POLITIK 01.12.2012

Die Grenzen der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser

Sozialstaatsprinzip

Die Bundesrepublik Deutschland ist gemäß Artikel 20 Abs. 1 des Grundgesetzes ein demokratischer und sozialer Bundesstaat. Das Sozialstaatsprinzip steht gleichberechtigt in der Reihe der **fünf Staatsstrukturprinzipien** (Republik, Demokratie, Bundesstaat, Sozialstaat, Rechtsstaat), ist unabänderlich und somit als **verfassungsrechtliche Fundamentalnorm** der Disposition des Gesetzgebers entzogen (Art. 79 Abs. 3 GG). Die Sozialstaatsklausel des Grundgesetzes geht damit weit über die entsprechende Vorschrift des Artikels 151 Abs. 1 Satz 1 der Weimarer Reichsverfassung (WRV) hinaus. Sie beinhaltet eben nicht nur einen Auftrag an den Gesetzgeber, sondern stellt eine **rechtlich unmittelbar bindende Verpflichtung** dar, nicht nur für den Gesetzgeber, sondern auch für die vollziehende Gewalt und für die Rechtsprechung. Sie besagt, dass auf allen Gebieten der Staat alle Maßnahmen nach den Grundsätzen sozialer Gerechtigkeit auszurichten hat (BVerfGE 1, 105).

Aus der Sozialstaatsklausel des Grundgesetzes ist freilich nicht die Einrichtung eines totalen Wohlfahrtsstaates ableitbar. Den Staat trifft mithin nicht die grundgesetzlich unmittelbar ableitbare Verpflichtung, selbst als Träger von Wirtschafts- und Sozialeinrichtungen aufzutreten. Sozialstaatlich geht es zunächst lediglich um die Gestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen. Diese müssen die annähernd gleichmäßige Förderung des Wohls aller Bürger und die annähernd gleichmäßige Verteilung der Lasten anstreben, regeln und im tatsächlichen gesellschaftlichen Leben realisieren (BVerfGE 5, 85/198).

Der Gesetzgeber kann zur Verwirklichung der sozialstaatlichen Aufgaben neben den zuständigen Verwaltungsbehörden auch die Mitwirkung privater Wohlfahrtsorganisationen vorsehen (BVerfG, NJW 1967, 1795).

Seinen konkreten Ausfluss findet das Sozialstaatsprinzip im Bereich der sog. **Daseinsvorsorge**, zu der (beispielsweise neben der Arbeitsvermittlung, dem Schulwesen, der Bereitstellung öffentlicher Verkehrsmittel oder etwa der Versorgung mit Strom, Gas und Wasser) auch die Gesundheitsvorsorge und damit das Krankenhauswesen gehören. Kernaussage der Daseinsvorsorge ist die Verpflichtung des Staates, Leistungen zugunsten des Einzelnen zu erbringen, freilich nicht kostenlos, sondern für eine zumutbare Gegenleistung. Die Erbringung von Gesundheitsleistungen und damit auch die Vorhaltung von Krankenhäusern geschehen mithin nicht aus Nützlichkeitserwägungen, sondern vielmehr aufgrund einer unmittelbar bindenden verfassungsrechtlichen Verpflichtung aus Art. 20 Abs. 1 des Grundgesetzes.

Dem Staat steht es keineswegs frei, ob er Krankenhäuser vorhalten möchte oder nicht, ihn trifft auch nicht ein bloßer Verfassungsauftrag (wie in der Weimarer Reichsverfassung), die **verfassungsrechtliche Verpflichtung** binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung vielmehr als unmittelbar geltendes Recht, im Übrigen über die Rechtsweg-Garantie mit einem einklagbaren Rechtsanspruch des Beschwerten.

Bei der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern geht es nicht um die Verfolgung erwerbswirtschaftlicher Prinzipien, sondern um eine Bedarfsdeckung, die ausreichend und zweckmäßig sein

muss. Der **Sicherstellungsauftrag für die stationäre Krankenhausversorgung** liegt bei den Landkreisen und kreisfreien Städten, und zwar zeitlich stets und inhaltlich unabhängig von der konkreten Trägerschaft der Einrichtungen in diesen Gebietskörperschaften.

Geben anderweitige Rechtsträger stationäre Versorgungsaufträge ganz oder teilweise an den Staat zurück, so fällt die Verpflichtung zur Trägerschaft letztendlich den zuständigen Gebietskörperschaften anheim.

Wenn es aber im Rahmen des Sicherstellungsauftrages negativ letztendlich zur Verpflichtung einer öffentlichen Trägerschaft kommen kann, so ist es andererseits ebenso zulässig, positiv und präventiv die Grenzen der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser aufzuzeigen, die dort liegen, wo das Sozialstaatsprinzip inhaltlich so weit ausgehöhlt wird, dass es – seines Kernbestandes beraubt – zur bloßen Floskel verkommt.

Im konkreten Fall der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser tut sich ein brisantes Spannungsverhältnis auf: Zwischen dem ebenfalls **verfassungsrechtlich geforderten Schutz der persönlichen Freiheit des Einzelnen** und der **Forderung nach einer sozialstaatlichen Ordnung** besteht eben gerade diese unaufhebbare und grundsätzliche Spannungslage (BVerfGE 10, 354/370). Der Staat hat bei Entscheidungen zwischen diesen beiden verfassungsrechtlichen Grundsätzen einen **gewissen Spielraum**; seine Entscheidung zugunsten der Freiheit der persönlichen Entfaltung des Einzelnen ist jedenfalls dann nicht zu beanstanden, wenn eine andere Lösung durch das Sozialstaatsprinzip nicht unbedingt geboten ist (BVerfGE 18, 257/267). In welchem Fall ist folglich die öffentliche Trägerschaft eines Krankenhauses geboten und wo können die Grenzen der Privatisierung liegen?

Pluralität der Träger

Aus Subsidiaritätserwägungen ist das Krankenhauswesen vom Grundsatz der Pluralität der Träger geprägt. Bedingt durch die gesetzgeberische Verknappung der den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Finanzmittel und der dadurch ausgelösten finanziellen Schwierigkeiten haben Städte und Landkreise, aber auch Bundesländer ihre Krankenhäuser an private Träger übergeben, wovon sie sich insbesondere eine Entlastung ihrer Haushalte versprechen. So ist der Anteil der privaten Krankenhäuser gestiegen, der der öffentlichen Krankenhäuser hat sich reduziert, während die Anzahl der freigemeinnützigen Krankenhäuser im Wesentlichen konstant blieb.

Die weitere Beibehaltung der Trägervielfalt ist von gesellschaftspolitischer Bedeutung, weil unterschiedliche Träger eben deutlich unterschiedliche Ziele verfolgen:

Für **öffentliche Träger** sind Krankenhäuser ein gewichtiger Baustein der Sozial- und Gesundheitspolitik. Sie handeln aus sozialer Motivation heraus und entscheiden nach politischen Erwägungen, sehr viel weniger unter Renditegesichtspunkten, was jedoch keineswegs als „unwirtschaftlich“ klassifiziert werden darf.

Freigemeinnützige Krankenhausträger verfolgen weltanschauliche Gesichtspunkte; ihre Einrichtungen sind sog. Tendenzbetriebe. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege handeln aus ihrer menschenorientierten Tradition und den daraus abgeleiteten Wesensmerkmalen (z. B. Deutsches Rotes Kreuz, Johanniter- oder Malteserorden, Arbeiterwohlfahrt usw.). Kirchliche Krankenhäuser sehen ihren Hauptzweck in der religiös begründeten Caritas.

Private Krankenhausträger verfolgen in erster Linie erwerbswirtschaftliche Ziele, insbesondere eine angemessene Verzinsung des eingesetzten Eigenkapitals. Sozialpolitische oder weltanschauliche Gesichtspunkte treten zurück.

Aus der Sicht des Staates stehen diese unterschiedlichen Ziele legitim und gleichberechtigt nebeneinander. Den Staat selbst trifft aufgrund des **Toleranz- und Neutralitätsgebotes** einerseits die Unterlassungspflicht, keine freigemeinnützige bzw. private Vereinigung von der Möglichkeit einer Krankenhaus-Trägerschaft auszuschließen, andererseits aber auch eine aktive Gestaltungspflicht, seine sozialpolitische Verantwortung tatsächlich wahrzunehmen. Der Staat darf sich nicht mit dem vordergründigen Argument, er überlasse das Gesundheitswesen zunehmend dem Wettbewerb, aus seiner grundgesetzlichen Verantwortung für die öffentliche Daseinsvorsorge zurückziehen.

Die **Pluralität der Träger** hat zu einem **wohltuenden Gleichgewicht divergierender Ziele** und damit zu einem Ausgleich von Zielkonflikten geführt. Unterschiedliche Träger mit unterschiedlichen Zielen haben das deutsche Krankenhauswesen bereichert und weiterentwickelt. Einseitigkeiten konnten so vermieden werden. Die Pluralität der Anschauungen der Träger spiegelt so eine **plurale und offene Gesellschaft** wider.

Dieses Gleichgewicht kommt jedoch ins Wanken, werden wirtschaftliche Ziele durch eine ungebremste Privatisierung überbetont. Die Entwicklung der **deutschen Energieversorgung ist dafür ein reales Beispiel**. Eine „Liberalisierung des Strommarktes“ sollte zu mehr Wettbewerb und marktwirtschaftlichen Elementen führen – nahezu deckungsgleiche Argumente, wie sie uns bei der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser begegnen. Doch genau das Gegenteil trat ein. Eine über viele öffentliche Stadtwerke (zumeist in der Rechtsform eines Regiebetriebes) dislozierte Stromversorgung wurde nicht liberalisiert, sondern zunehmend monopolisiert. Das Ergebnis sind heute oligopolistische Strukturen mit vier regional aufgestellten, marktbeherrschenden Unternehmen, die bewusste Ausschaltung jeglichen Wettbewerbs und damit verbundene irreparable finanzielle Folgen für die Benutzer. Ausgangs- und Diskussionslage bei der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser sind nahezu deckungsgleich, und es spricht nicht viel dafür, denselben Fehler ein zweites Mal zu begehen, indem das **Gleichgewicht der Ziele pluraler Trägerstrukturen** durch eine Monokultur zunehmender Ökonomisierung substituiert wird.

Es ist daher für das Krankenhauswesen von existenzieller Bedeutung, die Pluralität der Träger zu erhalten, die **Existenz unterschiedlicher Zielvorstellungen** als Ausfluss der grundgesetzlichen Sozialstaatsklausel zu gewährleisten und damit eine einseitige Ökonomisierung der Zielkonflikte zu vermeiden.

Der nicht vorhandene Gesundheits-Markt

Die Benutzer von Krankenhäusern – folglich wir alle – stellen den legitimen Anspruch an den Staat, im Rahmen des **grundgesetzlichen Gleichheitsgrundsatzes** auf annähernd **gleiche Lebensverhältnisse** hinzuarbeiten. Der Staat muss also aktiv und damit positiv die Gleichbehandlung seiner Bürger gewährleisten. Andererseits trifft ihn negativ eine Unterlassungspflicht, nämlich nicht selbst die Ursache für Ungleichbehandlungen zu sein, indem er durch gesetzgeberische Maßnahmen Ungleichheit schafft. Der Bürger erwartet vom Staat zu Recht

die Wahrnehmung seiner Ausgleichsfunktion. So wäre es mit der staatlichen Verpflichtung zur Gestaltung gleicher Lebensverhältnisse nicht in Einklang zu bringen, wenn sozialstaatliche Einrichtungen wie beispielsweise Krankenhäuser von der wirtschaftlichen Potenz großer Ballungs- und Metropolregionen abhingen.

Die Qualität der Patientenversorgung kann nicht vom Beitragsaufkommen und damit von der Wirtschaftskraft des Raumes abhängen. Hier gilt es, im Wesentlichen gleiche Lebensvorgänge auch gleich zu gestalten – und dies für Patienten, Krankenhäuser und Sozialleistungsträger gleichermaßen.

Nichtsdestotrotz wird bei der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser mit mehr Markt und Wettbewerb argumentiert – eine methodisch unsaubere und **irrige Begriffsverwendung**.

Das Gesundheitswesen ist gerade kein Markt im klassischen Sinne:

- Im Gesundheitswesen haben wir keine selbstregulierende **Preisbildung von Angebot und Nachfrage**.
- Das Gesundheitswesen kennt keine **Investitionsautonomie** der Anbieter; sie soll ja gerade nicht vom Staat ungesteuert und „marktüblich“ sein. Ersetzt wird sie durch öffentliche Planungs- und Bedarfsdeckungsverfahren mit rechtsmittelfähigen Entscheidungen.
- Was dem Anbieter an Investitionsautonomie fehlt, fehlt dem Nachfrager an **Markttransparenz**. Auch dieses Marktkriterium entfällt.
- Zur Kennzeichnung des klassischen Marktes gehören die Kriterien von **Konsumfreiheit, Vertragsfreiheit und Kundenautonomie**. Doch: Konsumfreiheit und Kundenautonomie gibt es im Gesundheitswesen nicht. Niemand lässt sich freiwillig operieren, die Entscheidung wird ihm durch Vorlage einer **akuten Lebenssituation** abgenommen, sein **freier Entscheidungsspielraum auf Null reduziert**. Vertragsfreiheit wird durch das Sachleistungsprinzip ersetzt.

Alle klassischen Marktelemente liegen also im Gesundheitswesen gerade nicht vor und sollen aus übergeordneten sozialstaatlichen Gesichtspunkten auch gar nicht implementiert werden. Keine Gesellschaft kann die Erbringung von Gesundheitsleistungen dem „Markt“ überlassen.

Ein Gesundheitsmarkt ist folglich gar nicht vorhanden.

Die objektive Negation des Marktes im Gesundheitswesen lässt erhebliche Zweifel daran zu, ob eine marktübliche Preisbildung im Krankenhausbereich aus prinzipiell sozialstaatlicher Sicht erstrebenswert bzw. für die Bürger und mithin potenziellen Patienten überhaupt wünschenswert wäre:

In einem **marktüblichen Preissystem** (beispielsweise ausgestaltet als Richt- bzw. Höchstpreise) wird der **Wettbewerb über den Preis**, also direkt über die Benutzerentgelte hergestellt. Die betriebswirtschaftlichen Anreize liegen mithin überwiegend bei der Preis- und damit bei der Kostenreduzierung. Es geht um den Abbau von und damit den Verzicht auf medizinische Leistungen. Dies wirkt für das gesamte Gesundheitswesen leistungsminimierend und ist folglich im Kern leistungsfeindlich. In einem solchen Richt- oder Höchstpreissystem kann sich kein medizinischer Fortschritt entwickeln, geschweige denn, flächendeckend in das Land ergießen. Betriebswirtschaftliche Stagnation einerseits und medizinisch-inhaltlicher Rückschritt andererseits wären die Folgen.

In einem **Festpreissystem** wird der **Wettbewerb dagegen über die Qualität**, also die originäre Leistung an sich, hergestellt. Für die Anbieter entstünden keine falschen betriebswirtschaftlichen Anreize zum Leistungsabbau. Sie hätten vielmehr ein Interesse am Ausbau medizinischer Leistungen, an Entwicklung, Forschung und Fortschritt. Nutznießer wären die Patienten selbst. Ein Festpreissystem wirkt für das gesamte Gesundheitswesen leistungsfördernd und innovativ. Nicht Stagnation und Rückschritt wären die Folgen, sondern Leistung und Fortschritt.

Marktwirtschaftliche Gesichtspunkte halten folglich insgesamt den Anforderungen des deutschen Gesundheitswesens nicht stand.

Im patientenorientierten Sinne muss das System in erster Linie die Erbringung von Gesundheitsleistungen sowie **Forschung und Fortschritt fördern** und unterstützen, selbstverständlich zu wirtschaftlichen und effizienten Bedingungen. Es darf aber nicht systemimmanent falsche Anreize zum Leistungsverzicht und damit zur eigentlichen Vorenthaltung bedarfsnotwendiger medizinischer Leistungen für den Patienten setzen.

In diesem Sinne hat sich das System der öffentlichen Versorgung mit Krankenhäusern und die Orientierung am Bedarfsdeckungsprinzip bestens bewährt. Es hat das bundesdeutsche Gesundheitswesen an die **Spitze des europäischen Vergleichs der Systeme** geführt.

Nicht ohne Grund wird Deutschland von seinen europäischen Nachbarn und außereuropäischen Partnern um dieses leistungsfähige – öffentlich gesteuerte – Gesundheitswesen beneidet.

Universitäre Spitzenmedizin als Motor der Leistungsentwicklung des nationalen Gesundheitswesens

Das System **unterschiedlicher Versorgungsstufen der Krankenhäuser** hat nicht nur für den Patienten gemäß einer adäquaten Behandlung der Schwere seiner Erkrankung große Vorteile, sondern wirkt für das gesamte Gesundheitswesen innovativ und leistungsfördernd. Die **Einführung des DRG-Systems** nicht nur als Klassifikations-, sondern auch als Abrechnungssystem hat dieser Entwicklung eine gewisse Zäsur gesetzt.

Solange unterschiedliche Krankenhausbudgets der Normalfall waren, konnten sich die Häuser der Maximal- und Schwerpunktversorgung als regelrechte Zugmaschinen der Weiterentwicklung und des Fortschritts der klinischen Medizin betätigen. Die ersten medizinischen Großgeräte – ob CT, MRT, DSA, Gamma-Kameras, Linearbeschleuniger oder Lithotripter – wurden in den großen Häusern höherwertiger Versorgungsstufen betrieben. Universitätsklinika, Maximal- und Schwerpunktkrankenhäuser waren **„die Motoren des medizinischen Fortschritts des nationalen Gesundheitswesens“** und nahmen so gewissermaßen in ihrem Schlepptau mit entsprechender zeitlicher Verzögerung auch die Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung mit auf diesem Weg. Die aus der Forschung entwickelten Innovationen fanden schnell klinische Anwendung. Es ist ein hohes Verdienst der Medizin, der Verantwortlichen im Gesundheitswesen aber gleichermaßen auch der deutschen Gesundheitspolitik, dass sich nicht nur (wie z. B. in anderen europäischen und außereuropäischen Industriestaaten) wenige Zentren im Lande bildeten, sondern sich der **medizinische Fortschritt gewissermaßen flächendeckend** ins gesamte Land ergoss und damit der gesamten Bevölkerung zugute kam.

Das DRG-Abrechnungssystem verkehrt diese Leistungsausrichtung und schleift sie auf das Durchschnittsniveau ab. Das System ist gedanklich auf **Leistungsverzicht**, Entwicklungsstau, zumindest aber auf eine gewisse Abbremsung des medizinischen Fortschritts ausgerichtet, denn Krankenhäuser mit einem hohen Innovationspotenzial laufen Gefahr, anspruchsvolle Medizin künftig nicht mehr ausreichend finanziert zu bekommen. Finanzielle Anreize verlocken zum Leistungsverzicht.

Das betriebswirtschaftliche Grundübel für die deutschen Universitätsklinika ist nicht deren angebliche „Unwirtschaftlichkeit“ (die nachzuweisen im Übrigen noch niemand in der Lage war), sondern die Unmöglichkeit des gesetzgeberischen Gedankens, universitäre Spitzenmedizin ließe sich letztlich in der Addition der Fälle auf dem wirtschaftlichen Durchschnitt eines Landesbasisfallwertes realisieren.

Eine weitere Verschärfung erfährt das System durch die **Existenz unterschiedlicher Landesbasisfallwerte**. So entsteht die (geradezu skurrile) Situation, dass ein Universitätsklinikum in einem Bundesland mit geringem Landesbasisfallwert für die gleiche medizinische Leistung niedriger vergütet wird als ein Krankenhaus der Grundversorgung in einem Bundesland mit einem hohen Landesbasisfallwert, einmal ganz davon abgesehen, dass die Leistungen gleicher Art und Güte unter den deutschen Universitätsklinika auch noch unterschiedlich vergütet werden.

Aus all diesen Entwicklungen und Beispielen ist es nur verständlich, dass das DRG-Abrechnungssystem aus der Sicht der Maximalversorger als leistungsfeindlich klassifiziert wird.

Was bedeuten nun diese Rahmenbedingungen für eine Privatisierung eines Universitätsklinikums?

Die Tendenz zum Leistungsverzicht bis hin zur Aufgabe ganzer klinischer Bereiche und Institute wird sich verstärken. Da Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung das reduzierte Innovationspotenzial nicht kompensieren können, leidet das gesamte Krankenhauswesen an einem inhaltlichen Niveauverlust. **Je höherwertiger die Versorgungsstufe des privatisierten vormaligen öffentlichen Krankenhauses ist, desto gravierender sind die Einschnitte für das gesamte Krankenhauswesen, die ein neuer privater Träger aus betriebswirtschaftlichen Gründen in die Struktur** des übernommenen Universitätsklinikums vornimmt. Anders ausgedrückt steigt die Notwendigkeit der Existenz öffentlicher Krankenhausträger mit zunehmender Versorgungsstufe der Einrichtung.

In besonderer Weise problematisch hinsichtlich der Sozialstaatsklausel des Grundgesetzes wird diese Situation dann, wenn ein Bundesland lediglich über eine einzige Einrichtung der universitären Maximalversorgung verfügt. In diesem Falle hat der staatliche Krankenhausträger nicht unter wirtschaftlichen, sondern **ausschließlich unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten abzuwägen**, inwieweit eine andere Lösung als die der Privatisierung durch das Sozialstaatsprinzip geboten ist.

Dort, wo sich diese Entscheidung auf einen einzigen, möglichen Fall fokussiert, muss der staatliche Träger zwischen dem Staatsstrukturprinzip der Sozialstaatsklausel und wirtschaftlichen Nützlichkeitsüberlegungen abwägen. In diese Entscheidung hineingestellt, können **wirtschaftliche Nützlichkeitsüberlegungen dem Grunde nach niemals der Sozialstaatsklausel des Grundgesetzes gleichrangig** sein.

Auswirkungen der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser

Jeder Krankenhausträger orientiert seine betrieblichen Entscheidungen an den aufgestellten **Unternehmenszielen**. Die Ziele einer Privatisierung sind folglich:

- Restrukturierung von Versorgungsabläufen
- Erzielung von Synergieeffekten
- Erhöhung der Effizienz
- Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit.

Diese (Unter-)Ziele dienen der Erreichung des (Haupt-)Zieles, nämlich der (betriebswirtschaftlich unbedingt notwendigen) **Refinanzierung des Kaufpreises** sowie der (völlig legitimen) Erwirtschaftung der **Eigenkapitalrendite** aus dem laufenden Krankenhausbetrieb. Was für die Unternehmen anderer Wirtschaftsbranchen völlig selbstverständlich ist, ist für das deutsche Krankenhauswesen aufgrund der sog. **dualen Finanzierung** eben außergewöhnlich: Struktur, Kalkulation und Höhe (DRG-Definitionen, Relativgewichte, Basisfallwerte) der Benutzerentgelte sehen eben gerade keinen Ansatz für das eingesetzte Eigenkapital des Krankenhausträgers vor. **Eigenkapitalkosten oder Abschreibungen auf eigenfinanzierte Anlagegüter sind in den DRG-Kalkulationen gerade nicht enthalten.** Hier tut sich das eigentliche Spannungsverhältnis bei der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser auf:

Während der neue private Krankenhausträger die Refinanzierung des Eigenkapitals erwartet, stellen die Benutzungsentgelte lediglich das wirtschaftliche Äquivalent für die reine Krankenversorgung dar. Die Folgen sind eindeutig: Soll das Eigenkapital refinanziert werden, müssen zwingend die Aufwendungen für die reine Krankenversorgung reduziert werden, da eine anderweitige Alternative nicht verfügbar ist.

Die daraus resultierenden, konkreten Maßnahmen sind klar:

Restrukturierung von Versorgungsabläufen

- Aufgabe nichtprofitabler Leistungsbereiche
- Reduzierung der Anzahl der Beschäftigten

Erzielung von Synergieeffekten

- Reduzierung der tariflichen Löhne und Gehälter durch Outsourcing/Gründung von Servicegesellschaften/Tarifflucht
- Reduzierung des Sachmittelaufwandes durch preisliche und qualitative Substitution

Erhöhung der Effizienz

- Verdichtung der Arbeitsbelastung
- Erhöhung der Leistungsmenge pro Beschäftigten

Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit

- Gewinnerzielung
- Betriebsmittelabfluss gem. Tilgungsplan für das eingesetzte Eigenkapital (cash-pool).

Die eigentliche Diskrepanz liegt dem Grunde nach in der **dualen Finanzierung** bzw. der nicht ausreichenden Finanzierung der laufenden Betriebskosten. Denn öffentliche Krankenhäuser handeln per se nicht unwirtschaftlicher als die Einrichtungen anderer Trägergruppen. Andererseits sind private Krankenhäuser per se nicht wirtschaftlicher. Die bundesdeutsche Krankenhauslandschaft mit mehr als 2.000 Akuthäusern ist reich an Beispielen wirtschaftlich erfolgreicher öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser sowie wirtschaftlich nicht erfolgreicher öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Einrichtungen.

Die **Art der Trägerschaft** ist für den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses genauso **nachrangig**, wie man die **Organisations- und Rechtsform vernachlässigen kann**. Ob ein Krankenhaus als unselbständiger Regiebetrieb, Eigenbetrieb oder gemeinnützige bzw. nicht gemeinnützige Kapitalgesellschaft (gGmbH, GmbH) geführt wird, ist dem Grunde nach nicht wichtig. Wichtig sind die betrieblichen Entscheidungen.

Am wichtigsten aber bleiben die handelnden Personen. **Der Faktor Mensch ist im Krankenhausbetrieb unersetzlich.**

Zusammenfassung

Die Sozialstaatsklausel des Art. 20 Abs. 1 des Grundgesetzes gehört als eines der **fünf Staatsstrukturprinzipien** zu den **verfassungsrechtlichen Fundamentalnormen**, die unabänderlich und demzufolge Disposition des Gesetzgebers definitiv entzogen sind.

Daraus lässt sich jedoch unmittelbar nicht die Verpflichtung des Staates zur Trägerschaft öffentlicher Krankenhäuser herleiten.

Vielmehr genießt er bei der Entscheidung zwischen dem verfassungsrechtlichen Schutz der persönlichen Freiheit des Einzelnen und der Forderung nach einer sozialstaatlichen Ordnung einen gewissen **Entscheidungsspielraum**. Seine Entscheidung zugunsten der Freiheit der persönlichen Entfaltung des Einzelnen ist dann nicht zu beanstanden, wenn eine andere Lösung durch das Sozialstaatsprinzip nicht unbedingt geboten ist. Anders ausgedrückt: Dort, wo **eine andere Lösung durch das Sozialstaatsprinzip als geboten erscheint, genießt das verfassungsrechtliche Sozialstaatsgebot höherrangiges Gewicht als wirtschaftliche Erwägungen** zur persönlichen Entfaltung des Einzelnen (z. B. in Form der Trägerschaft privater Krankenhäuser).

Die **Pluralität der Trägerschaften** bundesdeutscher Krankenhäuser verpflichtet weiterhin zur Bewahrung eines Gleichgewichtes der in der Tendenz zwar unterschiedlichen, verfassungsrechtlich wohl aber gleichrangigen Ziele. Den Staat trifft hier ein **Toleranz- und Neutralitätsgebot**. Er darf ausschließlich ökonomische Gesichtspunkte nicht über Gebühr präferieren, ebenso wie er private bzw. weltanschauliche Träger (z. B. freie Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Diakonie, Caritas) von der Trägerschaft stationärer Einrichtungen nicht ausschließen darf.

Da im Gesundheitswesen – in Sonderheit im Krankenhauswesen – **kein klassischer Markt im originären Sinne** vorhanden ist, scheiden markt- bzw. wettbewerbsorientierte Argumentations- und Begriffsverwendungen zur Präferierung einer Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser objektiv aus. Ein **marktübliches Preissystem hält den Anforderungen** des deutschen Gesundheitswesens **nicht stand**.

Die universitäre Spitzenmedizin hat sich im deutschen System unterschiedlicher Versorgungsstufen als Motor der Leistungsentwicklung des gesamten nationalen Gesundheitswesens erwiesen. **Je höherwertiger die Versorgungsstufe des öffentlichen und in der Diskussion zu privatisierenden Krankenhauses ist, desto gravierender werden die Einschnitte für das gesamte Krankenhauswesen sein, die ein neuer privater Träger aus betriebswirtschaftlichen Gründen in die Struktur der Maximalversorgung wird vornehmen müssen.** Die Unternehmensziele eines privaten Krankenhausträgers sind vornehmlich auf die Refinanzierung des Kaufpreises sowie die (legitime) Erwirtschaftung der Eigenkapitalrendite ausgerichtet. Dadurch führen sie unmittelbar zur Leistungsreduzierung für Beschäftigte und Patienten. Bedingt ist diese Diskrepanz durch die duale Finanzierung, wobei Art und Trägerschaft sowie Organisations- und Rechtsform der Krankenhäuser für ihren wirtschaftlichen Erfolg zu vernachlässigen sind. Ausschlaggebend sind die Entscheidungen der handelnden Personen.

Letztendlich liegen die vertretbaren, objektiven Grenzen der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser dort, wo der staatliche Träger infolge der Einzigartigkeit eines maximalversorgenden Krankenhauses in einem Bundesland abzuwägen hat zwischen dem verfassungsrechtlichen Sozialstaatsprinzips einerseits und betriebswirtschaftlichen Nützlichkeitserwägungen andererseits. Obwohl der Staat bei dieser Entscheidung einen gewissen Spielraum genießt, ist seine Entscheidung zugunsten der **Freiheit der persönlichen Entfaltung des Einzelnen** dann nicht zu beanstanden, wenn eine andere Lösung durch das **Sozialstaatsprinzips** nicht unbedingt geboten ist. Dort aber, wo sich diese Entscheidung auf einen **einzigen möglichen Fall** der Abwägung zwischen der Allgemeinbezogenheit der verfassungsrechtlichen Fundamentalnorm des Sozialstaatsprinzips einerseits und dem eher solitär bezogenen Schutz der persönlichen Freiheit des Einzelnen in Form seiner wirtschaftlichen Betätigung (als Krankenhausträger) fokussiert, wird man der Allgemeinbezogenheit im Sinne des Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 des Grundgesetzes die verfassungsrechtliche Präferenz einräumen müssen.

Dann nämlich erscheint die Lösung durch das Sozialstaatsprinzip als unbedingt geboten (BVerfGE 18, 257/267).

Daraus folgt als Ergebnis, dass die Grenzen der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser dort liegen, wo in einem Bundesland ein einziges Krankenhaus der Versorgungsstufe eines universitären Maximalversorgers vorhanden ist. In diesem Falle erscheint eine Lösung durch das Sozialstaatsprinzips als unbedingt geboten (BVerfGE 18, 257/267), was eine Privatisierung eines solchen Krankenhauses ausschließen sollte.

Obst L. Die Grenzen der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser. Passion Chirurgie. 2012 Dezember; 2(12): Artikel 07_01.