

Gäfgen, Gérard

**Working Paper**

## Effizienz- und Wettbewerbswirkungen der Krankenhausbedarfsplanung

Diskussionsbeiträge - Serie A, No. 191

**Provided in Cooperation with:**

Department of Economics, University of Konstanz

*Suggested Citation:* Gäfgen, Gérard (1984) : Effizienz- und Wettbewerbswirkungen der  
Krankenhausbedarfsplanung, Diskussionsbeiträge - Serie A, No. 191, Universität Konstanz, Fakultät  
für Wirtschaftswissenschaften und Statistik, Konstanz

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/75154>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen  
Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle  
Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich  
machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

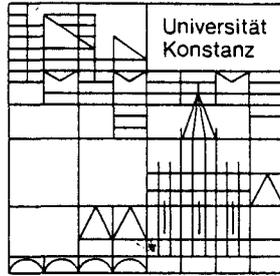
Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen  
(insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten,  
gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort  
genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal  
and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to  
exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the  
internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content  
Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise  
further usage rights as specified in the indicated licence.*



**Fakultät für  
Wirtschaftswissenschaften  
und Statistik**

---

Gérard Gäfgen

**Effizienz- und  
Wettbewerbswirkungen  
der Krankenhausbedarfsplanung**

Diskussionsbeiträge

---

EFFIZIENZ- UND WETTBEWERBSWIRKUNGEN  
DER KRANKENHAUSBEDARFSPLANUNG

Gérard Gäfgen

Serie A - Nr. 191

November 1984

Serie A: Volkswirtschaftliche Beiträge

Serie B: Finanzwissenschaftliche Arbeitspapiere

Serie C: Betriebswirtschaftliche Beiträge

## Effizienz- und Wettbewerbswirkungen der Krankenhausbedarfsplanung

### I. Krankenhausbedarfsplanung als sektorale Investitionslenkung.

Die Planungs- und Finanzierungsvorschriften für den Bereich der stationären Versorgung, wie sie im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 in der Neufassung durch das Krankenhauskostendämpfungsgesetz (KH-KG) von 1981<sup>1)</sup> sowie in den Krankenhausgesetzen der Bundesländer niedergelegt sind, konstituieren ein Verfahren der zentralen Steuerung des Angebots an Krankenhauskapazitäten. Die beschönigende Bezeichnung "Bedarfsplanung", die auch für analoge Maßnahmen in den USA üblich ist (need-planning, certificate-of-need), läßt sich insoweit rechtfertigen, als das Angebot ausdrücklich einer "bedarfsgerechten Versorgung" der Bevölkerung dienen soll.

Die Lenkung des Angebots setzt als ersten Schritt voraus, daß die Struktur des erwünschten Angebots festgelegt wird (Bedarfsplanung im engeren Sinne des Gesetzes), woraus sich durch Vergleich mit dem Bestand der vorhandenen Krankenhäuser die erwünschten Änderungen ergeben sollen. Die genaue Angebotsstruktur, nämlich Größe (Bettenzahl), Abteilungsgliederung und Standort jedes erwünschten Krankenhauses, ergibt sich aus dem Gesamtbedarf, wenn sowohl die jeweils als autark anzusehende Planungsregion (Versorgungsgebiet) als auch das Krankenhaus-system einer abgestuften Versorgung vorgegeben sind, da das System aus verschiedenen Krankentypen (zumeist definiert als Häuser der Maximal-, Zentral-, Regel-, Grund- und Ergänzungsversorgung) besteht und für diese Typen bestimmte Größenvorstellungen existieren und je nach Land auch Einzugsgebiete definiert sind) und da ferner vom Grundsatz zumutbarer Erreichbarkeit des Krankenhauses ausgegangen wird - übrigens fast das einzige gesetzlich vorgesehene Planungskriterium<sup>2)</sup>. Die aus der Bedarfsplanung ableitbaren erwünschten Änderungen umfassen die Errichtung, Wiederbeschaffung und Ergänzung von Krankenhauskapazitäten

und deren Ausrüstungen, niedergelegt in jährlich fortzuschreibenden Investitionsprogrammen, ferner entsprechende Disinvestitionen (Stilllegungen), Umstellungen und die Erfüllung besonderer Auflagen. Gebietsüberschreitende Effekte sollen durch Beachtung der Patientenwanderungen (auch zwischen Ländern); betriebsüberschreitende Effekte durch überbetriebliche Abstimmung bei der Beschaffung von Großgeräten berücksichtigt werden. Planungsträger sind die zuständigen Landesbehörden, wobei wesentlichen Beteiligten, so den Landes-Krankenhausverbänden, Mitwirkungsrechte zustehen, eine Anhörung einzelner Krankenhäuser aber nur vorgesehen ist, wenn diese von den Maßnahmen direkt betroffen sind. Die Planung ist der Form nach eine indikative Planung en détail, deren Realisierung aber durch derart starke Sanktionen abgesichert ist, daß sie praktisch eine imperative Planung darstellt. Die Sanktionen ergeben sich aus den Finanzierungsvorschriften, nach denen die Vorhaltekosten der stationären Versorgung, willkürlich gleichgesetzt mit den Kapitalkosten, vom Staat zu tragen sind, alle anderen Kosten hingegen voll im Pflegesatz entgolten werden. In der Regel stellt das Land die erforderlichen Finanzierungsmittel in Form von Zuschüssen zur Verfügung, welche die in den Krankenhausbedarfsplan und in das Jahreskrankenhausbauprogramm aufgenommenen Krankenhäuser beantragen dürfen, und in Form von pauschalen Festwerten für die Beschaffung kurzfristiger sowie von mittel- und langfristigen Anlagegütern, welche einen bestimmten Grenzwert nicht übersteigen. Die Pauschalen sind nach Versorgungsstufen bemessen, die Zuschüsse richten sich nach nachgewiesenen Investitionskosten. Nicht plankonforme Investitionen können demnach weder durch Selbstfinanzierung (über den Pflegesatz) noch durch staatliche Zuschüsse finanziert werden. Die Bestimmungen über die Bildung der Pflegesätze bzw. die Anerkennung von darin enthaltenen Kostenelementen durch die Krankenkassen sind entsprechend ausgestaltet. Plankonformität soll also über den "goldenen Zügel" der unentgeltlichen staatlichen Zuschüsse und Pauschalen und den Entzug der Selbstfinanzierung über den Preis bewirkt werden. Stilllegungen werden analog erzwungen durch Verweigerung der Finanzierung von Ersatzinvestitionen bzw. positiv belohnt durch Verzicht auf die in restlichen Anlagewerten noch enthaltenen früheren staatlichen Zuschüsse. Den Zwängen kann sich demnach das Krankenhaus nur entziehen, wenn es sich ganz auf den rein privatwirtschaftlichen Patientenbereich beschränkt oder wenn der Träger einige Leistungen unentgeltlich finanziert (z.B. wenn Kommunen bestimmte nicht plankonforme Leistungen für ihre Bürger zur Verfügung stellen möchten).

Die solchermaßen ausgeprägte zentrale Angebotslenkung wird gesetzlich begründet mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung durch leistungsfähige Krankenhäuser zu sozial tragbaren Pflegesätzen. Das impliziert, daß hinsichtlich bedürfnisadäquater Allokation, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit<sup>3)</sup> die Selbstregulation versagt: Sie führt zu sichtbar unnötigen, weil unterausgelasteten Kapazitäten (z.B. wenig genutzte Geräte oder "Bettenberge"); zu Kapazitätsausweitungen, die dann über die durch Dominanz der Angebotsseite induzierte Mehrnachfrage ("Roemer-Effekt") auch vermehrt beansprucht werden; zu falschen Betriebsgrößen; zu übermäßigem Qualitätswettbewerb, um für Patienten und für besonders qualifizierte Ärzte attraktiv zu sein; zu Qualitätsmängeln, da in vielen Disziplinen schlechtgenutzte Einrichtungen ungeübtes Personal bedeuten<sup>4)</sup>. Diese Fehlentwicklungen lassen sich aus dem Verhalten gemeinnütziger Krankenhäuser durchaus ableiten, aber nur unter bestimmten Annahmen über die übrigen Bestandteile des Gesundheitssystems. Nur unter diesen Annahmen gilt, daß eine funktionsfähige Bedarfslenkung perverse Wachstumsanreize auf Angebot und Nachfrage (bzw. mangelnde Abbauanreize), Doppelanschaffungen und Koordinationsmängel zu vermeiden, Ressourcen also einzusparen oder in nutzenstiftende Verwendungen umzulenken vermag. Solchen Vorteilen der Angebots- und indirekten Nachfragenlenkung stehen allerdings Nachteile gegenüber<sup>5)</sup>, die möglicherweise bei anderen Maßnahmen zum Ausgleich der Steuerungsmängel nicht vorhanden wären. Auf diese Nachteile und auf ihre eigene Funktionsfähigkeit, also die Erreichung der selbstgesteckten Ziele hin muß sich das deutsche Verfahren der Bedarfslenkung befragen lassen.

## II. Fehlinvestitionen und sonstige Fehlallokationen als Folge der Bedarfsplanung.

### 1. Immanente Planungsmängel.

Sektorale Angebotsplanung führt generell zu Fehlplanungen aufgrund der begrenzten Möglichkeiten eines solchen Planungsverfahrens. Das Krankenhaussystem ist in sich bereits ein komplexes Gebilde, so daß die Planung sich auf viele miteinander verbundene Dimensionen des Krankenhaussystems erstreckt. Das System unterliegt überdies zahllosen sehr variablen äußeren Einflüssen aus dem Gesundheitssystem und den übrigen gesellschaftlichen Bereichen, die kaum prognostizierbar sind<sup>6)</sup>. Man denke etwa an Auswirkungen künftiger medizinischer Neuerungen. Subsysteme aus dem komplexen Zusammenhang herauslösen und als Ganzes für sich manipulieren birgt daher große Risiken von Fehlplanungen. Beispielsweise

bestehen große Ungewißheiten bei der Ableitung von diagnostischen und therapeutischen Mitteln aus angenommenen Gesundheitsdefiziten<sup>7)</sup>. Solche Risiken fallen ohne zentrale Planung in die Verantwortung der Krankenhausträger, die nunmehr diese Verantwortung ablehnen können. Die Risiken von Fehlplanungen lassen sich vom Standpunkt der Planer vermindern durch Abschwächungen der Planungsaussagen. Wo dies nicht möglich ist, weil der Plan verbindliche Handlungsgrundlagen schaffen soll, führen erwiesene Fehler zu Versuchen, den Kompetenzbereich der Planung auf weitere Bereiche auszudehnen, von denen Störungen ausgehen<sup>8)</sup>. Verwiesen sei auf die Einbeziehung konkurrierender medizinischer Einrichtungen in die Krankenhausbedarfsplanung einiger Staaten der USA<sup>9)</sup>. Zu den allgemeinen Planungsmängeln zählt auch die unvermeidliche Ortsferne, Schwerfälligkeit und mangelnde Flexibilität, die der Planung im Gegensatz zu dezentralen Entscheidungsverfahren anhaftet. In engem Zusammenhang damit steht der große Zeitbedarf des Planungsverfahrens, der die ohnehin vorhandenen Verzögerungen bei der Realisierung von Investitionsvorhaben verstärkt. Die statistischen Daten aus den Krankenhauserhebungsbögen und der Bevölkerungsprognose sind längst veraltet, wenn der Bedarfsplan in Kraft tritt<sup>10)</sup>, und darin spiegelt sich noch nicht die Verzögerung der Entscheidungsprozesse für den einzelnen Krankenhausträger wider. Zu solchen Kosten des Planungsprozesses kommen schließlich noch die direkten Kosten hinzu, welche den Planungsträgern und den Krankenhäusern aus der Planbearbeitung erwachsen.

Die Planung von **B e d a r f e n** birgt weitere Schwierigkeiten, die über die allgemeinen Planungsprobleme hinausgehen. Infolge der Unbestimmtheit des Bedarfsbegriffs sind willkürliche Festlegungen unvermeidbar, denn Bedarf bezieht sich immer auf die Realisierung eines Idealzustandes (realer Bedarf), z.B. eines Gesundheitsideals mit Hilfe dazu notwendiger Mittel (instrumenteller Bedarf); — und Ideale sind, wie Boulding zu Recht bemerkt, jederzeit kritisierbar<sup>11)</sup>. Auch fragt Bedarfsfixierung nicht danach, welche Einbußen bei anderen gesellschaftlichen Zielen die Realisierung des Ideals mit sich bringt. Wird ein bestimmter Mittelbedarf zu einer nur graduellen Annäherung an ein Ideal postuliert, so erweist sich der festgelegte Standard immer als elastisch, da zusätzlich geschaffene soziale Dienste auch stets genutzt werden<sup>12)</sup>. Bedarfsfixierung kann daher vom Standpunkt der Berücksichtigung noch weiterer Zielgesichtspunkte zu weit getrieben werden und damit sozial verschwenderisch sein.

Eine Planungsmethode muß nun bei der Festlegung des Mittelbedarfs (oder des anzustrebenden Grades der Realisierung eines Ideals) auf Urteilsquellen rekurrieren. Als solche sind denkbar: abgefragte subjektive Bedarfsempfindungen; wissenschaftlich artikulierte, oft allein als normativ bezeichnete Bedarfe - wobei noch unbestimmt bleibt, ob etwa der beim Stand der Medizin maximal denkbare Bedarf oder ein bescheideneres Niveau gemeint ist; und schließlich: in einem existierenden System beobachtete Inanspruchnahme (mit oder ohne aufgestaute Wünsche nach Inanspruchnahme)<sup>13)</sup>. Die Krankenhausbedarfsplanung in der Bundesrepublik geht von der zuletzt genannten Nachfrage- und Nutzungsmethode aus und schreibt die festgestellte Inanspruchnahme von Pflegeetagen pro Kopf der Bevölkerung mit Bevölkerungsprognosen und Trendextrapolationen fort. Damit ergibt sich außer den erwähnten Nachteilen auch noch eine Verzerrung zugunsten bestehender Verhältnisse. Zudem werden einige Vorgaben unbefragt schon gesetzlich unterstellt, so die Optimalität des Krankenhaus-systems abgestufter Versorgung, bestimmter Betriebsgrößen und bis zu einem gewissen Grade auch gegebener Planungsregionen. Erwünschte Angebotsstrukturen lassen sich durch Nutzungsfortschreibung eben nur bei einem vorgegebenen System - in welchem sich eben diese Nutzung ergab - definieren. Schließlich wird nicht nach den sich ändernden Bestimmungsgründen der Leistungsnutzung gefragt, womit Planungsfehler vorprogrammiert sind.

Der Ansatz schlägt sich nieder in der bekannten "analytischen" Formel für den Bettenbedarf (BB), der aus den nachgefragten Pflegeetagen abgeleitet wird, indem die Zahl der Pflegeetage dividiert wird durch den erwünschten Auslastungsgrad gemessen in Belegungstagen pro Jahr der sogenannten Bettennutzung (BN). Die produzierten Pflegeetage ergeben sich aus der Einwohnerzahl des Versorgungsgebietes (E) multipliziert mit dem pro Kopf-Bedarf, der seinerseits das Produkt aus Krankenhaushäufigkeit (KH) und durchschnittlicher Verweildauer (VD) darstellt:  $BB = (E \times KH \times VD) : BN$ . Wie aus den schlechten Erfahrungen mit der Bildungsplanung bekannt, handelt es sich bei einer solchen Verkettung von Koeffizienten nicht um eigentliche Bedarfsdeterminanten, da keine Theorie über einen Zusammenhang zwischen den Koeffizienten zugrunde gelegt wird, sondern um eine rein logische Begriffsbildung. Die theoretisch-empirischen Probleme scheinen erst auf, wenn man danach fragt, von welchen Faktoren denn die zu erwartende Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit und der Verweildauer abhängt<sup>14)</sup>, und diese Faktoren sind außerordentlich zahlreich und variabel, wenn man allein an die vielen Variablen der Bevölkerungsstruktur, der Morbidität und der stationären

Behandlungsmöglichkeiten denkt. Hinzu kommt, daß die Koeffizienten ihrerseits von anderen Größen der Bedarfsformel abhängen und sogar untereinander nicht unabhängig sind. So hängen die Einweisungshäufigkeit und die angeordnete Verweildauer oft beide vom verfügbaren Bettenangebot ab. Optimale Werte stellen die empirisch erhobenen und extrapolierten Koeffizientenwerte sicher nicht dar. Sonst würde z.B. die Verweildauer nicht bei gleicher Diagnose so stark zwischen den Krankenhäusern variieren<sup>15)</sup> und auch im Ländervergleich so große Unterschiede aufweisen. Der Rückgriff auf theorieleose Extrapolation (noch nicht einmal mit regressions-analytischen Methoden)<sup>16)</sup> und die normierende Festlegung des Auslastungsgrades im Rahmen einer nur analytischen Formel erklärt sich zum Teil aus dem Mangel an Daten, gibt es doch z.T. nicht einmal fachabteilungsspezifische Werte für die Krankenhaushäufigkeit<sup>17)</sup>. Es wird also ohne ausreichende wissenschaftliche Untersuchung von Bedarfsparametern und in den einzelnen Bundesländern auch in nicht voll vergleichbarer Weise geplant. Auch ist nicht abzusehen, wie man sich auf die Dauer stärker an fundiertere Methoden annähern könnte: Selbst für wenig entwickelte Länder sind Verfahren vorgeschlagen worden, die sich eher am realen Bedarf orientieren und somit an der Prävalenz von Krankheiten, ihrer Behandelbarkeit, der Eignung stationärer Behandlungsmethoden etc. anknüpfen<sup>18)</sup>. Die Planung einer wirklich effektiven oder gar effizienten Angebotsstruktur müßte sogar die für jeden Falltyp effizienteste Behandlungsmethode (oder doch wenigstens die im Durchschnitt für wirksam gehaltene) definieren und daraus den Krankenhausbedarf ableiten. Datenmangel, aber auch fehlende theoretische Grundlagen und mangelnde Objektivierbarkeit beschränken die Benutzbarkeit dieser besser begründeten Morbiditäts- oder Effektivitätsmethoden der Bedarfsplanung auf kleine Teilbereiche des Gesundheitswesens, so daß für die globale Krankenhausplanung zwangsläufig auf mangelhafte rohe Formeln zurückgegriffen werden muß.

## 2. Überkapazitäten und übermäßige Ausstattung als Planungsfolgen.

Das Planungsverfahren führt durch die eingebauten Verzerrungen dazu, daß dort hoher Bedarf nachgewiesen wird, wo ohnehin schon die Bettendichte pro Kopf der Bevölkerung hoch ist. So konnte gar festgestellt werden, daß bis zur Mitte der 70er Jahre die Bundesländer mit hoher Bettendichte je 10.000 Einwohner auch den höchsten Zuwachs an Krankenhausbetten aufwiesen<sup>19)</sup>. Entgegen der Ziel-

setzung der Bedarfsplanung wuchs bis Mitte der 70er Jahre auch der Bettenbestand weiter an, um danach nur schwach zurückzugehen. Auch danach - und darauf kommt es an - gibt es jedoch Hinweise darauf, daß der geringere Bettenbestand wesentliche Überkapazitäten enthält: Obwohl die Zahl der Pflugesätze ab 1975 gesunken ist, hat sich auch der Auslastungsgrad verschlechtert<sup>20)</sup>; die Kapazitäten wurden also nicht hinreichend an eine sinkende Verweildauer angepaßt - abgesehen davon, daß diese bei geringerer Bettenkapazität sich stärker hätte absenken lassen. Ungleichmäßigkeiten in der Abwicklung der genehmigten Investitionen als Folge der Haushaltslage der Länder, welche in den letzten Jahren zur Verknappung der zugeteilten Finanzmittel und damit zu einem "Investitionsstau" führt, verdecken dabei noch die Tendenz zu einer übermäßigen Kapitalaufstockung im Krankenhaussektor. Die Krankenhauswirtschaft selbst drängt unter dem herrschenden System die Planungsträger zur Hochhaltung der Kapazitäten und zu einer immer üppigeren Kapitalausstattung, da Kapital unentgeltlich zur Verfügung steht. Selbst wenn ein Kapazitätsabbau gelingt, werden doch umso mehr Anträge auf verbesserte Ausstattung und zusätzliche Einrichtungen gestellt. Sind damit Folgekosten in Form erhöhter laufender Betriebskosten verbunden, so werden ja auch diese über den Pflegesatz wieder hereingeholt. Das Investitionsverhalten des Krankenhauses wird in Richtung auf taktisches Verhalten bei der Antragstellung und auf ein Ausweichen in vermehrte Ausrüstungsinvestitionen verändert. Sogar dort, wo die Krankenhäuser die Kapitalkosten selbst tragen müssen, wie in den Vereinigten Staaten, ergeben sich sinkende Kapitalkosten für Ausrüstungsinvestitionen dadurch, daß die Bedarfsplanung Kapital aus den Erweiterungsinvestitionen abdrängt. Deshalb blieb selbst unter amerikanischen Bedingungen das Gesamtvolumen an Investitionen auch nach Einführung einer Bedarfsregulierung im Krankenhausbereich fast unverändert hoch. Verringertes Angebot oder vermiedene Angebotsexpansion und damit gedämpfte induzierte Nachfrage nach Krankenhausleistungen wird kompensiert durch höhere Kapitalintensität und dadurch bedingte höhere Pflegesätze, wie die Ergebnisse von Salkever und Bice zeigen<sup>21)</sup>. Selbst bei einem anderen Finanzierungssystem bleiben also Kapitalfehldispositionen mit dem Planungssystem verbunden. Hinzu kommen die Verzerrungen durch die Pauschalierung eines Teils der Investitionsmittel. Diese erzwingen bei vorgesehener Mittelverwendung ein Abweichen des Investitionsverhaltens von demjenigen, das sich bei freier Mittel disposition ergeben würde, und führen zu Ausweichstrategien, um Mittel möglichst für die jeweils dringlichsten Betriebszwecke

einzusetzen. Auch ist die schematische Einstufung der Krankenhäuser sicher einer Lenkung der Mittel nach echten Knappheiten nicht gerade förderlich<sup>22)</sup>. Schließlich muß noch bedacht werden, daß die Größe des stationären Versorgungsektors selbst überhaupt nicht in Frage gestellt wird, da eine Abstimmung mit ergänzenden oder substitutiven ambulanten bzw. vor- und nachstationären Diensten und deren voraussehbarer Entwicklung nicht erfolgt. Die Entwicklung etwa von Substituten in diesen Bereichen wirkt sich erst indirekt über nachlassende Nachfrage nach stationären Leistungen und sinkende Auslastungsgrade auf die Bedarfsplanung aus. Preisliche Anreize zur Substitution werden unterdrückt, da die hohen Kosten der Krankenhausleistungen für die Benutzer als Folge staatlicher Finanzierung kaum spürbar sind. Unterbliebene Substitutionen und damit verpaßte Gelegenheiten zu einer kostengünstigeren Gesundheitsversorgung werden nach außen nicht sichtbar und werden daher in die Präferenzen der Planer kaum eingehen.

### 3. Unwirtschaftlichkeit und fehlende Dynamik in der Leistungserstellung.

Der behördlichen Kapitalzuteilung im Rahmen der Bedarfspläne mangelt es an Maßstäben für die Dringlichkeit des Kapitalbedarfs, so daß Fehllenkungen unvermeidlich sind<sup>23)</sup>. Dabei ergibt sich überdies eine allgemeine Übernachfrage nach Investitionsgütern für Bau und Ausrüstung von Krankenhäusern, so daß die Kapitalkosten durch Mengen- und Preiseffekte ansteigen werden. Dem Qualitätsstreben von Krankenhauspersonal und den Ausstattungswünschen von Kommunalpolitikern werden kaum Widerstände entgegengesetzt. Zu hohe Qualität wird zu kapitalintensiv und zu erhöhten Beschaffungspreisen produziert. Vor Schwierigkeiten bei der Durchsetzung von Kostenerstattungen über den Pflegesatz, wie sie im Rahmen der in der Kostendämpfungsgesetzgebung vorgesehenen Verhandlungen mit den Krankenkassen auftauchen können, wird ausgewichen in höhere Kapitalkosten, also in vermehrte Investitionsanträge - soweit laufende Kosten durch Kapitaleinsatz substituierbar sind. Soweit dagegen laufende Aufwendungen komplementär zu einer vermehrten Kapitalausstattung sind, werden selbst die in der Wirtschaftsrechnung abgespaltenen Betriebskosten und damit die Kostenbasis für die Pflegesatzverhandlungen ansteigen.

Nicht nur statische Ineffizienz, sondern auch geringere wirtschaftliche Fortschritte sind mit der Bedarfsplanung verbunden. Neue Möglichkeiten der Substitution

stationärer Dienste und neue Betriebsformen sind weder einplanbar noch überhaupt erwünscht. Tendenziell wird versucht werden, solche Veränderungen abzuwehren, während man gegen kostspielige medizinische Neuerungen innerhalb der bestehenden Krankenhäuser, auch wenn sie ein ungünstiges Nutzen-Kosten-Verhältnis aufweisen, nichts einzuwenden hat. Wie bei den fehlenden preislichen Anreizen zur Realisierung der kostengünstigsten Produktion wird auch die Unterlassung kostensparender Neuerungen im Gegensatz zu allzu ausgeprägten "Bettenbergen" nicht als Mißerfolg der Planungsbehörden sichtbar. In dynamischer Hinsicht fällt ferner die erschwerte Anpassung an Nachfrageänderungen ins Gewicht. Starke Unterbelegungen führen zwar zu einem Minderbelegungsabzug beim Pflegesatz (§ 18 Abs. 7 BPflV) und veranlassen ebenso wie Engpässe in besonderen Abteilungen Anträge auf Revision des Bedarfsplanes. Man muß jedoch solche umständlichen und verzögerten Veränderungen mit einem Regime vergleichen, in welchem das Krankenhaus selbst zu Bettenabbau und Umschichtungen zwischen den Abteilungen berechtigt wäre. Behörden pflegen auch Planungskorrekturen so lange wie möglich zu vermeiden, da sie als ein Eingeständnis früherer Fehlplanung aufgefaßt werden könnten. Kein Wunder, daß es nicht nur zu generellen, sondern auch zu fachspezifischen Überkapazitäten kam, denen Engpässe in anderen Abteilungen gegenüberstehen<sup>24</sup>).

### III. Monopolisierung und Politisierung im System der Bedarfsplanung.

#### 1. Zur politischen Ökonomie der Bedarfsplanung.

Planung hat nicht nur immanente Mängel und regt zu Fehldispositionen an, sondern muß ferner als politischer Prozeß gesehen werden, da der Bedarfsplan sich im Zusammenspiel zwischen betroffenen Betrieben des regulierten Sektors, organisierter Interessenvertretung sowie lokalen und zentralen politischen Instanzen ergibt. Für eine Regulierungsbehörde ist es in der Regel die einfachste Lösung, weitgehend den Interessen der Krankenhäuser selbst Rechnung zu tragen, auf deren Zusammenarbeit und deren Informationsgrundlagen man angewiesen ist. Die Vorstellung von Behörden als Gefangenen der Produzenteninteressen (capture-theory) ist allerdings wohl zu einfach, da es den Planern auch auf die Optik einer guten Erfüllung ihrer Aufgaben gegenüber ihren politischen Auftraggebern und der Öffentlichkeit ankommen muß. Die politischen Standards, an denen diese Aufgabenerfüllung gemessen wird, sind allerdings mehr als vage; nur krasse sichtbare Fehlentwicklungen in den Augen der Politiker müssen vermieden und Risiken aus mangelnder Steuerbarkeit vorbeugend ausgeschaltet werden. Allein schon die im deutschen Planungssystem

vorprogrammierte Antragsflut der Investoren zwingt dazu, nach dem Maßstab des geringsten politischen Übels zu selektionieren. Diese Verhaltensweise wird verstärkt durch die Mitwirkungsrechte der betroffenen Verbände. Eine ausdrückliche Demokratisierung durch Mitwirkung von Konsumentenvertretern wie in den USA<sup>25)</sup> verschiebt nur einige ohnehin vorhandene politische Tendenzen in Richtung auf mehr Erhaltung lokaler Einrichtungen und vielfältige Ausstattung der Häuser. Eine vollkommene Legalisierung der Interessenteneinflüsse durch Umgestaltung des Planungssystems in ein System von Verhandlungen zwischen kollektiven Zwangskörperschaften ungefähr gleicher Verhandlungsmacht wurde neuerdings öfters vorgeschlagen. Einigung auf Kosten Dritter im bilateralen Monopol, trotz Vertreterwahlen mangelnde Kontrollierbarkeit und weitere Schwächung von Markt und Wettbewerb wären die Folge. Interessentenpolitik würde also noch ausgeprägter betrieben, als ob nicht ohnehin der jetzige Planungsprozeß politisch konfliktär wäre und in nur schwer vorhersehbare Konsenslösungen einmündete. So gibt es zahlreiche Beispiele von Planrevisionen aufgrund mangelnder Durchsetzbarkeit der Pläne gegenüber lokalen Interessen oder von nachträglich durchgesetzten nicht plankonformen Investitionen<sup>26)</sup>. Die im Zuge eines solchen politischen Prozesses realisierte Angebotsstruktur spiegelt demnach sehr verschiedene heterogene Einflüsse und vielerlei widersprüchliche Maßstäbe wider. Gerade die Überforderung des politischen Prozesses durch einen zu komplexen Planungsgegenstand und durch vielfältige Ziele eröffnet nun den Produzenteninteressen wiederum besonders gute Durchsetzungschancen gegenüber vagieren, weniger gut organisierten und weniger intensiven anderen Interessen. Die "vested interests" der schon bestehenden Krankenhäuser können sich dabei mit den lokalen Interessen an mehr und besserer stationärer Versorgung verbünden - und sogar schlecht informierte Konsumentenvertreter überzeugen. Das Interesse an der Sicherung bestehender Betriebe aber bedeutet eine Tendenz zum Protektionismus, der den bestehenden Betrieben ihre Teilmärkte garantiert und ihnen die Fortführung eingefahrener Verhaltensweisen ermöglicht. Damit aber kommt es zur Abschwächung der Wettbewerbsintensität und zu zahlreichen Wettbewerbsverzerrungen, also einer weiteren hier abschließend darzustellenden wichtigen Quelle von Fehlallokation und mangelnder wirtschaftlicher Dynamik.

## 2. Monopolisierungseffekte und ihre Folgen.

Die Neuaufnahme in den Krankenhausplan oder das Ausscheiden aus dem geplanten Bestand bedeutet für ein Krankenhaus den Eintritt oder Austritt aus dem Markt für Krankenhausleistungen, der somit behördlich lizenziert wird. Durch die Gesamtbegrenzung der geplanten Kapazitäten wird der Markt für weitere Anbieter gesperrt, dem einzelnen Krankenhaus wird fachlich und räumlich ein bestimmtes Marktsegment zugewiesen. Für nicht in den Bedarfsplan aufgenommene Betriebe bestehen kaum noch Existenzmöglichkeiten, da sie enorme Finanzierungsnachteile in Kauf nehmen müssen und nur noch für eine sehr kleine Schicht von Patienten infrage kommen. Bei dieser Zuweisung von Marktanteilen werden schon bestehende Krankenhäuser eine bessere Chance haben: Sie gelten als schon bewährte Betriebe; sie können für einen gebilligten Bettenzuwachs Verrechnungen mit zu verkleinernden Abteilungen anbieten; ihr Qualitätsniveau ist bekannt; ihre Vergrößerung bietet im Vergleich zu kleinen Neugründungen Skalenvorteile. Ihre Bevorzugung erscheint daher teils sachlich gerechtfertigt, teils mindert sie doch die Risiken für die Planer. Auch werden bereits nach Plan getätigte Investitionen gern von den Planern dadurch gerechtfertigt, daß man existierende Betriebe vor dem Wettbewerb durch Neulinge schützt (sogenannte "sunk costs preference" der Planer). Der Neuling ist aber auch oft der Innovator, der neuartige Betriebsformen realisieren will. Eventuell handelt es sich um Betriebsformen, wie etwa in den USA die Krankenhäuser von Health Maintenance Organizations, welche den bestehenden Betrieben Nachfrage entziehen würden, bisher aber der Planungskompetenz überhaupt nicht unterlagen. Dann wird sich die bereits eingangs beschriebene politische Tendenz zur Ausdehnung der Planung auf weitere Bereiche bemerkbar machen, die sich somit auch als ein potentieller Schutzschild für die Interessen bisheriger Anbieter darstellt. Gleiches gilt auch für Dienstleistungszweige, welche stationäre Dienste zu substituieren drohen und deren Entwicklung man dann zu bremsen sucht, um die Position der bestehenden Betriebe zu bewahren und die bisherigen Planungen zu rechtfertigen. Auch der Marktaustritt (Stilllegung von Häusern oder Abteilungen) wird nicht durch Marktkräfte gesteuert, sondern behördlich erzwungen. Sachlich ist dies wiederum teilweise begründbar dadurch, daß das Ausscheiden nicht genügend leistungsfähiger oder unwirtschaftlicher Häuser bei gemeinnützigen Betriebsformen schlecht funktioniert und sich lange hinzieht. An die Stelle dieses unzulänglichen Mechanismus setzt aber die deutsche Bedarfsplanung vor allem ein Ausscheiden nach dem Kriterium unzureichender Größe, da ja für adäquat erachtete Betriebsgrößen zu den Planvorgaben gehören und praktisch daher der Bettenabbau sich vor allem durch das Aus-

scheiden kleinerer Häuser vollziehen soll. Ob allerdings die Skalenvorteile gerade die vorgesehenen Größen rechtfertigen, bleibt zweifelhaft, zumal den Kostenvorteilen des größeren Krankenhauses die räumliche Patientennähe des kleineren gegenübersteht. Müssen durch die Verschiebung des Bedarfs nach fachspezifischen Leistungen Betten zwischen Häusern und deren Abteilungen verschoben werden, so werden damit auch Marktanteilsverschiebungen nach Plan angeordnet, statt daß sie sich durch Leistungs- oder Preisvorteile ergeben<sup>27)</sup>. Selbst die Stellung eines Hauses im Qualitätswettbewerb wird durch die geplante Zuweisung von Ausrüstungen, z.B. von Großgeräten behördlich fixiert. Sachlich können auf diese Weise wieder "unnötiger" Qualitätswettbewerb und damit verbundene Doppelinvestitionen vermieden werden, aber der Wettbewerb findet nunmehr um die Gunst der Planer statt. Nicht faktische Leistungsfähigkeit wird durch einen Wettbewerbsvorsprung belohnt, sondern Wettbewerbsvorteile werden nach bloß unterstellter Leistungsfähigkeit (oder nach politischer Opportunität) vergeben. Schließlich bedeutet das Planungssystem auch noch eine Bevorzugung solcher Krankenhaustypen, deren Träger leicht Finanzierungsdefizite, die aus Fehlplanungen oder aus im Plan nicht anerkannten Leistungen resultieren, in Kauf nehmen können. Bevorteiligt sind in dieser Hinsicht vor allem die öffentlichen (kommunalen) Krankenhäuser. Diese hätten unter einem anderen System zwar analoge Vorteile, aber die privaten und die frei-gemeinnützigen Häuser könnten unter anderen Bedingungen dafür ihre besonderen komparativen Leistungs- und Kostenvorteile ins Feld führen.

Die Auswirkungen auf das Marktverhalten können in mancher Hinsicht gleichgesetzt werden mit denen eines Kartells, das zugleich Mengenbegrenzung und Marktaufteilung betreibt<sup>28)</sup>. Die Mengenbegrenzung bedeutet Vermeidung von übermäßiger Kapazitätsausdehnung und von Doppelanschaffungen; die zu vielen Kapazitäten, die sonst in manchen Phasen der Marktentwicklung vorhanden wären, würden aber nicht einfach nur ebensoviel zusätzliche Nachfrage induzieren, sondern sich auch als Wettbewerbsdruck äußern, da der Roemer-Effekt induzierter zusätzlicher Nachfrage empirisch nur einen Teil der Zusatzkapazitäten zu beschäftigen vermag (für amerikanische Verhältnisse nach Feldstein etwa 50 %). Für deutsche Verhältnisse würde sich der Wettbewerbsdruck nur teilweise in einem Preisdruck widerspiegeln, da auf einen Pflegesatz, der niedriger ist als in räumlich oder fachlich konkurrierenden Krankenhäusern, nur wenige Nachfrager ansprechen. Ausschlaggebend aber bleibt, daß fehlender Wettbewerbsdruck erhebliche Ineffizienz in der Leistungserstellung mit sich zu bringen pflegt. Der Schutz des zugewiesenen Marktsegments

erlaubt den Krankenhäusern die Aufrechterhaltung von monopolistischen Praktiken der Preisdiskriminierung und der Quersubventionierung. Im deutschen System besteht die Preisdiskriminierung in der Pauschalierung eines Einheitspflegesatzes für alle Patienten und Abteilungen unabhängig von der Art des Behandlungsfalles; damit subventionieren leichte Fälle die schweren, chronisch Kranke die Akutkranken etc. Solche Diskriminierungen können aber nur da gerechtfertigt werden, wo ein sozialer Ausgleich im Krankheitsfalle nicht schon durch das Versicherungssystem herbeigeführt wird. Denn sie haben den großen Nachteil, daß Krankenhäuser ihre spezifischen Kostenvorteile für bestimmte Disziplinen und Falltypen nicht zur Geltung bringen können. Sind die Marktbereiche nicht geschützt, so werden solche Praktiken in engen Grenzen gehalten durch das Auftauchen von "rosinenpickenden" Konkurrenten, die die künstlich verteuerten Leistungen zu echten Kosten und damit billiger anbieten. Auch ermöglicht Quersubventionierung die Aufrechterhaltung von Teilleistungen, die eigentlich zu kostenaufwendig produziert werden und daher besser in einer anderen Einrichtung erbracht werden sollten. Damit wird auch eine bessere Arbeitsteilung zwischen Gesundheitsbetrieben gehemmt, die unter dem Planungssystem ohnehin schon durch mangelnde Substitutions- und Neuerungskonkurrenz leidet.

Auf solchen beschriebenen Wegen wird der Wettbewerb unwirksam gemacht oder verfälscht. Angeblich führt er im Gesundheitswesen ja ohnehin zu Fehllenkung und Verschwendung. Ob man ihn, um dies zu verhindern, aber nicht auf andere Weise korrigieren und neu institutionalisieren sollte, wäre wohl die hier eigentlich zu stellende Frage. Deren Beantwortung ist leider durch den Griff zum scheinbar einfachen politischen Patentrezept der Bedarfsplanung abgeschnitten worden. Die Frage wäre aber auch nur zu beantworten, wenn man beachtet, daß erst das **Z u s a m m e n w i r k e n** der Bedarfsplanung mit anderen wettbewerbsfeindlichen Regelungen in der Preisbildung und in der Krankenversicherung zu den beschriebenen Ergebnissen führt. Entsprechend müßte eine wettbewerbliche Konzeption auch diese anderen Bereiche und damit große Teile des Gesundheitssystems neu zu ordnen trachten. Die Bedarfsplanung in ihrer bisher realisierten Form einer fast imperativen Investitionslenkung erweist sich so zugleich als ein Fall partikulärer ad hoc-Politik und damit als Ausdruck ordnungspolitischer Konzeptionslosigkeit.

## Fußnoten

- 1) KHG vom 29. 6. 1972 (Bundesgesetzblatt I S. 1009) mit Änderung durch das Haushaltsbegleitgesetz 1983 vom 10. 12. 1982 (Bundesgesetzblatt I S. 1857) und KH-KG vom 22. 12. 1981 (Bundesgesetzblatt I S. 1568).
- 2) § 6 Abs. 2 Satz 5 KHG.
- 3) Zu diesen Zielsetzungen siehe H.-W. Müller, Die Krankenhausbedarfsplanung, "das Krankenhaus", Jg. 1979, S. 282.
- 4) Diese genauere Bestimmung von Marktversagen und daraus erwachsenden Planungsbestrebungen findet sich in der amerikanischen Diskussion, so in der Einleitung zu D. S. Salkever und Th.W. Bice, Hospital Certificate-of-Need-Controls - Impact on Investment, Costs, and Use. American Enterprise Institute, Studies in Health Policy, Washington (D.C.), 1979.
- 5) Siehe den Vergleich beider Dimensionen bei C. C. Havighurst, Regulation of Health Facilities and Services by "Certificate of Need", Virginia Law Review, Vol. 79 (1973), S. 1143-1232, hier S. 1219 ff.
- 6) Zu solchen Grenzen der Planung siehe auch W. H. Ehlers, Aufgaben und Grenzen einer Krankenhausplanung aus der Sicht der Länder, Krankenhaus-Umschau, Jg. 1981, S. 562-573, hier S. 565.
- 7) Auf einschlägige Erfahrungen aus der amerikanischen Regulierung verweisen C. C. Havighurst und G. M. Hackbarth, Competition and Health Care: Planning for Deregulation, Regulation - AEI Journal on Government and Society, Mai-Juni 1980, S. 39-48, hier S. 41.
- 8) Zur Ausdehnungstendenz der Planung siehe R. Kösters, Aufgaben und Grenzen einer Krankenhausplanung aus der Sicht der Krankenhausträger, Krankenhaus-Umschau, Jg. 1981, S. 558-562, hier S. 561, sowie K. Töpfer, Bedarfsplanung als politischer Prozeß, in: R. Vogel (Hrsg.), Bedarf und Bedarfsplanung im Gesundheitswesen, Stuttgart 1983, S. 18-23, hier S. 19 f.
- 9) Beschrieben bei C. C. Havighurst, a.a.O., S. 1210.
- 10) Die Grunddaten sind dann etwa drei Jahre alt. So H.W. Müller, a.a.O., S. 281.
- 11) Die Fragwürdigkeit vollkommener Gesunderhaltung und Lebensverlängerung wird von Boulding ausführlich beschrieben: K. E. Boulding, The Concept of Need for Health Services, Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44 (1966), S.202-223.
- 12) Zu diesen Schwierigkeiten einer Bedarfsabschätzung als Planungsgrundlage siehe W. F. Anderson, B. J. Frieden und M. J. Murphy, Managing Human Services, Washington (D.C.) 1977, Chapt. 5, passim.

- 13) Zu den unterschiedlichen Bedarfsbegriffen und Ermittlungsmethoden siehe D. Schwefel, I. Brüggemann und H. Zöllner, Bedarfsplanung im Gesundheitswesen, in: dieselben (Hrsg.), Bedarf und Planung im Gesundheitswesen, Köln-Lövenich 1978, S. 11-22.
- 14) Diese Frage wird daher selbst in praktischen Handbüchern des Krankenhauses als ausschlaggebend angesehen. Siehe J. Fehler und Ch. Koch, Kritische Analyse der Determinanten zur Krankenhausbedarfsplanung, in: W. von Eiff (Hrsg.), Kompendium des Krankenhauswesens, Band I, Bad Homburg 1980, S.95-116.
- 15) Hierzu liegt die Untersuchung von Rüschemann vor: H.-H. Rüschemann, Die Bedeutung der Krankenhaus-Diagnosestatistik bei der Analyse zentraler Probleme im Gesundheitswesen: Schwächen der Krankenhausbedarfsplanung und empirische Auswirkungen, hrsg. vom Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Kiel 1982.
- 16) Siehe als Beispiel die Formel im Krankenhausbedarfsplan 1978 für das Land Berlin - Fortschreibung bis 1990, Sonderdruck herausgegeben vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz, Berlin 1978, S. 101.
- 17) Das Beispiel stammt von H.-W. Müller, a.a.O., S. 283.
- 18) So die Methode von J. Ahumada, M. Arreaza, H. Durán, M. Pizzi, E. Saruse und M. Esta, Health Planning. Problems of Concept and Method, Washington 1965, S. 21-55.
- 19) Vgl. die Aufstellung bei K. Brandecker, Krankenhausversorgung. Struktur-analyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein, hrsg. vom Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Band 4, Kiel 1978, S. 74.
- 20) Zahlenaussagen bis 1980 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Fachserien und Statistische Jahrbücher).
- 21) D. S. Salkever und Th. W. Bice, a.a.O.
- 22) Zum Verfahren und seinen Auswirkungen siehe W. Bayer, H. Reichelt, Th. Thiemeyer, H.-W. Wachtel, Die Förderung der Krankenhäuser durch öffentliche Mittel - Zur Neukonstruktion des Pauschalierungsverfahrens nach § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz, Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmungen, Band 6 (1983), S. 109-119.
- 23) Siehe die Schilderung der Kapitalzuteilungsprobleme bei B. Spiegelhalter und F. Spiegelhalter, Wirtschaftliche Krankenhausplanung und -finanzierung, Freiburg 1983, S. 23 ff.
- 24) Zur Fehlsteuerung bei Bettenabbau und Umstellung vgl. B. Spiegelhalter und F. Spiegelhalter, a.a.O., S. 29 f.
- 25) Siehe die Beschreibung bei P. Swertz, Amerikanische Krankenhausplanung: ein Modell für die Bundesrepublik, "das Krankenhaus", Jg. 1982, S. 249-251.

- 26) Eine Darstellung des politischen Planungsprozesses und der Implementierung einschließlich ihrer Mängel findet sich bei F. Schnabel, Politischer und administrativer Vollzug des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Vergleichend dargestellt in den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg, Dissertation, Konstanz 1980.
- 27) Solche und andere Folgen einer Bedarfsregulierung beschreibt genauer: P. J. Feldstein, Health Care Economics, New York 1979, S. 233 ff.
- 28) Zu diesem Vergleich siehe C. C. Havighurst, a.a.O., S. 1181 ff.