer Qualität. (Ebd.: 7)

Globalbudgets und die Monistik wurden abgelehnt. Andererseits fanden die Fallpauschalen keinerlei Erwähnung und es wurde sogar Zustimmung zu bestimmten Maßnahmen signalisiert: „Das Ziel, bestehende Unwirtschaftlichkeiten durch Strukturreformen zu beseitigen, die mehr Kooperation und Effektivität im Gesundheitswesen ermöglichen, ist ebenfalls grundsätzlich zu befürworten." (Ebd.: 3) Es ist bedauerlich, dass die grundsätzlich richtigen Positionen zur Daseinsvorsorge und die Ablehnung einer marktwirtschaftlichen Steuerung nicht konkret auf die Krankenhausfinanzierung angewandt wurden und die Selbstkostendeckung statt der finanziellen Steuerung gefordert wurde. In der zweiten und dritten Lesung selbst fand zwar erneut ein heftiger Schlagabtausch zwischen Regierung und Opposition statt, um die Krankenhausfinanzierung ging es aber wie im gesamten parlamentarischen Verfahren nur marginal (vgl. Deutscher Bundestag 1999b).

Sowieso war klar, dass die entscheidende Kampflinie zwischen Bundestag und Bundesrat verlief und der Vermittlungsausschuss angerufen werden musste. Der Bundestag stimmte in namentlicher Abstimmung den Regierungsentwurf mit 324 Ja-Stimmen (SPD und Bündnis 90/Die Grünen) und 241 Nein-Stimmen (CDU/CSU und FDP) zu. Auch fünf Abgeordnete der PDS stimmten mit Nein, der Rest der PDS-Fraktion enthielt sich der Stimme, genauso wie vier Abgeordnete der SPD.

4.3.8 Vermittlungsausschuss

Der Vermittlungsausschuss zwischen Bundestag und Bundesrat tagte am 15. Dezember 1999. Er empfahl die Aufteilung des Regierungsentwurfs in einen zustimmungspflichtigen (Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung) und einen nicht zustimmungspflichtigen Teil (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000; vgl. BT-Drs. 14/2369 1999e). Das Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung enthielt im Wesentlichen Regelungen zum Risikostrukturausgleich. Das GKV-Gesundheitsreformgesetz konnte nur dadurch zustimmungsfrei gestellt werden, indem die Regelungen zum Globalbudget, zum „landesweiten Gesamtbetrag" für Krankenhäuser und zur monistischen Finanzierung gestrichen wurden. Im Rahmen der Verhandlungen im Vermittlungsausschuss entfielen auch einige weitere Regelungen, die die Krankenhäuser betrafen (vgl. hierzu den folgenden Abschnitt „Die neuen Gesetzestexte"). Auf Grundlage dieses Beschlusses des Vermittlungsausschusses stimmte der Bundestag nur einen Tag später dem GKV-Gesundheitsreformgesetz zu (Deutscher Bundestag 1999c) und der Bundesrat beschloss einen Tag später, keinen Einspruch einzulegen (BR-Drs. 732/99 1999).

4.4 Die neuen Gesetzestexte[9]

4.4.1 Das Sozialgesetzbuch 5 (SGB 5) von 1999

Im Vergleich zum Regierungsentwurf wurden zwar die Globalbudgets und der „landesweite Gesamtbetrag" gestrichen, die allgemeinen Vorgaben zur Budgetierung und zur Beitragssatzstabilität (§ 71), die es auch schon vorher gab, wurden im Grundsatz beibehalten. Auch die Erweiterung der Rechte der Kassen in Bezug auf die Krankenhausplanung und Investitionskostenförderung wurden nicht aufgenommen, genauso wie die vermehrten Prüfrechte des Medizinischen Dienstes der Kassen. Ebenso erging es der Einführung der Monistik. Eine deutliche Ausweitung entsprechend dem Regierungsentwurf erfuhren die Vorgaben zur Qualitätssicherung: Der alte § 137 SGB 5 enthielt nun folgende Festlegung:

> Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 besteht, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse

9 Bundesgesetzblatt 1999, Nr. 59, S. 2626 ff.

zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden.[10]

Jetzt umfassten die Regelungen zur Qualitätssicherung drei Paragrafen mit acht Absätzen und detaillierten Vorgaben. Insbesondere wurden die Selbstverwaltungspartner beauftragt, Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren, insbesondere zu

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement,
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen,
3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und
4. Vergütungsabschläge für zugelassene Krankenhäuser, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.[11]

Die Vereinbarungen wurden durch Mehrheitsentscheidung (ggf. unter Zuziehung eines Unparteiischen) beschlossen und wurden für die Krankenhäuser „unmittelbar verbindlich". Heute ist die Weiterentwicklung dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen dem Gemeinsamen Bundeausschuss (GBA) übertragen und umfasst einen ganzen Abschnitt des SGB 5 mit 29 Paragrafen – ein Vielfaches der Verpflichtungen, die im Jahr 2000 festgelegt wurden. Nun ist Qualitätssicherung mit Sicherheit eine wichtige Aufgabe in jedem Krankenhaus und auch verbindliche Vorgaben sind sinnvoll und notwendig. Im Rahmen dieser Studie kann nicht auf die Sinnhaftigkeit dieser immensen Anzahl von Verpflichtungen eingegangen werden. Klar ist aber, dass diese Flut von Bestimmungen eine massive bürokratische Belastung darstellt, die auch auf die Behandler*innen durchschlägt.

Zudem stellt sich die Frage, welcher Teil dieser Vorgaben durch die marktwirtschaftliche Ausrichtung und durch die Ökonomisierung ausgelöst und verantwortet wird und daher bei Einführung der Selbstkostendeckung und einer Bedarfsplanung einfach wieder abgeschafft werden könnte. Sicherlich spielt auch die beruhigende Wirkung der Betonung der Wichtigkeit von Qualität in der öffentlichen Diskussion eine Rolle, auch und besonders dann, wenn gerade das Gegenteil von Qualität durch die Unterfinanzierung und die Ökonomisierung angestrebt bzw. durchgesetzt wird. Selbst wenn man es mit Qualitätssicherung ernst meint und sie tatsächlich als Gegenmittel gegen die marktwirtschaftliche

10 Bundesgesetzblatt 1988, S. 25118.

11 Bundesgesetzblatt 1999, Nr. 59, S. 2638.

Finanzierungslogik einsetzen will, bleibt das Problem, dass dies nicht funktioniert, weil die ökonomischen Zwänge – unabhängig vom Willen der Akteure – gegenläufig wirken und durchschlagender sind. So werden nur das bürokratische Monster und die Verdrossenheit aller Betroffenen gestärkt, ohne eine wirkliche Qualitätsverbesserung zu erzielen.

Ein weiterer gewichtiger Aspekt ist der Missbrauch von Qualitätsanforderungen zur Strukturbereinigung. Man braucht die Anforderungen nur hoch genug anzusetzen und immer mehr Krankenhäuser und Abteilungen fallen durch das Raster. Ertüchtigung zur Qualität statt Missbrauch zur Strukturbereinigung wäre die richtige Stoßrichtung. Wer wirklich eine Qualitätsverbesserung will, müsste zuallererst mit einer Verbesserung der Personalausstattung beginnen, denn dies ist – auch wissenschaftlich belegt (vgl. z. B. Aiken et al. 2014 und Needleman et al. 2002) – der wichtigste Qualitätsfaktor. Außerdem ist Qualitätssicherung eigentlich eine interne Aufgabe der Krankenhäuser. Dort muss sie ernst genommen und auch überwacht werden. Qualitätsmängeln muss in jedem Einzelfall nachgegangen werden. Hierzu gibt es genügend Instrumente (Qualitätskonferenzen, Fallbesprechungen, Peer Reviews usw.). *Pay for performance*, an den Pranger stellen und Benchmarking erreichen nicht die vorgeblichen Ziele. Sie führen nur zur Jagd nach halbseidenen, gekauften Zertifikaten zur Vertuschung von Problemen und zur Patientenselektion, um Komplikationen zu vermeiden.[12]

4.4.2 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1999

Der Absatz 1a des § 17 (festes Budget) wurde wieder gestrichen. Damit galt wieder das flexible Budget. Nach § 17 wurde folgender § 17b eingefügt:

> *§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems*
> (1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen; dies gilt nicht für die Leistungen der in [...] der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen [...]. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für

12 Vgl. hierzu Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020: Kap. I.6. Das dort zu P4P Ausgeführte gilt genauso für das Benchmarking von Qualität.

Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung und eine zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendige Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist [...]. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen; die Punktwerte können nach Regionen differenziert festgelegt werden. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren.
(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert, einschließlich der Punktwerte sowie seine Weiterentwicklung und Anpassung an die medizinische Entwicklung und an Kostenentwicklungen. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zu Grunde liegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind; dies gilt entsprechend für einen Vertreter der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. [...]
(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 30. Juni 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene (Bewertungsverfahren), insbesondere der zu Grunde zu legenden Fallgruppen, sowie die Grundzüge ihres Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene. Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 31. Dezember 2001 Bewertungsrelationen und die Bewertung der Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 4. Die Bewertungsrelationen können auf der Grundlage der Fallkosten einer Stichprobe von Krankenhäusern kalkuliert, aus international bereits eingesetzten Bewertungsrelationen übernommen oder auf deren Grundlage weiterentwickelt werden. Zum 1. Januar 2003 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Abs. 2a. Es wird für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt.
(4) Soweit bis zum 30. Juni 2000 eine Vereinbarung der Vertragsparteien über die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Bewertungsverfahrens sowie über Zu- und Abschläge nicht zu Stande kommt, bestimmt die Bundesregierung unverzüglich den Inhalt durch Rechtsverordnung. Im Übrigen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6.

4.4.3 Die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) von 1999

In der Bundespflegesatzverordnung wurden in § 6 (Grundsatz der Beitragssatzstabilität) nochmals die Übergangszeit und die Koexistenz von Pflegesätzen und Fallpauschalen detaillierter geregelt. Die Budgetobergrenze und der Grundsatz der Beitragssatzstabilität blieben erhalten. Wie bisher sollte auch ab

2000 für alle Erlöse ein gemeinsames Budget vereinbart werden. Zusätzlich zur Beachtung der Beitragssatzstabilität, der Ergebnisse der Krankenhausvergleiche und von Fehlbelegungen sollten bei den Vereinbarungen jetzt auch noch Verweildauerverkürzungen (mindernd) berücksichtigt werden. Durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz 1998 neu hinzugekommen war die Regelung, dass Tarifsteigerungen nach dem Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) nur zu einem Drittel des Differenzbetrags in Prozent berücksichtigt werden durften. Sollten die Gesamterlöse vom Budget nach unten abweichen, wurde der Mindererlösausgleich von 75 Prozent auf 40 Prozent gesenkt, das heißt, Krankenhäuser bekommen 35 Prozent weniger von den Kassen nacherstattet, wenn sie weniger Fälle behandeln. Die Regelungen zu den Mehrerlösausgleichen (Rückzahlungen an die Kassen) blieben unverändert hart (siehe zweites GKV-Neuordnungsgesetz). Die beiden letzten Änderungen hatten unverkennbar den Zweck, den finanziellen Druck auf die Krankenhäuser noch weiter zu erhöhen. Erstmalig wurden auch Abschläge bei Nichteinhaltung der Verpflichtung zur Qualitätssicherung ermöglicht (§ 14 Abs. 13).

4.5 Bewertung

Kernpunkt der Änderungen war der neue § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Damit war die grundsätzliche Entscheidung für ein Fallpauschalensystem gefallen, das auf den in anderen Ländern bereits eingeführten Diagnosis Related Groups (DRGs) beruhte. Die Auswahl und nähere Ausgestaltung sollten durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene erfolgen. Als Frist für die Grundsatzeinigung wurde ihnen der 30. Juni 2000 gesetzt. Die Bewertungsrelation und weitere Regelungen mussten bis zum 31. Dezember 2002 erfolgen. Gab es keine Einigung, sollten die notwendigen Entscheidungen durch eine Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums gefällt werden – was auch nötig wurde. Die DRGs sollten zunächst nicht für die psychiatrischen Kliniken gelten, sie sollten später nachfolgen, was aber weitgehend misslang.[13] Weitere Vorgaben waren, dass der Differenzierungsgrad zwar „praktikabel" sein, aber Komplexitäten und Komorbiditäten einbeziehen sollte. [14] Das bedeutet, dass Nebenerkrankungen und Komplikationen sowie unterschiedliche Schweregrade der Erkrankung neben der

13 Der Versuch, DRGs auch in der Psychiatrie einzuführen, erfolgte 2009. Er scheiterte weitgehend (vgl. hierzu Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020: Kap. I.13).

14 Ein frommer Wunsch, wenn man bedenkt, dass es 2004 schon 409 Fallgruppen gab und es 2024 dann 1.296 Fallgruppen geben sollte.

Diagnose (ICD) und der Therapie (OPS) in der Fallgruppenbildung berücksichtigt werden sollten. Es sollte weiterhin Zu- und Abschläge und zumindest für eine Übergangszeit auch tagesgleiche Pflegesätze und Sonderentgelte geben. Die alten Fallpauschalen sollten am 1. Januar 2003 durch die neuen DRGs ersetzt werden (vgl. hierzu den folgenden Exkurs 6 „Was sind DRGs und wie funktionieren sie?"). Insgesamt handelte es sich bei den gesetzlichen Änderungen um die konsequente Fortsetzung des bisher eingeschlagenen Wegs. Dazu waren keine großen Änderungen erforderlich. Die größte war vielleicht noch die Übergabe der Entwicklung und Weiterentwicklung der DRGs an die Selbstverwaltung auf Bundesebene.

Exkurs 6: Was sind DRGs und wie funktionieren sie?[15]

DRGs (Diagnosis Related Groups) bedeutet Fallgruppen. Sie stellen den durchschnittlichen Kostenaufwand für eine bestimmte Behandlung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose dar und sind damit die Grundlage für die Vergütung der Krankenhäuser (die Fallpauschalen). Dabei werden auch unterschiedliche medizinische Diagnosen und Behandlungen zusammengefasst, wenn sie den gleichen Kostenaufwand haben (deshalb Fallgruppen). Die deutschen DRGs wurden aus den australischen DRGs abgeleitet und weiterentwickelt. Dort wurden sie aber nicht flächendeckend für alle Behandlungen eingesetzt und zum überwiegenden Teil auch nicht als Preise, die die Vergütung der Krankenhäuser definieren, sondern nur als Methode, um den Leistungsumfang eines Krankenhauses zu ermitteln und um einen Anhaltspunkt zu haben, welches Budget welchem Krankenhaus zugeteilt werden muss.

Bei Einführung der DRG im Jahr 2004 gab es 409 Fallgruppen, 2024 waren es 1.296. Dabei werden noch verschiedene Schweregrade unterschieden, die nach Nebendiagnosen, Komplikationen und dem Alter gewichtet werden. In die DRG-Kalkulation gehen nur die laufenden Kosten der stationären Behandlungsfälle ein, aber keine Vorhaltekosten und keine Investitionen. Das DRG-System gilt für alle voll- und teilstationären Leistungen außer für die Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und nicht für ambulante Behandlungen.[16] Die anzuwendende DRG ergibt sich aus der Hauptdiagnose, allen Nebendiagnosen

15 Dies ist ein leicht überarbeiteter Text des Autors, der zuerst in der Broschüre „Krankenhaus statt Fabrik – Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen" (Kap. I.2) erschienen ist.

16 Ab 2020 werden die Kosten der unmittelbaren Pflege am Bett nicht mehr über die DRGs vergütet, sondern über das sogenannte Pflegebudget in ihrer tatsächlichen Höhe finanziert.

und Komplikationen (verschlüsselt nach dem internationalen Krankheitsartenschlüssel ICD) und der Verschlüsselung aller Prozeduren (Behandlungen), die am Patienten ausgeführt werden (OPS-Katalog). Werden diese Parameter in ein EDV-Programm („Grouper") eingegeben, ermittelt dieses die zutreffende DRG, inklusive des Schweregrades.

Die Vergütung für eine DRG gilt für die gesamte Behandlung, egal, wie lange sie dauert. Dies gilt bis zu einer für jede DRG festgelegten sogenannten oberen Grenzverweildauer. Liegt ein Patient länger, gibt es einen täglichen Zuschlag, der aber bei Weitem nicht kostendeckend ist. So soll erreicht werden, dass die Patient*innen möglichst früh entlassen werden. Es wurde also die möglichst starke Verkürzung der Verweildauer zu einem lukrativen Steuerungselement gemacht: Je kürzer, umso weniger Kosten und umso eher kann ein neuer Patient „bearbeitet" und abgerechnet werden. Es gibt für jede DRG auch eine untere Grenzverweildauer. Wird diese unterschritten, erfolgen Abzüge. Ob diese „Bremse" greift, ist aber fraglich, weil man ja die Möglichkeit, mehr Patient*innen zu behandeln, gegenrechnen muss.

Die Vergütung, die ein Krankenhaus für einen Patienten mit einer bestimmten DRG erhält, richtet sich nach dem (bundeseinheitlichen) sogenannten Relativgewicht (RG) der jeweiligen DRG, multipliziert mit dem sogenannten Landesbasisfallwert (LBFW; Näheres s. u.). Zusätzlich werden bestimmte kostenaufwändige Medikamente, Therapien (z. B. Dialyse) und Diagnosen über sogenannte Zusatzentgelte finanziert. Wirtschaftlich fallen sie aber im Verhältnis zu den DRG-Vergütungen faktisch nicht ins Gewicht (ca. 3% der Budgets). Voraussetzung für die Berechnung der DRGs und ihre Abrechnung ist eine umfassend ausgebaute Kosten- und Leistungsrechnung. Die Kosten müssen nicht nur den Kostenstellen (z. B. Stationen, Bereiche) und den Leistungen (z. B.: Was kostet eine Operation, eine Röntgenuntersuchung, eine Laboruntersuchung?) zugeordnet werden, sondern vor allem den einzelnen Patient*innen. Das ist die sogenannte Kostenträgerrechnung. Damit wird es möglich, zu berechnen, welche Patient*innen sich lohnen und welche nicht. Aus einem Patienten, der Hilfe und eine gute Versorgung benötigt, wird der Kostenträger, aus einem Menschen eine Sache. Diese Verdinglichung (anders ausgedrückt diese Entmenschlichung) des Verhältnisses von Behandler*innen zu Patient*innen ist eines der Grundübel der Ökonomisierung.

Wie wird das Relativgewicht ermittelt?

Alle Krankenhäuser müssen alle Diagnosen und Prozeduren (Leistungsdaten nach §21 KHG) aller Patient*innen an das Institut für das Entgeltsystem im

Krankenhaus (INEK) weiterleiten. Das INEK-Institut ist eine speziell zur Kalkulation und Weiterentwicklung der DRGs gegründete Einrichtung (GmbH mit gesetzlichem Auftrag). Zusätzlich werden auf freiwilliger Basis von 238 sogenannten Kalkulationskrankenhäusern (2022) alle Kostendaten an das INEK- Institut gemeldet. Dabei werden die Kosten nach einem einheitlichen Verfahren auf die einzelnen Patient*innen und damit auf die einzelnen Diagnosen und Prozeduren verteilt. Weil sich die Privatkrankenhäuser an diesem Verfahren zur Kostenermittlung nicht beteiligt haben,[17] wurden in den letzten Jahren auch private Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, an der Kostenübermittlung teilzunehmen.

Das INEK-Institut ermittelt dann aus den Leistungsdaten und den dazugehörigen Kostendaten die durchschnittlichen Kosten für Patient*innen mit der gleichen Diagnose und den gleichen Prozeduren. Dabei werden unter reinen Kostengesichtspunkten und statistischen Gesichtspunkten Gruppen (DRGs) gebildet, die einen ähnlichen Aufwand haben – medizinisch müssen das nicht einheitliche Diagnosen und Prozeduren sein. Indem man die durchschnittlichen Kosten pro Fall einer DRGs ins Verhältnis zu den durchschnittlichen Kosten pro Fall aller DRG setzt, erhält man eine Maßzahl ohne Einheit, das Relativgewicht (RG). Zur Veranschaulichung ein stark vereinfachtes Rechenbeispiel mit Näherungswerten: Wären die durchschnittlichen Kosten einer „komplizierten Blinddarmentfernung mit Bauchfellentzündung" 6.000 Euro pro Fall und die durchschnittlichen Kosten aller DRGs 3.000 Euro pro Fall (arithmetisches Mittel), dann hätte diese DRG ein Relativgewicht von 6.000/3.000 = 2. Ein Krankenhaus bekommt für sie also doppelt so viel wie für einen Durchschnittsfall mit dem Relativgewicht 1.[18]

Dieses Verfahren wendet man auf jede einzelne Fallgruppe an und hat dann ein System von Relativgewichten. Diese Werte sind im sogenannten DRG-Katalog dargestellt und werden jedes Jahr neu aufgrund der Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser errechnet. Das System von Relativgewichten hat den Vorteil, dass Veränderungen bei den Kosten, die alle Patient*innen betreffen (z. B. allge-

17 Sie erhofften sich einen finanziellen Vorteil bei den Diagnosen der Erkrankungen, die sie schwerpunktmäßig behandeln, wenn ihre (niedrigeren) Kostendaten nicht einfließen. Weil sie weniger Personal mit niedrigeren Tariflöhnen beschäftigen und damit billiger sind, sind die DRGs, die schwerpunktmäßig bei ihnen behandelt werden, eigentlich zu hoch kalkuliert und sie haben einen Einnahmenvorteil.

18 Das tatsächlich angewandte Berechnungsverfahren ist deutlich komplizierter. Die Bezugsgröße (der Teiler) ist seit 2006 nicht mehr das arithmetische Mittel, sondern sie wird so bestimmt, dass auf der nationalen Ebene die Summe der effektiven Bewertungsrelationen („Case-Mix für Deutschland") bei identischer Datenbasis konstant bleibt.

meine Preis- und Tarifsteigerungen, allgemeine Einsparungen beim Personal), zu keiner Veränderung der Relativgewichte führen. Auch wenn sich die Kosten einzelner DRGs verändern (z. B. neue technische und medizinische Behandlungsmethoden), bleiben die Gesamtvergütungen der Krankenhäuser gleich. Sinken die Relativgewichte einzelner DRGs, steigen gleichzeitig die Relativgewichte der nicht betroffenen DRGs im gleichen Maße an und umgekehrt. Dies gilt auf Bundesebene. Entspricht die Patientenzusammensetzung des einzelnen Krankenhauses nicht der Gesamtzusammensetzung aller Krankenhäuser, gibt es aber Gewinner und Verlierer. Zählt man alle Relativgewichte aller Patient*innen eines Krankenhauses oder auf Landes- und Bundesebene zusammen, erhält man den sogenannten Case-Mix, also die Fallschwere aller behandelten Patient*innen. Dividiert man den erreichten Case-Mix eines Krankenhauses durch die Anzahl aller in diesem Jahr behandelten Patient*innen, erhält man den Case-Mix-Index (CMI).

Was ist der Landesbasisfallwert?

Der Landesbasisfallwert ist ein Euro-Betrag, der jährlich auf Länderebene zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausgesellschaften ausgehandelt wird. Der erste Landesbasisfallwert (2004) entstand aus den im Vorjahr an alle Krankenhäuser eines Bundeslandes ausgezahlten Vergütungen, geteilt durch die Zahl der Patient*innen, multipliziert mit ihrer Fallschwere (Case-Mix). Das war ein übler Geburtsfehler, weil die Unterfinanzierung der Jahre davor so eins zu eins ins DRG-System übergeleitet wurde und die DRGs von vorneherein zu niedrig bewertet wurden.

Der Landesbasisfallwert wird in jährlichen Verhandlungen erhöht. Dabei sind politische Vorgaben aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zu beachten. Es müssen sowohl Kostensteigerungen als auch mögliche Einsparungen und die Entwicklung der Zahl der Patient*innen berücksichtigt werden. Die wichtigste Vorgabe ist, dass die Ausgaben der Krankenhäuser nicht mehr steigen dürfen als die Einnahmen der Krankenkassen (sogenannte Budgetdeckelung gemäß § 71 SGB 5). Diese grundsätzliche Begrenzung ist zwar in den letzten Jahren etwas aufgeweicht worden – zum Beispiel können Tarifsteigerungen und allgemeine Preissteigerungen in den Krankenhäusern besser berücksichtigt werden. Dennoch bleibt es ein Fakt, dass die Entwicklung der Landesbasisfallwerte bei Weitem nicht ausreicht, um die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern zu neutralisieren. Dies ist auch gewollt, denn über die politisch herbeigeführte Finanznot der Krankenhäuser soll eine „Marktbereinigung" (Schließung von Krankenhäusern und Betten) stattfinden.

Die Landesbasisfallwerte werden seit einigen Jahren zunehmend auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwert hin entwickelt. Auf den ersten Blick könnte man meinen, dies sei sinnvoll, man muss aber bedenken, dass dabei die unterschiedlichen Kostenentwicklungen in den einzelnen Bundesländern (zum Beispiel Baden-Württemberg als Hochlohnland) immer schlechter berücksichtigt werden und es damit zu einer Gewinner- bzw. Verliererproblematik kommt.

Multipliziert man den Landesbasisfallwert (2024 zwischen 4.202 und 4.312 Euro) mit dem Relativgewicht erhält man die Vergütung (Fallpauschale), die ein Krankenhaus für eine bestimmte DRG erhält. Multipliziert man ihn mit dem Case-Mix eines Krankenhauses, also der Summe aller Relativgewichte, erhält man die Gesamtvergütung des Krankenhauses.

Abzüge, degressive DRGs und Fixkostendegressionsabschlag

Als weitere „Folterinstrumente", um den Kostendruck zu erhöhen, kommen die diversen Abschläge, die die Krankenkassen einfordern können, hinzu. Da gibt es Abschläge für die Behandlung von mehr Patient*innen, als mit den Kassen vereinbart hat. Da gibt es degressive DRGs, deren Wert mit der Zahl der Behandlungen sinkt und da gibt es den sogenannten Fixkostendegressionsabschlag. Schon die Bezeichnung ist verräterisch. Fixkostendegression nennt man in der Industrie den Fakt, dass bei der Produktion von großen Mengen die Kosten zum Beispiel für Personal, Produktionsmaschinen und Fließbänder nicht linear mit der Produktionsmenge ansteigen, sondern bis zu einer bestimmten Schwelle gleichbleiben. Diese rein betriebswirtschaftliche Betrachtung wird auf Patient*innen und Beschäftigte übertragen (der Patient als Werkstück, die Pflegekraft als Produktionsfaktor) und den Kassen erlaubt, bei steigender Produktionsmenge (mehr als im letzten Jahr, auch wenn diese Steigerung von den Kassen akzeptiert wird) einen Abzug beim Preis von 35 Prozent über drei Jahre zu machen.

Auch das zeigt die Unzulänglichkeit jeglicher finanziellen Steuerung. Eingeführt wurden die Abschläge, um der Mengenentwicklung (Krankenhäuser behandeln immer mehr Patient*innen, um höhere Erträge zu haben) entgegenzuwirken. Das Problem ist nur, dass mit diesen Instrumenten diejenigen, die mehr Patient*innen behandeln, weil einfach mehr kommen, genauso bestraft werden wie diejenigen, deren Geschäftspolitik Mengenvermehrung ist. Die eigentliche Ursache der ökonomisch veranlassten Mengenvermehrung, die DRGs selbst als Preissystem, bleibt dabei unangetastet. Da die Kassen in den Budgetverhandlungen diese Abschläge einfordern können, aber nicht müssen (oder mit anderen strittigen Beträgen verrechnen können), besteht damit auch die Möglichkeit,

bis zu einem gewissen Grad zu steuern, welche Krankenhäuser Defizite machen (und evtl. damit in ihrer Existenz gefährdet werden) und welche gut dastehen.

Ein weiterer Aspekt kommt hinzu: In den letzten Jahren entwickelten sich die DRGs zunehmend von einer reinen Fallpauschale weg. Es wurden Elemente der Einzelleistungsvergütung integriert. Die Durchführung von einzelnen aufwändigen Leistungen führte zu einer Eingruppierung des Falles in eine höher vergütete DRG. Beinhaltet ein reines Fallpauschalensystem den Anreiz, möglichst viele Fälle mit möglichst wenigen Kosten pro Fall zu generieren, dreht sich das bei der Kombination von Fallpauschale und Einzelleistungsvergütung zumindest teilweise um: Es wird lukrativ, einem Patienten solche Leistungen zukommen zu lassen (ob sie notwendig sind oder nicht), die zu einer erhöhten Vergütung führen – quasi eine Kombination des Schlechtesten aus zwei Welten.

Fazit: Die DRG sind ein Festpreissystem (zwischenzeitlich mit diversen Möglichkeiten, die Preise über Abschläge zu drücken), und zwar mit Preisen, die nach gesetzlichen Vorgaben ausgehandelt werden. Es sind keine Durchschnittspreise. Bei einem solchen System würden sich Kostensenkungen bzw. -steigerungen automatisch auf die Vergütung auswirken. Wenn zum Beispiel alle Krankenhäuser sparen, würden ihre Einnahmen in einem Durchschnittspreissystem automatisch immer weiter absinken (Kellertreppeneffekt). Sie sind auch kein Marktpreissystem, in dem Angebot und Nachfrage den Preis bestimmen, obwohl es erhebliche Bemühungen von neoliberalen Wissenschaftler*innen und auch den Krankenkassen gibt, eine solche Entwicklung in die Wege zu leiten. Aber auch ein Festpreissystem hat üble Folgen für die Patient*innen und die Beschäftigten und es ist immer die Eintrittspforte für eine noch weitere Vermarktwirtschaftlichung des Gesundheitswesens.

5 Das Fallpauschalengesetz von 2002

5.1 Die öffentliche Debatte im Vorfeld

5.1.1 Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

Gutachten 2000

> Und natürlich wird es bei und nach einer effizienzsteigernden Intensivierung des Wettbewerbs um Patienten und zwischen den Leistungsanbietern Verlierer geben. Gleichzeitig aber werden die wettbewerbsfähigen Ärzte, Praxisnetze, Krankenhäuser oder Arzneimittelanbieter – auch im Vergleich zum Status quo – mit höheren Gewinnen oder Überschüssen rechnen können. [...] Und da die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung Zwangsabgaben darstellen, denen der Versicherte weder durch zum Beispiel eine gesunde Lebensweise noch durch ein zurückhaltendes Nachfrageverhalten nach Gesundheitsleistungen ausweichen kann, ist es für den Einzelnen rational, auch bereits bei einer geringfügigen Beeinträchtigung einen Arzt aufzusuchen. (BT-Drs. 14/4792 2000: 242)
>
> Denn in der „GKV-Gesundheitsreform 2000" ist vorgesehen, das bisherige aus Pflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen bestehende Mischsystem der Finanzierung des laufenden Betriebes ab 2003 durch ein – in den Vereinigten Staaten entwickeltes – System von durchgängigen Fallpauschalen, den Diagnosis Related Groups, zu ersetzen. Dieses bislang noch in keinem Land flächendeckend erprobte System enthält auch Anreize zu einer an Rentabilitätskriterien beziehungsweise Kostenminimierungsgesichtspunkten orientierten Patientenbetreuung. Wenn zukünftig die Krankenkassen die Möglichkeit haben, mit Krankenhäusern ihrer Wahl Verhandlungen über eine Anzahl der von ihnen benötigten Betten, Pflegetage und sonstigen Leistungen zu führen, wird es aber besser möglich sein, den tatsächlichen Krankenhausbedarf regionalisiert zu erfassen. Dann kann erwartet werden, dass eine bedarfsorientierte Einkaufspolitik nach Krankenhausleistungen durch die Kassen, gepaart mit den von den Fallpauschalen ausgehenden Anreizen auf das Krankenhausmanagement, die Belegdauer zu verkürzen, zu einem Abbau des Bettenüberhangs führt. Dies kann die Dysfunktionalitäten der dualen Krankenhausfinanzierung zwar nicht überwinden, wohl aber verringern. (Ebd.: 244 f.)
>
> Diese Fehlanreize und Abstimmungsmängel des (staatlichen) Gesundheitssystems können nicht durch einen Ausbau der administrativen Steuerung oder der korporatistischen Koordination beseitigt werden, sondern am ehesten durch eine deutliche

> Stärkung des Wettbewerbs sowohl zwischen den Kassen als auch zwischen den Leistungserbringern, verbunden mit Anreizen, die das Kostenbewusstsein der Patienten stärken. Es bieten sich im Prinzip drei Reformstrategien an: – eine Individualisierung der Gesundheitsrisiken, – die Privatisierung des Versicherungsschutzes über eine verpflichtende Privatversicherung und – eine wettbewerbsorientierte Weiterentwicklung des bestehenden Systems. (Ebd.: 245)

Es erfolgt ein offenes Bekenntnis zur Profitmaximierung (bei einem Teil der Krankenhäuser) und zur Marktbereinigung (bei den anderen). Unschwer sich vorzustellen, wer Gewinner und Verlierer sein werden – alles ungeachtet der Auswirkungen auf die Versorgung. Immer wieder wird auch das Zerrbild der Freibiermentalität der Kassenmitglieder bemüht, als ob es Spaß machen würde, krank zu sein oder beim Arzt/im Krankenhaus zu warten. Andere Erklärungen (soziale Ungleichheit, Bildungsungleichheit) kommen dem Rat nicht in den Sinn. Im Weiteren erfolgt die explizite Begrüßung einer Kostenminimierung in der Patientenversorgung und ein starker Fokus auf Bettenabbau und Schließungen, wieder ohne Diskussion der Auswirkungen auf die Versorgung. Ansonsten – wie schon mehrfach gehabt – soll die Richtung der Veränderungen sein: weg von staatlicher Planung, hin zu mehr Wettbewerb. Dabei ist wieder besonders wichtig, dass die absehbar höheren Kosten auf die Menschen abgewälzt werden und das Kapital verschont bleibt.

Gutachten 2001/2002

Das Gutachten wurde im November 2001 dem Bundestag vorgelegt.

> Begrüßenswert ist hingegen die Tatsache, dass mit diesen Programmen ein Tor hin zu mehr Vertragsfreiheit aufseiten der Kassen geöffnet wird. Insofern die Disease Management Ansätze zu einer Ausweitung von Modellen der integrierten Versorgung und einer Ausweitung leitlinienbasierter Behandlungsformen führen, könnte damit ein wichtiger Schritt hin zu mehr Wettbewerb auf der Ebene der Leistungserbringer getan sein. (BT-Drs. 14/7569 2001a: 167)

> Im Gegensatz zu dem gegenwärtigen Vergütungsmix aus Fallpauschalen, Sonderentgelten sowie Pflegesätzen setzt das DRG-Verfahren für die einzelnen Krankenhäuser Anreize zu einer effizienten Versorgung. Gelingt es einem Krankenhaus, den Behandlungserfolg mit weniger Kosten in Relation zu der für diese Behandlung gewährten Fallpauschale zu erreichen, entsteht in Höhe der Differenz ein Überschuss für dieses Krankenhaus. Die durch die Fallpauschalen induzierten Anreize dürften damit auch der im europäischen Vergleich hohen Verweildauer in deutschen Krankenhäusern entgegenwirken. Ein weiterer Vorteil der neuen Vergütungsstruktur liegt in der gesteigerten Transparenz mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Durch das gegenwärtige Vergütungsverfahren werden Kostenunterschiede in der Versorgung gleicher Fallgruppen kaum sichtbar;

> in einem DRG-System werden diese offen zu Tage treten. Allerdings enthält ein flächendeckendes Fallpauschalensystem auch Risiken: Sicherzustellen ist vor allem, dass es nicht zu Qualitätsminderungen in der Versorgung kommt. Zudem bietet das durch eine mangelnde Verzahnung zwischen stationärem und ambulantem Sektor gekennzeichnete deutsche Gesundheitssystem den Krankenhäusern die Option, den ambulanten Bereich als Verschiebebahnhof im Rahmen einer Strategie der Kostenexternalisierung zu nutzen. Diesen potentiellen Gefahren soll künftig mit einem detaillierten System der Qualitätsmessung und Qualitätssicherung begegnet werden. (Ebd.: 169)

Desease-Managment-Programme (DMP) mögen eine sinnvolle Sache sein. Auch sie – wie die anderen Modellvorhaben nach § 64 ff. SGB 5 – wurden allerdings vom Rat hauptsächlich als Türöffner zu mehr Wettbewerb und Vertragsfreiheit gesehen. Das ist vermutlich auch ihr Hauptzweck. Auch die erhöhte Transparenz wurde als Voraussetzung behandelt, damit Wettbewerb funktioniert, und nicht wegen der Aufklärung der Patient*innen. Je näher die Einführung der DRGs heranrückte, wurde auch deutlich, dass der Rat eine klare Erkenntnis der Probleme der Einführung von Preisen hat, incl. der Patientenselektion (Verlagerung von Kosten in andere Bereiche). Aber das focht ihn nicht an. Nach dem Motto „wir machen es trotzdem" wurde an der eingeschlagenen Linie Richtung Vermarktwirtschaftlichung festgehalten. Als Allheilmittel wurde wieder die Qualitätsmessung und -sicherung angeboten. (vgl. hierzu die detaillierte Kritik in Kapitel GKV-GRG, die neuen Gesetzestexte, SGB 5). Ansonsten finden wir die altbekannte Forderung nach mehr Wettbewerb wieder und im Fokus stehen auch Schließungen und Bettenabbau zur Kostenreduktion.

5.1.2 Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Gutachten 2000/2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit"

Das Gutachten wurde im März 2001 dem Bundestag vorgelegt. Dem Sachverständigenrat gehörte von 1999 bis 2005 auch der heutige Gesundheitsminister Karl Lauterbach an. Minderheitsvoten gab es nicht. Er stand also hinter den Aussagen des Rats.

> Der Rat ist der Auffassung, dass bei der erneuten und diesmal flächendeckenden Einführung eines zudem noch umfassenden pauschalierten Entgeltsystems (mit einer weitgehenden Reduzierung des sog. Restbudgets) eine konsequente Qualitätssicherung unerlässlich ist. Nur so kann den potenziellen Gefährdungen der Versorgungsqualität und medizinischen Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser begegnet werden. (BT-Drs. 14/5661 2001b: 121)

Unter der vereinfachenden Annahme, dass Leistungserbringer die Strategie der Einkommensmaximierung verfolgen, besitzen unterschiedliche Vergütungssysteme unterschiedliche Anreizwirkungen. So kann die Maximierung des Einkommens in einem System tagesgleicher Pflegesätze über die Ausdehnung von Verweildauern erfolgen. Fallpauschalen setzen den ökonomischen Anreiz zu einer Ausdehnung von Fallzahlen, einer Verkürzung der Verweildauer, unter Umständen zu qualitätsmindernden Reduktionen des Ressourceneinsatzes pro Fall sowie zu einer Einstufung von Patientenfällen in eine möglichst hoch vergütete Fallgruppe. In einem System der Einzelleistungsvergütung besteht der ökonomische Anreiz zu einer Ausdehnung von Einzelleistungen. [...] Aus Transparenzgründen und den Möglichkeiten zur Begrenzung nicht indizierter Leistungen eignet sich die Leistungseinheit diagnoseorientierter Behandlungsfälle im Vergleich besser. Aus diesen Gründen folgt der Rat der Aussage früherer Gutachten, diagnoseorientierte Fallpauschalen in der stationären Versorgung als am ehesten leistungsgerecht anzusehen. (Ebd.: 171 f.)

So positiv die theoretische Einschätzung von Fallpauschalen auch zunächst ausfällt, so kritisch gilt es in einem weiteren Schritt zu verdeutlichen, welche Fehlanreize von der Vergütung über Fallpauschalen ausgehen können und wie diesen begegnet werden kann. Nur unter der Bedingung, dass den Fehlanreizen adäquate Gegenmechanismen entgegenwirken, lässt sich die These von Fallpauschalen als eine adäquate Vergütungsform für eine effiziente stationäre Leistungserbringung aufrechterhalten. Die im Folgenden erläuterten Fehlanreize, die von einer Vergütung über Fallpauschalen ausgehen können, umfassen den Anreiz zu Ressourceneinsparungen mit qualitätsmindernder Wirkung, Anreize zu Patienten- bzw. Fallselektion, zur Kostenverlagerung auf benachbarte Versorgungssektoren, zur Indikationsausweitung und Fallhöhergruppierung sowie zur Fallzahlenausdehnung. Alle Fehlanreize können sowohl qualitäts- als auch ausgabenwirksam sein. (Ebd.: 173)

Eine Möglichkeit für die Kassen, zusätzlich auch noch die finanziellen Vorteile, die sich aus den Spannen zwischen Durchschnittskosten und krankenhausindividuellen Kosten ergeben, für sich bzw. für die Versicherten auszuschöpfen, lässt sich lediglich dadurch erreichen, dass die einheitlichen Durchschnittspreise als Höchstpreise gelten. Es bestünde dann zumindest die Freiheit für die Verhandlungspartner – die einzelnen Krankenhäuser und die Verbände der Krankenkassen –, Fallpreise auszuhandeln, die unter den Einheitspreisen liegen. [...] Das (regionale) Verhandlungsmonopol der Kassen begründet nur dann eine starke Verhandlungsposition, wenn dies auch die Möglichkeit der Auflösung von Versorgungsverträgen mit einem Krankenhaus einschließt. [...] Wenn es in Einzelfällen auch zu diesem als positiv zu bewertenden Effekt kommen kann [Verzicht auf die Behandlung unlukrativer Fallpauschalen; d. Verf.], so stehen dem doch einige wesentliche Hindernisse entgegen. So fällt es dem Krankenhaus häufig leichter, Kosten auf eine solche Weise wirksam einzusparen, die mit erheblichen Qualitätsminderungen verbunden ist, so z. B. durch Kürzungen beim Krankenhauspersonal. (Ebd.: 181)

Von Bedeutung ist auch die Einschränkung der Handlungsfreiheiten für öffentliche Krankenhausträger, die sich aus der Bindung der Gehälter eines Großteils

> des Krankenhauspersonals in das relativ inflexible Gefüge des Bundesangestelltentarifs (BAT) ergibt. [...] Für den Fall, dass ein Krankenhaus dem anhaltenden Kostendruck trotz kostensenkender Maßnahmen nicht standhalten kann, könnte es zum Konkurs des betreffenden Krankenhauses kommen. Dies könnte wiederum den regionalen Sicherstellungsauftrag berühren, sodass möglicherweise die für den Sicherstellungsauftrag letztlich verantwortlichen Länder den Konkurs öffentlicher Krankenhausträger durch Subventionen zu verhindern suchen Der Rat erneuert daher seine Anregung, die gesetzlichen Möglichkeiten qualitätsorientierter Zu- und Abschläge auch dahingehend zu nutzen. Erfolgversprechend sind auch Ansätze zur Verbesserung der Qualitätstransparenz und zur vergleichenden veröffentlichten Qualitätsberichterstattung [...], die einen gewissen Wettbewerbsdruck unter Krankenhäusern um Patienten erzeugen können. (Ebd.: 182)

> Ausländische Erfahrungen weisen daraufhin, dass auch nach erfolgreicher Einführung eines DRG-Systems die administrativen Kosten der Krankenhäuser dauerhaft oberhalb des Niveaus bei tagesgleichen Pflegesätzen liegen. Zusätzliche Kosten werden auch in den nachgehenden Versorgungsbereichen anfallen. (Ebd.: 189)

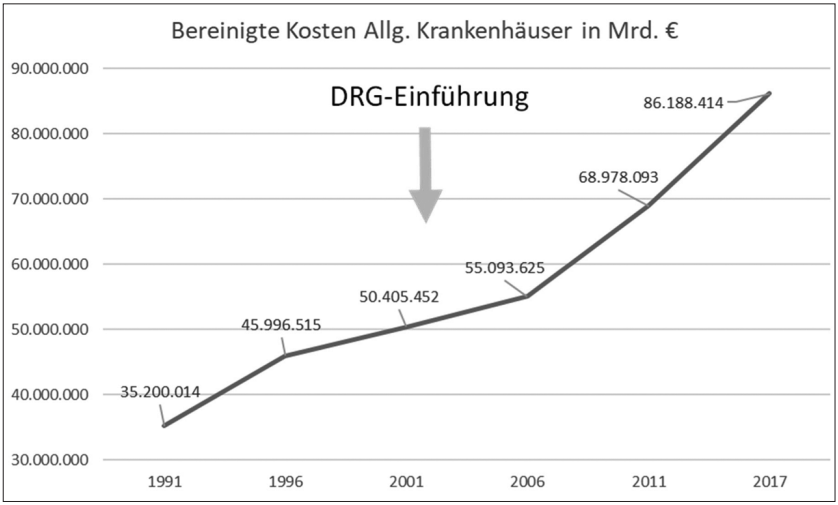
> Nach ausländischen Erfahrungen ist aufgrund des zu erwartenden Rückgangs der Krankenhausverweildauern mit deutlichen Mehrbelastungen der ambulanten und stationären, ärztlichen und pflegerischen Nachsorgestrukturen (sowohl nach SGB V wie IX und XI) zu rechnen. Diese Strukturen müssen schnittstellengenau, qualitätsbewusst und synchron entwickelt werden, um Nachteile für Patienten zu vermeiden. (Ebd.: 191)

Das Gutachten liest sich wie die Langfassung des Gutachtens des anderen Sachverständigenrats (zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung). Tatsächlich hatte sich der „Wirtschaftsrat" mit seinem Gutachten 2001 deutlich bei diesem Gutachten, das ja ca. acht Monate früher erschien, bedient. In fast epischer Breite wurden jetzt plötzlich die großen Gefahren einer Umstellung auf Preise hervorgehoben, ohne dass sich das auf die Grundposition ausgewirkt hätte. Allenfalls kann man herauslesen, dass es vielleicht besser wäre, etwas langsamer vorzugehen. Und natürlich ist ein weiterer Aspekt, dass der Rat der hochkompetenten Wissenschaftler*innen hinterher (wenn etwas schiefgeht) argumentieren kann, dass er ja gewarnt habe.

Die ökonomischen Zwangsgesetze, die bei einem Preissystem wirken, wurden klar analysiert (Mengenausweitung, Kostendumping, Upcoding, Selektion). Aber obwohl die vom Rat geforderten flankierenden Bedingungen nicht vorhanden waren, sollte trotzdem eingeführt werden. Das Gutachten umfasst mehr als 1.000 Seiten, schwerpunktmäßig geht es neben der Beschreibung der Gefahren um die notwendige Qualitätssicherung. Auch hier kann man also nicht argumentieren, „das haben wir nicht gewusst". Im Gegenteil: Trotz der Gefahrenschilderung wird noch draufgesattelt mit der Forderung, die Fallpauschalen als Höchstpreise

auszugestalten, damit die Krankenkassen in Einzelverhandlungen die Schraube noch weiter anziehen können. Der Rat meinte, dass sich hierzu auch die Qualitätsvergütung (Zu- und Abschläge für Qualität) eigenen würden. Interessant auch, dass ebenfalls klar gesehen wurde, dass Preise nicht zu einer Kostensenkung führen würden und dass der Verwaltungsaufwand deutlich ansteigen würde. So ist es dann auch eingetreten (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Entwicklung der bereinigten Kosten in Allgemein-Krankenhäusern, 1991–2017 (Angaben in Mrd. Euro)



Quelle: Destatis Kostennachweis Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.3, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

5.1.3 Papier von Lauterbach und anderen Professoren

Im Auftrag der SPD-nahen Friedrich-Ebert-Stiftung legten Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach, Prof. Dr. Dr. hc. Bert Rürup und Prof. Dr. Jürgen Wasem auf einer Arbeitstagung des Gesprächskreises „Arbeit und Soziales" am 5. Dezember 2001 ein Papier unter dem Titel „Weichenstellungen für die Zukunft. Elemente einer neuen Gesundheitspolitik" vor (Glaeske et al. 2001). Zu diesen Elementen sollte gehören: „eine qualitäts- und effizienzorientierte Wettbewerbsordnung des Gesamtsystems, die Verkrustungen, Ständestrukturen und Lobbyinteressen aufbricht und flexible und moderne marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente durchsetzt" (ebd.: 1). Die Autoren charakterisieren den

Gesundheitsbereich als „wachsenden Wirtschaftszweig mit einem Volumen von 413 Mrd. DM pro Jahr".

> Wettbewerb heißt dabei nicht, die solidarischen Finanzierungsstrukturen aufzugeben, Wahl- und Regelleistungen einzuführen, immer mehr Gesundheitsrisiken oder -leistungen zu privatisieren. Wettbewerb heißt vielmehr, den Rahmen für eine solidarische Wettbewerbsordnung klar festzulegen und klare Beziehungen zwischen den Akteuren im Gesundheitssystem zu definieren und die Rolle des Patienten im Gesundheitssystem zu stärken. (Ebd.: 2)

Unter der Überschrift „Neuausrichtung des Krankenhausentgeltsystems" heißt es:

> Mit der Einführung eines in Schritten realisierten bundeseinheitlichen System von Fallpauschalen und gleichzeitig definierten Qualitätsanforderungen wird das bestehende Selbstkostenerstattungsprinzip mit seinen Fehlsteuerungen (Fehlbelegung, Verweildauer) abgelöst. Eine solche Regelung wird zu Kostensenkungen und zu einer sinnvollen Konzentration der Fälle auf dafür entsprechend spezialisierte Einrichtungen und Abteilungen kommen. Die Gesamtkosten der Versorgung werden bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität sinken. Durch die Verbesserung der Effizienz von planbaren Eingriffen auf spezialisierte Zentren wäre eine gezielte Nutzung freiwerdender Ressourcen zur Sicherung einer wohnortnahen, qualitativ hochwertigen Basisversorgung möglich. So könnte zum Beispiel die Möglichkeit von Direktverträgen zunächst auf solche Eingriffe beschränkt werden, die in der Regel planbar durchgeführt werden. (Ebd.: 7)

Unter der Überschrift „Eine moderne, solidarische Wettbewerbsordnung aufbauen" wird ausgeführt:

> Fest steht aber auch: Die bisherigen Möglichkeiten des Wettbewerbs werden kaum zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung genutzt. Krankenkassen, aber auch Ärzte, Krankenhäuser und die übrigen Erbringer von Gesundheitsleistungen sind heute zu sehr durch starre Vorschriften eingeschränkt. Insbesondere sind die Krankenkassen in zu vielen Bereichen zu gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen verpflichtet, und es ist vorgeschrieben, mit wem sie auf der Seite der Leistungserbringer Verträge abschließen müssen. Damit ist der Wettbewerb, der durch das GSG eingeleitet worden ist, auf halber Strecke stehen geblieben. Es fehlen die notwendigen Instrumente in den Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, damit sich die wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung im Wettbewerb herausbilden kann. Umgekehrt haben auch einzelne Leistungserbringer oder Gruppen von Leistungserbringern kaum Chancen, sich durch besondere Leistungsfähigkeit oder besondere Wirtschaftlichkeit zu profilieren und so einen größeren Marktanteil in der Versorgung der Versicherten an sich zu binden. Die Regeln, die heute gemeinsames und einheitliches Handeln vorschreiben, müssen revidiert werden. Eine wettbewerbliche Öffnung ist erforderlich, damit sich Innovationen in Qualität und Wirtschaftlichkeit durchsetzen können. (Ebd.: 15/16)

Zu Öffnung gehören:

- *Ein Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen*
  Der Sicherstellungsauftrag sollte in der Verantwortlichkeit der Krankenkassen liegen. Wie in jedem wettbewerblichen System muss die Leistung von demjenigen garantiert werden, der auch die Verantwortung für die Kosten trägt. Zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. den Krankenhäusern können gegenwärtig keine echten Verhandlungen stattfinden, da es weder für den Anbieter noch für den Nachfrager Alternativen gibt. Eine Krankenkasse wird vom Versicherten mit seinen Beiträgen verpflichtet, eine bedarfsgerechte Versorgung zu garantieren. Dieser Verantwortung entledigt sich die Krankenkasse heute durch die pauschale Weitergabe dieses Auftrags an einen Monopolanbieter.

- *Ein Fortfall des Kontrahierungszwangs gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen*
  Voraussetzung für jede Form von Wettbewerb ist ein funktionierender Markt. Kein Markt kann funktionieren, in dem jeder Nachfrager gesetzlich verpflichtet ist, mit jedem Anbieter zu kooperieren. Dies bedeutet für den Nachfrager, dass er auch Leistungen einkaufen muss, von denen er weiß, dass sie seinen qualitativen Anforderungen nicht entsprechen. Dennoch müssen die Krankenkassen auch mit diesen Einrichtungen Verträge schließen, die keine gesicherte Versorgungsqualität bieten. Umgekehrt werden die Leistungserbringer gezwungen, auch Leistungen zu erbringen, die sie betriebswirtschaftlich nicht darstellen können. Dies führt dazu, dass die Leistungen unterhalb des notwendigen fachlichen Qualitätsstandards erbracht werden müssen.

- *Eine Rückführung einheitlicher und gemeinsamer Verträge*
  Der Markt führt dann zu mehr Effizienz, wenn er Anbietern mit hoher Qualität und einer guten Kosten-Nutzen-Relation Vorteile ermöglicht. Diese Vorteile entstehen zu Lasten derer, die eine entsprechende Qualität nicht anbieten können. In der jetzigen Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung wird aber genau dieser Effekt des Wettbewerbs ausgeschaltet, da die Verträge grundsätzlich einheitlich und gemeinsam für alle Krankenkassen und alle Leistungserbringer gestaltet werden müssen. Dies führt zu einer Situation, in der sich die besonders hochwertige Vertragserfüllung nicht lohnt. Wenn der Sicherstellungsauftrag durch die Krankenkassen übernommen wird, darf es für die Leistungserbringer keine Pflicht geben, einen Einheitsvertrag aller Krankenkassen erfüllen zu müssen. Umgekehrt kann es einer Krankenkasse und den Patienten nicht zugemutet werden, über den Bedarf hinaus oder in Fällen inakzeptabler Qualität dennoch einheitlich Verträge abschließen zu müssen. [...] Gegenwärtig werden die Steuerungsinstrumente in der Gesundheitsversorgung größtenteils vom Gesetzgeber detailliert vorgegeben. Dies ist umso entbehrlicher, je wettbewerbsorientierter die gesundheitliche Versorgung ausgerichtet wird; also so viel Markt wie möglich, so viel Staat wie nötig. Bis die stärker wettbewerbliche Orientierung des Gesundheitswesens greift, kann die Gesundheitspolitik nicht vollständig auf bisherige Steuerungsinstrumente verzichten. Insbesondere ist kurzfristig ein Verzicht auf die Budgetierung als Instrument

> nicht möglich. Die sektorale Budgetierung sollte durch ein sektorübergreifendes Globalbudget ersetzt werden. (Ebd.: 17 f.)

Es kann den Autoren zugutegehalten werden, dass sie sich in ihrem Papier gegen Einschnitte bei der Leistungserbringung für die Patient*innen (Zuzahlungen, Wahltarife usw.) und für den Erhalt wichtiger Elemente der solidarischen Krankenversicherung (Parität, einkommensabhängige Beiträge) aussprachen. Gegenüber den Leistungserbringern gingen sie aber in die Vollen. Dass Solidarität und Wettbewerb in einem unauflöslichen Widerspruch stehen, focht sie genauso wenig an wie die Tatsache, dass die vorgeschlagenen marktwirtschaftlichen Elemente ihrer „modernen Wettbewerbsordnung" (hausindividuelle Preise, freie Preisverhandlungen, Vertragsfreiheit für die Kassen, Rückzug des Staates) das ganze System der Gesundheitsversorgung auf die schiefe Ebene zur Ökonomisierung (weg von der Daseinsvorsorge hin zum wachsenden Wirtschaftssektor) setzen würden. Wenn Absatz und Gewinne zum entscheidenden Antrieb werden, bleiben Bedarfsgerechtigkeit und Humanität auf der Strecke. Neben der höheren Effizienz sollen laut Ansicht der Autoren ihre Vorschläge quasi automatisch auch noch zu mehr Qualität führen. Niemand ist gegen eine wirtschaftliche Erbringung der notwendigen Leistungen, aber wo ist die Grenze zu Einsparungen auf dem Rücken der Beschäftigten und der Patient*innen, wenn diese Effizienz durch marktwirtschaftliche Mechanismen erreicht werden soll? Und auch Qualität ist eben keine natürliche Folge von „mehr Markt". Marktwirtschaftliche Qualität ist untrennbar verknüpft mit der Frage der zahlungsfähigen Nachfrage und mit den Kosten, die nicht zu hoch sein dürfen, damit Gewinne möglich sind. Auch dies hat nichts mit Bedarfsgerechtigkeit zu tun. Auch interessant, dass hier offen von „effizienter Wettbewerbsordnung", in deren Zentrum Preise stehen, die Rede ist und nicht von „Wettbewerb um Qualität", der kurze Zeit später bemüht wird, um dem Ganzen einen patientenfreundlichen Anstrich zu verleihen und um ver.di auf Kurs zu bringen (vgl. zur Positionierung von ver.di Kapitel 6 „Ausblick").

5.2 Die Gesetzesvorgeschichte

Im Juni 2000 erfolgte eine Einigung der Selbstverwaltung auf Bundesebene auf das australische AR-DRG-System, Version 4.1.[1] Es sollte mit deutschen Kostendaten hinterlegt werden. Die Kalkulation sollte aufgrund einer repräsentativen Stichprobe ausgewählter Krankenhäuser erfolgen und es sollte ein einheitliches

1 Australian Refined Diagnosis Related Groups = verfeinerte australische diagnosebezogene Fallgruppen.

Kalkulationsschema geben. Die Zahl der Basis-DRGs sollte zunächst auf 800 und die der Schweregrade auf drei begrenzt werden. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben sollte ein für die Selbstverwaltungspartner arbeitendes Institut gebildet werden.[2] Im Mai 2001 erfolgte die Gründung der InEK GmbH (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) durch die Selbstverwaltung.

5.3 Das parlamentarische Verfahren

5.3.1 Gesetzentwurf von SPD und Bündnis 90/Die Grünen

Am 11. September 2001 legten die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen den Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG) vor. Die Bundesregierung übernahm den Entwurf wortgleich und gab ihn an den Bundesrat weiter. Der Gesetzentwurf wurde letztlich mit wenigen Änderungen vom Bundestag und Bundesrat mehrheitlich verabschiedet. Wesentliche Regelungen waren:

- Verschiebung des obligatorischen Einführungszeitpunkt auf den 1. Januar 2004 (optional ab 1. Januar 2003).
- Es wurden weitere Details der Einführung der DRGs im KHG festgelegt.
- Die Bundespflegesatzverordnung galt ab 2005 nur noch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser. Diese wurden vom Fallpauschalenbereich ausgenommen, für sie galten weiterhin tagesgleiche Pflegesätze und ein krankenhausindividuell vereinbartes Budget.
- Es wurde neu das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zur näheren Regelung der Abrechnungsbestimmungen für DRG-Krankenhäuser geschaffen.
- § 18b KHG (Rationalisierungsinvestitionen) wurde gestrichen, da er faktisch nicht genutzt worden war.
- § 19 KHG (gemeinsame Empfehlungen über Maßstäbe und Grundsätze für die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser durch DKG und GKV) wurde gestrichen, weil diese nie zustande gekommen waren.

---

2 Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17 b KHG zwischen dem Verband der Angestellten-Krankenkassen, Siegburg, dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Siegburg, dem AOK-Bundesverband, Bonn, dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen, dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach, der Bundesknappschaft, Bochum, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel, der See-Krankenkasse, Hamburg sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung, Köln und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf (2. August 2000).

Die Details der Änderungen werden bei der Bewertung des weiteren Verfahrens und der neuen Gesetzestexte besprochen. In der Gesetzesbegründung hieß es unter Ziele:

> Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems wird der Weg weg vom Selbstkostendeckungsprinzip und der Finanzierung kostenorientierter Budgets hin zu einer an den Leistungen orientierten Krankenhausvergütung konsequent fortgeführt. Mit Ausnahme der psychiatrischen Leistungen sollen alle stationären Leistungen in Zukunft über Fallpauschalen vergütet werden. Das seit 1996 praktizierte Mischsystem von Fallpauschalen und Sonderentgelten einerseits und tagesgleichen Pflegesätzen für den überwiegenden Teil der Krankenhausleistungen andererseits hat sich nicht bewährt. Die psychiatrischen Leistungen werden ausgenommen, weil eine aufwandbezogene Zuordnung dieser Leistungen infolge der stark variierenden Verweildauer nicht bzw. noch nicht möglich ist.
>
> Das neue Entgeltsystem soll das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich transparenter machen, die Wirtschaftlichkeit fördern und die im System tagesgleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize insbesondere zur Verlängerung der Verweildauer beseitigen. Die direkte Verknüpfung der erbrachten Leistungen mit der Vergütung soll dazu beitragen, dass die Ressourcen krankenhausintern wie auch krankenhausübergreifend bedarfsgerechter und effizienter eingesetzt werden. Das neue Entgeltsystem soll vor allem auch dazu beitragen, dass die in der bisherigen Budgetsystematik angelegten Hemmnisse für einen leistungsorientierten Fluss der Finanzmittel abgebaut werden. Das Geld soll den Leistungen folgen können. Die leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser wird zu mehr Wettbewerb und zu einer stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten führen. Einen besonderen Stellenwert in einem Fallpauschalensystem hat die Qualitätssicherung. Die dazu vorgesehenen Instrumente zusammen mit der Transparenz der Leistungen werden zu einer deutlichen Verbesserung der Qualität in der stationären Versorgung führen. Die Einführung eines nahezu alle voll- und teilstationären Leistungen erfassenden Vergütungssystems kann nur im Rahmen eines lernenden Systems mit stetigen Anpassungsschritten erfolgen. Dazu sind auch systematische Beobachtungen der Auswirkungen der Systemeinführung erforderlich. (BT-Drs. 14/6893 2001c: 26)
>
> Für die nach dem DRG-Fallpauschalensystem zu vergütenden Leistungen wird ein neues Krankenhausentgeltgesetz geschaffen. Dabei wurde darauf geachtet, die Regelungsdichte auf ein unabdingbar erforderliches Maß zu reduzieren. Die Vertragsparteien erhalten damit Freiräume für mehr eigenverantwortliche Gestaltung. (Ebd.: 27)
>
> Wie auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zutreffend festgestellt hat, bedarf die Einführung des pauschalierten Vergütungssystems einer umfangreichen und konsequenten Qualitätssicherung. (Ebd.: 28)
>
> Die Vergütung der Krankenhausleistungen mit DRG-Fallpauschalen macht es erforderlich, die Zuordnung der Patienten zu den DRG-Fallgruppen zu prüfen.

> Schon leichte Fehler oder Veränderungen bei der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren können zu höheren Abrechnungsbeträgen führen. Auch in den USA werden deshalb ständig Stichproben von Krankenhausfällen überprüft. [...] Der MDK ist zu verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfungen befugt. Diese sind unverzichtbarer Systembestandteil. Auf Grund der Erfahrungen mit der Einführung von DRG-Systemen in anderen Ländern ist bekannt, dass der Gefahr verfrühter, medizinisch nicht angezeigter Entlassungen von Patienten und Fehlkodierungen, die zu überhöhten Abrechnungen führen, entgegengewirkt werden muss. (Ebd.: 34)

Kernmetapher waren „Das Geld folgt der Leistung" und das „lernende System". Beides klingt gut, ist aber falsch. In einem System der Selbstkostendeckung folgt das Geld tatsächlich der „erbrachten" Leistung. In einem Preissystem ist es genau umgekehrt: Die Leistung folgt dem Geld. Alles, was sich lohnt, wird gemacht, um Geld zu verdienen, in der Konsequenz unabhängig davon, ob es notwendig oder sinnvoll ist oder nicht. Das „lernende System" verbirgt nur mühsam, dass jedes Preissystem in der Daseinsvorsorge zu ständigen Nachbesserungen zwingt, um den Missbrauch zu reduzieren. Lernendes System sind die DRGs nur insofern, als die finanziellen Anreize ständige Nachbesserungen und verstärkte Kontrollen nötig machen, um Missbrauch zu verhindern.

5.3.2 Erste Lesung im Bundestag

Am 26. September 2001 fand die erste Lesung im Bundestag im Rahmen der Haushaltsplanberatungen statt. Die neue Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD), die Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen) abgelöst hatte und seit Januar 2001 im Amt war, stellte den Entwurf vor:

> Ich will nicht verschweigen, dass wir vor großen Herausforderungen, auch in der Gesundheitspolitik stehen. Ich nenne hier nur einmal die Herausforderungen durch den medizinischen Fortschritt, Herausforderungen aufgrund der demographischen Entwicklung und aufgrund der wachsenden Zahl multimorbider Menschen und chronischer Erkrankungen. Deshalb ist eine Weiterentwicklung des Systems notwendig, eine Weiterentwicklung hin zu mehr Patientenorientierung, mehr Versorgungsqualität, vor allem für chronisch kranke Menschen, und mehr Wirtschaftlichkeit. (Deutscher Bundestag 2001a: 18473)

> Wir müssen das Gesundheitswesen mehr als bisher an medizinischen Bedürfnissen ausrichten. Dazu gehört richtigerweise, dass wir uns mit einer umfassenden Umgestaltung der Entgeltsysteme auseinandersetzen müssen. [...] Im Krankenhaus wird mit dem heute eingebrachten Gesetz zur Einführung der Fallpauschalen ebenfalls ein leistungsorientiertes Preissystem eingeführt und damit die bislang umfassendste Reform im Krankenhausbereich eingeleitet. Die konkrete Umsetzung erfolgt mit

> dem Fallpauschalengesetz. Da wir uns in der Zielsetzung einig sind, gehe ich davon aus, dass wir uns auch bei der Frage der konkreten Umsetzung, so wie wir sie im Gesetzentwurf vorgesehen haben, einig werden. Ich glaube, dass der große Fortschritt darin besteht, dass wir mit dem Fallpauschalensystem wirklich eine starre, fiskalisch orientierte Budgetierung im Krankenhaus überwinden und dass ein modernes, prozessoffenes Vergütungssystem auf den Weg gebracht wird. Das Geld muss der medizinischen Leistung folgen. Es muss klar erkennbar sein, wohin die Ressourcen fließen und für welche Leistungen sie gebraucht werden. Diese Transparenz schaffen wir mit dem Fallpauschalensystem. Dies ist eine wirklich große Reform, die auch langfristig Wirtschaftlichkeitsreserven im größten Ausgabenbereich der Krankenversicherungen erschließen und die Qualität verbessern wird. Wer Ja sagt zur Leistungsorientierung und dazu, dass die Krankenhäuser mehr Freiräume erhalten sollen, der muss auch zu den Instrumenten Ja sagen, die wir brauchen, um sicherzustellen, dass nur das medizinisch Notwendige – dies aber in jedem Fall – erbracht wird und dass Leistungen in der Qualität abgesichert werden. Liebe Kolleginnen und Kollegen von der Opposition, deshalb müssen die Kontrollmechanismen und die Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste angepasst werden. Ich sage dies auch an die Kritiker gerichtet, die oft aus den Krankenhäusern kommen: Wer mehr Freiheit will – und das wollen ja alle – der muss sich der fachlichen Überprüfung stellen. (Ebd.: 18474)

Auffällig an dieser Rede war, dass plötzlich eine andere Sprache zur Anwendung kam. Kein Wort von der Notwendigkeit von Markt und Wettbewerb, stattdessen stand plötzlich der Patient und die Qualität im Mittelpunkt. Die Herrschaft von Markt und Wettbewerb ist nicht das, was sich die Menschen unter Daseinsvorsorge vorstellen. Das hatte die neue SPD-Grünen-Regierung erkannt. Deshalb wurde die Erzählung geändert. Es geschah nichts mehr wegen abstrakter Ökonomisierungsziele, sondern alles für die Menschen. Diese Vernebelung der tatsächlichen Triebkräfte für Reformen, die sich gegen die Interessen der großen Mehrheit der Menschen richten, ist nicht neu, fand aber mit der neuen Regierung und der sie tragenden Koalition eifrige Anwender*innen, die sich nicht nur auf den Gesundheitsbereich beschränkten und bis in die Jetztzeit wirken (vgl. die Lauterbach'sche Begründung seiner großen „Revolution") Auch der massiv ausufernde Kontrollzwang für die Krankenhäuser aufgrund der Einführung der DRGs wurde mit dem Wunsch nach „mehr Freiheit" begründet.

Der Ministerin antwortete für die Opposition der ehemalige Gesundheitsminister Seehofer (CSU), er ging aber mit keinem Wort auf das Fallpauschalengesetz ein. Eine detailliertere Kritik brachte ein weiterer Vertreter der CDU/CSU Fraktion (Dr. Hans Georg Faust) vor:

> Zunehmend wird auch den Beteiligten klar, dass die Einführung der DRGs in Deutschland einer Revolution im Krankenhaussektor gleichkommt, von der alle

im und um das Krankenhaus betroffen sein werden. Die Geschichte kennt blutige und auch friedliche Revolutionen. Die Steuerung ist immer schwierig und das Ende immer ungewiss. Was die komplette Umstellung des Entgeltsystems angeht, wissen wir zwar im Jahr 2003, spätestens 2004, welche Krankenhäuser in dem dann vielleicht fertigen System gute, schlechte oder gar keine Überlebenschancen haben; die harten Folgen werden aber gleich danach, in den folgenden Konvergenzjahren, einsetzen. Sie, Frau Ministerin Schmidt, transplantieren jetzt ein wettbewerbsorientiertes, scharfes Preissystem in ein von Budgets und sektoralen Abgrenzungen geprägtes, in den letzten Jahren zunehmend reguliertes und von Ankündigungen gestütztes Gesundheitssystem. Diese Operation – das garantiere ich – werden viele kleine Krankenhäuser in der Fläche dann mit Sicherheit nicht überleben, wenn die Einführung der Fallpauschalen nicht in einen Gesamtreformansatz eingebunden ist. [...] Drei wesentliche Rahmenbedingungen stimmen nicht, Frau Ministerin:

Erstens. Der Zeitplan ist vollkommen durcheinandergeraten. Die aus Prestigegründen beibehaltene, mittlerweile nur teilweise vollzogene Einführung eines australischen Systems schon 2003 führt zu überflüssigen Bindungen von Kapazitäten in vielen Bereichen, insbesondere – das wissen Sie genau – im Softwarebereich. Ein Jahr budgetneutrale Anpassung für alle Häuser im Jahr 2004 und auch die Konvergenzphase sind zu kurz. [...]

Zweitens. Die Einbettung in das Gesamtsystem ist nicht vorbereitet. Ein erklärtes Ziel der Fallpauschalen ist, die Verweildauer in den Krankenhäusern zu verkürzen. Wenn das geschieht, dann verdichten sich die Krankenhausleistungen und der Anreiz ist groß, durch Abbau von Kosten – das ist ja teilweise gewünscht Qualität zu sparen. Die Patienten werden durch ein neues Entgeltsystem nicht gesünder. Wer schon eine personalbelastende Leistungsverdichtung in Kauf nimmt, muss wenigstens erklären, wie die vor- und nachgeschalteten Bereiche, der Reha-Sektor und insbesondere die niedergelassene Ärzteschaft, die dann nicht mehr im Krankenhaus erbrachten Leistungen abdecken sollen. [...].

Drittens. Die Krankenhausplanung stimmt mit der neuen Krankenhauslandschaft nicht überein. Wie Sie, Frau Ministerin, die sich dann an Entgelten orientierende Krankenhausentwicklung mit der von den Ländern zu verantwortenden Kapazitätsplanung abgleichen wollen, bleibt mir ein Rätsel. Ökonomische Wirklichkeit und Sicherstellungsvorstellungen der Länder werden weit auseinanderklaffen. [...]

Alles in allem: eine evolutionäre Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems – ja. Das kann auch mit dem Ziel einer weitgehenden Abdeckung von Diagnosen und Prozeduren geschehen, aber bitte in einem angemessenen Zeitrahmen, unter Berücksichtigung des gesetzlichen Auftrags der Länder und vor allem, Frau Ministerin, eingebettet in eine Gesamtreform des Gesundheitswesens. Dann haben Sie uns auf Ihrer Seite. Klinische Experimente, die die Krankenhauslandschaft weitgehend unkontrolliert zerschlagen und die wohnortnahe Versorgung gefährden, sind mit uns nicht zu machen. (Ebd.: 18484 f.)

Aus diesem Redebeitrag der Opposition ging deutlich hervor, dass es keinen grundsätzlichen Dissens um die Richtung gab, sondern lediglich die Ausführung kritisiert wurde.

Auch Katrin Göring-Eckhardt (Bündnis 90/Die Grünen) sprach das Fallpauschalengesetz nicht an, sondern bemerkte nur allgemein:

> Sie können sich darauf verlassen, dass die Gesundheitspolitik von Rot-Grün mit einem vernünftigen Gleichgewicht von Effizienz und Wettbewerb auf der einen Seite und von Patientenorientierung und Solidarität auf der anderen Seite fortgesetzt wird und dass wir dafür – dessen bin ich mir ganz sicher, Herr Seehofer – auch die Zustimmung der Bürgerinnen und Bürger bekommen werden. (Ebd.: 18480)

Dr. Dieter Thomae (FDP) wurde konkreter:

> Wir sind für DRGs, aber ich sage Ihnen auch: Ich mache mir Sorgen, wie im Laufe Ihrer Politik die DRGs verändert werden. Sie bekommen unsere Zustimmung nur dann, wenn Sie die DRGs so organisieren, dass daraus ein echtes Preissystem wird, dass die Budgetierung fällt. Sonst können wir das nicht machen. (Ebd.: 18481)

Hier war die Abgrenzungslinie also nicht die Ausführung, sondern dass das vorgeschlagene System nicht weitgehend genug war: immer noch zu wenig Markt und Wettbewerb. Für die SPD führte Horst Schmidbauer aus:

> Unser Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser steht erstens für eine umfassende Patientenorientierung, zweitens für eine umfassende Mitarbeiterorientierung, drittens für eine umfassende Qualitätssicherung und viertens für eine umfassende Effizienzverbesserung. Erstens. Für umfassende Patientenorientierung steht: Der Patient rückt jetzt in den Mittelpunkt. Die Struktur und die Betriebsabläufe orientieren sich absolut an den Bedürfnissen der Patienten; denn Krankenhäuser arbeiten in Zukunft nur dann wirtschaftlich, wenn sie die Betriebsabläufe patientenorientiert einführen. Dann ist der Patient gleichzeitig der Gewinner. Zweitens. Für umfassende Mitarbeiterorientierung steht: Der gerechte Preis für die Leistung rückt in den Mittelpunkt. Die Leistung der Mitarbeiter wird transparent. Diese Transparenz schafft mehr Gerechtigkeit bei der Verteilung von Ressourcen in Krankenhäusern. [...] Damit aber das Geld der Leistung folgen kann, müssen wir eine gerechte Vergütungsform schaffen. [...] Drittens. Für umfassende Qualitätssicherung steht: Die Qualität der Versorgung des Patienten rückt in den Mittelpunkt. Zur Sicherstellung der Versorgungsqualität wird der Medizinische Dienst der Krankenkassen erweiterte Rechte bekommen. Damit wird gewährleistet, dass Patienten nicht vorzeitig entlassen werden, dass im Krankenhaus kein Drehtüreffekt entsteht und dass nicht falsch abgerechnet wird. Dazu schaffen wir eine – Qualitätssicherung mit Biss -. Denn nur mit finanziellen Sanktionen kann man eine Wirkung erreichen. [...] Viertens. Für umfassende Effizienz steht: Die Wirtschaftlichkeit rückt in den Mittelpunkt. Das Gesetz zwingt Krankenhäuser zu einer besseren Prozess- und Patientenorientierung. (Ebd.: 17385 u. 18486)

Auch hier war der Tenor „Leistung soll sich lohnen" und „Alles für den Patienten" deutlich erkennbar. Die neue Erzählung war offensichtlich koalitionsintern gut eingeübt. Dr. Ruth Fuchs (PDS) führte aus:

> Natürlich, der Wettbewerb um bestmögliche medizinische Qualität und höhere Effektivität im Gesundheitswesen ist sinnvoll. Allerdings wird gefordert, jeder Kasse das Recht zu geben, mit ausgewählten Krankenhäusern und Ärzten einzeln Verträge abzuschließen. Das heißt, einen ökonomischen Wettbewerb auch auf die Leistungserbringerauszudehnen. Wer Einkaufsmodelle favorisiert, sollte aber offen sagen, was er damit bezweckt und was die Folgen sind. Erstens. Der für die Versicherten prinzipiell mögliche Zugang zu allen Versorgungseinrichtungen würde aufgegeben. Zweitens. Die Krankenhäuser und Ärzte würden in einen Preisunterbietungswettbewerb gezwungen, der zu wachsenden Abstrichen in der medizinischen Qualität führen muss. Drittens. Die Kassen werden früher oder später bestrebt sein, Einfluss auf die unmittelbare Behandlung ihrer Versicherten zu nehmen. [...] Nun zur neuen Krankenhausvergütung: Sie, Frau Minister, sagen, das sei eine gute Sache. Ich wünsche mir das von Herzen, nur leider scheint das nicht so zu werden. Ich will Ihnen auch sagen, warum. Wer Fallpauschalen einführt und damit zu einer prospektiven Finanzierungsform übergeht, verlagert das finanzielle Risiko von der Versicherung allein auf die Leistungserbringer. Das hat nach allen internationalen Erfahrungen auch gravierende Folgen für das medizinische Handeln der Ärzte und Schwestern. Außerhalb der Krankenhäuser entsteht neuer Behandlungs- und Pflegebedarf. Das alles bleibt in der Diskussion bisher weitgehend unberücksichtigt. In den Beratungen zum Gesetzentwurf werden wir uns deshalb dafür einsetzen, dass die Versorgungsqualität für Patienten und Pflegebedürftige sowie angemessene Arbeits- und Tarifbedingungen in den Krankenhäusern nicht unter die Räder kommen. (Ebd.: 18482)

Die Stellungnahme der PDS folgte der Linie früherer Aussagen: Einer deutlichen Kritik im Grundsätzlichen folgt keine klare Ablehnung der DRGs, sondern ein Gesprächsangebot für die Ausschusssitzungen. Zu denken gibt die Einschätzung, dass die Erzielung der bestmöglichen Qualität und höhere Effizienz durch Wettbewerb „sinnvoll" seien. Bei der Daseinsvorsorge handelt es sich nicht um einen sportlichen Wettbewerb, sondern um die Sicherung der Existenz insbesondere der Schwachen. Warum das nicht ohne Konkurrenz und Wettbewerb, sondern durch Kooperation und durch gesetzliche Regelungen machbar sein soll, bleibt offen. Am Ende der ersten Lesung wurde der Gesetzentwurf in die Ausschüsse überwiesen.

5.3.3 Stellungnahme des Bundesrats und Erwiderung der Bundesregierung

Der Bundesrat nahm am 9. November 2001 Stellung (BR-Drs. 701/01 2001). Er lehnte den Entwurf nicht ab, sondern stellte diverse Änderungsanträge im Detail. Die Länder wollten bessere Möglichkeiten, die Universitätskliniken in die ambulante Versorgung einzubeziehen. Das wurde von der Bundesregierung akzeptiert. Ein Streitpunkt war, ob Regelungen über Zuschläge (Versorgungs-

und Sicherstellungszuschlag) durch die Länder oder bundeseinheitlich durch die Selbstverwaltung getroffen werden. Die Länder sahen (berechtigterweise) in der bundesweiten Vorgabe einen Eingriff in die Krankenhausplanung. Die Länder befürchteten, dass erhebliche Mehrkosten auf die kommunalen Träger und die Unikliniken zukämen. Die Bundesregierung meinte in ihrer Erwiderung (BT-Drs. 14/7461 2001d), dass das Gesetz nicht zu Mehrausgaben, sondern zu Einsparungen führen würde. Da die Bundesregierung einen großen Teil der gewünschten Änderungen nicht akzeptierte und weil das Gesetz auch nach Ansicht der Bunderegierung zustimmungspflichtig war, war jetzt schon klar, dass der Vermittlungsausschuss angerufen werden musste.

5.3.4 Anhörung im Gesundheitsausschuss

Am 10. Oktober 2001 fand eine öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss statt. Da die Grundsatzbeschlüsse bereits mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz getroffen worden waren und die Kassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft schon in die konkrete Planung und Entscheidungsfindung eingebunden waren (Auswahl des konkreten Fallpauschalensystems, Kalkulation, Festlegung der Fallpauschalenkataloge, Träger des InEK), gab es faktisch keine grundsätzliche Diskussion über die Sinnhaftigkeit der Entwicklung in Richtung „mehr Markt und Wettbewerb", sondern nur noch die Auseinandersetzung um Detail- und Einführungsfragen. Hier eine Zusammenfassung der Positionen der wesentlichen Verbände.[3]

Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV) Die Stellungnahme besteht nur aus konkreten Änderungsvorschlägen zu einzelnen Unterpunkten von Paragrafen. Es erfolgt deshalb eine zusammenfassende Darstellung der interessierenden Vorschläge zum Thema Krankenhausfinanzierung. Der Tenor war insgesamt äußerst positiv, forderte aber mehr: Bei den im Gesetzentwurf vorgesehenen Vereinbarungen zur Änderung der Leistungsstruktur der Krankenhäuser wollten die Kassen es den Ländern noch schwerer machen zu widersprechen. Sie forderten eine Begründung, falls ein Land ablehnen wolle. Außerdem sollten die Krankenhäuser keine solche Anträge stellen dürfen. Die Höhe von Sicherstellungzuschlägen sollte auf Bundeebene zwischen den Selbst-

3 Protokoll Nr. 108 und 109 14. Wahlperiode, Ausschuss für Gesundheit, 10.10.2001. Ausschussdrucksachen 1116/14, 1117/14, 1120/14, 1125/14, 1130/14, 1132/14, 1168/14. Alle folgenden Zitate aus den Stellungnahmen der Verbände sind den nicht veröffentlichten Ausschussdrucksachen zu diesem Protokoll entnommen. Die Seitenzahlen beziehen sich auf die jeweilige Stellungnahme.

verwaltungspartnern festgelegt werden. Die Vereinbarung von Zusatzentgelten wurde abgelehnt. Eine Finanzierung der Ausbildungskosten durch die Kassen wurde ebenfalls abgelehnt. Der Mehr- bzw. Mindererlösausgleich sollte nicht zugunsten der Krankenhäuser verbessert werden. Verbindliche Mindestmengen wurden begrüßt, genauso wie die Erweiterung der Rechte des MDK. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität sollte „stärker verankert werden. Die Erweiterung der MDK-Prüfungen wurde begrüßt, es wurden Strafzahlungen bei auffälligen Prüfergebnissen gefordert.

Zum Entwurf des KHEntgG wurde angemerkt, dass die „Umsetzung des Höchstpreisprinzips" fehle, also dass die Kassen auch niedrigere Preise vereinbaren können. Die Unterschreitung von Mindestverweildauern bei einer DRG sollte zu Erlöskürzungen führen. Der Ausgangsbasisfallwert für 2005 sollte abgesenkt werden. Die Kassen waren selbstverständlich für eine strenge Auslegung der Beitragssatzstabilität (die Veränderungsrate dürfe im jeweiligen Land nicht überschritten werden, BAT-Steigerungen sollten nicht berücksichtigt werden). Insgesamt war diese Stellungnahme keine Überraschung. Die Kassen sind Befürworter von mehr Markt und Wettbewerb, zumindest wenn es um ihre Gegenspieler, die Leistungsanbieter, geht. Auch jede Verschärfung des finanziellen Drucks auf die Krankenhäuser war ihnen willkommen. Dass sie spätestens seit Seehofer selbst zunehmend unter Wettbewerbsdruck gestellt wurden, war für sie kein Grund, der neoliberalen Ausrichtung der Solidarsysteme zu widersprechen, sondern sie nur umso vehementer zu fordern.

Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV)

> Dabei sei darauf hingewiesen, daß das mit diesem Gesetz einzuführende diagnoseorientierte Fallpauschalensystem (DRG-System) mit erheblichen, zumindest kurzfristigen ökonomischen Risiken für die private Krankenversicherung verbunden sein wird, indem die private Krankenversicherung ihre derzeitigen Vorteile aus den unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Verweildauern im neuen System verlieren wird. Dennoch unterstützt die private Krankenversicherung die Einführung dieses Systems (auch mit hohem personellen und finanziellen Einsatz), weil die damit zu erzielende Transparenz und größere Leistungsgerechtigkeit langfristig Systemsicherheit und auch ökonomische Vorteile bieten kann. [...] Aus amerikanischen Untersuchungen geht hervor, daß sich die Einführung von DRG-Systemen zwar nicht nachteilig auf die Outcomes während des Krankenhausaufenthaltes ausgewirkt haben, aber teilweise auf die längerfristigen Outcomes. Gründe liegen am ehesten darin, daß die nach Entlassung aus dem Krankenhaus weiterbehandelnden Einrichtungen (niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, Rehabilitationseinrichtungen, etc.) den durch kürzeren Krankenhausaufenthalt gestiegenen Anforderungen nicht gewachsen waren. Es wäre unglücklich, wenn die Einführung des DRG-Systems

in Deutschland solche Folgen hätte. Solchen Folgen kann nur vorgebeugt werden, indem sich die Qualitätssicherung über den Zeitpunkt der Verlegung bzw. der Entlassung aus dem Krankenhaus hinaus erstreckt. (2 f.)

Da ist es ja schon fast selbstlos, dass die Einführung der DRGs unterstützt wird, obwohl bisherige Vorteile (kürzere Verweildauern bei privat Versicherten und damit geringere Kosten bei Tagespreisen) verloren gehen würden. Tatsächlich dürften die in Zukunft winkenden Gewinnchancen diesen Nachteil gut verschmerzen lassen. Damit die Kosten insgesamt durch ein schlechteres Langzeit-Outcome bei DRGs nicht steigen, müssten aber energische Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Sie liegen allerdings nicht in der Verhinderung von vorzeitiger Entlassung (z. B. durch eine andere Finanzierung) und auch nicht in der (kostenintensiven) Schaffung von Nachsorgeeinrichtungen, sondern in verlängerter Qualitätssicherung.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Die DKG begrüßt, dass auch der Regierungsentwurf von einer verbindlichen Einführung des DRG-Vergütungssystems zum 1.1.2003 Abstand nimmt und ein Optionsmodell vorsieht. (18)

Der künftig erheblich ansteigende Bedarf an medizinischen Leistungen infolge der demographischen Entwicklung, Veränderungen des Morbiditätsspektrums und des medizinischen Fortschritts muss im Rahmen des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems berücksichtigt werden können. Die Abkehr von der bisherigen strikten Budgetierung ist für die DKG daher unverzichtbare Geschäftsgrundlage für die Anwendung des neuen Vergütungssystems. [...] Die Vorgabe, bei der Vereinbarung des Basisfallwerts ab 2006 fiktiv unterstellte Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu berücksichtigen, wird von der DKG in dieser Form abgelehnt. (19)

Entgegen dem derzeitigen Entwicklungsstand und ausländischen Erfahrungen mit DRG-Systemen zielt der Gesetzentwurf darauf ab, dass spätestens ab dem Jahr 2005 nahezu alle Krankenhausleistungen in einem DRG-System abgebildet und vergütet werden müssen. Eine Individualisierung von Vergütungsbestandteilen ist lediglich in restriktiven Ansätzen und/oder befristet vorgesehen. Ein solcher Ansatz widerspricht nicht nur den Erfordernissen eines „lernenden Systems", sondern induziert strukturelle Fehlentwicklungen mit Wirkung für die Zukunft. (20)

Die DKG begrüßt daher den Ansatz im Regierungsentwurf, individuelle Vergütungen bei medizinischem Fortschritt so lange vorzusehen, bis die damit verbundenen Leistungen im Rahmen des DRG-Systems abgebildet werden können. (...) Die Problematik der Regelung liegt darin, dass medizinischer Fortschritt zwar vergütet werden kann, soweit er individuell vereinbart wird. Es steht allerdings zu befürchten, dass entsprechende Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erst gar nicht zustande kommen werden. (21)

> Die im Regierungsentwurf vorgesehene Regelung eines Sicherstellungszuschlags ist dem Grunde nach zu begrüßen, als sie die Finanzierung einer bedarfsgerechten Versorgung und den Sicherstellungsauftrag der Länder anerkennt. Maßstab für einen Sicherstellungszuschlag muss aus Sicht der DKG die durch die Planungskompetenz der Länder zum Ausdruck kommende gesundheitspolitische Letztverantwortung für eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung sein. Die vorgesehene Beschränkung der Selbstverwaltungspartner, auf Bundesebene lediglich Maßstäbe zu vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang ein Sicherstellungszuschlag zu zahlen ist, ist aus Sicht der DKG mit der Planungskompetenz der Länder vereinbar. (22 f.)
>
> Auch der Regierungsentwurf beseitigt nicht den grundsätzlichen Systemmangel, dass mit dem MDK einer den ökonomischen Zielvorstellungen der Krankenkassen unterworfenen Institution die Aufgabe der individuellen Abrechnungsprüfung und der Analyse von Entwicklungen auf der Systemebene übertragen wird. Die Ausweitung von Kontrollbefugnissen des einseitig operierenden MDK stellt aus Sicht der DKG eine nicht zu vertretende, vom Grundsatz des Misstrauens geprägte Übermaßregelung dar. (23)

Die von der DKG vorgetragenen Kritikpunkte sind allesamt nachvollziehbar. Das Problem ist, dass die DKG schon vorher ihren Frieden mit der Einführung von Preisen gemacht hatte und nur noch um konkrete „Schlupflöcher" bemüht war, um die Wirkungen des Preissystems abzuschwächen bzw. hinauszuzögern.

Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten (BDPK)

> Der BDPK hat sich in der Vergangenheit stets dafür eingesetzt, dass die Vergütung im Akutkrankenhausbereich transparenter gestaltet werden und eine Orientierung allein an Leistung, Qualität und Wirtschaftlichkeit erfolgen muss. Es ist eine konsequente und systemgerechte Umsetzung des neuen Entgeltsystem zu fordern, denn nur dann wird eine betriebswirtschaftlich und volkswirtschaftlich sinnvolle Neustrukturierung der Krankenhausversorgung möglich. Ferner können damit – wie die internationalen Erfahrungen zeigen – für die Krankenhäuser stabile ordnungspolitische Rahmenbedingungen geschaffen werden, die langfristiges unternehmerisches Handeln zulassen. Dabei wird die wettbewerbliche Ausgestaltung der Leistungsbeziehungen der Krankenhäuser untereinander zu einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität führen und damit auch einen wesentlichen Beitrag zur effizienten Verwendung der vorhandenen Mittel im Gesundheitswesen leisten. [...]
> Dabei kann nach Auffassung des BDPK das neue einheitliche und pauschalierende Vergütungssystem nur bei tatsächlich festen Preisen und einem Wegfall der Mengenvereinbarungen – d.h., bei einem Abstellen auf die vom Krankenhaus erbrachten Ist-Mengen (= Summe der Relativgewichte) – seine gesundheitspolitisch gewollte Steuerungsfunktion entfalten. [...]
> Der BDPK bedauert, dass die duale Krankenhausfinanzierung beibehalten wird. Solange nicht die Investitionskosten aller Krankenhäuser im pauschalierenden Ent-

> geltsystem erfasst und abgebildet werden, verbleibt es bei Wettbewerbsverzerrungen und wird ein nicht systemgerechter Zustand fortgeführt. Im Ergebnis spricht sich der BDPK ausdrücklich für die Einführung eines Festpreissystems und die Abschaffung der Erlösausgleiche ab Beginn der Konvergenzphase aus. Zudem müssen das Prüfrecht des MDK und die Regelungen bei fehlerhafter Abrechnung nochmals überarbeitet sowie die System- und Mengensteuerung insbesondere im Hinblick auf ein erforderliches Fallmanagement klarer und nicht überwiegend zu Lasten der Leistungserbringer geregelt werden. Aus Sicht des BDPK sind bei der Anpassung der Basisfallwerte nicht nur die Beitragssatzstabilität und die „allgemeine Kostenentwicklung", sondern auch der medizinische, medizinisch-technische Fortschritt und die demografische Entwicklung zu berücksichtigen. (6 f.)

Im Weiteren plädierte der BDPK für eine deutliche Einschränkung der Planungshoheit der Länder und für das Recht, über eine Vereinbarung zwischen Kassen und Krankenhaus vom Versorgungsauftrag abzuweichen. Dies war im Gesetzentwurf auch so vorgesehen, wurde im Gesetzgebungsverfahren dann aber wieder gestrichen. Klar sprach sich der Verband gegen jede Form der Mengenbegrenzung aus:

> Nach Ansicht des BDPK sind die bisherigen Budget- und Mengenregelungen mit dem neuen pauschalierenden Entgeltsystem nicht vereinbar. Sie führen dazu, dass Mengenkontingente ohne Berücksichtigung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung verteidigt werden und die Steuerungsfunktion der neuen Entgeltform nicht greift. [...] Nur so können die gewollten Strukturveränderungen eintreten, wobei es dann auch nicht zu einer unkontrollierten Mengenausweitung kommen wird. (14)

Die Zurückhaltung bei der Kommentierung der früheren Gesetzesanträge war gewichen. Die Gier nach höheren Profiten ist jetzt deutlich erkennbar. Den privaten Trägern ging die Öffnung in Richtung Markt und Wettbewerb nicht weit genug. Kein Wunder, ohne jede regulative Beschränkung lassen sich Gewinne am besten erzielen. Da sind deutlich der Profithunger und der Wunsch nach Ausweitung der Marktanteile der Privaten zu erkennen. Die im Gesetz vorgesehenen Mengen- und Budgetbegrenzung sind dennoch keine wirkliche Lösung. Auch sie haben negative Folgen, nämlich eine Unterfinanzierung bei einem tatsächlichen Anstieg von bedarfsnotwendigen Behandlungen. Die Lösung liegt weder in unbegrenzter Fallzahlsteigerung noch in ihrer Begrenzung, sondern nur in einer kostendeckenden, bedarfsgerechten Finanzierung, ohne Anreize zur Mengensteigerung.

Deutscher Landkreistag (DLT)

> Von uns wird angemahnt, dass der ordnungspolitische Rahmen mit Aussagen zur Rahmenplanung und Investitionsförderung der Länder, in dem das neue Finan-

zierungssystem seine Wirkungen entfalten soll, nur in Einzelregelungen berührt und nicht grundsätzlich festgelegt wird. Im ordnungspolitischen Rahmen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Einklang zu bringen mit den steigenden Kosten und Fallzahlen in der Krankenhausversorgung aufgrund zunehmender Morbidität der Bevölkerung und des höheren medizinischen und medizinisch-technischen Standards der Leistungen. Zur Lösung dieses Konflikts kann nicht allein auf die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven vertraut werden. Aus Sicht der Krankenhäuser müssen die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nachkommen und für die Krankenhäuser vergleichbare Wettbewerbsvoraussetzungen geschaffen werden. Des Weiteren darf nicht durch einen sinkenden Basisfallwert und Preisverfall das Morbiditätsrisiko oder die Kostenentwicklungen für den medizinischen und medizinischen-technischen Fortschritt den Krankenhäusern aufgebürdet werden. (3)

Der Landkreistag als Vertreter der öffentlichen Krankenhausträger lehnte das Optionsmodell für 2003 ab und hielt die Einführungsphase von drei Jahren für zu knapp. Er plädierte für Sicherstellungszuschläge, in deren Vergabe die Länder „eingebunden" werden. Er sprach sich für „unbefristete" Öffnungsklauseln für die Finanzierung von Leistungen aus, die nicht in den DRGs abbildbar sind, und gegen eine „ausufernde Prüfungskompetenz" des MDK. Auch das also (berechtigte) Detailkritik statt grundsätzlicher Ablehnung.

Deutscher Städtetag (DST)

Wie in der Begründung ausgeführt, werden die Effekte des neuen Entgeltsystems entscheidend durch den ordnungspolitischen Rahmen bestimmt. Im Hinblick auf die schrittweise Einführung des Vergütungssystems soll daher auch bei der Festlegung des ordnungspolitischen Rahmens ein schrittweises Vorgehen erfolgen, um Erfahrungen und Kenntnisse aus der Übergangsphase berücksichtigen zu können. Mit dem Referentenentwurf sollen daher zunächst die Rahmenbedingungen für den Zeitraum bis Ende 2006 festgelegt werden. Die ab dem Jahr 2007 geltenden Regelungen sollen rechtzeitig in einem weiteren Gesetz festgelegt werden. Damit bleiben die Unsicherheiten über die Auswirkungen der Einführung des DRG-Vergütungssystems für die Krankenhausträger nach Ablauf der Konvergenzphase zum Jahre 2007 bestehen. Unsere grundsätzliche Akzeptanz eines neuen Vergütungssystems muss daher zwangsläufig unter dem Vorbehalt stehen, dass in den aus unserer Sicht entscheidenden Fragen, wie insbesondere der Gestaltung des künftigen Finanzrahmens der GKV für die Ausgaben der stationären Versorgung, der Krankenhausplanung und Sicherstellung der Versorgung sowie der Investitionsfinanzierung eine Lösung gefunden wird, der wir zustimmen können. (13)

Auch der Städtetag (zweiter Vertreter öffentlicher Träger) lehnte das Optionsmodell ab und forderte eine Verlängerung der Konvergenzphase. Er kritisierte die neuen Regelungen zur Einhaltung der Beitragssatzstabilität als „zu restriktiv",

weil sie zu einer ständigen Absenkung des Basisfallwerts führen würden, und forderte die Berücksichtigung von demografischen Entwicklungen und von Veränderungen des Morbiditätsspektrums sowie Öffnungsklauseln. Auch Sicherstellungszuschläge, über deren Gewährung und Höhe das Land entscheidet, und Regelungen zur Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wurden angemahnt. Außerdem wandte sich der Städtetag gegen Änderungen der Rechte bei der Krankenhausplanung zulasten der Länder (Vereinbarungen der Kassen mit den Krankenhäusern über das Leistungsspektrum). Im Kern also die gleichen Kritikpunkte wie beim Städtetag und der DKG und die gleiche Zurückhaltung bei einer grundsätzlichen Kritik.

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV)

> Die Einführung des DRG-Vergütungssystems bedeutet mehr als den Wechsel eines Abrechnungssystems. Sie wird strukturelle Veränderungen des Krankenhauses, der Krankenhauslandschaft und des gesamten Versorgungssystems nach sich ziehen und wird sich auf das Verständnis von Medizin und Krankenhausbehandlung auswirken. Das Reformvorhaben ist deshalb so auszugestalten, dass seine Umsetzung zu mehr Humanität, für Patienten und Mitarbeitende im Krankenhaus beiträgt, zu verbesserter Qualität der Behandlung und zu einer Entlastung der am Behandlungsprozess direkt Beteiligten von bürokratischen Tätigkeiten. Die Einführung des DRG-Vergütungssystems muss auch in Zukunft Kranken(haus)behandlung als zuwendungsintensives Begegnungsgeschehen ermöglichen, das dem kranken Menschen in seiner physisch-organischen, psychischen, geistigen, spirituellen und sozialen Dimension gerecht wird. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen dürfen nicht dazu führen, Kranken(haus)behandlung nach dem Modell eines an industriellen Vorbildern orientierten Gesundheits-Produktionsprozesses umzusetzen. [...]
> Eine Vergütung ausschließlich nach Fallpauschalen fördert nicht nur standardisierte Behandlungsabläufe, sie legt es auch nahe, dem einzelnen Patienten nur nach dem Maß eines Durchschnitts- oder „Norm(al)"-Patienten gerecht zu werden. Wir setzen uns dafür ein, dass alle Patienten die für sie notwendige, person- und situationsbezogene Behandlung erhalten, insbesondere auch Kinder, Menschen mit geriatrischen Erkrankungen einschließlich Demenz, Menschen mit schweren neurologischen Erkrankungen, schwer geistig und mehrfach behinderte Menschen und andere. Für die Behandlung von Patienten, die auch bei Vorliegen von stationär behandlungsbedürftigen Regeldiagnosen einen in ihrer Person begründeten, z. B. alters- oder behinderungsassoziierten höheren Behandlungs- und Hilfebedarf aufweisen und einen entsprechenden Mehraufwand an Zeit, Zuwendung, Beaufsichtigung, Pflege und Sachmitteleinsatz erfordern, der erfahrungsgemäß extrem unterschiedlich ausfallen kann, scheinen uns pauschale Vergütungen ungeeignet. Stattdessen sind tages-, fall- oder aufwandsbezogene zusätzliche Entgelte vorzusehen. [...]
> Bisher ist das Krankenhaus immer wieder in Einzelfällen als Kriseninterventionszentrum von Bedeutung gewesen für Menschen, die zwar keine Krankenhausbe-

> handlung im Sinne des § 112 SGB V, aber Betreuung und Hilfe benötigten, die sie zu Hause oder in anderen Strukturen jedoch nicht erhalten konnten. Das Krankenhaus muss diese „soziale Funktion" auch in Zukunft übernehmen können, zumal keine Institution in Sicht ist, die an seine Stelle treten könnte. Das betrifft auch die Versorgung im Krankenhaus über den Zeitpunkt stationärer Behandlungsbedürftigkeit hinaus, wenn und solange diese oder eine Anschlussbehandlung in anderem Rahmen nicht gewährleistet ist. [...]
> Die Einführung des DRG-Vergütungssystems wird dazu führen, die Behandlung im Krankenhaus zu intensivieren und zu verkürzen. Von Optimierung zu sprechen, verbietet sich, solange nicht eine entsprechende Anschlussbehandlung gewährleistet ist. [...] Wir treten aus Überzeugung für eine in jeder Hinsicht hohe Qualität der Krankenhausbehandlung ein. Qualitätsverbesserung darf aber nicht primär als Effizienzsteigerung und Kostensenkung begriffen werden. Wir begrüßen die Verpflichtung zum Nachweis der Qualität der geleisteten Arbeit, z. B. durch Veröffentlichung geeigneter Kennzahlen und Berichte, die nicht zuletzt für Patienten Transparenz schaffen. Wir halten eine Reform der Vergütung von Krankenhausleistungen mit dem Ziel der Steigerung der Effizienz und der Vermeidung von Fehlversorgung und dadurch bedingtem unnötigen Ressourcenverbrauch für notwendig und unterstützen nachdrücklich die angestrebten qualitativen Ziele. Die starke Ausrichtung am Ziel der Kostendämpfung halten wir jedoch für verfehlt. Die entsprechende Politik der letzten Jahre hat zu einer ständig steigenden Belastung der Mitarbeitenden im Krankenhaus geführt und nicht verhindern können, dass zunehmend medizinisch notwendige Leistungen nicht im erforderlichen Maße, nicht zum gebotenen Zeitpunkt oder nicht am Ort der laufenden Behandlung zur Verfügung gestellt werden können. (2 f.)

Neben diesen sehr kritischen Anmerkungen zur Gesamtentwicklung, die aber in der Konsequenz nicht zu einer Ablehnung der Einführung der DRGs führten, kritisierte der Verband die Anbindung der Einnahmen der Krankenhäuser an die Grundlohnsummenentwicklung und weitere Mechanismen, die zu einer automatischen Absenkung der Landesbasisfallwerte bei Mengen- oder Punktwertsteigerungen führen würden (§ 10 KHEntgG). Die vorgesehenen Mehrerlösausgleiche (also die Pflicht, einen Teil der Erlöse an die Kassen zurückzuzahlen, wenn mehr Fälle als vereinbart behandelt wurden) wurden als „systemwidrig und unbegründet" kritisiert: „Die ihnen daraus erwachsenden wirtschaftlichen Vorteile sollten ihnen ungeschmälert verbleiben." (4) Hieran sieht man gut, wie die Zwänge des jeweiligen Systems zu einem (wettbewerbs-)konformen Verhalten führen, auch wenn ganz andere Grundpositionen vertreten werden. Dies ist eine Entwicklung, die auf breiter Front durch die DRGs gefördert wurde und in der Tendenz auch kommunale oder freigemeinnützige Krankenhäuser immer mehr in Richtung der Methoden privater Klinikbetreiber trieb.

Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA)

> Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) begrüßt die Absicht der Regierungsfraktionen, durch die Einführung eines neuen Entgeltsystems im Krankenhausbereich Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Wettbewerb in diesem Sektor zu fördern. [...] Die Zielsetzung der Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems (DRGs) darf sich jedoch nicht darin erschöpfen, eine weitere Erhöhung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu verhindern. Vielmehr muss das Gesetz einen Beitrag dazu leisten, die Aufwendungen im Krankenhaussektor zu senken und damit einen Schritt zu unternehmen in Richtung auf eine wirtschafts- und beschäftigungspolitisch dringend erforderliche Senkung der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung durch grundlegende Strukturreformen dieses Sozialversicherungszweiges. [...] Spielräume zur wettbewerblichen und wirtschaftlich optimierenden Ausgestaltung des Entgeltsystems müssen konsequent ausgeweitet werden. Dazu ist es erforderlich, den Verhandlungspartnern möglichst weite Gestaltungsspielräume zu eröffnen, damit sie individuell passgerechte Verträge aushandeln können. Die Ausklammerung des Preises als krankenhausindividuellem Verhandlungsgegenstand durch die Einführung landesweit gültiger Basisfallwerte, die als Einheitspreise ab dem Jahr 2005 festgesetzt werden sollen, stellt insofern eine kontraproduktive Einengung dar. Ein Höchstpreissystem, das im Begründungsteil des Entwurfs ausdrücklich abgelehnt wird, würde den Vertragspartnern dem gegenüber flexiblere, passgerechterer und wirtschaftlicherer Handlungsmöglichkeiten eröffnen. [...] Die Basisfallwerte müssen als Kostenobergrenze konzipiert werden und nicht etwa als ein auf jeden Fall auszuschöpfendes Volumen. [...] Die vorgesehene Anknüpfung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ausschließlich an die auf Landesebene zu vereinbarenden Basisfallwerte und damit lediglich an das Preisniveau – ohne Berücksichtigung der im einzelnen Krankenhaus zu erbringenden Mengen – ist nicht ausreichend, um die Beitragszahler vor Unwirtschaftlichkeiten und einem daraus resultierenden Anstieg der Beitragssätze zu schützen. Sonderregelungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und Krankenkassen für gesonderte Entgelte, z. B. für innovative Leistungen, dürfen lediglich in einem gesetzlich eng umrissenen Rahmen möglich sein, um eine umfangreiche kostensteigernde Umgehung bzw. Ergänzung des – als umfassenden Ansatz gedachten – Fallpauschalensystems zu Lasten der Beitragszahler zu verhindern. (3 f.)

Die Arbeitgeberverbände hatten große Erwartungen und wollten nicht nur keine höheren Beiträge, sondern Einsparungen. Erreicht werden sollte dies durch eine „wettbewerbliche Ausgestaltung des Vergütungssystems". Auch da wollten sie mehr als der Gesetzentwurf: Vertragsfreiheit und Aushandlung von individuellen Preisen, die (einheitlichen) DRG-Preise nur als Höchstpreise. Auch ein festes Budget pro Krankenhaus, also die Begrenzung der Fallzahlen, die vergütet werden, stand auf der Agenda. Finanzielle Sonderregelungen hingegen sollten möglichst vollständig vermieden werden.

> Mit der Einführung der diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRG – System) wird ein völlig neues Vergütungssystem für die Krankenhäuser geschaffen. Sein Erfolg hängt von der breiten Akzeptanz aller Akteure ab. Diese wird nicht nur in der Phase der Einführung erforderlich sein, sondern auch bei der Weiterentwicklung und Pflege des Systems. Die wesentlichen Voraussetzungen einer erfolgreichen Einführung lassen sich wie folgt zusammenfassen:
> – Ausgestaltung der DRGs als Festpreise,
> – bei der Budgetierung begründete Ausnahmeregelungen für Fälle, die durch das Krankenhaus bzw. die Krankenhäuser nicht zu beeinflussen sind,
> – kein Einsatz des neuen Entgeltsystem als Instrument der reinen Budgetverteilung und der Mangelverwaltung
> – Orientierung an einem betriebswirtschaftlichen Rahmen, der insbesondere auch die Entwicklung der Personalkosten, wie Tarifabschlüsse, qualitätsorientierte Personalbemessung, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Arbeitsschutzvorschriften, Behandlungs- und Pflegestandards, berücksichtigt,
> – sachgerechte Nutzung des Instruments der Zuschläge zu den DRGs für Vorhalteleistungen im öffentlichen Interesse und für Ausbildungsstätten,
> – Definition von Qualitätsstandards und Sicherung von Qualität, einschließlich der Partizipation von Patientinnen und Patienten sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern
> – Weiterführung der Krankenhausplanung durch die Länder, auch nach Einführung des neuen Vergütungssystems. [...]
>
> Mängel sehen wir
> – in den fehlenden Voraussetzungen für einen fairen Wettbewerb unter den Krankenhäusern, weil diese nicht die gleichen Ausgangschancen erhalten,
> – in der nicht ausreichenden Verbesserung der Qualität, weil weder Patientinnen und Patienten noch Beschäftigte ausreichende Einflussmöglichkeiten auf die Vereinbarungen haben. (7 f.)
>
> Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) begrüßt die erweiterten Prüfrechte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, insbesondere zur Vermeidung frühzeitiger Entlassungen. Generell wünschen wir uns eine Weiterentwicklung des MDK/MDS zu einer von den Krankenkassen unabhängigen Einrichtung. (15)

Statt im Interesse der Beschäftigten und der Patient*innen auf der Selbstkostendeckung zu bestehen (siehe Stellungnahmen der ÖTV zum KHNG und GSG), machte sich ver.di Sorgen um die erfolgreiche Einführung und benannte aus ihrer Sicht wesentliche Voraussetzungen dafür. Diese bewegten sich aber auf dem Niveau der DKG (mehr Ausnahmeregelungen), statt Grundsätzliches zu fordern. Wenn man schon davon ausging, dass die DRGs nicht mehr zu verhindern waren, wären ja zum Beispiel die Herausnahme der Personalkosten aus den DRGs, die Einführung einer Personalbemessung und die vollständige Refinanzierung dieser

Kosten eine sinnvolle Einschränkung der Wirkungen der DRGs gewesen. In Bezug auf die Pflege hat dies 2018 ja sogar ein CDU-Gesundheitsminister (Jens Spahn) gefordert und gesetzlich geregelt. In einer Situation, in der das Hauptziel der Kosteneinsparungen nicht mehr erreichbar erschien, wäre dies ein wesentlicher Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur Verbesserung der Patientenversorgung gewesen. Wenn man schon erweiterte Prüfrechte für den MDK fordert, dann sollte man allerdings die Unabhängigkeit dieses Dienstes zur Voraussetzung machen und sie sich nicht nur „wünschen". Ein weiterer grober politischer Fehler war der positive Bezug auf den Wettbewerb, unter der Maßgabe, dass dieser „fair" sei. Das Problem ist aber nicht der unfaire Wettbewerb, sondern der Wettbewerb selbst. Was sich bei der Stellungnahme der ÖTV zum GKV-GRG 1999 schon angekündigt hatte, wurde konsequent fortgeführt. Insgesamt vollendete der Übergang von der ÖTV zu ver.di einen gravierenden Einschnitt in die politischen Positionen zu Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Bundesärztekammer (BÄK)

> Die Bundesärztekammer erhofft sich von der Einführung des Vergütungssystems nach § 17 b KHG mehr Transparenz und Vergütungsgerechtigkeit im Krankenhausbereich. Diesem Anspruch wird der vorgelegte Gesetzentwurf in vielen Punkten nicht gerecht. Die Bundesärztekammer sieht erhebliche Risiken für die Aufrechterhaltung eines allen Teilen der Bevölkerung zugänglichen hochqualitativen und flächendeckenden stationären Versorgungsangebotes, falls das auf deutsche Verhältnisse anzupassende Fallpauschalensystem unter Festhalten an den bisherigen Zeitvorgaben ohne geeignete Ausgleichsmechanismen auf der Basis einer unzureichenden Datengrundlage umgesetzt wird. (3)
>
> Die Bundesärztekammer begrüßt, dass der landeseinheitliche Basisfallwert beginnend mit dem zweiten Jahr der budgetneutralen Systemeinführung entsprechend unserer Forderung nicht als Höchstpreis, sondern als Festpreis prospektiv für das jeweilige Folgejahr durch die Selbstverwaltung festzulegen ist. (4)

Es erfolgte wieder ein gewisser Richtungswechsel im Vergleich zur Stellungnahme zum GKV-GRG aus dem Jahr 1999. Statt einer doch sehr deutlichen Kritik wurden jetzt (bei fortbestehender Warnung vor negativen Folgen) Hoffnungen in das neue Entgeltsystem gesetzt. Allerdings würde das Gesetz diesen Hoffnungen nicht gerecht, weil zu schnell und zu radikal umgesteuert würde. Außerdem forderte die BÄK eine Relativierung des Grundsatzes der Beitragsstabilität und die Berücksichtigung der demografisch-epidemiologischen Entwicklung sowie der medizinischen Innovationen. Auch die „angemessene" Berücksichtigung von Tariferhöhungen stand auf der Forderungsliste. Die BÄK wandte sich ebenfalls gegen finanzielle Sanktionen bei Mengen- oder Punktwertsteigerungen. Statt-

dessen wollte sie „Positivanreize". Es sollte „krankenhausindividuelle Sonderregelungen für nicht DRG-gängige Bereiche in der Einführungsphase" sowie eine „adäquate Berücksichtigung der tatsächlichen ärztlichen und pflegerischen Arbeitsleistung sowie des Umstellungs- und Dokumentationsaufwandes infolge der DRG-Einführung" (S. 5) geben. Damit näherte sich die BÄK vermutlich ungewollt wieder dem Selbstkostendeckungsprinzip an. Die Absicht, die Wirkungen des Preissystems abzumildern, ist erkennbar. Die BÄK sprach sich gegen die Möglichkeit aus, durch Vereinbarung vom Versorgungsauftrag abzuweichen, und plädierte für die Planungskompetenz der Länder. Die Länder sollten auch das Recht haben, Sicherstellungszuschläge für einzelne Krankenhäuser, die bedarfsnotwendig, aber durch die DRGs unterfinanziert sind, festzulegen. Sie lehnte verbindliche Mindestmengenregelungen und die Erweiterung der Rechte des MDK ab.

Deutscher Pflegerat (DPR)

> Der Deutsche Pflegerat unterstützt die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems mit einer stärkeren Berücksichtigung des Qualitätsaspektes. (4)
>
> Die Entlastung der Krankenhäuser von sogenannten „Pflegefällen", um auf die Finanzierung nach SGB XI abzuheben und die Umwidmung der Planbetten zu forcieren, bedarf eines deutlich verbesserten ordnungspolitischen Rahmens. [...] Bei weiterer Verweildauerverkürzung, Veränderung der Altersstruktur, Zunahme von Mehrfach- und Chronischerkrankten sollte der Gesetzgeber Strukturen fördern, die die Überleitung sichern und keine Drehtüreffekte verursachen. (5)

Der DPR, der erst 1998 gegründet wurde, unterstützte die DRG-Einführung, auch wenn er negative Folgen des Preissystems benannte (Drehtüreffekt, Fehlen von Überleitungsstrukturen). Er forderte die verpflichtende Einführung der pflegerischen Leistungserfassung und die „duale Budgetverantwortung" von ärztlicher und pflegerischer Leitung bei den krankenhausinternen Budgets, als ob das die finanzielle Steuerung besser machen gemacht hätte. Er begrüßte die Ausweitung der Anforderungen an die Qualitätssicherung und wollte in die Weiterentwicklung des Fallpauschalenkatalogs („als Vertragsbeteiligter") einbezogen werden. Er lehnte die „einseitige Totalüberprüfung" durch den MDK ab, andererseits forderte er die Einbeziehung von Pflegekräften in die Prüfungen. Alles mutet etwas nach „Ich will auch mitmachen" an. Ansonsten befasst er sich in seiner Stellungnahme wenig mit dem Fallpauschalensystem und viel mit Fragen der Aus- und Weiterbildung und ihrer Finanzierung.

Professor Lauterbach war als Einzelsachverständiger zur Anhörung geladen. Er legte eine schriftliche Stellungnahme vor. Aus ihr geht die deutliche Zustimmung zum DRG-System hervor. Hier einige Zitate:

> Das Fallpauschalengesetz (FPG) in seiner Fassung des Kabinettsentwurfs wird in dieser Stellungnahme eindeutig befürwortet. Es enthält wesentliche Elemente, die gegenüber der derzeitigen Situation Verbesserungen in der Versorgung und Effizienz erwarten lassen, und setzt Forderungen um, die seit Jahren aus wissenschaftlicher Seite für eine rationale Krankenhausversorgung erhoben werden. Insbesondere handelt es sich um den konsequenten Versuch, die Vergütung im Krankenhaussektor leistungsgerechter zu gestalten als durch das derzeitig geltende System. In Bezug auf die Qualität der medizinischen Leistungserbringung haben internationale Erfahrungen und Studien, insbesondere aus den Vereinigten Staaten, gezeigt, dass DRG-Fallpauschalen entgegen häufigen Befürchtungen keine Verschlechterung der Versorgung einleiten. Vielmehr kann sogar davon ausgegangen werden, dass in Teilbereichen die Versorgungsqualität verbessert wird. [...] Zu erwarten sind erhebliche Absenkungen der Verweildauern, die in Deutschland im internationalen Vergleich derzeit im oberen Bereich liegen. (1)

> Auf Krankenhausebene oder regional ist somit keine individuelle Vereinbarung möglich. Dies entspricht de facto einem Festpreissystem für die medizinische Leistung. Die Krankenkasse wird bei festen Preisen keine Anreize verspüren, Mehrmengen in Verhandlungen zuzugestehen. Anders wäre es, wenn Mehrmengen auf Krankenhausebene durch Preisnachlässe kompensiert werden könnten. Dies läge auch im Interesse vieler Krankenhäuser, die expandieren möchten. [...] Damit ein Krankenhaus nicht nur in bilateralen Verhandlungen möglichst viele Schwerpunktbildungen anstrebt, sondern gleichzeitig auch Bereiche nennen kann, wo es Kapazitätsminderungen hinzunehmen bereit ist, wäre eine regionale Tauschbörse für Krankenhausleistungen denkbar. Mit getauschten Kapazitäten sind zwangsläufig auch Mengen verbunden. [...] Das Abweichen von Festpreisen kann an die zwingende Vorlage solcher Mengentäusche gekoppelt werden. Ein Krankenhaus kann dann nur Mengen hinzugewinnen, wenn es diese im Tausch erworben hat, gleichzeitig kann eine Krankenkasse nur die Preise absenken, wenn sie dem Krankenhaus erweiterte Mengen zugestanden hat. [...] Für die Krankenkassen könnte diese einher gehen mit Preisen, die regional unter den landesweiten DRG-Preisen liegen. [...] Der unmittelbare Wettbewerb um die beste Struktur im Rahmen einer regionalen Tauschbörse für Kapazitäten und Mengen könnte zu einer erheblichen Bereinigung ineffizienter Strukturen ohne langwierige bürokratische Verfahren und der Sorge um Einbußen führen. (5 f.)

> Die Bereinigung der Strukturen ist unmittelbare Voraussetzung für einen Qualitätswettbewerb, um identische Leistungen auf weniger Leistungserbringer zu konzentrieren. Zusätzlich ist es notwendig, die Qualität zu publizieren, um so dem Patienten eine kompetente Auswahl zu ermöglichen. (6)

Das zunächst ausgesprochene Lob wurde dadurch eingeschränkt, dass die Veränderungen Lauterbach nicht weit genug gingen. Er wollte „unmittelbare Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern" (S. 8). Letztlich bedeutet das nichts anderes als freie Marktpreise und eine massive Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern. Auch wenn Lauterbach dies nicht explizit erwähnte, wäre das ein Riesenschritt in Richtung Vertragsfreiheit für die Kassen und in der Konsequenz eine Unterminierung der Bedarfsplanung durch die Länder gewesen. Wenn die Krankenkassen die Möglichkeit haben, einzelnen Krankenhäusern den Geldhahn abzudrehen, haben sie auch die Möglichkeit, hiermit Strukturpolitik zu betreiben. In dieselbe Richtung zielte die Idee, Mengen gegen höhere Preise zu tauschen. Auch so kann eine „Marktbereinigung" erzwungen werden – unabhängig von der Frage, ob ein Krankenhaus und sein Versorgungsauftrag bedarfsnotwendig sind oder nicht.

Interessant ist auch, dass die „Tauschbörse" im Zusammenhang mit der Krankenhausreform 2024 (KHVVG) wieder auftauchte, und zwar in der dritten Stellungnahme der völlig unabhängig arbeitenden Regierungskommission. Auch die Ähnlichkeit mit dem in Nordrhein-Westfalen seit 2023 praktizierten Verfahren zur Vergabe von Leistungsmengen an die einzelnen Krankenhäuser im Rahmen von Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Kassen ist frappierend. Insgesamt kann man feststellen, dass die von Lauterbach angestrebten Ziele nochmals deutlich marktradikaler waren als der vorgelegte Gesetzesentwurf. In seinem Buch „DRG in deutschen Krankenhäusern" von 2003 hat Lauterbach auch ausgerechnet, zu welchem Bettenabbau die DRGs führen könnten: Von 523.114 Betten im Jahr 2000 hätten 194.000 Betten abgebaut werden können, um an das internationale Niveau der Bettendichte (Betten pro 1.000 Einwohner) anzuschließen. Das sind 37 Prozent. Tatsächlich wurden zwischen 2000 und 2021 86.093 Betten in Allgemeinen Krankenhäusern abgebaut. Um den fehlenden Abbau geht es jetzt im Rahmen der aktuellen Lauterbach'schen Krankenhausreform.

5.3.5 Beschluss des Gesundheitsausschusses

Die Diskussion im Ausschuss entsprach den von den Fraktionen in der ersten Lesung vorgetragenen Positionen. Auf der Grundlage von Änderungsanträgen der SPD und von Bündnis 90/Die Grünen (also im Prinzip der Antragsteller) beschloss der Ausschuss im Wesentlichen Änderungen zu den folgenden Regelungsbereichen:

- keine Einbeziehung von Einrichtungen der Psychosomatik und -therapie in das Fallpauschalensystem;

- Erleichterung der Kalkulationen für die DRG-Einführung durch hilfsweise Nutzung australischer Bewertungsrelationen;
- Einführung einer DRG-Umsatzuntergrenze als Voraussetzung zur Nutzung des Optionsmodells 2003;
- Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit statt der Bundesschiedsstelle zur Konfliktlösung (insbesondere Fallpauschalenkatalog, Bewertungsrelationen und Abrechnungsregeln);
- ab 2004 Vorgabe verbindlicher Mindestmengen für planbare Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Menge der erbrachten Leistungen und der Qualität besteht;
- Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben zu den verpflichtend zu veröffentlichenden Qualitätsberichten der Krankenhäuser;
- ergänzende oder abweichende Vorgaben der Länder für die Vereinbarung des Sicherstellungszuschlages;
- Einführung eines Schiedsstellenverfahrens für die Vereinbarung der Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden;
- Erweiterung der Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung im Rahmen von Forschung und Lehre auf alle Hochschulambulanzen sowie Vergütung dieser Leistungen unmittelbar durch die Krankenkassen;
- Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zum Verfahren für die Stichprobenprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung;
- Einführung eines Vergütungsabschlags bei Nicht-Lieferung von Daten an die DRG-Datenstelle. (BT-Drs. 14-7862 2001e: 3)

Zusammenfassend kann man sagen, dass es sich nur um Detailänderungen handelt, die nichts an der grundsätzlichen Richtung änderten. Als Beruhigungspille gegen die Angst vor Verschlechterungen der Qualität wurden die entsprechenden Vorgaben nochmals deutlich ausgebaut, inklusive der Vorgabe verbindlicher Mindestmengen (geregelt in § 137 SGB 5). Am 12. Dezember fasste der Ausschuss den Beschluss, dem Bundestag die Annahme des Gesetzentwurfs mit den oben aufgeführten Änderungen zu empfehlen. CDU/CSU, FDP und PDS stimmten dagegen, SPD und Bündnis 90/Die Grünen dafür.

5.3.6 Zweite und dritte Lesung im Bundestag

Vor der zweiten und dritten Lesung im Bundestag stellten CDU und FDP Entschließungsanträge, mit denen sie nochmals ihre Positionen darstellten. Im CDU-Antrag hieß es:

> Eine Budgetierung sowie die Einführung einer kompletten DRG-Fallpauschalen-Vergütung ist abzulehnen. Denn DRG (Diagnosis Related Groups) unter einer Budgetierung führen zum Preisverfall in den Krankenhäusern sowie zu Unterversorgung und Selektion von Patienten, mit der Folge, dass dann im Wesentlichen

nur noch nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis eines Patienten gefragt wird. Werden die Fallpauschalen schnell und als vollständiges scharfes Preissystem eingeführt, wird es zu erheblichen Veränderungen der Krankenhauslandschaft kommen. Die Veränderung der Krankenhauslandschaft erfolgt aufgrund ökonomischer, nicht aber medizinischer Grundlagen und Erkenntnisse und berührt den Sicherstellungsauftrag der Bundesländer, welche für eine wohnortnahe Krankenhausversorgung der Patientinnen und Patienten Sorge zu tragen haben. [...] Durch die Einführung der Fallpauschalen wird es zu Spezialisierungen und damit einhergehend zu einer Leistungsverdichtung sowie einer Verweildauerverkürzung seitens der Krankenhäuser kommen. Infolge der Verweildauerverkürzung durch die Einführung der Fallpauschalen sind massive Leistungsverlagerungen aus dem stationären Bereich in die vor- und nachgelagerten Bereiche zu befürchten. [...] Durch die Einführung der Fallpauschalen infolge von Spezialisierungen von Krankenhäusern und Leistungsverlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich kommt es zu Beeinträchtigungen der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. [...] Ferner ist infolge der Einführung der Fallpauschalen eine erhebliche Leistungsverdichtung bei der stationären Versorgung der Patientinnen und Patienten zu erwarten, welche das Personal in den Krankenhäusern, aber im Besonderen die Krankenhausärztinnen und -ärzte zusätzlich belasten wird. [...] Mit der kompletten Einführung der Fallpauschalen wird nicht ausreichend sichergestellt, dass keine Qualitätseinbußen durch eine unzureichende technische und personelle Ausstattung infolge ökonomischen Drucks eintreten. [...] Das AR-DRG-System wird selbst nicht in Australien zu einer einheitlichen, flächendeckenden Preisgestaltung und vor allem nicht zur Finanzierung aller Krankenhausleistungen eingesetzt. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung daher auf,

1. von der Einführung eines pauschalierten Vergütungssystem unter Budgetbedingungen abzusehen und das bisherige bestehende System der Entgelte aus Fallpauschalen mit krankenhausindividuellen Vergütungen beizubehalten und in Richtung auf einen deutlich größeren Anteil von Fallpauschalen weiterzuentwickeln
2. ausreichende Öffnungsklauseln einzuführen, um Finanzierungslücken zu verhindern und innovative Behandlungsmethoden sowie die Behandlung seltener Krankheiten sicherzustellen; 3. das geplante enge Zeitkorsett der Einführung der Fallpauschalen zu lockern und gesetzlich verbindlich längere Zeiträume für die Umsetzung eines deutschen Fallpauschalen-Systems vorzusehen; 4. dafür Sorge zu tragen, dass auch ein umfassenderes Fallpauschalen-Vergütungssystems mit seinen Ausgleichstatbeständen in Einklang steht mit dem Sicherstellungsauftrag der Krankenhäuser unter den Rahmenbedingungen der Landeskrankenhausplanung und der kommunalen Daseinsvorsorge auch in der Fläche. (BT-Drs. 14/7843 2001f: 1 f.)

Die Kritik in diesem Antrag ist über weite Strecken richtig. Sie widerspricht allerdings der bisherigen Politik der CDU, solange sie an der Regierung war. Das wäre nicht schlimm, wenn es sich um eine späte Einsicht handeln würde. Dem ist aber nicht so, es geht wieder nur um „zu schnell“ und „zu vollständig“

und irgendwie darum, dass es die jetzige Regierung und nicht die CDU selbst vorgeschlagen hat. Die FDP argumentierte deutlich offener und offensiver:

> Grundsätzlich ist die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen der richtige Weg, mehr Effizienz im Krankenhausbereich zu erreichen. Damit wird der 1995 begonnene Weg weiter fortgesetzt. Aber die Rahmenbedingungen müssen stimmen. [...] Hauptkritikpunkt aber ist und bleibt, dass die Chance vertan wird, mit dem Übergang auf das neue System von Anfang an ein klares, eindeutiges Preissystem einzuführen und dieses durch mehr Freiheiten bei den Vertragsverhandlungen der einzelnen Krankenkassen zu ergänzen. [...] Die FDP spricht sich für ein echtes Preissystem aus. Dem gegenüber verharrt das von Rot-Grün vorgesehene Konzept noch bis mindestens Ende 2006 in der Budgetierung. Die Fallpauschalen sollen weiterhin gegen vereinbarte Budgets verrechnet werden. Sämtliche strukturkonservierenden Begleitregelungen der derzeitigen Budgetierung bleiben bestehen. Krankenhäuser, die mehr Leistungen erbringen, werden abgedeckelt bzw. degressiert. Krankenhäuser, die weniger leisten, genießen Bestandschutz durch das Festhalten an Ausgleichszahlungen (Mindererlösausgleichen). So kann der erforderliche Strukturwandel nicht vorangebracht werden. Erforderlich sind vielmehr konsequente Schritte zur Überführung in ein leistungsorientiertes Entgeltsystem. [...] Die Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung muss mit der Einführung der Fallpauschalen umgestaltet werden. Je stärker der Krankenhausmarkt wettbewerblich ausgerichtet wird, umso weniger Platz gibt es für die althergebrachte Krankenhausplanung durch die Länder. Wer A sagt zu einem Preissystem, der muss auch B sagen zu der Abschaffung einer feinziselierten Krankenhausplanung. Benötigt wird eine Rahmenplanung, aber keine Ausfüllung bis in Abteilungen oder Betten hinein. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht führt eine monistische Finanzierung zu effizienteren Ergebnissen. Diese Einschätzung verstärkt sich durch den Übergang zu einem Fallpauschalsystem. Nur wenn alle Kosten einer bestimmten Krankenhausleistung sich in einem Preis widerspiegeln, kann sichergestellt werden, dass die Preise vergleichbar sind. Das wiederum ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass mehr Transparenz ins System kommt. [...]
>
> Jedes pauschale Vergütungssystem birgt die Gefahr in sich, dass zu dem vorgegebenen Preis eine möglichst geringe Menge an Leistungen erbracht wird. Egal ob die behandelnden Ärzte das wollen oder nicht, der Druck auch von Seiten der Verwaltungsleitung wird groß werden, die Verweildauer so deutlich wie möglich abzusenken. Anderenfalls werden Krankenhäuser in dem neuen System nicht überlebensfähig sein. Damit aber steigt die Gefahr, dass Patienten manchmal auch früher als das eigentlich medizinisch wünschenswertwäre aus dem Krankenhaus entlassen werden. Gemeinsam mit den Krankenhäusern muss überlegt werden, wie Qualitätssicherungsmaßnahmen aussehen könnten, die so etwas verhindern und dennoch nicht dazu zwingen, einen gigantischen Kontrollapparat aufzubauen.
>
> Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung deshalb auf, das Fallpauschalengesetz dahingehend zu ändern, dass
>
> – ein echtes Preissystem entsteht,
> – Planungssicherheit für die Krankenhäuser auf längere Sicht gegeben ist,

– die Krankenhausplanung auf eine Rahmenplanung reduziert wird,
– die monistische Finanzierung eingeführt wird,
– Qualitätssicherungsmaßnahmen ohne einen ausufernden Kontrollapparat verankert werden. (BT-Drs. 14/7844 2001g: 1 f.)

Auch die FDP blieb also bei ihrer Linie. Alles ging ihr nicht weit genug. Was die CDU als zu vollständig bezeichnete, war für sie zu halbherzig. In der zweiten und dritten Lesung selbst (Deutscher Bundestag 2001b) wiederholten die Regierungsparteien und die Opposition ihre Argumente aus der ersten Lesung und aus den oben aufgeführten Anträgen. Die PDS (Dr. Ruth Fuchs) erkannte Korrekturen:

> Nun übersehen wir nicht, dass im parlamentarischen Verfahren Korrekturen erfolgten. So sind die Positionen der Krankenhäuser und vor allem die Möglichkeiten der Länder, den Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen, erkennbar gestärkt worden. Zu begrüßen ist auch, dass eine gesetzliche Verpflichtung zu mehr Qualitätssicherung und entsprechender Begleitforschung aufgenommen wurde. Unserer Auffassung nach ändert dies jedoch nichts an der Tatsache, dass das Vorhaben ein beispielloses Feldexperiment bleibt. (Ebd.: 20739)

Am Ende stellte die PDS-Sprecherin fest:

> Mit diesem Gesetz wird es zu einer Ökonomisierung des medizinischen Handelns kommen. Das, meine Damen und Herren, ist kein Ziel der PDS-Politik. Mit diesem Gesetz werden sich die Voraussetzungen für eine humane, an den Interessen der Patienten orientierte und effektive Arbeit in den Krankenhäusern verschlechtern. Wir lehnen dieses Gesetz deshalb ab. (Ebd.: 20740)

Diese Positionierung ist bei Weitem nicht mehr so grundsätzlich ablehnend wie bei früheren Anläufen zur Ökonomisierung. Sie wirkt etwas hilflos und ist geprägt von Einerseits-andererseits-Argumentation. Das Gesetz wurde mit den Stimmen der Koalition und gegen die Stimmen der Opposition angenommen. Die Anträge von CDU/CSU und FDP (s. o.) wurden abgelehnt. Die PDS stimmte gegen den Antrag der FDP und enthielt sich beim Antrag der CDU.

5.3.7 Vermittlungsausschuss

Da das Gesetz zustimmungspflichtig war, rief die Bundesregierung den Vermittlungsausschuss an. Dieser empfahl am 26. Februar 2002 dem Bundesrat und dem Bundestag die Zustimmung mit bestimmten Änderungen. Dabei ging es um folgende Punkte:
– Die Möglichkeit, dass die Vertragspartner auf Landesebene den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses abändern können, entfiel.

– Ausnahmeregelungen von den Mindestmengen durch Entscheidung durch die Länder wurden ermöglicht.
– Die bundeseinheitlichen Regelungen über Zulagen bei Gefährdung der Versorgungssicherheit wurde zu Empfehlungen abgeschwächt und den Ländern das Recht eingeräumt eigene Vorgaben zu machen.
– Die Begleitforschung zur Einführung der DRGs wurde um die Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche erweitert.
– Auswertungen der DRG-Daten erhielt nicht nur das Gesundheitsministerium, sondern auch die Länder.

Es handelt sich um Zugeständnisse an die Planungshoheit der Länder, die aber nichts mit der eigentlichen DRG-Einführung zu tun hatten (BR-Drs. 14/8362 2002).

5.3.8 Bundesrat, zweiter Durchgang

In der Bundesratssitzung ergriff der Sozialminister von Baden-Württemberg Hans-Peter Repnik (CDU) das Wort, um zu begründen, warum Baden-Württemberg das Gesetz ablehnte. Er wiederholte die Argumente aus dem Antrag der CDU/CSU im Bundestag (s. o.) und kritisierte weiter, dass zu wenig Geld für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten bereitgestellt würde[4] und vor allem dass die Länder nicht das Recht hätten, über einen „Versorgungszuschlag in Länderkompetenz" zu entscheiden. Weiter führte er aus:

> Das eigentliche Ziel von Fallpauschalen ist eine leistungsgerechte Vergütung; darin sind wir alle uns wahrscheinlich einig. Gerade dies wird durch die vorgesehene gesetzliche Regelung von vornherein ausgeschlossen. Denn bei der Ermittlung des späteren Basisfallwertes läuft im Gesetz alles auf einen „Kellertreppeneffekt" hinaus. Die vorgesehene Berücksichtigung von nebulösen Kriterien wie abstrakten „Wirtschaftlichkeitsreserven", die niemand genau beziffern kann, führt nahezu automatisch zur Fallwertabsenkung. [...] Allein die Fallpauschalen bestimmen, welche Strukturen erhalten und welche aufgegeben werden müssen. Für die Landeskrankenhausplanung bleibt da kein Spielraum mehr. (Deutscher Bundesrat 2002: 73)

Auch Sachsen lehnte das Gesetz ab. Ulla Schmidt erwiderte, dass man den Ländern bei ihren Planungsrechten entgegengekommen sei und sie deswegen jetzt zustimmen sollten. Die Abstimmung ergab dann auch eine Mehrheit der

4 Mit einer Änderung der Bundespflegesatzverordnung wurden die Kassen verpflichtet, ca. 200 Millionen DM zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen aufzubringen, sollte es zu entsprechenden Vereinbarungen mit den Arbeitnehmervertretungen kommen (§ 6 Abs. 5 BPflV).

Bundesländer für das Gesetz. Welche Bundesländer dafür und dagegen gestimmt haben, geht aus dem Protokoll nicht hervor. Da die absolute Mehrheit bei 35 Stimmen lag und die von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und PDS regierten Länder nur 27 Stimmen aufbrachten, müssen Länder mit CDU- oder FDP-Regierungsbeteiligung zugestimmt haben.

5.4 Die neuen Gesetzestexte[5]

Die Bewertung erfolgt jeweils bei den einzelnen Paragrafen.

5.4.1 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 2002

Der § 17 „Grundsätze für die Pflegesatzregelung" blieb im Wesentlichen gleich. Es blieb bei der Beachtung der Beitragssatzstabilität. Tagesgleiche Pflegesätze waren nur noch zulässig, wenn eine Vergütung über Fallpauschalen nicht möglich war. In § 17b wurde weitere Details eingefügt.

§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems

(1) [...] So weit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, [...] Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Zuschläge zu vereinbaren; diese können auch in die Fallpauschalen eingerechnet werden. Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sind bundeseinheitliche Empfehlungen für Maßstäbe zu vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen der Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung vorliegt sowie in welchem Umfang grundsätzlich zusätzliche Zahlungen zu leisten sind. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann ergänzende oder abweichende Vorgaben zu den Voraussetzungen nach Satz 6 erlassen, insbesondere um die Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten zu gewährleisten; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. Soweit das Land keine Vorgaben erlässt, sind die Empfehlungen nach Satz 6 verbindlich anzuwenden. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. [die jeweiligen Krankenhausträger und Krankenkassen] sollen prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag im Einzelfall vorliegen und vereinbaren die Höhe der abzurechnenden Zuschläge. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die

5 Bundesgesetzblatt 2002, Nr. 27, S. 1422 ff.

> Bewertungsrationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie können für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abgesenkt oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gestaffelt vorgegeben werden. Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetz können Entgelte für Leistungen, die noch nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart werden.

Zusätzlich zur Psychiatrie wurde auch die Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin von den DRGs ausgenommen. Bei der Frage der Zu- und Abschläge für nicht mit DRGs abrechenbaren Leistungen wurde festgelegt, dass sie bundeseinheitlich zu vereinbaren seien (Vertragsparteien auf Bundesebene). Die Länder konnten verhindern, dass ihre Planungshoheit durch die Festlegung von bundeseinheitlichen Maßstäben, wann es Sicherstellungszuschläge geben solle, unterlaufen wurde.[6] Jetzt gab es nur noch Empfehlungen für solche Maßstäbe, die allerdings verbindlich wurden, wenn die Länder keine eigenen Festlegungen trafen. Die Festlegung der Höhe der Zuschläge und ob die Voraussetzungen dafür gegeben waren, sollte auf Krankenhausebene vereinbart werden. Auch die Möglichkeit Abschläge bei „wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen" zu vereinbaren wurde eröffnet. Das Problem dabei war und ist nur, dass sich das im Einzelfall schwer nachweisen lässt und dass diese Abschläge ja vereinbart werden mussten, was die Krankenhausseite natürlich zu verhindern suchte. Auch der Vorläufer des Fixkostendegressionsabschlag[7], die Staffelung der Relativgewichte

---

6 Zwischenzeitlich gibt es solche bundeseinheitlichen Kriterien, festgelegt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Auch Lauterbach arbeitet weiter hartnäckig an seinem Ziel, die Planungshoheit der Länder durch bundeseinheitliche Vorgaben zu schmälern. In seinem Vorschlag zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) von 2024 gibt es eine Vielzahl von Festlegungen, die alle in diese Richtung gehen (z. B. Ausnahmen von den Qualitätskriterien für Leistungsgruppen, Festlegung der Patient*innen, die in sektorenübergreifenden Versorgern behandelt werden dürfen, usw.).

7 Der heutige Fixkostendegressionsabschlag wurde 2017 mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführt und bezog sich auf vor Ort mit den Kassen vereinbarte Mehrleistungen. Er beinhaltet einen Abzug von 35 Prozent über drei Jahre von der Vergütung der Mehrleistungen.

in Abhängigkeit von der Fallzahl, konnte vereinbart werden. Auch hier waren die Verhandlungen nicht sehr erfolgreich. Gemäß Absatz 2 sollte das Vergütungssystem jährlich weiterentwickelt und angepasst werden,

> insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, [...]
> (4) Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren für die Anwendung im Jahr 2003 einen vorläufigen Fallpauschalenkatalog auf der Grundlage des von ihnen ausgewählten australischen Katalogs. Kann eine Fallgruppe wegen zu geringer Fallzahlen bei den an der Kalkulation beteiligten deutschen Krankenhäusern voraussichtlich nicht mit einem Relativgewicht bewertet werden, ist dieses näherungsweise auf der Grundlage australischer Relativgewichte zu ermitteln und zu vereinbaren; Absatz 1 Satz 13 bleibt unberührt. Auf Verlangen des Krankenhauses wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2003 mit diesem vorläufigen Fallpauschalenkatalog eingeführt. [...]
> (5) Zur Finanzierung der ihnen übertragenen Aufgaben nach den Absätzen 1 und 3 vereinbaren die Vertragsparteien nach Abs. 2 Satz 1 1. einen Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall, mit dem die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des zum 1. Januar 2003 einzuführenden Vergütungssystems finanziert werden (DRG-Systemzuschlag). Der Zuschlag dient der Finanzierung insbesondere der Entwicklung der DRG-Klassifikation und der Kodierregeln, der Ermittlung der Bewertungsrelationen, der Bewertung der Zu- und Abschläge und der Vergabe von Aufträgen, auch soweit die Vertragsparteien die Aufgaben durch ein eigenes DRG-Institut wahrnehmen lassen, [...]
> (6) Das Vergütungssystem wird für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 1. Januar 2004 eingeführt. Absatz 4 Satz 3 gilt entsprechend; die auf Grundlage australischer Bewertungen vereinbarten Relativgewichte sind in den folgenden Jahren durch Relativgewichte auf der Grundlage deutscher Kostenerhebungen zu ersetzen. Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2004 budgetneutral umgesetzt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2005, 2006 und 2007 wird das Erlösbudget des Krankenhauses schrittweise an den nach Absatz 3 Satz 5 krankenhausübergreifend festgelegten Basisfallwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen.

In den Absätzen 4 bis 6 wurde die Einführungsphase geregelt (2003 und 2004 budgetneutral, optionale Einführung im einzelnen Krankenhaus 2003, verpflichtend 2004). Dass bei der Einführung sehr aufs Tempo gedrückt wurde, zeigt sich auch daran, dass hilfsweise auch der australische DRG-Katalog hätte verwendet werden dürfen, was aber nicht geschah. Die sogenannte Konvergenzphase sollte ursprünglich bis einschließlich 2007 dauern, wurde aber zweimal verlängert. In dieser Phase wurde jeweils ein sogenannter hausindividueller Basisfallwert ermittelt, der dann schrittweise an den Landesbasisfallwert angenähert wurde (Näheres s. u. beim KHEntgG). Der DRG-Systemzuschlag

entspricht natürlich nicht den Gesamtkosten der DRG-Einführung, die sie insbesondere in den Krankenhäusern ausgelöst haben (Dokumentation, Aufrüstung der Controlling- und Finanzabteilungen usw.). Es ging lediglich um die zentral entstandenen Kosten. Aus ihm werden das InEK und die Aufwendungen der Kalkulationskrankenhäuser finanziert. Immerhin betrug der Zuschlag im Jahr 2023 stolze 1,54 Euro pro DRG-Fall, bei ca. 17 Millionen Patient*innen. Gestrichen wurde, dass die Punktwerte (Relativgewichte) nach Regionen differenziert werden können.

In der parlamentarischen Diskussion hatte es ja die Auseinandersetzung gegeben, ob die Punktwerte möglichst dezentral (im Extrem für jedes Krankenhaus einzeln) oder möglichst (bundes-)einheitlich festgelegt werden sollten. Die Gegner der dezentralen Lösung argumentierten, dass damit Elemente der Kostendeckung weiter am Leben erhalten würden, die Befürworter sahen darin eine wünschenswerte Nähe zu freien Marktpreisen und lehnten die „Einheitspreise" als zu dirigistisch ab. Ein gewichtiges Argument war, dass die Verhandlung der Preise auf Krankenhausebene den Kassen eine erhebliche Macht gegeben und in Richtung „Vertragsfreiheit" gewirkt hätte.

Letztlich setzten sich die bundeseinheitliche Regelung der Punktwerte und die „Bepreisung" der Punktwerte auf Landesebene durch. Für die privaten Krankenhäuser war die landesweite Festlegung von Preisen lukrativer, weil sie dann ihre Kostenvorteile (weniger Personal pro Patient*in und niedrigere Löhne) besser in Erlöse ummünzen konnten. Weitere Regelungen waren: Das Gesundheitsministerium wurde ermächtigt, über Rechtsverordnungen ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu Teilen dieser Regelungen zu erlassen, wenn die Vertragsparteien auf Bundesebene sich nicht einigen konnten (Abs. 7). Zusätzlich wurden die Vertragsparteien beauftragt, eine Begleitforschung durchzuführen (Abs. 8). Auch diese Begleitforschung war eine Alibiveranstaltung, die zu keinerlei Konsequenzen führte. Ebenfalls neu war § 17c.

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen

(1) Der Krankenhausträger wirkt durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass
1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung),
2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,
3. die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhausfälle ordnungsgemäß erfolgt.

(2) Die Krankenkassen gemeinsam können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Verpflichtungen durch Stichproben prüfen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten sowie bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen. Das Krankenhaus hat dem Medizinischen Dienst die dafür erforderlichen Unterlagen einschließlich der Krankenunterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind zu diesem Zweck befugt, nach rechtzeitiger Anmeldung die Räume der Krankenhäuser an Werktagen von 8.00 bis 18.00 Uhr zu betreten. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse, deren Versicherter geprüft worden ist, und dem Krankenhaus versichertenbezogen mitzuteilen und zu begründen, inwieweit gegen die Verpflichtungen des Absatzes 1 verstoßen wurde. [...]
(3) Stellen Krankenkassen auf der Grundlage von Stichproben nach Absatz 2 fest, dass bereits bezahlte Krankenhausleistungen fehlerhaft abgerechnet wurden, sind Ursachen und Umfang der Fehlabrechnungen festzustellen. Dabei ist in den Jahren 2003 bis 2004 ebenfalls zu prüfen, inwieweit neben überhöhten Abrechnungen auch zu niedrige Abrechnungen aufgetreten sind. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 sollen ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren vereinbaren, um eine Erstattung oder Nachzahlung in jedem Einzelfall zu vermeiden; dabei kann auch die Verrechnung über das Erlösbudget oder die Fallpauschalen des folgenden Jahres vereinbart werden. Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe zurückzuzahlen.

Der neue § 17c ist ein weiteres Monstrum, das durch ein Preissystem ausgelöst wird. Zunächst ist es relativ einfältig, die Krankenhäuser in Absatz 1 darauf zu verpflichten, sich nicht so zu verhalten, wie es Preissysteme verlangen, nämlich nicht nach Kostenminimierung und Einnahmenmaximierung zu streben. Das ist ein hilfloser und letztlich auch erfolgloser Appell, der im Widerspruch zu den ökomischen Zwangsgesetzen von Markt und Wettbewerb steht. Danach folgt als weitere unvermeidbare Konsequenz die massive Ausdehnung der Kontrollmaßnahmen von Seiten der Kassen, incl. von Strafzahlungen bei zu hoher Abrechnung. Dieses Instrumentarium wurde bis heute noch mehrmals erheblich ausgebaut (incl. festgelegter Steigerungsraten für die Zahl der Prüfungen entsprechend der Zahl der Fehlabrechnungen). Bei Streitigkeiten wurde auch hier eine Schiedsstelle vorgesehen. Natürlich haben die Kassen ein Recht die Richtigkeit von Abrechnungen zu prüfen. Es handelt sich schließlich um die Gelder der Versicherten. Umgekehrt besteht aber bei den Kassen und beim Medizinischen Dienst ein erhebliches Interesse die Prüfungsmaßstäbe möglichst eng (und damit auch patientenfeindlich) auszulegen und kleinlich zu prüfen – auch

ihre „Erfolgsquoten" unterliegen ja dem Benchmarking. Ein Ausweg aus dem hier beschriebenen Dilemma wäre nur ein anderes Finanzierungssystem ohne ökonomische Anreize. Der Paragraf der vorsah, dass die Kassen Investitionsverträge mit den Krankenhäusern schließen (§ 18b) wurde gestrichen. Auch dieser Versuch einen Schritt in Richtung Monistik zu machen war all die Jahre erfolglos geblieben. Die Kassen stellten sich berechtigterweise auf den Standpunkt, dass Investitionen die Aufgabe der Länder seien.

Auch der Paragraf „Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit" (§ 19) wurde gestrichen. Es war nie zu solchen Empfehlungen gekommen und aufgrund der erweiterten Rechte des Medizinischen Dienstes war er auch nicht mehr notwendig.

5.4.2 Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) von 2002

Die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) war 1999 wegen der Zustimmungspflicht durch den Bundesrat nicht geändert worden. Dadurch entstand eine Regelungslücke. Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) löste die BPflV jetzt ab. Es war massiv angewachsen und umfasste 21 Paragrafen und im Bundesgesetzblatt elf engbeschriebene DIN A4 Seiten. Die erste Bundespflegesatzverordnung von 1973 hatte noch sechs DIN-A4-Seiten. Die wesentlichen Regelungen werden zusammenfassend wiedergegeben. Es handelt sich weitgehend auch um Doppelungen von Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (s. o.).
§ 3 Vereinbarung eines Gesamtbetrags für die Jahre 2003 und 2004

Es erfolgte die budgetneutrale Einführung des DRGs-Systems verpflichtend ab 2004 und optional ab 2003. Budgetneutral heißt, dass die Budgetverhandlungen entsprechend den bisherigen Regelungen der BPflV geführt wurden und dadurch ein Gesamtbetrag der Erlöse vereinbart wurde. Zusätzlich wurde gesondert ein Erlösbudget für die Abrechnung der DRGs vereinbart (vereinbarte Fallmenge x vereinbarte Fallschwere x Landesbasisfallwert). Um die Budgetneutralität zu gewährleisten, wurden dann der Gesamtbetrag der Erlöse durch die Fallmenge und die Fallschwere geteilt, sodass ein krankenhausindividueller Basisfallwert entstand. Mit diesem krankenhausindividuellen Basisfallwert wurden dann unterjährig die Behandlungen von Patienten abgerechnet. Mit dem krankenhausindividuellen Basisfallwert wurden praktisch die Erlöse des Basisjahres (2003) im ersten Jahr nach Einführung der DRGs (2004) vollständig garantiert. Im Weiteren wurde der krankenhausindividuelle Basisfallwert schrittweise an den parallel auf Landesebene vereinbarten Landesbasisfallwert herangeführt. Krankenhäuser, die einen höheren krankenhausindividuellen Basisfallwert als den Landesbasisfallwert hatten, bekamen jährlich steigende Abzüge. Bei niedrigeren

krankenhausindividuellen Basisfallwerten gab es (sinkende) Zuschläge. Kam es bei der Abschlussrechnung am Jahresende zu Mehr- oder Mindererlösen wurden diese teilweise ausgeglichen:

> Mindererlöse werden im Jahr 2003 zu 95 vom Hundert und im Jahr 2004 zu 40 vom Hundert ausgeglichen. Mehrerlöse aus Fallpauschalen, die infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen. Sonstige Mehrerlöse werden im Jahr 2003 zu 75 vom Hundert und im Jahr 2004 zu 65 vom Hundert ausgeglichen. (Abs. 6)

Im Vergleich zu den vorhergehenden Regelungen zum Mehr- bzw. Mindererlösausgleich (s. o.) erfolgte hier eine zeitweilige Entschärfung der Regelungen, um den Übergang zu den DRGs zu erleichtern. Zwar ist Up-Coding (höhere DRG-Eingruppierung als gerechtfertigt, um höhere Erlöse zu generieren) ein genereller Anreiz bei DRGs. Allerdings ist es schon eine ziemliche Unverschämtheit, in der Einführungsphase einseitig ein Up-Coding zu unterstellen (und damit zu begründen, dass Krankenhäuser den höheren Betrag insgesamt zurückzahlen müssen) und nicht eine verbesserte, aber korrekte Kodierung aufgrund von Lerneffekten.

§ 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2005 und 2006

Es wurde die Konvergenzphase näher geregelt. Die krankenhausindividuellen Basisfallwerte sollten in drei Schritten an den Landesbasisfallwert angepasst werden. Mit dem krankenhausindividuellen Basisfallwert wurden praktisch die Erlöse des Basisjahres (2003 bzw. 2004) für mehrere Jahre (zunächst bis 2007) einerseits garantiert und andererseits schrittweise abgeschmolzen. Mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz von 2004 wurde die Konvergenzphase noch vor ihrem Beginn um zwei Jahre bis 2009 verlängert.[8] Die Anpassungsschritte pro Jahr waren jetzt 15, 23,5, 30,8 und 44,4 Prozent des jeweiligen neuen Ausgangswerts. Zusätzlich wurde eine jährliche Obergrenze für die Abschmelzung eingezogen (pro Jahr ansteigend von 1 bis 3 %). Damit musste die Bundesregierung nachträglich einräumen, dass die Kritik an der raschen und radikalen Einführung berechtigt war. Minderlöse wurden weiter zu 40 Prozent ausgeglichen (Nachzahlung durch Kassen), Mehrerlöse wieder zu 65 Prozent (Rückzahlung an Kassen). Bei veränderter Kodierung (angebliches Upcoding) erfolgte weiterhin kein Ausgleich.

---

8 Eine weitere Verlängerung um ein Jahr bis 2010 erfolgte mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) 2009.

§ 5 Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

Wenn die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG und Kassen) Zu- und Abschläge vereinbarten galten sie unmittelbar für das einzelne Krankenhaus, wenn es die jeweiligen Bedingungen erfüllte. Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser, die wegen kleiner Fallzahlen mit der DRG-Finanzierung nicht auskamen, konnten auf Bundesebene vereinbart werden. Sie waren verbindlich, wenn das Land keine eigenen Vorgaben erließ, ansonsten handelt es sich um Empfehlungen. Die Zuschläge mussten in Verhandlungen für jedes einzelne Krankenhaus vereinbart werden. Das waren mehrere Hürden, die eine bedarfsgerechte Finanzierung bedarfsnotwendiger kleiner Krankenhäuser, insbesondere in ländlichen Gegenden deutlich erschwerten. Schon damals ging es – wie heute wieder – um ihre Schließung.

§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

Es gab mit Einführung der DRGs keine Sonderentgelte mehr. Sie wurden durch Zusatzentgelte ersetzt (s. u.). Für Leistungen, die (noch) nicht über DRGs abgebildet wurden, konnten die Vertragsparteien für das einzelne Krankenhaus fall- oder tagesbezogene Entgelte vereinbaren. Dabei mussten die entsprechenden Empfehlungen der Vertragsparteien auf Bundesebene beachtet werden. Die galt auch für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die regelmäßig in den DRGs nicht ausreichend abgebildet sein konnten, weil der DRG-Katalog und dessen Relativgewichte immer zwei Jahre hinterherhinken. (z. B. die Kosten des Kalkulationsjahres 2022 sind Grundlage der Relativgewichte im Anwendungsjahr 2024). Dies ist eine weitere systemimmanente Fehlerquelle der DRGs, die nicht zu beseitigen ist, und ständige aufwändige Nachbesserungen erfordert.

§ 8 Berechnung der Entgelte

Es wird klargestellt, dass Entgelte nur im Rahmen des Versorgungsauftrags abgerechnet werden dürfen (Abs. 1). Dies ist grundsätzlich richtig. Das Problem ist nur, dass die Länder die Planung zu dieser Zeit schon stark zurückgefahren hatten und zum Teil nur noch ganze Fachabteilungen und Gesamtbettenzahlen pro Krankenhaus auswiesen. Was konkret Bestandteil des Versorgungsauftrags war, wurde zunehmend unscharf. Es sollte Abschläge bei der Nichteinhaltung der Verpflichtung zur Qualitätssicherung geben (Abs. 4). Auch die Qualitätssicherung wurde also mit finanzieller Steuerung hinterlegt. Das mutet schon sonderbar an, weil es einen Widerspruch zur allgemeinen Markttheorie darstellt. Diese sagt ja eigentlich, dass der Markt selbst für Qualität sorgt – ohne staatliche

Eingriffe. Warum musste man dann zwangsweise umfassende Qualitätsprüfungen einführen und ihre Nichteinhaltung bestrafen? Weiter ist geregelt, dass es bei Wiederaufnahme wg. Komplikationen innerhalb der Grenzverweildauer nur eine Abrechnung geben darf (Abs. 5). Auch das ist ein indirektes Eingeständnis der Mängel und Gefahren dieses Preissystems und soll verhindern, dass man zu früh entlässt, bzw. an Komplikationen auch noch verdient. Systemimmanent richtig, aber insgesamt die Bankrotterklärung für diese Art der Finanzierung.

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

Kernelemente der Vergütung waren die Fallpauschalen, ergänzende Zusatzentgelte (z. B. für Behandlung von Blutern, Dialyse) und tagesbezogene Entgelte bei Überschreitung der Grenzverweildauern. Diese und die Abrechnungsbestimmungen sowie die oben genannten Zuschläge mussten auf Bundesebene vereinbart werden. Kam keine Vereinbarung zustande entschied das BMG durch Rechtsverordnung, außer bei den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Dort entschied eine Schiedsstelle auf Bundesebene.

§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

Aufgabe der Vertragsparteien auf Landesebene (Landeskrankenhausgesellschaft und Landesverbände der Krankenkassen) war und ist die jährliche Festlegung des Landesbasisfallwertes. Auch hier gibt es bei Nichteinigung eine Schiedsstelle. Der Landesbasisfallwert ist nicht frei gestaltbar, denn es gibt eine Reihe gesetzlicher Vorgaben, die zu beachten sind:

> (3) [...]
> 2. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,
> 3. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,
> 4. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen,
> 5. die Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten; [...]
> Bei der Anwendung von Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend berücksichtigt werden. Soweit infolge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen.
> (4) Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts darf die sich bei Anwendung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit

Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebende Veränderung des Basisfallwerts nicht überschreiten.

Mit diesen zwingend zu beachtenden Vorgaben wurde die Einhaltung der Beitragssatzstabilität von der Ebene des einzelnen Krankenhauses auf die Landesebene verlagert. Kostensteigerungen, inklusive Erhöhungen der Tariflöhne, durften nur bis zu dieser Grenze berücksichtigt werden. Da das Vorliegen von Wirtschaftlichkeitsreserven eine der zentralen Begründungen für die Einführung der DRGs war, versteht sich von selbst, dass die Kassen unter Berufung auf diese Festlegung regelmäßig Kürzungen des Landesbasisfallwerts verlangten. Eine weitere massive Beschränkung war die Regelung, dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung absenkend berücksichtigt werden müssen.

Wenn in einem Bundesland also die Gesamtfallzahl anstieg, wurde der Landesbasisfallwert entsprechend abgesenkt. Da es auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses ebenfalls Abzüge über den Mehrerlösausgleich gab, wurde eine Mengenausdehnung doppelt bestraft. Dieser Tatbestand ging in die politische Diskussion als „doppelte Degression[9] ein. Dabei muss immer berücksichtigt werden, dass es zwar den finanziellen Anreiz zur Leistungsausdehnung gibt. Es gibt aber eben auch demografische Entwicklungen und Veränderungen der Morbidität, die dann das Risiko für diese Entwicklung auf das Krankenhaus übertrugen und es abstraften. In der Wirklichkeit liegt beides vor. Da diese beiden Möglichkeiten im Einzelfall aber nicht zu trennen sind, ergibt sich als eigentlich logische Schlussfolgerung, dass solche Strafen, die ja auch eine Form der finanziellen Steuerung sind, nicht geeignet sind. Nur wenn der finanzielle Anreiz (also die DRGs) weggenommen wird, ist eine Lösung der Problematik möglich.

Es wurden Schiedsstellen eingerichtet (auf Landesebene oder für Teile des Landes), wenn es zu keiner Einigung über den Gesamtbetrag der Vergütungen, das Erlösbudget für die DRGs, die Summe der Bewertungsrelationen, die Zu- und Abschläge, sonstige Entgelte und die Mehr- und Mindererlöse kommt. Die Schiedsstellen sind paritätisch besetzt und haben einen unabhängigen Vorsitzenden.

5.5 Bewertung

Insgesamt brachten die neuen Gesetzesformulierungen nichts wirklich etwas Neues. Es handelte sich um ein Umsetzungsgesetz des GKV-GRG mit vielen

9 Die doppelte Degression wurde erst 2015 mit dem Krankenhausstrukturgesetz abgeschafft. Dafür wurde mit demselben Gesetz der Fixkostendegressionsabschlag eingeführt.

Detailregelungen. Lediglich die Verlagerung der Budgetdeckelung auf die Landesebene war neu und führte zu weiteren Ungerechtigkeiten bei der Finanzierung der Krankenhäuser. Budgetdeckelung als Reaktion auf Mengensteigerungen mag einleuchtend klingen. Dennoch ist Budgetbegrenzung keine wirkliche Lösung. Auch sie ist finanzielle Steuerung. Auch sie hat negative Folgen, nämlich eine Unterfinanzierung bei einem tatsächlichen Anstieg von bedarfsnotwendigen Behandlungen. Weder unbegrenzte Fallzahlsteigerung noch ihre Begrenzung sind die Alternative, sondern nur eine kostendeckende, bedarfsgerechte Finanzierung, ohne Anreize zur Mengensteigerung. Alles wurde unter dem Schlagwort „Lernendes Verfahren" gefasst – eine sehr dezente Umschreibung dafür, dass ständig nachgebessert werden musste und dennoch keine bedarfsgerechte Finanzierung erreicht wurde. Die tatsächliche Einführung verlief holprig. Im Juni 2002 verkündete die DKG das Scheitern der Verhandlungen über das Optionsmodell. Der erste Fallpauschalenkatalog wurde im September 2002 durch eine Rechtsverordnung vom Bundesministerium für Gesundheit erlassen. Er umfasste 642 Fallpauschalen.

6 Ausblick

6.1 Weitere gesetzliche Entwicklungen

In aller Kürze sollen hier die wichtigsten weiteren Entwicklungen der DRG-Gesetzgebung dargestellt werden. Bereits vor Abschluss die Konvergenzphase 2010 wurde 2009 mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) der Auftrag erteilt, ein DRG-System auch für die Investitionskostenfinanzierung zu erarbeiten. Das Vorgehen war das Gleiche wie bei den DRGs: Kalkulationskrankenhäuser sollten ihre Investitionskosten nach einem vom DRG-Institut (InEK) entwickelten Schema auf die Patient*innen und die DRGs verteilen. Damit entstanden sogenannte Invest-DRGs, die ebenfalls als Relativgewichte in einem jährlich überarbeiteten Katalog veröffentlicht wurden. Den Ländern wurde dann freigestellt, ihre Investitionskostenzuschüsse mithilfe dieser Invest-DRGs den einzelnen Krankenhäusern zu vergüten oder weiterhin bei ihrer bisherigen Vergabepraxis (Einzelförderung von Großprojekten sowie Pauschalförderung kleinerer Investitionen nach Betten- und/oder Patientenzahl) zu bleiben. Auch ein Mix (Einzelförderung und Invest-DRGs) war möglich. Berlin, Brandenburg, Bremen und Hessen haben diese Möglichkeit ergriffen und zum Teil sogar die komplette Einzelförderung gestrichen. Damit müssen Krankenhäuser Abschreibungen ansetzen – wie jeder Industriebetrieb. Bei größeren Investitionen müssen sie sich am Kapitalmarkt verschulden. Ihre Abhängigkeit von Gewinnen und ihre Konkurrenz untereinander würden nochmals erhöht. Von hier aus wäre es nur noch ein kleiner Schritt zur Durchsetzung eines Gesamtpreises, der auch die Investitionskosten umfasst, und zur Monistik. Das Ende der Bedarfsplan durch die Länder würde in greifbare Nähe rücken.

Mit dem KHRG wurde auch versucht, ein DRG-ähnliches Preissystem in der Psychiatrie/Psychosomatik einzuführen (PEPP). Dieser Versuch scheiterte letztlich am Widerstand der Fachwelt und der Beschäftigten in der Psychiatrie. Übriggeblieben ist, dass krankenhausindividuelle Budgets vereinbart werden und die PEPP als Benchmarking-Instrument zwischen den Häusern verwendet werden. Trotz des Benchmarkings bietet das Budgetsystem mehr Möglichkeiten, Besonderheiten der einzelnen Häuser zu berücksichtigen, als ein Preissystem.

Andererseits ist das keine echte Kostendeckung und die Möglichkeit, Gewinne bzw. Verluste zu machen, hat Bestand.

2016 wurden mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) verschiedene Zuschläge (Notfallversorgung, Sicherstellung der Versorgung, besondere Aufgaben von Zentren) und ein Hygieneförderprogramm eingeführt – ein Hinweis darauf, dass die Finanzierung über DRGs immer noch nicht die Versorgungsrealität wirklich richtig abbilden konnte. Gleichzeitig wurde aber auch der Fixkostendegressionsabschlag eingeführt, nachdem bei nicht mit den Krankenkassen vereinbarten Mehrleistungen die jeweilige Vergütung für drei Jahre um 35 Prozent gekürzt worden war. Da sich in vorangehenden Jahren zunehmend gezeigt hatte, dass sich die privaten Krankenhäuser nicht an der DRG-Kalkulation beteiligten, um sich Erlösvorteile zu sichern,[1] wurde die Möglichkeit eingeführt, Krankenhäuser zur Teilnahme verpflichten. Außerdem wurde ein weiterer Vorstoß unternommen, zumindest partiell die Vertragsfreiheit der Krankenkassen zu befördern. Einzelne Krankenkassen konnten mit einzelnen Krankenhäuser Qualitätsverträge oder/und Zu- und Abschläge für Qualität vereinbaren. Letzteres ist zwischenzeitlich wegen Erfolglosigkeit wieder abgeschafft worden.

2017 wurden Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen (§ 137i SGB 5) eingeführt, weil zu offensichtlich wurde, dass die Pflege das Hauptopfer des DRG-bedingten Personalkostendumpings war und sich zunehmend widerstand regte. Auch wenn diese Untergrenzen viel zu niedrig waren und nur einen Teil der Pflege abdeckten, muss man feststellen: Ohne den immer massiver werdenden Widerstand der Pflege gegen ihre Arbeitsbedingungen und die Initiativen von ver.di das Thema Personalbemessung tariflich zu regeln, wäre das nicht geschehen.[2]

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PPSG) von 2018 kam das erste deutliche Abrücken vom Preissystem der DRGs. Die Neuregelung heißt zwar Pflegebudget ist aber echte Selbstkostendeckung: Die Kosten der Pflege am Bett werden seit 2020 in voller Höhe refinanziert. Unterjährig werden tagesgleiche Abschlagszahlungen vergütet. Am Jahresende erfolgt eine Spitzabrechnung.

---

1 Private zahlen niedrigere Löhne und beschäftigten weniger Personal pro Patient*in. Gehen ihre Kostendaten nicht in die Kalkulation ein, ist die Durchschnittsbildung und damit das Relativgewicht bei den DRGs, die sie bevorzugt behandeln, falsch hoch. Sie haben dadurch einen Erlösvorteil.

2 Die rechtsverbindliche Umsetzung der von ver.di, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Deutschem Pflegerat ausgehandelten und deutlich besseren neuen Pflegepersonalregelung PPR 2.0 ließ lange auf sich warten, ihr wurde aber letztlich vom Bundesrat zugestimmt.

Mehrere andere Berufsgruppen (z. B. die Ärzte) haben zwischenzeitlich die Übernahme diese Regelung auch für sich bzw. für alle Personalkosten gefordert.

2023 hat Gesundheitsminister Lauterbach eine „Revolution" und eine „dramatische Entökonomisierung" mit „Überwindung der DRGs" angekündigt. Der vorliegende Entwurf, der all dies verwirklichen soll (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz/KHVVG), erfüllt davon nichts. Er ist ein Etikettenschwindel.[3] Andererseits ist er Ausdruck der Tatsache, dass einiges in Bewegung kommt und der Widerstand gegen die Vermarktwirtschaftlichung der Daseinsvorsorge zunimmt.

6.2 Entwicklung der Positionen der Gewerkschaft ver.di

Die Gewerkschaft ver.di wurde am 19. März 2001 gegründet. Das Fallpauschalengesetz war also die erste gesundheitspolitische Herausforderung. Nachdem die Stellungnahme von ver.di im Anhörungsverfahren eine Positionierung der hauptamtlich Zuständigen war, ist es interessant, wie sich die Positionen in den (hauptamtlichen und ehrenamtlichen) Beschlussgremien entwickelten. Kurz vor der zweiten und dritten Lesung im Bundestag veröffentliche der ver.di- Bundesvorstand (das hauptamtliche Leitungsgremium) ein Positionspapier mit dem Titel „Gesundheit solidarisch finanziert. Forderungen und Vorschläge für ein gesundes Gesundheitssystem" (ver.di 2002a). Dies kann durchaus noch als Ablehnung der grundsätzlichen Ziele des Gesetzes gelesen werden, auch wenn zu den Fallpauschalen konkret keine Positionierung enthalten war und Aussagen nur zu den Folgen der Einführung von Fallpauschalen getroffen wurden. Es hieß dort unter anderem:

> Gesundheitspolitik ist Daseinsvorsorge. Ihr Ziel: eine gute Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger. Weder geht es darum, Aktionäre zufrieden zu stellen, noch darum, die wirtschaftliche Existenz von Gesundheitseinrichtungen trotz fehlender Bedarfsnotwendigkeit zu finanzieren. (Ebd.: 7)
>
> Mit Einführung der neuen Krankenhausvergütung (diagnosebezogene Fallpauschalen) ab 2003 bzw. 2004 wird sich der Bedarf an geeigneten Vor- und Nachsorgeeinrichtungen zu Lasten der Erkrankten noch weiter verstärken. Ungeachtet dieser fehlenden Strukturen werden dennoch Krankenhäuser geschlossen oder Betten abgebaut. Die dadurch erfolgten Einsparungen sind aber nicht in den ambulanten Bereich geflossen. (Ebd.: 8)
>
> Wir wollen kein privates Gesundheitswesen nach dem Muster der USA, das Menschen mit geringem und mittlerem Einkommen von Leistungen ausgrenzt – wer reich ist, kann sich dort Gesundheit kaufen. Unsere Gesellschaft braucht Verständigung über Gesundheitsziele und die Bereitstellung von Mitteln, um diese zu erreichen.

3 Näheres zur Bewertung dieses Gesetzes siehe https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/.

> Daraus leiten sich bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen ab, die die bestehende Uber-, Unter- und Fehlversorgungen ersetzen müssen. Um eine bedarfsgerechte Versorgung für die Bürgerinnen und Bürger anbieten zu können, ist es notwendig, den Bedarf durch eine zielgerichtete Gesundheitsforschung (nicht nur medizinische Forschung) zu erheben, die alle gesundheitsrelevanten Einflussgrößen (z. B. Sozialstruktur, Krankheitsgeschehen, Gesundheitszustand oder Umweltbedingungen) einbezieht. [...] Hierzu brauchen wir eine Bestandsaufnahme auf der Ebene der Versorgungsregion – ver.di hält die bereits für die Krankenhausversorgung vorgesehenen Planungsregionen dafür geeignet. (Ebd.: 9)

> Qualität der Arbeitsbedingungen und Qualität der Arbeit hängen unmittelbar zusammen. Qualitätsmanagement muss deshalb sowohl die Ergebnisse für Patientinnen und Patienten, die Information und Beteiligung der Beschäftigten und Patientinnen und Patienten und auch die Bereitstellung und Verwendung von personellen und materiellen Ressourcen umfassen. (Ebd.: 10)

> Kein Mythos in der Diskussion um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung hält sich so wie der von der" Kostenexplosion". Dieser Begriff ist jedoch falsch und verwirrend. (Ebd.: 11)

Hier fanden sich viele richtige Argumente für die Sachsteuerung und Bedarfsplanung und kein positiver Bezug zur finanziellen Steuerung und zum Wettbewerb. Die Ablehnung des „Mythos Kostenexplosion" ist auch insofern interessant, als kurze Zeit später (s. u.) „Effizienz" und „hohe Kosten" in den Vordergrund gerückt wurden.

Am 28. Februar 2002 beschloss der Gewerkschaftsrat von ver.di (oberstes Entscheidungsgremium der Ehrenamtlichen zwischen den Bundeskongressen) Eckpunkte zu einer geplanten Gesundheitskampagne. Neben vielen richtigen Positionen zu den Inhalten der angestrebten Gesundheitspolitik (z. B. integrierte Versorgung, Erweiterung der Beteiligungsrechte der Patient*innen, evidenzbasierte Leitlinien) fand sich aber auch die Forderung nach Vertragsfreiheit für die Krankenkassen. Zu den DRGs gab es kein Wort und natürlich beinhaltete die Forderung nach Vertragsfreiheit für die Krankenkassen ein Abrücken in Teilbereichen von der Bedarfssteuerung und eine Hinwendung zur finanziellen Steuerung. Der Schlussabsatz hieß dann aber wieder:

> Insgesamt ist es erforderlich, dass in Einrichtungen des Gesundheitswesens der Einfluss von Markt und Wettbewerb durch Regeln eingedämmt und durch qualitative Vorgaben gesteuert wird, damit das Gesundheitswesen sich am Bedarf orientiert, allen Patientinnen und Patienten einen diskriminierungsfreien Zugang bietet und Arbeitsplätze sichert. (ver.di 2002b: 4)

Die Grundsatzfrage für oder gegen Wettbewerbsordnung war also noch nicht entschieden. Im Monatstakt wurden die Positionen weiterentwickelt, wobei

der Bundesvorstand und vor allem der ver.di-Vorsitzende Frank Bsirske Treiber waren. In einer Presserklärung vom 18. März 2002 hieß es unter der Zwischenüberschrift „Mehr Effizienz“:

> Mit Blick auf die von 2004 an geltenden Fallpauschalen für Kliniken sagte Bsirske, ver.di teile die Befürchtungen einiger Skeptiker dieser neuen Regelung nicht. “Wir müssen dieses Instrument vernünftig nutzen. Also nicht nur Kliniktage einsparen, sondern auch Qualitätsstandards setzen, die eine hochwertige ambulante Nachsorge einschließen. Dann können Fallpauschalen zu mehr Kostentransparenz und zu einem effizienteren, sinnvolleren Einsatz der Mittel führen. (ver.di 2002c)

Hier wurde erstmals die Position eingenommen, dass die DRGs zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen würden. Von der auch noch in der Anhörung geäußerten Warnung vor den Gefahren der Einführung ist keine Rede mehr. Noch deutlicher wurde es drei Monate später. Die *Frankfurter Rundschau* vom 13. Juni 2002 dokumentierte die Weiterentwicklung der Forderungen des Gewerkschaftsrats unter folgender Überschrift: „Wir brauchen wirkliche Reformen, bei denen es auch Verlierer gibt. Verdi-Chef Frank Bsirske, Personalräte und Wissenschaftler fordern strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen. Mehr Geld ins System – das geht nicht“. Einer der beteiligten Wissenschaftler war der heutige Gesundheitsminister Lauterbach, damals Mitglied des Sachverständigenrats, seit 2001 Mitglied der SPD und ab 2005 für diese Mitglied des Bundestags. Bsirske ist seit 1986 Mitglied der Grünen und seit 2020 für Bündnis 90/Die Grünen im Bundestag. Die Positionen wurden in leicht abgewandelter und gekürzter Form auch in der ver.di-Broschüre „Qualität und Effizienz. Gesundheitspolitik für Menschen“ dargestellt und dort als persönliche Positionierung gekennzeichnet. Wesentliche Aussagen – bezogen auf das Themenfeld dieser Studie – waren:

> Auch bei der Einführung von Fallpauschalen wird gemauert, so dass sich das neue, leistungsorientierte System und dessen qualitätsgesicherte Umsetzung ständig verzögern. Wir benötigen Kostenkontrolle durch Qualitätssicherung, nicht Kostendämpfung durch Qualitätsverzicht. Wir brauchen wirkliche Reformen, in denen es auch Verlierer auf der Seite von Leistungsanbietern geben wird, die sich der notwendigen Qualitätsoffensive verweigern: Qualität soll honoriert, Defizite in der Qualität aber auch sanktioniert werden.
> […] den Krankenkassen muss es erlaubt werden, mit qualitätsorientierten Leistungserbringern bei speziellen Leistungen durch ergänzende Verträge bevorzugt zusammenzuarbeiten, ohne dass sie gleichzeitig kollektive Verträge mit Anbietern schlechterer Qualität schließen müssen (Qualitätswettbewerb).
> […] – Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch die Krankenkassen: Wenn den Krankenkassen eine flexiblere Kontrahierung ermöglicht wird, ist eine Bevorzugung von effizienten Leistungserbringern, die gute Qualität anbieten, möglich. (ver.di 2002d: 6)

Es ist offensichtlich, dass mit dieser „persönlichen" Initiative die Positionierung von ver.di in Richtung Politik der Regierungskoalition vorangetrieben werden sollte. Diese Positionen und vor allem der positive Bezug auf den Wettbewerb, wenn auch verharmlosend als Qualitätswettbewerb bezeichnet, und die indirekte Forderung nach schnellerer und reibungsloser Einführung der DRGs waren in der Organisation nicht unumstritten. So veröffentlichte der ver.di-Bezirk Stuttgart eine von 89 Einzelpersonen unterschriebene Gegenschrift zur Broschüre „Qualität und Effizienz". In ihr hieß es unter vielem anderen:

> Der „Wettbewerb um Qualität" ist eine Schimäre – es gibt ihn nicht, genau so wenig wie den „solidarischen Wettbewerb". In einem finanziell gesteuerten System ist jeder Wettbewerb letztlich auch ein finanzieller Wettbewerb, der um Kosten, Preisvorteile und um Marktanteile geht und der letztlich bei den Verlierern dazu führt, dass sie vom Markt verschwinden. Dies kann im Interesse der Versorgung der Patienten nicht gewollt sein, weil damit in der Konsequenz eine Bedarfsplanung unmöglich wird. (ver.di-Bezirk Stuttgart 2003: 12)
>
> Die DRGs als Preissystem sind abzulehnen, da sie einen finanziellen Anreiz zur Patientenselektion setzen – dazu, Patienten zu behandeln, bei denen berechenbar ist, dass die Kosten unter dem zu erzielenden Preis liegen. Dies sind in der Regel Reiche, Junge, Gesunde, besser Ausgebildete und sozial Bessergestellte. Diejenigen, die eine bessere Versorgung hingegen bitter notwendig hätten, werden tendenziell durch den Rost fallen, d. h., den Weg auf die Warteliste oder in die Billigmedizin gehen müssen. [...] Nicht zuletzt ist eine Paradigmenwechsel der Werte bei der Behandlung und Pflege von Patienten zu erwarten. Ökonomische Betrachtungsweisen der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von Behandlungen (insbesondere in teuren Grenzfällen oder bei alten und unheilbar Kranken) werden immer mehr an Bedeutung gewinnen und eine Medizin verdrängen, in deren Mittelpunkt der einzelne Mensch und sein Wohl steht. Die Schere im Kopf der Behandler wird Humanität nur als Restgröße einer betriebswirtschaftlichen Betrachtungsweise und seiner „Sachzwänge" zulassen. (Ebd.: 14 f.)
>
> Zur Abrundung braucht ein solches System, das den marktwirtschaftlichen Wettbewerb über alles stellt, dann noch die Aufhebung des Kontrahierungs-zwangs der Krankenkassen und das Recht der Krankenkassen, mit einzelnen Leistungsanbietern Verträge abzuschließen (Einkaufsmodell). (Ebd.: 16)
>
> Es ist unschwer erkennbar, dass es in diesem geplanten Wettbewerbssystem schnell vorbei ist mit der freien Wahl der besten Qualität. Es wird sehr deutlich, dass Wettbewerb, sobald finanzielle Anreize oder Sanktionen wirken, immer ein ökonomischer Wettbewerb ist, der unterschiedliche Qualitätsangebote zu unterschiedlichen Preisen produziert und auf der anderen Seite unterschiedlich kaufkräftige Patienten, die dann eine unterschiedlich gute Versorgung erhalten. (Ebd.: 19)
>
> Zusammenfassend sieht man also, dass der „Wettbewerb um Qualität" keinerlei Garantie für Qualität bietet, sondern dass umgekehrt Qualität gegen Wettbewerb

durchgesetzt werden muss. Wettbewerb führt – genau wie in allen anderen Bereichen des Wirtschaftslebens – nicht zu mehr Qualität, sondern zur Aufspaltung des Angebots in ein hochpreisiges und hochqualitatives Angebot für wenige Reiche und ein niederpreisiges und niederqualitatives Ange-bot für die große Mehrzahl von uns. Da es sich bei Gesundheit nicht um Güter handelt, auf deren Genuss man im Zweifelsfall verzichten kann, muss eine solche Entwicklung verhindert werden. (Ebd.: 24)

Bundeskongresse

Auch auf dem ersten ver.di-Bundekongress 2003 überwogen immer noch deutlich die Stimmen gegen die Vermarktwirtschaftlichung der Gesundheitsversorgung. Im Leitantrag zu diesem Themengebiet, eingebracht vom zuständigen Bundesfachbereichsvorstand 3 (Gesundheit, soziale Dienste, Wohlfahrt, Kirchen), hieß es:

> Der bestehende Wettbewerb führt zu ungleichen Chancen und gefährdet das Grundrecht auf Gesundheit. Marktmechanismen sind ungeeignet, medizinische und soziale Defizite zu beseitigen. Das Gesundheitswesen darf deshalb weder ökonomischen Kostenkalkülen noch privatem Profitstreben unterliegen. Privatisierung und Marktkonkurrenz muss gestoppt und eine demokratisch organisierte Gesundheitsversorgung für alle als öffentliche Aufgabe wahrgenommen werden. Die Erweiterung von Wettbewerbselementen führte bisher allenfalls dazu, dass der Staat unpopuläre Planungsentscheidungen von sich abwälzte und dies dem Markt anlastete. Jeder Anbieter von Gesundheitsleistungen muss sich an festgelegten Leitlinien orientieren. (verdi 2003: 277)

Ver.di wendete sich gegen eine Marktöffnung des Gesundheitssystems, die sich auf Konkurrenz und Rendite ausrichtet. Oberste Maxime müsse der Solidargedanke sein.

> Die Notwendigkeit der Einführung eines durchgängigen, pauschalierten Vergütungssystems (DRG) für Krankenhäuser wird abgelehnt. Die Krankenhäuser werden gezwungen, fast ausschließlich nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu handeln und somit das Wohl des Patienten aus dem Blickfeld verlieren. Fallpauschalen beinhalten die Gefahr, dass ökonomische Zwänge an Personal und Patienten weitergegeben werden mit der Konsequenz der Arbeitsverdichtung, Absinken der Qualität und regionale Disparitäten. Sie sind weder Garant für Qualität, noch schaffen sie eine gerechtere Verteilung des zur Verfügung stehenden Budgets. Der Bedarf an ambulanten Leistungen wird durch die Fallpauschalen zunehmen. Die nachgeordneten Bereiche können jedoch auf diesen Bedarf nicht adäquat reagieren, weil keine entsprechenden Strukturen bestehen. Hauptgrund ist die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Für eine flächendeckende Einführung ist die Vorbereitungszeit viel zu kurz und zu ungenau. Sie hat deshalb gefährlichen Experimentiercharakter. (Ebd.: 278)

Der Antrag wurde angenommen. Sieht man genauer hin, wird hier mit dem letzten zitierten Abschnitt der Übergang von einer grundsätzlichen Ablehnung zu einer bedingten Ablehnung („zu kurz und zu ungenau") vollzogen. Beim Bundeskongress 2007 fand sich im Leitantrag zur Gesundheitspolitik (eingebracht von der Bundesfachbereichskonferenz 3 und angenommen) kein Wort zur Krankenhausfinanzierung. Auch die grundsätzlichen Aussagen waren eher schwammig, mehr Bestandsaufnahme als Kritik:

> Das Gesundheitswesen hat sich immer mehr zu einer Gesundheitswirtschaft entwickelt. Dieser Umbruch lässt sich mit der Entwicklungsdramatik in industriellen Wirtschaftszweigen vergleichen. Allerdings ist die Gesundheitswirtschaft ein Beschäftigungs- und Wachstumsmarkt, der schrumpfende und expandierende Bereiche, Technikentwicklung und Organisations- und Managementkonzepte aufweist. Trägerstrukturen, Leistungserbringung und Beschäftigung befinden sich in einem radikalen Veränderungsprozess. International agierende Konzerne und Banken entwickeln ein zunehmendes Interesse an der Branche. Renditeträchtige Einrichtungen werden privatisiert. Diese Entwicklung stellt eine solidarische Leistungsentwicklung in Frage. (ver.di 2007: 126)

Auf dem Bundeskongress 2011 gab es wieder etwas kritischere Formulierungen. Im Leitantrag (Antragsteller Gewerkschaftsrat, angenommen) wurde unter der Überschrift „Für mehr Solidarität und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen: Systemwechsel stoppen – Finanzierung sichern – Versorgung verbessern" gefordert:

- die Aufhebung der Deckelung der laufenden Kosten der Krankenhäuser durch Bindung der Kostenentwicklung an die Bruttolohnsumme;
- die Zurückdrängung des Wettbewerbsprinzips im Gesundheitswesen, Gesundheit darf keine Ware sein. (ver.di 2011: 276)

> Die Krankenhausfinanzierung ist so weiterzuentwickeln, dass Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung und gute Arbeit für die Beschäftigten gewährleistet werden. […] Ausschüttungen an Aktionäre oder Krankenhausbau dürfen nicht aus Betriebsmitteln finanziert werden, weil dies zu Lasten der Qualität in der Patientenversorgung geht und bedarfsnotwendige Arbeitsplätze im Krankenhaus vernichtet. Sie müssen bedarfsgerecht eingesetzt und unnötige Belastungen der Versichertengemeinschaft vermieden werden. Eine gute Patientenversorgung ist durch Maßnahmen zur Qualitätssicherung und bedarfsgerechte Personalzahlen zu sichern. (Ebd.: 280)

Es wäre spannend zu wissen, was mit „weiterentwickeln" konkret gemeint war. Zumindest sprach sich der Antrag gegen die Umwandlung von Beitragsgeldern der Versicherten in Tantiemen und gegen die Umwandlung von Personalstellen in Baustellen aus. Das ist ein Fortschritt, auch wenn noch nicht das Verbot von Gewinnen gefordert wird, was ja eigentlich die Konsequenz der Forderung „Gesundheit ist keine Ware" ist.

Der Bundekongress 2015 brachte dann einen deutlichen Fortschritt für eine andere Bewertung und Politik. Im angenommenen Antrag Bundesfachbereichskonferenz 3 heißt es:

> Es ist eine zentrale Aufgabe jedes Sozialstaates, die Bevölkerung bedarfsgerecht zu versorgen. Staat und Politik müssen auch in Zukunft in der Verantwortung für die Krankenhausplanung bleiben. Eine Steuerung der Krankenhausversorgung durch Marktteilnehmer und Wettbewerb verfehlt dieses Ziel, denn Gesundheit ist keine Ware. Das gemeinwirtschaftliche Prinzip – mit guter Qualität effizient und kostendeckend zu wirtschaften – halten wir für richtig. Es muss das vorherrschende Prinzip bleiben, um Bedarfsgerechtigkeit und Zugang zu gewährleisten. (ver.di 2015: 345)
>
> ver.di setzt sich dafür ein, dass die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in öffentlicher Hand bleiben, bzw. in öffentliche Hand zurückgeführt oder überführt werden. Wir unterstützen die sich zunehmend bietenden Möglichkeiten der Rekommunalisierung und die Abkehr von privatwirtschaftlichen Rechtsformen. [...] Das Renditestreben der Privaten zu kopieren, ist für uns nicht erstrebenswert. Kommunen dürfen von ihren Krankenhäusern keine Gewinnabführungen in die kommunale Kasse verlangen Es ist Aufgabe der Gebietskörperschaften die lokale/regionale Versorgung ihrer Einwohnerinnen/Einwohner zu gewährleisten. Hierzu kann es auch notwendig sein, Zuschüsse zu Investitionen oder zum laufenden Betrieb zu gewähren. (Ebd.: 349)
>
> Diese Ziele werden nicht erreicht durch Markt und Wettbewerb. Dafür braucht es einen klaren Ordnungsrahmen durch Gesetzgebung und politische Steuerung durch Regierungen und Parlamente. [...] ver.di will, dass die Mittel der Krankenkassen vollständig für die Krankenversorgung eingesetzt werden. Krankenhäuser brauchen eine Investitionsquote von rund neun Prozent vom Umsatz. Diese Investitionen müssen die Länder finanzieren. (Ebd.: 351)
>
> Das Scheitern der Finanzsteuerung über DRG ver.di lehnt das derzeit in der Bundesrepublik Deutschland praktizierte, auf Fallpauschalen basierende Finanzierungssystem im Gesundheitswesen ab. Die Bezahlung nach Krankheitsfallpauschalen (Diagnosis Related Groups DRG) hat sich als unfähig erwiesen, eine an der Qualität und Sicherheit ausgerichtete Versorgung der gesamten Bevölkerung und die Ausbildung und Beschäftigung von ausreichend Personal zu gewährleisten. Im Gegenteil. Seine Einführung hat aufgrund der Fehlsteuerung von Ressourcen massive negative Auswirkungen sowohl auf die Qualität der Patientenversorgung als auch auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. ver.di setzt sich deshalb auf allen möglichen Ebenen bei den politischen Entscheidungsträgern für eine umfassende und nachhaltige Reform der Finanzierungen von Leistungen im Gesundheitswesen ein. Diese Reform muss zum Ziel haben, das derzeitige Finanzierungsmodell durch ein System abzulösen, das sich am tatsächlichen Bedarf orientiert und eine angemessene Finanzierung dieses Bedarfes sicherstellt. Die Möglichkeiten zur Gewinnerzielung für Krankenhausträger sind so zu begrenzen, dass weder die Versorgungsqualität

noch der Gesundheitsschutz der Beschäftigten beeinträchtigt werden. Entgelt und andere Arbeitsbedingungen dürfen das TVöD-Niveau nicht unterschreiten. Erwirtschaftete Gewinne müssen zur Erfüllung des Versorgungsauftrages reinvestiert werden. (Ebd.: 352)

ver.di fordert eine patientenzentrierte Qualitätssteuerung der Krankenhäuser außerhalb des DRG-Systems. Eine Koppelung der Bezahlung an kurzfristige und einfach messbare Ergebnisdaten (pay for performance) lehnt ver.di ab, denn das erfasst nur Teilaspekte der Qualität in Indikationsstellung, Therapie und Nachsorge und birgt die Gefahr einer erneuten Fehlsteuerung. [...] Die Verbände der Krankenkassen schließen mit den Krankenhäusern, bzw. der Krankenhausgesellschaft gemeinsam und einheitlich Verträge ab. Diese sind ausschließlich auf die stationäre Versorgung begrenzt. Dieser Kollektivvertrag muss erhalten bleiben, damit Krankenhäuser auch künftig ihre Aufgaben im Rahmen der Daseinsvorsorge erfüllen können. Ein Wettbewerb im Rahmen von Versorgungsverträgen über stationäre Leistungen steht diesen Aufgaben entgegen und wird daher abgelehnt. (Ebd.: 353)

Die Positionierung war zwar immer noch nicht bruchfrei – Bedarfsfinanzierung und Gewinne passen nicht zusammen –, aber sie stellte in den grundsätzlichen Aussagen und in vielen wichtigen Teilfragen die Weichen neu. Ein noch weitergehender Antrag der Bezirkskonferenz Stuttgart wurde als Material zum obigen Leitantrag angenommen. In ihm wird gefordert:

ver.di macht folgende Forderungen zum Leitfaden ihrer gesundheitspolitischen Aktivitäten und fordert ihre Umsetzung von der Bundesregierung, den Länderregierungen sowie den Kommunalen Gebietskörperschaften:

1. Bedarfsgerechte Finanzierung der Krankenhäuser (alle wirtschaftlich entstandenen Kosten bedarfsnotwendiger Krankenhäuser müssen refinanziert werden) – Abschaffung von DRGs (German Diagnosis Related Groups)/PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) und Einführung einer gesetzlichen Personalbemessung.
2. Verdoppelung der Investitionskostenfinanzierung durch die Länder (neun Prozent der Ausgaben für Krankenhausbehandlung) – keine Monistik.
3. Sicherstellung der Bedarfsplanung durch die Länder – keine Selektivverträge, auch nicht unter dem Mantel der Qualitätsbezahlung.
4. Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung.
5. Keine weiteren Privatisierungen – Rekommunalisierung der Krankenhäuser. (Ebd.: 356)

Solange die DRGs nicht abgeschafft sind, ist es notwendig ihre Wirkungen zu reduzieren, indem zumindest bestimmte Teile der Finanzierung der Krankenhäuser dem Preissystem entzogen werden. Möglich ist dies durch die Forderung von (kostendeckenden) Zuschlägen für bestimmte Leistungen (zum Beispiel Vorhaltekosten, Maximalversorgung usw.) und vor allem für die bedarfsnotwendige Finanzierung von Personalkosten über eine gesetzliche Personalbemessung. (Ebd.: 358)

Auf dem Bundeskongress 2019 kam es zu einer weiteren Konkretisierung der Forderung nach Abschaffung der DRGs. Antragsteller des angenommenen Leitantrags war wieder die Bundesfachbereichskonferenz 3:

> Die DRGs (Diagnosis Related Groups) als Preissystem müssen durch ein budgetgesteuertes System auf der Grundlage krankenhausindividueller Vereinbarungen ersetzt werden. Die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendigen, bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstandenen Kosten sind nachzuweisen und vollständig zu refinanzieren. Das neue System muss vermeiden, dass Budgetobergrenzen nach dem billigsten Anbieter festgelegt und Dumpingwettläufe zwischen Krankenhäusern und ihren Fachabteilungen um die billigste Leistung ausgelöst werden. Die Grundlage für ein budgetfinanziertes System bildet eine transparente, präzise und bedarfsgerecht gesteuerte, durch Qualitätsvorgaben gerahmte Krankenhausplanung in öffentlicher Hand. ver.di begrüßt die Rückkehr zum Kostendeckungsprinzip in der Pflege als ersten konsequenten Schritt, dem dramatischen Pflegenotstand zu begegnen. Notwendig ist die sofortige Herausnahme der gesamten Personalkosten aus dem DRG-System mit der Umstellung auf das Kostendeckungsprinzip, um die negativen Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen und die Qualität der Patientenversorgung durch Fehlsteuerung der Ressourcen beim Personal zu verhindern. (verdi 2019: 232)

Nach der Forderung nach „Qualität und Effizienz" und nach mehr (Qualitäts-) Wettbewerb sowie nach der jahrelangen Verharmlosung, ja Leugnung der negativen Folgen der DRGs für Beschäftigte und Patient*innen ist dies eine ermutigende Wendung, die ver.di als wichtigen Akteur in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung aktions- und bündnisfähig macht. Der Kampf um die völlige Abschaffung der DRGs und um die Selbstkostendeckung 2.0 kann und muss beginnen.

6.3 Entwicklung der Positionen der Parteien

Anhand der jeweiligen Koalitionsvereinbarungen soll die weitere Entwicklung der Positionen der Parteien nachgezeichnet werden. Die unten wiedergegebenen Formulierungen in den Koalitionsvereinbarungen geben die tatsächliche gesetzliche Entwicklung deutlich wieder: von der Propagierung von Wettbewerb und dem vorbehaltlosen Bekenntnis zu DRGs bis zu dem (allerdings weitgehend gescheiterten) Versuch, über Qualitätsverträge und Zu- und Abschläge für Qualität zu freien Preisverhandlungen und mehr Vertragsfreiheit für die Kassen zu kommen (2013). Bei den Vertragsverhandlungen 2013 und 2018 waren Jens Spahn für die CDU/CSU und Karl Lauterbach für die SPD die Unterhändler.

Die Qualitätsrhetorik hat über die Jahre immer mehr zugenommen, offensichtlich um die immer krassere Entwicklung der Realität zu kaschieren. 2018

mussten die Regierenden dann erstmalig der negativen Entwicklung und dem zunehmenden Widerstand der Beschäftigten der Krankenhäuser Tribut zollen. Es gab ein Pflegepersonalförderprogramm, Pflegepersonaluntergrenzen, die Forderung nach einer Pflegepersonalbemessung und vor allem im Koalitionsvertrag die Ankündigung, dass die Pflege aus den DRGs herausgenommen werden soll – der erste Schritt, um die DRGs tatsächlich zu überwinden. Die Koalitionsvereinbarung 2021 setzte dann auf eine Ausweitung der DRGs (Hybrid-DRGs), um gleichzeitig anzukündigen, dass mit einer „Revolution" die „Überwindung" der DRGs eingeleitet werden solle. Die bisherigen Ergebnisse sind ernüchternd.[4]

2002 (SPD/Bündnis 90/Die Grünen)

> Die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und die Krankenkassen werden in die Lage versetzt, neben den notwendigen kollektiven Verträgen Einzelverträge mit festgelegten Qualitätsniveaus abzuschließen. Der Kontrahierungszwang wird modifiziert. (SPD/Bündnis 90/Die Grünen 2002: 53 f.)

2005 (CDU/CSU/SPD)

> Das Gesundheitswesen ist eine dynamische Wirtschaftsbranche mit Innovationskraft und erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland. (CDU/CSU/SPD 2005: 85)

> Das parteiübergreifend vereinbarte GKV-Modernisierungsgesetz hat spürbare strukturelle Änderungen in der Gesundheitsversorgung über wettbewerbliche Anreize gebracht. Dieser Weg muss konsequent weitergegangen werden. […] Der Bereich der Gesundheitsversorgung soll durch die Schaffung flexiblere Rahmenbedingungen konsequent wettbewerblich ausgerichtet werden. Krankenkassen und Leistungserbringer sollen stärker über Umfang, Preise und Qualität verhandeln können, ohne dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehöhlt wird. (Ebd.: 88)

2009 (CDU/CSU/FDP)

> Vielfalt und Wettbewerb in der Versorgung Wettbewerb um Leistungen, Preise und Qualität ermöglicht eine an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtete Krankenversicherung sowie eine gute medizinische Versorgung. Auf der Versicherungs-, Nachfrage- und Angebotsseite werden die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen, der den Versicherten und Patienten zugutekommt, sie in den Mittelpunkt stellt und ihnen Entscheidungsspielräume ermöglicht. Wir wollen, dass das allgemeine

4 Näheres siehe krankenhaus statt fabrik: Bewertung der Vorschläge der Regierungskommission „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung" und weitere Bewertungen, unter: https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/.

Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung findet. Insbesondere bei Rabattverträgen, Fusionen von Krankenhäusern und Krankenkassen sehen wir Überprüfungsbedarf. Dazu gehört auch die Überprüfung des Rechtswegs. (CDU/CSU/FDP 2009: 87)

Das DRG-System begreifen wir als lernendes System. Es soll in seinen Auswirkungen weiter beobachtet und, wo notwendig, weiterentwickelt werden. Ein Augenmerk gilt dabei auch der Notfallversorgung. Bundeseinheitliche Preise werden abgelehnt. (Ebd.: 89)

2013 (CDU/CSU/SPD)

Gute Qualität muss sich für die Krankenhäuser auch finanziell lohnen. Die Menge soll künftig nur da berücksichtigt werden, wo sie entsteht. Das heute bestehende System der Mehrleistungsabschläge wollen wir dabei differenzieren: Leistungen mit nachgewiesen hoher Qualität können von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden, für besonders gute Qualität sind Zuschläge möglich. Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlicher Qualität für einzelne Leistungen auch höhere Abschläge möglich sein. Die Qualität soll dabei risikoadjustiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden. Die Degression des Landesbasisfallwertes bei landesweiten Mengensteigerungen wird entsprechend vermindert.
Zur weiteren Stärkung der Qualität in der Versorgung wird für vier vom GBA ausgewählte planbare Leistungen den Krankenkassen in den Jahren 2015 bis 2018 die Möglichkeit gegeben, modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen. Die Kriterien für Qualitätsverträge werden von den Krankenkassen auf Landesebene einheitlich und gemeinsam festgelegt. [...] Die Einführung des Systems diagnosebezogener Fallgruppen (DRG-System) als leistungsorientiertes Entgeltsystem war richtig. (CDU/CSU/SPD 2013: 78 f.)

2018 (CDU/CSU/SPD)

Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf. Die DRG-Berechnungen werden um die Pflegepersonalkosten 4641 bereinigt. (CDU/CSU/SPD 2018: 99)

2021 (SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP)

Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um. [...] Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg. Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der

demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung erarbeiten. Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt. Kurzfristig sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe. (Bündnis 90/Die Grünen/FDP/SPD 2021: 66 f.)

PDS/Die Linke

Da außer der Linken alle Parteien auf Bundesebene auch Regierungspartei waren, erfolgt hier ein Rückgriff auf die Wahlprogramme zur Bundestagswahl – ohne den Unterschied zwischen Wahlprogrammen und Koalitionsverträgen zu verkennen. Nachdem die PDS 2002 noch „den Wettbewerb um medizinische Qualität fördern" wollte, hieß es im Wahlprogramm der Linken 2013:

> Die Unterfinanzierung der Krankenhäuser muss gestoppt werden. Die DRGs als marktwirtschaftliches Entgeltsystem sind unvereinbar mit Sinn und Zweck von Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Die Finanzierung muss sich am Bedarf, an medizinischen, nicht wirtschaftlichen Kriterien orientieren. (DIE LINKE 2013: 21)

Noch deutlicher wurde im Wahlprogramm 2017 und 2021 formuliert:

> Ökonomischer Wettbewerb zwischen Krankenhäusern führt dazu, dass zwischen lukrativen Patientinnen und Patienten und solchen, mit denen kein Gewinn zu machen ist, unterschieden wird. [...] DIE LINKE will eine Finanzierung der Krankenhausbehandlung, die Patientinnen und Patienten nicht als pauschale Fälle betrachtet, sondern den notwendigen Bedarf des Krankenhauses deckt und sich am Gemeinwohl und nicht an wirtschaftlichen Kriterien orientiert. Die Fallpauschalen gehören abgeschafft. (DIE LINKE 2017: 30)

> Die momentane Finanzierung der Krankenhäuser über das System der sogenannten Fallpauschalen (DRG) schafft falsche Anreize: Diagnosen, die sich lohnen, werden öfter gestellt. Krankenhäuser werden unter Wettbewerbsdruck gesetzt. Der individuelle gesundheitliche Bedarf steht nicht mehr im Mittelpunkt. Wir fordern die Abschaffung der Fallpauschalen! Die Betriebskosten müssen von den Krankenkassen vollständig refinanziert werden. (DIE LINKE 2021: 31)

Erstmals wird hier im Kern die Rückkehr zur Selbstkostendeckung gefordert. Allerdings wird im Wahlprogramm 2021 auch ein Verbot der Entnahme von Gewinnen formuliert, obwohl bei der Selbstkostendeckung keine Gewinne entstehen können.

7 Fazit

Karl Marx hat vor 177 Jahren in seiner Schrift „Das Elend der Philosophie" eine Prognose über die weitere Entwicklung des Kapitalismus abgegeben. Es werde eine Zeit kommen, „wo alles, was die Menschen bisher als unveräußerlich betrachtet hatten, Gegenstand des Austausches, des Schachers, veräußert wurde. Es ist dies die Zeit, wo selbst Dinge, die bis dahin mitgeteilt wurden, aber nie ausgetauscht, gegeben aber nie verkauft, erworben aber nie gekauft, Tugend, Liebe, Überzeugung, Wissen, Gewissen usw., wo mit einem Wort alles Sache des Handels wurde. Es ist dies die Zeit der allgemeinen Korruption, der universellen Käuflichkeit oder um die ökonomische Ausdrucksweise zu gebrauchen, die Zeit, in der jeder Gegenstand, ob physisch, oder moralisch, als Handelswert auf den Markt gebracht wird." (Marx 1977: 9)

Der Neoliberalismus hat es sich zur Aufgabe gemacht, diese Schreckensvision umzusetzen. In Bezug auf die Daseinsvorsorge sind die Pläne relativ weit gediehen. Wir befinden uns mitten in der Auseinandersetzung. Nach einer anfänglichen Phase, in der bis in die Reihen der Gewerkschaften und der Fortschrittlichen hinein kaum mehr Widerspruch zum neoliberalen Mainstream zu hören war, gibt es jetzt zunehmenden Widerstand. Das macht Mut. Leitgedanken des Widerstands müssen sein: Gesundheit ist keine Ware, sondern ein Grundrecht. Daseinsvorsorge ist eine öffentliche Aufgabe: Rekommunalisierung statt weiterer Privatisierungen. Die DRGs müssen abgeschafft und Gewinne verboten werden. Der Wettbewerb muss verdrängt und durch Kooperation ersetzt werden. Die notwendigen Kosten für eine bedarfsgerechte Versorgung müssen vollständig refinanziert werden. Eine Personalbemessung für alle Berufsgruppen, um die Versorgung bedarfsgerecht ausführen zu können, ist notwendig.

Literatur

Aiken, Linda H. et al. (2014): Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. A retrospective observational study, in: Lancet, Nr. 383, S. 1824-1830.

Beratergruppe (1983): Gutachten zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, erstattet von der beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gebildeten Beratergruppe, Bonn.

Böhm, Thomas (2022): Krankenhausplanung in Deutschland. Krankenhausgesetze und Krankenhauspläne der Bundesländer. Ein kritischer Überblick, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Reihe Studien, Berlin, unter: https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Studien/Studien_1-22_Krankenhausplanung_2te_korr_Aufl_web.pdf.

BR-Drs. 391/84 (1984a): Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. 28.8.1984, unter: https://dserver.bundestag.de/brd/1984/D391+84.pdf.

BR-Drs. 581/1/84 (1984b): Antrag der Länder Bremen, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen zum Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, 19.12.1984, unter: https://dserver.bundestag.de/brd/1984/D581+1+84.pdf.

BR-Drs. 381/94 (1994): Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts, 28.4.1994, unter: https://dserver.bundestag.de/brd/1994/D381+94.pdf.

BR-Drs. 361/95 (1995a): Erste Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung, 8.8.1995, unter: https://dserver.bundestag.de/brd/1995/D361+95.pdf.

BR-Drs. 503/95 (1995b): Zweite Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung, 8.8.1995, unter: https://dserver.bundestag.de/brd/1995/D503+95.pdf.

BR-Drs. 659/95 (1995c): Dritte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung, 11.10.1995, unter: https://dserver.bundestag.de/brd/1995/D659+95.pdf.

BR-Drs. 690/95 (1995d): Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung, 11.10.1995, unter: https://dserver.bundestag.de/brd/1995/D690+95.pdf.

BR-Drs. 802/97 (1997): Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung, 11.10.1995, unter: https://dserver.bundestag.de/brd/1999/D732+99.pdf.

BR-Drs. 732/99 (1999): Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000).

BR-Drs. 701/01 (2001): Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG), 7.9.2001, unter: https://dserver.bundestag.de/brd/2001/D701+01.pdf.

BT-Drs. 07/4530 (1975): Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), 30.12.1975, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/07/045/0704530.pdf.

BT-Drs. 8/173 (1977): Entwurf eines Gesetzes zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Kranken-

versicherung-Kostendämpfungsgesetz — KVKG) – Drucksache 8/166; hier: Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung, 14.3.1977, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/08/001/0800173.pdf.

BT-Drs. 10/669 (1983): Jahresgutachten 1983/84 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 24.11.1983, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/10/006/1000669.pdf.

BT-Drs. 10/2095 (1984): Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung, 10.10.1984, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/10/020/1002095.pdf.

BT-Drs. 10/4295 (1985): Jahresgutachten 1985/86 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 22.11.1985, unter: https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/1004295.pdf.

BT-Drs, 11/6240 (1990): Entschließungsantrag der Fraktion der SPD zu der Erklärung der Bundesregierung zu den Erfolgen der Gesundheitsreform, 17.1.1990, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/11/062/1106240.pdf.

BT-Drs. 12/3774 (1992a): Jahresgutachten 1982/93 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 19.11.1992, unter: https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/1203774.pdf.

BT-Drs. 12/3210 (1992b): Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, 7.9.1992, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/12/032/1203210.pdf.

BT-Drs. 12/3209 (1992c): Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz 1993), 7.9.1992, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/12/032/1203209.pdf.

BT-Drs. 12/3226 (1992d): Reform des Gesundheitswesens. Antrag der Fraktion der SPD, 8.9.1992, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/12/032/1203226.pdf.

BT-Drs. 12/3606 (1992e): Vorlage eines neuen Gesundheits-Strukturgesetzes. Antrag der Gruppe Bündnis 90/Die Grünen, 8.9.1992, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/12/036/1203606.pdf.

BT-Drs. 12/3608 (1992f): Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz). Gesetzesentwurf der Fraktion der CDU/CSU, SPD und FDP, 5.11.1992, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/12/036/1203608.pdf.

BT-Drs. 12/3930 (1992g): Beschlußempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (15. Ausschuß) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP. (Drucksache 12/3608) und anderen Entwürfen, 7.12.1992, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/12/039/1203930.pdf.

BT-Drs. 12/3942 (1992h): Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz). Änderungsantrag der Gruppe der PDS/Linke Liste zur zweiten Beratung des Ge-

setzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP, 8.12.1992, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/12/039/1203942.pdf.

BT-Drs. 13/6200 (1996a): Jahresgutachten 1996/97 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Unterrichtung durch die Bundesregierung, 18.11.1996, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/13/062/1306200.pdf.

BT-Drs. 13/6087 (1996b): Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV NOG). Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, 12.11.1996, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/13/060/1306087.pdf.

BT-Drs. 14/1245 (1999a): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 23.6.1999, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/14/012/1401245.pdf.

BT-Drs. 454/99 (1999b): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform). Gesetzentwurf der Bundesregierung, 13.8.1999, unter: https://dserver.bundestag.de/brd/1999/D454+99.pdf.

BT-Drs. 14/1978 (1999c): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). Entschließungsantrag der FDP, 3.11.1999, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/14/019/1401978.pdf.

BT-Drs. 14/1979 (1999d): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). Entschließungsantrag der Fraktion der PDS, 3.11.1999, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/14/019/1401979.pdf.

BT-Drs. 14/2369 (1999e): Beschlussempfehlung des Ausschusses nach Artikel 77 des Grundgesetzes (Vermittlungsausschusses) zu dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000), 15.12.1999, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/14/023/1402369.pdf.

BT-Drs. 14/4792 (2000): Jahresgutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 29.11.2000, unter: https://archive.org/details/ger-bt-drucksache-14-4792/mode/2up.

BT-Drs. 14/7569 (2001a): Jahresgutachten 2001/02 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 21.11.2001, unter: https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/01_ges.pdf.

BT-Drs. 14/5661 (2001b): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II, Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, 21.3.2001, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/14/056/1405661.pdf.

BT-Drs. 14/6893 (2001c): Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG).

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 11.9.2001, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/14/068/1406893.pdf.

BT-Drs. 14/7461 (2001d): Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG). Gegenäußerung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates, 41.11.2001, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/14/074/1407461.pdf.

BT-Drs. 14/7862 (2001e): Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) 1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/6893 – Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG), 2. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 14/7421, 14/7461 – Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG), 13.12.2021, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/14/078/1407862.pdf.

BT-Drs. 14/7843 (2001f): Entschließungsantrag der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust [u.a.] und der Fraktion der CDU/CSU zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN sowie der Bundesregierung – Drucksachen 14/6893, 14/7421, 14/7461, 14/7824 – Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG), 12.12.2001, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/14/078/1407843.pdf.

BT-Drs. 14/7844 (2001g): Entschließungsantrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae [u.a.] und der Fraktion der FDP zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN sowie der Bundesregierung – Drucksachen 14/6893, 14/7421, 14/7461,14/7824 – Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG), 12.12.2001, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/14/078/1407844.pdf.

BT-Drs. 14/8362 (2002): Beschlussempfehlung des Vermittlungsausschusses zu dem Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG), 26.2.2002, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/14/083/1408362.pdf.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (Hrsg.) (2020): Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen, Maintal, unter: https://krankenhaus-statt-fabrik.de/wp-content/uploads/2024/03/KH_statt_Fabrik_Broschuere_2020.pdf.

Bundesärztekammer (2022): Thesen zur Ökonomisierung der ärztlichen Berufstätigkeit, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 39/2022, unter: https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=227779.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Zehn Grundsätze des Bundesarbeitsministers Norbert Blüm, in: Sozialpolitische Information, Jahrgang XIX/7 vom 9.4.1985, S. 1–3.

Bundesministerium für Gesundheit (1992): Strategiepapier von 1992, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, Heft 3/1992, S. 155–158.

CDU/CSU/FDP (2009): Wachstum, Bildung, Zusammenhalt, Koalitionsvertrag, Berlin, unter: https://www.kas.de/documents/252038/253252/Koalitionsvertrag2009.pdf/83dbb842-b2f7-bf99-6180-e65b2de7b4d4.

– (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, Koalitionsvertrag, Berlin, unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/543200/9f9f21a92a618c77aa330f00ed21e308/kw49_koalition_koalitionsvertrag-data.pdf.

CDU/CSU/SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit, Koalitionsvertrag, Berlin, unter: https://library.fes.de/pdf-files/bibliothek/downl/05_11_11_koalitionsvertrag_langfassung_navigierbar-1.pdf.

– (2013): Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag, Berlin, unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/194886/696f36f795961df200fb27fb6803d83e/koalitionsvertrag-data.pdf.

Deutscher Bundesrat (2002): Plenarprotokoll 773, 1.3.2002, unter: https://www.bundesrat.de/SharedDocs/downloads/DE/plenarprotokolle/2002/Plenarprotokoll-773.pdf?__blob=publicationFile&v=2.

Deutscher Bundestag (1984): Plenarprotokoll 10/91, 18.10.1984, unter: https://dserver.bundestag.de/btp/10/10091.pdf.

– (1990): Plenarprotokoll 11/188, 18.1.1990, unter: https://dserver.bundestag.de/btp/11/11188.pdf.

– (1992a): Plenarprotokoll 12/105, 11.9.1992, unter: https://dserver.bundestag.de/btp/12/12105.pdf.

– (1992b): Plenarprotokoll 12/117, 5.11.1992, unter: https://dserver.bundestag.de/btp/12/12117.pdf.

– (1992c): Plenarprotokoll 12/127, 9.12.1992, unter: https://dserver.bundestag.de/btp/12/12127.pdf.

– (1999a): Plenarprotokoll 14/49, 30.6.1999, unter: https://dserver.bundestag.de/btp/14/14049.pdf.

– (1999b): Plenarprotokoll 14/66, 4.11.1999, unter: https://dserver.bundestag.de/btp/14/14066.pdf.

– (1999c): Plenarprotokoll 14/79, 16.12.1999, unter: https://dserver.bundestag.de/btp/14/14079.pdf.

– (2001a): Plenarprotokoll 14/189, 26.9.2001, unter: https://dserver.bundestag.de/btp/14/14189.pdf.

– (2001b): Plenarprotokoll 14/209, 14. 12 2001, unter: https://dserver.bundestag.de/btp/14/14209.pdf.

DIE LINKE (2013): 100% SOZIAL. Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2013, Berlin, unter: https://www.mehr-demokratie.de/fileadmin/pdf/DIE_LINKE-Wahlprogramm_2013.pdf.

– (2017): Sozial. Gerecht. Frieden. Für alle, Bundestagswahlprogramm, Berlin, unter: https://btw2017.die-linke.de/wahlprogramm/.
– (2021): Zeit zu handeln! Für soziale Sicherheit, Frieden und Klimagerechtigkeit, Bundestagswahlprogramm, Berlin, unter: https://btw2021.die-linke.de/wahlprogramm-2021/.
Friedman, Milton (1970): A Friedman Doctrine. The Social Responsibility of Business Is to Increase Its Profits, in: New York Times, 13.9.1970.
– (1991): Economic Freedom, Human Freedom, Political Freedom, unter: https://calculemus.org/lect/07pol-gosp/frlect.pdf.
– (2004): Kapitalismus und Freiheit, München.
Fuchs, Anke (1978): Moderne und patientenorientierte Pflegesatzregelungen – unverzichtbarer Teil der Krankenhausfinanzierung, in: das Krankenhaus 70, S. 329–332.
Glaeske, Gerd/Lauterbach, Karl W./Rürup, Bert/Wasem, Jürgen (2001): Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik, hrsg. vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, unter: https://library.fes.de/fulltext/asfo/01160.htm.
Hayek, Friedrich von (1969): Grundsätze einer liberalen Gesellschaftsordnung, Tübingen.
– (1971): Die Verfassung der Freiheit, Tübingen.
– (1977): Drei Vorlesungen über Demokratie, Gerechtigkeit und Sozialismus, Tübingen.
Informationsdienst Gesundheitspolitik (1992): Bewertung des Seehofer'schen Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 durch den Hauptvorstand der ÖTV, Koordinationsausschuss der Arbeitsgemeinschaft gegen reaktionäre Gesundheitspolitik, Köln.
Konzertiert Aktion im Gesundheitswesen (1979): Empfehlungen, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 14/1979, S. 917– 927, unter: https://www.aerzteblatt.de/archiv/144762/Konzertierte-Aktion-Dank-gruendlicher-Vorarbeiten-ein-erfolgreicher-Abschluss.
– (1983): Empfehlungen, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 14/1983, S. 22–26, unter: https://www.aerzteblatt.de/studieren/archiv/133618/Empfehlungen-der-Konzertierten-Aktion-im-Gesundheitswesen.
Lambsdorf, Otto Graf (1982): Konzept für eine Politik zur Überwindung der Wachstumsschwäche und zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit („Scheidungsbrief"), unter: https://www.1000dokumente.de/pdf/dok_0079_lam_de.pdf.
Lüngen, Markus/Lauterbach, Karl. W. (2003): DRG in deutschen Krankenhäusern. Umsetzung und Auswirkungen, Stuttgart.
Luithlen, Eberhard/Tuschen, Karl-Heinz (1989): Erfahrungsbericht über das neue Krankenhausrecht, in: das Krankenhaus, Heft 4/1989, S. 151–156.
Marx, Karl (1977): Das Elend der Philosophie, in: MEW, Bd. 4, Berlin, S. 63–182.
Needleman, Jack et al. (2002): Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals, in: New England Journal of Medicine, Nr. 346, S. 1715–1722.
Oberender, Peter (1992): Strukturreform der GKV: Eine unumgängliche Notwendigkeit, in: Wirtschaftsdienst 1992/IV, S. 282–286.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1983): Zwischenbericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung, Materialien und Berichte 12, Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1987): Bericht der Kommission Krankenhausfinanzierung der Robert Bosch Stiftung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Gerlingen.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987): Jahresgutachten 1987, Baden-Baden.

– (1988): Jahresgutachten 1988, Baden-Baden.

– (1990/1991): Jahresgutachten 1990/1991, Baden-Baden.

– (1992): Jahresgutachten 1992, Baden-Baden.

– (1995): Sondergutachten 1995 „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000", Baden-Baden.

– (1996): Sondergutachten 1996 „Kostenfaktor und Zukunftsbranche", Band I, Baden-Baden.

– (1997): Sondergutachten 1997 „Kostenfaktor und Zukunftsbranche", Band II, Baden-Baden.

SPD/Bündnis 90/Die Grünen (2002): Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit Für ein wirtschaftlich starkes, soziales und ökologisches Deutschland. Für eine lebendige Demokratie, Berlin, Koalitionsvertrag, Berlin, unter: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Beschluesse/Bundesparteitag/koalitionsvertrag_bundesparteitag_berlin_2002.pdf.

SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag, Berlin, unter: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf.

Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 6.1, Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge.

Tuschen, Karl-Heinz/Trefz, Ulrich (2010): Krankenhausentgeltgesetz. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen, Stuttgart.

Ver.di (2002a): Gesundheit solidarisch finanziert. Forderungen und Vorschläge für ein gesundes Gesundheitssystem. Positionspapier des Bundesvorstands der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, in: Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales 1/2002, S. 6–13.

– (2002b): Eckpunkte der ver.di-Gesundheitskampagne. „Berliner Erklärung", unter: https://archiv.labournet.de/diskussion/wipo/gesund/verdi.pdf.

– (2002c): Ver.di will qualifizierte Gesundheitsdienstleistungen für alle, Pressemitteilung vom 18.3.2002, hrsg. vom ver.di- Bundesvorstand, Berlin.

– (2002d): Qualität und Effizienz Gesundheitspolitik für Menschen, ver.di-Bundesvorsitzender Frank Bsirske, Personalräte und Wissenschaftler fordern eine Strukturreform unseres solidarischen Gesundheitssystems, hrsg. von ver.di Fachbereich 3, Berlin.

– (2003): Beschlüsse des 1.ver.di- Bundeskongresses vom 19. bis 25. Oktober 2003 in Berlin.

– (2007): Beschlüsse des 2.ver.di- Bundeskongresses vom 30. September bis 6. Oktober 2007 in Leipzig.
– (2011): Beschlüsse des 3. ver.di-Bundeskongresses vom 17. bis 24. September 2011 in Leipzig, unter: file:///C:/Users/britt/Downloads/29%2005%20%20-%20Beschlussbrosch%C3%BCre%203%20%20BuKo.pdf.
– (2015): Beschlüsse des 4. ver.di-Bundeskongresses vom 20. bis 26. September 2015 in Leipzig, unter: file:///C:/Users/britt/Downloads/Beschlussbrosch%C3%BCre%20ver.di%202015.pdf.
– (2019): Beschlüsse des 5. ver.di-Bundeskongresses vom 22. bis 28. September 2019 in Leipzig.
Ver.di-Bezirk Stuttgart (2003): Gegen die marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens. Für den Erhalt der Solidarsysteme, Stuttgart.

Teil II

Pflege und Profite

Das Engagement privater Betreiber im europäischen Krankenhaussektor – Strategien und Folgen

von Stephan Kaufmann, Sigrun Matthiesen und Kathrin Gerlof

Einleitung

Immer stärker drängen transnationale Konzerne in die Inwertsetzung von Gesundheit und Pflege, übernehmen nicht nur Krankenhäuser, sondern auch Altenpflegeeinrichtungen oder (Zahn)Arztpraxen und vor allem Medizinische Versorgungszentren (MVZ) im großen Stil. Hinter ihnen stehen häufig große Finanzinvestoren wie Pensionsfonds oder Private-Equity-Gesellschaften. Oft steigen diese Finanzanleger auch direkt in das Healthcare-Geschäft ein und treiben die Finanzialisierung der Branche voran. Investoren wählen die lukrativen Bereiche des Gesundheits- und Pflegemarktes und überlassen die weniger profitablen Bereiche und die weniger zahlungskräftigen Bevölkerungsgruppen den öffentlichen Trägern. Das geschieht auf verschiedenen Wegen und in unterschiedlichen Ausformungen in vielen Ländern Europas. Je nachdem, wie einfach oder schwer Investoren der Einstieg in den Gesundheitssektor eines Landes gemacht wird – durch staatliche Reglementierung, über Jahrzehnte entstandene, solide Strukturen oder auch Widerstand der Bevölkerungen –, der Prozess der Finanzialisierung findet überall statt. Die Zauberworte heißen Public-private-Partnerships (PPP) oder Private Equity.

Die Vorteile für private Investoren oder transnationale Krankenhauskonzerne liegen auf der Hand. Im Gesundheitssektor besteht ein geringes Risiko bei gleichzeitig hohen Wachstumserwartungen. Die Nachfrage ist fast vollkommen unelastisch, krisensicher und stetig steigend, aufgrund hoher Lebenserwartungen, Alterung, hoher und in osteuropäischen Ländern steigender Lebensstandards.

Die vorliegende Studie zeigt an ausgewählten Fällen beispielhaft für Europa, wie dieser Prozess der Inwertsetzung vonstattengeht und welche Folgen er zeitigt. In einem ersten allgemeinen Teil wird der Rahmen abgesteckt: Wie haben Politik und Lobbyisten den Markt für Gesundheitsleistungen geschaffen, welche Kapitalgruppen sind hier tätig, welche Strategien und Ziele verfolgen sie? Daneben werden Studien zu den Folgen der Privatisierung ausgewertet und wird das verbreitete Konzept der Finanzialisierung kritisch beleuchtet. Insgesamt fällt hierbei erstens auf, dass über die Folgen der Privatisierung des Krankenhaussektors in Europa erstaunlich wenig übergreifendes Material vorliegt und zweitens, dass die existierenden Untersuchungen kaum zu eindeutigen Ergebnissen kommen in der Frage, ob privatisierte oder finanzialisierte Krankenhauslandschaften tatsächlich die vielfach befürchteten Folgen nach sich ziehen. Ein gewichtiger Grund dafür dürfte sein, dass auch öffentliche Einrichtungen immer stärker unter den Druck der Kostensenkung und Effizienzsteigerung geraten sind und insofern zu ähnlichen Mitteln greifen wie private Betreiber – mit entsprechenden Folgen für

Belegschaft und Patient*innen. Deutlich scheint aber auch zu sein: Anders als von den Befürworter*innen eines privaten Gesundheitsmarktes behauptet, sind prinzipielle Vorteile privater Anbieter gegenüber den öffentlichen Einrichtungen nicht zu erkennen. In der gesamten Literatur, die im Rahmen einer im British Medical Journal veröffentlichten Metastudie ausgewertet wurde, seien „keine eindeutigen, durchgängig positiven Auswirkungen von PE-Eigentum zu finden" gewesen. „Einige Befürworter von PE [Private Equity] im Gesundheitswesen machen große Behauptungen über das Fachwissen und die Vorteile von PE, aber wir konnten dies nicht feststellen." (Zit. nach Köhler 2023)

In einem zweiten Teil wird ein Blick auf ausgewählte Beispiele geworfen: zum einen auf das Engagement von Private-Equity-Gesellschaften auf dem europäischen Klinikmarkt, zum anderen auf große Konzerne wie Asklepios, Fresenius, Penta und Ramsay. Hier, also im Kleinen, zeigen sich zum Teil tatsächlich die befürchteten Folgen eines privatisierten Gesundheitssektors, deren Nachweis für die Breite des europäischen Marktes noch erbracht werden muss.

I Der Markt

1 Von der Pflege zur Rendite – der politische Vorlauf in Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem galt lange als verlässliche Säule des Sozialstaates. Die Entwicklungen seit Beginn der 1990er-Jahre sprechen jedoch dafür, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung für jede und jeden und zu jeder Zeit auf dem einstigen Niveau zunehmend weniger gewährleistet ist. Bereits im Jahrzehnt zuvor war die Gesundheitspolitik der damaligen Bundesrepublik strategisch auf Kostendämpfung ausgerichtet. „Die Instrumente dieser Politik folgten überwiegend der Idee, das Verhalten der Kranken dadurch zu beeinflussen, dass man Selbstbeteiligungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen bei Krankheit einführte." (Fiedler 2014: 1) Vorübergehend wurde so der Anstieg der Gesundheitsausgaben gebremst, diese zogen nach der Wiedervereinigung aber wieder an.

Sukzessive und stetig forciert wurde das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahrzehnten zum Gegenstand ökonomischer Begehrlichkeiten. Ein zunehmend größerer Teil des Gesundheitswesens hat sich von einem Wohlfahrtssektor hin zu einem renditeorientierten Wirtschaftsbereich – einem „Gesundheitsmarkt" – gewandelt. Das lässt sich unter anderem daran ablesen, wie sich seit Beginn der 1990er-Jahre die Trägerschaft der Krankenhäuser, deren absolute Zahl sowie die Zahl der zur Verfügung stehenden Krankenhausbetten verändert haben. So stieg von 1992 bis 2022 der Anteil der privatwirtschaftlichen Einrichtungen von 15,5 auf 39,9 Prozent. Der Anteil der Krankenhausbetten in den privatwirtschaftlichen Einrichtungen erhöhte sich im gleichen Zeitraum von 8,9 auf 20,4 Prozent. In diesen Jahren sank die Gesamtzahl der Krankenhäuser von 2.381 auf 1.893.[1] Zwischen Januar 2020 und August 2023 wurden bundesweit 74 Kliniken geschlossen (Bündnis Klinikrettung 2023: 1).

1972 hatte die sozialliberale Koalition ein Krankenhausfinanzierungsgesetz verabschiedet.[2] Investitionen für die Bereitstellung und den Unterhalt der Ver-

1 Vgl. Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes, unter: www.destatis.de.

2 Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.

sorgungsstrukturen kamen fortan aus Steuermitteln. Die Krankenkassen verantworteten mit ihren Budgets die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten und wurden verpflichtet, einen Eigenanteil zur Finanzierung der Krankenhäuser und ihrer Ausstattung mit medizinischen Geräten zu leisten. Diese duale Finanzierung stand recht schnell in der Kritik. In ihrer maximalen Ausprägung lautete die Forderung von Kritiker*innen: Die Krankenkassen, also deren Versicherte, finanzieren nicht nur die laufenden Behandlungskosten, sondern auch alle notwendigen Investitionen für Bau, Sanierung, Betrieb und Instandhaltung von Krankenhäusern. Was mit der dualen Finanzierung als Vorteil für die Krankenhäuser begann, kehrte sich nach und nach, auch durch die Steuersenkungspolitik der verschiedenen Bundesregierungen und den damit verbundenen Rückgang der Investitionszuwendungen, ins Gegenteil. Zunehmend wurden notwendige Sanierungsmaßnahmen aufgeschoben. Bereits 2013 lag die Insolvenzwahrscheinlichkeit für ein öffentliches Krankenhaus bei 29 Prozent, „und war damit fast sechsmal höher als bei einem privaten" Betreiber (Albers 2016: 148).

Die ökonomische Voraussetzung für die rasante Entwicklung bei der Privatisierung von Klinikbetten war 1992 von der Regierungskoalition aus CDU und FDP durch die Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips geschaffen worden. Mit ihrem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), das am 1. Januar 1993 in Kraft trat, wurde das Finanzierungssystem für die Krankenhäuser noch einmal grundlegend geändert. Es brachte eine Abkehr vom alten Finanzierungsprinzip, nach dem sparsam wirtschaftende und leistungsfähige Krankenhäuser einen Anspruch darauf hatten, dass deren Selbstkosten durch die von den Krankenkassen zu zahlenden Tages- bzw. Pflegesätze und durch die Investitionskostenfinanzierung der öffentlichen Hand völlig gedeckt werden mussten. Mit dem GSG wurde das Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft und angekündigt, ein System der Fallpauschalen als allgemeines Instrument der Krankenhausfinanzierung einzuführen, was dann 2004 mit dem sogenannten DRG-System (Diagnosis Related Groups) in die Praxis umgesetzt wurde. Private Krankenhausbetreiber befürworteten dieses System, hob es doch die für sie beschränkenden Faktoren des vorherigen Systems wesentlich auf.

> Die endgültige Abschaffung der Selbstkosten als Budgetgrundlage und die Einführung eines allgemeinen Preissystems zusammen mit dem Anreiz zur Überschreitung des vereinbarten Leistungsbudgets erst ermöglichen ein funktionierendes profitorientiertes Privatkrankenhaussystem, das auf Wachstum und auf strukturellen Kostenvorteilen gegenüber dem System durch wesentlich durch öffentlich-rechtliche Körperschaften (Kirche, Land, Kommunen) getragenen Krankenhäuser basiert. (Fiedler 2014: 3)

> Begründet wurde die Abkehr mit den im alten Finanzierungssystem fehlenden Anreizen zu Rationalisierungsbemühungen und sparsamem Wirtschaften, der Notwendigkeit der „Ausgabenstabilisierung" und einem dringend erforderlichen Bettenabbau. [...] Für die Praxis bedeutete das, dass den Klinikbetreibern damit erstmals die Möglichkeit eingeräumt wurde, mit dem Betrieb eines Krankenhauses auch Gewinne zu erzielen. (Albers 2016: 154)

Infolgedessen stieg der Anteil der Fälle, die in privaten Krankenhäusern behandelt wurden, stetig an und verdreifachte sich innerhalb von 15 Jahren. Die neuen Vergütungssysteme schufen nicht nur die Basis für private Investoren, sondern glichen die Kalkulationsgrundlagen öffentlicher Krankenhäuser immer mehr denen des Privatsektors an. Kommunale Kliniken galten zunehmend als Kostenfaktor, der Gedanke der medizinischen Wohlfahrt und Daseinsvorsorge durch den Staat trat mehr und mehr in den Hintergrund, der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser wuchs, deren Türen öffneten sich für externe private Berater, die Umstrukturierungen sowohl in der Logistik als auch bei pflegerischen und medizinischen Prozessen empfahlen. Einen ersten Vorstoß, die defizitären kommunalen Krankenhäuser übernahmereif zu machen, unternahm der Bundesverband Deutscher Privatkliniken, als er 2012 gegen zwei baden-württembergische Landkreise (Calw und Nagold) klagte, die ihre Kreiskliniken mit rund sechs Millionen Euro unterstützt hatten. Der Vorwurf lautete: Die Landkreise hätten mit dem Ausgleich von Defiziten aus Steuergeldern einen inakzeptablen Wettbewerbsnachteil verursacht und gegen Regeln des EU-Binnenmarktes verstoßen (ebd.: 150).

Die Wende hin zu einem Primat der Ökonomie in der Gesundheitsversorgung wurde mit Veränderungen der politischen Rahmenbedingungen – ein sich stetig beschleunigender Prozess – begründet: mit der Forderung nach Kostenoptimierung. Ein privat betriebenes Krankenhaus muss Rendite abwerfen und das Gewinninteresse seiner Eigentümer befriedigen. Die Konsequenzen: sinkende Personalbudgets, Outsourcing und damit die Möglichkeit niedrigerer Tarife im Service (Reinigung, Catering etc.), kürzere Vertragslaufzeiten sowie die Ausgliederung personalintensiver Fachbereiche. Vor allem aber können private im Gegensatz zu kommunalen Betreibern von Krankenhäusern ohne nennenswerten politischen Widerpart agieren, was unter anderem dazu führt, dass eine Fülle von Dienstleistungen angeboten werden, die den ökonomischen Vorgaben der Gewinnmaximierung und den industriellen Kriterien serieller Optimierung am besten entsprechen.

Während es in den frühen 1970er-Jahren private Betreiber von Krankenhäusern in Deutschland noch schwer hatten, änderte sich dies in den darauffolgenden

zwei Jahrzehnten. Als 1984 im Deutschen Bundestag das Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung beraten wurde, sagte der damalige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Norbert Blüm: „Wer für die Entstaatlichung der Daseinsvorsorge ist, der kann bei der Krankenhausreform seinen Mut beweisen." (Zit. nach Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020: 98) Und so war das in dem Gesetzentwurf formulierte Leitbild des „eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhauses" auch zu verstehen. Denn es bereitete bis dahin in Nischen agierenden privaten Unternehmen den Weg. Ein Jahr später fiel das Gewinnverbot für den Betrieb eines Krankenhauses.

Das 2015 verabschiedete Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) forcierte die Entwicklung und die Konkurrenz auf dem Markt. Mit dem „Strukturfonds", einer Art Abwrackprämie, wurden Schließungen von Krankenhäusern, vornehmlich kleinere Einrichtungen in ländlichen Regionen, subventioniert. Krankenhauskonzerne konnten ihr Portfolio erweitern. Beispielhaft kann dies an der Geschichte der Rhön-Klinikum AG gezeigt werden, die in den 1970er-Jahren als GmbH aus einem vom Konkurs bedrohten Kur- und Therapiezentrum entstanden war und begann, in den Krankenhaussektor vorzustoßen. 1988 zur Aktiengesellschaft umgewandelt, ging die Rhön AG als erster bundesdeutscher Betreiber an die Börse und kaufte im Folgenden mehrere öffentliche Krankhäuser. 2006 erwarb sie 95 Prozent der zuvor fusionierten Universitätskliniken Marburg und Gießen für ganze 112 Millionen Euro. Das Land Hessen behielt einen Anteil von 5 Prozent und verlor somit seinen Einfluss auf die weitere Entwicklung. 2020 wurde die Rhön-Klinikum AG vom Konkurrenten Asklepios übernommen. Ein Jahr zuvor hatte sie einen Gewinn von 44,5 Millionen Euro ausgewiesen (Berghoff/Thießen 2020: 228).

Es hatte mehrere Jahrzehnte gebraucht, die deutsche Krankenhauslandschaft zu einem Sektor des Gesundheitsmarkts umzubauen und ausreichend Türen für das Agieren großer, stetig wachsender Krankenhauskonzerne zu öffnen. In einer 2020 erschienenen Neuauflage der Publikation „Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser" hat das Bündnisses Krankenhaus statt Fabrik die aktuelle Situation wie folgt beschrieben:

> Die kostendeckende Finanzierung, das Selbstkostendeckungsprinzip, wurde abgeschafft und ideologisch und politisch delegitimiert. Neoliberale Politik hatte eine simple Antwort auf die medizinischen, pflegerischen und politischen Probleme: „Mehr ökonomischer Wettbewerb, mehr Markt!" Versprochen wurde in diesem Zusammenhang auch eine Senkung der Krankenhausausgaben. Das Instrument dafür war die Einführung eines neuen Abrechnungssystems ab 2003/04: Die diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) haben die Krankenhausfinanzierung tiefgreifend verändert. [...] Jahrzehnte nach der Weichenstellung für die Wett-

> bewerbsorientierung und mehr als 16 Jahre nach Einführung der DRG sind die Auswirkungen dieser Entscheidungen deutlich sichtbar: Krankenhäuser wurden politisch zu einem für private Träger attraktiven Geschäftsmodell umgebaut. Seit 1991 hat sich der Anteil der privaten Krankenhäuser und Betten massiv erhöht. Öffentliche Häuser drohen zu Exoten in der Krankenhauslandschaft zu werden, wenn kein wirksamer Druck gegen die Kommerzialisierung entsteht. (Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2020: 13)

Zudem wurde und ist das Gesundheitswesen mehr und mehr durch europäisches und internationales Recht geprägt. Jedes Freihandelsabkommen (TTIP, CETA, TiSA) stellt auch einen Angriff auf eine gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung dar. Die unbeantwortete Frage lautet: Fallen Krankenhäuser unter das Sozialstaatsgebot oder unter das Wettbewerbsrecht? Für die Apologeten des Wettbewerbs liegen die Vorteile privater Krankenhäuser auf der Hand. Der von der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft Price Waterhouse Coopers (PwC 2020) durchgeführte „Krankenhausvergleich 2020" kommt zu dem bereits im Titel der Studie formulierten Schluss: „Die Rentabilität öffentlicher Krankenhäuser sinkt deutlich", und unterstreicht dies unter anderem mit dem Fakt, dass private Krankenhäuser die niedrigste Material- und Personalaufwandsquote aufweisen und somit am effizientesten zu arbeiten scheinen. Das ist ganz sicherlich richtig.

Die Geschichte der Krankenhausfinanzierung ist vom Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (2020: 17 ff.) in fünf Phasen zusammengefasst worden:

Erste Phase – Kriegsende bis 1972: Kriegsschäden, Bettenmangel, (Quasi-)Preisstopp

Abgerechnet wurde nach tagesgleichen Pflegesätzen, was einen Anreiz zu längerer Verweildauer schaffte, dem der akute Bettenmangel allerdings Grenzen setzte. Mit der Pflegesatzverordnung von 1954 wurden Pflegesatzerhöhungen unter strengen Maßstäben auf Basis der Selbstkosten der jeweiligen Krankenhäuser möglich.

Zweite Phase – 1972 bis 1985: echte Selbstkostendeckung

Das Grundgesetz wurde geändert und die duale Finanzierung eingeführt: Laufende Betriebskosten wurden durch die Krankenkassen, Investitionen durch Bund und Länder finanziert (Selbstkostendeckungsprinzip). Gewinne in Krankenhäusern wurden verboten, womit kein ökonomischer Anreiz für längere Verweildauer mehr bestand, ebenso wenig wie ein Anreiz für Personaleinsparungen.

Dritte Phase – 1986 bis 2003: prospektive Budgets, Deckelung, Zulassung von Gewinnen, Übergang zu Preisen

Diese Phase kann als globale Wende zum Neoliberalismus betrachtet werden. Der Staat zog sich zurück, der Bund stieg aus der Investitionsförderung aus, ein flexibles Budget wurde vereinbart, die Verrechnung von Verlusten und Überschüssen wurde abgeschafft. Sechzehn definierte Leistungskomplexe wurden eingeführt. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 wurden die Gesamtausgaben der Krankenkassen für Krankenhäuser gedeckelt, die Selbstkostendeckung wurde eingeschränkt, Finanzierung sollte über leistungsgerechte Erlöse erfolgen, Gewinne und Verluste wurden uneingeschränkt möglich.

Vierte Phase – 2004 bis 2010: Einführung des Preissystems der DRG

Die Einführung der neuen DRG-Vergütung (Fallpauschalengesetz) erfolgte 2004 durch die rot-grüne Koalition unter Gerhard Schröder und dann stufenweise bis 2010. Die Vergütungen bestehen aus bundeseinheitlich festgelegten Relativgewichten der einzelnen DRG, multipliziert mit den politisch auf Landesebene ausgehandelten Landesbasisfallwerten. Bei diesen Festpreisen ist es ökonomisch sinnvoll, die Kosten zu senken und Leistungsmengen zu vergrößern.

Fünfte Phase – ab 2011: noch mehr Markt und Wettbewerb, Widerstand

Mithilfe der DRG wurde ein weiterer neoliberaler Umbau ausgedehnt: P4P (*pay for performance*), Qualitätsverträge, Selektivverträge, zusätzliche Invest-DRG. Zugleich wuchs der Widerstand von Beschäftigten, Gewerkschaften, Fachgesellschaften und politischen Gruppierungen gegen die Wirkungen des DRG-Systems.

2 Die Perspektive der Investoren: Gesundheit als „defensive Anlage"

Expert*innen für Geldanlagen teilen Aktien gern in Kategorien ein, je nach ihren Eigenschaften: Da gibt es die Valu-Aktien profitabler Konzerne und die Growth-Aktien junger, schnell wachsender Unternehmen. Es gibt die großen „Blue chips" und die kleineren „Nebenwerte". Und es gibt „offensive" Aktien, die stark auf Konjunkturschwankungen reagieren, sowie „defensive" Aktien, deren Kurse sich auch in schlechten Zeiten gut halten. Zu Letzteren gehören auch Aktien von Unternehmen, die ihr Geld mit dem Erhalt oder der Wiederherstellung unserer Gesundheit machen. Dass die Healthcare-Branche als relativ solide Anlagesphäre gilt, liegt nicht nur daran, dass Krankheit und Gesundheit der Menschen konjunkturunabhängige Konstanten sind. Ein ökonomisch stabiler Markt entsteht daraus erst durch die Tatsache, dass sich in den wohlhabenden Ländern der Staat

dessen angenommen hat, den Markt betreut, reguliert und über sozialstaatliche Umverteilung für eine stetige Zahlungsfähigkeit sorgt. Erst dadurch werden aus regelmäßigen physischen Beschwerden der Menschen regelmäßige Geldströme, die Spekulanten[3] als Sicherheit schätzen.

Der Bereich der Healthcare-Investments umfasst eine ganze Reihe von Branchen, von Krankenhäusern über Arztpraxen, Pharmaunternehmen bis zu Herstellern von Medizintechnik. Diese Unternehmen erzielen auch in wirtschaftlichen Abschwüngen stabile Erträge, da die Nachfrage nach ihren Gütern unelastisch ist. „Aufgrund ihrer relativ konjunkturunabhängigen Geschäftsmodelle entwickeln sich Aktien des Gesundheitswesens in schwierigen Marktphasen oft besser als Unternehmen aus anderen, konjunktursensibleren Branchen", erklärt die Deutsche Bank (2022). Damit dienen sie Investoren als Begrenzung des Anlagerisikos, ähnlich wie die breite Streuung des Portfolios über diverse Branchen, Länder oder Anlageformen.

Das Geschäft mit der Gesundheit ist aber nicht nur relativ stabil, es legt auch zu, weswegen einige Investmenthäuser die Branche als „defensive growth" klassifizieren. Laut Landesbank Baden-Württemberg (LBBW) ist der globale Arzneimittelmarkt in den vergangenen zehn Jahren um rund die Hälfte auf 1.400 Milliarden US-Dollar gewachsen. Bis 2026 erwarten Analyst*innen eine weitere Steigerung auf dann etwa 1.800 Milliarden US-Dollar, wobei das Wachstum vor allem von patentgeschützten Medikamenten getragen werde. Der Weltmarkt für Medizintechnik dürfte laut LBBW bis 2030 auf ein Gesamtvolumen von fast 800 Milliarden US-Dollar anwachsen, das wäre ein Plus von über 60 Prozent in nur zehn Jahren. Vom Wachstum dieses Sektors „profitieren zahlreiche Branchen – direkt und indirekt", so die Bank, zum Beispiel auch die Chemieindustrie als wichtiger Zulieferer. Eine weitere Branche, die indirekt am Wachstum teilhat, ist der Markt für Sozialimmobilien. So gibt es eigene Fonds (Real Estate Investment Trusts, REITS), die auf Pflege- und Gesundheitsimmobilien, also beispielsweise Altersheime, spezialisiert sind (LBBW 2022).

Tatsächlich scheint der Bereich Healthcare für Aktieninvestoren das Beste aus beiden Welten zu bieten: Rendite und Sicherheit. Laut Deutscher Bank ist der Gewinn je Aktie im Healthcare-Sektor seit dem Jahr 2000 in Europa um 300 Prozent und in den USA um 600 Prozent gestiegen. Das entspreche einer langfristigen jährlichen Wachstumsrate von 6,5 bzw. 9 Prozent. Die Gewinne zeigen sich an der Entwicklung der Aktienkurse, die beispielsweise der Aktienindex MSCI World Health Care abbildet. In den vergangenen zehn Jahren

3 Der Begriff Spekulant wird hier synonym zum Begriff Finanzinvestor verwandt. Denn stets erfolgt die Geldanlage im Vorgriff auf einen erwarteten Gewinn.

legte dieser Index im Durchschnitt pro Jahr knapp 11 Prozent zu, der globale Gesamtaktienindex MSCI World dagegen „nur" um 9,4 Prozent. Vergleichsweise schwach war zwar die Entwicklung des Gesundheits-Indexes im Vergleich etwa zum Index der Informationstechnologie-Werte, der jährlich im Durchschnitt 18 Prozent hinzugewann. Gleichzeitig aber mussten die IT-Aktien zwischenzeitliche Wertverluste von 60 Prozent und mehr hinnehmen. Healthcare-Aktien dagegen verloren im Maximum nur bis zu 13 Prozent. Das zeigt ihre „defensive" Qualität.

Die Annahme eines anhaltenden Wachstums des Sektors speist sich laut LBBW (2022) aus den strukturellen langfristig wirkenden Markttreibern einer wachsenden Weltbevölkerung, einer alternden Bevölkerung in den Industriestaaten, verbesserter Gesundheitsversorgung und einer steigenden Lebenserwartung. Die Deutsche Bank weist darauf hin, dass „seit dem Jahr 2000 die Weltbevölkerung von sechs Milliarden auf acht Milliarden Menschen gewachsen" ist. „Die durchschnittliche Lebenserwartung stieg weltweit von 67,5 auf fast 73 Jahre. Bis zum Jahr 2050 dürfte die Weltbevölkerung weiter zunehmen, auf dann fast zehn Milliarden Menschen." (Deutsche Bank 2022) All das soll dynamisches Wachstum der Aktienkurse sichern.

Allein die Zunahme der Weltbevölkerung und deren absehbare körperliche Beschwerden werden allerdings die Investorenhoffnungen nicht wahr werden lassen. Denn neben dem Bedarf an medizinischen Gütern und Dienstleistungen braucht es die nötige Zahlungsfähigkeit. Und die existiert vor allem in den wohlhabenderen Industrieländern, der Weltmarkt für Healthcare ist im Wesentlichen einer des globalen Nordens. Laut Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization/WHO) beliefen sich die globalen Gesundheitsausgaben im Jahr 2020 auf 9.000 Milliarden US-Dollar. Fast die Hälfte davon entfiel allein auf die Vereinigten Staaten. Insgesamt kamen die High-Income-States der Welt auf einen Marktanteil von über 80 Prozent, bei nur 15 Prozent der Weltbevölkerung. Auf der anderen Seite musste sich die ärmere Hälfte der Weltbevölkerung mit nur 4 Prozent der globalen Gesundheitsausgaben bescheiden. Das erwartete Wachstum des Weltmarktes dürfte daher vor allem im reichen Norden stattfinden. „Prognosen lassen allein für die USA im Jahr 2028 ein Marktvolumen von 6.000 Milliarden Dollar erwarten", so die Deutsche Bank (2022).

Aber auch im globalen Norden ist es keine Selbstverständlichkeit, dass aus den wachsenden physischen Nöten der Menschen stetige Umsatzzuwächse der Gesundheitsbranche werden. Dies ermöglicht erst die politische Steuerung des Marktes: Weltweit tragen Staaten zwei Drittel der Gesundheitsausgaben. Über Steuern und Sozialabgaben sammelt die öffentliche Hand Gelder ein und verteilt sie um. Gleichzeitig tritt sie als kollektive Kaufkraft der Patient*innen den

Herstellern von Medikamenten, Dienstleistungen und Geräten gegenüber und verhandelt mit ihnen die Preise. Auf diese Weise verhindert der Staat, dass auch in den Industrieländern massenhafter Bedarf an Heilung und Pflege an mangelnder Zahlungsfähigkeit der Kundschaft scheitert.

Damit leistet die Politik erstens einen entscheidenden Beitrag zur physischen Leistungsfähigkeit der Bevölkerung und ihrer Erwerbsfähigkeit, „nicht zuletzt weil eine aufgrund des demografischen Wandels erforderliche längere Lebensarbeitszeit verstärkte Investitionen in den Erhalt der Gesundheit und Produktivität älterer Arbeitskräfte" erfordert, so die Deutsche Bank (2022). Zweitens leistet die Politik damit einen Beitrag zum nationalen Wirtschaftswachstum – laut Bundesgesundheitsministerium trägt die deutsche Gesundheitswirtschaft mehr als 12 Prozent zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) bei und mehr als 8 Prozent zu den gesamten Exporten. Und drittens schließlich schafft der Staat mit der Organisation des Gesundheitswesens den Aktienanlegern einen „defensiven" Sektor, mit dem sie die Schwankungen ihres Portfolios ausgleichen können, was insbesondere in Zeiten von Rezessionsgefahr und einem hohen Grad an Unsicherheit attraktiv ist: „Historisch gesehen hat der Sektor in späten Zyklus- und Rezessionsphasen am besten abgeschnitten, was darauf hindeutet, dass dies ein Bereich ist, den die Anleger angesichts der Unsicherheit über die allgemeinen makroökonomischen Aussichten in Betracht ziehen sollten." (BlackRock 2020)[4]

3 Europas Markt für Krankenhäuser

Im Folgenden soll der Krankenhaus- und Pflegemarkt in Europa im Fokus stehen, der durch die Privatisierungen der vergangenen Jahrzehnte deutlich gewachsen ist. Auf ihm spielen neben den reinen Finanzinvestoren einige große Konzerne eine tragende Rolle, allen voran die deutschen Unternehmen Fresenius/Helios, Asklepios und Sana. Hinzu kommen Orpea und Elsan aus Frankreich, Quirónsalud aus Spanien, Luz Saúde aus Portugal, Penta Investments aus der Slowakei und Spire Healthcare aus Großbritannien. In Europa sind unter anderem auch Mediclinic aus Südafrika, Ramsay Health Care aus Australien und IHH Healthcare aus Singapur aktiv. Sie alle gehören zu den 20 größten Klinikketten der Welt.[5]

---

4 Das Zitat stammt von Ben Bei, Produktstratege im Global Emerging Markets Equities Team in der Active Equity Group von BlackRock. Englische Zitate wurden von den Autor*innen ins Deutsche übersetzt.

5 Vgl. https://www.healthcarebusinessinternational.com/memberships/blog/top-companies-2021/.

Laut Schätzungen wuchs der globale Markt für private Krankenhäuser von rund 2.740 Milliarden US-Dollar im Jahr 2022 auf 3.160 Milliarden US-Dollar im Jahr 2023, mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate (Compound Annual Growth Rate/CAGR) von 15 Prozent. Im Jahr 2027 soll der Markt dann rund 5.530 Milliarden US-Dollar umfassen, die Wachstumsrate bleibt stabil bei 15 Prozent (ReportLinker o. J.). Ein Faktor, der „den Markt für Privatkliniken vorantreiben wird", ist die Ausbreitung chronischer Krankheiten.

> Chronische Krankheiten beziehen sich auf eine Krankheit, die ein Jahr oder länger andauert und ständige medizinische Betreuung erfordert. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sterben jedes Jahr weltweit 41 Millionen Menschen an chronischen Krankheiten, was fast 74 Prozent aller Todesfälle entspricht. Daher treibt die steigende Sterblichkeitsrate aufgrund chronischer Krankheiten das Wachstum des privaten Krankenhausmarktes.[6]

Trotz der umfassenden Privatsierungen der vergangenen Jahrzehnte ist der Anteil der gewinnorientierten Krankenhäuser (*for profit hospitals*, FP-Krankenhäuser) in Europa noch relativ gering. Nach Berechnungen des Branchendienstes Healthcare Business International (HBI) lag er im Jahr 2020 in den fünf großen EU-Ländern Deutschland, Italien, Großbritannien, Spanien und Frankreich bei 13 Prozent des Gesamtmarktes.[7] Großbritannien – damals noch Mitglied der Europäischen Union (EU) – verfügte laut HBI über den größten Gesamtmarkt, den größten öffentlichen Sektor und den kleinsten Anteil an gewinnorientierten Anbietern. Dies sei nicht überraschend, da der britische Sektor vom National Health Service (NHS) dominiert werde. Frankreich habe den zweitgrößten Gesamtmarkt, den kleinsten Anteil öffentlicher, nicht gewinnorientierter Anbieter, aber den drittgrößten Anteil gewinnorientierter Anbieter. Dies sei in erster Linie auf die Funktionsweise der öffentlichen Gesundheits- und Versicherungssysteme zurückzuführen. Sowohl Ramsay Santé als auch Elsan spielen beide eine große Rolle bei den französischen Krankenhäusern. Deutschland hat den drittgrößten Markt insgesamt, den zweitgrößten öffentlichen Markt, aber den größten Markt für gewinnorientierte Unternehmen. Obwohl Deutschland nur der drittgrößte Gesamtmarkt ist, kommen vier der in den Top Ten vertretenen Konzerne aus Deutschland: Asklepios, Sana, Fresenius/Helios und Rhön-Klinikum, das inzwischen von Asklepios übernommen worden ist (siehe Teil II). Dahinter folgen die Klinikmärkte Italien

---

6 Zit. nach https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.

7 Vgl. https://www.healthcarebusinessinternational.com/comparison-of-eu5-hospital-market-plus-10-largest-european-operations/.

und Spanien. Um diese Märkte zu schaffen, waren rechtliche Grundlagen ebenso wichtig wie intensive Lobbyarbeit, die die Rechtslage beeinflusste.

4 Wie der Markt gemacht wird: Rechtsetzung und Privatisierungslobby

Rechtliche Voraussetzungen

Es ist ein Irrtum, zu glauben, dass die Gesundheitsfürsorge ausschließlich Sache der EU-Mitgliedstaaten ist. Urteile des Europäischen Gerichtshofes und die Politik der EU haben dazu geführt, dass die von den nationalen Gesundheitssystemen erbrachten Leistungen als wirtschaftliche Tätigkeiten angesehen werden und demzufolge zunehmend dem Wettbewerb unterliegen. Das stellt einen Paradigmenwechsel dar, denn lange gab es gegen die Definition als wirtschaftliche Tätigkeit Widerstand: Medizinische Versorgung sollte nicht den Regeln des Binnenmarktes (freier Waren-, Personen-, Kapital- und Dienstleistungsverkehr) unterliegen. Das ist Geschichte, seit die Europäische Kommission 2011 die Richtlinie über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, die sich in Teilen auf Binnenmarktvorschriften bezieht, verabschiedet hat (Europäische Union 2011). Das große Versprechen lautete: Nun werden Bürger*innen der EU mehr Wahlmöglichkeiten haben. Damit einher ging, dass von nun an exportiert werden konnte. Reichere Mitgliedstaaten hatten die Möglichkeit, Patient*innen in ärmere Mitgliedsländer zu schicken, wo die Behandlung billiger ist. Die Folgen: Medizintourismus für jene, die es sich leisten können, gleichzeitig Entzug von Ressourcen für einheimische Bevölkerungen. Denn Wahlmöglichkeit beinhaltet, dass man sich die Wahl auch leisten kann. In der Praxis liest sich also der Absatz aus der Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates über „die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung" vom März 2011 wie politische Lyrik:

> Die Patienten können zwar auf der Grundlage dieser Richtlinie grenzüberschreitende Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, doch sind die Mitgliedsstaaten nach wie vor für die Bereitstellung sicherer, hochwertiger und effizienter Gesundheitsdienstleistungen in ausreichendem Umfang für die Bürger in ihrem Hoheitsgebiet verantwortlich. Zudem sollen Patienten bei der Umsetzung dieser Richtlinie in einzelstaatliche Rechtsvorschriften und bei deren Anwendung nicht dazu ermuntert werden, Behandlungen in einem anderen als ihrem Versicherungsmitgliedstaat in Anspruch zu nehmen. (Ebd.: L 88/45)

Das europäische Primärrecht enthält keine direkten Vorgaben zur Privatisierung von Krankenhäusern.

> Die EU [hat] bislang nur geringe Rechtssetzungskompetenzen für das Gesundheitswesen. Vielmehr wird […] bei der Tätigkeit der EU im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel noch weitgehend gewahrt. […] Allerdings wird die Freiheit der Mitgliedsstaaten durch das „übergeordnete Rechtsprinzip" des Gemeinsamen Marktes mit seinen Grundfreiheiten, dem Diskriminierungsverbot und der Konstituierung des unverfälschten Wettbewerbs beschränkt. (Ebd.: § 16)

Dem Grundgesetz lässt sich weder ein Privatisierungsgebot noch ein Privatisierungsverbot entnehmen.

> Entscheidet sich eine Kommune dafür, ein bislang selbst betriebenes Krankenhaus zu privatisieren, so handelt es sich auch hierbei um ein Tätigwerden [im Rahmen] der verfassungsrechtlich geschützten Selbstverwaltungsgarantie. Insbesondere die Entscheidung, an welchen neuen Träger das Krankenhaus verkauft werden soll, kann der Kommune nicht von außen vorgegeben werden, sondern ist Teil des Selbstverwaltungsrechts. Bei dieser Entscheidung wird sich die Kommune neben finanziellen Gesichtspunkten vorrangig daran orientieren, welcher der Kaufinteressenten die Krankenhausversorgung z. B. durch entsprechende Investitionen in das Krankenhaus am besten garantieren kann. (Ebd.)

Praktische Folgen

Lobbyarbeit setzt da an, wo die gesetzlichen Grundlagen für bestimmte und gewünschte Entwicklungen geschaffen werden. Die Türen müssen geöffnet werden, es braucht eine rechtliche Basis für unternehmerisches Handeln. Erst dann kann Lobbyarbeit in den nationalen Parlamenten, in den Bundesländern und Kommunen stattfinden und dafür sorgen, dass konkrete Entscheidungen zugunsten privatwirtschaftlicher Bestrebungen getroffen werden.

In Deutschland werden (Stand: 2023) jährlich rund 500 Milliarden Euro für das Gesundheitswesen ausgegeben. Der gesamte Bereich beschäftigt rund sechs Millionen Menschen. Die Branche ruft also eine ganze Fülle an Verbänden, Unternehmen, Beratungsfirmen, Organisationen und Personen auf die Bühnen der Interessenspolitik – solche, die im Sinne einer Gesundheitsversorgung als Daseinsfürsorge handeln, und solche, die sich vor allem den möglichen Gewinnchancen, die die Branche durch vorherige Liberalisierung der Gesetzgebung geschaffen hat, widmen. Allen ist daran gelegen, Entscheidungsprozesse zugunsten ihrer Agenda zu beeinflussen.

In Deutschland gibt es dank Lobbycontrol und einer wachen Zivilgesellschaft seit 2022 ein öffentlich einsehbares Lobbyregister.[8] Im Frühjahr 2023 waren hier

8 Vgl. www.lobbyregister.bundestag.de.

rund 30.000 Personen registriert, von denen rund 6.000 tatsächlich aktiv waren. Von diesen 6.000 Aktiven sind 30 Prozent dem Interessen- und Vorhabenbereich Gesundheit zugeordnet – ein heterogenes Spektrum, das von Einzelpersonen über private Vereine, NGOs bis hin zu kommerziellen Lobbying-Agenturen und international tätigen Konzernen reicht.[9]

Im Krankenhausbereich ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Dachverband deutscher Krankenhausträger, in dem die kommunalen Spitzenverbände ebenso vertreten sind wie die Wohlfahrtsverbände und die privaten Krankenhausträger, der wichtigste Interessenvertreter.[10] Öffentliche Aktionen sind nicht Sache der DKG, stattdessen geht es um gute Beziehungen zu den zuständigen Fachbeamt*innen in den Ministerien und zu den Fachpolitiker*innen der Parteien. Laut Lobbyregister, wo die DKG unter der Registriernummer R001591 geführt wird, betrugen die finanziellen Aufwendungen im Bereich der Interessenvertretung im Geschäftsjahr 2022 zwischen 2.160.000 bis 2.170.000 Euro. Rund 80 Menschen sind in diesem Bereich beschäftigt. Die Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA gab im selben Geschäftsjahr laut Lobbyregister zwischen 210.000 und 220.000 Euro aus. Dazu summieren sich noch die Kosten der einzelnen Kliniken – bei den Asklepios Harzkliniken waren es beispielsweise zwischen 30.000 und 40.000 Euro, die Hamburger Kliniken (siehe Kapitel II.2) gaben zwischen 570.000 und 580.000 Euro für Lobbyarbeit aus, wobei einige Angaben verweigert wurden.

In seinem Artikel vom 27. Dezember 2022 für *Die Welt* beschreibt Andreas Macho, wie ein Millionenpoker um deutsche Krankenhäuser stattfindet. „Fast unbemerkt von der Öffentlichkeit ist im deutschen Gesundheitssystem ein millionenschweres Monopoly-Spiel um Krankenhäuser entbrannt. Getätigt werden die Spielzüge neben privaten Klinikketten maßgeblich von Private-Equity-Finanzinvestoren, despektierlich auch Heuschrecken genannt." Laut einer Studie der Unternehmensberatung PwC seien „Finanzinvestoren oder Strategen aus dem Ausland auch in 2021 die treibenden Marktteilnehmer" gewesen und „haben weiterhin Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag" erworben. „Das Krankenhaus ist aus regulatorischen Gründen der Träger für Finanzinvestoren, um am Gesundheitsmarkt zu investieren und medizinische Versorgungszentren betreiben zu können." (Zit. nach ebd.)

Anwaltskanzleien mit Standorten in mehreren Ländern fungieren oft als Wegbereiter der Deals. Sie scannen relevante Kliniken, schauen sich deren Bi-

9 Vgl. www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/.

10 Vgl. www.dkgev.de.

lanzen an. Hilfreich ist, dass in Deutschland nicht klar geregelt ist, wer Träger eines Krankenhauses sein darf, was Investoren, die nichts mit Gesundheitsversorgung zu tun haben, Tür und Tor öffnet. Ebenso wenig öffentlich bekannt ist, dass Expertenkommissionen, wie sie Gesundheitsminister Karl Lauterbach 2023 einrichtete, um seine angekündigte Krankenhausreform zu unterlegen, bereits in ihrer Zusammensetzung darauf angelegt sind, dass bestimmte Interessen besonders stark vertreten werden. Wie das Bündnis Klinikrettung in seiner Sonderveröffentlichung zu Klinikschließungen beschreibt, ist dies möglicherweise der direkteste Weg, Einfluss auf die Gesetzgebung zu nehmen. Denn die Expert*innen der Kommissionen sind schnell beliebte und häufig gefragte Gesprächsteilnehmer*innen für die Medien. Das lässt sich am Beispiel der beiden Mitglieder der aktuellen Kommission, Professor Reinhard Busse und Professor Boris Augurzky, beide Gesundheitsökonomen, zeigen.

> Sie befürworten schon seit Jahren Krankenhausschließungen. Damit ist vorprogrammiert, dass der Abbau von Krankenhäusern ungebremst weitergehen wird. [...] Die Konturen der Krankenhausreform wurden bereits 2019 in einer von Busse verantworteten Studie der Bertelsmann Stiftung vorgezeichnet. In deren Vorstand sitzt Brigitte Mohn, die gleichzeitig Mitglied im Aufsichtsrat der privaten Rhön-Klinikum AG ist – wie einst auch Karl Lauterbach. Augurzky wiederum leitet die konzernnahe Rhön Stiftung. Die Rhön-Klinikum AG gehört mittlerweile Asklepios, Deutschlands zweitgrößtem Krankenhauskonzern. (Bündnis Klinikrettung 2023: 1)

In einer Recherche von correctiv.org aus dem Jahr 2017 wird am Beispiel Offenbach vorexerziert, wie sich private Einflussnahme auf politische Entscheidungen auswirkt.[11] Offenbach hatte 2010 ein Klinikum eröffnet, dessen Bau rund 170 Millionen Euro kostete. 2013 verkaufte die Stadt das Klinikum für einen Euro an den Krankenhauskonzern Sana. Der Schaden belief sich auf insgesamt 435 Millionen Euro (für das Land Hessen 50 Millionen Euro, für die Stadt Offenbach 385 Millionen Euro). Sana konnte sich freuen. Die Stadt übernahm Schulden in Höhe von 218 Millionen Euro, das Krankenhaus war hochmodern ausgestattet. Bereits 2015 machte der Konzern Gewinn mit der entschuldeten Klinik. Die Stadt hatte im Verkaufsvertrag bis 2023 auf Anteile am Gewinn verzichtet, obwohl ihr noch 10 Prozent des Klinikums gehörten. In der Recherche werden die Fehler der Stadt aufgelistet, die dazu geführt hatten, dass bereits 2012 erhebliche Insolvenzgefahr bestand. Die ein Jahr später bestellte Interimsgeschäftsführerin schien eine Trendwende bewirken zu können und prognostizierte den

11 Vgl. https://correctiv.org/aktuelles/wirtschaft/2017/02/24/der-grosse-krankenhausraub/.

Kommunalpolitiker*innen, dass man 2015 in die Gewinnzone kommen könne. Wenige Tage später lag ein Angebot von Sana vor, dem das Stadtparlament im Mai 2013 zustimmte. Ein Jahr später ging bei der Staatsanwaltschaft Darmstadt eine Anzeige ein: Im Frühjahr 2013 soll es ein Treffen von Vertretern privater Krankenhausbetreiber gegeben haben, bei dem es zu Preisabsprachen gekommen sein soll. Zeug*innen wurden befragt, das Verfahren aus Mangel an Beweisen eingestellt. Correctiv recherchierte, dass tatsächlich auch Asklepios, Helios und das Rhön-Klinikum Interesse bekundet, jedoch kein Angebot abgegeben hätten. Interessant ist auch: Silke Lautenschläger (CDU), von 2001 bis 2009 Gesundheitsministerin in Hessen, hatte den Neubau des Klinikums genehmigt und saß 2013, als es an Sana verkauft wurde, im Aufsichtsrat des Konzerns.

Im Jahr 2015 freute man sich im Konzern über einen Gewinn des Klinikums in Höhe von 1,1 Millionen Euro, wie es die Interimschefin den Stadtverordneten in der Zeit der drohenden Insolvenz prophezeit hatte.[12] Die Grundlagen für solche Vorgänge wurden und werden auf europäischer Ebene geschaffen. Und dort ist die Lobbyarbeit genauso klandestin und unter dem Radar öffentlicher Wahrnehmung, wie es wohl in Offenbach der Fall gewesen ist.

Europäische Union

Die Autorin Rachel Tansey beschrieb im Jahr 2017 in einem Text für Corporate Europe Observatory die schleichende Privatisierung des Gesundheitswesens, die EU-Politik und den Druck der Unternehmenslobby. So habe es viele Schritte gegeben, auf EU-Ebene ein privatisierungsfreundliches Umfeld zu schaffen, auch wenn es in Brüssel keinen konzis zu beschreibenden Einflusskanal gebe. Sie bezieht sich auf den Wissenschaftler Christoph Hermann, der bereits 2010 von einem Prozess der „Marktisierung" des Gesundheitswesens gesprochen hatte. Dieser Prozess umfasse sowohl die Schaffung von Binnenmärkten als auch Outsourcing, Wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern und den Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern an private Investoren.

Jane Lethbride, 2017 Direktorin der Public Services International Research Unit (PSIRU), verwies auf die Schlüsselrolle globaler Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsunternehmen bei den Reformen des Gesundheitssektors und dessen Vermarktlichung.[13] So hatte die Europäische Kommission eine Evaluierungsstudie über die 2011 beschlossene Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesund-

12 Ebd.

13 Vgl. http://www.psiru.org/about-us/staff/jane-lethbridge.html.

heitsversorgung an den Giganten der Branche KPMG vergeben, ein engagierter Unternehmenspartner des rechten britischen Thinktanks Reform, der auf eine starke Beteiligung des privaten Sektors an der Gesundheitsversorgung drängt. Das Beratungsunternehmen Price Waterhouse Coopers (PwC) machte sich einen eher berüchtigten Namen bei den Umstrukturierungen des britischen Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS). Für die Lobbyarbeit wird eine geschmeidige Sprache benutzt, die vor allem die „Wahlfreiheit" der EU-Bürger*innen und die sichere und nachhaltige Transformation des Gesundheitswesens behauptet. Auch McKinsey spielte eine wichtige Rolle bei der schleichenden Privatisierung des britischen Gesundheitsdienstes.

Die in Brüssel ansässige Denkfabrik Health Consumer Powerhouse (HCP) übe laut Jane Lethbride auf EU-Ebene ebenfalls starken Einfluss aus. HCP habe die Europäische Kommission aufgefordert, einen gut funktionierenden Markt für Gesundheitsdienstleistungen in Europa aufzubauen und die Gesundheitsversorgung zu einer wettbewerbsfähigen Dienstleistungsbranche zu machen. Unweit des Hauptsitzes der Europäischen Kommission sitzt die Lobbyvereinigung European Union of Private Hospitals (UEHP), deren Mission unter anderem die Privatisierung von Krankenhäusern ist.[14] Auf der Homepage dieser Vereinigung heißt es sinngemäß: Das Mandat der UEHP ist es, die Interessen der privaten Krankenhäuser in Europa zu vertreten und die privaten Krankenhäuser in Europa zu fördern, die eine unverzichtbare Alternative im Gesundheitswesen darstellen würden. Privatkliniken böten Dienstleistung an, die das öffentliche Krankenhaussystem ergänzen und somit zur Aufrechterhaltung eines gesunden und fairen Wettbewerbs beitragen würden, „was für unsere Patienten nur von Vorteil sein kann". Die UEHP habe sich immer für ein europäisches Modell des Gesundheitswesens eingesetzt, für eine Wettbewerbssituation zwischen öffentlichem und privatem Sektor. Die UEHP ist in den Beratungsstrukturen der Europäischen Kommission präsent und wird regelmäßig zu Seminaren und Konferenzen eingeladen. Die EU-Kommission schickt auch schon mal Beamte zu den Tagungen der UEHP nach Madrid oder Monaco oder zu einer Konferenz über die Rolle privater Krankenhäuser bei der Modernisierung des Gesundheitswesens. Auch EU-Kommissare waren in der Vergangenheit offen für Gespräche mit dieser Denkfabrik, der es ebenso möglich ist, ihre Präsentationen dem Europäischen Parlament vorzutragen.[15]

---

14 Vgl. https://www.uehp.eu/about-us/.

15 Vgl. http://www.psiru.org/about-us/staff/jane-lethbridge.html.

Abkommen wie das Transatlantische Freihandelsabkommen (Transatlantic Trade and Investment Partnership/TTIP) oder das Abkommen über den Handel mit Dienstleistungen (Trade in Services Agreement/TiSA) sind eine Bedrohung für die Gesundheitsversorgung, verstanden als Daseinsvorsorge und -fürsorge, da sie diese als Teil des Dienstleistungssektors behandeln und den Wettbewerb globaler Konzerne mit öffentlichen Dienstleistungen fördern. Das wird von den Konzernen begrüßt. Der deutsche Gesundheitskonzern Fresenius war und ist lautstarker Befürworter solcher Abkommen und nimmt für die Lobbyarbeit auf EU-Ebene Firmen wie Brunswick Group oder Avisa Partners in Anspruch.

Das Europäische Dienstleistungsforum (European Services Forum/ESF),[16] ein Mitglied der TTIP-Beratergruppe der Europäischen Kommission, arbeitete und argumentierte gegen alle Bestrebungen, dem öffentlichen Gesundheitssektor einen besonderen Schutz angedeihen zu lassen. Dem ESF gehören wiederum Mitglieder nationaler Wirtschaftslobbys an, wie zum Beispiel der Schwedische Unternehmerverband oder KPMG, und große Akteure der Versicherungsbranche. Und während der Handelsausschuss des Europäischen Parlaments vorschlug, öffentliche Dienstleistungen aus dem TTIP auszuschließen, kämpften andere dafür, Privatinvestoren möglichst viele Türen zu öffnen und sie möglichst wenigen Transparenzanforderungen zu unterwerfen, die in ihren Augen die Verhandlungen erschweren und den Wettbewerb verzerren würden. Investorenschutz und Liberalisierung waren die Schwerpunkte der Verhandlungsagenda des ESF.

Rachel Tansey verweist auf eine weitere einflussreiche Gruppe, den Thinktank European Centre for International Political Economy (ECIPE),[17] vertreten durch die Beratungsfirma Edelmann. Das ECIPE machte sich in Gesprächen mit der zuständigen EU-Kommissarin und in euphorischen Berichten über die Chancen einer Liberalisierung von Gesundheitsdienstleistungen dafür stark, dass ausländische Investoren keinerlei Beschränkungen unterliegen, auch nicht durch öffentliche Gesundheitsdienste, die staatliche Subventionen erhalten. Stattdessen sollten die Gewinne, die durch eine Deregulierung in diesem Bereich erzielt werden können, ein Beweis dafür sein, wie gut eine durchliberalisierte Handelspolitik für die medizinische Versorgung ist. Die gemeinsame ideologische Grundlage der Europäischen Kommission und der Unternehmenslobbys, zu denen sie enge Beziehung unterhalte, sei: Die Wirtschaft weiß, was sie tut, und sie tut es am

16 Vgl. https://www.esf.be/.

17 Vgl. https://ecipe.org/.

besten. So beschreibt Tansey (2017) den Schulterschluss. Sie gibt zu bedenken, dass deshalb der Einfluss der Unternehmenslobbys nicht als alleiniger Grund für die stetige Liberalisierung medizinischer Versorgungssysteme in Europa gelten kann, da die Basis – eine gemeinsame, neoliberale Ideologie – ja bereits vorhanden war. Die EU-Kommission fördere öffentlich-private Partnerschaften und Privatisierungen und sehe darin eine Möglichkeit, die Staatsausgaben zu senken.

Das trifft sich mit den nach der Finanzkrise 2008 vielen EU-Mitgliedstaaten auferlegten brutalen Sparmaßnahmen, die in den meisten Ländern (Griechenland, Irland, Lettland, Portugal, Spanien) auch mit der Schließung oder Privatisierung von Krankenhäusern einhergingen. Denn diese Krise schuf, wie Forscher*innen des damaligen Observatoriums für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa (OSE), heute Beobachtungsstelle für gesellschaftliche Entwicklungen in Europa,[18] darlegten, politisch die Gelegenheit für die fiskalische Überwachung und Einschränkung öffentlicher Gesundheitsdienste. Lobbyarbeit konnte genau an dem Punkt ansetzen und dieses Gelegenheitsfenster nutzen, um ein Loblied auf den Wettbewerb zu singen und die Interessen privater Investoren starkzumachen. Eine Zeit, in der die Senkung öffentlicher Gesundheitsausgaben als Voraussetzung für die Konsolidierung von Staatsfinanzen propagiert wird, ist ein Fest für solcherart Vorhaben. Und eine bereits ausgefeilte, gut platzierte und finanziell sehr gut ausgestattete Lobbyszene kann aus solchen politischen Absichtsbekundungen das Beste für private Investoren herausholen.

5 Finanzialisierung des Gesundheitssektors – eine neue Qualität?

Auf dem Krankenhausmarkt sind nicht nur Healthcare-Unternehmen tätig, sondern auch Akteure aus dem Finanzsektor: Versicherungen, Investmentfonds, Pensionsfonds oder Private-Equity-Gesellschaften (zu Letzteren siehe Teil II). Für sie ist der Einstieg in öffentliche Gesundheitssysteme besonders attraktiv. Die weltweiten Gesundheitsausgaben belaufen sich auf rund acht Billionen US-Dollar, was zehn Prozent der weltweiten Wirtschaftsleistung entspricht. Etwa 60 Prozent der globalen Gesundheitsausgaben stammen aus dem öffentlichen Sektor (WHO 2019), der Großteil davon aus Ländern mit institutionalisierten, umfassenden öffentlichen Gesundheitssystemen. Diese finanziellen und materiellen Grundlagen bieten risikoarme Investitionsmöglichkeiten, deren Rendite durch öffentliche Einnahmen und die Regulierungsmacht des Staates garantiert werden kann.

18 Vgl. https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/ueberuns/vorgaengerprojekt-observatorium/.

Zahlreiche Studien zeigen, dass es aber nicht bei einer bloßen Beteiligung von Akteuren aus dem Finanzsektor bleibt. Zu beobachten sei eine strukturelle Wandlung des staatlichen Gesundheitswesens: seine Finanzialisierung. Laut Ana Carolina Cordilha (2020) wird die aktuelle Phase des Kapitalismus durch den Prozess der Finanzialisierung untermauert – also durch die Expansion des Finanzsektors in Bezug auf Größe, Umfang und Macht. Obwohl der Prozess der Finanzialisierung die öffentlichen Gesundheitssysteme umgestalte, seien die Mechanismen, durch die dies geschieht, noch wenig erforscht. Was aber wird unter Finanzialisierung verstanden und was unterscheidet sie von anderen Entwicklungen wie Privatisierung, Ökonomisierung oder Kommodifizierung? Bei der Privatisierung handelt es sich Cordilha zufolge um die Übernahme von Sprachen, Grundsätzen und Methoden, die typischerweise in privaten Unternehmen zu finden sind, durch öffentliche Akteure. Eine weitere Facette der Privatisierung sei die Delegation oder teilweise Übertragung des öffentlichen Eigentums, der Finanzierung, des Managements oder der Erbringung von öffentlichen Gesundheitsdiensten an private Akteure. Beispiele für Maßnahmen, die mit der Privatisierung im weitesten Sinne in Verbindung gebracht werden, seien die Einführung von Marktbeziehungen zwischen Käufern und Anbietern öffentlicher Dienstleistungen, die Auslagerung öffentlicher Praxen an private Anbieter, die Zulassung privater Praxen in öffentlichen Krankenhäusern und die Verringerung des Umfangs der öffentlichen Versorgung. Begründet wurde die Einführung privater Praktiken, Akteure und Logiken des Wettbewerbs im öffentlichen Gesundheitswesen vor allem damit, solche Maßnahmen würden die Kosten senken, die Effizienz des öffentlichen Sektors steigern und damit die öffentlichen Finanzen entlasten. Weitere Argumente für die Privatisierung waren die Verbesserung der Dienstleistungsqualität und eine größere Auswahl für die Verbraucher*innen.

Akteure der frühen Privatisierungsrunden waren Unternehmen, deren Haupttätigkeit in Produktion und Vertrieb von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen besteht. Dazu gehören Krankenhäuser, Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Anbieter von medizinischen Gütern. Haupteinnahmequelle dieser Unternehmen waren die mit diesen Aktivitäten erzielten Unternehmensgewinne. In dieser früheren Reformphase war ein erheblicher Teil der privaten Gesundheitsunternehmen im Rahmen traditioneller Eigentumsstrukturen tätig und gehörte Familien oder Einzelpersonen mit beruflicher Erfahrung in diesem Sektor. Diese Firmen hatten einen relativ geringen Fremdkapitalanteil und keine oder nur schwache Verbindungen zu Finanzinstituten und Investoren. Ihre Expansion hing von der zusätzlichen Nachfrage nach Medikamenten, Ausrüstung und Dienstleistungen ab (Cordilha 2020). Neben diese Unternehmen aus dem Gesundheitssektor

sind nun Unternehmen aus dem Finanzsektor getreten, also Unternehmen, deren Geschäft in der Bereitstellung, Vermittlung und Verwaltung von Geldern und Investitionen für andere Unternehmen besteht: Geschäftsbanken, Investmentbanken, Investmentfonds, Versicherungsgesellschaften, Pensionsfonds und Vermögensverwalter, deren Einkünfte in Form von Zinszahlungen, Dividenden, Kapitalgewinnen und Gebühren anfallen. Die Zahl der Finanzakteure, -instrumente und -motive im Zusammenhang mit der Finanzierung, Bereitstellung und Verwaltung von Gesundheitsaktivitäten sei so groß wie nie zuvor (ebd.).

> Im privaten Sektor lösen Finanzunternehmen und Investoren die Unternehmen und Einzelunternehmer als führende Akteure des Wandels in der Branche ab. Durch die zunehmende Verflechtung von privaten Gesundheitsunternehmen und Finanzunternehmen entsteht eine besondere Struktur, die besser als ein privater und finanzialisierter Gesundheitssektor bezeichnet werden sollte. (Ebd.: Abs. 18)

Nach Cordilha stammt die anerkannteste Definition von Finanzialisierung von Gerald A. Epstein (2005: 3), der sie als „die zunehmende Bedeutung von Finanzmotiven, -märkten, -akteuren und -institutionen für das Funktionieren der nationalen und internationalen Volkswirtschaften" beschreibt. Manuel Albers versteht darunter „die zunehmende Dominanz von Finanzakteuren, märkten, -praktiken, -messungen und -narrativen, die zu einer strukturellen Transformation von Volkswirtschaften, Unternehmen, Staaten und Haushalten führt" (zit. nach Cordilha 2022: Abs. 21). Nach Eileen Appelbaum und Rosemary Batt (2021: 1) hat sich die Finanzialisierung auf zwei parallelen Wegen vollzogen: „von innen nach außen", indem gemeinnützige Krankenhäuser zunehmend nicht gesundheitsbezogene Finanzstrategien anwenden, um zu überleben; und „von außen nach innen", indem Finanzakteure in das Gesundheitswesen eindringen, weil sie es als eine lukrative Investition ansehen. Gemeinnützige, gewinnorientierte und durch privates Beteiligungskapital finanzierte Krankenhäuser hätten so auf unterschiedliche Weise zum Prozess der Finanzialisierung im Gesundheitswesen beigetragen.

Kate Bayliss (2016) illustriert die Finanzialisierung des Gesundheitssystems am Beispiel des britischen National Health Service (NHS): Ein Weg verlief hier über das Outsourcing von NHS-Leistungen an private Anbieter, die von Banken finanziert oder kreditiert wurden. Gelder aus dem Gesundheitssystem flossen so in das Finanzsystem. Ein zweiter Weg war der Bau von NHS-Krankenhäusern über öffentlich-private Partnerschaften. Die Mittel für die Investitionen bezog der Privatsektor dabei häufig aus Schuldpapieren, die durch künftige Einnahmen aus dem Krankenhausbetrieb abgesichert waren. Auch hierdurch kam es zu einer Verbindung von Finanz- und Gesundheitssphäre. In Frankreich wiederum begann die Finanzialisierung des Gesundheitssektors damit, dass es den Agenturen des

Sozialstaates erlaubt wurde, Zahlungsengpässe durch die Ausgabe von Schuldpapieren zu überbrücken, das heißt sich bei Finanzakteuren zu verschulden, wodurch neue Wertpapiere entstanden. Zudem wurde öffentlichen Krankenhäusern die Kreditaufnahme bei Privatbanken gestattet (Cordilha 2020). Im Laufe der Zeit traten dann schließlich große Finanzinvestoren auf, die sowohl private als auch staatliche Krankenhäuser übernahmen.

Die Finanzialisierung des NHS „von innen" beschreibt Bayliss (2016: 3) so: Erstens wird die Finanzierung in diesem Sektor auf der Grundlage interner „Märkte" zugewiesen, die finanzialisierte Strukturen nachahmen (unabhängig von den Eigentumsverhältnissen oder der Erbringung). Die institutionelle Trennung zwischen dem „Käufer" und dem „Erbringer" von Gesundheitsleistungen innerhalb des NHS wurde im Laufe der Jahre verfeinert, seit sie Anfang der 1990er-Jahre eingeführt wurde. Die Leistungserbringer werden über ein komplexes „Preissystem" vergütet, das als ergebnisorientierte Bezahlung (*payment by results*/PBR) bekannt ist, sodass die Transaktionen zwischen den staatlichen Stellen in finanzieller Hinsicht abgegrenzt sind. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass der Prozess der Finanzialisierung zu strukturellen Veränderungen des Gesundheitssystems führt, meist zulasten von Patient*innen und Beschäftigten. Laut Hunter/Murray (2019: 1263) stellt die Vertiefung der Finanzialisierung eine grundlegende Veränderung der Organisationsprinzipien für Gesundheitssysteme dar, mit negativen Auswirkungen auf Gesundheit und Gleichheit im Zuge der „Umwandlung der Gesundheitsversorgung in verkäufliche und handelbare Vermögenswerte für globale Investoren". Nach Lena Lavinas und Denise L. Gentil (zit. nach Cordilha 2022: Abs. 37) zielt die Erbringung von Dienstleistungen in erster Linie auf den Profit der Aktionäre ab, bei denen es sich im Großen und Ganzen um große internationale Finanzkonzerne handelt, „die vom Inhalt der erbrachten Dienstleistungen nichts wissen". Bayliss (2016: 4) zufolge führen die mit der Finanzialisierung verbundenen Prozesse dazu, dass die Dienstleistungen zunehmend von der „Materialität" ihrer Erbringung abgekoppelt und stattdessen im Hinblick auf den Ertragsstrom interpretiert werden, den sie den Investoren bieten können. Als Ergebnis erwartet sie eine erhebliche Vertiefung der Kulturen der Individualisierung und der Kommodifizierung des Gesundheitssystems. Nach Appelbaum/Batt (2021) überschatte die Logik finanzieller Berechnungen oft die Logik menschlicher Pflege. Cordilha (2022) zufolge hat der Prozess der Finanzialisierung innerhalb der öffentlichen Gesundheitssysteme das Potenzial, nicht nur die mit der Privatisierung verbundenen negativen Auswirkungen zu verstärken, sondern auch zusätzliche hinzuzufügen. Denn die Umwandlung von Gesundheitsleistungen in eine Finanzinvestition steuere die Entscheidungen

darüber, welche Art von Leistungen wo, für wen und zu welchen Kosten und Bedingungen erbracht werden und begünstige Entscheidungen, die die Investitionsrisiken minimieren und die Erträge maximieren. Für öffentliche Systeme bedeute dies, dass die Notwendigkeit zur Schuldenbedienung, zur Generierung von Finanzrenditen und zur Minimierung der Risiken für Investoren wahrscheinlich zu Einschnitten bei Qualität, Quantität und Beschäftigungsbedingungen sowie zur Verlagerung von Kosten und Verantwortung auf den Einzelnen führe. Dies verstärke die in kritischen Privatisierungsstudien beobachteten Effekte.

Li et al. (2023) sehen in ihrer Studie eine zunehmende Dominanz von Finanzakteuren und die Ausbreitung von Finanzlogiken sowie von Finanzinstrumenten auch in Bereichen außerhalb der eigentlichen Finanzwelt als wesentliche Gründe dafür, dass der Gesundheitssektor immer renditeorientierter wird. Somit entferne sich der Finanzsektor immer mehr von seiner ursprünglichen Rolle: der Finanzierung (real-)wirtschaftlicher Aktivitäten. Stattdessen schöpfe er Erträge aus der Realwirtschaft ab. Gerade in systemrelevanten Bereichen wie dem Gesundheitswesen könne dies dramatische Auswirkungen haben. Soweit die gängigen Deutungen des Prozesses der Finanzialisierung. Wie weit trägt dieses Konzept?

Finanzialisierung – was ist das Neue?

Insgesamt bleibt bei den gängigen Konzepten der Finanzialisierung problematisch, dass hier zum einen eine mehr oder weniger grundlegende Neuerung des Gesundheitssystems beschrieben werden soll. Gleichzeitig bleibt unklar, was das wirklich Neue sein soll. Erkennbar verändert haben sich die Akteure auf dem Gesundheitsmarkt, hier treten nun vermehrt Unternehmen aus dem Finanzsektor auf, deren Geschäftskalkulationen sich von denen der sogenannten Realwirtschaft unterscheiden. Allerdings ist kaum zu erkennen, wie dies zu einer strukturellen Transformation von Volkswirtschaften, Unternehmen, Staaten und Haushalten führen soll. Schließlich sind die Unterschiede zwischen der Realwirtschaft und dem Finanzsektor zum großen Teil eher äußerlich, im Kern ist ihre Funktionsweise identisch.

So haben auch Unternehmen aus der Realwirtschaft eine Geldsumme sowohl als Ausgangspunkt, – die Investition – wie auch als Endpunkt, den Gewinn. Die Vermehrung von Geldsummen ist sowohl für die Realwirtschaft wie auch für die Finanzwirtschaft das Unternehmensziel. Beide haben dafür entsprechende Maßzahlen, seien es der Return on Investment, der Vorsteuergewinn oder das operative Ergebnis bzw. deren Steigerungen. Insoweit sind beide Sphären von „Finanzmotiven" getrieben. In diesem Sinn unterscheiden sich beide von der

Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen durch den Staat oder andere nicht profitorientierte Anbieter, sie unterscheiden sich aber nicht voneinander.

Da auch die Realwirtschaft auf die Vermehrung der investierten Summen abzielt, kommt es darüber hinaus zu einer häufig engen Verbindung zwischen ihr und der Finanzsphäre. Durch die Ausgabe von Aktien oder die Aufnahme von Krediten nutzt die Realwirtschaft den Finanzsektor für ihre Expansion. Der Finanzsektor wiederum profitiert von den Erfolgen der Realwirtschaft, indem er aus den Gewinnen Dividenden und Zinsen bezieht und gegebenenfalls aus steigenden Unternehmenswerten (z. B. Aktienkurssteigerungen) Spekulationsgewinne erzielt. Zwar wird häufig die Abhängigkeit der Realwirtschaft von der Finanzsphäre beklagt. Diese Abhängigkeit besteht aber nur, weil die Realwirtschaft die Finanzsphäre braucht und umgekehrt. Gerade weil beide Sphären das gleiche Ziel verfolgen, die Vermehrung der Investitionssummen, können sie einander ergänzen und als Komplemente dienen. Es gibt keine Differenz in der „Logik" dieser Branchen. Was häufig als „Finanzlogiken" beklagt wird, sind lediglich die Logiken der Profitproduktion, wie sie sämtliche privatwirtschaftliche Sphären beherrschen, nicht nur die Finanzwirtschaft. Ob ein Überschuss als Betriebsgewinn an die Eigentümerfamilie fließt oder als Aktiendividende an die Aktionäre oder als Zinsertrag an die Bank, ist lediglich eine Frage der Form, nicht des Inhalts.

Dass sich die Sphären von Güterproduktion und Finanzen ihrem Prinzip nach nicht unterscheiden – zumindest wenn man als Maßstab die Versorgung der Menschen mit den Gütern des Bedarfs anlegt –, wird in den meisten Studien auch implizit zugestanden, indem beispielsweise konstatiert wird, durch die Finanzialisierung würde sich der Renditedruck „intensivieren" oder „Profitlogiken" würden eine „immer größere Rolle" spielen, was eine bloß quantitative Bewegung beschreiben soll: Der Renditedruck ist da, er wird nur stärker. Andere Untersuchungen wiederum sprechen davon, dass mit der Finanzialisierung eine „kurzfristige Renditelogik" oder eine „kurzfristige Renditemaximierung" einziehe. Das ist erstens von der Empirie nicht durchgängig gedeckt (siehe Teil II). Zweitens bleibt unklar, wie sich durch den reinen Zeitfaktor ein grundsätzlicher Wandel des Gesundheitssektors vollziehen soll. An dieser Stelle ist auch darauf hinzuweisen, dass für gewinnorientierte Unternehmen der Faktor Zeit immer zentral ist. Denn beim Gewinn spielt beides eine Rolle: seine Höhe und wie schnell er erzielt werden kann.

Allerdings gibt es eine Besonderheit des Finanzsektors, die möglicherweise tatsächlich strukturell zu einem höheren Renditedruck führt, die in den Studien allerdings ungenannt bleibt: die Beweglichkeit des Finanzkapitals. Denn wenn Akteure aus der Finanzwirtschaft, seien es Investmentfonds oder Private-Equity-Gesellschaften, Kapital einwerben mit dem Versprechen hoher Renditen für die

Investoren, dann müssen sie sich mit sämtlichen Geldanlagen der Welt vergleichen lassen. Finanzanleger haben stets die Wahl, in Unternehmensanleihen, Rohstoffe, Hedgefonds, Immobilien, Schwellenländer- oder Industrieländeraktien zu investieren. Ein Investment in ein Krankenhaus muss sich also in Sachen Rendite und Sicherheit mit potenziell allen anderen Renditequellen des Globus messen lassen. Über eine derartige Beweglichkeit ihres Kapitals verfügen die Investoren aus der Realwirtschaft üblicherweise nicht. Es bleibt allerdings die Frage, ob dies dazu führt, dass sie bei ihren Investitionen weniger anspruchsvoll sind und stärker auf das Patientenwohl und gute Arbeitsbedingungen für das Personal achten, als dies bei Finanzinvestoren der Fall ist.

Insgesamt hat es den Anschein, als ob in vielen Studien eine Attribuierung stattfindet: Zunächst wird zu Recht ein möglicher Gegensatz zwischen der Qualität der Versorgung und der Rendite festgestellt. Anschließend wird dem Finanzsektor attestiert, er handele „rein" aus Profitmotiven, während den Unternehmen der Realwirtschaft als Nebenmotiv noch das Wohlergehen der Kund*innen unterstellt wird. Indem die Finanzwirtschaft als „Kapitalismus pur" präsentiert wird, erscheint die Realwirtschaft ungerechtfertigterweise als das kleinere Übel. Ähnliche Argumentationsmuster finden sich beim Vergleich zwischen kleinen Unternehmen oder dem Mittelstand auf der einen Seite und großen globalen Konzernen auf der anderen. Das Problem im Gesundheitssektor allerdings ist weniger darauf zurückzuführen, dass hier große oder finanzialisierte Anbieter präsent sind, sondern dass von staatlicher Seite versucht wird, das Profitmotiv für die kostensparende Bereitstellung von Gesundheitsgütern zu funktionalisieren. Dabei zeigt sich regelmäßig, dass Rendite und Versorgung oft im Gegensatz zueinander stehen. Die Folgen dieses Gegensatzes sind allerdings vielschichtig und nicht immer eindeutig. Eines scheint jedoch klar: Die versprochenen Effizienzsteigerungen der Privatisierung stellen sich im Durchschnitt – zumindest in Europa – nicht ein. Ein Überblick.

Folgen von Finanzialisierung und Privatisierung: uneindeutig

Dass der Unterschied zwischen Unternehmen aus der Finanzwirtschaft und der Realwirtschaft nicht so groß sein kann wie zuweilen angenommen, zeigt sich auch daran, dass die befürchteten Folgen der Finanzialisierung sehr ähnlich denen der Privatisierung überhaupt sind. Laut Corporate Europe Observatory (2021) birgt die Verwandlung von Gesundheitsgeldern in Aktionärsdividenden verschiedene Risiken: schlechtere Arbeitsbedingungen, schlechtere Bezahlung, weniger Personal, höhere Arbeitsbelastung, mehr Stress und Kürzungen bei der Ausbildung und der Schutzausrüstung. All dies beeinträchtige die Sicherheit und Qualität der

Pflege. Die Ungleichheit im Gesundheitsbereich werde dadurch verschärft, dass private gewinnorientierte Anbieter sich risikoärmere und solvente Patient*innen aussuchen, während risikoreichere und ärmere Patient*innen oder solche, die eine Notfallversorgung benötigen, weiterhin auf die öffentlichen Gesundheitsdienste angewiesen seien, wobei Letztere aufgrund von Sparmaßnahmen und der zunehmenden Vereinnahmung öffentlicher Mittel durch gewinnorientierte Anbieter stark unterfinanziert seien.

Die Auswirkungen von Privatisierungsmaßnahmen wiederum sind laut Cordilha (2022) sehr umstritten. Empirische Belege zeigten, dass solche Maßnahmen häufig zu einer Verschlechterung der Quantität und Qualität der öffentlichen Versorgung und der Abdeckung sowie zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal führten. Eine weitere häufige Beobachtung sei der Anstieg der Kosten gewesen, die direkt von den Individuen getragen werden müssen, wodurch sich die Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung verschärft hätten und die gesamten Gesundheitsausgaben gestiegen seien. Die befürchteten Folgen von Privatisierung ähneln also denen der Finanzialisierung. Gleichzeitig wird allerdings in beiden Fällen lediglich von Risiken gesprochen, Untersuchungen hätten „häufig" die befürchteten Verschlechterungen belegt. Abschließende Gewissheit besteht also offenbar noch nicht, die Lage scheint nicht eindeutig zu sein, insbesondere was die Gesundheitsmärkte in Europa angeht.

Einen Überblick über die Forschungslage für die Region Europa geben Kruse et al. (2018). Sie haben verschiedene Studien ausgewertet, die sich mit der Leistung öffentlicher und privater Krankenhäuser[19] in Bezug auf Effizienz, Zugang und Qualität der Versorgung in der Europäischen Union (Italien, Deutschland, Großbritannien, Frankreich, Griechenland, Österreich, Spanien und Portugal) beschäftigen. Die Ergebnisse sind gemischt.

Effizienz[20]

Kruse et al. (2018) zitieren verschiedene Studien, nach denen private FP-Krankenhäuser weniger effizient sind als öffentliche Einrichtungen. Andere Untersu-

19 Öffentliche Krankenhäuser können sich entweder in staatlichem Besitz befinden oder vollständig von öffentlichen Einrichtungen betrieben werden. Privates Eigentum kann auftragsorientiert (*not for profit*, NFP) oder renditeorientiert (*for profit*, FP) sein. Der Begriff „private" Krankenhäuser wird in der Untersuchung als Oberbegriff verwendet, wobei nicht zwischen NPF und FP unterschieden wird.

20 Unter Effizienz wird das Ausmaß verstanden, in dem die Ziele im Verhältnis zu den verbrauchten Ressourcen erreicht werden. Dazu gehören sowohl Produktivitätsmaße auf

chungen wiederum stellen keinerlei Unterschiede fest, wieder andere konstatieren eine höhere Effizienz der privaten. Eine eindeutige Überlegenheit der Profitorientierung – wie sie häufig als Legitimation für Privatisierungen angeführt worden ist – ist also nicht festzustellen. Auch die EU-Agentur Eurofound habe in einer Untersuchung 2017 keine „schlüssigen Beweise dafür" gefunden, „welche Art von Krankenhaus effizienter ist" (ebd.: 1). Die übergreifende Botschaft der meisten Studien könnte sein, dass weniger die Eigentumsform einer Klinik, sondern vielmehr das Vergütungssystem von Bedeutung ist.

Zugang zu medizinischen Leistungen

Unter „Zugang" fallen Fragen der Kosten von medizinischen Leistungen, die physische Erreichbarkeit von Krankenhäusern oder Wartezeiten. Die meisten von Kruse et al. ausgewerteten Studien äußerten sich besorgt über die Zugänglichkeit von privaten Krankenhäusern. In vielen Ländern zielten private Anbieter auf höhere sozioökonomische Schichten ab, insbesondere in medizinischen Parallelsystemen wie in Großbritannien und Griechenland. Patient*innen mit hohem Einkommen hätten einen besseren Zugang zu privaten Krankenhäusern und die Wartezeiten im privaten Sektor seien kürzer. Es finden sich einige Belege für den Verdacht, private Krankenhäuser würden profitablere Patient*innen bevorzugen, um ihre Geschäftszahlen zu verbessern.

Qualität der Pflege

Die vorhandenen Belege für die Qualität der Versorgung sind laut Kruse et al. oft zu unterschiedlich, um eine abschließende Aussage über die Eigenarten der verschiedenen Eigentumsformen zu treffen. Zwar arbeiten private FP-Krankenhäuser oftmals mit weniger Personal pro Patient*in, unklar ist aber, ob dies an der Kostensenkung bzw. Gewinnmaximierung liegt oder an einem effizienteren Einsatz des Pflegepersonals. Auch beim Vergleich der Sterblichkeitsraten in privaten und öffentlichen Einrichtungen seien die Ergebnisse uneindeutig. In der Tendenz scheinen die Öffentlichen hier besser abzuschneiden.

Die potenziellen Gefahren der Privatisierung waren insbesondere im Zuge der Corona-Pandemie zu beobachten. Jacob Assa und Cecilia Calderon (2020) haben länderübergreifend die Covid-19-Raten und die Finanzierungsstrukturen des Gesundheitswesens untersucht. Ihr Ergebnis: Ein Anstieg der privaten Ge-

---

der Grundlage von Grenzwertanalysen oder anderen regressionsbasierten Ansätzen und Effizienzkennzahlen (z. B. Beschäftigungsquoten) als auch andere Effizienzergebnisse wie die Verweildauer oder die Reaktionsfähigkeit auf die Nachfrage.

sundheitsausgaben um 10 Prozent ging mit einem Anstieg der Covid-19-Fälle um 4,3 Prozent und der Covid-19-bedingten Sterblichkeit um 4,9 Prozent einher. Gleichzeitig habe eine höhere Krankenhauskapazität (in Betten pro 1.000 Einwohner*innen) die Covid-19-Sterblichkeit signifikant gesenkt. Die Autor*innen mahnen daher zur Vorsicht bei Maßnahmen zur Privatisierung der Gesundheitssysteme, da diese die langfristige Bereitschaft der Länder zur Pandemievorsorge verringern könnten. In die gleiche Richtung ging eine Warnung der UN-Sonderberichterstatter 2020.[21]

Insgesamt, so Kruse et al. (2018), hätten Studien zum Vergleich öffentlicher und privater Krankenhäuser in Europa sehr unterschiedliche Forschungsdesigns und ein breites Spektrum an Indikatoren, viele Ergebnisse bezögen sich auf bestimmte Krankheiten und/oder Indikatoren. All dies macht es problematisch, die Ergebnisse zu extrapolieren oder zu verallgemeinern. Relativ deutlich ist aber, dass der öffentliche Sektor mindestens genauso effizient oder effizienter ist als der private Sektor. Eine Leistungsverbesserung ergebe sich durch die Zunahme der privaten Krankenhausversorgung nicht.

Von daher lassen sich ökonomische Argumente der Überlegenheit des Marktes im Gesundheitswesen zurückweisen. Pauschal lässt sich aber auch nicht belegen, dass die Einführung des Profitmotivs automatisch zu Verschlechterungen bei Angebot, Pflege oder Zugang zu Leistungen führt. Ursache dafür ist, dass der private Krankenhaussektor aus vielen komplexen Ebenen besteht. Zwar reagiert er stärker auf finanzielle Anreize als der öffentliche Sektor. Wie die Reaktion ausfällt, hängt allerdings vom institutionellen Kontext ab. Schließlich ist der Krankenhausmarkt nicht im strengen Sinne privatisiert, sondern staatlich stark reguliert, insbesondere die Vergütungssysteme sind es. Diese staatliche Regulierung wiederum ist ein Reflex darauf, dass auch die privatisierenden Staaten um den Gegensatz zwischen Profit und Versorgung wissen und ihn insoweit anerkennen. Und schließlich sei noch angemerkt, dass öffentliche Einrichtungen zwar nicht unter Renditedruck stehen, allerdings einem permanenten politischen Druck zur Kostensenkung und Effizienzsteigerung ausgesetzt sind, was ihre Versorgungsleistungen beeinträchtigt und ihre Kalkulationsweisen – politisch gewollt – denen der Privaten angeglichen hat. Insofern sind auch öffentliche Krankenhäuser nicht „frei", das zu tun, was für die Patient*innen und Angestellten am besten wäre, sondern müssen die privaten Betreiber imitieren.

---

21 Vgl. https://www.theguardian.com/society/2020/oct/19/covid-19-exposed-catastrophic-impact-privatising-vital-services.

II Private Investoren im europäischen Krankenhaussektor – ausgewählte Beispiele

Im zweiten Teil dieser Arbeit soll ein genauerer Blick auf das Wirken einzelner Investoren und Investorengruppen auf dem europäischen Krankenhausmarkt geworfen werden. Als Erstes wird eine bestimmte Investorengruppe behandelt, die unter besonderem Verdacht steht, ihre Gewinne auf Kosten des sozialen Systems zu maximieren: die Private-Equity-Gesellschaften und ihr Agieren auf dem europäischen Krankenhausmarkt. Ein Überblick über die Studienlage zeigt hier, ähnlich wie bei den Untersuchungen zu den Folgen von Klinikprivatisierungen allgemein, keine eindeutigen Ergebnisse.

Im Anschluss daran werden ausgewählte Klinikkonzerne auf dem europäischen Markt unter die Lupe genommen, hinter denen teilweise ebenfalls Finanzinvestoren stehen. Dazu zählt der deutsche Branchenführer Asklepios, dessen Eigentümer die Broermann Holding ist. 2020 übernahm Asklepios die Rhön-Klinikum AG für eine halbe Milliarde Euro. Zweiter großer Spieler in Deutschland ist Helios, der zum Fresenius-Konzern gehört. Größter Anteilseigner der Fresenius SE wiederum ist die Else Kröner-Fresenius-Stiftung mit einem Aktienanteil von 27 Prozent (Westendarp 2004). Weitere Anteilseigner sind der Harris Associates Investment Trust aus Chicago, der US-Vermögensverwalter BlackRock, die französische Vermögensverwaltung Amundi und der deutsche Versicherer Allianz. Insgesamt kommen heute 42 Prozent aller Fresenius-Aktionäre aus Deutschland, 28 Prozent aus den USA und 9 Prozent aus Großbritannien (ebd.).

Neben den deutschen Branchenführern werden im Folgenden zwei internationale Konzerne betrachtet, die auf dem europäischen Markt eine große Rolle spielen: zum einen Penta Hospitals, zum anderen Ramsay Health Care. Penta Hospitals ist eine Tochter der Investmentgesellschaft Penta Investments, die laut eigenen Angaben 2022 einen Nettogewinn von 483 Millionen Euro erzielt hat und über Vermögenswerte von 14 Milliarden Euro verfügt. Penta ist in zehn europäischen Ländern, dabei überwiegend im Osten aktiv. Ramsay Health Care ist an der Börse notiert ist und beschäftigt nach eigenen Angaben 88.000

Mitarbeiter*innen in acht Ländern. Ein großer Anteilseigner ist der Vermögensverwalter BlackRock.[1]

1 Private Equity

Bei Private-Equity-Unternehmen handelt es sich um Gesellschaften, die Beteiligungskapital einsammeln und dieses „privat" investieren, also Unternehmen erwerben, die meist nicht an der Börse notiert sind. Im Gegensatz zu börsennotierten Investments wird sich hier eine höhere Rendite versprochen, da Markt und Umfeld weniger transparent sind, die Konkurrenz der Investoren ist also beschränkt. Geldgeber von Private-Equity-Unternehmen sind institutionelle Investoren, private Anleger*innen oder Industrieunternehmen. Sie zahlen in einen Private-Equity-Fonds ein und sobald eine bestimmte Kapitalmenge erreicht ist, wird der Fonds geschlossen. Seine Laufzeit beträgt üblicherweise mehrere Jahre. Wenn eine Private-Equity-Firma ein Unternehmen kauft, greift sie dort aktiv in das Management ein, um das Unternehmen zu restrukturieren und profitabel zu machen – oder zumindest in diese Richtung zu bringen. Der Gewinn wird schließlich durch den „Exit" erzielt, also durch den Börsengang des Unternehmens oder den Verkauf an andere Anleger, unter Umständen abermals Private-Equity-Firmen. Kritik ernten Private-Equity-Unternehmen häufig wegen ihrer Strategie, für einen Unternehmenskauf große Mengen an Kredit aufzunehmen und diese Schulden anschließend auf das übernommene Objekt zu übertragen, wodurch es zur Überschuldung kommen kann, was den Kostensenkungsdruck weiter erhöht.

Der Markt für Gesundheit und Krankenhäuser ist der Unternehmensberatung McKinsey zufolge für Private-Equity-Investoren besonders attraktiv. Hier bestehe ein besonderes „Potenzial, Werte zu schaffen. Während sich andere Branchen wie der Einzelhandel oder die Automobilindustrie durch den Wettbewerb verändert haben, ist das Gesundheitswesen aufgrund von Regulierung, lokaler Marktdynamik und hohen bestehenden Margen zurückgeblieben, was den Veränderungsdruck verringert hat." (McKinsey 2017: 2) Eine gängige Geschäftsstrategie von Private-Equity-Unternehmen ist „buy and build": Dabei werden Gesundheitseinrichtungen erworben und mit anderen Einrichtungen gebündelt, um größere zusammenhängende Einheiten zu schaffen. Das fördert

1 Vgl. https://www.marketscreener.com/quote/stock/RAMSAY-HEALTH-CARE-LIMITE-6492228/company/.

einen Konzentrationsprozess im Gesundheitswesen.[2] Nach Borsa et al. (2023: 1) haben insbesondere in den vergangenen zehn Jahren Private-Equity-Firmen zunehmend in Gesundheitseinrichtungen investiert, diese erworben und konsolidiert. Dabei seien allein seit 2021 rund 200 Milliarden US-Dollar eingesetzt worden. In Europa sehr aktive große Private-Equity-Akteure im Bereich Health Care sind Firmen wie die schwedische EQT, die französische Ardian, die CVC Capital Partners in Luxemburg, aber auch Penta.

Laut Rechel et al. (2023) stellen Investitionen von Private-Equity-Fonds in die medizinische Grundversorgung in Europa eine wachsende Herausforderung dar, haben aber bisher nur wenig Beachtung gefunden. Dies sei überraschend, da sie die Gesundheitslandschaft in vielen europäischen Ländern zu verändern beginnen. So hätten globale Investoren in Irland Primärversorgungszentren errichtet, die anschließend vom öffentlichen Gesundheitssystem über 25 Jahre geleast wurden. In Schweden führte eine Reform der Primärversorgung im Jahr 2010 zu einem rasanten Wachstum privater Anbieter, die inzwischen rund 40 Prozent der 1.200 Primärversorgungszentren des Landes betreiben. Etwa ein Drittel der privaten, gewinnorientierten Praxen gehöre internationalen Private-Equity-Firmen. In den Niederlanden sind laut Rechel et al. (2023) kommerzielle Hausarztketten entstanden, von denen einige gewinnorientiert arbeiten und sich im Besitz von Private-Equity-Firmen befinden. Die Analyse der Daten über die Zulassung von Allgemeinmediziner*innen und Allgemeinpraxen deute darauf hin, dass die Zahl der kommerziell betriebenen Praxen im Jahr 2022 zwischen 45 und 230 Praxen lag, bei einer Gesamtzahl von 4.874 registrierten Praxen.

Die Folgen von Private-Equity-Beteiligungen für die Gesundheitseinrichtungen

Warnungen vor den Folgen der Beteiligung von Private-Equity-Firmen sind zahlreich (siehe z. B. Li et al. 2023). Allerdings fehlen laut Rechel et al. (2023) im Allgemeinen Informationen über die langfristigen Auswirkungen von Private-Equity-Investitionen, zum Beispiel auf die Verschuldung des übernommenen Unternehmens, den Zugang zur Versorgung, den Wettbewerb, die langfristigen wirtschaftlichen Aussichten der Anbieter (sowohl derjenigen, die sich im Besitz

2 Dieser Prozess verläuft aber auch unabhängig von Private-Equity-Investoren. „Privatkliniken, Dermatologie, Augenheilkunde, Veterinärmedizin und andere spezialisierte Pflegedienstleister und Dienstleistungsgruppen, die nach wie vor in verschiedenen Märkten fragmentiert sind, werden sich weiter konsolidieren." (Moldt 2024) Vgl. https://www.pwc.com/gx/en/services/deals/trends/health-industries.html#healthcare-services.

wirtschaftlichen Aussichten der Anbieter (sowohl derjenigen, die sich im Besitz von Private-Equity-Investoren befinden, als auch anderer Praxen), den Datenschutz und die Kosten im Gesundheitswesen. Zudem gebe es auch potenzielle Vorteile von Private-Equity-Investitionen wie die Bereitstellung von benötigtem Kapital oder die Verbesserung der Effizienz. Hausarztketten, die von kommerziellen Investoren betrieben werden, könnten Ärzt*innen die Möglichkeit bieten, angestellt zu sein, in Teilzeit zu arbeiten und Teil eines Teams zu sein – wobei sich diese potenziellen Vorteile auch mit anderen Eigentumsformen erzielen ließen.

Borsa et al. (2023) haben eine große Anzahl von Untersuchungen ausgewertet, die sich mit den Folgen von Private-Equity-Beteiligungen an Gesundheitsdienstleistern in acht Ländern beschäftigt haben, wobei sich die meisten davon in den USA befinden. Über alle Ergebnisgrößen hinweg sei die Übernahmen durch Private-Equity-Unternehmen am konsequentesten mit einem Anstieg der Kosten für Patient*innen oder Kostenträger verbunden. Darüber hinaus wird sie mit gemischten bis schädlichen Auswirkungen auf die Qualität in Verbindung gebracht. Bei den Auswirkungen auf die Patientengesundheit gebe es sowohl positive als auch negative Ergebnisse, ebenso wie bei den Kosten für die Betreiber – allerdings sei die Anzahl der Studien zu diesen Ergebnissen zu gering für eine schlüssige Interpretation gewesen. In einigen Fällen werden Private-Equity-Beteiligungen mit einem geringeren Personalbestand an Pflegekräften in Verbindung gebracht. Wie schon bei den Untersuchungen zu den Folgen von Privatisierungen allgemein (siehe Teil I) sind die Ergebnisse auch im Fall Private Equity uneindeutig bis leicht negativ. Wichtig ist allerdings: Privatisierungen von Gesundheitsanbietern erbringen laut den vorliegenden Studien im Durchschnitt keine Steigerung der Effizienz und laut Borsa et al. (2003) können auch keine durchgängig positiven Auswirkungen von Private-Equity-Besitz festgestellt werden – stattdessen steigen häufig die Kosten für Patient*innen und Kostenträger, zudem sind die Auswirkungen auf die Leistungsqualität gemischt bis nachteilig. Allerdings seien aufgrund der häufigen geografischen Konzentration auf die USA die Schlussfolgerungen möglicherweise nicht international verallgemeinerbar (ebd.).

Eine allein auf die USA konzentrierte umfassende Untersuchung von Krankenhausübernahmen durch Private-Equity-Firmen (Gao et al. 2021) kommt zu dem Schluss, dass diese Übernahmen einerseits mit erheblichen Rentabilitätsverbesserungen und Kostensenkungen in den Zielkrankenhäusern einhergingen. Demnach verbesserten von Private-Equity-Unternehmen übernommene Krankenhäuser ihre Betriebsrentabilität in signifikanter Weise. Die Rentabilitätssteigerung halte über das Acht-Jahres-Fenster nach der Übernahme an. Ein Teil dieser Rentabilitätsverbesserung resultiere aus der Senkung der Personalkosten. In den

den Krankenhäusern um 7 Prozent zurückgegangen, langfristig seien es Sicht 10 Prozent. In der Folge sei die Gesamtlohnsumme in Krankenhäusern in den ersten vier Jahren nach der Übernahme durch Private-Equity-Unternehmen um 7 Prozent gesunken und habe am Ende des achten Jahres nach der Übernahme um 11 Prozent unter dem Niveau vor der Übernahme gelegen (ebd.: 3).

Bedeutet dies, dass der Personalabbau auch zu einer Verschlechterung der Pflegeleistungen führt? Nicht unbedingt, so Gao et al. Denn abgebaut würden vor allem Verwaltungsangestellte und weniger das Kernpersonal, das als Krankenpfleger*innen, Apotheker*innen und Ärzt*innen definiert wird. Kurz nach der Übernahme gehe zwar in der Regel der Umfang des Kernpersonals zurück, anschließend nehme er jedoch wieder zu, sodass acht Jahre nach der Übernahme das Kernpersonal wieder seinen Stand von vor der Übernahme erreicht habe. Anders sei es hingegen beim Verwaltungspersonal, dessen Umfang acht Jahre nach der Übernahme um mehr als ein Fünftel gesunken sei. Ähnlich sieht es bei den Lohnsätzen aus: Beim Kernpersonal ergeben sich durch die Übernahme kaum Änderungen, in der Verwaltung jedoch sei langfristig ein Rückgang von rund 7 Prozent festzustellen. Gao et al. (2021) stellen keine Verschlechterungen für die Patient*innen fest. Ihrer Einschätzung nach sind Private-Equity-Firmen in der Lage, die betriebliche Effizienz von Krankenhäusern zu verbessern, ohne die Qualität der Gesundheitsversorgung zu beeinträchtigen. Aufgrund der Besonderheiten des Gesundheitssektors in den USA – zu denen auch die relativ hohen Kosten, insbesondere im Verwaltungsbereich gehören[3] – bleibt jedoch offen, ob diese Ergebnisse auf Europa übertragbar sind.

Deutschland: der Fall der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

In Deutschland hat die Politik die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) vorangetrieben, um die ambulante Versorgung in Deutschland auszubauen und die Ausgaben im Gesundheitswesen zu senken. Es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“: Nur wenn eine Therapie nicht ambulant durchgeführt werden kann, soll eine Behandlung im Krankenhaus oder in einer anderen stationären Einrichtung erfolgen, was in der Regel höher vergütet wird. Seit ihrer Einführung im Jahr 2004 ist die Zahl der MVZ kontinuierlich

3 Auf die Verwaltung entfallen in den USA 8 Prozent der Gesamtausgaben. In den anderen Ländern sind es nur zwischen 1 und 5 Prozent. Vgl. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/91828/Warum-das-US-Gesundheitssystem-so-teuer-ist.

wird. Seit ihrer Einführung im Jahr 2004 ist die Zahl der MVZ kontinuierlich gestiegen. Waren es im ersten Jahr 70, so gab es Ende 2020 bereits über 3.800 (Schöneberg/Vitols 2023: 8). Wie groß ihre Bedeutung für die ambulante Versorgung geworden ist, zeigt sich auch an der Zahl der dort tätigen Ärzt*innen: Ende 2020 waren es über 25.000. Zum Vergleich: In Einzelpraxen waren mehr als 94.000 Ärzt*innen bzw. Psychotherapeut*innen tätig (ebd.: 17).

In Deutschland haben die Private-Equity-Investitionen in MVZ in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Zwar dürfen heute nur noch zugelassene Ärzt*innen, Krankenhäuser und andere anerkannte Träger ein MVZ gründen. Finanzinvestoren umgingen diese Regelung jedoch, indem sie zum Teil über verschachtelte Tochtergesellschaften kleinere Krankenhäuser aufkaufen, um Eigentümer von MVZ zu werden (ebd.). 2020 befanden sich schätzungsweise 750 der insgesamt 3.800 ambulanten Versorgungszentren in den Händen von Private-Equity-Fonds (Rechel et al. 2023: 354). Genaue und belastbare Daten darüber, wie viele MVZ sich im Besitz von Private-Equity-Fonds befinden, existieren jedoch nicht, da es in Deutschland keine gesetzlichen Vorschriften für die Offenlegung dieser Investitions- und Eigentumsstrukturen gibt. Häufig sind die Investoren in Steuerparadiesen ansässig, was die Identifizierung der Eigentumsverhältnisse erschwert. Darüber hinaus können einem Private-Equity-Fonds, der in ein MVZ investiert, ein MVZ, mehrere Dutzend MVZ oder über 100 Gesundheitseinrichtungen (manchmal einschließlich Langzeitpflegeeinrichtungen) gehören, je nachdem, wie gut das Netz ausgebaut ist, was das Verständnis der Eigentumsverhältnisse weiter erschwert (Tille 2023).

Angesichts der insbesondere in Bayern sehr dynamischen Entwicklung von MVZ bzw. MVZ im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften (PEG-MVZ) hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bayerns 2021 das IGES-Institut mit einer tiefergehenden Analyse der Rolle dieser Betriebsform in der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern beauftragt und die Entwicklung der Praxisstrukturen im Einzugsgebiet der KV Bayerns in den Jahren 2018 und 2019 analysiert. Es ist eine der seltenen Untersuchungen zu den Unterschieden zwischen von Ärzt*innen bzw. Investor*innen geführten MVZ. Die Ergebnisse:

– Im Untersuchungszeitraum gewann die Betriebsform MVZ weiter stark an Versorgungsrelevanz. Besonders groß fällt der Versorgungsanteil von MVZ in der Augenheilkunde (28,4 % der Arztgruppenfälle in Q4 2019), im Bereich Orthopädie und (Unfall-)Chirurgie (21,6 %) und bei Internisten des fachärztlichen Versorgungsbereichs (20,2 %) aus. Die Anzahl von Arztpraxisstandorten im Eigentum von Private-Equity-Gesellschaften hat sich im untersuchten Zeitraum um 72 Prozent erhöht.

– Unter sonst gleichen Bedingungen zieht eine Versorgung in MVZ sowie insbesondere bei MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren höhere Honorarumsätze nach sich. Dies stützt laut IGES die These von einer stärkeren Ausrichtung an ökonomischen Motiven. Bei gleicher Patientenstruktur, gleichen Vorerkrankungen und gleichen Behandlungsanlässen fällt das Honorarvolumen von Arzt-gruppenfällen in MVZ fachrichtungsübergreifend um 5,7 Prozent höher aus als in Einzelpraxen. Bei MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren liegt das morbiditätsadjustierte Honorarvolumen je Fall sogar um 10,4 Prozent über dem von Einzelpraxen. Erhöhte Honorarvolumina liegen insbesondere bei Fachinternisten (+10,5 %) sowie in den Fachrichtungen Augenheilkunde (+15,8 %) und Gynäkologie (+16,6 %) vor.
– Zudem stellte das IGES-Intsitut fest, dass die Tätigkeit mehrerer Fachrichtungen „unter einem Dach", wie sie für die Organisationsform des MVZ charakteristisch ist, die Erbringung von Leistungen durch mitversorgende Ärzt*innen fördert. Bei der hausärztlichen Versorgung in MVZ beispielsweise werden rund 19 Prozent mehr Mitversorgungsleistungen abgerechnet als bei der hausärztlichen Versorgung in Einzelpraxen. Mehr als 60 Prozent der zusätzlichen Leistungen entfallen auf mitversorgende Fachärzt*innen, die im selben MVZ tätig sind wie der primär versorgende Hausarzt. Eine vorangegangene IGES-Studie kam für die Zahnmedizin zu ähnlichen Ergebnissen. Als Grund nennen die Autor*innen, dass investorengeführte zahnärztliche Praxisketten vermehrt betriebswirtschaftlich attraktivere Leistungen erbringen, während sie weniger attraktive Leistungen vernachlässigen (vgl. Haaß et al. 2024).

Der Einstieg von Finanzinvestoren wirkt sich nicht nur auf die abgerechneten Leistungen aus, sondern auch auf die Arbeitsbedingungen. Laut Schöneberg/Vitols (2023) ist in den vergangenen Jahren ein zunehmender Konzentrationsprozess zu beobachten: Einzelne MVZ werden aufgekauft und zu Ketten zusammengeschlossen. Treiber dieser Entwicklung seien allerdings nicht nur internationale Finanzinvestoren wie Private-Equity-Gesellschaften, sondern auch private Kliniken und börsennotierte Gesundheitskonzerne. Offizielle Angaben darüber, wie viele Beschäftigte insgesamt in MVZ tätig sind, liegen nicht vor. Es gibt jedoch Erhebungen, die zeigen, dass in einem MVZ im Mittel etwa acht Mediziner*innen und 14 Beschäftigte aus dem nicht ärztlichen medizinischen Bereich arbeiten (Schöneberg/Vitols 2023: 68).

Die Situation der Beschäftigten ist laut Befragungen von Schöneberg/Vitols vielfach angespannt. Bei den Arbeitsbedingungen und der empfundenen Belastung gebe es aber große Unterschiede: Angestellte Ärzt*innen profitierten zum

Teil davon, dass sie im Vergleich zur Freiberuflichkeit weniger mit Bürokratie zu tun hätten, kein unternehmerisches Risiko trügen und ihre Arbeitszeiten flexibler gestalten könnten. Beschäftigte aus dem nicht ärztlichen Bereich klagten dagegen häufiger über eine schlechte Bezahlung. Oft verdienten sie weniger als bei einer vergleichbaren Tätigkeit im Krankenhaus. Nur selten werde nach Tarif bezahlt – selbst wenn das MVZ einem Krankenhaus gehört und dort ein Tarifvertrag gilt. Zudem berichten die Beschäftigten über hohe emotionale und körperliche Belastungen, wachsenden Zeitdruck, Arbeitsverdichtung und eine Zunahme der Arbeit insgesamt. Hinzu kommt, dass sie häufig Überstunden leisten müssen und der Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben trotz Teilzeitarbeit nicht immer erfüllt wird.

Arbeitnehmervertretungen gibt es in den MVZ bislang nur selten. Für die im Rahmen der Studie von Schöneberg/Vitols befragten Vertreter*innen spielen die Themen Arbeitszeit und Dienstplanung, Entgelt, betriebliches Eingliederungsmanagement und Gefährdungsbeurteilungen eine wichtige Rolle. Die Einhaltung der Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte wird überwiegend als „mittelmäßig" beschrieben. Die Interessenvertretungen geben an, häufig keine ausreichenden oder rechtzeitigen Informationen von der Unternehmensleitung zu erhalten. Die betriebliche und überbetriebliche Mitbestimmung wird aus ihrer Sicht dadurch erschwert, dass MVZ zunehmend in größere Konzerne eingebunden sind. Auch wenn die Kommunikation mit der lokalen Geschäftsführung positiv bewertet wird, fehlt es häufig an Einflussmöglichkeiten auf höhere Unternehmensebenen.

Insgesamt bleiben die Folgen des Engagements von Finanzinvestoren im Bereich Gesundheit also ebenso uneindeutig wie unerforscht. Li et al. (2023) und andere warnen zwar vor einer Vielzahl von negativen Wirkungen – darunter der „Renditedruck" auf die Ärzt*innen. Behandlungen mit geringer Rendite „könnten" auf ein Minimum reduziert werden, es bestehe aufgrund der schuldenfinanzierten Übernahme von Krankenhäusern „die Gefahr eines Konkurses", das Geschäftsmodell von Private-Equity-Investoren ziele „nicht zwangsläufig auf dauerhaft nachhaltige Unternehmensstrukturen". Der Renditedruck könne außerdem negative Auswirkungen auf Beschäftigte und Patient*innen haben. Eindeutig belegen lässt sich alles dies aber nicht, trotz anekdotischer Evidenzen. Auf eine Kleine Anfrage der Opposition zu den „Auswirkungen investorengetragener Medizinischer Versorgungszentren auf das Gesundheitssystem in Deutschland" Anfang des Jahres 2023 reagierte die Bundesregierung zurückhaltend. Auf die Frage „Welche Effekte beziehungsweise Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Leistungserbringung durch MVZ sind der Bundesregierung bekannt?" antwortet sie: „Der Bundesregierung liegen keine ausreichenden Erkenntnisse

zur Beantwortung der Frage vor" und: „Das BMG beabsichtigt, einen Vorschlag zur weiteren Regulierung von MVZ zu erarbeiten." (Zit. nach David 2023) Doch bis Ende 2023 ist nichts in dieser Richtung geschehen (vgl. Dölger 2023), obwohl Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im Jahr 2022 angekündigt hatte, er wolle „Investoren mit absoluter Profitgier" vom Einstieg in MVZ abhalten.[4] Dies mag damit zusammenhängen, dass die negativen Wirkungen des Private-Equity-Engagements noch nicht ausreichend belegt sind. Allerdings: Dass sich die Bedingungen im Gesundheitssystem nicht zwangsläufig und nachhaltig durch die Beteiligung von Finanzinvestoren verschlechtern, kann kein Argument für diese Beteiligung sein. Tatsächlich müsste erst der Nutzen von Private-Equity-Investoren belegt werden, um ihre Aktivität im Gesundheitssystem zu rechtfertigen. Doch auch dieser Beleg fehlt.

2 Asklepsios

Im Februar 2021 versuchte der Hamburger Klinikkonzern Asklepios der Pflegerin Romana Knezevic fristlos zu kündigen. Der Grund: Die Mitarbeiterin war mit einem Bericht über den Pflegenotstand, den der Norddeutsche Rundfunk im Dezember 2020 ausgestrahlt hatte, an die Öffentlichkeit gegangen und hatte erklärt, die beschriebenen Missstände seien eine Folge der Privatisierung. In der Asklepios Klinik St. Georg sowie in fünf weiteren Hamburger Krankenhäusern standen zu diesem Zeitpunkt keine Intensivbetten für die Beatmung von Covid-19-Patient*innen zur Verfügung. Knezevic hatte berichtet, dass die Kolleg*innen auf der Intensivstation mit einem Schlüssel von eins zu fünf arbeiten müssten, während ein Schlüssel von maximal eins zu zwei geboten sei. Teilweise müssten sie Aufgaben des Reinigungspersonals übernehmen sowie die anderer Servicebereiche, die kaputtgespart worden seien.

&Z&Fernsehuntauglich ausgedrückt lautet der Vorwurf: Auf der Intensivstation in der Asklepios Klinik St. Georg bekommen kranke, überwiegend alte Menschen ihre Medikamente zu spät, liegen stundenlang in nicht gewechselten Erwachsenenwindeln und sterben oftmals alleine – während Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger aufgrund von Personalmangel Nachttische und das Pflegeequipment säubern müssen. Und all das geschieht im besten Fall aufgrund von Missmanagement, im schlimmsten Fall aufgrund von kalkulierter Kosteneinsparung. (Vugrin 2021)&Z&

4 Zit. nach https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/146101/SPD-Politiker-haelt-Ausschluss-von-MVZ-Investoren-fuer-unrealistisch.

Die Pflegerin, Mitglied des Betriebsrates und Sprecherin der Krankenhausbewegung wurde aufgrund des öffentlichen Drucks nicht entlassen. Es hatte Mahnwachen und Unterstützung durch die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) gegeben. Einwohner*innen aus Hamburg-Altona hatten die Protestierenden ermutigt und bei ihren Protesten begleitet. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Krankenhauskonzern bereits seit 2012 jährliche Profite zwischen 100 und 200 Millionen Euro generieren können. Wenige Monate vor der Causa Knezevic hatte Asklepios Aktien des börsennotierten Rhön-Klinikums im Wert von mehr als 512 Millionen Euro gekauft. Das Geschäft mit der Covid-19-Pandemie hatte ebenfalls Geld gebracht, schließlich hatte der Bund bis Februar 2021 bereits neun Milliarden Euro für die Freihaltung von Krankenhausbetten an Kliniken ausgezahlt, wovon auch Asklepios profitieren konnte. Bereits 2016 kam das Nachrichtenmagazin *Der Spiegel* in einem umfangreich recherchierten Artikel zu dem Schluss: „Der Klinikkonzern Asklepios hat sich den Ruf eines gnadenlosen Renditetreibers erarbeitet, der Gewinne auf dem Rücken von Ärzten, Pflegern und Patienten macht."[5]

Wer und was ist Asklepios?

Der Krankenhauskonzern mit dem Namen eines römischen Arztes, dessen medizinische Fähigkeiten ihm durch Ovids Dichtung einen Platz in der antiken Mythologie sicherten, wurde 1984 von dem Wirtschaftsprüfer und Rechtsanwalt Bernard große Broermann[6] und dem Chirurgen Lutz Mario Helmig gegründet und zählt mit rund 170 Gesundheitseinrichtungen zu den größten privaten Klinikbetreibern Deutschlands. Dazu kommt mit MEDILYS eines der größten Kliniklabore Europas. Asklepios hält über die AMR Holding GmbH 93,38 Prozent an der Rhön-Klinikum AG. In Griechenland ist Asklepios mit 30,73 Prozent am Athens Medical Center und somit an sechs klinischen Einrichtungen beteiligt. In China plant der Konzern gemeinsam mit der Tongji-Universität und Siemens eine Universitätsklinik in Shanghai. Zudem ist der Konzern nach eigenen Angaben in Saudi-Arabien tätig. Seit 2011 gehören Asklepios 52,37 Prozent der Klinikgruppe MediClin mit 35 Kliniken, sieben Pflegeeinrichtungen und zehn Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland.

---

5 Vgl. https://www.spiegel.de/politik/ein-krankes-haus-a-ad490db8-0002-0001-0000-000148564812?context=iss.

6 Vgl. https://de.wikipedia.org/wiki/Bernard_gro%C3%9Fe_Broermann.

1994 entstand durch Abspaltung der Helmig-Anteile die Helios-Kliniken GmbH aus der damaligen Asklepios-Gruppe. Inzwischen betreibt Asklepios rund 170 Gesundheitseinrichtungen in 14 Bundesländern, dazu gehören Universitätskliniken, Kliniken der Maximal-, Grund-, Regel und Schwerpunktversorgung, Fachkrankenhäuser, Rehakliniken und Medizinische Versorgungszentren. Im Geschäftsbericht 2022 des Konzerns wird die Konzernstruktur so beschrieben:

> Die Schwerpunkte des Asklepios Konzerns liegen auf dem nichtzyklischen Akutmarkt. Rund 87,2 % des Geschäftsvolumens entfielen auf die Krankenhäuser der Akutversorgung, der verbleibende Anteil in Höhe von 12,8 % auf den Rehabilitationsbereich und die weiteren medizinischen Einrichtungen. Asklepios' Wertschöpfungskette hat sich in den vergangenen Jahren jedoch deutlich verlängert. Neben Angeboten zur Prävention, der ambulanten und stationären Behandlung und der Nachsorge unserer Patient:innen bietet Asklepios onlinebasierte Therapie- und Behandlungsangebote an. [...] Die Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA fungiert als Führungsgesellschaft des Asklepios Konzerns. Bei den operativen Einheiten Asklepios Kliniken, Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, der MediClin AG und der Rhön-Klinikum AG handelt es sich jeweils um vollkonsolidierte Tochtergesellschaften. Die Athens Medical Center SA wird nach der Equity-Methode bilanziert. (Asklepios 2022: 15)

Der Umsatz des Asklepios-Konzerns lag im Geschäftsjahr 2022 bei 5.290 Millionen Euro und somit um 3,4 Prozent über dem des Vorjahres. Rund 87 Prozent der Umsatzerlöse wurden in Krankenhäusern der Akutversorgung generiert. Insgesamt 3.570.976 Patient*innen suchten im Jahr 2022 eine medizinische Einrichtung des Konzerns auf (ebd.: 9).

Deutschland: das Hamburger Beispiel

Es war ein Lehrstück über Privatisierung öffentlichen Eigentums, politischer Unvernunft und Missachtung bürgerschaftlicher Willensbekundung, das die Hansestadt Hamburg mit dem Verkauf des Landesbetriebs Krankenhäuser (LBK) an die Asklepios GmbH vorlegte. Zum Zeitpunkt des Verkaufs gehörten zum Landesbetrieb sieben städtische Krankenhäuser und 20 Dienstleistungstöchter. In einem Volksentscheid, an dem sich 783.000 Menschen beteiligten, hatten die Bürger*innen Hamburgs mit einem Votum von 76,8 Prozent gegen die geplante Privatisierung kommunaler Krankenhäuser gestimmt. Der damalige CDU-Senat, angeführt vom Regierenden Bürgermeister Ole von Beust, ließ sich davon nicht beirren, bekundete, dieses Votum habe keine bindende Wirkung, sei stattdessen nicht mehr als eine Aufforderung, die man auch ignorieren könne. Asklepios-Geschäftsführer Elmar Willebrand erklärte:

> Das Thema Krankenhausversorgung ist viel zu kompliziert für eine emotionale Bauchentscheidung. […] Es gibt einen Grund, warum man sich für eine repräsentative Demokratie entschieden hat: Es sind eben nicht alle Fragen vom sogenannten kleinen Mann auf der Straße in ihrer Tragweite zu überblicken. (Zit. nach Albers 2016: 160)

Im Dezember 2004 machte das Hamburger Verfassungsgericht der Entscheidung des Senats den Weg frei. Ole von Beust hatte bereits Jahre zuvor seinen Willen bekundet, die aus seiner Sicht marktbeherrschende Stellung des Landesbetriebs abzubauen. Als sei mit dem Eigentümerwechsel nicht gleichzeitig verbunden, dass von da an aus der sich mit der Privatisierung nicht ändernden Finanzierung der Krankenhäuser Geld für die Anteilseigner eines Privatunternehmens generiert würden. Zum Jahresanfang 2005 wurden die Kliniken des Hamburger Landeskrankenhausbetriebs an die Asklepios GmbH verkauft. Die Stadt Hamburg übernahm die bis dahin aufgelaufenen Pensionsverpflichtungen. Asklepios bekam 49,9 Prozent der Anteile und die alleinige Unternehmensführung. Weitere 25 Prozent sollten zwei Jahre später an den Konzern gehen.

> Der nominelle Kaufpreis für die angestrebte Mehrheitsbeteiligung lag ohne Immobilien auf dem Papier bei etwa 319 Millionen Euro und sollte in zwei Raten von 200 und 119 Millionen Euro aufgeteilt werden. […] Der Senat hatte im Kaufvertrag eine Klausel akzeptiert, welche dem Konzern im Ergebnis die Rendite sicherte mit der Folge, dass die Stadt Jahr für Jahr Gelder an den Käufer zu überweisen hatte. […] Aus eigener Tasche zahlte Asklepios lediglich 19,2 Millionen Euro. Den Rest der Summe für die erste Zahlungsrate finanzierte man über einen Kredit, den man zugleich dem Landesbetrieb aufbürdete. Der musste zuvor aber erst noch durch unentgeltlich überlassene Erbbaurechte von der Stadt Hamburg für kreditwürdig erklärt werden. (Ebd.: 163)

> Was die Stadtväter als notwendigen und lukrativen Verkauf bewarben, endete in einem finanziellen Debakel. Die 318 Millionen Euro Kaufpreis feierte der Senat als großen Erfolg. Dabei übernahm Hamburg mehr als die Hälfte der LBK-Schulden, also über 300 Millionen Euro. 75 Millionen Euro des Kaufpreises musste Asklepios gar nicht erst überweisen: Sie wären nur fällig gewesen, wenn die Kliniken in den ersten fünf Jahren in Summe gut 408 Millionen Euro operativen Gewinn (Ebita) abgeworfen hätten, ein Ding der Unmöglichkeit. Für den Rest der Summe gab die Stadt Asklepios noch ein Darlehen. Den Großteil des Kaufpreises presste der Konzern seinen neu erworbenen Krankenhäusern ab. Sie beglichen rund 180 Millionen Euro der Rechnung – mit Schulden, die sie selbst abarbeiten mussten. Asklepios zahlte nur 19 Millionen Euro aus vorhandenem Vermögen für Kliniken, die heute rund eine Milliarde Euro Wert sein dürften. (Gnirke et al. 2016)

Ein Jahr später meldete sich der Konzernbetriebsrat der Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH mit „Thesen zur Ökonomisierung des Gesundheits-

wesens“ zu Wort und beschrieb die Folgen der Sanierung privatisierter Kliniken folgendermaßen:

> Personalabbau – mehr oder minder pauschal wird angenommen, dass bis zu einem Drittel der Belegschaft abgebaut werden muss. Auf Prozessqualität wird im Allgemeinen nicht geachtet.
> Tarifflucht – Tarifverträge wie der BAT oder TVöD werden, wo es möglich ist, gekündigt oder statisch gestellt, neue Beschäftigte zu weit unter diesen Tarifen liegenden Bedingungen beschäftigt.
> Belegschaften werden zunehmend zerschlagen, Servicebereiche in tariflose Tochtergesellschaften ausgegliedert oder an Leiharbeitsfirmen vergeben. (Konzernbetriebsrat 2017: 3)

Diese Sanierung werde durch die Allgemeinheit finanziert, hinzu komme, dass private Träger bestehende Verbindlichkeiten bei den abgegebenen öffentlichen Trägern beließen und zudem oftmals Sanierungszuschüsse aushandelten. „Die Finanzierung der Investitionen in das nun private Klinikeigentum obliegt grundsätzlich weiterhin im Rahmen der dualen Finanzierung der öffentlichen Hand und erfolgt aus Steuergeldern der Länder.“ (Ebd.) Die Auswirkungen für die Beschäftigten: Die bereits vorhandene Überbelastung steige, anständige Tarifbedingungen würden verweigert, Arbeitsschutzgesetze würden nicht eingehalten. Auswirkungen für die Gesellschaft: Gesundheitsdienstleistungen würden wie andere Waren verkauft, Klinikbetreiber versuchten, wirtschaftlich rentable Leistungen anzubieten und entsprechende Kundenkreise zu erschließen. Unwirtschaftliche Angebote würden, wenn möglich, eingestellt, auch dann, wenn sie für die Versorgung notwendig seien.

Da die Beschäftigtengruppen in Klinikkonzernen wie Asklepios in immer kleinere Einheiten zerschlagen werden, wird Widerstand gegen diese Kostensenkungspolitik auf dem Rücken der Beschäftigten und Patient*innen immer schwerer. Wie Gesundheits- und Pflegekonzerne gegen gewerkschaftlichen Widerstand vorgehen, beschreibt eine Studie der Rosa-Luxemburg-Stiftung aus dem Jahr 2021 mit dem Titel „Unsere Gesundheit, ihr Profit? Fallstudien zu Union-Busting privater Gesundheits- und Pflegekonzerne und gewerkschaftlicher Gegenwehr“ von Lucie Redler.

Griechenland – ein weiteres Lehrstück

Griechenland ist Mitglied der Europäischen Union und ein Land in Südosteuropa mit rund 10,5 Millionen Einwohner*innen. Ein nationales Gesundheitssystem entstand in Griechenland erst ab 1983, während in anderen europäischen Ländern

bereits in den 1960er-Jahren strukturierte Gesundheitssysteme mit integrierter Versorgung eingerichtet worden waren. Bis 1983 deckten Krankenhäuser in den Städten sowie private Ärzt*innen, in der Regel Hausärzt*innen, den Bedarf an medizinischer Versorgung in Griechenland. Dann entschied man sich für eine dreistufiges, nationales Gesundheitssystem (ESY). Es umfasste allgemeine und spezialisierte Krankenhäuser und besteht aus öffentlichen und privaten Gesundheitsdienstleistern, die in primäre, sekundäre und tertiäre Versorgungsstufen unterteilt sind.

Zur gleichen Zeit entstand ein Bereitschaftssystem für Notfälle. Systeme der zahnärztlichen Versorgung, Prävention und Rehabilitation wurden angekündigt, in den Provinzen sollten Gesundheitszentren die Versorgung übernehmen. Im Zuge einer Psychiatriereform wurden Zentren für psychische Gesundheit gegründet und in Allgemeinkrankenhäusern entsprechende Abteilungen. Entstehen sollten zudem ausreichend Angebote für betreute Wohnformen, allerdings werden noch heute zwischen 50 und 60 Prozent der akuten Fälle in diesem Bereich in Allgemeinkrankenhäusern behandelt. In der Praxis wurde dieser Ausbau der medizinischen Versorgung nicht ausreichend vorangetrieben. So fehlt es an Präventions- und Rehabilitationsprogrammen. Die zahnärztliche Versorgung ist nach wie vor zu großen Teilen eine private Leistung, da die öffentlichen Einrichtungen gesetzlich nur berechtigt sind, bestimmte Behandlungen für Erwachsene, eine Mindestversorgung in akuten Fällen und einige als Prävention ausgewiesene Leistungen für Kinder und Jugendliche zu erbringen.

Finanziert wird das ESY aus dem Staatshaushalt, durch Versicherungsträger und mittels privater Zuzahlungen der Patient*innen. Seit Gründung des ESY ist das System der medizinischen Versorgung unterfinanziert. Es mangelt an Personal und Ausrüstung. Teile des ESY wurden privatisiert und von Beginn an war das System hauptsächlich auf Krankenhäuser und weniger auf die ambulante Versorgung ausgerichtet. Während das staatliche System nie ausreichend ausgebaut und ausfinanziert wurde, wuchs der private Sektor, auch durch die Politik der verschiedenen Regierungen Griechenlands.

In den Anfangsjahren belief sich die Finanzierung auf durchschnittlich 7 Prozent des Haushalts und war somit niedriger als in den meisten OECD-Ländern. Im Zuge der Krise 2010 forderte die sogenannte Troika, den Anteil auf unter 6 Prozent des Bruttoinlandproduktes zu senken (vgl. Kaufmann 2011). 2016 erreichte dieser Wert 5 Prozent und liegt gegenwärtig bei 4,8 Prozent. Verzeichnete Griechenland 2009 noch 15,3 Milliarden Euro öffentliche Gesundheitsausgaben, lagen sie zehn Jahre später bei 8,6 Milliarden Euro (vgl. System of Health Accounts 2019, OECD Health Statistics 2020, IOBE-Datenverarbeitung südliche Länder).

Laut ELSTAT (Agentur für Statistik in Griechenland) arbeiteten 2019 rund 102.000 Menschen in den Krankenhäusern des Landes, davon knapp 81.000 in den Krankenhäusern des NHS (nationales Gesundheitssystem). Während der Pandemie stieg die Zahl der Beschäftigten in den NHS-Krankenhäusern um 9,4 Prozent an.

Bis zum Jahr 2000 hatten auch Nichtversicherte freien Zugang zu allen Leistungen der staatlichen Strukturen. Danach war und ist eine Versicherung erforderlich, teure medizinische Verfahren müssen von Patient*innen bezahlt werden, zum Beispiel die Behandlung auf einer Intensivstation. Bereits im Jahr 2011 wurden infolge eines Ministerialbeschlusses alle Griech*innen ohne Versicherung von den staatlichen Strukturen medizinischer Versorgung ausgeschlossen. Das betraf auch die Verschreibung von Medikamenten. Menschen ohne Arbeit und somit ohne Versicherung sowie alle Menschen, die über keine Aufenthaltspapiere verfügten, wurde von einem Tag auf den anderen der Zugang zu diesem Bereich der notwendigen Daseinsfürsorge verwehrt. Bereits ein Jahr zuvor hatte Griechenland auf Druck des Internationalen Währungsfonds und anderer EU-Institutionen das erste „Memorandum of Understanding" unterzeichnen müssen. Es begann eine lange Zeit umfangreicher Sparmaßnahmen, einhergehend mit Lohn- und Rentenkürzungen und einem starken Anstieg der Arbeitslosigkeit. In der Folge hatten mehr als drei Millionen Menschen in Griechenland keinen Zugang mehr zu den staatlichen Strukturen medizinischer Versorgung. Seit 2016 wurde dies für Menschen mit Sozialversicherungsnummer (AMKA) wieder möglich. Allerdings war dieser Zugang schon immer beeinträchtigt, da der ESY von Beginn an personell unterbesetzt war und die Wartezeiten lang waren. In den Jahren der Corona-Pandemie verschlechterte sich diese Situation noch mehr, es wurde für die meisten Menschen fast unmöglich, in Krankenhäusern behandelt zu werden.

Bereits fünf Jahre nach der Gründung des ESY begannen die Versuche, das Gesundheitssystem bzw. Teile davon zu privatisieren. Krankenhäuser führten privat zu bezahlende Abendsprechstunden ein und beauftragten private Unternehmen mit Reinigung, Sicherheit, Verpflegung und Terminvergabe. Manches davon scheiterte an Mobilisierung und Gegenwehr sowie an der stümperhaften Umsetzung durch Private. Gleichzeitig aber führte das ESY privatwirtschaftliche Kriterien zur Effizienzsteigerung ein, wurden öffentliche Krankenhäuser geschlossen (17 in den Jahren 2011 bis 2014), Kliniken zusammengelegt und die Zahl der Betten reduziert. Immer mehr medizinische Leistungen und Medikamente mussten aus eigener Tasche bezahlt werden. Ende 2023 wurde dem griechischen Parlament ein Gesetz vorgelegt, das unter anderem eine Ausweitung von Public-private-Partnerships, noch mehr Abendpraxen in den Krankenhäu-

sern mit Beteiligung von Versicherungsgesellschaften und die Zahlung von rund 30 Prozent der Behandlungskosten durch die Patient*innen vorsah.

Asklepios in Griechenland

Im Jahr 1984 – dem Gründungsjahr der Asklepios-Kliniken – wurde in Athen das Iatriko Medical Center von Georgios Apostolopoulos eröffnet.[7] Apostolopoulos war, um den Nachlass seines Vaters zu erhalten, gezwungen zu arbeiten. Er betrieb gemeinsam mit seinem Bruder eine Anwaltskanzlei. Ein Streit zwischen zwei griechischen Geschäftsleuten, der sich um eine Klinik drehte, verhalf Apostolopoulos zu Bekanntheit in der Medizinbranche. Zuvor war Apostolopoulos Personaldirektor des medizinischen Zentrums YGEIA (das in den frühen 1970er-Jahren gegründet worden war) und später dessen Generaldirektor. In den insgesamt zehn Jahren, in denen er für YGEIA tätig war, hat er Kontakte geknüpft, sein Netzwerk auf- und ausgebaut und sich auch dadurch einen Namen auf dem Markt gemacht. Die Gründung des medizinischen Zentrums in Athen begann mit der Einrichtung und dem Betrieb eines Krankenhauses mit zunächst 187 Betten.

Ende der 1980er-Jahre richtete der viel gepriesene Unternehmer im größten staatlichen Krankenhaus Moskaus und zum ersten Mal in der Geschichte der UdSSR eine private Krankenpflegestation und einen medizinischen Notdienst ein. 1990 wurde das Palaio Faliro Medical Center gegründet[8] und an der Athener Börse notiert. Achtzehn Jahre später leitete Apostolopoulos in Griechenland eine Unternehmensgruppe von acht Privatkliniken mit einer Kapazität von 1.200 Betten, drei Diagnosezentren in Rumänien und eine Privatklinik in Moskau. Im Jahr 2008 erwirtschaftete er einen Umsatz von insgesamt rund 300 Millionen Euro und beschäftigte 2.800 Menschen. Apostolopoulos ist also ein erfolgreicher Mann und somit interessant für Konzerne wie Asklepios.

Ein Jahr zuvor, 2007, hatte Apostolopoulos die Asklepios Kliniken GmbH zum Partner des Iatriko Medical Center gemacht. In mehreren Schritten erwarb Asklepios für rund 130 Millionen Euro insgesamt Anteile von 30,7 Prozent an dem medizinischen Zentrum (8,3 % im Oktober 2006,[9] 14,7 % Anfang 2007, 30,7 % im Sommer 2007[10]). Die Familie Apostolopoulos – Georgios Apostolopoulos und seine beiden Kinder Vasilis und Christos – hält 33,34 Prozent. Das

7 Vgl. https://athensmedicalgroup.com/about-us/.

8 Vgl. https://www.asklepieiahealth.com/content/paleo-faliro-clinic.

9 Vgl. https://www.tanea.gr/2006/10/20/economy/o-germanikos-asklepios-mazi-me-to-iatriko-gia-koines-ependyseis/.

10 Vgl. https://www.capital.gr/epixeiriseis/452532/to-ugeia-gennise-to-iatriko-kentro/.

medizinische Zentrum wird von einem fünfköpfigen Verwaltungsrat geleitet, dem die drei Familienmitglieder und zwei Vertreter von Asklepios angehören.[11] Der harte Wettbewerb in diesem Sektor hatte Apostolopoulos dazu veranlasst, einen starken Verbündeten in die Gruppe aufzunehmen, um in Griechenland und im Ausland wachsen zu können. Der griechische Gesundheitssektor gilt als lukrativ, da in den 2000er-Jahren die Schwächen des öffentlichen Sektors ausgenutzt wurden und viel Geld in ehrgeizige Projekte investiert wurde. In einem Gespräch mit der Wochenzeitung *To Vima*[12] im November 2008 erklärt Apostolopoulos seine Beweggründe für die Zusammenarbeit mit Asklepios wie folgt:

> Der Marktführer im Bereich der privaten Gesundheitsfürsorge in Europa kooperiert mit dem Branchenführer in Griechenland. Die Familie verlässt das Unternehmen nicht, sondern das Gegenteil ist der Fall. Mit dem Know-how und dem Kapital der deutschen Partner werden wir die Gruppe in Griechenland und im Ausland stärken und indirekt verhindern, dass andere ausländische Gruppen in unser Land kommen. In der ersten Phase wird es eine Ausbildung des Pflegepersonals und einen Austausch von Ärzten geben, um den Patienten einen besseren Service bieten zu können.

In den ersten Jahren lag Apostolopoulos' Schwerpunkt auf der Primärversorgung und insbesondere auf dem weiteren Ausbau des Netzes der Diagnosezentren. Ein zweites Ziel, das mit der Priorität des Ausbaus der diagnostischen Dienstleistungen zusammenhängt, bestand darin, den Anteil der ambulanten Einnahmen auf 16 Prozent des gesamten Einnahmenportfolios zu erhöhen. Der Plan für Griechenland und andere Länder setzt auf Expansion in neue Geschäftsbereiche in Südosteuropa sowie auf die Stärkung der Präsenz in der medizinischen Grundversorgung (diagnostische und präventive Dienstleistungen). Im November 2008 gab Apostolopoulos auch einen Ausblick auf den neuen Geschäftsplan für das medizinische Zentrum, der in Zusammenarbeit mit Asklepios erstellt wurde:

> Die strategische Partnerschaft wird drei Achsen haben. Die erste Achse betrifft die Entwicklung der beiden in Privatbesitz befindlichen Flächen in Peania und Thessaloniki von 120 bzw. 35 Hektar. Der Bau eines Krankenhauses auf einem der beiden Grundstücke wäre zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll, aber die Einrichtung von Einheiten für die Erbringung spezialisierter Dienstleistungen wie Rehabilitationszentren oder Geburtskliniken ist für uns kein Thema. Die zweite Achse betrifft die Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Sektor im Bereich Public-private-Partnerships. Wir werden uns an der Ausschreibung für das Onkologie- und Kinderkrankenhaus in Thessaloniki beteiligen, obwohl die Ausschreibungsbedin-

11 Vgl. https://www.tovima.gr/2008/11/25/finance/i-iatriki-aytokratoria-megalwnei/.

12 Vgl. https://www.tovima.gr/2008/11/25/finance/ellinogermaniki-symmaxia-sto-iatriko-kentro/.

gungen nicht den Anforderungen eines privaten Investors entsprechen, da kein Management vorgesehen ist. Die Deutschen sind uns im PPP-Bereich weit voraus, da fast alle Krankenhäuser in Deutschland privatisiert sind. Unabhängig davon, welche Ausschreibung Asklepios gewonnen hat, hat es das Krankenhaus ohne die geringste Belastung für die Krankenkassen und die Patienten wieder in die Gewinnzone gebracht. Die dritte Achse schließlich wird die gemeinsame Expansion in der weiteren Balkanregion betreffen, wobei das erste Land Rumänien ist, wo wir als Arztpraxis bereits seit langem präsent sind. Die Expansionsstrategie auf dem Balkan sah bisher die Einrichtung von Diagnosezentren vor. Aufgrund der Größe unserer Partner ändert sich dies nun und es sind Einrichtungen der Sekundärversorgung geplant.[13]

Im Jahr 2011 wurde in der deutschen Presse berichtet, dass die Gewinne von Asklepios aufgrund hoher Abschreibungen in Griechenland einbrachen.[14] Asklepios hielt aber an der Beteiligung fest.[15] In den Jahren 2017/18 machte die Familie Apostolopoulos mit einer möglichen Übernahme des Krankenhauses YGEIA von sich reden.[16] Nach dem Scheitern dieser Übernahme bemühte sie sich um die Übernahme des Krankenhauses Errikos Dynan.[17] Die Geschichte wird sich in den kommenden Jahren fortsetzen – zulasten einer medizinischen Versorgung, die auf Daseinsfürsorge statt auf Gewinne setzt.

3 Fresenius

Am 15. März 2021 gab es in der Helios-Klinik im erzgebirgischen Aue einen Warnstreik. Ver.di-Sekretär Robin Rottloff begründete die Maßnahme so: „Mitten in der Pandemie verweigert der hoch profitable Krankenhauskonzern seinen Beschäftigten eine angemessene Tarifsteigerung." (Zit. nach DGB Sachsen 2021) Stattdessen hatte Helios, ein zum Fresenius-Konzern gehörender Klinikbetreiber, die bereits vereinbarte Zulage für Pflegekräfte gekündigt. Zu dieser Zeit verhandelte ver.di bundesweit für rund 21.000 nicht ärztliche Beschäftigte in 34 Helios-Kliniken über die Neufassung des Konzerntarifvertrags. Nach fünf Monaten ohne Lohnerhöhung hatte Helios eine einprozentige Erhöhung ange-

13 Ebd.

14 Vgl. z. B. https://www.abendblatt.de/wirtschaft/article108094513/Gewinn-beim-Klinikbetreiber-Asklepios-bricht-ein.html.

15 Vgl. https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/MediClin-beschert-Asklepios-Umsatzanstieg-264266.html.

16 Vgl. https://www.athensvoice.gr/epikairotita/politiki-oikonomia/457145/ennoei-aytiti-fora-o-apostolopoylos/.

17 Vgl. https://www.sofokleousin.gr/pyretos-eksagoron-ston-klado-ygeias-protasi-apoiatriko-athinon-g.

boten, für viele sollte die Pflegezulage halbiert werden. Das betraf Beschäftigte in den Bereichen OP, Anästhesie, Ambulanz, Bluttransfusionsdienst, Funktionsdiagnostik und Endoskopie. Für andere wiederum sollte die Zulage erhöht werden. Das ist ein klassisches Vorgehen, um die Beschäftigten gegeneinander auszuspielen. Im Mai 2023 fand das Verhandlungsergebnis, das ver.di für die Mitarbeiter*innen aller Helios-Kliniken in Deutschland in den vorangegangenen Verhandlungen erreicht hatte, eine knappe Zustimmung: 50,9 Prozent der Gewerkschaftsmitglieder stimmten dafür. In zehn Kliniken war die Mehrheit der Belegschaft gegen die Einigung, in 28 dafür.

Helios konnte 2020 einen Gewinn vor Zinsen und Steuern von mehr als 600 Millionen Euro ausweisen, 2021 sah ähnlich gut aus. Der Mutterkonzern Fresenius hatte zum Zeitpunkt des Warnstreiks angekündigt, die Dividendenausschüttung zum 28. Mal in Folge zu erhöhen – Geld für die Aktionär*innen, das die Beschäftigten erwirtschaftet hatten (ebd.).

Der Streit um Arbeitsbedingungen und Entlohnung in deutschen Helios-Kliniken hörte nicht auf. Im Dezember 2022 kämpften Betriebsrat, Gewerkschaft und Beschäftigte der Erfurter Helios-Klinik gegen den Konzern. Es ging da auch um finanzielle Ausgleichszahlungen für Pflegekräfte, um unterbesetzte Stationen und steigende Arbeitsbelastung durch ständige Änderungen der Dienstpläne, wenn Mitarbeiter*innen aus besser besetzten Stationen kurzfristig abgezogen werden, um anderswo Lücken zu füllen. Die Geschäftsführung der Klinik zeigte sich nur bereit, über unzureichende Geldleistungen zu verhandeln, und klammerte das Thema Arbeitsbedingungen aus (vgl. Kehrer 2022). Das Erfurter Klinikum hatte in den drei Jahren zuvor einen jährlichen Nachsteuergewinn von rund 40 Millionen Euro erwirtschaftet und verweigerte trotzdem die geforderten Personalaufstockungen. Die Geschäftsführung der Klinik war an die Vorgaben der Hauptgeschäftsführung gebunden, die dem Konzern Fresenius verpflichtet ist. Und der Konzern trimmte seine Helios-Kliniken auf Wachstum: der Gewinne, nicht des Personals. Die Krankenpflegerin Nicole Abendroth brachte es auf den Punkt: „Es geht nur noch um Profit, es geht nur noch um Geld." (Zit. nach ebd.)

Wer oder was ist Fresenius?

Die Fresenius SE & Co KGaA (kurz: Fresenius) ist ein an der Börse notierter Medizintechnik- und Gesundheitskonzern mit Sitz in Bad Homburg. Er belegt Platz 258 auf der Forbes-Liste der weltweit größten Aktienunternehmen.[18] Im

18 Vgl. www.forbes.com.

Geschäftsbericht des Konzerns für das Jahr 2022 verweist Fresenius auf weltweit rund 300.000 Mitarbeiter*innen. Im Berichtsjahr wurden mehr als 24 Millionen Patient*innen behandelt, eine Milliarde Infusionslösungen produziert, 90 „kostengünstige" IV-Generika auf den Markt gebracht, 52 Millionen Dialysebehandlungen durchgeführt und 42.000 Dialysegeräte hergestellt. Die strategische Ausrichtung beschreibt der Konzern für die kommenden Jahre mit den drei Bereichen (Bio-)Pharma, MedTech und Care Provision (Fresenius 2022).

Bereits 2008 hatte der größte deutsche Gesundheitskonzern eine durch die Finanzkrise ausgelöste Privatisierungswelle bei kommunalen Krankenhäusern erwartet und angekündigt, sich diese Möglichkeit nicht entgehen zu lassen.[19] Der damalige Vorstandschef Ulf Schneider erklärte: „Die gegenwärtige Wirtschaftskrise wird aber dazu führen, dass sich viele Kommunen ab 2010 und 2011 von ihren Kliniken trennen werden."[20] Mittelfristig sollten, so die Ansage, jedes Jahr um die 160 Millionen Euro an Krankenhausumsätzen dazugekauft werden.

Beispielhaft lässt sich die Geschäftspolitik von Fresenius in diesen Jahren an dem Kampf um die Vorherrschaft bei der Rhön AG beschreiben. 2012 gab es den ersten Versuch durch Fresenius/Helios, mithilfe einer einfachen Aktienmehrheit die strategische Führung im Rhön-Konzern zu übernehmen (Weinberg 2020). Anwälte von Asklepios verhinderten dies. 2013 gab Helios bekannt, den Großteil der Rhön-Krankenhäuser aufzukaufen. Am Ende gab es in dem Machtkampf einen Teilsieg für Asklepios. Aber auch Helios ging nicht leer aus (ebd.). Zum 30. Dezember 2022 lag die Marktkapitalisierung von Fresenius bei 14,8 Milliarden Euro, der höchste Aktienkurs wurde im Februar dieses Jahres mit 37,88 Euro erreicht (Fresenius 2022). Viele Jahre waren große Zukäufe das Geschäftsmodell von Fresenius, doch 2023 kündigte sich ein Wechsel dieser Geschäftspraktik an, als der noch recht neue Vorstandsvorsitzende Michael Sen verlauten ließ: „Transaktionen sind keine Strategie. Wachstum wurde auf Kosten der Rendite erzielt." (Zit. nach Telgheder 2023) Der Konzern sollte in seiner Struktur vereinfacht werden und sich künftig operativ auf die beiden Geschäftseinheiten Kabi und Helios konzentrieren. Letzteres vor allem in Deutschland und Spanien. Für das Management gehe es vor allem darum, keine Wachstumsgelegenheit zu verpassen. Zu der Zeit machten bereits Gerüchte die Runde, Helios wolle den französischen Konkurrenten Elsan kaufen (Smolka/Heeg 2022).

---

19 Zit. nach https://www.welt.de/welt_print/article3238132/Fresenius-sieht-Krankenhaeuser-vor-Privatisierungswelle.html.

20 Zit. nach ebd.

Das Management von Fresenius kündigte 2022 an, die laufenden Kosten- und Effizienzprogramme weiter auszubauen. Bis 2025 will das Unternehmen nach eigenen Aussagen so viele Kosten einsparen, dass das Ebit (*Earnings before interest and taxes*) um eine Milliarde Euro steigt. Den größten Teil davon soll der Dialysekonzern Fresenius Medical Care mithilfe eines Sparprogramms erbringen, bei dem auch bis zu 5.000 Stellen abgebaut werden sollen. Fresenius wies zu diesem Zeitpunkt 27,8 Milliarden Euro Finanzschulden auf (Telgheder 2023), eine Folge der vorangegangenen Einkaufspolitik.

Helios hat sich laut Selbstdarstellung „innerhalb eines Vierteljahrhunderts [...] vom kleinen innovativen Klinikträger zum größten privaten Klinikunternehmen in Europa [...] entwickelt" (Helios o. J.). Die Geschichte begann 1994, als der Gefäßchirurg Lutz Helmig die Helios-Kliniken GmbH mit vier Kliniken gründete. Im Jahr 2001 waren es bereits 20 Kliniken. 2005 verkaufte Helmig Helios mit damals 24 Kliniken an Fresenius. Bis 2014 wuchs die „Helios-Familie" um die Wittgensteiner Kliniken-Gruppe, die Klinikgruppe Humaine sowie sechs Akut- und vier Rehakliniken der Damp-Kliniken-Gruppe. 2014 wurden 41 Kliniken der Rhön-Klinikum AG übernommen. Helios besaß damit in Deutschland insgesamt 110 Kliniken. Ab 2015 gingen, wie der Konzern bedauernd feststellen musste, die Privatisierungen in Deutschland aufgrund des aufgeteilten Marktes zurück, weshalb verstärkt nach neuen Wachstumsmöglichkeiten im Ausland gesucht wurde. 2017 übernahm Helios die spanische Klinikgruppe Quirónsalud mit 58 Krankenhäusern und damals rund 4,4 Milliarden Euro Umsatz und wurde damit zum größten Klinikbetreiber Europas.

Die Struktur des Konzerns stellt sich wie folgt dar: Fresenius Medical Care (FMC) ist der größte Unternehmensbereich und erwirtschaftet fast die Hälfte des Umsatzes. FMC ist der weltweit größte Dialyseanbieter und versorgt Patient*innen in knapp 4.000 Kliniken weltweit. Der größte Teil des Umsatzes (rund 70 %) wird in Nordamerika generiert. In den meisten Ländern der Welt ist die Dialyse eine Leistung der öffentlichen Gesundheitsversorgung und für alle betroffenen Patient*innen eine unerlässliche Behandlung. Es handelt sich hier also um einen krisenfesten und stetig wachsenden Markt. Fresenius Kabi bietet pharmazeutische Produkte und medizintechnische Geräte an. Es gibt 20 Produktionsstandorte für pharmazeutische Produkte, die sich auf 14 Länder verteilen. Dazu kommen acht Produktionsstandorte für Medizintechnik und 40 Compounding-Zentren. Helios besteht aus Helios Deutschland und Helios Spanien (Quirónsalud) und ist der größte private Betreiber von Krankenhäusern in Europa. Zwischen 2016 und 2021 stieg der Umsatz der Helios-Kliniken in Deutschland von 5.843 auf 6.733 Millionen Euro (Fresenius 2022: 3).

Fresenius Vamed bietet Dienstleistungen für Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen in den Bereichen Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege an sowie Beratung und Projektentwicklung bis hin zur schlüsselfertigen Errichtung von Gebäuden. Das Unternehmen wurde 1982 in Österreich gegründet. Der größte Anteilseigner von Fresenius ist mit 26 Prozent die gemeinnützige Else Kröner-Fresenius-Stiftung.[21]

Steuerflucht und Steuervermeidung

Über die „ungesunden" Geschäftspraktiken des Fresenius-Konzerns hat das Centre for International Corporate Tax Accountability and Research (CICTAR) gemeinsam mit dem Netzwerk Steuergerechtigkeit und anderen im Jahr 2020 einen Bericht veröffentlicht, der detailliert die globalen Steuervermeidungspraktiken beschreibt (CICTAR et al. 2020). Zu niedrig ausgewiesene Gewinne, ein weltweites System der Gewinnverlagerung in Steueroasen wie Luxemburg, Irland, die Niederlande, Malta, Singapur, Delaware (USA) oder die Kaimaninseln und ein kaum überschaubares globales Netz von Tochtergesellschaften werden aufgrund politisch unzureichender Regelungen auf nationaler und europäischer Ebene zu einem lukrativen Geschäft. Mangelnde Transparenz, laxe Berichtskontrollen und eine fehlende globale Mindestbesteuerung unterstützen die undurchsichtigen Praktiken in diesem Bereich, die Fresenius mit viel Pomp und Papier und vermeintlich detaillierten Darstellungen seiner Geschäftstätigkeit gut zu verstecken weiß.

Gewerkschaftliche Kämpfe

Im Mai 2021 kritisierten Gewerkschafter*innen aus allen Teilen der Welt, namentlich die Fresenius Global Union Alliance, die Arbeitsbedingungen bei Fresenius und seinen internationalen Tochterunternehmen. Der Konzern steht in dem Ruf, grundlegende Arbeitnehmer- und Gewerkschaftsrechte zu verletzen, korrupt zu sein und Steuerflucht zu betreiben. Über 50 Gewerkschaften aus aller Welt sind in der Fresenius Global Union Alliance zusammengeschlossen, darunter auch ver.di für Deutschland. In Deutschland informiert dieses Bündnis mithilfe der Initiative Fresenius Watch über das Gebaren des Konzerns. Ziel der Zusammenarbeit ist ein internationales Rahmenabkommen zur Einhaltung der Arbeitnehmer- und Gewerkschaftsrechte für insgesamt rund 280.000 Beschäftigte in 100 Ländern.

---

21 Vgl. www.fresenius.com/else-kröner-fresenius-foundation.

Im Jahr 2020 hatten der Konzern bzw. seine Mitarbeiter*innen einen Gewinn vor Steuern von insgesamt 4,6 Milliarden Euro erwirtschaftet. Für 2021 war die höchste Dividende aller bisherigen Zeiten angekündigt worden (IndustriALL Global Union 2021). Bei der Zusammenkunft der Fresenius Global Union Alliance 2021 berichteten Gewerkschafter*innen aus Kolumbien, dass in nur zwei Jahren mehr als 1.000 Gewerkschaftsmitglieder und Aktivist*innen sozialer Bewegungen ermordet worden waren. Die Vorsitzende der Gewerkschaft Sintraclínica Medellín und Fresenius-Mitarbeiterin Claudia López Hernández hatten anonyme Morddrohungen erhalten:

> Auch nach wiederholter Aufforderung hat sich Fresenius geweigert, die Morddrohung öffentlich zu verurteilen. Fresenius hat sich nicht geäußert, geschweige denn Maßnahmen ergriffen, um meine Sicherheit zu garantieren, noch die aller Fresenius-Mitarbeitenden, die ihr Recht auf gewerkschaftliche Vereinigungsfreiheit wahrnehmen wollen." (Zit. nach ebd.)

Die brasilianische Gewerkschaft CNTSS informierte über „schlechte Arbeitsbedingungen, fehlende Materialien und Ausrüstung, übermäßig lange Arbeitstage, niedrige Löhne, unbezahlte Überstunden und Missachtung der Tarifverträge in FMC-Kliniken" (ebd.). Auch in Spanien hatten zwei Gewerkschaftsführer der Quirónsalud-Kliniken (Helios) Morddrohungen erhalten. In Deutschland geht es, was das anbelangt, etwas gesitteter zu. Allerdings geben die Zahlen der Helios-Kliniken darüber Auskunft, auf wessen Kosten die Gewinne erwirtschaftet werden. Von 2016 bis 2021 stieg der Umsatz von 5.843 auf 6.733 Milliarden Euro, die Zahl der Patient*innen pro Mitarbeiter*in erhöhte sich von 54,83 auf 72,15. Das heißt, mit immer weniger Personal wurden immer mehr Patient*innen möglichst effektiv aufgenommen, behandelt und wieder entlassen. Die Zahl der Patient*innen stieg im genannten Zeitraum von 3.985.746 auf 5.444.546, was für eine erhebliche Arbeitsverdichtung spricht. Kliniken, die zu wenig Wachstum versprechen, werden abgestoßen – auch das gehört zur Konzernpolitik.

Im April 2022 kündigte Fresenius an, einen Teil des Klinikbetreibers Helios an Private-Equity- und Infrastrukturfonds verkaufen zu wollen. Die Überlegungen seien allerdings noch in einem frühen Stadium, hieß es damals. Medien berichteten, Fresenius verfolge damit das Ziel, weitere Wachstumsmöglichkeiten durch private Investoren zu erschließen. Im August 2022 ließ die Konzernleitung verlauten, der Teilverkauf der Helios-Kliniken sei vorerst auf Eis gelegt. Was bleibt: Krankenhäuser in den Händen großer Konzerne sind in erster Linie dazu da, Profite zu erwirtschaften. Sie werden in der Geschäftspolitik nicht anders behandelt als andere Produktionsstätten.

Im Jahr 2015 kündigte Fresenius an, die größte spanische Krankenhauskette Quirónsalud erwerben zu wollen, und bot dem Gründer Victor Madera 5,76 Milliarden Euro für die Übernahme. Zu diesem Zeitpunkt konnte Quirónsalud bei einem Jahresumsatz von circa 2,5 Milliarden Euro mit einem Betriebsgewinn von rund 480 Millionen Euro rechnen – Geld, das der private Krankenhauskonzern mit dem steuerfinanzierten öffentlichen Gesundheitssystem Spaniens verdiente. Zu Quirónsalud gehört unter anderem die Madrider Klinik Fundacion Jimenez Diaz. Die größten Tageszeitung Spaniens *El Pais* berichtete im September 2023 über die Kostenexplosion für den öffentlichen Haushalt, die diese Privatklinik verursacht hatte.[22] Zwischen 2011 und 2017 stiegen demzufolge die Kosten um 26 Prozent. Damit sei, so die Zeitung, die private Klinik deutlich teurer als doppelt so große öffentliche Kliniken. Nach Angaben des spanischen Rechnungshofes stellte die Klinik der öffentlichen Hand weitaus höhere Kosten in Rechnung, und zwar auf der Grundlage des Vertrags, den der Klinikkonzern und seine vier in Madrid ansässigen Krankenhäusern mit der Kommune Madrid geschlossen hatten.

Im Mai 2023 fand eine erfolgreiche Kampagne der Gewerkschaften Andalusiens (in denen 98 % der Beschäftigten des andalusischen Gesundheitssektors organisiert sind) für eine bessere Finanzierung der öffentlichen Kliniken statt. Dabei ging es auch um die Forderung, die Zahlungen an private Kliniken zu begrenzen und dort für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu sorgen (Saitz 2023). Bereits im Januar 2023 hatte die soziale Bewegung Marea Blanca Großproteste gegen die Privatisierung im Gesundheitswesen und die Mittelkürzungen im öffentlichen Gesundheitssektor organisiert.

An vielen Orten Spaniens betreibt Quirónsalud inzwischen das einzige Krankenhaus. In Barcelona befinden sich 74,36 Prozent aller Krankenhausbetten im Besitz der fünf größten privaten Krankenhausbetreiber, davon entfallen 42,36 Prozent auf Quirónsalud.[23] In einem Beitrag für die Onlinezeitung *infoLibre* kritisierte der einstige Chef der Inneren Medizin des Universitätskrankenhauses Badajoz, Remigio Cordero Torres, im August 2023 die negativen Auswirkungen der Privatisierung im Gesundheitswesen. Damit einher gehe eine immer geringere Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssektors, was zu einer Explosion pri-

22 Vgl. https://elpais.com/espana/madrid/2023-09-26/la-factura-rampante-del-hospital-fundacion-jimenez-diaz-el-coste-para-la-sanidad-publica-madrilena-sube-un-26-en-siete-anos.html.

23 Vgl. https://www.infolibre.es/economia/cartel-sanitario-10-seguros-copan-85-mercado-castillas-hay-provincias-hospital-privado_1_1601482.html.

vater Versicherungsanbieter führe, die eine zahlungskräftige Klientel versorgen. Private Kliniken seien vor allem in den reichsten Kommunen und großen Städten zu finden. In Katalonien, Madrid und Andalusien seien rund 57 Prozent der privaten Kliniken angesiedelt. Gleichzeitig verschlechtere sich die Versorgung der nicht privat Versicherten sowie die technische Ausstattung der kommunalen Krankenhäuser.[24]

Der Mitgründer und Vorsitzende der Geschäftsführung von Quirónsalud, Victor Madera, wurde 1962 im nordspanischen Asturien geboren und hat Sportmedizin studiert. Für manche ist der Mann, der sich nicht allzu oft öffentlich zu Wort meldet, der Inbegriff der Privatisierungspolitik im Gesundheitswesen. Er hat es geschafft, ein Imperium aufzubauen, das zum Zeitpunkt des Fresenius-Angebots aus 43 Krankenhäusern mit rund 6.200 Betten, 39 ambulanten Kliniken und 300 Zentren der betrieblichen Gesundheitsvorsorge bestand. Die Internetzeitung *El Confidencial* bezeichnete Madera einmal als „Gesundheitsminister im Schatten". Maderas Aufstieg begann 1998. Damals übernahm er einige kleine Privatkliniken in Kastilien-La Mancha, in denen im Auftrag und auf Kosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes Patient*innen behandelt wurden, die auf den Wartelisten der öffentlichen Krankenhäuser standen. Das Geschäft lohnte sich und wurde auf fast alle anderen Regionen Spaniens ausgeweitet. Auf der Webseite von Fresenius/Helios liest sich die Geschichte der Übernahme von Quirónsalud wie ein Sieg auf ganzer Linie. Und das war es auch. Victor Madera stimmte in den Jubel ein:

> Ich freue mich, zu einer großartigen Firma wie HELIOS zu kommen, und auf die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Francesco de Meo [zu der Zeit Vorsitzender der Geschäftsführung der Helios-Kliniken Gruppe und Vorstand des Unternehmensbereiches Fresenius/Helios]. Ich bin überzeugt, dass HELIOS und Quirónsalud ideale Partner sind, um das Beste für die Versorgung unserer Patienten in Deutschland und Spanien zu erreichen. (Zit. nach Fresenius 2016)

Madera bekam von Fresenius Aktien im Wert von 400 Millionen Euro, der Konzern erwarb alle Anteile an Quirónsalud und wurde verpflichtet, diese für zwei Jahre zu halten. Für Fresenius war dies ein rundum zufriedenstellender Coup, wie auf der Webseite des Konzerns zu lesen ist:

> Quirónsalud hat in den vergangenen Jahren ein organisches Umsatzwachstum von jährlich über 5 % verzeichnet. Grundlage für diese Entwicklung ist die im Vergleich zum Markt überproportionale Zunahme von Patientenzahlen aufgrund der hohen Versorgungsqualität des Unternehmens in Kombination mit nachhaltig

24 Vgl. https://www.infolibre.es/opinion/plaza-publica/aumento-aseguramiento-privado-espana-camino-desigualdad_129_1570769.html.

kurzen Wartezeiten. Pionierarbeit geleistet hat Quirónsalud bei der Entwicklung von Public-Private-Partnerships („PPPs"). Gegenwärtig betreibt das Unternehmen fünf Kliniken (vier in Madrid und eine weitere in Barcelona), welche Teil der öffentlichen Gesundheitsversorgung sind. Die PPP-Kliniken von Quirónsalud haben einen Versorgungsauftrag für gesetzlich versicherte Patienten des definierten Einzugsgebiets und erhalten für diese eine fixe Kopfpauschale oder eine Vergütung für erbrachte Leistungen. Darüber hinaus haben Krankenhausneubauten und Akquisitionen zum Umsatzanstieg beigetragen. Zukünftig bildet die enge Verzahnung der kürzlich erworbenen Einrichtungen für betriebliches Gesundheitsmanagement mit Quirónsaluds Krankenhäusern eine weitere Wachstumsquelle. Für das Jahr 2016 rechnet Quirónsalud mit einem Umsatz von rund 2,5 Mrd € und einem EBITDA von 460 bis 480 Mio €. 2017 soll der EBITDA auf 520 bis 550 Mio € steigen. Auf Basis der Mitte der 2017er-Spanne entspricht der Kaufpreis etwa dem 10,8-fachen EBITDA. (Ebd.)

Dass dies ermöglicht wurde, hatte eine politischen Vorgeschichte, denn für diese Privatisierung von Teilen des spanischen Gesundheitssystems musste erst eine rechtliche Grundlage geschaffen werden.

Der Vorlauf

Das spanische, stark regionalisierte Gesundheitssystem galt viele Jahre als im internationalen Vergleich gut aufgestellt. Es bot den Versicherten umfangreiche Leistungen und ein gut funktionierendes Netz ambulanter und stationärer Einrichtungen, Zuzahlungen waren eher die Ausnahme. Noch 2022 gaben acht von zehn Einwohner*innen Spaniens (bei einer Gesamtbevölkerung von 47 Millionen Menschen in 17 autonomen Regionen und zwei Exklaven vor Nordafrika) an, sich bei guter Gesundheit zu befinden. Die Lebenserwartung in Spanien liegt bei durchschnittlich 83 Jahren und damit ist das Land im Weltmaßstab weit vorn. Das Gesundheitssystem ist frei zugänglich. Jede Bürgerin und jeder Bürger hat ein garantiertes Recht auf Gesundheitsversorgung, mehr als 99 Prozent der Bevölkerung sind in der öffentlichen Versicherung.

Der öffentliche Gesundheitsdienst entstand in den 1980er-Jahren und ist seit Beginn des neuen Jahrtausends regionalisiert. Die Versorgung wird von den Regionen organisiert und bereitgestellt, der Staat übernimmt die Rolle des Koordinators zwischen den Regionen, den Leistungskatalog und die Arzneimittel. Seit 2009 sind die Regionen finanziell selbstständig. Die medizinische Versorgung wird vorrangig aus Steuermitteln finanziert – aus den Steuern des Staates und Steuern der Regionen. Ein weiterer Teil der Finanzierung erfolgt durch Zuzahlungen. Jede Region verfügt über einen eigenen Gesundheitsdienst. Versicherungen spielen eine eher untergeordnete Rolle, aber wer möchte kann eine zusätzliche

Privatversicherung abschließen, um bei Behandlungen oder Klinikaufenthalten Vorteile in Anspruch zu nehmen oder lange Wartezeiten zu verkürzen. Von dieser Möglichkeit machen rund 20 Prozent der spanischen Bevölkerung Gebrauch.

Gesundheitszentren sind die erste Anlaufstelle für Patient*innen, 2021 gab es davon rund 3.000 im ganzen Land. In diesen Zentren sind häufig verschiedene Fachrichtungen vertreten. Dazu kommen rund 10.000 Arztpraxen und circa 2.000 Ambulanzen. Auch Privatkliniken sind in Spanien an den öffentlichen Gesundheitsdienst angeschlossen. Mit der Finanzkrise von 2010 kam es zu spürbaren Veränderungen. Das Land beschloss Sparmaßnahmen auch im Bereich gesundheitliche Versorgung. Personal und Inventar in den Kliniken schrumpften. Gab es 2010 noch 311 Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner*innen, waren es 2019 nur noch knapp 300 (Deutschland 2019: 791 Betten). Die Gesundheitsausgaben belaufen sich gegenwärtig auf knapp über 9 Prozent des BIP (Deutschland: 11,7 %; vgl. Christophers/Schmitz 2022).

Bis 2012 lässt sich die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitssystems in Spanien als eine Geschichte der sukzessiven Erweiterung sozialer Rechte beschreiben. Denn mit dem Ende der faschistischen Franco-Diktatur und dem Übergang zur Demokratie wurde Gesundheit zu einem Leitwert der spanischen Politik. Kennzeichnend dafür war das seit 1986 steuerfinanzierte Gesundheitssystem. Die sozialistische Regierung unter José Luis Rodríguez Zapatero legte 2011 – zu einem Zeitpunkt, als die globale Krise voll im Gange war – das Gesetz über die öffentliche Gesundheit vor, das vom Parlament verabschiedet wurde. Dieses Gesetz legte die medizinische Versorgung für alle im Staatsgebiet lebenden Menschen fest, demzufolge hatten auch Arbeitsmigrant*innen und Geflüchtete hierauf einen Anspruch (Uetz 2015). Doch 2012 sorgte die konservative Partido Popular (PP) mit einem Dekret (Real Decreto Ley 16/2012) für einen Paradigmenwechsel. Die Leistungen sollten zurückgefahren und in Teilen privatisiert werden. Nur noch spanische Staatsbürger*innen und Migrant*innen mit Arbeitserlaubnis hatten Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem, das System der finanzierten Leistungen wurde „verschlankt", die Zuzahlungen für Medikamente und Heilmittel stiegen teils drastisch. Gleichzeitig wuchs der Markt für die private Krankenversorgung.

Das Movimento 15-M (Bewegung 15. Mai) formierte sich als eine Bewegung, in der sich zahlreiche Initiativen zusammenschlossen, um gegen diese Entwicklung zu protestieren. Ein Höhepunkt war die „weiße Flut" (Marea Blanca) im Jahr 2012. „Zehntausende weißbekittelte Demonstrantinnen und Demonstranten protestierten gegen eine neuerliche Privatisierungswelle im Gesundheitsbereich und konnten zumindest Teilerfolge erzielen, etwa die Rücknahme der Privati-

sierungspläne für sechs öffentlich erbaute Krankenhäuser." (Zit. nach Carvajal 2022) Es entstanden weitere Basisinitiativen wie Yo Sí Sanidad Universal, die sich für das Recht auf Gesundheit und medizinische Versorgung einsetzen. Der Zug in Richtung Privatisierung und Finanzialisierung, vor allem auch im Klinikbereich, war jedoch ins Rollen gekommen. In den Jahren 2022 und 2023 lebte die Bewegung Marea Blanca wieder auf, große Demonstrationen fanden statt, an denen sich linke politische Kräfte (Unidos Podemos, Más Madrid, Izquierda Unida), Studierende und Organisationen von Werktätigen wie die Plataforma por la Sanidad Pública Villa de Vallecas beteiligten (vgl. ebd.). Trotzdem gilt der Befund: Die Karten sind gemischt und gelegt. Was dem öffentlichen Sektor einmal entzogen und privatisiert worden ist, lässt sich nur schwer zurückholen.

4 Penta

Das modernste Krankenhaus der Slowakei wurde im März 2023 in der Hauptstadt Bratislava eröffnet. Das Next Generation Hospital Bory ist der erste Krankenhausneubau seit 30 Jahren und mit 250 Millionen Euro auch die bislang größte private Investition in den slowakischen Gesundheitssektor. Hier sollen nicht nur die ersten Cyberknife-Operationen des Landes möglich sein, sondern hier soll auch sonstige Hightech-Medizin auf dem neuesten Stand der Entwicklung zum Einsatz kommen, wie es auf der Website des Betreibers Penta Hospitals heißt. Radiologie, Strahlentherapie und zahlreiche andere evidenzbasierte medizinische Leistungen werden in sechs interdisziplinären Programmen angeboten: in einem Mutter-Kind-Programm, einem onkologischen Programm, einem neurovaskulären Programm, einem Herz-Kreislauf-Programm, einem Programm für Orthopädie und Traumatologie sowie in einem für Verdauungsstörungen. Alle Programme stehen nicht nur stationären, sondern auch ambulanten Patient*innen offen. Jährlich sollen bis zu 350.000 Menschen ambulant behandelt werden können, zusätzlich zu den 35.000 stationären Patient*innen, die sich dank des flexiblen Managementsystems problemlos auf die 400 vorhandenen Betten verteilen lassen.

Schwieriger könnte es werden, das dafür nötige medizinische Fachpersonal zu finden. Denn Ärzt*innen sowie Pflegepersonal sind in der Slowakei noch knapper als anderswo: Während in der EU im statistischen Durchschnitt 8,5 Pflegekräfte und 4,1 Ärztinnen pro 1.000 Einwohner*innen zur Verfügung stehen, sind es in der Slowakei nur 5,7 bzw. 3,7. Überalterung, schlechte Arbeitsbedingungen und Bezahlung treten hier wie in anderen ost- und mitteleuropäischen Ländern verschärft auf. Das monatliche Mindestgehalt für Assistenzärzt*innen liegt in der

Slowakei derzeit bei 980 Euro und Fachärzt*innen bekommen im Durchschnitt 2.150 Euro. Das ist ungefähr ein Drittel dessen, was in Deutschland gezahlt wird, die Pflegenden verdienen sogar nur die Hälfte.[25] Wer könnte es den begehrten Fachkräften, die in unmittelbaren Nachbarländern bessere Arbeitsbedingungen finden, also verdenken, dass sie abwandern (vgl. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2023).

Diesen Trend möchte das neu eröffnete Next Generation Hospital Bory umkehren: „Wir erwarten, dass Top-Mediziner*innen und Pflegekräfte, die bislang in Ländern wie Deutschland, Österreich und den USA arbeiten, zurückkehren werden, um den slowakischen Patient*innen die bestmögliche Versorgung anzubieten." (Siemens Healthineers 2022) Dieser selbstbewusst formulierte fromme Wunsch steht am Ende einer Presserklärung vom Mai 2022, in der Siemens Healthineers und Penta Hospitals International ansonsten vor allem ihre strategische Partnerschaft verkündeten. Es wurde ein Vertrag mit einem Volumen von rund 30 Millionen Euro und einer Laufzeit von 15 Jahren abgeschlossen, der sicherstellen soll, dass die medizinischen Geräte, insbesondere die digitalen, im Krankenhaus Bory auf dem höchsten Stand sind und auch entsprechend gewartet werden. Darauf komme es für die Kundschaft schließlich an, insbesondere wenn es darum geht, „auf den Kostendruck im Gesundheitswesen zu reagieren und gleichzeitig bessere klinische Ergebnisse zu erzielen" (ebd.). Beides ist in der Slowakei seit Langem ein größeres Problem als in anderen europäischen Ländern.

Nach den jüngsten von der OECD veröffentlichten Zahlen hat das Land auch 2021 weniger Geld für Gesundheit ausgegeben als andere Staaten (7,8 % des BIP gegenüber dem EU-Durchschnitt von 11 %). Außerdem gebe es angesichts einer niedrigen Belegungsrate (66 % im Vergleich zu 73 % im EU-Durchschnitt) noch immer „Luft nach oben", was die Effizienz des Krankenhausmanagements betrifft (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2023a: 10). Zumindest die OECD dürfte also höchst zufrieden sein mit dem von Penta eröffneten Krankenhaus – zumindest theoretisch. Tatsächlich können sich 55 Prozent der Slowak*innen, die in der staatlichen Krankenkasse (VšZP) versichert sind, nicht darauf verlassen, dort behandelt zu werden. Laut Medienberichten kommt es immer wieder vor, dass gesetzlich versicherte Patient*innen, die bestimmte kostenintensive Behandlungen benötigen, von diesem Krankenhaus abgewiesen werden (vgl. Krempaský 2024). Was möglicherweise ein Vorteil für den Rest der Bevölkerung sein könnte, der in eine der beiden privaten Kran-

25 Vgl. http://www.personalia24.sk/blog/im-fokus-medizinische-fachkrafte-aus-der-slowakei.

kenversicherungen einzahlt. Die laut eigenen Angaben mit 1,6 Millionen Versicherten größte Versicherung gehört ebenfalls dem Penta-Konzern, genauso wie die Apothekenkette Dr. Max, außerdem aktuell 14 Krankenhäuser und zwölf ambulante medizinische Einrichtungen in insgesamt 17 Städten. Damit hat es das Unternehmen Penta Hospitals in dem Fünf-Millionen-Einwohner-Staat faktisch in eine Monopolposition geschafft, so die Kritik der Medizinergewerkschaft LOZ. Eine entsprechende Beschwerde, die sie 2015 bei der EU eingelegt hatte, wurde an die nationalen Ermittlungsbehörden zurückverwiesen, mit der Begründung, es handele sich schließlich allenfalls um ein innerstaatliches Monopol. Tatsächlich finden sich auf der Website der slowakischen Monopol-Kontrollkommission bis heute über 30 Anfragen im Zusammenhang mit Penta. In jedem einzelnen Fall wurde das jeweilige Projekt entweder für unbedenklich erklärt oder die Anfrage zurückgezogen. Das Unternehmen verfügt offensichtlich über die nötigen Kontakte und Kenntnisse, um die gesetzlichen Rahmenbedingungen profitabel zu nutzen. Das stellt angesichts der Firmengeschichte wahrscheinlich keine größere Überraschung dar, denn immerhin wurde Penta in der Slowakei gegründet, 1994, also unmittelbar nach der sogenannten Samtenen Revolution.

Wer oder was ist Penta?

Heute hat die in mehr als zehn europäischen Ländern aktive Private-Equity-Gesellschaft Penta Investments Group ihren Hauptsitz in Prag, verfügt aber auch über Büros in Bratislava und Warschau sowie in Limassol auf Zypern. Alle Unternehmen sind als Kapitalgesellschaften mit beschränkter Haftung (Limited, Ltd.) nach britischem Recht verfasst. Im Jahr 2022 hatten sie einen Wert von 14,3 Milliarden Euro, das war ein Zuwachs von knapp drei Millionen Euro gegenüber dem Vorjahr. Zwischen April 2022 und 2023 investierte die Gruppe insgesamt 806 Millionen Euro und erwirtschaftete für ihre Kapitalgeber einen Nettogewinn von 483 Millionen Euro.[26] Wichtigster Investitionssektor ist mittlerweile der Bereich Gesundheit, der laut Eigenangaben ungefähr 30 Prozent des Portfolios ausmacht. Weitere Bereiche sind Finanzdienstleistungen, Immobilien, Einzelhandel und Medien.

Die Erfolgsgeschichte des Investors, der mittlerweile zu den größten in Mitteleuropa zählt, begann 1994 an der Börse in Bratislava mit dem Wertpapierhändler Penta Brokers. Dieser konzentrierte sich vor allem auf „Asset Stripping“,

26 Vgl. http://www.pentainvestments.com/en/press-release/continuing-to-invest-into-long-term-growth-despite-a-3gncmR.aspx.

also den Ankauf, die Zerschlagung und den teilweisen Weiterverkauf kleiner Unternehmen, was so kurz nach dem Zusammenbruch des sozialistischen Wirtschaftssystems eine ebenso verbreitete wie lukrative Geschäftspraxis war. 1996 schloss er sich dann mit dem britischen Regent Fund zusammen und kaufte den zu jener Zeit größten slowakischen Investmentfonds VÚB Kupón auf. Damit waren die nötigen Mittel vorhanden, um sich in den folgenden Jahren an den unterschiedlichsten Private-Equity-Projekten in der Slowakei und Tschechien zu beteiligen: Versicherungen und Raffinerien, Schiff- und Maschinenbau, Aluminium und Energieerzeugung, Abwasser und Sportwetten gehörten zum Portfolio. Schließlich gab es in den postsozialistischen Jahren praktisch keine Branche, in der frisches Geld nicht willkommen gewesen wäre. Damals entwickelte Penta die bis heute weiter verfolgte Strategie, die angekauften Unternehmen nach drei bis fünf Jahre – möglichst mit Gewinn – wieder loszuwerden, um das Geld anderweitig anzulegen. Einzige Ausnahme, so heißt es in einer Selbstdarstellung, bilde das „Engagement im Gesundheitsbereich", wo man eine langfristige Investitionsstrategie von 10 bis 15 Jahren verfolge (Penta Holding Ltd. 2004: 17). Weshalb es als weitsichtig bezeichnet werden kann, dass Penta mit Dôvera und Sideria schon damals zwei slowakische Krankenversicherungen im Portfolio hatte. Beide waren im Zuge der Umwandlung des ehemals komplett staatlichen Krankenversicherungssystems ursprünglich als Betriebs- bzw. Branchenkrankenkassen gegründet und dann nach und nach zu privaten Versicherern umgebaut worden. Bis sie dann am 1. Januar 2007 qua Fusion zur bis heute im Penta-Besitz befindlichen Dôvera Krankenversicherung wurden.[27] Entscheidend dafür sowie für Pentas Geschäftsentwicklung insgesamt war der EU-Beitritt der Slowakei und der Tschechischen Republik am 1. Mai 2004.

2004 als wichtiges Jahr der Umorientierung

Penta konnte seit dem EU-Beitritt europaweit Geld und Unternehmensbeteiligungen einwerben und hat sich entsprechend als Private-Equity-Gesellschaft nach europäischen Standards umstrukturiert (siehe Kapitel II.1). „Die Zeit der schnellen Schnäppchen (die bisher immer willkommen waren) geht zu Ende und eine strategische Planung und Analyse globaler Trends, die das Analyse-Team im Laufe des Jahres vorgenommen hat, weist uns den Weg in Richtung strategischer Investitionen in bestimmten strategischen Sektoren", heißt es in holpriger Investorenprosa im Jahresbericht 2004. Noch werden bestimmte Unterschiede

27 Vgl. https://www.zzz.sk/zariadenie/6720-dovera-zdravotna-poistovna-as.

zum gängigen Private-Equity-Modell erwähnt: keine Geldanlage bei anderen Investoren, keine regelmäßige, periodisch wiederkehrende Öffnung für neues Kapital, möglichst wenig externe Zusatzleistungen sowie aktive Beteiligung am Management der Firmen, an denen Mehrheitsbeteiligungen gehalten werden. Was noch wie die halbherzige Versicherung klingt, dem Wohl der Realwirtschaft und dem postsozialistischen Konsumversprechen verpflichtet zu sein, wird dann aber in einer Presseerklärung vom 8. April 2005 deutlich relativiert. Beraten von KPMG und Boston Consulting Group stellte man sich nun als Standard-Private-Equity-Company auf, trat dem Branchenverband European Private Equity and Venture Capital Association (EVCA) bei und firmierte fortan mit modernem Logo und smarter schwarz-weißer Corporate Identity als Penta Investments a.s. (Akciová společnost, tschechische Form der Aktiengesellschaft). Wie es sich für eine ordentliche private Beteiligungsgesellschaft zu jener Zeit gehörte, investierte sie in die Zerschlagung und den Umbau des produzierenden Gewerbes, Restrukturierung genannt, sowie „strategisch" in den Gesundheitssektor, dessen „Restrukturierung" nach den Maßstäben der europäischen Haushaltsdisziplin in den neuen Beitrittsstaaten gerade erst begonnen hatte. Für diese Vorhaben hatte Penta im Jahr des EU-Beitritts reichlich Geld eingesammelt: 200 Millionen Euro liquide Mittel standen Ende 2004 zur Verfügung, Ende 2003 waren es nur knapp 70 Millionen Euro gewesen. Das Gesamtvermögen (Asset), das 2003 noch bei 281,2 Millionen Euro gelegen hatte, war laut Jahresbericht ebenfalls um zwei Drittel gewachsen.

Der postsozialistische Osten und die Durchsetzung des neoliberalen Gesundheitssystems

In einem 2023 veröffentlichten Beitrag untersuchen Sabina Stan und Roland Erne, welchen indirekten und direkten Einfluss die nach der Finanzkrise von 2008 eingeführte New Economic Governance der EU auf die Gesundheitspolitik der alten und neuen Mitgliedstaaten hatte (Stan/Erne 2023). Zwar hatte die EU-Politik hier auch zuvor schon Einfluss genommen, aber eher indirekt: in den 1990er-Jahren durch Vorgaben, die im Rahmen der wirtschaftlichen und geldpolitischen Integration die öffentlichen Ausgaben begrenzen und die Lohnstückkosten senken sollten. Anfang der 2000er-Jahre zielten die EU-Regelungen dann vorrangig auf die Freizügigkeit der Arbeitenden über Ländergrenzen hinweg – sie erzeugten damit einen erhöhten Druck auf die Löhne und führten zum Abbau von gewerkschaftlich erkämpften Rechten. Nach der Finanzkrise begann die EU-Kommission allerdings mit ihren „Länderspezifischen Empfehlungen" samt

Sanktionierung bei Nichtbefolgung sehr viel direkter Einfluss auf die nationale Politik zu nehmen. Immerhin 5 Prozent dieser Empfehlungen bezogen sich direkt auf das Gesundheitssystem. Dabei wurden die postsozialistischen Besonderheiten in Mittel- und Osteuropa bei der Auswahl der konkreten Maßnahmen sehr wohl berücksichtigt, allerdings dienten sie in allen Fällen der weiteren Kommodifizierung, so das Fazit von Stan und Erne.

In allen mittel- und osteuropäischen Ländern hatte das Ende des Staatsozialismus eine Abkehr von der ehemals zentral organisierten staatlichen Versorgung bedeutet, hin zu dezentralen Strukturen, in denen Privatunternehmen sowohl als Anbieter als auch Finanziers von Gesundheitsleistungen eine zunehmende Rolle spielten. Gleichzeitig war es gerade in diesen Staaten undenkbar, das Krankheitsrisiko so wie in den USA oder vielen anderen Staaten ohne Krankenversicherungspflicht den Bürger*innen weitestgehend selbst zu überlassen. Modelle, die ausschließlich auf private Versicherungen oder Selbstzahler*innen setzten, waren in den mittel- und osteuropäischen Ländern absehbar politisch nicht durchzusetzen. In einem 2021 veröffentlichen Aufsatz zur Krankenversicherungssituation in Mittel- und Osteuropa stellen die Autor*innen fest, dass die Erwartung, ein Versicherungssystem mit marktorientierten Anteilen würde in diesen Ländern eine stabilere Finanzierung und größere Effizienz der Gesundheitsversorgung bewirken, enttäuscht wurde (Tambor et al. 2001). Als Gründe nennen sie: Die Reformen seien von falschen Voraussetzungen ausgegangen und durch institutionelle Versäumnisse wie zu niedrig kalkulierte und schlampig eingezogene Beiträge behindert worden – ganz zu schweigen von der grundsätzlich schwierigen wirtschaftlichen Situation. In der Folge „nahmen die Selbstzahlungen der Patient*innen deutlich zu, die Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung stieg und den Privathaushalten wurden höhere finanzielle Beteiligung an den Krankenversicherungskosten aufgebürdet. Von Patient*innen entrichtete Bestechungsgelder wurden in dieser Übergangsperiode zu einer noch weiter verbreiteten Praxis, als sie es bereits im Kommunismus gewesen war." (Ebd.: 2)

Ausgehend von dieser ernüchternden Bilanz des Scheiterns der ersten marktrabiaten Versuche betrachtet eine Studie die seither erzielten Fortschritte in den drei baltischen Staaten, in Slowenien sowie in den für die Aktivitäten des Penta-Konzerns im Gesundheitsbereich besonders wichtigen Ländern Polen, Slowakei, Tschechien und Ungarn. Die vier letztgenannten Staaten eint, dass noch 2016 mehr als 95 Prozent der Bevölkerung in einer Umfrage angaben, die Verantwortung für die Krankenversorgung liege beim Staat.[28] Solche Zustimmungswerte

28 Vgl. https://search.gesis.org/research_data/ZA6900.

kann keine Regierung ignorieren, ganz unabhängig von ihren sonstigen politischen Zielen. Gleichzeitig war spätestens seit der Finanzkrise von 2008 auch klar, dass ohne massive finanzielle Unterstützung der EU keine Regierung diese Erwartung ihres jeweiligen Wahlvolks würde erfüllen können. Unterstützung, die wiederum im Rahmen der New Economic Governance nur noch bewilligt bekommt, wer die geforderte Haushaltsdisziplin einhält und sich auch sonst um ein investorenfreundliches Klima bemüht. Es hätte keine Unternehmensberater*innen mit vierstelligen Tagessätzen gebraucht, um daraus die Penta-Investitionsstrategie abzuleiten, sich zukünftig besonders auf den Bereich Gesundheit zu konzentrieren und dabei zweigleisig zu fahren: einerseits als Anbieter von Leistungen, die durch Krankenkassengelder und andere öffentliche Gesundheitsausgaben refinanziert und so profitabel werden, andererseits als Anbieter eines parallelen Systems für die erwartbar wachsende Zahl derjenigen, die mit dem staatlich finanzierten Angebot weiterhin unzufrieden sind und sich aus ihren privaten Mitteln eine bessere medizinische Versorgung kaufen können. Für diese Win-win-Strategie eignete sich kein Land besser als die Slowakei, über die es in den Empfehlungen des EU-Rates zum Nationalen Reformprogramm 2014 heißt:

> Die Ausgaben im Gesundheitswesen werden voraussichtlich das Hauptelement der altersbedingten Kostensteigerung sein und 2 % des BIP betragen, womit der erwartete Anstieg der Gesundheitsausgaben der zweithöchste aller EU-Mitgliedstaaten ist. Die Probleme treten vor allem bei der stationären Behandlung und der Erstversorgung zutage. Im Dezember 2013 nahm die Regierung einen Strategischen Rahmen für das Gesundheitswesen 2014-30 zur Verbesserung der Kosteneffizienz an. Die Strategie erfordert nun detaillierte Umsetzungspläne. (Europäische Kommission 2014: 4)

Die slowakische Gesundheitsreform

„Der Markt für Gesundheitsdienstleistungen lässt sich beschreiben als einer, wo die menschliche Sehnsucht nach Unsterblichkeit auf die unerbittliche Finanzwelt trifft." (Pažitný et al. 2005: 67) Mit diesen Worten eines unbekannten Poeten beginnt eine der ersten von vielen Analysen der slowakischen Gesundheitsreformen. Die Autoren des 2005 vom ifo Institut für Wirtschaftsforschung veröffentlichten Artikels sind der damalige Gesundheitsminister und Initiator der Reform im liberal-konservativen Kabinett Mikuláš Dzurinda, sein Berater aus dem gesundheitspolitischen Institut der Universität Bratislava sowie ein gesundheitspolitischer Berater der Weltbank. Das Papier als tendenziös zu bezeichnen, wäre also vermutlich untertrieben. Der darin aus neoliberaler Perspektive analysierte Grundkonflikt bleibt allerdings bis heute kennzeichnend für die nicht abgeschlossenen mühseligen Anstrengungen, der Slowakei eine

Gesundheitsreform zu verpassen, die sowohl die EU als auch die Bürger*innen zufriedenstellt. Einzelheiten lassen sich in unzähligen mehr oder weniger kritischen Veröffentlichungen nachlesen.

Noch 2016 attestierte der Länderreport des OECD-Health-Monitors, dass mit knapp 5,8 Milliarden Euro (7,7 % des BIP) zwar 2,8 Milliarden Euro mehr öffentliches Geld ins System geflossen sei als zehn Jahre zuvor (6,5 % des BIP), die Effizienz und Qualität dessen, was die Patient*innen dafür bekommen, aber weiter zu wünschen übrig lasse (vgl. Smatana et al. 2016). Besonders problematisch sei der Krankenhausbereich, für den seit Mitte der 2000er-Jahre schon drei staatliche Schuldenerlasse nötig gewesen seien und ein weiterer damals unmittelbar bevorstand. Maßgeblich zur Überschuldung beigetragen hätten die wechselnden gesetzlichen Vorgaben zur Abrechnung mit den Krankenkassen: Während die Regierung Dzurinda den Krankenkassen freigestellt habe, Verträge mit bestimmten Kliniken abzuschließen, hätten spätere Regierungen unter Beteiligung der sozialdemokratischen Partei durchgesetzt, dass bestimmte Krankenhäuser von allen Kassen zu akzeptieren seien. Darüber hinaus sei die Frage, ob Kliniken in privater Trägerschaft zugelassen werden sollen und wenn ja, ob sie Profite generieren dürfen, weiterhin umstritten. Bot sich der marode Krankenhaussektor in der Slowakei für einen auf krisenhafte Unternehmen spezialisierten Private-Equity-Investor wie Penta ohnehin an, kam es in dieser politischen Gemengelage darauf an, Kontakte in alle Lager und auf allen Entscheidungsebenen zu pflegen.

Gorillas und Gesellschafter

Penta betrieb das Investorenhandwerk so gründlich, dass gelegentliche Kritik und handfeste Skandale nicht ausbleiben konnten: 2006 hörte der slowakische Geheimdienst ein Treffen von Penta-Gründer und -Vorstand Jaroslav Haščák mit hochrangigen öffentlichen Amtsinhabern ab. Nach der 2011 geleakten 74-seitigen Abschrift des Mitschnitts ging es in der Unterhaltung mehrfach um das Gesundheitssystem des Landes. Doch Penta blieb bei der Behauptung, diese Dokumente seien gefälscht – auch noch als 2019 die originalen Tonaufnahmen der Geheimdienstoperation „Gorilla" veröffentlicht wurden und diese die Authentizität der Protokolle bestätigten. Erst nachdem ein ehemaliger Spionageabwehrchef versucht hatte, die Tonaufzeichnungen für knapp 200.000 Euro an Penta zu verkaufen, kam es zu einer Verhaftung – nämlich des Verkäufers. In der Folge ließen sich die Bestechungs- und Geldwäschevorwürfe gegen Haščák so weit erhärten, dass er im Dezember 2020 in einem visuell spektakulären Polizeieinsatz verhaftet wurde. Die Anklage wurde dann im August 2021 vom Generalstaats-

anwalt angeblich aus Mangel an Beweisen fallengelassen – möglicherweise ein Erfolg der jahrelangen Drehtürpolitik des Unternehmens.

In ihrem Bericht auf der Online-Plattform CorpWatch beschreibt Adriana Homolova (2021), wie Manager des Penta-eigenen Versicherungsunternehmens Dôvera zwischenzeitlich in die zuständige Aufsichtsbehörde wechselten und zwei Personen ins Amt des Gesundheitsministers gelangten, die zuvor bei unterschiedlichen Penta-Unternehmen tätig gewesen waren. Tatsächlich hatte Haščák im Sommer 2022 sogar Erfolg mit einer Klage gegen den slowakischen Staat: Wegen Verletzung seiner Privatsphäre bekam er 10.000 Euro Schadensersatz zugesprochen (gefordert hatte er 66.000 Euro). Im Dezember 2022 wurden Haščák und sieben weitere Personen erneut angeklagt, diesmal wegen organisierter Kriminalität.[29] Doch wie auch immer diese nächste Runde für den angezählten Oligarchen ausgehen wird, die Penta Group hat ihre Geschäfte rechtzeitig abgesichert: Der Gründer Jaroslav Haščák war nach seiner ersten Verhaftung 2020 aus dem Unternehmen ausgeschieden, seine Anteile wurden in den Treuhandfonds T69 überführt, dessen Gewinne an Haščáks Frau und seine minderjährigen Kinder fließen. Jozef Oravkin, ebenfalls Gründungsgesellschafter, verließ Ende 2021 „aus persönlichen Gründen" das Unternehmen. Seine Anteile gingen ebenfalls in einen Fonds über, der auch die Anteile der anderen Gesellschafter Marek Dospiva und Ian Child hält. Dieses für die nach dem britischen Unternehmensrecht verfasste Geschäftsform Limited (Ltd.) mögliche Verfahren der beschränkten Haftung sei laut Pressemitteilung vom 15. Juni 2021 eine geplante langfristige Strategie und „der übliche Weg für Gesellschafter oder Unternehmensgründer der entwickelten Welt, mit ihrem Vermögen umzugehen" – ein Schritt, den auch andere Anteilseigner erwägen.

Krankenhausreform

Mit seiner vorläufig letzten größeren Umstrukturierung hatte sich Penta rechtzeitig in Position gebracht, um von der großen Krankenhausreform zu profitieren, die 2023 nach jahrzehntelangem politischem Streit endlich vom slowakischen Parlament verabschiedet worden war. An diesem Projekt hatten schon diverse politische Karrieren in der Slowakei Schaden genommen, vor allem seitdem Dauer-Ministerpräsident Robert Fico – seit den Wahlen vom 25. Oktober 2023 zum fünften Mal im Amt – von der vermeintlich sozialdemokratischen Partei Smer zunehmend nur noch in Bündnissen mit rechten und populistischen Parteien regieren kann. Unter deren Druck hatte er zuletzt 2019 den Krankenhausre-

29 Vgl. https://spectator.sme.sk/c/23083885/hascak-and-other-people-from-the-gorilla-case-charged-with-serious-crime.html.

formplänen seiner Parteikollegin, Gesundheitsministerin Andrea Kalavská, die Zustimmung verweigert, woraufhin diese zurücktrat. Während der Covid-19-Pandemie ruhte das Vorhaben, auf das die EU-Kommission dann aber im Rahmen ihres 2021 aufgelegten Recovery and Resilience Plan (RRP), aus dem die Slowakei immerhin knapp 400 Millionen Euro erhielt,[30] umso strenger beharrte.

Zwar flossen die für das Gesundheitssystem vorgesehenen EU-Mittel nicht in den Krankenhaussektor, sondern in die Eröffnung von 124 neuen medizinischen Versorgungszentren in unterversorgten Regionen – ein Bereich, in dem Penta über die ProCare a.s. durchaus auch aktiv ist. Vor allem aber beschloss die slowakische Regierung 2021 eben auch, insgesamt 930 Millionen Euro in den Bau neuer Krankenhäuser zu investieren. Parallel wurde dieser Sektor EU-gemäß umstrukturiert. Künftig muss sich jede Klinik entsprechend ihrer Größe und Ausstattung einer von fünf Kategorien zuordnen lassen: kommunal, regional, national, Spezialklinik oder Hospiz. Die Einstufung hat Einfluss darauf, was mit den Versicherungen abgerechnet werden kann, und auch auf die Zuweisung von Zuschüssen aus dem nationalen Recovery and Resilience Plan. Eingeführt wurde auch das hierzulande mittlerweile als gescheitert geltende Fallpauschalensystem. Es handelt sich hier also um Reformen, die erfahrungs- und erwartungsgemäß nicht unbedingt zu einer besseren Versorgung von Patient*innen beitragen. So verschob das Parlament im Dezember 2023 die Behandlung eines Gesetzentwurfs zur verbindlichen Beschränkung von Wartezeiten für geplante Behandlungen, die in der Slowakei oft länger als ein Jahr betragen. Auch im schicken neuen Penta-Krankenhaus am Stadtrand von Bratislava läuft längst nicht alles so, wie es im Hochglanzprospekt versprochen wird: Jenseits von Abrechnungsproblemen mit der gesetzlichen Versicherung kommt es auch in der Entbindungsstation öfter zu Engpässen, die dann von benachbarten öffentlichen Kliniken aufgefangen werden müssen.

All das kann aus Sicht der Investierenden aber egal sein. Hier zählt, dass Penta in einer Position ist, aus jeder Situation das Beste machen zu können. Je nach politischen Vorgaben kann auf unterschiedliche Healthcare-Elemente des Portfolios und auf wechselnde Länder gesetzt werden. Nichts anderes hatte Eduard Matàk, bis vor Kurzem für die Healthcare-Sparte von Penta zuständig, versprochen, als er 2015 in einem Interview sagte: „Da die Gesundheitsversorgung für uns ein strategischer und langfristiger Investitionsbereich ist, wollen wir die wesentlichen Assets besitzen, um unabhängig darüber entscheiden zu können." (Zit. nach Ho-

30 Vgl. https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility/country-pages/slovakias-recovery-and-resilience-plan_en#economic-and-social-resilience.

molova 2021) Eng werde es erst, wenn eines Tages wirklich niemand mehr krank wird – aber dann besitzt Penta ja immer noch Immobilien und Grundstücke in besten Lagen. Für das Gelände rund um das von Penta Real Estates errichtete Next Generation Hospital in Bratislava existieren schon blumig beworbene Pläne für eine Shopping Mall sowie für exklusive Wohnungen und Freizeiteinrichtungen.

5 Ramsay

Selbst am größten privaten Krankenhausbetreiber Europas, Ramsay Health Care, ist die Corona-Pandemie nicht spurlos vorübergegangen. So musste sich der höchstdotierte Manager des Unternehmens in Großbritannien laut Bilanz 2020 mit einem Jahresgehalt von 616.000 britischen Pfund zufriedengeben, während es im Jahr vor der Pandemie noch eine Million Pfund gewesen waren (vgl. Hughes 2020). Schon die Bilanz des Folgejahres wies wieder den gewohnten Betrag aus – obwohl die Pandemie da ja noch keineswegs vorbei war und die 36 Ramsay-Kliniken auf der britischen Insel vor allem jene Eingriffe anbieten, die in dieser Zeit deutlich weniger nachgefragt wurden als sonst: Hüft- und Knieoperationen, plastische Chirurgie und Eingriffe zur Gewichtsreduzierung. Vieles davon wird in Großbritannien durchaus von der staatlichen Krankenversicherung NHS bezahlt, aber häufig von privaten Kliniken durchgeführt. Im ersten Pandemiejahr ging die Zahl derartiger Operationen um 235.000 zurück, die Zahl der Konsultationen von NHS-Patient*innen verringerte sich um 1,3 Millionen.

Dass die Umsätze trotzdem nur geringfügig einbrachen, verdanken Ramsay und 16 weitere private Gesundheitskonzerne dem Kabinett des britischen Premierministers Boris Johnson. Mit dem angeblichen Ziel der Pandemiebekämpfung wurden Steuergelder von insgesamt rund zwei Milliarden Pfund in den privaten Sektor umgelenkt. Dabei, so hat es die Organisation Keep Our NHS Public ausgerechnet, habe der gesamte private Krankenhaussektor zwischen März 2020 und März 2021 durchschnittlich gerade mal 8 bzw. 0,08 Prozent aller Covid-19-Patient*innen pro Tag versorgt, während die von der NHS direkt betriebenen Einrichtungen täglich Zehntausende behandelt haben (vgl. Hayre 2022). Angeblich, so die Erklärung der Regierung, habe der private Sektor 6.500 zusätzliche Betten für andere notwendige Operationen zur Verfügung gestellt und so in den staatlichen Krankenhäusern die Kapazitäten zur Pandemiebekämpfung erhöht. Details der Verträge sind bis heute nicht veröffentlicht, was die NGO The Good Law Project laut einem *Guardia*n-Artikel beklagt (vgl. Davies 2022).

Den Bilanzen von Ramsay Health Care ist allerdings zu entnehmen, dass allein dieser Konzern durch einen ersten Vertrag mit einer Laufzeit von März bis

Dezember 2020 zusätzliche 271,1 Millionen Pfund an Einnahmen generierte, die sich angeblich aus den tatsächlichen Behandlungskosten und zusätzlich geltend gemachten 8,6 Prozent Infrastrukturkosten zusammensetzen. Was davon reale Kosten sind und was Profit, den Ramsay und die anderen privaten Krankenhauskonzerne laut Gesetz gar nicht machen dürfen, bleibt unklar. Denn zum einen sorgen die verschachtelten Holding-Strukturen auch bei Ramsay dafür, dass sich unterschiedliche Töchter ein und desselben Konzerns sich gegenseitig Leistungen in Rechnung stellen, oft zu erstaunlich hohen Preisen. Zum anderen, darauf weist Vivek Kotecha (2020) in einem Blogbeitrag für das Center for Health and the Public Interest (CHPI) hin, gehört fast ein Drittel der britischen Krankenhausimmobilien von Ramsay technisch gar nicht dem Unternehmen selbst, sondern dem Real Estate Investment Trust (REIT) Secure Income, der sie in langfristigen Verträgen mit einer jährlichen inflationsausgleichenden Steigerung von 2,75 Prozent an den Krankenhausbetreiber vermietet. Faktisch bedeute dies, so Kotechas Fazit, dass Gelder, die im Staatshaushalt als „Gesundheitsausgaben" deklariert werden, die finanziellen Risiken von profitorientierten Investoren abfedern und sie vor Verlusten bewahren, die sie auf anderen „Märkten" selbst hätten tragen müssen (ebd.).

In der zweiten Tranche der staatlichen Pandemieverträge (Laufzeit: Januar bis März 2021) kamen dann noch weitere 109 Millionen Pfund Sterling dazu, dieses Mal konnten neben den tatsächlichen Kosten auch Pauschalen für freigehaltene Betten in Rechnung gestellt werden. In dieser Zeit bemühte sich Ramsay um die Übernahme des Konkurrenten Spire Healthcare, des auf dem britischen Gesundheitsmarkt zweitgrößten privaten Anbieters. Einige von dessen großen Anlegern, wie die Fondsgesellschaften Fidelity Investments und Toscafund Asset Management, verlangten nach einem ersten Angebot eine Erhöhung des Kaufangebots auf insgesamt 1,2 Milliarden Pfund. Doch letztlich kam die Übernahme nicht zustande. Stattdessen einigte sich Ramsay im Dezember 2021 mit dem Private-Equity-Konzern BC Partners darauf, dessen Gesundheitssparte Elysium Healthcare zu übernehmen. Es handelte sich hierbei um insgesamt 72 Einrichtungen, neben psychiatrischen Kliniken auch neurologische Spezialkliniken, ambulante Einrichtungen und solche für Kinder. Die im Januar 2022 abgeschlossene Übernahme kostete Ramsay 775 Millionen Pfund – wenig verwunderlich also, dass der Konzern, wie ein Unternehmenssprecher im Mai 2021 gegenüber der Zeitung *The Guardian* versicherte, während der Pandemie keineswegs Profite erwirtschaftet, sondern im Gegenteil Verluste gemacht hat (Davies 2021). Das ist kein Anlass zur Sorge, sondern gehört wie bei den großen Playern anderer Branchen seit Langem zum ganz normalen Geschäftsmodell.

Wer oder was ist Ramsay Health Care?

Anders als viele erfolgreiche Unternehmensgeschichten aus dem profitorientierten privaten Krankenhaussektor beginnt die von Ramsay Health Care nicht mit einem Arzt. Der 1936 in Sydney geborene Paul Joseph Ramsay war ein erfolgreicher Geschäftsmann mit ebenso konservativen Ansichten wie ausgeprägten philanthropischen Neigungen. Maßgeblich inspiriert von seinem Bruder, der dem Jesuitenorden Sankt Ignatius angehörte, gründete Paul J. Ramsay 1964 eine der ersten psychiatrischen Privatkliniken in Sydney. Daraus entwickelte sich in den folgenden 50 Jahren ein weltweit agierender Gesundheitskonzern, dessen Aufsichtsratsvorsitz der Gründer bis zu seinem Tod im Jahr 2014 innehatte. Kurz zuvor schätzte Forbes dessen privates Vermögen auf 3,4 Milliarden US-Dollar,[31] obwohl er die Unternehmensgewinne stets investiert hatte: vorrangig in Immobilien und Fernsehstationen, aber auch in den Fußballverein Sydney FC sowie in Wohltätigkeitsorganisationen, die sich der Unterstützung benachteiligter Jugendlicher und der Suizidprävention widmen – nie, ohne dass sein Familienname genannt wurde.

2006 gründete Paul J. Ramsay eine ebenfalls nach ihm benannte Stiftung, die laut Wikipedia mit einem Gründungsvermögen von drei Milliarden US-Dollar sofort die größte Wohltätigkeitsorganisation Australiens war. Nach seinem Tod, dafür hatte der lebenslang unverheiratete und kinderlose Paul J. Ramsay gesorgt, floss sein gesamtes Vermögen in die Stiftung. Seiner Verfügung, ein signifikanter Teil davon solle der Wiederbelebung von Geistes- und Kulturwissenschaften dienen, kam die Stiftung 2017 durch die Gründung des Paul Ramsay Centers for Western Civilization nach. Während sich der damalige Premierminister und konservative Akademiker*innen vor Freude über die größte private Zuwendung für Bildung seit Jahrzehnten überschlugen, lehnte die Australian National University eine Beteiligung dankend ab. Ein Sprecher der dort Lehrenden äußerte Bedenken, dass einer radikal konservativen Lesart der angeblichen Überlegenheit von westlicher Kultur und Zivilisation Vorschub geleistet werden solle. Selbstverständlich fand sich aber schnell eine andere Universität in Wollongong, südlich von Sydney gelegen, wo Studierende seit 2020 den Bachelorstudiengang Western Civilization belegen können.

Die Mittel dafür werden der Stiftung so schnell nicht ausgehen, denn laut Geschäftsbericht 2023 hielt sie Unternehmensanteile im Wert von 18,79 Prozent des Gesamtkapitals von Ramsay Health Care Australia. Und auch auf den Internetseiten und in den PR-Materialien des Konzerns bleibt der Unternehmensgründer

31 Vgl. https://www.forbes.com/lists/list-directory/#a33d28eb274d.

stets präsent: mit Videos und Fotos, die ihn für den Cast jeder Krankenhaus-Vorabendserie empfehlen würden, sowie der hemdsärmeligen Binsenweisheit „If you look after the people, success will follow" – wobei *people* je nach Zielgruppe der unterschiedlichen Webseiten auch mal durch *patients* ersetzt wird.

Jenseits aller Philanthropie und Patriarchen-Folklore ist die Ramsay Health Care Holding heute ein global agierender Gesundheitskonzern, der sich seit seiner Gründung vor 60 Jahren zielstrebig auf Expansionskurs befindet. In Australien ging das Unternehmen 1997 an die Börse und war 2006 zum größten privaten Krankenhausanbieter geworden. Heute betreibt er dort 74 Kliniken und 102 Apotheken, bietet außerdem häusliche Pflege und ambulante Therapien an und unterhält stationäre Einrichtungen für Suchtkranke und Stärkung der mentalen Gesundheit. Die damals entwickelte Strategie, sich nicht mit teuren Neugründungen aufzuhalten, sondern bereits bestehende Kliniken zu übernehmen, erwies sich auch jenseits von Australien als lukrativ. 2006 kaufte Ramsay für damals 193 Millionen Pfund den Capio-Konzern,[32] damals der viertgrößte private Krankenhausbetreiber in Großbritannien mit 22 Kliniken sowie einigen ambulanten Behandlungszentren. Seitdem firmiert Ramsay Health Care UK als eigenständiges Unternehmen unter dem Dach des australischen Mutterkonzerns. Vier Jahre später orientierte sich Ramsay auch nach Kontinentaleuropa und erwarb 57 Prozent des damals größten Unternehmens in der eher kleinteiligen französischen Privatklinik-Landschaft, Groupe Proclif SAS. Als neuer Mehrheitseigner bestimmte man auch den Namen Ramsay Santé, unter dem dieses Unternehmen seitdem zum zweitgrößten privaten Gesundheitskonzern Kontinentaleuropas expandiert ist. Insgesamt betreibt Ramsay Santé aktuell 465 Einrichtungen in Frankreich, Schweden, Dänemark Norwegen und Italien. In diesen Einrichtungen sind laut Unternehmens-Website insgesamt 38.000 Personen angestellt, weitere 9.300 Fachärzt*innen arbeiten mit ihnen zusammen und zwölf Millionen Patient*innen wurden im Jahresdurchschnitt in irgendeiner Form von Ramsay Santé behandelt. Laut Jahresbericht der Ramsay-Gruppe, die inzwischen eine Mehrheitsbeteiligung von 52 Prozent hält, erwirtschafteten die Beschäftigten dieses Tochterunternehmens im Geschäftsjahr 2023 rund die Hälfte des gesamten Jahresumsatzes von gut 15 Milliarden Australischen Dollar, umgerechnet knapp neun Milliarden Euro. Als Gewinn nach Steuern verblieben den Eignern der australischen Muttergesellschaft damit immerhin noch fast 300 Millionen Australische Dollar (Ramsay 2023).

---

32 Vgl. https://www.pindaraprivate.com.au/-/media/Documents/RHC/Investor/2007/mb26112007919.pdf.

Als weiteres Geschäftsfeld hatte Ramsay 2013 begonnen, durch Joint Ventures mit dem malaysischen Gesundheitskonzern Sime Darby auch den südasiatischen Markt zu erschließen. Im Juni 2023 wurde allerdings angekündigt, diese Beteiligungen an die private Krankenhauskette Columbia Asia Healthcare mit Stammsitz in Malaysia zu verkaufen – zu einem Preis von umgerechnet knapp 1,2 Milliarden Euro. Da der Verkauf aber noch nicht abgeschlossen ist, konnte im Geschäftsjahr 2023 nur eine Dividende von 25 Cent pro Anteil gezahlt werden. Für die 20 im Geschäftsbericht erwähnten Großaktionäre, zu denen unter anderem die Großbanken HSBC, BNP Paribas und JP Morgan zählen, bedeutet das Millionenerträge. Dennoch entschuldigten sich der Aufsichtsratsvorsitzende Michael Siddle und der für das internationale Geschäft verantwortliche CEO Craig McNally für diese „enttäuschende Performance". Sie versprachen für das Finanzjahr 2024, das Kerngeschäft im Krankenhaussektor durch Transformationsprogramme zu stärken sowie in zahlreiche zusätzliche Dienstleistungen zu investieren, die dieses Kerngeschäft stützen. Diese Wachstumsstrategie werde sich im Laufe der Zeit auch in höheren Gewinnmargen niederschlagen. Für die von Fachkräftemangel und knappen öffentlichen Kassen geprägte Zukunft beschwören Siddle und McNally außerdem, wie könnte es anders sein, die Digitalisierung und betonen, dass sie mit ihren Lobbyaktivitäten zum Wohle der Anleger nicht nachlassen werden: „Wir bleiben mit privaten wie öffentlichen Krankenversicherern im Gespräch, um sicherzustellen, dass unsere höheren Kosten durch entsprechende Erstattungen gedeckt sind." (Ebd.: 7) Interessant sind die Strategien, mit denen sich Ramsay für diesen Zweck die jeweiligen politischen und sozialen Gegebenheiten in den unterschiedlichen Staaten Europas zunutze macht und sie zunehmend auch mitprägt.

Kein gallisches Dorf

Um ins private Krankenhaus-Business Frankreichs einzusteigen, war 2010 ein gutes Jahr. Denn zu diesem Zeitpunkt wurde das Gesundheitswesen auf Anweisung des zuständigen Ministeriums endgültig rezentralisiert. Die neu gegründeten regionalen Gesundheitsagenturen (Agences régionales de Santé/ARS) sollten endgültig mit dem aufräumen, was Patient*innen und Krankenhausbeschäftigte zuvor als durchaus funktionierende, kleinteilige Struktur wahrgenommen hatten. Anders als in anderen öffentlichen Zuständigkeitsbereichen wie Post und Nahverkehr waren die Französinnen und Franzosen sowohl mit der gebührenfreien Versorgung als auch mit den Arbeitsbedingungen in den zahlreichen kleinen Kliniken selbst in abgelegenen Regionen so zufrieden, dass es weder zu Streiks noch

zu handgreiflichen Protesten kam (vgl. Simonet 2021). Die Argumente, mit denen anderswo die Privatisierung der Krankenhäuser vorangetrieben worden war – bessere Qualität, kürzere Wartezeiten, geringere Kosten für die Nutzer*innen, modernere Technik –, verfingen in Frankreich also nur bedingt. Insbesondere das seit den 1990er-Jahren in anderen Bereichen der Daseinsfürsorge so beliebte Konzept der Public-private-Partnerships stieß auf Widerstand: sowohl bei Ärzt*innen, die sich traditionell als Freiberufler*innen verstanden und nicht als Geschäftsleute, als auch bei den zuständigen lokalen Behörden. Letztere hatten, so fasst es der Gesundheitsökonom Daniel Simonet zusammen, bei moderaten Kostenersparnissen geringere Kontrollmöglichkeiten, wurden aber von einer kritischen Medienöffentlichkeit häufig als die Verantwortlichen präsentiert, wenn beispielsweise Bau- oder Sanierungskosten aus dem Ruder liefen (ebd.: 2975). Große französische Konzerne wie Veolia und Suez, die mit ihren Tochterunternehmen Générale de Santé oder Clininvest noch in den 1990er-Jahren im privaten Gesundheitssektor aktiv waren, zogen sich aus dem Geschäftsfeld zurück und investierten fürderhin lieber in Wasser und Abfallentsorgung, die weniger im Licht der Öffentlichkeit stehen als der Krankenhaussektor.

Dort war im Zuge der Dezentralisierungspolitik, die Frankreich seit 1982 betrieben hatte, zuvor eine relativ unübersichtliche Gemengelage entstanden. Diverse lokale wie regionale öffentliche Gesundheitsorganisationen, einflussreiche Lokalpolitiker*innen und Geschäftsleute agierten mit- und gegeneinander und hatten dabei die politischen Direktiven der Zentralregierung in Paris weidlich ignoriert. „Teure und ineffiziente Überversorgung", so ließe sich deren Ferndiagnose zusammenfassen (vgl. ebd.: 2973 f.), der sie im Laufe der folgenden drei Jahrzehnte durch die üblichen Praktiken – Bettenabbau, Fallpauschalen sowie die Schließung kleiner Kliniken – beizukommen versuchten. Damit das vor Ort auch tatsächlich umgesetzt wurde, war mehr „vertikale Kontrolle" nötig – erst recht nach der Finanzkrise von 2008, als die im EU-Vergleich besonders hohen Gesundheitsausgaben Frankreichs endgültig nicht mehr mit der verordneten Haushaltsdisziplin zu vereinbaren waren. Die Leiter*innen der zwei Jahre später gegründeten regionalen Gesundheitsagenturen wurden direkt vom Gesundheitsministerium ernannt und hatten ihrerseits das Recht, die Krankenhausdirektor*innen in ihrem Zuständigkeitsbereich zu ernennen. Tatsächlich sind die Gesundheitsausgaben von 11,29 Prozent des BIP im Jahr 2009 auf 11,1 Prozent zehn Jahre später nur sehr unwesentlich zurückgegangen.[33] Der Anteil, der für die Eigenverwaltung des Gesundheitssystems aufgewendet

33 Vgl. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=FR.

wurde, lag allerdings mit 7 Prozent der Gesundheitsausgaben doppelt so hoch wie in anderen OECD-Ländern (Grimaldi 2013).

An diese politische Struktur passte Ramsay sein Einkaufsverhalten an. Mit der Mehrheitsübernahme der Proclif SAS im Jahr 2010 wurden deren neun Akut-Krankenhäuser zu Ramsay-Santé-Häusern umfirmiert. Sie liegen alle in der Region Paris und fallen damit in die alleinige Zuständigkeit der Gesundheitsagentur Île-de-France. Nachdem man sich dort mit den Gegebenheiten auf dem neuen Markt vertraut gemacht und auch weitere einzelne Privatkliniken übernommen hatte, kaufte Ramsay Santé das 178-Betten-Krankenhaus Clinique Convert in Bourg-en-Bresse und war damit jetzt auch in der Region Rhône-Alpes vertreten. 2015 hatte Ramsay Santé dann offenbar genug Kapital und Kontakte für einen Großeinkauf: Mit der freundlichen Übernahme einer Mehrheit der Veolia-Tochter General Santé besaß man mit einem Schlag über 101 Häuser und wurde zum größten privaten Krankenhausbetreiber Frankreichs. Im folgenden Jahr übernahm Ramsay dann in der Region Lille die acht Privatkliniken der Gruppe Hôpital Privé Métropole (HPM) und war damit dort der einzige private Klinikbetreiber.

Landesweit gehören dem Ramsay-Santé-Konzern heute 163 Kliniken. Was die Behandlungen in den lukrativen Fachbereichen Orthopädie, Herzchirurgie, Augenheilkunde und Onkologie angeht, hat er allen anderen privaten Anbietern den Rang abgelaufen, bei Dialyse liegt er sogar vor den staatlichen Krankenhäusern. Insgesamt übernahmen profitorientierte Privatkliniken vor der Covid-Pandemie mindestens die Hälfte aller Operationen in Frankreich – finanziert über das von der staatlichen Krankenversicherung gedeckte Fallpauschalensystem und durch Gelder aus privaten Zusatzversicherungen. Diese werden für Französinnen und Franzosen mit privaten Arbeitgeber*innen über die Lohnnebenkosten finanziert – so wie in Deutschland die gesetzlichen Krankenkassenbeiträge (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2023b). Damit hat der Konzern eine ziemlich stabile Einnahmebasis, aber Patient*innen außerhalb der Ballungsgebiete sind aufgrund der Klinikschließungen in den vergangenen Jahrzehnten mit einer sich immer weiter verschlechternden Versorgung konfrontiert. Dazu muss sich ein so großer Akteur wie Ramsay, der mit dem Motto „Alles zum Wohle der Patienten" wirbt, dann schon auch verhalten. Es traf sich also gut, dass der Konzern inzwischen auch im ambulanten Versorgungssektor aktiv war. 2018 hatte das französische Unternehmen die 260 Einrichtungen der schwedischen Capio-Gruppe übernommen, zu denen neben Krankenhäusern und Spezialkliniken auch zahlreiche ambulante Versorgungszentren gehörten.

Schweden, das ein ähnliches staatliches Krankenversicherungssystem wie Frankreich hat, gibt rund 33 Prozent des staatlichen Gesundheitsbudgets für

die ambulante und nur 23 Prozent für die stationäre Versorgung aus. In diesem Bereich ebenso wie in der Telemedizin war der damalige skandinavische Marktführer Capio bestens aufgestellt. Nach der Übernahme, für die Ramsay Santé laut Jahresbericht 2019 gut 28 Millionen Australische Dollar ausgegeben hatte (Ramsey Health Care 2020), konnte der Konzern „das skandinavische Modell" auch in Frankreich als Lösung für unterversorgte Regionen präsentieren. Das passende Finanzierungskonzept brachten die Manager*innen von Ramsay Santé auch gleich mit: Statt Einzelbehandlungen sollte die staatliche Versicherung Assurance Maladie jährliche Kopfpauschalen bezahlen. In einem 2022 gestarteten Modellversuch hat Ramsay Santé nun in fünf Regionen Nahversorgungszentren (Centres Médicaux de Proximité) eröffnet. Es wurden 15 Arztstellen und ganze 9,5 Stellen für Krankenpfleger*innen geschaffen, doch bereits im ersten Jahr habe man fast 10.000 Patient*innen versorgt, deren Behandlung zu gut zwei Dritteln über diese Kopfpauschalen abgerechnet werden konnten (vgl. Foucaud 2023).

Der Modellversuch wird noch bis 2025 laufen, doch im aktuellen Jahresbericht ist bereits die Rede davon, verstärkt in digitale Kunden-Interfaces, also Gesundheits-Apps, zu investieren, dabei Nachfrage nach neuen Dienstleistungen zu generieren und so auch digitaler Marktführer zu werden. Gleichzeitig kündigt man an, mit der Regierung weiterhin einen „aktiven Dialog" über die Höhe der jährlich festgelegten Erstattung von Behandlungskosten führen zu wollen, da die gegenwärtigen Sätze „die erhöhten Belastungen durch Inflation und Covid-Nachwirkungen nicht ausglichen" (Ramsay 2023:7). Im Frühjahr 2024 war das Verhältnis zwischen dem Verband der privaten Krankenhausbetreiber Frankreichs und den zuständigen Gesundheitsbehörden allerdings so angespannt, dass Ersterer für Juni 2024 mit einem dreitägigen Generalstreik drohte, falls die Kostenerstattungssätze für die privaten nicht im gleichen Maße wie die der staatlichen Krankenhäuser erhöht würden (vgl. Poullennec 2024). Das ist insofern ein gewagter Vorstoß, als private Klinikbetreiber wie Ramsay selbst in den vergangenen Jahren immer wieder bestreikt wurden. Wie überall in Europa sind vor allem Pflegende aber auch junge Ärzt*innen nicht länger bereit, die untragbaren Arbeitsbedingungen hinzunehmen (vgl. Lemonnier 2024). Auch in Großbritannien, wo laut Ramsay Jahresbericht 2023 „Streiks von Assistenzärzt*innen und Pflegenden bislang noch keine großen Auswirkungen auf die Geschäfte hatten, könnten sie sich zukünftig durchaus in zusätzlichem inflationärem Druck auf die Löhne der gesamten Branche niederschlagen" (Ramsay 2023: 38). Möglicherweise liegt hier der Schlüssel zum Widerstand gegen die Finanzialisierung der europäischen Krankenhäuser – auf die Regierungspolitik jedenfalls sollte nicht vertraut werden.

III Zusammenfassung

Immer stärker drängen transnationale Konzerne in die Inwertsetzung von Gesundheit und Pflege, übernehmen nicht nur Krankenhäuser, sondern auch Altenpflegeeinrichtungen oder (Zahn-)Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren im großen Stil. Hinter ihnen stehen häufig große Finanzinvestoren wie Pensionsfonds oder Private-Equity-Gesellschaften. Ihre Geschäfte laufen offensichtlich gut. Es wird erwartet, dass das Engagement transnationaler Konzerne wie auch von Finanzinvestoren im europäischen Gesundheitsbereich in Zukunft weiter wachsen wird. Gleichzeitig nehmen die Klagen über eine unzureichende Versorgung der Patient*innen ebenso zu wie Proteste des medizinischen Personals gegen schlechte Bezahlung, Stress, Zeit- und Personalmangel sowie weitere Kennzeichen der Überausbeutung. Daher liegt es nahe, hier eine Kausalität zwischen der Privatisierung von Gesundheitsleistungen und den beklagten Folgen zu vermuten – schließlich sind Personal und Patient*innen aus der Sicht des Profits bloße Mittel, die es zu optimieren gilt, wobei diese Optimierung keine Schranken kennt, da auch die Kapitalrendite kein inneres Maß hat und nie hoch genug sein kann.

Die vorliegende Studie zeigt an ausgewählten Fällen beispielhaft für Europa, wie dieser Prozess der Inwertsetzung von Krankenhäusern vonstattengeht und welche Folgen er zeitigt. Dabei wurden zum einen vorliegende Studien zum europäischen Krankenhausmarkt ausgewertet, zum anderen wurde das Geschäftsgebaren einzelner in Europa tätiger Krankenhauskonzerne untersucht. Die Ergebnisse sprechen weder eindeutig für eine private Trägerschaft noch eindeutig für eine öffentliche Trägerschaft. Einerseits sind – anders als von den Befürworter*innen eines privaten Gesundheitsmarktes häufig behauptet – prinzipielle Vorteile privater Anbieter gegenüber öffentlichen Einrichtungen nicht zu erkennen. Das große Lob des Marktes ist in der Praxis nicht systematisch zu begründen. Andererseits kommen die ausgewerteten Untersuchungen kaum zu eindeutigen Ergebnissen in der Frage, ob privatisierte oder finanzialisierte Krankenhauslandschaften tatsächlich systematisch zu den vielfach befürchteten Verschlechterungen führen oder nur in durchaus häufigen Einzelfällen. Im Vergleich der verschiedenen Eigentümerstrukturen kommt alles vor: Einmal schneiden Private besser ab als die

Öffentlichen, dann wieder ist es umgekehrt, zuweilen werden keine bedeutenden Unterschiede festgestellt – und dann wieder Unterschiede, bei denen aber unklar ist, ob sie der Eigentümerstruktur geschuldet sind. Diese Uneindeutigkeit kann verschiedene Ursachen haben, unter anderem einen Mangel an empirischem Material: Zu den Auswirkungen der Privatisierung des Krankenhaussektors in Europa liegen erstaunlich wenige übergreifende Untersuchungen vor. Hier sind weitere Studien nötig, die die Folgen der Eigentümerstruktur in verschiedenen Ländern nach möglichst einheitlichen Maßstäben untersuchen und bewerten. Naheliegend ist aber auch die Vermutung, dass die Form der Eigentümerschaft – öffentlich oder privat – ein wichtiger, aber nicht der entscheidende Faktor dafür ist, ob Patient*innen angemessen versorgt werden und ob die Arbeitsbedingungen aus Sicht der Beschäftigten zufriedenstellend sind. Wesentlich scheinen hier das Ausmaß und die Form der Regulation zu sein, also wie viel Freiheit den Krankenhäusern bei ihren Kalkulationen gelassen wird und wie diese Kalkulation durch politische Vorgaben gesteuert werden. Anders gesagt: Ein öffentliches Krankenhaus, das dem Gebot von „Effizienz" und „Wirtschaftlichkeit" unterworfen ist, liefert unter Umständen genauso beklagenswerte Ergebnisse wie ein Haus, das nach den Profitmaßstäben einer Private-Equity-Gesellschaft organisiert ist. Oder, um auf das deutsche Fallpauschalensystem einzugehen: Wenn ein Krankenhaus die Preise seiner Leistungen – anders als andere Unternehmen – nicht selbst festlegen kann, dann beschränkt sich seine Freiheit zur Effizienzsteigerung darauf, möglichst viele Fälle zu behandeln und die Kosten insbesondere für das Personal zu drücken. Hier gibt es keine Unterschiede zwischen privat und öffentlich. Darüber hinaus führt die Einführung von Preisen für Gesundheitsdienstleistungen – im Gegensatz etwa zur schlichten Kostenerstattung – auch dazu, dass Krankenhäuser jedweder Eigentümerstruktur bestimmte lukrative Leistungen eher anbieten, auch wenn sie medizinisch fragwürdig sind.

Es bleibt jedoch festzuhalten, dass bei dieser Form der Effizienzsteigerung – die eigentlich eine Steigerung der Rentabilität ist – privat geführte Krankenhäuser in einer besseren Position und eher in der Lage sind, die „Rosinen" aus dem Kuchen zu picken. Denn sie können leichter auf die nicht rentablen Bereiche verzichten und sich stärker auf die ertragsstarken Leistungen konzentrieren, wohingegen öffentliche Häuser Notfallaufnahmen, Geburts- und Kinderstationen oder andere wenig lukrative Angebote bereitstellen müssen. Zudem werden die privaten Kliniken laut Medienberichten stark über Zielvorgaben gesteuert, die sich an die behandelnden Ärzt*innen richten. Damit besteht die Gefahr, dass eigentlich unnötige Operationen durchgeführt werden, während die weniger attraktiven Fälle an die öffentlichen Einrichtungen abgegeben werden. Das bringt Letztere

wiederum in eine schlechtere Lage in der ohnehin bestehenden Konkurrenz mit den Privaten. Laut Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (2020: 92) ist die „Rosinenpickerei" ein wesentlicher Grund für die „‚Erfolge' der Privaten". Zwar gibt es auch immer wieder Studien, die keine derartige Fallselektion feststellen können und stattdessen die Erfolge der Privaten auf eine erhöhte Effizienz zurückführen (vgl. hierzu etwa Augurzky et al. 2009). Dennoch bleibt es ein anerkannter Fakt, dass das System der Fallpauschalen starke Anreize zur „Rosinenpickerei" setzt,[1] wobei die Privaten hier eine größere Freiheit genießen und zudem einem größeren Zwang zur Gewinnerzielung ausgesetzt sind.

Dass diese Anreize in dem bestehenden System auch auf Häuser in öffentlicher Trägerschaft wirken und negative Konsequenzen für die Versorgung haben, ist inzwischen anerkannt und kritisiert worden. Unabhängig von der Frage „öffentlich oder privat" stellt sich also die Frage nach dem Druck der „Effizienz", dem die Krankenhäuser gleichermaßen unterworfen werden und der dem Maßstab der „Effektivität", also dem Wohl von Patient*innen und Beschäftigten, permanent entgegensteht. Der Druck zu mehr „Effizienz" wiederum ist gegeben in einem System, in dem die Arbeitskraft Mittel des Wirtschaftswachstums ist und in dem der Gesundheitssektor seine Kosten und Leistungen permanent daran messen lassen muss, ob sie Mittel dieses Wachstums sind oder es behindern – ob der Sozialstaat also „wettbewerbsfähig" ist oder ein Investitionshindernis. In diesem Sinne verweist der Wunsch nach einer optimalen Gesundheitsversorgung bei guten Arbeitsbedingungen auf die Notwendigkeit, bedeutsame öffentliche Dienstleistungen nicht lediglich in öffentliche Hände zu legen, sondern diese Hände auch vom Wachstums- und Profitzwang zu befreien – Stichwort: Infrastruktursozialismus.

1 Vgl. https://www.boeckler.de/de/boeckler-impuls-krankenhauser-fallpauschalen-abschaffen-28850.htm.

Literatur

Albers, Wolfgang (2016): Zur Kasse, bitte! Gesundheit als Geschäftsmodell, Berlin.

André, Christine/Batifoulier, Philippe/Jansen-Ferreira, Mariana (2016): Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification, in: International Social Security Review 1/69, S. 3–23, unter: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/issr.12092#accessDenialLayout.

Appelbaum, Eileen/Batt, Rosemary (2021): Financialisation in Health Care: The Transformation of US Hospital Systems, CEPR Working Paper, unter: https://cepr.net/report/working-paper-financialization-in-health-care-the-transformation-of-us-hospital-systems/.

Asklepios (2022): PioNear. Geschäftsbericht 2022, unter: https://www.asklepios.com/konzern/unternehmen/investor-relations/publikationen.

Assa, Jacob/Calderon, Cecilia (2020): Privatization and Pandemic: A Cross-Country Analysis of COVID-19 Rates and Health-Care Financing Structures, unter: https://www.researchgate.net/publication/341766609_Privatization_and_Pandemic_A_Cross-Country_Analysis_of_COVID-19_Rates_and_Health-Care_Financing_Structures.

Augurzky, Boris/Beivers, Andreas/Neubauer, Günter/Schwierz, Christoph (2009): Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, Essen, unter: https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-20100415331.

Bain & Company (2023): Global Healthcare Private Equity Report, unter: https://www.bain.com/insights/2023-and-beyond-global-healthcare-private-equity-and-ma-report-2023/.

Bayliss, Kate (2016): The Financialisation of Health in England: Lessons from the Water Sector, FESSUD Working Paper 131, unter: https://eprints.soas.ac.uk/22176/1/Financialisation%20of%20Health.pdf.

Berghoff, Hartmut/Thießen, Malte (2020): Gesundheitsökonomien. Zeithistorische Fragen, Befunde und Perspektiven, in: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contempory History 2/17, S. 217–233, unter: https://doi.org/10.14765/zzf.dok-1954.

BlackRock (2020): Investment Insights. BlackRock on healthcare investment opportunities amid COVID-19, unter: https://www.blackrock.com/sg/en/insights/healthcare-investment-opportunities-in-pandemic.

Borsa, Alexander/Bejarano, Geronimo/Ellen, Moriah/Bruch, Joseph Dov (2023): Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review, in: The BMJ 382, unter: https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075244.

Bündnis Klinikrettung (2023): Krankenhausreform. Kahlschlag per Gesetz, unter: https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/09/gib_kh.september2023_DOWNLOAD_270923.pdf.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (2020): Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen, 5., erweiterte und komplett

überarbeitete Neuauflage, unter: https://krankenhaus-statt-fabrik.de/wp-content/uploads/2024/03/KH_statt_Fabrik_Broschuere_2020.pdf.
Bundesärztekammer (2023): Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden Versorgung, unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Programme-Positionen/Positionspapier_BAEK_Regelungsbedarf_MVZ_2023_01_09.pdf.
Bundesregierung (2023): Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU, Drucksache 20/5166, unter: https://dserver.bundestag.de/btd/20/051/2005166.pdf.
Carvajal, Ana (2022): La izquierda se moviliza por la sanidad con Ayuso como objetivo politico, 13.11.2022, unter: https://www.vozpopuli.com/espana/gran-protesta-sanitaria-madrid-azuzada-izquierda-ayuso-diana.html.
Christophers, Birte/Schmitz, Hendrik (2022): Gesundheit anderswo. Spanien: Sparmaßnahmen führen zu Kollaps, unter: https://www.kbv-klartext.de/gesundheit-anderswo/spanien-sparmassnahmen-fuehren-zu-kollaps.html.
CICTAR/Netzwerk Steuergerechtigkeit/EPSU/Public Services International (2020): Fresenuis Failing to Care. Global Tax Dodging by a German Healthcare Multinational, unter: https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/196ec404-a086-4803-b5d0-df2ddc15dd61_Fresenius_Failing-to-Care_summary.pdf.
Cordilha, Ana Carolina (2020): How Financialization Reshapes Public Health Care Systems: The Case of Assurance Maladie, CEPN Working Papers 2020–03, unter: http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.15097.83049.
Cordilha, Ana Carolina (2022): Financialisation and Public Health Systems: a new concept to examine ongoing reforms, in: Économie et institutions [Online] 30–31, unter: https://doi.org/10.4000/ei.7418.
Corporate Europe Observatory (2021): When the market becomes deadly, unter: https://corporateeurope.org/en/2021/01/when-market-becomes-deadly
David, Helge (2023): Investoren-MVZ: Positionspapier der BÄK und eine Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion, 23.1.2023, unter: https://dzw.de/imvz-investoren-gesundheitswesen-lauterbach-baek.
Davies, Rob (2021): Ministers urged to reveal details of £2bn Covid deals with private health firms, in: The Guardian, 5.5.2021, unter: https://www.theguardian.com/politics/2021/may/05/uk-government-publish-details-covid-contracts-private-healthcare-firms.
DGB Sachsen (2021): Ärger beim Fresenius Konzern in HELIOS Klinik Aue, unter: https://suedwestsachsen.dgb.de/themen/++co++4b60ea4c-856e-11eb-949f-001a4a160123.
Deutsche Bank (2022): Gesundheitssektor mit langfristigem Potenzial, unter: https://www.deutsche-bank.de/pk/sparen-und-anlegen/finanzmarktexpertise/perspektiven-im-fokus/mum-aktien/gesundheitssektor-mit-langfristigem-potenzial.html.
Dölger, Cornelia (2023): Lauterbach soll MVZs in die Schranken weisen, in: Pharmazeutische Zeitung, 21.12.2023, unter: https://www.pharmazeutische-zeitung.de/lauterbach-soll-mvzs-in-die-schranken-weisen-144435/.

Epstein, Gerald A. (2005): Financialization and the World Economy, Northampton, MA.
Europäische Kommission (2014): Empfehlung für eine Empfehlung des Rates zum nationalen Reformprogramm der Slowakei 2014 mit einer Stellungnahme des Rates zum Stabilitätsprogramm der Slowakei 2014, unter: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0426.
Europäische Union (2011): Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, in: Amtsblatt der Europäischen Union, 4.4.2011, unter: https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:de:PDF.
Fiedler, Manfred (2014): Privatisierung und Kommerzialisierung im deutschen Gesundheitswesen – Ein Überblick, unter: https://www.attac.de/blog/detailansicht/news/privatisierung-und-kommerzialisierung-im-deutschen-gesundheitssystem-ein-ueberblick.
Foucaud, Isabelle de (2023): Le géant des cliniques Ramsay Santé accélère dans les centres médicaux de proximité, 2.6.2023, unter: https://www.challenges.fr/entreprise/le-geant-des-cliniques-ramsay-sante-accelere-dans-les-centres-medicaux-de-proximite_844717.
Fresenius (2016): Fresenius Helios erwirbt Spaniens größte private Krankenhausgruppe Quirónsalud, unter: https://www.fresenius.com/de/node/4941.
Fresenius (2022): #FutureFresenius. Geschäftsbericht 2022, unter: https://www.fresenius.com/sites/default/files/2023-03/Fresenius_Geschaeftsbericht_2022_0.pdf.
fs (2009): Fresenius sieht Krankenhäuser vor Privatisierungswelle, in: Die Welt, 20.2.2009, unter: https://www.welt.de/welt_print/article3238132/Fresenius-sieht-Krankenhaeuser-vor-Privatisierungswelle.html.
Gao, Janet/Sevilir, Merih/Kim, Yongseok (2021): Private Equity in the Hospital Industry, European Corporate Governance Institute – Finance Working Paper No. 787/2021, unter: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3924517.
Gnirke, Kristina/Hülsen, Isabell/Müller, Martin U. (2016): Ein krankes Haus, in: Der Spiegel, 16.12.2016, unter: https://www.spiegel.de/politik/ein-krankes-haus-aad490db8-0002-0001-0000-000148564812?context=issue.
Grimaldi, André: Les hôpitaux en quête de rentabilité: à quel prix?, in: Revue Du MAUSS 1/41, 2013, S. 25–33, unter: https://doi.org/10.3917/rdm.041.0025.
Haaß, Friederike et al. (2024): Investorenbetriebene MVZ in der vertragszahnärztlichen Versorgung Entwicklung und Auswirkungen, Gutachten für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, IGES-Institut, Berlin, unter: https://www.iges.com/sites/iges-group/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e24893/e26287/e26288/e26290/attr_objs26292/Gutachten_Z-MVZ_IGES_2020-10_web_ger.pdf.
Hayre, Jatinder (2022): A bad deal for our NHS – how profit-motives have no place in healthcare, 18.2.2022, unter: https://keepournhspublic.com/a-bad-deal-for-our-nhs-how-profit-motives-have-no-place-in-healthcare/
Helios (o.J.): Daten und Fakten, unter: https://www.helios-gesundheit.de/unternehmen/ueber-helios/organisation/daten-fakten/.

Herman, Christoph (2010): The Marketisation of Health Care in Europe, in: Socialist Register 2010, unter: https://www.academia.edu/812430/The_marketisation_of_health_care_in_Europe.

Homolova, Adriana (2021): Penta in Slovakia: from real estate to private clinics, unter: https://corpwatchers.eu/en/investigations/caring-for-profit-en/penta-in-slovakia-from-real-estate-to-private-clinics?lang=en.

Hughes, Solomon (2020): Private hospitals get mega-bailout from the NHS, in: Morning Star, 18.9.2020, unter: https://morningstaronline.co.uk/article/f/private-hospitals-get-mega-bailout-from-the-nhs.

Hunter, Benjamin M./Murray, Susan F. (2019): Deconstructing the Financialization of Healthcare, in: Development and Change 5/50, S. 1263–1287, unter: http://dx.doi.org/10.1111/dech.12517.

IndustriALL Global Union (2021): Union-Busting, Steuertricks, Korruption: Scharfe Kritik von internationalen Gewerkschaften an Fresenius, unter: https://www.industriall-union.org/de/union-busting-steuertricks-korruption-scharfe-kritik-von.

Kaufmann, Stephan (2011): „Verkauft doch eure Inseln, ihr Pleite-Griechen!", 20 beliebte Irrtümer in der Schuldenkrise, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Berlin, unter: https://www.rosalux.de/publikation/id/5086/verkauft-doch-eure-inseln-ihr-pleite-griechen.

Kehrer, Andreas (2022): Streit um Arbeitsbedingungen. Eiszeit am Helios-Klinikum in Erfurt, MDR, 6.12.2022, unter: https://www.mdr.de/nachrichten/thueringen/mitte-thueringen/erfurt/helios-klinikum-arbeitsbedingung-gericht-verhandlung-eiszeit-100.html.

Köhler, Matthias (2023): US-Studie will Muster aufdecken. Auswirkungen von Private-Equity im Gesundheitswesen, DAZ.online, 2.8.2023, unter: https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/08/02/wildschweine-und-heuschrecken-us-studie-zu-private-equity-im-gesundheitswesen.

Konzernbetriebsrat der Asklepios Kliniken Verwaltungs GmbH (2017): Thesen zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens, unter: https://gesundheit-soziales-bildung-hamburg.verdi.de/++file++58d4e5d1086c2602d508f00e/download/KBR%20Asklepios%20-%20Thesen%20zur%20%C3%96konomisierung_des_Gesundheitswesens.pdf.

Kotecha, Vivek (2020): Who benefits from the NHS's bailout of private hospitals?, unter: https://chpi.org.uk/blog/who-benefits-from-the-nhss-bailout-of-private-hospitals/.

Krempaský, Ján (2024): Príbeh pacientky z Levíc: Pomohla pri uzatvorení zmluvy medzi VšZP a Bormi, 17.1.2024, unter: https://domov.sme.sk/c/23269753/pomohla-pri-uzatvoreni-zmluvy-medzi-vszp-a-bormi.html.

Kruse, Florien M./Stadhouders, Niek W./Adang, Eddy M./Groenewoud, Stef/ Jeurissen, Patrick P.T. (2018): Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review, in: The International Journal of Health Planning and Management 2/33, S. 434–453, unter: https://doi.org/10.1002/hpm.2502.

Lau (2023): SPD-Politiker hält Ausschluss von MVZ-Investoren für unrealistisch, in: Ärzteblatt, 22.9.2023, unter: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/146101/SPD-Politiker-haelt-Ausschluss-von-MVZ-Investoren-fuer-unrealistisch.

Lemonnier, Samlomé (2024): Caen. Ras-le-bol du personnel de l'hôpital Saint-Martin: „Il y a une mise en danger des patients", in: Ouest France, 14.2.2024, unter: https://www.ouest-france.fr/sante/hopital/caen-ras-le-bol-du-personnel-de-lhopital-saint-martin-il-y-a-une-mise-en-danger-des-patients-efc25da4-cb21-11ee-be0b-364738a87aaa.

Li, Aurora/Zöllner, Uwe/Peters, Michael (2023): Profite vor Patientenwohl. Private-Equity-Beteiligungen an Arztpraxen, Finanzwende Recherche, unter: https://www.finanzwende-recherche.de/profite-vor-patientenwohl_private-equity-beteiligungen-an-arztpraxen-in-deutschland/.

Liu, Tong (2022): Bargaining with Private Equity: Implications for Hospital Prices and Patient Welfare, unter: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3896410.

LBBW (2022): LBBW Corporate Research. Ganz oben auf der Agenda: Gesundheit!, unter: https://www.lbbw.de/konzern/research/2022/studien/20220823-lbbw-blickpunkt-corporates-gesund-leben-2022_afdifju4qx_m.pdf.

Macho, Andreas (2022): Rendite auf Kosten der Patienten. Deutsche Kliniken im Fokus von Investoren, in: Die Welt, 27.12.2022, unter: https://www.welt.de/wirtschaft/article242735747/Krankenhaus-Wie-Investoren-Kliniken-ausschlachten-auf-Kosten-der-Patienten.html.

Matthews, Sajith/Roxas, Renato (2023): Private equity and its effect on patients: a window into the future, in: International Journal of Health Economics and Management 23, S. 673–684, unter: https://doi.org/10.1007/s10754-022-09331-y.

McKinsey (2017): European healthcare – a golden opportunity for private equity, unter: https://www.mckinsey.com/industries/private-equity-and-principal-investors/our-insights/european-healthcare-a-golden-opportunity-for-private-equity.

Molinuevo, Daniel/Fóti, Klára/Kruse, Florien (2017): Delivering hospital services: A greater role for the private sector?, Publications Office of the European Union, Luxemburg, unter: https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2017/delivering-hospital-services-greater-role-private-sector#tab-01.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023a): Slovakia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, unter: https://www.oecd.org/en/publications/2023/12/slovakia-country-health-profile-2023_94960064.html.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023b): France: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, unter: https://www.oecd.org/en/publications/2023/12/france-country-health-profile-2023_4ec07458.html.

Pažitný, Peter/Zajac, Rudolf/Marcinčin, Anton (2005): Health-care Reform in Slovakia, in: CESifo DICE Report 1/3, S. 67–75, unter: https://www.ifo.de/DocDL/CESifoDICEreport105.pdf.

Penta Holding Ltd. (2004): Annual Report 2004, unter: https://www.pentainvestments.com/en/fileGet.aspx?f=opeqcxyso&m=2.

Penta Investment Group (2021): Changes in Penta´s ownership structure, Pressemitteilung vom 15.6.2021, unter: https://www.pentainvestments.com/en/press-release/changes-in-penta-s-ownership-structure-6Ie40n.aspx,

Poullennec, Solenn (2024): En colère, les cliniques annoncent une „grève totale", in: LesEchos, 3.4.2024, unter: https://www.lesechos.fr/economie-france/social/en-colere-les-cliniques-annoncent-une-greve-totale-2086686.

PwC (2020): PwC-Studie: Krankenhaus-Vergleich 2020. Die Rentabilität öffentlicher Krankenhäuser sinkt deutlich, unter: https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/krankenhaeuser/pwc-studie-krankenhaus-vergleich-2020.html.

Ramsay (2023): People caring for people. Annual Report 2023, unter: https://www.ramsayhealth.com/globalassets/global/investor-centre/investor-centre-pdfs/rhc-annual-report-2023_final.pdf.

Ramsay Health Care (2020): Annual Report 2019, unter: https://www.ramsayhealth.com/globalassets/global/investor-centre/investor-centre-pdfs/ramsay-health-care-annual-report-2019.pdf.

Rechel, Bernd/Tille, Florian/Groenewegen, Peter/Timans, Rob/Fattore, Giovanni/Rohrer-Herold, Katja/Rajan, Dheepa/Lopes, Sophie (2023): Private equity investment in Europe's primary care sector – a call for research and policy action, in: European Journal of Public Health 3/33, S. 354–355, unter: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad061.

Redler, Lucy (2021): Unsere Gesundheit, ihr Profit? Fallstudien zu Union-Busting privater Gesundheits- und Pflegekonzerne und gewerkschaftlicher Gegenwehr, hrsg. von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, Studien 2/2021, unter: https://www.rosalux.de/publikation/id/43759/unsere-gesundheit-ihr-profit.

ReportLinker o. J.: Global Hospital Trends in 2024, unter: https://www.reportlinker.com/clp/global/11310.

Roland Berger (2023): European Private Equity Outlook 2023, unter: https://www.rolandberger.com/de/Insights/Publications/European-Private-Equity-Outlook-2023.html.

Saitz, Eva (2023): La Junta de Andalucía renuncia a la concertación de la atención primaria para arrancar el pacto con los sindicatos, in: El Pais, 17.5.2023, unter: https://elpais.com/espana/andalucia/2023-05-17/la-junta-de-andalucia-renuncia-a-la-concertacion-de-la-atencion-primaria-para-arrancar-el-pacto-con-lo-sindicatos.html.

Schöneberg, Katharina/Vitols, Katrin (2023): Branchenanalyse Medizinische Versorgungszentren. Strukturen, wirtschaftliche Trends, Arbeit und Beschäftigung in der ambulanten medizinischen Versorgung, Working Paper Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung 288, unter: https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?produkt=HBS-008615.

Siemens Healthineers (2022): Siemens Healthineers and Penta Hospitals International announce new Value Partnership to enhance healthcare in Slovakia, unter: https://www.siemens-healthineers.com/press/releases/penta.

Simonet, Daniel (2021): French Idiosyncratic Health-Care Reforms, Performance Management and Its Political Repercussions, in: Risk Management Healthcare Policy 14/2021, S. 2971–2981.

Smatana, Martin et al. (2016): Slovakia. Health system review, Vol. 18, No. 6 2016, hrsg. vom European Observatory on Health Systems and Policies, unter: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330213/HiT-18-6-2016-eng.pdf?sequence=7.

Smolka, Klaus Max/Heeg, Thiemo (2022): Fresenius. Konzern sucht Kraftfutter, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 13.5.2022, unter: https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/unternehmen/fresenius-und-sein-problem-mit-der-struktur-18028998.html.

Stan, Stan/Erne, Roland (2023): Pursuing an overarching commodification script through country-specific interventions? The EU's New Economic Governance prescriptions in healthcare (2009–2019), in: Socio-Economic Review 1/2023, unter: https://academic.oup.com/ser/advance-article/doi/10.1093/ser/mwad053/7330460.

Tambor, Marzena/Klich, Jacek/Domagała, Alicja (2021): Financing Healthcare in Central and Eastern European Countries: How Far Are We from Universal Health Coverage?, in: International Journal of Environmental Research and Public Health 4/18, unter: https://doi.org/10.3390/ijerph18041382.

Tansey, Rachel (2017): The creeping privatisation of healthcare. Problematic EU policies and the corporate lobby push, unter: https://corporateeurope.org/en/power-lobbies/2017/06/creeping-privatisation-healthcare.

Telgheder, Maike (2023): Neuer Fresenius-Chef Michael Sen kritisiert ehemalige Führung scharf, in: Handelsblatt, 22.2.2023, unter: https://www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/gesundheitskonzern-neuer-fresenius-chef-michael-sen-kritisiert-ehemalige-fuehrung-scharf/28996106.html.

Tille, Florian (2023): Private equity investment in Germany's primary care sector, in: European Journal of Public Health 2/33, unter: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.406.

Tisch, Thorsten/Nolting, Hans-Dieter (2022): Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns mit besonderem Augenmerk auf MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren, Kurzfassung des Gutachtens für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, unter: https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Ueber-uns/Gesundheitspolitik/Gutachten/IGES-MVZ-Gutachten-April-2022-Kurzfassung.pdf.

Uetz, Harald (2015): Spanien. Nicht ohnmächtig. Der Widerstand gegen die Zerschlagung des öffentlichen Gesundheitswesens im Zuge der aktuellen Krise, unter: https://www.medico.de/nicht-ohnmaechtig-16258.

Vugrin, Fabian (2021): Der Kündigungsversuch bei Asklepios zeigt, warum Krankenhäuser in öffentliche Hand gehören, in: Jacobin, 17.2.2021, unter: https://www.jacobin.de/artikel/asklepios-kuendigung-pflegerin-romana-knezevic-krankenhausbewegung-pflegenotstand.

Westendarp, Louis (2004): Diesen Investoren gehören Deutschlands größte Krankenhäuser, 27.2.2024, unter: https://www.businessinsider.de/wirtschaft/diesen-investoren-gehoeren-die-krankenhaeuser-wirklich/.

WHO (2019): Global Spending on Health. A World in Transition, unter: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-19.4.