

# Bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Prüfstein des sozialen Bundesstaats

Thomas Zander  
Rechtsanwalt  
Landesgeschäftsführer Sozialverband VdK NRW e.V.  
Düsseldorf



Thomas Zander

## 1. Sozialfunktion des Krankenhauses

Statistiker wissen, dass oftmals das, was *nicht* erhoben, gemessen und berichtet wird, viel wichtiger ist als das, worüber die ganz genauen Zahlen jahrein und jahraus in die Öffentlichkeit gebracht werden.

So ist es auch mit der zu Beginn der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts eingeführten einheitlichen Krankenhausstatistik in Deutschland: Seit Jahrzehnten werden für Bund und Länder zwar Betten gezählt, Behandlungstage berichtet und Kosten berechnet – wir wissen aber bis heute nicht, (Alter, Geschlecht, Wohnort und Erkrankung ausgenommen), welche Patientinnen und Patienten eigentlich in unseren Krankenhäusern behandelt werden – Krankenhausbehandlung brauchen. Alter, Geschlecht, Wohnort und Art der Erkrankung sind doch bei Menschen, die unter der Armutsgrenze leben, etwas ganz anderes als bei Menschen, die innerhalb des Reichtumszaunes sind.

Im Kapitel zu Gesundheit und Armut im zweifellos exzellenten Armuts- und Reichtumsbericht NRW<sup>1</sup> ist nichts darüber zu finden, wie sich die soziale Ungleichheit in der Krankenhausbevölkerung darstellt. Es ist nichts darüber zu finden, ob unter der Krankenhausbevölkerung, d.h. unter den Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser, noch mehr Armutsgefährdete und Arme zu finden sind als in der allgemeinen Wohnbevölkerung.

Daraus, dass sie auf diese Frage keine Antwort geben, kann man aber den Autorinnen und Autoren des Armutsberichtes keinen Vorwurf machen. Auch in den Armutsberichten der Bundesregierung finden sich solche Zahlen nicht<sup>2</sup> – wie auch, wenn die amtliche Krankenhausstatistik keinerlei Merkmale zur Erwerbstellung oder Einkommensart etc. der Behandelten erhebt.

„Es ist nichts darüber zu finden, ob unter der Krankenhausbevölkerung, d.h. unter den Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser noch mehr Armutsgefährdete und Arme zu finden sind, als in der allgemeinen Wohnbevölkerung.“

---

Der Verfasser dankt Herrn Prof. Goeschel, Studiengruppe für Sozialforschung e.V., Marquartstein am Chiemsee, für die Anregung zu diesem Beitrag und den intensiven Meinungsaustausch hierüber.

<sup>1</sup> Vgl. Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Sozialbericht NRW 2007 – Armuts- und Reichtumsbericht, Düsseldorf o.J., S. 232 ff.

<sup>2</sup> Vgl. u.a. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland – Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung – Entwurf, Berlin 19.05.2008.

Fehlanzeige in dieser Sache gilt auch für die stets voluminösen, aber deshalb noch keineswegs auch schon immer relevanten Gutachten des Gesundheits-Sachverständigenrates.<sup>3</sup>

Wenn man also für die Armutsbekämpfung als politisches Ziel des Sozialverbandes VdK, gerade auch in NRW<sup>4</sup> wissen will, welche Rolle hier die Krankenhausversorgung spielen könnte bzw. tatsächlich spielt, ist man auf Vermutungen angewiesen. So gibt es Untersuchungen darüber, dass die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen in Regionen mit niedrigerem Einkommensniveau und niedrigerem Bildungsniveau höher liegt als in anderen Regionen<sup>5</sup> und dass kleine ortsnahe Krankenhäuser Arbeiterfamilien besser erreichen als größere ortsferne Kliniken.<sup>6</sup> Zuletzt gibt es Zahlen, nach denen Personen mit niedrigerem Einkommensniveau und niedrigerem Berufsstatus oder Personen in Arbeitslosigkeit häufiger Krankenhausbehandlung benötigen als andere.<sup>7</sup>

„...alles deutet darauf hin, dass das Krankenhaus eine besondere Sozialfunktion hat, dass das Krankenhaus eine wichtige Rolle dabei spielt, ob und inwieweit Einkommensarmut auch noch zur Gesundheitsarmut wird oder nicht.“

Dies alles deutet darauf hin, dass das Krankenhaus eine besondere Sozialfunktion hat, dass das Krankenhaus eine wichtige Rolle dabei spielt, ob und inwieweit Einkommensarmut auch noch zur Gesundheitsarmut<sup>8</sup> wird oder nicht.<sup>9</sup> Die Bundesärztekammer diagnostiziert zutreffend die mangelnde Berücksichtigung der sozialen Fernfolgen einer ökonomisch-betriebswirtschaftlich reduzierten Betrachtung der Krankenhausversorgung.<sup>10</sup>

<sup>3</sup> Vgl. bspw. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen – Gutachten 2005, S. 115-180 – einzige Ausnahme: Gutachten 1987. Vgl. Fußnote 7.

<sup>4</sup> Vgl. Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Große Koalition“ – Enkelkinder und Großeltern gegen Bildungskrise und Altersarmut, Düsseldorf 2008.

<sup>5</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Krankenhäuser als Widerstandsnester: Innovative Produkte für die Region statt Gang an die Börse. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Reformangriff auf das Sozialmodell Deutschland, München 2005, S. 49-57.

<sup>6</sup> Goeschel, Albrecht: Krankenhausplanung und Regionalpolitik (Hrsg.): Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 1979, S. 21.

<sup>7</sup> Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (Hrsg.): IfD-Umfrage 2065, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Medizinische und ökonomische Orientierung – Gutachten 1987, Baden-Baden 1987, S. 52 und Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin, Juli 2006, S. 87.

<sup>8</sup> Vgl. zum Konzept Gesundheitsarmut: Paritätische Forschungsstelle: Gesundheitsarmut bei Kindern am Beispiel Bayern. (Hrsg.): Der Paritätische Gesamtverband, Berlin 8. Juli 2008.

<sup>9</sup> Jelastopulu und Arnold schreiben vor eineinhalb Jahrzehnten: „Auf Grund der Veränderungen in den Sozialgewohnheiten und den demographischen Entwicklungen sollte (das Krankenhaus)... das bleiben, was es immer war: Eine Stätte der Barmherzigkeit und mitfühlender Sorge um den Kranken, Einsamen und Sterbenden – Dies droht bei der Diskussion um mehr Wirtschaftlichkeit vernachlässigt zu werden. Vor der Gefahr des Verlustes seiner Sozialfunktion kann nicht nachdrücklich genug gewarnt werden.“- Vgl. Jelastopulu Eleni und Arnold, Michael: Stationäre Versorgung im internationalen Vergleich. In: Arnold, Michael / Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report '94, Stuttgart 1994, S. 37.

<sup>10</sup> Vgl. Bundesärztekammer (Hrsg.): Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland, Berlin Juni 2007, S. 25 ff.

## 2. Krankenhausreformen und Verfassungsordnung

Wer in diesen Tagen von der Sozialfunktion der Krankenhäuser redet, setzt sich in krassen Gegensatz zu einer sogenannten herrschenden Meinung, für die das Krankenhauswesen nach Post und Bahn nun der nächste große Daseinsvorsorgebereich ist, der durch Privatisierung zur Steuerquelle einerseits, zum Anlageobjekt andererseits gemacht werden soll.<sup>11</sup> Noch davor und bisher scheint die Krankenhausversorgung aber vor allem auch Deutschlands große Sozialabbaustelle zu sein.<sup>12</sup> Dabei werden im politischen Diskurs einige zentrale Begriffe benutzt, die unsere Aufmerksamkeit finden sollten: An erster Stelle stehen hier „Wirtschaftlichkeit“ und „Wettbewerb“, dabei soll das eine Ziel das andere Ziel befördern.<sup>13</sup>

Man muss sich nicht damit aufhalten, dass selbst die Freunde von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb in der stationären Behandlung von Kranken wissen, dass das alles nur auf dem Papier zusammenpasst, dass z.B. Überkapazitäten an Krankenhäusern, also „Unwirtschaftlichkeit“ nötig ist, um Gewinnsteigerungen durch „Verdrängungswettbewerb“ möglich zu machen.<sup>14</sup> Viel entscheidender sind die Sprache und die dahinter stehende Gesinnung, die sich gerade gegenüber den Krankenhäusern ausgebreitet haben: Es erstaunt immer wieder, wie sehr in Vergessenheit gerät, dass Deutschland eine Verfassung hat und dass Deutschland nach dieser Verfassung ein Rechts-, ein Sozial- und ein Bundesstaat ist.<sup>15</sup>

„Es erstaunt immer wieder, wie sehr in Vergessenheit gerät, dass Deutschland eine Verfassung hat und dass Deutschland nach dieser Verfassung ein Rechts-, ein Sozial- und ein Bundesstaat ist.“

---

<sup>11</sup> Vgl. Cassel, Dieter: Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart 2003, S. 3-10, bes. S. 6 ff. und Goeschel, Albrecht: Privatisierung und Besteuerung des Gesundheitswesen: Qualitätsminderung der älterenbezogenen Versorgung am Beispiel der Krankenhauswirtschaft. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Die demographische Täuschung: Bevölkerungswandel als Vorwand für eine Politik der Verarmung, München 2008, S. 113-134.

<sup>12</sup> Die sich seit einigen Jahren wiederholenden Streiks der Krankenhauspflegekräfte und der Krankenhausärzte und zuletzt die Großdemonstration der Krankenhausorganisationen vom September 2008 sind der Reflex dieser Sozialabbaupolitik.

<sup>13</sup> Die Rechtsbegriffe „Selbstkostendeckung“ im Gegensatz zu „Wirtschaftlichkeit“ und „Sicherstellung“ im Gegensatz zu „Wettbewerb“ wurden in den zurückliegenden Reformjahren weitgehend außer Kraft gesetzt. Hiermit sind systematisch schwächere Versorgungspositionen bestimmter Regionen, Sozillagen und Erkrankungsarten verbunden und gleichzeitig die Krankenhausversorgung der Kapitalanlage und Gewinnerzielung geöffnet. Vgl. Thomae, Dieter: Marktstrukturen im Krankenhausbereich. In: Arnold, Michael, Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report `95, Stuttgart 1995, S. 56; Schmidt, Peter E.: Das Medicare-DRG- Krankenhausfinanzierungssystem: Warnende Hinweise für das deutsche Entgeltssystem. In: Arnold, Michael, Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report `94, Stuttgart 1994, S. 39-41; Leber et al.: Elektiv wird selektiv. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S. 81-106; Felder et al.: Was vorbei ist, ist vorbei. In: Klauber et al. (Hrsg.): Ebda, 143-153 und Griebel et al.: Vertragswettbewerb und die Versorgung mit stationären Leistungen. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003, Stuttgart 2004, S. 121-136.

<sup>14</sup> Vgl. Neubauer, Günter und Minartz, Christof: Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Versorgung. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006, Stuttgart 2007, S. 65-85 und Neubauer, Günter: Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003, Stuttgart 2004, S. 105.

<sup>15</sup> Vgl. Art. 20 Abs. 1 GG: „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“.

„...nicht nur die Bundesstaatlichkeit als Verfassungsgrundsatz wird in der Krankenhauspolitik ganz beiläufig zur Disposition gestellt. Auch die im Grundgesetz verankerte Kommunalautonomie wurde durch die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips in der Krankenhausversorgung wenn nicht beiseite gewischt, so doch wenigstens ausgehöhlt.“

Vor diesem Hintergrund kann man die Absicht der Bundesregierung, den Ländern 5 Milliarden Euro Umsatzsteuerbeteiligung zu entziehen und stattdessen in den zentralen Gesundheitsfonds zu transferieren und mit diesen Mitteln dann die Krankenkassen über die Krankenhausinvestitionen in den Ländern entscheiden zu lassen<sup>16</sup> - gut und gerne als einen veritablen Eingriff in die bundesstaatliche Verfassung der Bundesrepublik Deutschland interpretieren.<sup>17</sup> Noch aber ist die Bundesrepublik Deutschland ein Föderalstaat, die politische Beteiligung der Bundesländer ist zwingend, sie kann nicht umgangen werden.<sup>18</sup> Dass die eigentlich unglaubliche Idee, den Ländern Mittel zu entziehen und sie dem Gesundheitsfonds zu „geben“, von Professor Rürup stammt<sup>19</sup>, macht die Sache eher noch schlimmer.

Aber nicht nur die Bundesstaatlichkeit als Verfassungsgrundsatz wird in der Krankenhauspolitik ganz beiläufig zur Disposition gestellt. Auch die im Grundgesetz verankerte Kommunalautonomie<sup>20</sup> wurde durch die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips in der Krankenhausversorgung wenn nicht beiseite gewischt, so doch wenigstens ausgehöhlt.<sup>21</sup> Man hat in NRW wegen des geringen Anteils kommunaler Krankenhäuser, nur nicht so deutlich wie in anderen Ländern gespürt und bemerkt, dass es vor allem die kommunalen Krankenhäuser sind, die durch die „Reformen“ im Krankenhausbereich am stärksten in Schwierigkeiten gebracht worden sind.<sup>22</sup>

---

<sup>16</sup> Vgl. Süddeutsche Zeitung, 19.03.2008. Diese Vorhaben müssen vor dem behaupteten politischen Ziel des neuesten Gesundheitsreformgesetzes, des sogenannten Wettbewerbs-Stärkungsgesetzes (WSG) gesehen werden, das angeblich die Finanzierung der Gesundheitsversorgung aus Steuermitteln ausbauen will. In Wirklichkeit geht es um die direkte oder indirekte Erhöhung von Steuereinnahmen des Bundes aus der Gesundheitswirtschaft. - Vgl. Goeschel, Albrecht: Staatsfinanzierung aus der Gesundheitsversorgung. In: Der Steuerzahler, Februar 2007, S. 3-4.

<sup>17</sup> Die besondere Insolenz dieser Absicht des Bundes liegt darin, dass er sich bereits vor langen Jahren aus der ursprünglichen gemeinsamen Pflicht zur öffentlichen Finanzierung der Krankenhausinvestitionen zurückgezogen hat. Er hat es den Ländern allein überlassen, die Krankenhausinvestitionen „dual“ zu finanzieren und damit die Krankenkassen von Krankenhauskosten zu entlasten. Vgl. Scheuning, Dieter H.: Verfassungsrechtliche Zentralfragen der Krankenhausfinanzierung. (Hrsg.): Diözesen-Caritasverband Aachen u.a., Freiburg 1985, S. 26 ff.

<sup>18</sup> Vgl. hierzu die differenzierten Darlegungen von Ebsen, Ingwer: Perspektiven der Krankenhausplanung in einem gewandelten Markt und einem föderalen Gefüge. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006, Stuttgart 2007, S. 117-131.

<sup>19</sup> Vgl. Rürup, Bert: Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Gutachten Berlin 12.03.2008.

<sup>20</sup> Vgl. Art. 28 Abs. 2 Satz 1 GG: „Den Gemeinden muss das Recht gewährleistet sein, alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze in eigener Verantwortung zu regeln“.

<sup>21</sup> Vgl. Prößdorf, Hans: Massive Eingriffe in die Krankenhausversorgung. In: Der Landkreis, Stuttgart 3/1988, S. 107-110.

<sup>22</sup> Vgl. Neubauer, Günter: Der Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart 2003, S. 82 und Schmidt, Christian, Möller, Johannes: Katalysatoren des Wandels. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006, Stuttgart 2007, S. 3-19.

Im Bereich von Gesundheitswirtschaft einerseits und Sozialsicherung andererseits haben, dies darf nicht vergessen werden, die Kommunen in Deutschland in den zurückliegenden Jahrzehnten mit die massivsten Substanzverluste bzw. Defizitüberwälzungen erlitten. Es darf nicht vergessen werden, welchen kommunalwirtschaftlichen Verlust die Zentralisierung der Ortskrankenkassen zu Landes-AOKen für die Städte und Kreise in Deutschland bedeutet hat<sup>23</sup> und welche Lasten den Kommunen schon in der Vergangenheit durch Verschiebungen von Zahlungsverpflichtungen des Bundes in die Sozialhilfe der Kommunen<sup>24</sup> und nun auch im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitslose<sup>25</sup> entstanden sind.

Erwin Jordan<sup>26</sup> gebührt das Verdienst, nachdrücklich darauf hingewiesen zu haben, dass öffentliche Krankenhäuser häufig aus ideologischen Gründen, nicht aber aus praktischen Gründen, die öffentlich nicht lösbar wären, privatisiert werden. Ordnungspolitische Überzeugungen politischer Mehrheiten und wohlfeile Argumente aus der interessierten Beraterbranche sind häufig die tatsächlichen Privatisierungsmotive – nicht unlösbare strukturelle Schwächen.<sup>27</sup>

„Ordnungspolitische Überzeugungen politischer Mehrheiten und wohlfeile Argumente aus der interessierten Beraterbranche sind häufig die tatsächlichen Privatisierungsmotive – nicht unlösbare strukturelle Schwächen“

Gerade weil die Freunde von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb diese Begriffe als Sachzwänge hinstellen um nicht von Sparpolitik und Gewinnstreben reden zu müssen, ist in der Krankenhausversorgung eine verfassungspolitische Diskussion so vonnöten. Hierzu stellt Martin Nonhoff treffend fest: *„Eine der größten Bedrohungen, der Demokratien heute ausgesetzt sind, ist zweifelsohne die Kolonisierung des Raumes der Politik durch das Ökonomische“* und die damit angestrebte „Alternativlosigkeit politischen Handelns“,<sup>28</sup> seine angeblich unausweichliche Unterwerfung unter Marktzwänge und Wettbewerb.<sup>29</sup>

<sup>23</sup> Vgl. hierzu Goeschel, Albrecht: Die geplante Bildung von Groß-AOKen in Niedersachsen aus der Sicht der Raumordnung und Landesplanung. In: Der Landkreis, 1/1991, S. 21-27 und Schmidbauer, Gertraud: Spielräume und Einschränkungen für eine regionalorientierte Gesundheitspolitik. In: Informationen zur Raumentwicklung, Bonn, 3/4 – 1985, S. 187-193.

<sup>24</sup> Vgl. hierzu Goeschel, Albrecht: Krankenkassen, Kommunalkörperschaften und Regionalwirtschaft. In: Die Ortskrankenkasse, 1/1985, S. 12-19.

<sup>25</sup> Vgl. Consens (Hrsg.): Benchmarking 2005: Kommunale Leistungen nach dem SGB II, Hamburg, 20.09.2006.

<sup>26</sup> Erwin Jordan ist Dezernent für Soziale Infrastruktur der Region Hannover.

<sup>27</sup> Vgl. Jordan, Erwin: Probleme und Perspektiven öffentlicher Krankenhäuser. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006, Stuttgart 2007, S. 163-176 bes. S. 165.

<sup>28</sup> Vgl. Nonhoff, Martin: Die ökonomische Bedrohung politischer Selbstbestimmung – Zum Verhältnis von Demokratie und Wohlfahrtsstaat. (Hrsg.): Zentrum für Sozialpolitik ZeS-Arbeitspapier Nr. 10/2007, S. 5 und S. 27 sowie ähnlich Nullmeier, Frank: Eigenverantwortung und Globalisierung: Die Überforderung des Publikums durch die sozialpolitische Rhetorik. In: Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Lebenslügen -Wer den Sozialstaat schlecht redet - verrechnet sich, Düsseldorf 2007, S. 43-47.

<sup>29</sup> Geradezu beispielhaft führen Felder, Fetzer und Wasem diese Rhetorik der Unausweichlichkeit vor, wenn sie eines ihrer Plädoyers für die Beseitigung der öffentlichen Finanzierung der Krankenhausinvestitionen und damit auch der öffentlichen Krankenhausplanung wie folgt betiteln: *„Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung.* In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S.143-153.

### 3. Krankenhausversorgung als Daseinsvorsorge

Eine Rückbesinnung auf die Verfassungsgrundsätze und Verfassungsvorgaben des demokratischen und sozialen Bundesstaats Bundesrepublik Deutschland ist speziell in Sachen Daseinsvorsorge angezeigt, weil auch in anderen Bereichen der privaten und der öffentlichen Wirtschaft nun wieder die verfassungsmäßig vorgesehene Rolle des Staates ein Thema ist.<sup>30</sup> Auf den massiven Glaubwürdigkeitsverlust aller Deregulierungsdogmen im Zuge der internationalen Finanzkrise soll hier nur ganz allgemein hingewiesen und an die vor eineinhalb Jahrzehnten erhobene Forderung Christian von Ferbers erinnert werden, auf die „Präsenz des Rechtsstaates“ in der Krankenhausversorgung keinesfalls zu verzichten und diese keinesfalls den Interessen der Krankenkassen auszuliefern.<sup>31</sup>

Erinnert sei also zunächst daran, dass der demokratische und soziale Bundesstaat des Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz als Verfassungsgrundsatz ausgefüllt wird durch die Daseinsvorsorgebereiche, die in Art. 74 Abs. 1 Grundgesetz als Gegenstände konkurrierender Gesetzgebung von Bund und Ländern aufgezählt sind: Einer dieser Daseinsvorsorgebereiche ist die Krankenhausversorgung (Art. 74 Abs.1 Ziff. 19a GG). Andere Bereiche sind Bildung, Gesundheit, Wohnen, Arbeit, Wirtschaft, Raumordnung etc.

Eben diesem Stellenwert der Krankenhausversorgung als in der Verfassung ausdrücklich benannter Daseinsvorsorgebereich des demokratischen und sozialen Bundesstaates entspricht es, wenn den Krankenkassen und den Krankenhäusern in § 70 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) auferlegt wird, den Versicherten, d.h. der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung, eine „bedarfsgerechte“ und „gleichmäßige“, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung zu gewährleisten.

„Bedarfsgerechtigkeit“ beschreibt den Leistungscharakter von Krankenhausversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge.“

„Bedarfsgerechtigkeit“ beschreibt den Leistungscharakter von Krankenhausversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge. Dabei ist dieser unbestimmte Rechtsbegriff immer wieder neu zu bestimmen und auszufüllen.<sup>32</sup> Hier sichert die bundesstaatliche Verfassung, die für die Daseinsvorsorgebereiche einen Abstimmungsprozess zwischen Bund und Ländern vorgibt, ein Minimum an Bedarfsgerechtigkeit dadurch, dass sie Vielfältigkeit ermöglicht und nicht Einheitlichkeit vorschreibt oder zulässt.

<sup>30</sup> Vgl. Prantl, Heribert: Der Herbst des Staates. In: Süddeutsche Zeitung, 06.11.2006; Sodan, Helge: Mindestlöhne und die Grenzen der Verfassung. In: Süddeutsche Zeitung 12./13.07.2008 sowie Zachert, Ulrich: Die Tarifautonomie ist wieder entdeckt. In: Süddeutsche Zeitung, 26.08.2008.

<sup>31</sup> Vgl. v. Ferber, Christian: Unverzichtbare Positionen staatlicher Verantwortung in der Krankenhauspolitik. In: Das Krankenhaus, Stuttgart 12/1994, S. 554-557.

<sup>32</sup> Vgl. Arnold, Michael: Gibt es das: Bedarfsgerechtigkeit? In: Arnold, Michael, Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report '98, Stuttgart 1998, S. 51-58.

Ernst Bruckenberger hat immer wieder und so beeindruckend wie bedrückend beschrieben, wie es der Bundesebene gelungen ist, die Länder aus der Steuerung der Krankenhausversorgung abzudrängen und sich dadurch die alleinige Definitionsmacht über die „Bedarfsgerechtigkeit“ zu sichern.<sup>33</sup>

Die nach § 141 Abs. 1 SGB V (a. F.) eingerichtete Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, beschickt durch die an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten, sollte in einer der Phasen dieses Abdrängungsprozesses der Länder dabei medizinische und wirtschaftliche Orientierungsdaten für eine „bedarfsgerechte“ Versorgung der Versicherten erarbeiten. Ein Sachverständigenrat sollte sie unterstützen (§ 142 Abs. 2 SGB V). Aus späteren Fassungen des SGB V ist die Konzertierte Aktion verschwunden. Außerdem ist der in seiner Tätigkeit weiter verbliebene Sachverständigenrat nicht mehr wie vormals an einer „bedarfsgerechten Versorgung“ (§ 142 Abs. 2 SGB V) ausgerichtet. Der Begriff der „Bedarfsgerechtigkeit“ ist seit geraumer Zeit aus diesem Kapitel des Sozialgesetzbuches überhaupt eliminiert.

#### **4. Bedarfsgerechtigkeit durch Landesplanung und Raumordnung**

Ähnlich wie in der Statistik, bei der oft das, was nicht gezählt wird, aufschlussreicher ist als das, was gezählt wird, ist es auch mit den Gesetzen. Oft ist das aufschlussreicher, was nicht und vor allem nicht mehr geregelt wird als das, was geregelt wird.

In früheren Fassungen des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes (KHG), das immerhin auch heute noch das Ziel einer „bedarfsgerechten“ Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern anstrebt, war eine Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung vorgeschrieben.<sup>34</sup> Diese Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung werden in der Literatur zur Krankenhausbedarfsplanung als gut geeignete Abbildung der räumlich und sozial unterschiedlichen Bedarfslagen der Bevölkerung hinsichtlich Gesundheitsversorgung, insbesondere auch Krankenhausversorgung beschrieben.<sup>35</sup>

„Diese Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung werden in der Literatur zur Krankenhausbedarfsplanung als gut geeignete Abbildung der räumlich und sozial unterschiedlichen Bedarfslagen der Bevölkerung hinsichtlich Gesundheitsversorgung, insbesondere auch Krankenhausversorgung beschrieben.“

<sup>33</sup> Vgl. Bruckenberger, Ernst: Krankenhaus-Planung und Planungsgrundlagen. In: Arnold, Michael und Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report '98, Stuttgart 1998, S. 93-100.

<sup>34</sup> Vgl. § 1 und § 6 Abs. 1 Satz 4 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 20.06.1972 (BGBl. I, S. 1009). Analog dazu war im Gesetz zur Sicherstellung der Kassenarztversorgung ebenfalls eine Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung vorgeschrieben. - Vgl. Art. 1 § 1 Abs. 8, Buchst. b, Ziff. 4, Satz 2 Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts – Krankenversicherungs- Weiterentwicklungsgesetz vom 28.12.1975 (BGBl. I, S. 3871).

<sup>35</sup> Vgl. Röpke, Thomas, Lenz, Manfred: Bedarfsplanung im Gesundheitswesen. In: Informationen zur Raumentwicklung, Bonn 3/4 – 1985, S. 245-254 und Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.): Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Bd. II, Sankt Augustin 1990, S. 326-351.

Vor allem wird in der Literatur herausgearbeitet, dass die Kriterien, Territorien und Indikatoren der Landesplanung und Raumordnung die einzige auch rechtlich befestigte Darstellung unterschiedlicher Lebenslagen und damit Bedarfslagen sind, die zugleich unabhängig von den Krankenkassen einerseits und den Krankenhäusern andererseits und dennoch für diese im Rahmen der Bedarfsplanung bindend sind.

Ohne Rekurs auf diese Kriterien, Territorien und Indikatoren als Quasi-Repräsentanten der Interessen der Versicherten und Patienten selbst, bleibt der Bedarf in Krankenhäusern nur eine andere Bezeichnung für den Bestand an Krankenhausversorgung<sup>36</sup>, bleibt „Bedarfsgerechtigkeit“ nur eine andere Bezeichnung für „Bestandsgegebenheit“.<sup>37</sup>

In späteren Versionen des Krankenhaus-Finanzierungsgesetzes ist die sogenannte „Raumordnungsklausel“, d.h. die Bindung der Krankenhausplanung an die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung verschwunden, sind die Versicherten und Patienten wieder zu „Unpersonen“<sup>38</sup> geworden.

## 5. Versicherte und Patienten als „Unpersonen“?

„Außer in Form von Wahlтарifen und Kostenerstattungsoptionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und von Teilnahme an Hausarztmodellen existieren die Versicherten und Patienten nicht.“

Manche Freunde von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb dichten in ihr Lob der „Markt-Steuerung“ im Gesundheitswesen auch eine größere Patientenautonomie in einem durchgängig wettbewerblich gesteuerten System der Krankenhausversorgung hinein.<sup>39</sup> Eine geradezu schonungslose Bilanz der Stellung der Versicherten und Patienten in den Konzepten der an der Krankenhausversorgung Beteiligten bringen Neubauer und Beivers: Außer in Form von Wahlтарifen und Kostenerstattungsoptionen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und von Teilnahme an Hausarztmodellen existieren die Versicherten und Patienten

---

<sup>36</sup> Vgl. Röpke, Thomas, Lenz, Manfred: A.a.O., S. 245 ff. u. S. 247 ff. Die höchstrichterliche Rechtsprechung zum „Bedarf“ in der Krankenhausplanung definiert in genau dieser zirkulären Weise den Bedarf als den tatsächlich zu versorgenden Bedarf, d.h. als Ergebnis der Summe der Verordnungen und Abrechnungen von Krankenhausbehandlung durch Ärzte bzw. Krankenkassen – Vgl. Bruckenberger, Ernst: A.a.O., S. 95.

<sup>37</sup> Der von den Freunden von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb gegen die Krankenhausversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge erhobene Dauervorwurf der Produktion von „Überkapazitäten“ beschreibt das Phänomen der Bestandsableitung des Bedarfs zwar in der Tendenz richtig, erklärt es aber vom System her falsch. – Vgl. Arnold, Michael: Gibt es das: Bedarfsgerechtigkeit? In: Arnold, Michael, Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report'98, Stuttgart 1998, S. 51-58; Neubauer, Günter: Zur Zukunft der dualen Finanzierung unter Wettbewerbsbedingungen. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart 2003, S. 71-91 und ders.: Zur ökonomischen Steuerung der Krankenhausversorgung unter DRG-Fallpauschalen. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003, Stuttgart 2004, S. 101-120.

<sup>38</sup> Vgl. Röpke, Thomas, Lenz, Manfred: A.a.O., S. 247.

<sup>39</sup> Durchaus skeptisch hierzu Arnold, Michael, Geisbe, Heinrich: Der Patient im Wettbewerb der Krankenhäuser. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart 2003, S. 55-70 und ders.: Das Krankenhaus der Zukunft unter krankenhausesfeindlichen Bedingungen. In: Das Krankenhaus, 5/1998, S. 252-256.



nicht<sup>40</sup> - dies ist also von der verfassungsgewollten Krankenhausversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge nach Maßgabe einer politisch zu gestaltenden „Bedarfsgerechtigkeit“ geworden: Wahltarife bei den Krankenkassen.

Die im Zuge der letzten Gesundheitsreformen unter den §§ 140 f., 140g und 140h SGB V eingeführten Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten sowie einer oder eines Patientenbeauftragten, betreffen mehrheitlich Fragen des Leistungsrechts im engeren Sinn und sind außerdem auf eine unbestimmte „Beteiligung“ beschränkt. Irgendeine Bedeutung für die politische Ausgestaltung der Krankenhausversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge nach dem Grundsatz der „Bedarfsgerechtigkeit“ haben diese Interessenvertretungen und Beauftragten jedoch nicht.

Als weitere Spielart entpolitisierter und damit auch demokratiearmer Ersatzformen von „Bedarfsgerechtigkeit“ ist die „Qualitätssicherung“ zu betrachten. Unabhängig davon, dass sie zwar bei den Freunden von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb hoch im Kurs steht, wird sie von diesen aber zugleich auch als noch reichlich unklar bezweifelt. In jedem Falle sind die gesundheitlichen und gesellschaftlichen, d.h. politischen Interessen der Bürger und Steuerzahler, der Versicherten und Beitragszahler, der Patientinnen und Patienten in dieser „Qualitätssicherung“ allenfalls virtuell enthalten. Dabei schließen sich Qualitätssicherung und Anbieterwettbewerb auf weite Strecken aus.<sup>41</sup>

## **6. Beitragssatzstabilität im Wirtschaftsinteresse**

Der größte Massenprotest gegen die Gefährdung der Krankenhausversorgung in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland Ende September 2008 hat unter dem Motto „Der Deckel muss weg“ stattgefunden. Dieser Massenprotest hat damit politisch zutreffend die Deckelung des Krankenhausbudgets als Hauptrisiko für die Krankenhausversorgung identifiziert und damit zugleich den entscheidenden „Gegenbegriff“ zum Grundsatz einer bedarfsgerechten Versorgung erkannt: Die „Beitragssatzstabilität“ des § 71 SGB V.

---

<sup>40</sup> Vgl. Neubauer, Günther und Beivers, Andreas: Ende der Konvergenzphase und Neuordnung der Krankenhaussteuerung: Zum Stand der ordnungspolitischen Diskussion. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S. 63-80.

<sup>41</sup> Vgl. Robra, Bernt-Peter: Qualitätstransparenz – von der Ebene der Individualmedizin zur Ebene des Gesundheitswesens. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2004, Stuttgart 2005, S. 3-15; Hildebrand, Rolf: Qualitätsberichterstattung in Deutschland heute. In: Klauber et al. (Hrsg.): Ebda., S. 27-46 und Leber, Wulf-Dietrich: Qualitätssicherung in einem wettbewerblichen Umfeld. In: Klauber et al. (Hrsg.): Ebda., S. 163-177.

„...ist „Bedarfsgerechtigkeit“ nur noch das, was das von der „Beitragssatzstabilität“ und ihrer „Veränderungsrate“ umschriebene Finanzvolumen zulässt.“

Im Unterschied zur „Bedarfsgerechtigkeit“, eine im politischen Verfahren des demokratischen und sozialen Bundesstaates als unbestimmter Rechtsbegriff stets neu auszufüllende Maxime der Krankenhausversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge, ist die „Beitragssatzstabilität“ durch die zeitlich und sachlich eindeutig bestimmte „Veränderungsrate“ des Budgets der politischen Gestaltung weitgehend entzogen (§ 71 Abs. 3 SGB V). Damit ist die „Bedarfsgerechtigkeit“ nur noch das, was das von der „Beitragssatzstabilität“ und ihrer „Veränderungsrate“ umschriebene Finanzvolumen zulässt. Über die Ankoppelung dieser Veränderungsrate an die „beitragspflichtigen Einnahmen“ aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V), ist damit die Krankenhausversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge an die Verteilungsentwicklung des Volkseinkommens zwischen Kapitaleinkommen und Einkommen aus unselbstständiger Arbeit gekoppelt: sinken oder stagnieren Einkommen aus unselbstständiger Arbeit und damit die wesentlichen Kasseneinnahmen, sinkt oder stagniert der Spielraum für eine „bedarfsgerechte Versorgung“ mit Krankenhäusern bzw. Krankenhausleistungen.

Wirtschaftspolitisch ist diese prozyklische Anbindung sozialer Realtransfers von der enormen Größenordnung der Krankenhausleistungen an die nationalen, europäischen und internationalen Boom- und Krisenabläufe und an die besonders hohe Exportabhängigkeit der deutschen Wirtschaft<sup>42</sup> schädlich und daher falsch.<sup>43, 44</sup> Wahrscheinlich stellt diese „technische“ Ankoppelung der Ausgestaltung der Krankenhausversorgung als öffentliche Daseinsvorsorge an die von der Entwicklung der Kapitaleinkommen übrig gelassenen Einkommen aus unselbstständiger Arbeit sogar einen Verstoß gegen die Verfassung dar.

---

<sup>42</sup> Vgl. Goeschel, Albrecht: Exportwettlauf in die Armutsfalle: Das Wachstumswunder und seine Folgen für die soziale Lage und das politische Bewusstsein in Nordrhein-Westfalen. In: Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): „Große Koalition“ – Enkelkinder und Großeltern gegen Bildungskrise und Altersarmut, Düsseldorf 2008, S. 63-80.

<sup>43</sup> Wirtschaftspolitisch ebenso problematisch erscheint auch die seit dem Verzicht auf die Vermögenssteuer als Ländersteuer verstärkte Absenkung der öffentlichen Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich. Hierdurch wird die dienstleistungsbezogene Investitionsquote verringert. – Vgl. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.): Arme Länder sparen bei Krankenhäuser-Vermögenssteuer ausgesetzt – Krankenhausinvestitionen gekürzt. Berlin o.J. und Flassbeck, Heiner, Spiecker, Friederike: Das Ende der Massenarbeitslosigkeit, Frankfurt a. Main 2007, S. 207 ff.

<sup>44</sup> Wirtschaftspolitisch ebenso fragwürdig erscheint ist die Beseitigung der öffentlichen Investitionsfinanzierung und deren Ankoppelung an die von den Krankenkassen zu zahlenden Leistungspreise und damit die Leistungsunterschiede zwischen den Krankenhäusern. – Vgl. Reher, Rolf: Wendepolitik im Krankenhaus. In: Arnold, Michael, Paffrath, Dieter: (Hrsg.): Krankenhaus-Report `93, Stuttgart 1993, S. 16-30 sowie Wasem, Jürgen, Vincenti, Aurelio: Monistische Krankenhausfinanzierung. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report `99, Stuttgart 2000, S. 231-243.

## 7. Gesundheitspolitischen Aufgaben der Sozial- und Wohlfahrtsverbände

Für die Sozialverbände und für die Wohlfahrtsverbände in Deutschland stellen sich in der nächsten Zeit folgende Sofortaufgaben: Prüfung, inwieweit die sogenannten Reformen im Gesundheitswesen, gerade auch im Krankenhausbereich, direkt bei den Patienten und indirekt durch Verschlimmerung der Nachfrageschwäche im Inland Armut nicht abmildern sondern verfestigen und verstärken. Der Paritätische Wohlfahrtsverband hat hier bereits vorgearbeitet und eine erste Studie zur „Gesundheitsarmut bei Kindern“<sup>45</sup> vorgelegt.

Dann sollten die gesamtwirtschaftlichen und die gesamtgesellschaftlichen, vor allem aber auch die verfassungspolitischen Folgen des zentralen Gesundheitsfonds untersucht werden. Es muss untersucht werden, welche Regionen und welche Sozialgruppen hier besonders benachteiligt werden.

Vor allem sollten die Sozial- und Wohlfahrtsverbände nach dem Wegfall oder besser der Neutralisierung der Kommunen und der Länder und nach der Entfernung der Landesplanung und Raumordnung aus der Krankenhausversorgung nun direkt sozial- und gesundheitspolitisch die Interessen der Bürger und Steuerzahler, der Versicherten und Beitragszahler und vor allem auch der Kranken und Gesunden, der heutigen und der zukünftigen Patientinnen und Patienten, offensiv vertreten.

Hierzu gehört sicherlich die Forderung nach einer Ersetzung des zentralen Gesundheitsfonds durch Länderfonds<sup>46</sup> – nur so kann dieses enorme Finanzvolumen verfassungskonform gesteuert werden<sup>47</sup>, und hierzu gehört sicherlich die stärkere Betonung einer an Lebenslagen und nicht an Hightech und Prestige orientierten Medizin.<sup>48</sup>

„Hierzu gehört die Forderung nach einer Ersetzung des zentralen Gesundheitsfonds durch Länderfonds – nur so kann dieses enorme Finanzvolumen verfassungskonform gesteuert werden.“

---

<sup>45</sup> Vgl. Martens, Rudolf: Gesundheitsarmut bei Kindern am Beispiel Bayerns (Hrsg.): Paritätische Forschungsstelle, Berlin 08.07.2008.

<sup>46</sup> Vgl. hierzu u.a. Goeschel, Albrecht: Regionale Unterschiede in Gesundheitsbedarf und Wirtschaftskraft als Sachzwang für die Neuordnung der Krankenkassenlandschaft. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Mit weniger Kassen zu besseren Leistungen?, München 2003, S. 75-86.

<sup>47</sup> Vgl. Gaßner, Maximilian: Föderale Staatsordnung als Leitbild für eine robuste Krankenversicherung. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Mit weniger Kassen zu besseren Leistungen? A.a.O., S. 121-135 und Köck, Christian: Über die Liberalisierung des Marktes im Gesundheitsbereich. In: Arnold, Michael, Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report`95, Stuttgart 1995, S. 59-79.

<sup>48</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen – Gutachten 2005, S. 115-180 und Arnold, Michael: Editorial. In: Arnold et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report `99, Stuttgart 2000, S. 1 ff.