

Krankenhaus-Report 2014

„Patientensicherheit“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 207-225



15	Krankenhausprivatisierung in Deutschland und ihre Effekte	207
	<i>Boris Augurzky und Andreas Beivers</i>	
15.1	Ausgangslage.....	207
15.2	Zum Stand der Krankenhausprivatisierung in Deutschland.....	208
15.3	Besonderheiten von Krankenhäusern in privater Trägerschaft	209
15.4	Detailanalysen	213
15.4.1	Datengrundlage	213
15.4.2	Wirtschaftlichkeit privater Krankenhäuser.....	213
15.4.3	Ertragskraft und Investitionsfähigkeit.....	216
15.4.4	Beteiligung an der medizinischen Versorgung.....	219
15.4.5	Qualität.....	221
15.4.6	Sicherstellung der regionalen Versorgung.....	223
15.5	Fazit	223
	Literatur.....	224

15 Krankenhausprivatisierung in Deutschland und ihre Effekte

Boris Augurzky und Andreas Beivers

Abstract

Die Privatisierung von Krankenhäusern wird seit Beginn dieser Entwicklung Anfang der 1990er Jahre kontrovers diskutiert. Zur Versachlichung der Debatte hat das RWI das Faktenbuch „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“ erstellt. Ziel war dabei u. a. zu analysieren, ob zwischen der Gewinnerzielungsabsicht einerseits und der Sicherung der Krankenhausversorgung andererseits ein Konflikt herrscht. Hierzu wurden im Faktenbuch detaillierte empirische Analysen durchgeführt, welche im Beitrag in Auszügen vorgestellt werden, komplettiert um aktuelle Analysen aus dem Krankenhaus Rating Report 2013. Anhand ausgewählter Indikatoren wie Wirtschaftlichkeit, Ertragskraft und Investitionsfähigkeit, Beteiligung an der medizinischen Versorgung sowie der medizinischen Qualität wird dargestellt, wie sich die privaten Krankenhäuser hier platzieren. Dabei beschränkten sich die Untersuchungen auf empirisch beobachtbare Einflussfaktoren der Krankenhausprivatisierung. Es kann sich daher nur um einen Teil aller denkbaren Einflussfaktoren handeln.

From its beginning in the early 1990s, the privatization of hospitals has been controversial. In order to objectify the debate, the RWI has published the factbook „Importance of Hospitals in Private Ownership.“ The aim was to analyse whether is a conflict between the intention to make profit on the one hand and safeguarding hospital care on the other hand. To this end, detailed empirical analyses were performed for the factbook, which are presented in this article in excerpts, supplemented by up to date analyses from the Hospital Rating Report 2013. Based on selected indicators such as efficiency, profitability and investment capacity, participation in medical care and medical quality, the article outlines how private hospitals fit into the picture. The analyses are limited to empirically observable factors of hospital privatization. Therefore, only a fraction of all possible factors can be looked into.

15

15.1 Ausgangslage

Die materielle Privatisierung von Krankenhäusern, d. h. der Trägerwechsel von kommunalen und freigemeinnützigen hin zu privat-gewinnorientierten Trägern,¹ wird seit Beginn dieser Entwicklung Anfang der 1990er Jahre kontrovers diskutiert

¹ Im Folgenden privat oder auch die „Privaten“ genannt.

(Augurzky et al. 2012a). 2012 gelangte das Thema der Krankenhausprivatisierung – nicht zuletzt durch den zunächst gescheiterten Übernahmeveruch der Rhön-Klinikum AG durch Fresenius SE – wieder verstärkt in die öffentliche wie auch politische Diskussion. Auf der Hauptversammlung der Rhön-Klinikum AG stimmte die Mehrheit der Aktionäre überraschend für die Lockerung der Sperrminorität von 10 auf 25 Prozent und befreite sich somit aus der Umklammerung seiner Minderheitsaktionäre. Als nun im September 2013 die Fresenius SE die Mehrheit der Krankenhäuser der Rhön-Klinikum AG kaufte, rückte das Thema wieder in das Zentrum des öffentlichen Interesses. Die Idee hinter dem Zusammenschluss der beiden Klinikkonzerne ist dabei vor allem, einen integrierten Gesundheitskonzern zu schaffen, der unter anderem für sein Kliniknetz Zusatzversicherungen anbieten kann (FAZ 2013).

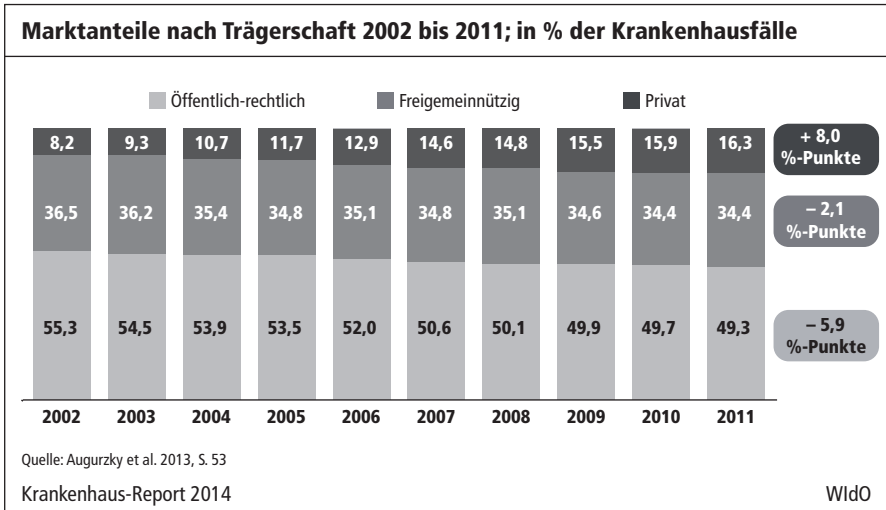
Immer wieder wird die Befürchtung geäußert, dass es zwischen der Gewinnerzielungsabsicht privater Krankenträger einerseits und der Bereitstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Krankenhausversorgung andererseits zu Zielkonflikten kommen kann (Böhlke et al. 2009; Heidenreich und Eisen 2012). Zur Versachlichung der Debatte hat das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung in Essen (RWI) im Jahr 2012 im Auftrag des Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK) ein Faktenbuch zur „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“ mit dem Ziel erstellt, eine empirisch fundierte Bewertung der Krankenhausprivatisierung in Deutschland vorzunehmen, deren wichtigste Ergebnisse im Rahmen dieses Beitrags dargestellt werden. Anhand ausgewählter Indikatoren wie Wirtschaftlichkeit, Ertragskraft und Investitionsfähigkeit, Beteiligung an der medizinischen Versorgung sowie der medizinischen Qualität wurde untersucht, wie sich die privaten Krankenhäuser hier platzieren. Dabei beschränkten sich die Untersuchungen auf empirisch beobachtbare Einflussfaktoren der Krankenhausprivatisierung. Es kann sich daher naturgemäß nur um einen Teil aller denkbaren Einflussfaktoren handeln.

15.2 Zum Stand der Krankenhausprivatisierung in Deutschland

Der deutsche Krankenhausmarkt befindet sich seit Beginn der 1990iger Jahre in einem erheblichen Strukturwandel, dessen Ende noch nicht absehbar ist. Die Zahl der Krankenhäuser ist von 1991 bis 2011 um rund 15 % zurückgegangen, gleiches gilt für die Zahl der Betten (–25 %) und die Verweildauer (–48 %) (Statistisches Bundesamt 2013). Demgegenüber ist es zu einem merklichen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle gekommen (+26 %) – Zeichen einer Effizienzsteigerung. Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalenvergütung in Krankenhäusern (DRGs) im Jahr 2004 hat diese Veränderungen unterstützt. Seit Beginn dieses Wandels ist außerdem ein vermehrter Trägerwechsel von Krankenhäusern hin zu privaten, gewinnorientierten Unternehmen zu beobachten (Augurzky et al. 2012).

Wie die Untersuchungen des Krankenhaus Rating Reports (KRR) 2013 ergaben, hielt der Trend zur Privatisierung auch weiterhin an, wenn auch seit dem Jahr 2008

Abbildung 15–1



etwas abgebremst (Augurzky et al. 2013). Gemessen an der Zahl der Fälle konnten private Krankenhäuser ihren Marktanteil im Jahr 2011 von 15,9% auf 16,3% leicht erhöhen (vgl. Abbildung 15–1). Der Marktanteil der Privaten war regional sehr unterschiedlich, wie Abbildung 15–2 zeigt. Vor allem in Ostdeutschland, in Hamburg, in Teilen Schleswig-Holsteins, Niedersachsens, Hessens sowie im nördlichen Bayern war er überdurchschnittlich hoch.

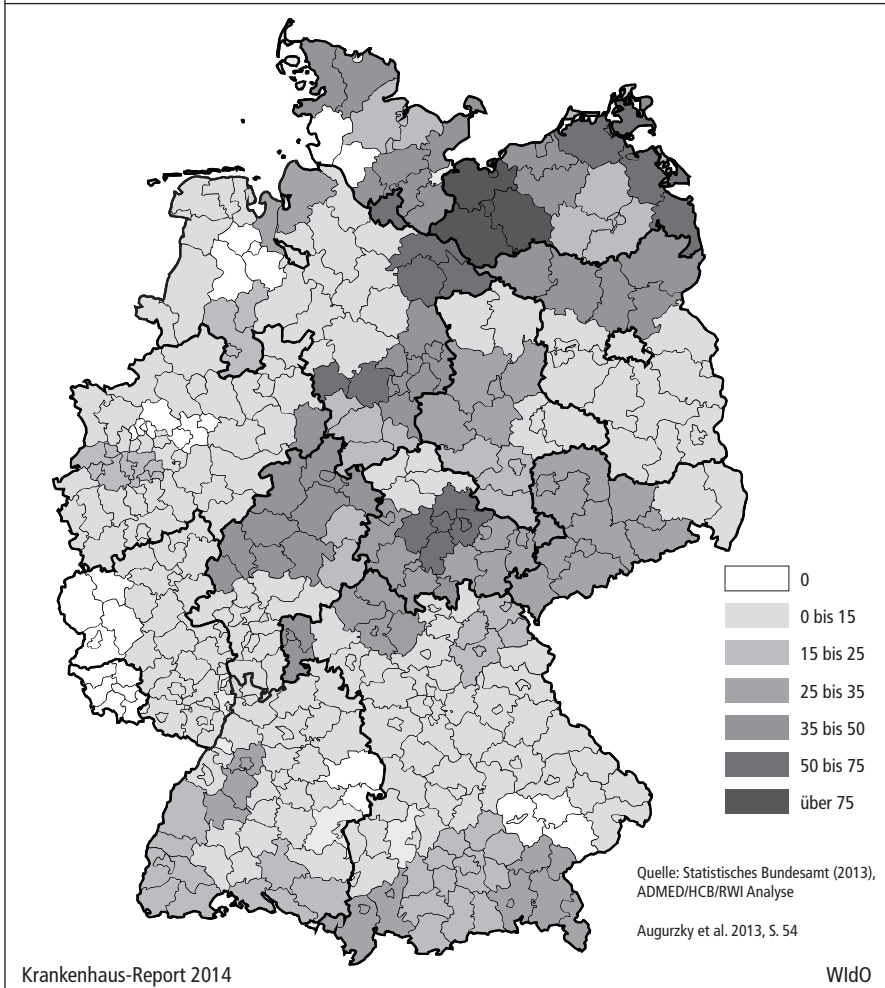
Parallel zur Privatisierung ist ein Trend zur Konsolidierung zu beobachten. So gehören mittlerweile mehr als 60% der Krankenhäuser zu einem Träger, der mindestens zwei Krankenhäuser umfasst. Untersuchungen von 65 großen Krankenhausunternehmen im Rahmen des KRR haben ergeben, dass deren Marktanteil von 25% im Jahr 2005 auf 32% im Jahr 2011 zugenommen hat (vgl. Abbildung 15–3), wobei die Zunahme des Anteils privater Träger mit 4,8 Prozentpunkten besonders stark ausfiel (Augurzky et al. 2013, S. 167).

Mit der Erhebung der Daten über die Zahl der Krankenhausträger im KRR konnten auch Trägerwechsel identifiziert werden. Tabelle 15–1 stellt die Wechsel zwischen den drei Trägerarten im Zeitraum von 2003 bis 2011 dar. Insgesamt waren 765 Wechsel zu verzeichnen, 55% davon innerhalb der eigenen Trägerart, gefolgt von 17% von öffentlich-rechtlich zu privat und 8% von freigemeinnützig zu privat.

15.3 Besonderheiten von Krankenhäusern in privater Trägerschaft

Im Wesentlichen unterscheiden sich Krankenhäuser in privater Trägerschaft von kommunalen und freigemeinnützigen durch die Tatsache, dass privates Eigenkapital im Unternehmen eingesetzt wird. Die Nutzung von privatem Eigenkapital ist mit Kapitalkosten verbunden, die sich in Form von jährlichen Ausschüttungen äußern.

Abbildung 15-2

**Krankenhausbetten in privater Trägerschaft, 2011,
Anteile gemessen in Betten je Raumordnungsregion in %**


Dadurch wird dem Krankenhaus einerseits zwar Investitionskraft entzogen. Dem steht andererseits aber der Vorteil gegenüber, Kapital am Kapitalmarkt akquirieren zu können, was die Investitionskraft wiederum deutlich stärkt. Erst durch die Ausschüttung eines Teils des Gewinns werden Krankenhäuser für externe Kapitalgeber interessant. Insofern handelt es sich um ein Geben und Nehmen (Augurzky et al. 2012a und Augurzky et al. 2012b).

Volkswirtschaftlich vorteilhaft ist, dass dadurch dem Gesundheitswesen private Mittel zufließen. Bei nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern entfällt diese Möglichkeit. Sie können nur auf sehr knappe öffentliche Fördermittel und auf Fremdkapital zurückgreifen. Wie wichtig privates Kapital für das Krankenhauswesen ist,

Abbildung 15–3

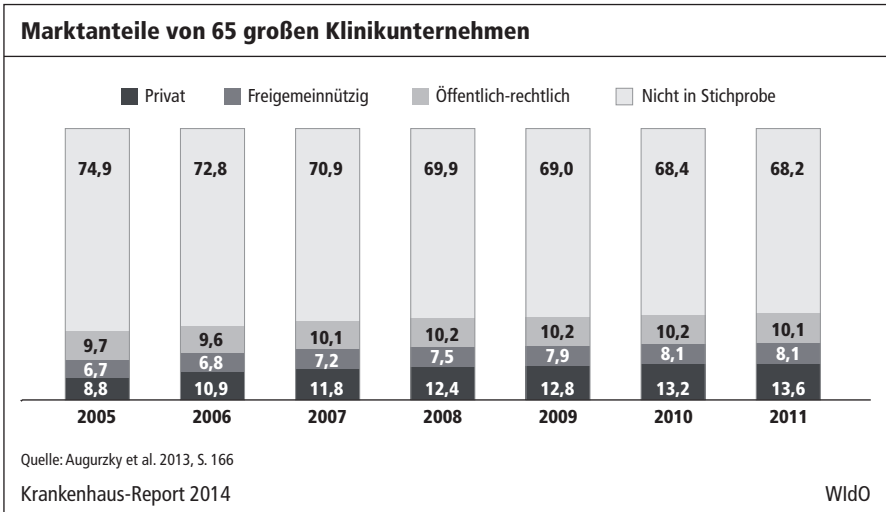


Tabelle 15–1

Trägerwechsel 2003 bis 2011

Trägerwechsel zu von	Öffentlich-rechtlich	Freigemeinnützig	Privat	Insgesamt
Öffentlich-rechtlich	148	42	129	319
Freigemeinnützig	48	209	59	316
Privat	33	26	71	130
Insgesamt	229	277	259	765

Trägerwechsel zu von	Öffentlich-rechtlich	Freigemeinnützig	Privat	Insgesamt
Öffentlich-rechtlich	19 %	5 %	17 %	42 %
Freigemeinnützig	6 %	27 %	8 %	41 %
Privat	4 %	3 %	9 %	17 %
Insgesamt	30%	36 %	34 %	100 %

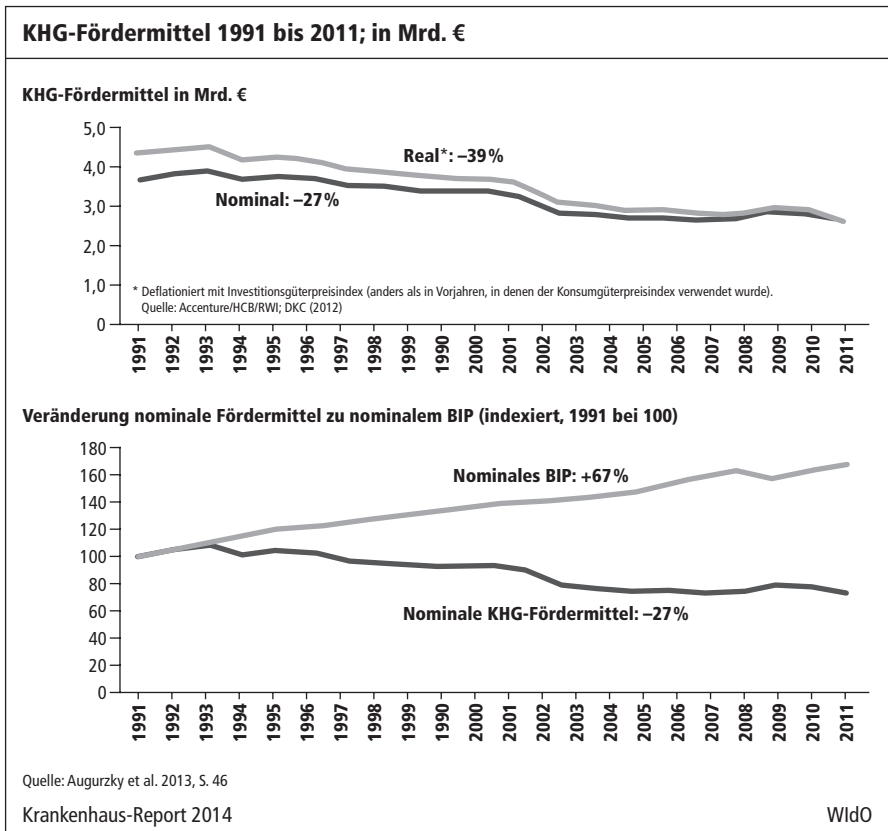
Quelle: Augurzky et al. 2013, S. 167

Krankenhaus-Report 2014

WIdO

zeigt sich auch am stetigen Rückgang an öffentlichen Fördermitteln (vgl. Abbildung 15–4), der zu einer spürbaren Investitionslücke in den vergangenen Jahren geführt hat. Ohne ausreichende Investitionen fällt es aber schwer, Betriebsabläufe zu optimieren und Versorgungsinnovationen umzusetzen. In gewissem Maße besteht auch in einem Dienstleistungsunternehmen wie dem Krankenhaus die Möglichkeit, Arbeit durch höheren Kapitaleinsatz einzusparen. Es erfolgt eine Umschichtung von Personal- zu Kapitalkosten. Bei den Privaten wird dann im operativen Bereich ein hohes Maß an Wirtschaftlichkeit abverlangt.

Abbildung 15–4



Ein weiterer wichtiger Vorteil für den ökonomischen Erfolg von Krankenhäusern mit privatem Träger ist, dass häufiger ein professionelles Aufsichtsgremium und ein erfolgsorientiertes Management anzutreffen sind. Das Aufsichtsgremium ist in sich homogener und dessen Mitglieder verfolgen ähnliche Interessen wie das Management, vor allem die wirtschaftliche Erbringung der Leistungen und die kontinuierliche Verbesserung der eigenen Wettbewerbsposition. Damit einher geht ein Interesse an qualitativ hochwertigen Leistungen, um darüber im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern Patienten für sich zu gewinnen. Insbesondere verfolgt das Aufsichtsgremium in der Regel keine weiteren Ziele, die zu Lasten der Wirtschaftlichkeit und Qualität gehen könnten. Es ist anzunehmen, dass Aufsichtsgremien einer privaten Trägerschaft deutlich größeren Wert auf ein erfolgsorientiertes Management legen, das in Eigenverantwortung die Geschicke des Unternehmens lenkt und daran gemessen wird, ob die Unternehmensziele erreicht werden. Das Gremium greift dabei nicht in das Tagesgeschäft ein, sondern kümmert sich vielmehr um die langfristige Unternehmensstrategie. Die größere Unabhängigkeit gegenüber kommunalpolitischen Entscheidungen macht es für das Management von privaten, aber auch von vielen freigemeinnützigen Krankenhäusern leichter, Rationalisierungspotenziale nicht nur zu identifizieren, sondern auch tatsächlich zu heben.

15.4 Detailanalysen

15.4.1 Datengrundlage

Um zu analysieren, ob zwischen der Gewinnerzielungsabsicht einerseits und der Sicherung der Krankenhausversorgung andererseits ein Konflikt herrscht, wurden im Faktenbuch (Augurzky et al. 2012a) detaillierte empirische Analysen durchgeführt, die hier in Auszügen vorgestellt werden. Dazu wurde auf verschiedene Datengrundlagen zurückgegriffen (siehe im Detail auch Augurzky et al. 2012a, S. 15ff)², u. a. auf die amtlichen Krankenhausdaten des Statistischen Bundesamts. Die öffentlich zugänglichen aggregierten Daten besitzen allerdings den Nachteil, dass sie keine weiteren Verfeinerungen der Analysen zulassen. Sie Autoren des Faktenbuchs hatten sich jedoch zum Ziel gesetzt, die Untersuchungen nur auf die Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag zu beschränken, weshalb auf die in den Forschungsdatenzentren der Statistischen Landesämter verfügbaren Originaldaten zurückgegriffen wurde. Diese Datenbasis konnte dann um alle Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag korrigiert werden, d. h. es wurden nur Plankrankenhäuser oder solche mit Versorgungsvertrag berücksichtigt, kurz „Versorgungskrankenhäuser“ genannt. Außerdem wurden Universitätsklinika herausgerechnet, weil sie neben der Krankenversorgung auch der Forschung und Lehre nachgehen, sodass ihre Kennzahlen nicht direkt mit nicht-universitären Krankenhäusern verglichen werden können. Ebenso wurden rein psychiatrische oder psychotherapeutische sowie reine Tages- und Nachtkliniken von der Analyse ausgenommen.³

15.4.2 Wirtschaftlichkeit privater Krankenhäuser

Die Wirtschaftlichkeit privater Krankenhäuser zeigt sich in einem strikten Kosten- und Erlösmanagement sowie einer hohen (Arbeits-)Produktivität. Zur Minimierung der Kosten bedarf es neben einem kostensensiblen Management der Generierung von Skaleneffekten durch eine hohe Auslastung, Leistungsspezialisierungen sowie Prozessoptimierungen. Dass hier die Privaten Vorreiter waren bzw. sind (Blum und Perner 2008; Goepfert 2013), zeigt sich u. a. bei den bereinigten Kosten je Casemix-Punkt (Abbildung 15–5).

Private Krankenhäuser wiesen anteilig höhere Sachkosten auf als die anderen Träger (Abbildung 15–6). Der höhere Sachkostenanteil der Privaten könnte sich durch eine höhere Fremderbringungsquote, d. h. ein höheres Maß an Outsourcing erklären lassen. Dies ist Teil des nach ökonomischen Prinzipien ausgerichteten ar-

2 Wichtige Datenquellen waren u. a.: BQS 2009; BQS 2010; FDZ 2011; Statistisches Bundesamt 2011; Statistisches Bundesamt 1996ff; Statistisches Bundesamt 1998ff; Statistisches Bundesamt 2004ff; Statistisches Bundesamt 2009; Statistisches Bundesamt 2013; Klauber et al. 2006.

3 Durch diese Selektion, d. h. die Fokussierung auf Versorgungskrankenhäuser, wird u. a. versucht, nur die Krankenhäuser, die DRG-Leistungen erbringen, in die Untersuchungen mit einzubeziehen. Nichtsdestotrotz werden auch in derartigen Krankenhäusern Nicht-DRG-Leistungen erbracht, wie Entgelte nach § 6 KHEntG oder Vergütungen für besondere Einrichtungen nach § 17 b Abs. 1 Satz 15 KHG. Diese konnten nicht separat herausgerechnet werden und können daher zu geringen Verzerrungen führen.

Abbildung 15–5

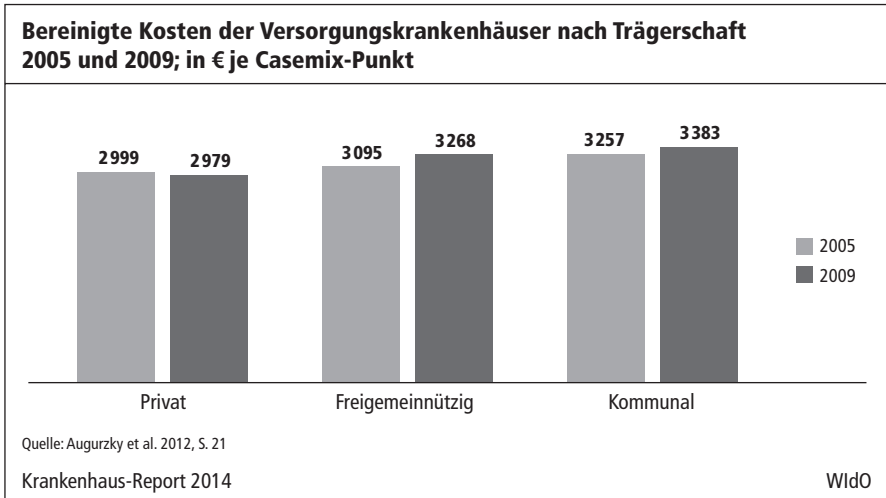
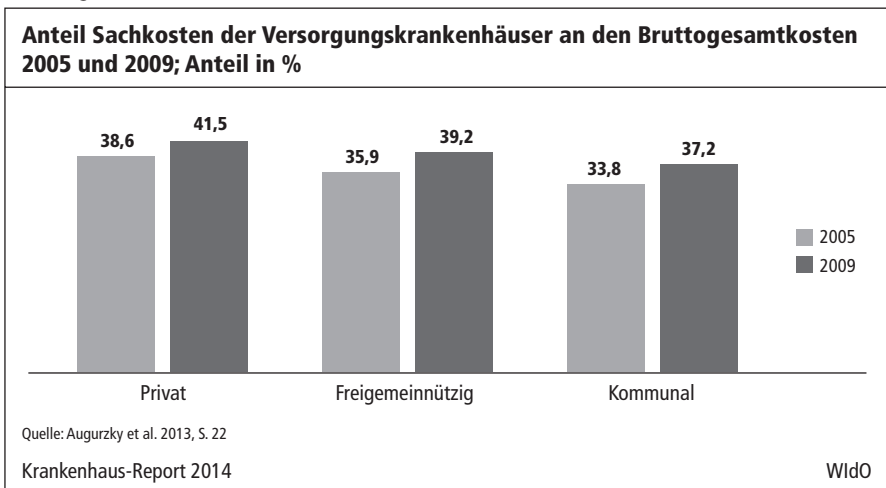


Abbildung 15–6



beitsteiligen Produktionsprozesses. Bei der Betrachtung der detaillierteren Kostenstruktur (z. B. Anteil des medizinischen Bedarfs an den Sachkosten) unter 15.4.4 zeigte sich insbesondere, dass die Privaten für die medizinische Infrastruktur nicht weniger Geld ausgeben als die anderen Träger.

Die Personalkosten fielen bei den privaten Anbietern mit rund 57% der Bruttokosten entsprechend geringer aus (Abbildung 15–7). Dies könnte erstens daraus resultieren, dass die Krankenhäuser in privater Trägerschaft bevorzugt Haustarifverträge abschließen und nicht an die starren Flächentarifregeln gebunden sind. So wird eine verstärkte leistungs- und erfolgsorientierte Vergütung ermöglicht und es bestehen eine größere Freiheit bei der Gestaltung der individuellen Arbeitsverhältnisse sowie zusätzliche Möglichkeiten, qualifizierte Mitarbeiter zu binden. Zwei-

Abbildung 15–7

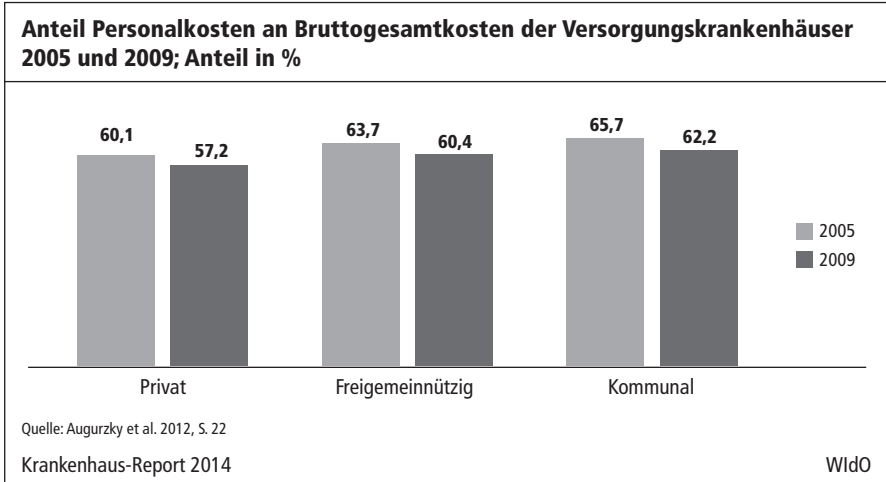
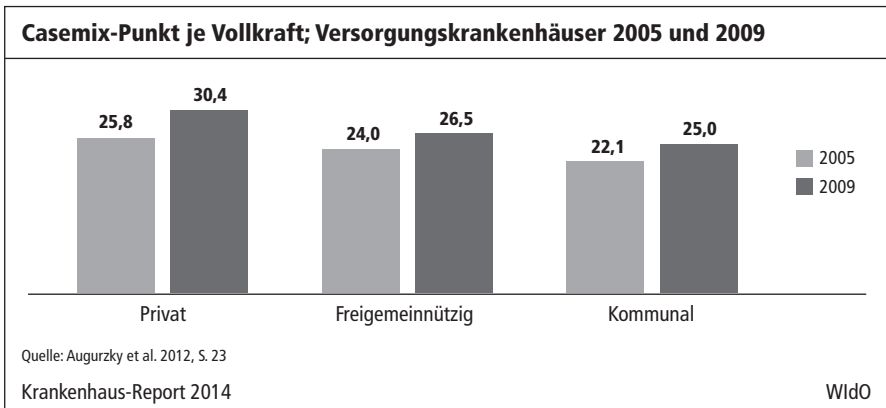


Abbildung 15–8



tens spiegeln sich darin das angesprochene möglicherweise stärkere Outsourcing der Privaten wider. Drittens dürfte es Folge eines höheren Kapitaleinsatzes der Privaten sein. Neue Analysen auf Basis von Bilanzdaten aus dem Jahr 2011 zeigen, dass private Träger 0,99 € Anlagevermögen je Euro Erlöse einsetzten, während der Wert bei nicht-privaten nur bei ca. 0,67 € lag. Demnach könnte es zu einem gewissen „Austausch“ von Arbeit und Kapital kommen.

Die höhere (Arbeits-)Produktivität der Privaten drückte sich auch durch die Kennzahl Casemix-Punkte je Vollkraft (Abbildung 15–8) aus: Mit 30,4 lagen die Privaten deutlich vor den anderen. Dies kann die geringeren Kosten je Casemix-Punkt erklären. Denkbar ist, dass damit eine höhere Arbeitsbelastung des Personals einherging. Empirisch ist Produktivität einerseits und Arbeitsbelastung andererseits mit den vorliegenden Daten nicht trennbar. Es ist aber durchaus anzunehmen, dass in einem nicht monopolisierten Markt eine überdurchschnittlich hohe Arbeitsbelas-

tung bei durchschnittlicher Vergütung im bestehenden Wettbewerb um Fachkräfte für keinen Träger eine nachhaltige Personalstrategie darstellt.

Eine höhere Produktivität bedeutet nicht zwangsläufig eine höhere Arbeitsbelastung. So wäre dies auch dadurch generierbar, dass Arbeitsabläufe intelligent gestaltet werden, sodass Ineffizienzen reduziert werden. Durch kluge Investitionen (Kapitaleinsatz) kann es gelingen, die Prozessabläufe – unterstützt durch den Ausbau der Arbeitsteilung – derart zu verbessern, dass Rüstzeiten reduziert und eine Verlagerung von lohn- zu kapitalabhängiger Leistung vollzogen werden kann. Zudem kann eine leistungsorientierte Vergütung zu einer höheren Produktivität führen und produktivere Arbeitskräfte eher binden. Außerdem ist zu vermuten, dass zum Beispiel die Bereiche Reinigung, Catering, Röntgen, Labor, Hol- und Bringdienste, Sterilisation als sogenannte Sekundärdienste bei den Privaten häufiger durch externe Dienstleister (Outsourcing) übernommen werden, was die Zahl der Vollkräfte reduziert. Letztlich lässt sich dazu jedoch auf Basis der vorliegenden Daten keine finale Aussage treffen.

15.4.3 Ertragskraft und Investitionsfähigkeit

Die Wirtschaftlichkeit der privaten Krankenhausträger spiegelte sich u. a. in ihrer Ertragskraft wieder.⁴ Ihre durchschnittliche EBITDA-Marge⁵ (inkl. Fördermittel) betrug im Jahr 2009 rund 10,6% der Erlöse und war damit deutlich höher als bei nicht-privaten Krankenhäusern (Abbildung 15–9). Betrachtet man die EBITDA-Marge ohne Fördermittel, d. h. der operative Ertrag aus eigener Kraft, wird der Abstand der Privaten zu den anderen Trägern noch größer, weil Private weniger stark auf öffentliche Fördermittel zurückgriffen.

Aus dem EBITDA wird das eingesetzte Kapital finanziert. Einerseits können daraus die Re-Investitionen getätigt werden, die dem Substanzerhalt dienen. Andererseits werden daraus die Kapitalverzinsungen zur Finanzierung des Fremd- und Eigenkapitals für Investitionen erbracht. Es bildet damit relativ gut die Investitionsfähigkeit eines Unternehmens ab. 2011 waren nur 16% der privaten Krankenhäuser nicht investitionsfähig⁶, während der Wert bei den kommunalen bei 48% und bei freigemeinnützigen sogar bei 65% lag (Augurzky et al. 2013, S. 164). Tatsächlich verwendeten die Privaten 2009 einen größeren Anteil ihrer Erlöse für Investitionen (9,7%) gegenüber 5,4% bei freigemeinnützigen und 6,7% bei kommunalen (Abbildung 15–10).

4 Für die folgenden Analysen wurde auf Jahresabschlussdaten des RWI zurückgegriffen. Die dem Faktenbuch zugrunde liegende Stichprobe umfasst 687 Jahresabschlüsse aus dem Jahr 2008 und 366 aus dem Jahr 2009. Sie deckt dabei 1 035 Krankenhäuser ab und erlaubt Analysen zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser nach Trägerschaft. Die Trägerstruktur wurde durch die vorliegenden Jahresabschlüsse sehr gut abgebildet (vgl. Augurzky et al. 2012, S. 18).

5 Beim EBITDA handelt es sich um den Ertrag aus dem operativen Geschäft, d. h. die Erlöse nach Abzug von Personal- und Sachkosten. Die Abkürzung steht für „Earnings before interest, taxes, depreciation, and amortization“. Es ist eine betriebswirtschaftliche Kennzahl, die den Cash Flow eines Unternehmens approximiert. Die EBITDA-Marge ist das Verhältnis von EBITDA zu den Erlösen.

6 Definition der Investitionsfähigkeit: Siehe Augurzky et al. 2013, S. 163: Voll investitionsfähig bei Erreichen der jeweils trägerspezifischen Mindest-EBITDA-Marge, schwach investitionsfähig bei Erreichen einer leicht abgeschwächten trägerspezifischen Mindest-EBITDA-Marge und sonst nicht investitionsfähig.

Abbildung 15–9

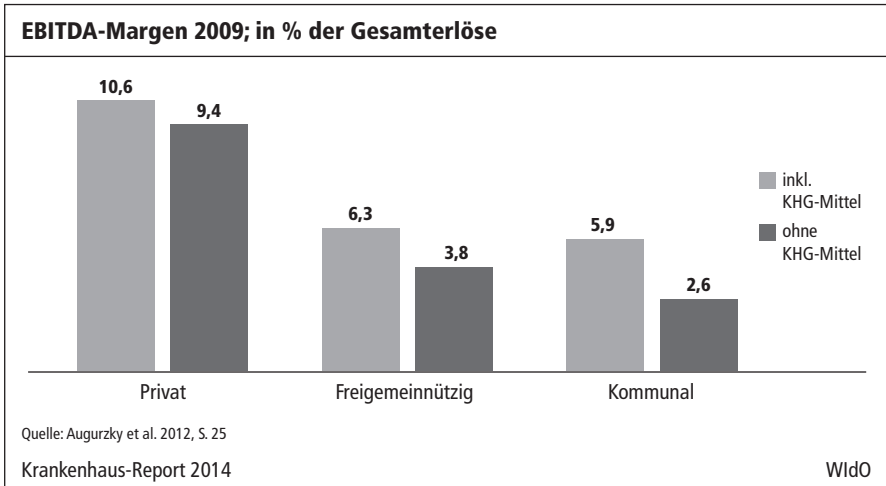


Abbildung 15–10

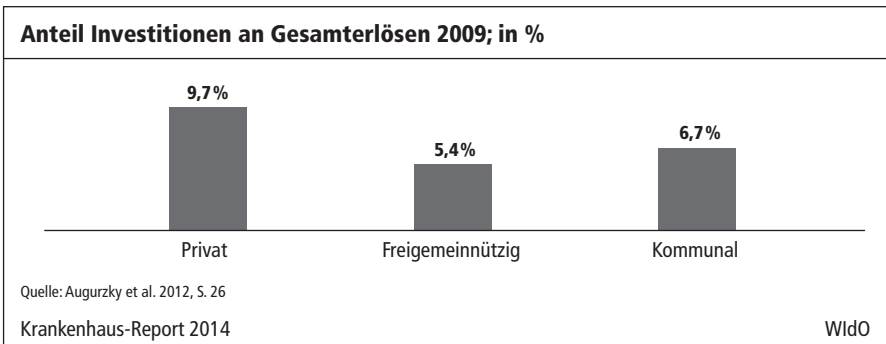
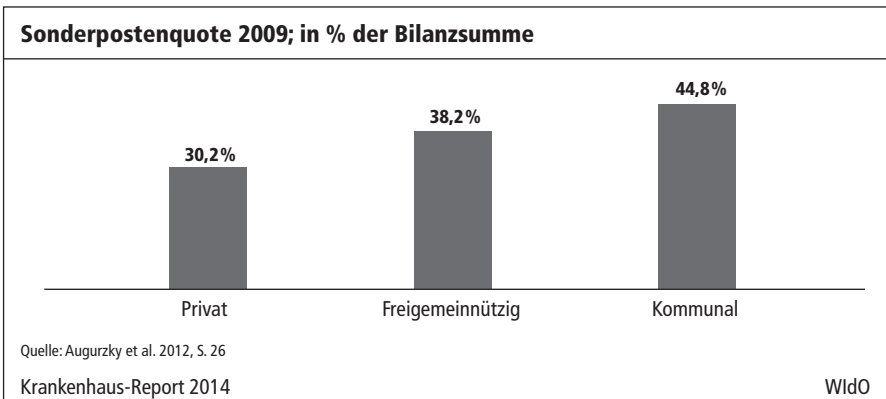


Abbildung 15–11



Während die Privaten deutlich weniger öffentliche Ressourcen in Form von Fördermitteln in Anspruch nehmen und damit den Steuerzahler vergleichsweise schonen, leisten sie durch Steuerzahlungen auf ihre Gewinne umgekehrt sogar einen Beitrag zur Finanzierung der gesellschaftlichen Aufgaben des Staates. Ein Vergleich der Sonderpostenquote (Abbildung 15–11) verdeutlichte dies. Bei den Sonderposten handelt es sich um die erhaltenen kumulierten öffentlichen Fördermittel (nach Abschreibungen). Die Privaten griffen weniger auf öffentliche Gelder zurück. Zugleich erzielten sie einen höheren Jahresüberschuss, auf den sie 2009 rund 100 Mill. Gewinnsteuern zahlten, deutlich mehr als die anderen Träger (Abbildung 15–12). Noch deutlicher wird dies bei der Betrachtung der Steuern⁷ je Bett (Abbildung 15–13).

Abbildung 15–12

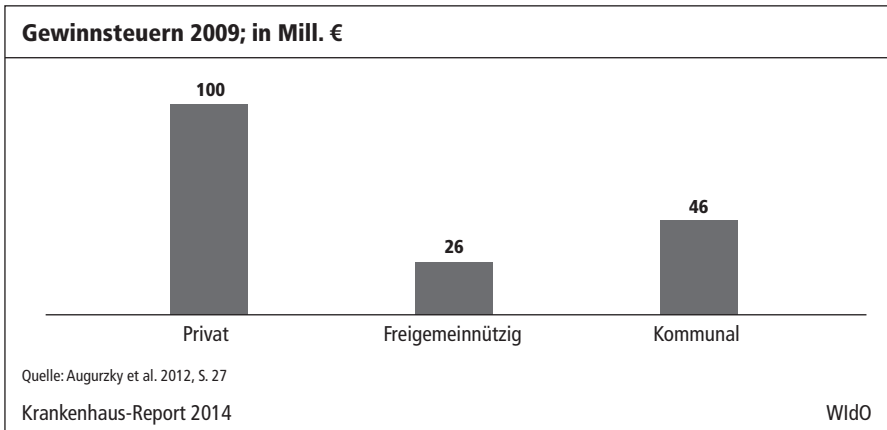
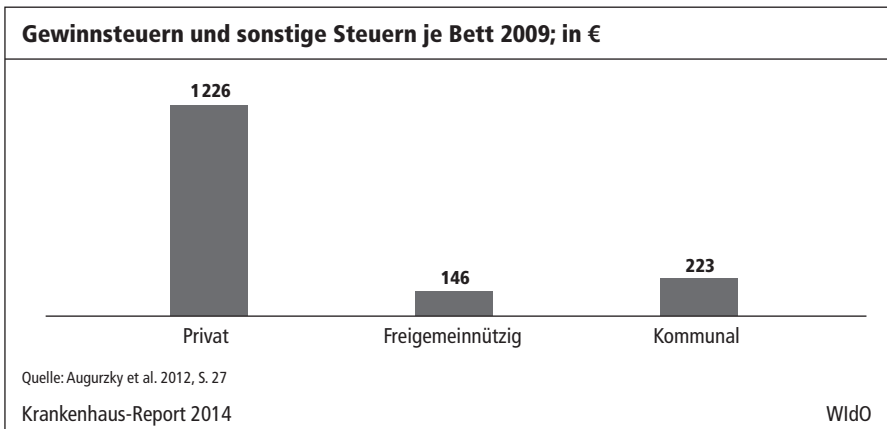


Abbildung 15–13



⁷ Die Gewinnbesteuerung der freigemeinnützig getragenen Krankenhäuser ergibt sich aus § 5 I Nr. 9 S. 2 KStG, § 3 Nr. 6 GewStG und § 51 ff, insb. § 64, 65, 67 AO. Kommunale Eigenbetriebe sind nach § 1 I Nr. 6 KStG unbeschränkt körperschaftsteuerpflichtig.

15.4.4 Beteiligung an der medizinischen Versorgung

Von Kritikern der Krankenhausprivatisierung wird vermutet, dass es einen Zielkonflikt zwischen der Gewinnorientierung auf der einen Seite und der Beteiligung an der medizinischen Versorgung auf der anderen Seite gibt (Heidenreich und Eisen 2012; Roth 2011; Böhlke et al. 2009). Die Detailanalysen können diesen Vorwurf jedoch nicht erhärten. So war das Durchschnittsalter der behandelten Patienten in privaten Krankenhäusern höher als bei anderen (Abbildung 15–14), was mit ihrem höheren Casemix-Index (CMI) zusammenhängen kann (Abbildung 15–15). Die vermutlich größere Zahl von Nebendiagnosen bei älteren Patienten führte der DRG-Systematik folgend zu einem höheren CMI. Weiterer Grund für den höheren CMI kann eine stärkere Spezialisierung der Privaten gewesen sein.

Was die Kosten pro Casemix-Punkt für den medizinischen Bedarf und die Arzneimittel angeht, unterschieden sich Private nicht nennenswert von anderen Kran-

Abbildung 15–14

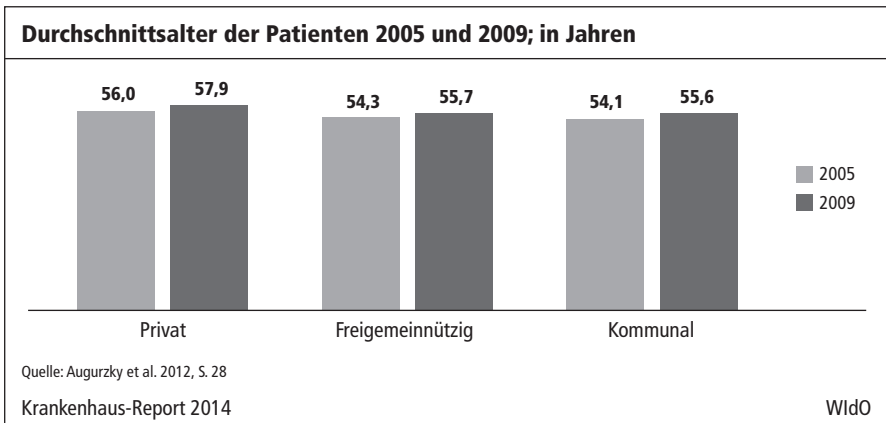


Abbildung 15–15

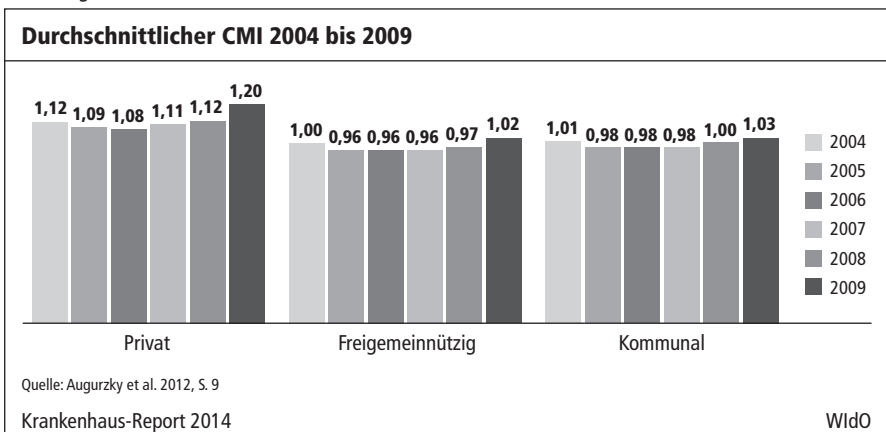


Abbildung 15–16

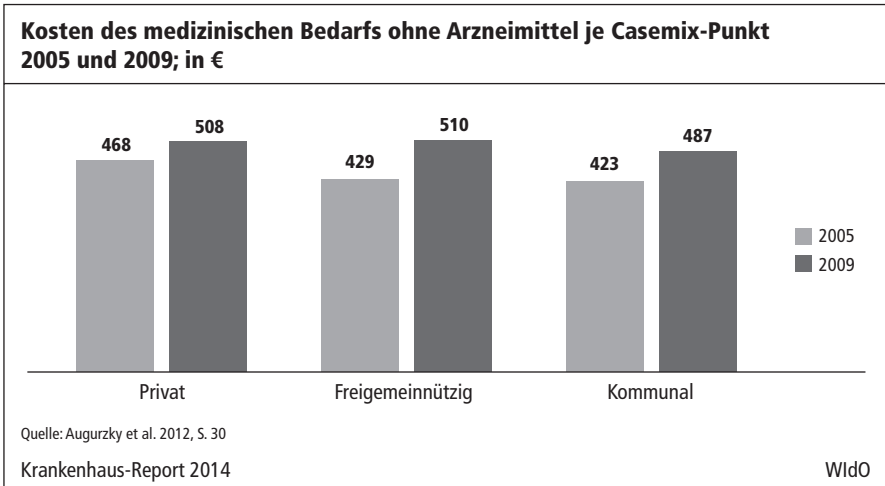
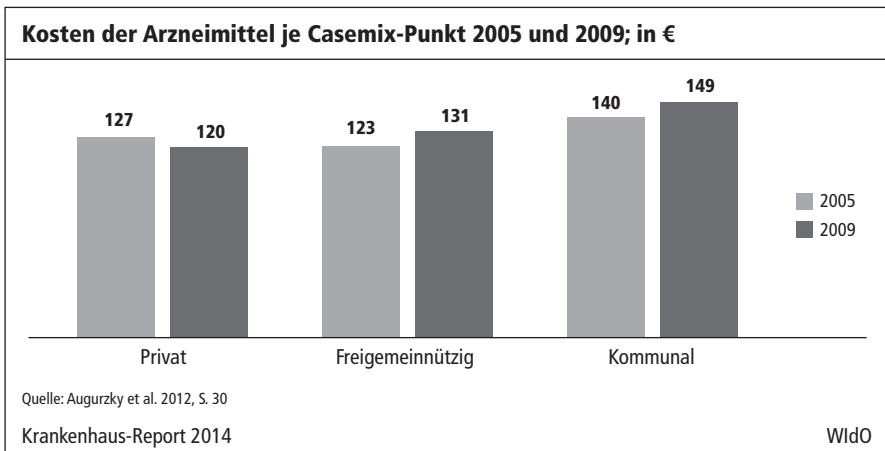


Abbildung 15–17



kenhäusern (Abbildung 15–16 und 15–17). Die Zahlen gaben keinen Hinweis darauf, dass private Krankenhäuser am medizinischen Bedarf zu Lasten ihrer Patienten sparen würden. Niedrigere Kosten für Arzneimittel der Privaten können sich u. a. durch bessere Einkaufskonditionen im Verbund erklären lassen.

Bei der Vorhaltung der medizinisch-technischen Infrastruktur gemessen an der Zahl der medizinischen Großgeräte (Abbildung 15–18) waren kaum trägerspezifische Unterschiede festzustellen.⁸ Im Bereich der Intensivbetten wiesen die Privaten sogar eine überdurchschnittliche hohe Zahl auf, die zur Behandlung von

⁸ Da hier die Vorhalteleistung untersucht wird, wird Bezug auf die vorgehaltenen Betten statt auf den Casemix genommen.

Abbildung 15–18

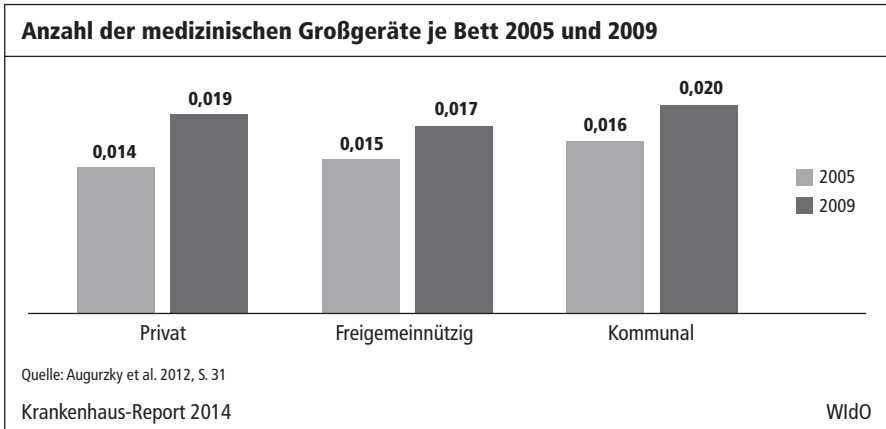
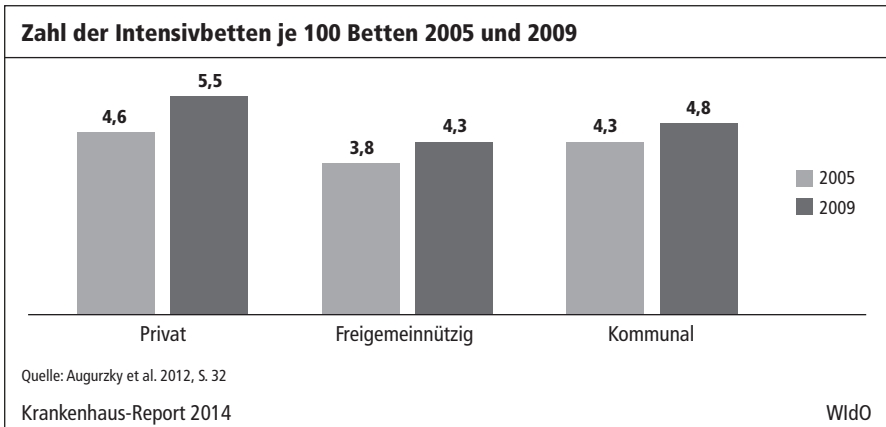


Abbildung 15–19



schwer erkrankten Patienten und somit auch zur Sicherstellung der (Notfall-) Versorgung (Abbildung 15–19) genutzt werden. Schließlich ist festzuhalten, dass private Krankenhäuser nicht mehr und nicht weniger privat versicherte Patienten behandelten als andere Krankenhäuser. So hat die Mitgliederumfrage des BDPK, bei der Einrichtungen mit insgesamt 30 000 Betten teilnahmen, ergeben, dass im Jahr 2009 rund 93 % ihrer behandelten Patienten gesetzlich versichert waren (ebenso wie im Jahr 2005) und die Privaten diesbezüglich im bundesweiten Durchschnitt lagen (Augurzky et al. 2012a, S. 31).

15.4.5 Qualität

Ein weiteres wichtiges Thema ist die trägerspezifische Qualität der Leistungserstellung, die auf Grundlage der Qualitätsdaten der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) aus dem Jahr 2008 untersucht wurde. Generell zeigten Analysen

Abbildung 15–20

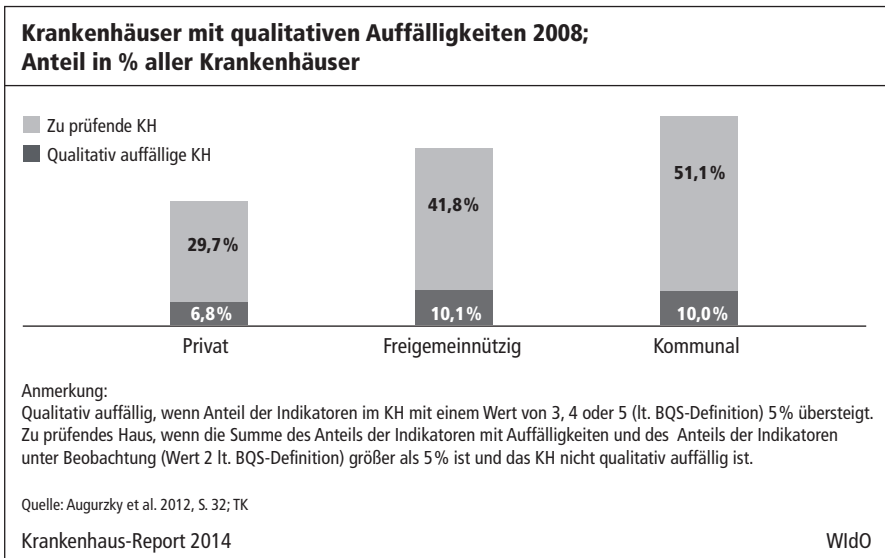
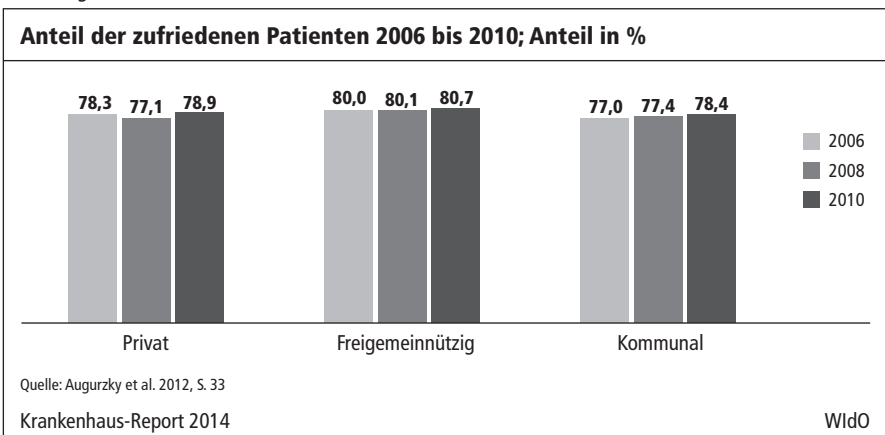


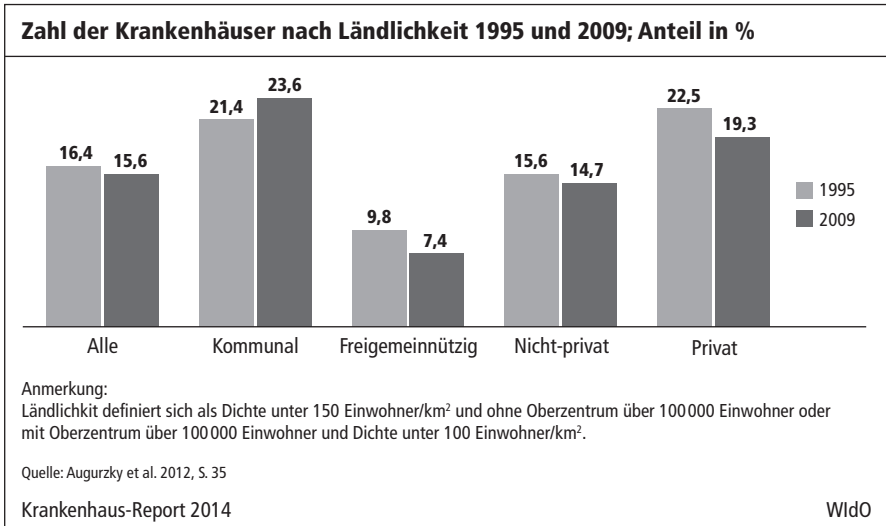
Abbildung 15–21



im Rahmen des KRR, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht in einem Zielkonflikt zueinander stehen, sondern vielmehr in einer Zielharmonie (Augurzky et al. 2013, S. 143ff). Bei der trägerspezifischen Auswertung der qualitativen Auffälligkeiten der Krankenhäuser und des Anteils zu prüfender Krankenhäuser (Abbildung 15–20) im Rahmen des Faktenbuchs zeigten sich daher auch keine Nachteile von Krankenhäusern in privater Trägerschaft.

Neben der medizinischen Qualität ist auch die von den Patienten erlebte Servicequalität, gemessen an der Patientenzufriedenheit, von großer Bedeutung. Grundlage zu deren Messung sind Patientenbefragungen der Techniker Krankenkasse aus den Jahren 2006 bis 2010 (TK 2010). Abbildung 15–21 zeigt, dass dies-

Abbildung 15–22



bezüglich keine signifikanten trägerspezifischen Unterschiede bestanden. Für alle Träger lag die durchschnittliche Patientenzufriedenheit bei rund 77 % bis 80 %.

15.4.6 Sicherstellung der regionalen Versorgung

Eine angemessene flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung ist ein wichtiges Element der öffentlichen Daseinsvorsorge, ihre Sicherstellung entspringt dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 I GG). Darunter fällt auch die wohnortnahe Versorgung in ländlichen Gebieten. Umso mehr ist es auch von Interesse zu untersuchen, inwiefern sich auch die Privaten hier an der Sicherstellung beteiligen. Abbildung 15–22 zeigt den Anteil ländlicher Krankenhäuser nach Trägerschaft für 1995 und 2009. Zunächst ist festzustellen, dass der Anteil ländlicher Krankenhäuser bei privaten Trägern ähnlich hoch war wie bei den nicht-privaten zusammen. Höher war der Anteil bei den öffentlich-rechtlichen und niedriger bei den freigemeinnützigen. Zwar war der Anteil bei den privaten und den freigemeinnützigen Krankenhäusern rückläufig, bei den öffentlich-rechtlichen war er dagegen steigend, die Änderungen waren jedoch nicht signifikant. Insbesondere fand sich unter den seit 1995 neu hinzugekommenen privaten Häusern auch ein großer Teil ländlicher Kliniken.

15.5 Fazit

Die Detailanalysen des Faktenbuchs konnten darstellen, dass einige Vorbehalte, die den privaten Kliniken entgegengebracht werden, zumindest empirisch nicht messbar waren und dass die Privaten keine schlechtere Qualität erbrachten als die ande-

ren Krankenhausträger. Zwar können sich durch eine Privatisierung eines Krankenhauses in Einzelfällen auch nicht wünschenswerte Effekte ergeben – beispielsweise können Bürgerinnen und Bürger oder das Krankenhauspersonal durch anstehende Veränderungsprozesse verunsichert werden – doch können diese Effekte in den Daten nicht gemessen werden. Ein Beweis dafür, dass die Gewinne der privaten Krankenhäuser zu Lasten der medizinischen Qualität oder der Sicherung der Versorgung gehen, konnten nicht gefunden werden. Vielmehr konnte gezeigt werden, dass durch die Krankenhausprivatisierung viel privates Kapital in die Krankenhausversorgung fließt, das helfen kann, effizientere Abläufe zu schaffen und im Wettbewerb hohe Qualität zu liefern. Vor dem Hintergrund der schwierigen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser in den Jahren 2011 und 2012 und der weiteren Verknappung öffentlicher Mittel im Zuge des demografisch bedingten Rückgangs der Erwerbstätigen, der Euro-Krise und der implementierten Schuldenbremse wird es auch in Zukunft zu weiteren Privatisierungen von Krankenhäusern kommen. Bürgerinnen und Bürger sind häufig verunsichert, wenn sie die Nachricht erhalten, dass „ihr“ Krankenhaus privatisiert werden soll. Die Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass die Bevölkerung transparente und nachvollziehbare Entscheidungen durchaus unterstützt. Dabei ist die Politik ebenso wie die beteiligten Akteure gefordert, die sich ergebenden Vor- und Nachteile unaufgeregt zu diskutieren. Datenbasierte Analysen zu den Effekten der Krankenhausprivatisierung sowie Prognosen zu künftigen Bedarfen und Inanspruchnahmen medizinischer und pflegerischer Leistungen können dabei helfen, die politische Diskussion zu fundieren und zur Entscheidungsfindung beitragen (Augurzky et al. 2012b).

Literatur

- Augurzky A, Krolop S, Hentscher C, Pilny A, Schmidt CM. Krankenhaus Rating Report 2013 (KRR 2013), Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse. Heidelberg: medhochzwei 2013.
- Augurzky B, Beivers A, Gülker R. Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg) RWI Materialien, Heft 72. Essen 2012a.
- Augurzky B, Beivers A, Torhorst EM. Krankenhausprivatisierung in Deutschland: Ein Dialog zwischen Politik und Gesundheitsökonomie. In: Roski R (Hrsg) Monitor Versorgungsforschung. Fachzeitschrift zu Realität, Qualität und Innovation der Gesundheitsversorgung. Bonn 2012b.
- Blum K, Perner P. DRGs und Krankenhausträgerschaft. In: Güntert BJ, Thiele G (Hrsg) DRG nach der Konvergenzphase. Heidelberg: Economica Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm 2008.
- Böhlke N, Gerlinger T, Mosebach K, Schmucker R, Schult T (Hrsg) Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. Hamburg: VSA 2009.
- BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (Hrsg) Qualitätsdaten 2008. Düsseldorf 2009.
- BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (Hrsg) Institut für Qualität und Patientensicherheit, BQS-Bundesauswertung 2008 – Gesamtübersicht über alle Leistungsbereiche, Vollständigkeit der Bundesdaten (Dokumentationsraten), Vollständigkeit der Krankenhäuser. Düsseldorf 2010. www.bqs-qualitaetsindikatoren.de.
- FDZ – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter. Nutzung von Mikrodaten der Krankenhausstatistik im Rahmen der kontrollierten Datenfernverarbeitung. Projektnummer: 1852–2011. Düsseldorf 2011.

- Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) Aktionäre von Rhön Klinikum kippen Übernahmehürde. 12.06.2013. <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/ueberraschungscoup-aktionaeere-von-rhoen-klinikum-kippen-uebernahmehuerde-12219677.html> (09. September 2013).
- Goepfert A. Träger und Unternehmensformen. In: Goepfert A, Conrad C (Hrsg) Unternehmen Krankenhaus. Stuttgart: Thieme 2013.
- Heidenreich R, Eisen A. An Privatisierung scheiden sich die Geister. Rhein Main Presse, 31. August 2012. Mainz: Verlagsgruppe Rhein Main GmbH & Co. KG 2012.
- Roth I. Die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern aus Sicht der Beschäftigten. Ein Branchenbericht auf Basis des DGB-Index „Gute Arbeit“. Materialien und Studien, Studie im Auftrag der ver.di – Bundesverwaltung. Berlin 2011.
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2009. Wiesbaden 2011.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) (1996ff.) Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 1995 (1996), Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) Grunddaten der Krankenhäuser 1996 (ff.). Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Stuttgart: Metzler-Poeschel 1998ff.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) Kostennachweis der Krankenhäuser 2002 (ff.). Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden 2004ff.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) Gesundheit auf einen Blick. Wiesbaden 2009.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg) Grunddaten der Krankenhäuser 2011. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2013.
- TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg) Daten zur Patientenzufriedenheit 2006, 2008 und 2010. Hamburg 2010.
- Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg) Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. Stuttgart: Schattauer 2006.