



Materialien

Boris Augurzky
Andreas Beivers
Adam Pilny

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Impressum

Herausgeber

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V.
Hohenzollernstraße 1-3 | 45128 Essen, Germany
Fon: +49 201-81 49-0 | E-Mail: rwi@rwi-essen.de
www.rwi-essen.de

Vorstand

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Dr. Stefan Rumpf

© RWI 2018

Der Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit Genehmigung des RWI gestattet.

RWI Materialien Heft 122

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Konzeption und Gestaltung: Julica Bracht, Claudia Lohkamp, Daniela Schwindt

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

<http://dx.doi.org/10.4419/86788829>

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-869-1

Materialien

Boris Augurzky, Andreas Beivers und Adam Pilny

**Krankenhäuser
in privater Trägerschaft
2018**

Heft 122



Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über: <http://dnb.ddb.de> abrufbar.



Das RWI wird vom Bund und vom Land Nordrhein-Westfalen gefördert.

<http://dx.doi.org/10.4419/86788829>

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-869-1

Inhalt

[Inhalt 1](#)

[Vorwort 5](#)

[1. Einleitung 11](#)

[2. Besonderheiten von Krankenhäusern in privater Trägerschaft 13](#)

[3. Datengrundlage 16](#)

[4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser 22](#)

[4.1 Marktanteile 22](#)

[4.2 Wirtschaftlichkeit 23](#)

[4.3 Pflegepersonal im Krankenhaus 29](#)

[4.4 Ertragskraft und Investitionsfähigkeit 34](#)

[4.5 Beteiligung an der medizinischen Versorgung 41](#)

[4.6 Beteiligung an der Notfallversorgung 49](#)

[4.7 Qualität 53](#)

[5. Regulierung 60](#)

[5.1 Mengensteuerung 61](#)

[5.2 Zentrenbildung nach KHSG 68](#)

[5.3 DRGs als Hürde der ambulant-stationären Verzahnung 71](#)

[5.4 Ordnungspolitische Irrwege des Koalitionsvertrages 77](#)

[6. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser 81](#)

[6.1 Wirtschaftlichkeit 82](#)

[6.2 Personal 85](#)

[6.3 Medizinische Behandlung 89](#)

[6.4 Gesellschaftliche Aspekte 93](#)

[6.5 Vorhalteleistung 94](#)

[7. Ausblick 96](#)

[Literatur 99](#)

[Glossar 106](#)

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Verzeichnis der Tabellen und Schaubilder

- Tabelle 1** Veränderung der Grundgesamtheit durch Selektion der Versorgungskrankenhäuser 20
- Tabelle 2** Bilanzdaten von Allgemeinkrankenhäusern 40
- Tabelle 3** Investitionen in Allgemeinkrankenhäusern 41
- Tabelle 4** Leistungsspektrum nach ICD-Kapiteln und Trägern 44
- Tabelle 5** Verwendete Indikatoren 56
- Tabelle 6** Multivariate Regressionsanalyse des aggregierten SMR 59
- Tabelle 7** Approximation des FDA-Abschlagsvolumens 63
- Tabelle 8** Anteil der Vergütung von Krankenhauskosten durch das jeweilige Fallpauschalensystem in zwölf Ländern Europas im Vergleich 73
- Tabelle 9** Casemix-Punkte je Vollkraft 82
- Tabelle 10** Zahl der Fälle je Vollkraft 83
- Tabelle 11** Zahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst 83
- Tabelle 12** Zahl der Fälle je Vollkraft im Pflegedienst 84
- Tabelle 13** Zahl der Fälle je Vollkraft im nicht-ärztlichen Dienst 84
- Tabelle 14** Zahl der Pflegekräfte je Arzt 85
- Tabelle 15** Zahl der Vollkräfte insgesamt 86
- Tabelle 16** Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst 86
- Tabelle 17** Zahl der Vollkräfte im nicht-ärztlichen Dienst 87
- Tabelle 18** Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst 87
- Tabelle 19** Zahl der Vollkräfte im medizinisch-technischen Dienst 88
- Tabelle 20** Anteil der Personalkosten an Bruttokosten 88
- Tabelle 21** Anteil der Kosten des ärztlichen Dienstes an Bruttokosten 89
- Tabelle 22** Anteil der Kosten des Pflegedienstes an Bruttokosten 89
- Tabelle 23** Anteil von Kaiserschnittentbindungen an allen Entbindungen 90
- Tabelle 24** Anteil von Totgeburten an allen Geborenen 91
- Tabelle 25** Anteil Zahl der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V an allen Fällen 91
- Tabelle 26** Anteil der Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel an Bruttokosten 92
- Tabelle 27** Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel je Casemix-Punkt 92
- Tabelle 28** Anteil der Kosten der Arzneimittel an Bruttokosten 93
- Tabelle 29** Kosten der Arzneimittel je Casemix-Punkt 93
- Tabelle 30** Anteil der Ausbildungskosten an den Bruttokosten 94
- Tabelle 31** Zahl der Intensivbetten je 100 Betten 95
- Tabelle 32** Zahl medizinisch-technischer Großgeräte je 1.000 Betten 95

- Schaubild 1 Marktvolumen und Änderungen 12
- Schaubild 2 KHG-Fördermittel 16
- Schaubild 3 Datenbasis der empirischen Untersuchungen 17
- Schaubild 4 Abgrenzung der DRG-Versorgungskrankenhäuser 2015 19
- Schaubild 5 Vergleich Stichprobe und Selektion Versorgungskrankenhäuser 22
- Schaubild 6 Marktanteile 23
- Schaubild 7 Bereinigte Kosten 24
- Schaubild 8 Personal- und Sachkosten 25
- Schaubild 9 Outsourcing in Allgemeinkrankenhäusern: Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestelltes Personal und für ausgelagerte Leistungen 26
- Schaubild 10 Casemix-Punkt je Vollkraft 27
- Schaubild 11 Casemix-Punkt je medizinischer Vollkraft 27
- Schaubild 12 Casemix-Punkt je nicht-medizinischer Vollkraft 28
- Schaubild 13 Zahl der Fälle je Vollkraft 29
- Schaubild 14 Vollkräfte im Pflegedienst nach Leistungsmenge 30
- Schaubild 15 Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Fälle 31
- Schaubild 16 Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Belegungstage 31
- Schaubild 17 Vollkräfte im Pflegedienst je Mio. altersgewichteter Fälle 33
- Schaubild 18 Vollkräfte im Pflegedienst je Mio. altersgewichteter Belegungstage 33
- Schaubild 19 Anteil der Vollkräfte im Pflegedienst an Vollkräften insgesamt 34
- Schaubild 20 EBITDA-Margen von Allgemeinkliniken 35
- Schaubild 21 Investitionsfähigkeit der Allgemeinkrankenhäuser 36
- Schaubild 22 Anteil Investitionen an Gesamterlösen von Allgemeinkrankenhäusern 37
- Schaubild 23 Sonderpostenquote von Allgemeinkrankenhäusern 38
- Schaubild 24 Förderquote von Allgemeinkrankenhäusern 38
- Schaubild 25 Gewinnsteuern und sonstige Steuern von Allgemeinkrankenhäusern 39
- Schaubild 26 Gewinnsteuern und sonstige Steuern je Bett von Allgemeinkrankenhäusern 40
- Schaubild 27 Durchschnittsalter der Patienten 42
- Schaubild 28 Durchschnittlicher CMI 42
- Schaubild 29 Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel je Casemix-Punkt 45
- Schaubild 30 Kosten der Arzneimittel je Casemix-Punkt 45
- Schaubild 31 Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte je 100 Betten 46
- Schaubild 32 Trägerschaft nach Ländlichkeit – Zahl der Krankenhäuser 48
- Schaubild 33 Trägerschaft nach Ländlichkeit – Zahl der Krankenhausbetten 48
- Schaubild 34 Nichtteilnahme an der Notfallversorgung 49
- Schaubild 35 Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach Größe, Versorgungstyp und Spezialisierungsgrad 50

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

- Schaubild 36** Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bei Grundversorgern nach Trägerschaft 52
- Schaubild 37** Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bei Spezialversorgern nach Trägerschaft 53
- Schaubild 38** Verteilung IQM-Stichprobe nach Trägerschaft 54
- Schaubild 39** Durchschnittliche aggregierte SMR insgesamt und nach Trägerschaft 57
- Schaubild 40** Aggregiertes SMR (2014 bis 2016 gepoolt) und Pflegevollkräfte je 100 Fälle (2015) nach Trägerschaft 58
- Schaubild 41** Anteil der zufriedenen Patienten 60
- Schaubild 42** Unterschiedliche Höhen des FDA 62
- Schaubild 43** Kliniken mit abgerechneten Zentrumszuschlägen nach Trägerschaft und Größenklasse 2016, Anteil an trägerspezifischer Anzahl der Allgemein-KH in % 70
- Schaubild 44** Abgrenzung zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Krankenhausbehandlung 76
- Schaubild 45** Projektion der Zahl der Fälle 96

Vorwort

Die Privatisierung von Krankenhäusern, d.h. der Trägerwechsel von kommunalen¹ und privat-freigemeinnützigen² hin zu privat-gewinnorientierten³ Trägern, wird seit Beginn dieser Entwicklung Anfang der 1990iger Jahre kontrovers diskutiert. Zur Versachlichung der Debatte wurden in den Jahren 2009, 2012 und 2015 Faktenbücher zur Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft mit Daten aus den Jahren 2006, 2009 bzw. 2012 erstellt. Ziel war stets eine wissenschaftlich fundierte Bewertung der Krankenhausprivatisierung in Deutschland durch Darstellung und Auswertung relevanter Kennziffern zum Krankenhausmarkt, differenziert nach Trägerschaft.

Das vorliegende, nunmehr in der vierten Auflage aktualisierte Faktenbuch hat sich zum Ziel gesetzt, die bisher durchgeführten Analysen auf die aktuelle Datenbasis aus dem Jahr 2015/2016 zu stellen. Des Weiteren werden erstmals Daten der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) verwendet, um den Zusammenhang zwischen eingesetztem Personal und der medizinischen Qualität im Krankenhaus zu analysieren. Ferner werden im Schwerpunktkapitel zur Regulierung aktuelle krankenhauspolitische Themen zu regulatorischen Vorhaben im Krankenhausmarkt aufgegriffen, ordnungspolitisch diskutiert und bewertet. Dieses Schwerpunktkapitel beschäftigt sich mit der Mengensteuerung, der Zentrenbildung nach KHSG, ausgewählten Steuerungsproblemen der G-DRGs und ordnungspolitischen Irrwegen aus dem Koalitionsvertrag.

Datengrundlage des Faktenbuchs bilden Krankenhäuser, die nach DRGs abrechnen und einen Versorgungsauftrag für gesetzlich Versicherte besitzen. Denn gerade in privater Trägerschaft befinden sich viele kleine Krankenhäuser ohne einen solchen Versorgungsvertrag. Sie spielen für die breite Gesundheitsversorgung keine Rolle. Universitätsklinika werden bei den Analysen nicht einbezogen, weil sie neben der Krankenversorgung auch der Forschung und Lehre nachgehen. Ihre

¹ Im Folgenden verwenden wir die Begriffe „kommunal“ und „öffentlich-rechtlich“ synonym.

² Im Folgenden freigemeinnützig genannt.

³ Im Folgenden privat oder auch die „Privaten“ genannt.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Kennzahlen sind damit nicht direkt mit nicht-universitären Krankenhäusern vergleichbar. Ebenso werden rein psychiatrische oder psychotherapeutische (sofern sie ausschließlich nach BPfIV abrechnen) sowie reine Tages- und Nachtkliniken von der Analyse ausgeschlossen. Die Untersuchungen beschränken sich auf empirisch beobachtbare Kenngrößen.

Wir danken Christian Binder, Annika Emde (beide hcb), Dr. Corinna Hentschker, Anne Mensen (beide RWI) und Niels Straub (IMSP – Institut für Marktforschung, Statistik und Prognose) für wertvolle Unterstützung bei der Erstellung der Studie. Weiter danken wir dem Statistischen Bundesamt und Herrn Dr. Urban Janisch vom FDZ Kamenz für die Bereitstellung von amtlichen Daten sowie Laura Decher, Claudia Lohkamp und Vanessa Kuske für die organisatorische Hilfe. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen allein die Autoren.

Executive Summary

Marktanteile. Private Krankenhäuser haben von 2006 bis 2015 ihren Marktanteil erhöht. Bezogen auf die Anzahl der Versorgungskrankenhäuser stieg er um 6,7%-Punkte, bezogen auf die Zahl der Betten um 4,7%-Punkte und bezogen auf die Zahl der Fälle um 4,1%-Punkte. Die Privaten beteiligen sich zudem überdurchschnittlich häufig an der intensivmedizinischen Versorgung.

Wirtschaftlichkeit. Bei gleichem Ressourceneinsatz erreichen private Träger eine höhere Leistungsmenge – gemessen in Casemixpunkten – als andere Träger. So weisen private Krankenhäuser die geringsten Kosten je Casemixpunkt auf. Dabei fällt ihr Sachkostenanteil im Vergleich zu den anderen Trägern höher aus, während ihr Personalkostenanteil geringer ist. Die Privaten gliedern bestimmte Leistungen in Krankenhäusern (Catering, Reinigung, Labor, etc.) häufiger an externe Dienstleister aus. 2016 lag ihre Outsourcing-Quote bei 6,6% der Personal- und Sachkosten, während kommunale (5,3%) und freigemeinnützige Kliniken (4,3%) deutlich geringere Werte aufwiesen. Aufgrund der höheren Inanspruchnahme von Outsourcing verteilt sich bei den Privaten das gesamte Leistungsvolumen auf weniger internes Personal. Folglich weisen sie die höchste Arbeitsproduktivität unter allen Trägern auf. Eine höhere Produktivität muss dabei nicht zwangsläufig mit einer höheren Arbeitsbelastung einhergehen. Eine große Rolle spielt eine effiziente Arbeitsorganisation. Die Zahl der zu betreuenden Patienten je Vollkraft ist bei privaten Krankenhäusern kaum höher als bei den anderen Trägern.

Pflegepersonal im Krankenhaus. Private und freigemeinnützige Träger weisen die geringste Zahl an Pflegekräften je erbrachter Leistungsmenge auf, die sich als gewichtetes Mittel aus Fallzahl und Behandlungstagen definiert. Unter Berücksichtigung der Unterschiede in der Altersstruktur der Patienten zeigt sich, dass private und freigemeinnützige Träger weniger Pflegevollkräfte einsetzen als kommunale Träger. Die Privaten weisen indessen den höchsten Anteil an Vollkräften im Pflegedienst an allen Vollkräften auf. Eine Aussage, ob es bei der „Pflege am Bett“ deutliche Unterschiede zwischen den Trägern gibt, lässt sich aus diesen Kennzahlen nicht ableiten.

Ertragskraft und Investitionsfähigkeit. Private Krankenhausträger wiesen 2016 unter allen Trägern die höchste Ertragskraft auf. Der Großteil der Privaten war

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

2016 investitionsfähig (94%), d.h. in der Lage, ihre Unternehmenssubstanz nachhaltig zu halten, während es bei den kommunalen nur 66% und bei den freigemeinnützigen 79% waren. Private Krankenhäuser wendeten 7,4% ihrer Erlöse für Investitionen auf, freigemeinnützige 5,8% und kommunale 5,4%. Die Privaten nehmen deutlich weniger öffentliche Ressourcen in Form von Fördermitteln in Anspruch und entlasten somit den Steuerzahler. Darüber hinaus leisten sie durch Steuerzahlungen auf ihre Gewinne umgekehrt sogar einen Beitrag zur Finanzierung der gesellschaftlichen Aufgaben des Staates. Sie zahlten 2016 rund 182 Mio. € Gewinnsteuern (rund 2 900 € je Bett), deutlich mehr als die anderen Träger.

Beteiligung an der medizinischen Versorgung. Die behandelten Patienten in privaten Krankenhäusern sind im Durchschnitt um mehr als zwei Jahre älter als bei anderen Trägern, was sich auch in einem höheren Casemix Index (CMI) bei den Privaten niederschlägt. Die Kosten pro Casemix-Punkt für den medizinischen Bedarf und die Arzneimittel waren bei privaten Krankenhäusern 2015 niedriger als bei anderen Trägern. Eine Erklärung dafür können bessere Einkaufskonditionen und ein höherer Grad an Standardisierung in größeren Verbänden sein. Bei der Vorhaltung der medizinisch-technischen Infrastruktur gemessen an der Zahl der medizinischen Großgeräte lassen sich kaum trägerspezifische Unterschiede festzustellen. Die Anzahl ländlicher Krankenhäuser ist bei privaten Trägern gestiegen, während die anderen Trägerschaften einen Rückgang zu verzeichnen hatten. Offenbar fanden auch in ländlichen Regionen Privatisierungen statt. Im Jahr 2015 befanden sich 38% der privaten Krankenhäuser im ländlichen Raum. Bei den kommunalen waren es 40% und bei den freigemeinnützigen 19% ihrer Krankenhäuser.

Beteiligung an der Notfallversorgung. Bezogen auf alle Allgemeinkrankenhäuser nehmen private Kliniken zwar weniger häufig an der Notfallversorgung teil als andere Trägerschaften. Dieser Befund wird jedoch von den Spezialversorgern bestimmt, die häufiger in privater Trägerschaft betrieben werden. Bei den Grundversorgern zeigen sich hinsichtlich der Beteiligung an der Notfallversorgung indes keine signifikanten Unterschiede zwischen den Trägerschaften.

Executive Summary

Qualität. Auf Grundlage einer großen Zahl von Qualitätsindikatoren der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) wird das Verhältnis der beobachteten und der zu erwartenden Sterblichkeit gebildet. Ihr Wert lag bei privaten Krankenhäusern besser als der Durchschnittswert über aller Träger. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dieser Kennzahl und der Zahl der eingesetzten Pflegekräfte zeigte sich überdies nicht.

Mengensteuerung. Mit dem Fixkostendegressionsabschlag (FDA) hat der Gesetzgeber ein neues (Mengen-)Steuerungsinstrument eingeführt. Seine Höhe wurde 2017 und 2018 bundeseinheitlich auf 35% festgesetzt. Inwiefern dieser Wert in der Realität ökonomisch zutreffend ist, wurde durch ein Gutachten des RWI untersucht: Bei alternativen methodischen Ansätzen schwankt der Fixkostenanteil von Krankenhäusern zwischen rund 27% und 35%. Trägerspezifische Unterschiede ließen sich dabei nicht feststellen. Für die Jahre 2017 bis 2019 wird ein kumuliertes FDA-Volumen i. H. v. insgesamt rund 2 Mrd. € prognostiziert. Die derzeitige Ausgestaltung des FDA wirft eine Reihe methodischer und ordnungspolitischer Fragen auf. Neben wirksamen Steuerungseffekten des FDA besteht die Gefahr, dass sowohl der gewünschte Qualitätswettbewerb als auch notwendige Strukturanpassungen ausgebremst werden. Je höher der FDA ausfällt, desto geringer ist der Anreiz für ein Krankenhaus, eine Qualitätsführerschaft anzustreben, weil dadurch entstehende positive Skaleneffekte teilweise oder sogar zur Gänze abgegeben werden müssen. Gleiches gilt für die Bündelung von Krankenhauskapazitäten. Bestehende Krankenhausstrukturen in Deutschland werden dadurch tendenziell zementiert. Es gilt, weitere Mengensteuerungsinstrumente zu entwickeln. Die Verbesserung der Indikationsqualität sollte dabei im Mittelpunkt stehen.

Zentrenbildung nach KHSG. Die Etablierung von zertifizierten Zentren führt tendenziell zur Steigerung der Versorgungsqualität. Mangels bundesweit einheitlicher Regelungen zum Zentrumszuschlag und aufgrund des sehr unterschiedlichen Umgangs mit Zentren in der Krankenhausplanung der Bundesländer wurde die Definition von zuschlagsfähigen Zentrumsleistungen den Vertragspartnern auf der Ortsebene übertragen und oftmals durch Schiedsstellenentscheidungen geregelt. Eine trägerspezifische Auswertung der Zentrumsverteilung zeigt, dass bei

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

größeren Krankenhäusern die Privaten seltener einen Zentrumszuschlag erhielten als die anderen Trägerschaften.

DRGs als Hürde der ambulant-stationären Verzahnung. Das DRG-System hat die ambulant-stationäre Verzahnung erschwert. DRGs führen v.a. zur Optimierung der Leistungserstellung innerhalb des stationären Sektors. Eine ganzheitliche sektorenübergreifende Optimierung unterbleibt jedoch. Ein zentrales Hemmnis für eine integrierte Patientenversorgung stellt die untere Grenzverweildauer dar. Sie führt dazu, dass bei ihrem Unterschreiten ein Vergütungsabschlag ausgelöst wird. Parallel dazu ist zu beobachten, dass es durch die zunehmende Ambulantisierung der Medizin, aber auch durch den wachsenden Fachkräftemangel, zu einem Zusammenwachen der Sektoren kommt. Daher müssen neue Vergütungsanreize gesetzt werden. Ein Blick in andere Länder zeigt, dass dies möglich ist. Das TK-Modellprojekt der Hybrid-DRGs weist in die richtige Richtung. Dennoch bleiben dabei wichtige Fragen ungeklärt. Ein anderer Ansatz könnte die Etablierung teilstationärer Fallpauschalen sein. Er unterscheidet sich von den Hybrid-DRGs v.a. darin, dass er auf die Hebung des teilstationären Potenzials abzielt, während das TK-Modell das Ambulantisierungspotenzial ausschöpfen möchte.

Ordnungspolitische Irrwege des Koalitionsvertrages. Der Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2018 enthält gute und zukunftsweisende Punkte, wie beispielsweise die geplante Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung, die Verlängerung des Strukturfonds und eine Neuadjustierung der Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe. Andere Vorhaben müssen jedoch als ordnungspolitische Irrwege bezeichnet werden. Darunter fällt das Vorhaben, Pflegepersonalkosten aus den DRGs herauszurechnen und separat nach dem Selbstkostendeckungsprinzip zu vergüten. Darunter fällt auch die Einführung von Personaluntergrenzen in der Pflege. Beide Vorhaben verhindern die zu befürwortende Neujustierung der Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe und bremsen dringend nötige arbeitssparende Innovationen aus. Statt innovationsfeindliche Regulierungen zu schaffen, sollte vielmehr der Frage nachgegangen werden, weshalb im Pflegebereich Handlungsbedarf gesehen wird. Wenn eine schlechte Pflegequalität vermutet wird, sollte sie in der Qualitätsmessung, die u.a. das IQTiG anstrebt, angemessen berücksichtigt werden.

1. Einleitung

Ausblick. Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen wird aufgrund der demografischen Entwicklung stärker als die personellen und finanziellen Ressourcen wachsen. In schrumpfenden Regionen kann überdies die Nachfrage sogar sinken, sodass es immer schwieriger wird, die hohen Vorhalteleistungen von Krankenhäusern kostendeckend zu finanzieren. Für solche Regionen sind neue Gesundheitsangebote zu schaffen, die die Kapazitäten zentral und sektorenübergreifend bündeln. Um Angebotsstrukturen dementsprechend anpassen zu können, wird aufgrund rückläufigem öffentlichen Kapital vermehrt privates Kapital zum Einsatz kommen müssen. Dies wird jedoch nur geschehen, wenn ausreichend unternehmerische Freiheiten vorhanden sind. Dafür ist ein Abbau von regulatorischen Restriktionen im Gesundheitswesen nötig. Der Koalitionsvertrag 2018 scheint in dessen eine Ausweitung von Regulierung anzustreben.

Die Gewinnung von qualifiziertem Personal wird vor dem Hintergrund eines schrumpfenden Erwerbstätigenpotenzials eine weitere große, wenn nicht gar die größte Herausforderung für Krankenhausträger sein. Um sich gegenüber anderen Branchen behaupten zu können, werden die Arbeitsplätze im Gesundheitswesen attraktiver zu gestalten sein. Andere Branchen werden diesbezüglich jedoch nachziehen, sodass eine Steigerung der Attraktivität der Gesundheitsberufe alleine nicht ausreichen wird. Darum braucht Deutschland außerdem zügig ein modernes Zuwanderungsgesetz und im Gesundheitswesen eine größere Innovationsoffenheit. Denn dringend nötig sind arbeitssparende Innovationen beispielsweise im Bereich der Digitalisierung, Robotik oder künstlicher Intelligenz.

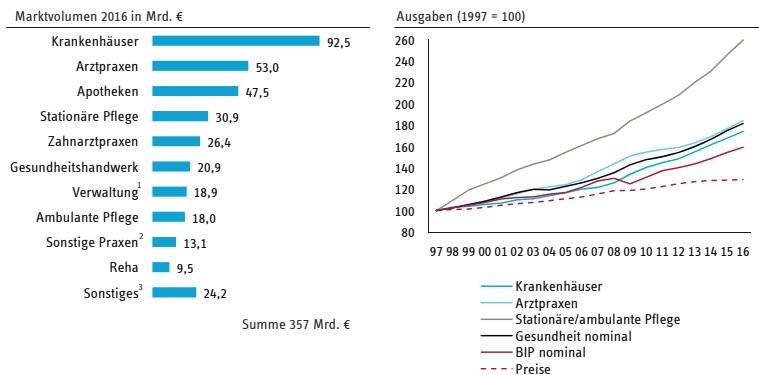
1. Einleitung

Regelmäßig wird die herausragende gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheits- und Krankenhausmarkts betont. Es wird auf die enorme gesellschaftliche Bedeutung der Versorgung der Bevölkerung mit qualitativen hochwertigen und wohnortnahen medizinischen Leistungen verwiesen. Ferner wird der Gesundheitssektor in seiner volkswirtschaftlichen Dimension als wichtiger Arbeitgeber angeführt (Beivers und Minartz 2011b). Im Jahr 2016 erreichte der deutsche Gesundheitsmarkt ein Volumen von rund 357 Mrd. € (Schaubild 1) bzw. 11,4% des Bruttoinlandsprodukts. Der Krankenhausmarkt alleine

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

wies mit rund 93 Mrd. € das größte Volumen von allen Sektoren des Gesundheitswesens auf, was einem Anteil von 26% am gesamten Gesundheitsmarkt entsprach. Berücksichtigt man die über 1,2 Mio. Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt 2017a), wird darüber hinaus die herausragende beschäftigungspolitische Bedeutung ersichtlich. Sie haben im Jahr 2016 insgesamt 19,5 Mio. Krankenhaufälle versorgt (Augurzky et al. 2018).

Schaubild 1
Marktvolumen und Änderungen
 2016 (in Mrd. €); 1997-2016; 1997 = 100



Quelle: RWI, Augurzky et al. (2018). – Anmerkung: Gesamtkosten ohne Kosten fürs Ausland. – ¹Davon vor allem Verwaltungsausgaben. – ²Praxen sonstiger medizinischer Berufe: physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern. – ³Investitionen (Krankenhausfördermittel, Mittel für Pflegeheime u.a.), Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, sonst. Einrichtungen und private Haushalte. Gesamtkosten ohne Kosten fürs Ausland; ab 2014 werden Leistungen für Dialysezentren den Arztpraxen zugerechnet.

Aktuelle gesundheitspolitische Debatten zum Krankenhausmarkt spiegeln einen Trend wider, der bereits in den letzten drei Faktenbüchern dargestellt worden ist: der deutsche Krankenhausmarkt befindet sich in einem Wandel, dessen Ende noch lange nicht absehbar ist. So ist die Zahl der Krankenhäuser (nach Instituti-onskennzeichen) von 1991 bis 2016 um rund 19% zurückgegangen. Ein noch stärkerer Rückgang war bei der Zahl der Betten (-25%) und der Verweildauer (-48%) zu beobachten (Statistisches Bundesamt 2017a). Demgegenüber ist es zu einem merklichen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle gekommen

2. Besonderheiten von Krankenhäusern in privater Trägerschaft

(+34%). Seit Beginn dieses Wandels ist außerdem ein vermehrter Trägerwechsel von Krankenhäusern hin zu privaten, gewinnorientierten Unternehmen zu beobachten.

Diese Entwicklung wird von den einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens unterschiedlich beurteilt. Immer wieder kommt es zu der Befürchtung, dass es zwischen der Gewinnerzielungsabsicht privater Krankenhausträger einerseits und der Bereitstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Krankenhausversorgung andererseits zu Zielkonflikten kommen kann. Zentrale Aufgabe des vorliegenden Faktenbuchs ist es, mit detaillierten Analysen zu überprüfen, ob diese Befürchtung zutrifft.

Für die aktuelle Legislaturperiode bis 2021 hat sich eine neue Große Koalition gefunden. Sie hat sich im Gesundheitsbereich einiges vorgenommen, was auch den Krankenhausmarkt betreffen wird. In diesem Faktenbuch werden daher auch aktuelle regulatorische Vorgaben im Krankenhausmarkt kritisch beleuchtet und ordnungspolitisch bewertet. Dabei stehen die Themen der Mengensteuerung, der Zentrenbildung nach KHSG sowie die Probleme der ambulant-stationären Verzahnung im Mittelpunkt der Bewertung. Unter Bezugnahme auf den Koalitionsvertrag werden darüber hinaus die Finanzierung von Pflegepersonalkosten unabhängig von Fallpauschalen, die anvisierten Personaluntergrenzen und der Pflege Mindestlohn auf den Prüfstand genommen.

2. 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. Daraus leiten sich die Vor- und Nachteile gegenüber anderen Krankenhäusern ab. Einerseits sind die privaten Mittel nicht kostenlos nutzbar. Dies ist bei privatem Fremdkapital, das auch nicht-private Träger einsetzen, bekannt. Hierfür fallen Zinsen an. Auch die Nutzung von privatem Eigenkapital ist mit Kapitalkosten verbunden, die sich in Form von jährlichen Aus-

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

schüttungen an die Kapitalgeber äußern. Dadurch wird dem Krankenhaus einerseits zwar Investitionskraft entzogen. Dem steht aber andererseits der Vorteil gegenüber, Kapital am Kapitalmarkt akquirieren zu können, was die Investitionskraft wiederum deutlich steigert. Denn erst durch die Ausschüttung eines Teils des Gewinns werden Krankenhäuser für externe Kapitalgeber interessant. Insofern handelt es sich um ein Geben und Nehmen. Volkswirtschaftlich vorteilhaft ist, dass dadurch dem Gesundheitswesen private Mittel zufließen. Bei nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern entfällt diese Möglichkeit. Sie können nur auf knappe öffentliche Fördermittel und auf Fremdkapital zurückgreifen.⁴ Ohne ausreichende Investitionen fällt es aber schwerer, Betriebsabläufe zu optimieren.

Es sind also die Kapitalkosten von privatem Eigenkapital, die die Gewinnerzielungsabsicht begründen. Dabei sind Gewinne jedoch nicht gesichert. Auch Verluste sind möglich. Der Kapitalgeber geht also ein unternehmerisches Risiko ein. Die marktübliche Kapitalverzinsung beinhaltet daher einen Risikoaufschlag, der umso höher ausfällt, je höher die Wahrscheinlichkeit eines Verlusts des eingesetzten Kapitals ist.

Ein weiterer wichtiger Vorteil von Krankenhäusern mit privatem Träger ist, dass häufiger ein professionelles Aufsichtsgremium anzutreffen ist, das mit dem Management an einem Strang zieht. Das Aufsichtsgremium ist in sich homogener und dessen Mitglieder verfolgen ähnliche Interessen, vor allem die wirtschaftliche Erbringung der Leistungen des Krankenhauses und die kontinuierliche Verbesserung der eigenen Wettbewerbsposition. Damit einher geht ein Interesse an qualitativ hochwertigen Leistungen, um im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern überhaupt erst Patienten für sich gewinnen zu können. Insbesondere verfolgt das Aufsichtsgremium in der Regel keine weiteren Ziele, die zu Lasten der Wirtschaftlichkeit und Qualität gehen könnten.

⁴ Hier sei angemerkt, dass durch die Verzinsung von Fremdkapital dem Krankenhaus ebenfalls Mittel „entzogen“ werden. Weiter werden dem Krankenhaus durch die Vergütung des Personals Mittel entzogen. In einem Produktionsprozess ist dies jedoch ein normaler Vorgang. Es werden Produktionsfaktoren, insbesondere Arbeit und Kapital, eingesetzt, um das gewünschte Produkt bzw. die Dienstleistung erzeugen zu können. Es versteht sich, dass die eingesetzten Produktionsfaktoren dabei Kosten verursachen.

2. Besonderheiten von Krankenhäusern in privater Trägerschaft

Damit zusammenhängend ist anzunehmen, dass Aufsichtsgremien einer privaten Trägerschaft deutlich größeren Wert auf ein erfolgsorientiertes Management legen, das in Eigenverantwortung die Geschicke des Unternehmens lenkt und am Erreichen der Unternehmensziele gemessen wird. Das Gremium greift dabei nicht oder eher selten 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.

Wie wichtig privates Kapital für das Krankenhauswesen ist, zeigt der zunehmende Mangel an öffentlichen Fördermitteln, der zu einem spürbaren Investitionsstau in den vergangenen Jahren geführt hat. Deutschland hat ein so genanntes duales Krankenhausfinanzierungssystem. Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 9 Abs. 1 KHG) tragen die Bundesländer aus Steuermitteln die Investitionskosten der Krankenhäuser (Beivers und Minartz 2011a; Neubauer 2007a). Zumindest haben die Krankenhäuser gemäß KHG dem Grunde nach einen Anspruch gegen die Bundesländer auf Finanzierung ihrer Investitionskosten. Voraussetzung dafür ist die Aufnahme in den staatlichen Krankenhausplan. Laufende Betriebskosten werden hingegen über Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Pflegesätze mit den Patienten bzw. Krankenversicherungen abgerechnet. Demzufolge sind in den Entgelten keine Investitionskostenanteile enthalten.

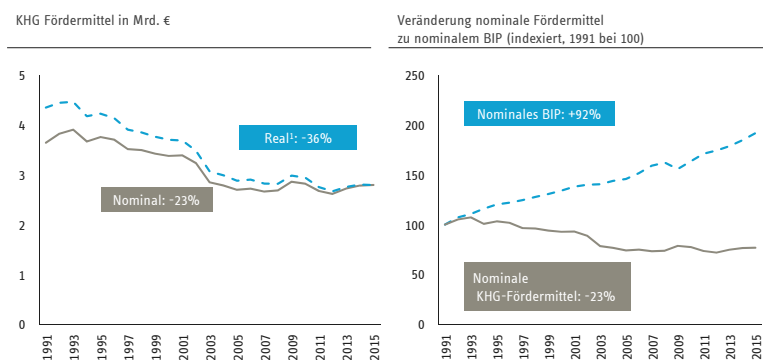
Damit werden zwei ordnungspolitisch unterschiedliche Steuerungssysteme nebeneinander eingesetzt, was naturgemäß zu Konflikten führt. Sie resultieren unter anderem daraus, dass das Vergütungssystem der Gestaltungshoheit des Bundestages und die Krankenhausplanung der Bundesländer unterliegen (Neubauer 2007a). Mithin kommt es im Bereich der Investitionsfinanzierung durch die seit mehreren Jahren erkennbare Reduktion der Fördermittel zu einer Schieflage (Schaubild 2).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 2

KHG-Fördermittel

1991 bis 2015; in Mio. €



Quelle: RWI, Augurzky et al. (2018). – ¹Deflationiert mit Investitionsgüterpreisindex.

Legt man je nach Art des Sachanlagevermögens der Krankenhäuser passende Abschreibungsquoten zugrunde und wird davon ausgegangen, dass die Substanz des Anlagevermögens erhalten werden soll, ergibt sich ein jährlicher förderfähiger Investitionsbedarf aller Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) in Höhe von 5,8 Mrd. € (Augurzky et al. 2018). Davon steuerten 2015 die Bundesländer 2,8 Mrd. € bei. Damit liegt die Förderlücke bei etwa 3,0 Mrd. € jährlich. Sollte das gegenwärtige Sachanlagevermögen bereits einen in der Vergangenheit aufgebauten Investitionsstau beinhalten, würde der jährliche Investitionsbedarf noch höher ausfallen – und dementsprechend höher auch die Förderlücke. Zum Teil schließen die Krankenhäuser diese jährliche Investitionslücke aus eigener Kraft. Jedoch gelingt es nicht, sie gänzlich zu schließen, sodass es zu einem schleichenden Substanzabbau kommt. Er macht sich unter anderem an einem abnehmenden Sachanlagevermögen im Verhältnis zu den Krankenhauserlösen bemerkbar.

3. Datengrundlage

Datengrundlage dieses Faktenbuchs bilden mehrere Quellen, insbesondere jedoch die amtlichen Krankenhausdaten des Statistischen Bundesamts (Schaubild 3). Genutzt werden die (i) *Grunddaten der Krankenhäuser* zum stationären

3. Datengrundlage

Leistungsgeschehen von 1996 bis 2016. Auf der Kostenseite liefern die (ii) *Kostenachweise der Krankenhäuser* vergleichbare Daten der Personal- und Sachmittelkosten für die Jahre 2002 bis 2016. In aggregierter Form liegen diese Daten öffentlich vor. Zur Darstellung von längeren Zeitreihen in Abschnitt 6 greifen wir darauf zurück. Dabei beschränken wir uns allerdings stets auf Allgemeinkrankenhäuser⁵, d.h. schließen ausschließlich psychiatrische oder psychotherapeutische Krankenhäuser sowie reine Tages- und Nachtkliniken aus, weil ihr Outcome nicht in Casemix-Punkten gemessen werden kann. Ferner schließen wir Universitätskliniken aus, weil sie sich neben der Krankenversorgung auch der Forschung und Lehre widmen und ihr gesamter Outcome damit ebenfalls nicht in Casemix-Punkten erfasst werden kann.⁶ Für 2016 liegen Daten von 1 572 Allgemeinkrankenhäusern (ohne Universitätskliniken) vor, darunter 573 in privater, 554 in freigemeinnütziger und 445 in öffentlicher-rechtlicher Trägerschaft.

Schaubild 3
Datenbasis der empirischen Untersuchungen

Amtliche Statistik	Jahresabschlüsse	Qualitätsdaten	WID
Krankenhausverzeichnisse von 1995 bis 2016 Originaldaten der Krankenhausstatistik Öffentliche Daten Fokus auf Versorgungskrankenhäuser	Jahresabschlüsse aus Krankenhaus Rating Report 2018 462 (247) Bilanzen und GuV aus 2015 (2016) von 801 Allgemeinkrankenhäusern	IQM-Daten von rund 270 Krankenhäusern ab 2010 Patientenbefragungen der Techniker Krankenkasse für die Jahre ab 2006	CMI nach Trägerschaft von 2005 bis 2016 Indikatoren zur Teilnahme an der Notfallversorgung

Quelle: RWI.

⁵ Allgemeinkrankenhäuser sind Krankenhäuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische und/oder geriatrische Patienten/Patientinnen vorgehalten werden. Reine Tages- und Nachtkliniken sind ausgeschlossen (Statistisches Bundesamt 2017a).

⁶ Universitätskliniken können in den aggregierten Daten jedoch nur approximativ herausgerechnet werden, weil seit 2006 nicht mehr alle Universitätskliniken in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft sind, sodass ihre Zahlen einfach von den Zahlen aller öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser hätten abgezogen werden können. Insofern muss nach 2006 mit Hilfe eines Schlüssels ein Teil davon von den Zahlen der privaten Krankenhäuser abgezogen werden.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Die öffentlich zugänglichen aggregierten Daten besitzen allerdings den Nachteil, dass sie keine weiteren Verfeinerungen der Analysen zulassen. Zum Beispiel können Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag, die nicht Gegenstand des Faktenbuchs sind, nicht heraus gerechnet werden. Darunter fallen zum Beispiel viele kleine private Kliniken. Durch die Nutzung der bei den Forschungsdatenzentren (FDZ) der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder verfügbaren Originaldaten kann die Datenbasis jedoch um alle nicht-relevanten Krankenhäuser korrigiert werden. Wie bereits im letzten Faktenbuch berücksichtigen wir Krankenhäuser, die ausschließlich nach DRGs abrechnen und solche die sowohl nach DRGs als auch nach der BpflV abrechnen (Schaubild 4). Bei den letzteren handelt es sich um psychiatrisch-neurologische Kliniken, die einen Teil ihrer Leistungen nach Fallpauschalen abrechnen. Insgesamt werden in unserer Datenbasis Plankrankenhäuser⁷, Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag⁸ und sonstige Krankenhäuser, die z.T. über DRG abrechnen,⁹ berücksichtigt. Sie werden im Folgenden kurz als „Versorgungskrankenhäuser“¹⁰ bezeichnet. Im Hauptteil (Abschnitt 4) beschränken wir uns ausschließlich auf diese Krankenhäuser. Nachteil ist dabei,

⁷ Plankrankenhäuser sind Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (vgl. § 6 Abs. 1 KHG). Im Jahr 2016 gab es 1343 allgemeine Plankrankenhäuser, 2015 waren es 1 351 (Statistisches Bundesamt 2016a, 2017a).

⁸ Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V sind aufgrund eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Krankenhausbehandlung Versicherter zugelassen. Im Jahr 2016 gab es 61 Allgemeinkrankenhäuser mit Versorgungsvertrag, 2015 waren es 65 (Statistisches Bundesamt 2016a, 2017a).

⁹ Das waren im Jahr 2015 insgesamt 47 Einrichtungen. Eigene Berechnung auf Basis der Originaldaten der Krankenhausstatistik (FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder 2018).

¹⁰ In Analogie zu den Allgemeinkrankenhäusern rechnen wir bei den Versorgungskrankenhäusern die rein psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken heraus. Die detaillierte Datenbasis des FDZ erlaubt es psychiatrisch-neurologische Kliniken gesondert zu erfassen, sodass wir diese in der Gruppe der Versorgungskliniken hinzurechnen. Dies erklärt warum die Zahl der kommunalen Versorgungskrankenhäuser in Tabelle 1 größer ist als die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser.

3. Datengrundlage

Schaubild 4

Abgrenzung der DRG-Versorgungskrankenhäuser 2015



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018), Statistisches Bundesamt (2016a). – ¹Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag und Krankenhäuser, die weder nach DRG noch über BPIV abrechnen.

dass Analysen deutlich aufwändiger sind und Kennzahlen nur für 2006, 2009, 2012 und für das aktuell zur Verfügung stehende Jahr 2015 durchgeführt werden können.¹¹ Durchgehende Zeitreihenanalysen sind damit nicht möglich.

Dieser Selektion folgend liegen für das Jahr 2015 Daten von insgesamt 1 463 Versorgungskrankenhäusern vor, davon 405 in privater, 572 in freigemeinnütziger und 486 in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Für 2012, 2009 und 2006 liegen Daten von 1 487, 1 570 bzw. 1 615 Versorgungskrankenhäusern vor. Tabelle 1 stellt dar, wie sich die Grundgesamtheit durch die Selektion der Versorgungskrankenhäuser über die Jahre 2006, 2009, 2012 und 2015 verändert. Insbesondere bei der Gegenüberstellung privater Allgemeinkrankenhäuser und privater Versorgungskrankenhäuser fällt eine hohe Differenz in der Grundgesamtheit auf. Die Differenz lässt sich darauf zurückführen, dass Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag¹²

¹¹ Während der Erstellung dieses Faktenbuchs, war das Erhebungsjahr 2016 der Krankenhausstatistik war im FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder noch nicht verfügbar.

¹² Diese Krankenhäuser sind nicht zur Behandlung von GKV-Versicherten zugelassen.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Tabelle 1

Veränderung der Grundgesamtheit durch Selektion der Versorgungskrankenhäuser

Krankenhäuser	Privat (ohne Uni)	Fgn.	Kommunal (ohne Uni)	Uni- kliniken	Gesamt
2006					
Grundgesamtheit	582	803	685	34	2 104
Selektion					
„Allgemeinkrankenhäuser“	501	692	582	34	1 809
Selektion					
„Versorgungskrankenhäuser“	339	683	593	-	1 615
2009					
Grundgesamtheit	665	769	616	34	2 084
Selektion					
„Allgemeinkrankenhäuser“	563	661	522	34	1 780
Selektion					
„Versorgungskrankenhäuser“	377	657	536	-	1 570
2012					
Grundgesamtheit	695	719	569	34	2 017
Selektion					
„Allgemeinkrankenhäuser“	577	603	478	34	1 692
Selektion					
„Versorgungskrankenhäuser“	391	607	489	-	1 487
2015					
Grundgesamtheit	698	679	544	35	1 956
Selektion					
„Allgemeinkrankenhäuser“	567	567	450	35	1 619
Selektion					
„Versorgungskrankenhäuser“	405	572	486	-	1 463

Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018), Statistisches Bundesamt (2007a, 2011a, 2013a, 2016a). – Anmerkung: Im Gegensatz zur Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser werden den Versorgungskliniken psychiatrisch-neurologische Kliniken wieder zugeordnet, sofern diese auch nach DRGs abrechnen. Die Differenz zur Grundgesamtheit aller Kliniken ergibt die sonstigen Krankenhäuser, zu denen ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten sowie reine Tages- oder Nachtkliniken zählen.

gemäß § 108 Nr. 3 SGB V zu den Allgemeinkrankenhäusern gezählt werden, während wir diese Art von Krankenhäusern bei den Versorgungskliniken nicht berücksichtigen. Vor allem viele sehr kleine private Spezialkrankenhäuser mit einer durchschnittlichen Bettenzahl von ca. 25 Betten haben keinen Versorgungsauftrag

3. Datengrundlage

und werden dementsprechend in der Selektion der Versorgungskrankenhäuser nicht berücksichtigt.¹³

Für einige auf ökonomischen Kennzahlen basierende Analysen wird auch auf (iii) Jahresabschlussdaten des RWI zurückgegriffen. Diese Stichprobe umfasst 462 Jahresabschlüsse von Allgemeinkrankenhäusern aus dem Jahr 2015 und 247 aus 2016. Sie decken dabei 801 Allgemeinkrankenhäuser ab und erlauben Analysen zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser nach Trägerschaft. Da die ökonomischen Kennzahlen sich hier nicht auf die Grundgesamtheit der Krankenhäuser beziehen, sondern ausschließlich auf Allgemeinkrankenhäuser, weichen die in Abschnitt 4.4 gezeigten Analysen von denen im Krankenhaus Rating Report 2018 (Augurzky et al. 2018) ab. Die Trägerstruktur der Grundgesamtheit wird durch die vorliegenden Jahresabschlüsse gut abgebildet, wobei private und kommunale Krankenhäuser leicht unter- und freigemeinnützige Krankenhäuser leicht überrepräsentiert sind (Schaubild 5).

Zur Gewichtung der Zahl der Fälle wurden darüber hinaus die vom WIdO zur Verfügung gestellten (iv) Casemix-Indices (CMI) je Krankenhaus verwendet. Damit lässt sich über den Casemix der Outcome eines Krankenhauses deutlich besser abbilden als nur über die reine Fallzahl. Weiter ermöglichen (v) vom WIdO bereitgestellte Daten zu Notfallindikatoren eine adäquate Darstellung der aktuellen Notfallversorgung. Für die Untersuchung der Patientenzufriedenheit wurde auf (vi) Patientenbefragungen der Techniker Krankenkasse aus den Jahren 2006, 2008 und 2010 und 2012/2013 und 2015/2016 zurückgegriffen. Um Aussagen über qualitative Auffälligkeiten von Krankenhäusern treffen zu können, wird in diesem Faktenbuch erstmals auf (vii) Daten der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) zurückgegriffen. Für 269 Krankenhäuser, die Mitglieder der IQM sind, werden verschiedene Maße zur Messung von qualitativen Auffälligkeiten für den Zeitraum von 2014 bis 2016 ausgewertet.

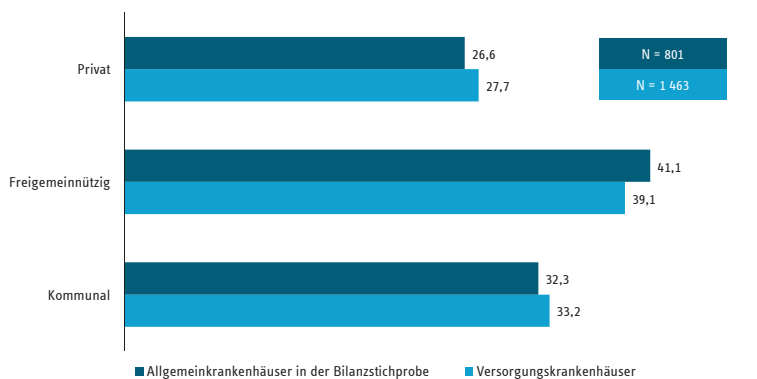
¹³ Unter den Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag befinden sich zum Beispiel mehrere Privatkliniken von Helios (z.B. Berlin-Buch, Bad Saarow, Zehlendorf), mehrere Privatkliniken für plastisch-ästhetische Chirurgie, spezialisierte Augen- oder Zahnkliniken und Kliniken mit alternativen Heilverfahren (Statistisches Bundesamt 2018).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 5

Vergleich Stichprobe und Selektion Versorgungskrankenhäuser

2016; Anteil in % an allen Krankenhäusern



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018). – Anmerkung: Aufgrund begrenzter Selektionsmöglichkeiten in der Bilanzstichprobe, beziehen wir uns bei den ökonomischen Kennzahlen auf Allgemeinkrankenhäuser (ohne Unikliniken).

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

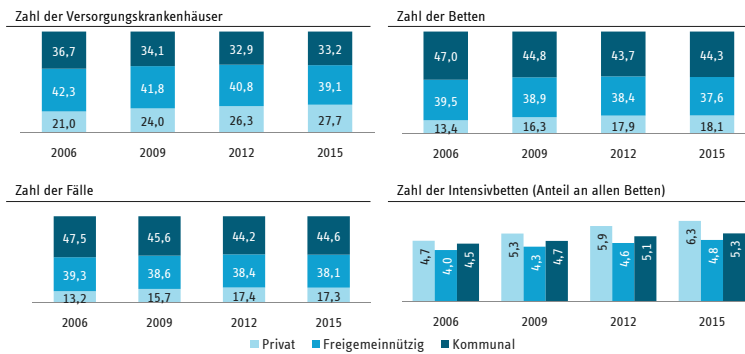
4.1 Marktanteile

Schaubild 6 zeigt die Veränderungen der Marktanteile der Versorgungskrankenhäuser nach Trägerschaft zwischen 2006 und 2015. Bezogen auf die Zahl der Krankenhäuser hat sich in diesem Zeitraum der Anteil der privaten Krankenhäuser um 6,7%-Punkte, bezogen auf die Zahl der Betten um 4,7%-Punkte und bezogen auf die Zahl der Fälle um 4,1%-Punkte erhöht. Offenbar haben die Privaten im Durchschnitt mehr kleinere Krankenhäuser übernommen. Es zeigt sich zudem, dass private Krankenhäuser im Bereich der Intensivbetten einen überdurchschnittlichen Beitrag zur Behandlung von schwer erkrankten Patienten und somit auch zur Sicherstellung der (Notfall-)Versorgung leisten. Weiterhin ist im Krankenhausmarkt eine anhaltende Marktkonzentration, d.h. Zusammenschlüsse im Krankenhausbereich zu beobachten (Augurzky et al. 2011) – vorangetrieben insbesondere durch die Klinikketten in privater, aber auch zunehmend in öffentlich-rechtlicher

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 6
Marktanteile

2006, 2009, 2012 und 2015; in %



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018).

und freigemeinnütziger Trägerschaft. Augurzky et al. (2013) zeigen, dass die Zahl der Träger kontinuierlich gesunken ist, sodass inzwischen immer mehr Krankenhäuser Teil einer Kette sind und es immer weniger „Solisten“ gibt.

4.2 Wirtschaftlichkeit

Private Krankenträger müssen zur Deckung ihrer Kapitalkosten eine Rendite für ihr eingesetztes Kapital erwirtschaften. Dies erfordert ein hohes Maß an Wirtschaftlichkeit. Dazu gehören ein striktes Kostenmanagement sowie eine hohe (Arbeits-)Produktivität. Zur Minimierung der Kosten bedarf es neben einem kostensensiblen Management der Generierung von Skaleneffekten durch eine hohe Auslastung, Leistungsspezialisierungen sowie Prozessoptimierungen – oft in Verbindung mit Investitionen. Der Zusammenschluss zu einem Konzern kann darüber hinaus Verbundpotenziale, so genannte „economies of scope“, ermöglichen. Dass hier die Privaten Vorreiter sind, zeigt sich u.a. bei den bereinigten Kosten je Casemix-Punkt¹⁴ (Schaubild 7). Während sie bei freigemeinnützigen und öffent-

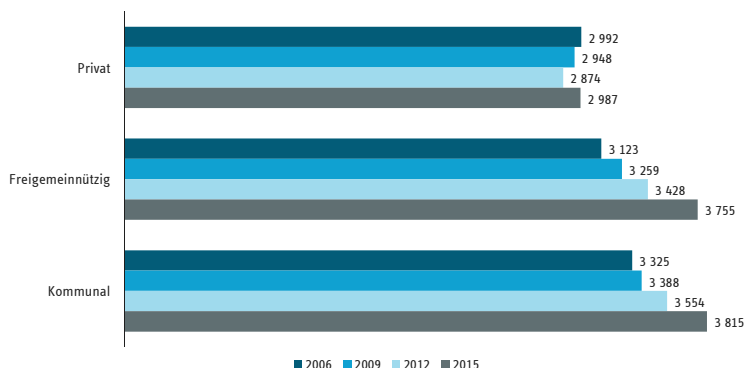
¹⁴ Der Casemix stellt im DRG-System die mit der Behandlungsschwere gewichtete Fallzahl eines Krankenhauses dar und misst damit das Leistungsvolumen eines Krankenhauses.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 7

Bereinigte Kosten

2006, 2009, 2012 und 2015; in € je Casemix-Punkt



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018). – Anmerkung: ⁽¹⁾ Bereinigung der Gesamtkosten um Kosten für Ambulanz, Forschung und Lehre sowie Anderes; inklusive Aufwendungen für Ausbildungsfonds.

lich-rechtlichen Krankenhäusern im Laufe der Zeit gestiegen sind, nahmen sie bei privaten sogar bis 2012 ab, während sie sich 2015 wieder auf das Niveau von 2006 einpendelten.

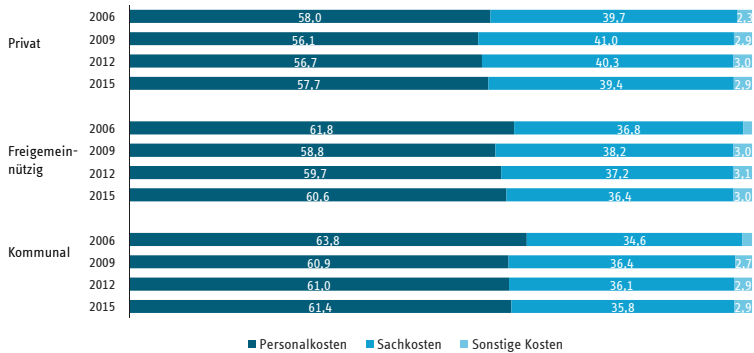
Private Krankenhäuser wiesen anteilig höhere Sachkosten auf als die anderen Träger (Schaubild 8). Der Anteil ist jedoch bei allen Trägern im Vergleich zwischen 2009 und 2015 zurückgegangen. Der höhere Sachkostenanteil der Privaten lässt sich vermutlich durch eine höhere Fremderbringungsquote, d.h. ein höheres Maß an Outsourcing, erklären. Dies ist Teil des nach ökonomischen Prinzipien ausgerichteten arbeitsteiligen Produktionsprozesses. Bei der Betrachtung der detaillierteren Kostenstruktur (z.B. Anteil des medizinischen Bedarfs an den Sachkosten) unter Abschnitt 4.5 zeigt sich insbesondere, dass die Privaten für die medizinische Infrastruktur im Schnitt nicht weniger Geld ausgeben als die anderen Träger. Die Personalkosten fallen bei den privaten Anbietern mit rund 58% der Bruttokosten entsprechend geringer aus (Schaubild 8). 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

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 8

Personal- und Sachkosten

2006, 2009, 2012 und 2015; Anteil in % der Bruttokosten



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018).

verstärkte leistungs- und erfolgsorientierte Vergütung ermöglicht und es besteht eine größere Freiheit bei der Gestaltung der individuellen Arbeitsverhältnisse sowie zusätzliche Möglichkeiten, qualifizierte Mitarbeiter zu binden. Zweitens kann es das Spiegelbild einer höheren Effizienz in der Leistungserbringung und des möglicherweise stärkeren Outsourcings der Privaten sein.

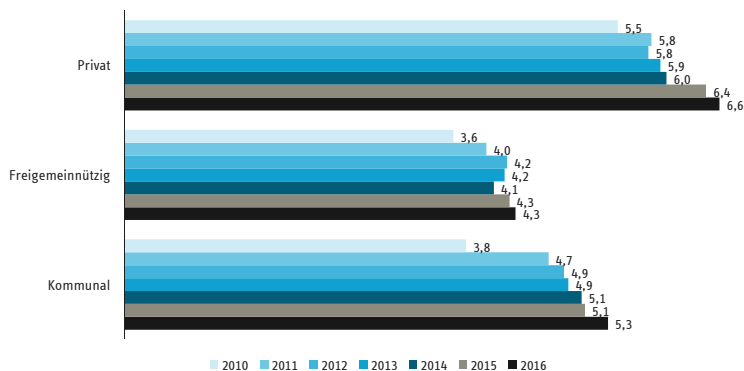
Seit 2010 misst das Statistische Bundesamt die Outsourcing-Quote. Dabei wird der Anteil der Aufwendungen für nicht beim Krankenhaus angestelltes ärztliches und nichtärztliches Personal sowie ausgelagerte Leistungen an den Personal- und Sachkosten herangezogen (Schaubild 9). Trägerübergreifend nimmt die Auslagerung von Leistungen und Personal zu. Private Krankenhäuser wiesen über alle Jahre die höchsten Outsourcing-Quoten auf. Sie erreichten 2016 einen Wert von 6,6%, während kommunale und freigemeinnützige Kliniken mit 5,3% bzw. 4,3% deutlich geringere Werte aufwiesen. Diese Zahlen spiegeln vermutlich wider, dass zum Beispiel die Bereiche Reinigung, Catering, Röntgen, Labor, Hol- und Bringdienste und Sterilisation als sogenannte Sekundärdienste bei den Privaten häufiger durch externe Dienstleister übernommen werden, was die Zahl der Vollkräfte reduziert.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 9

Outsourcing in Allgemeinkrankenhäusern: Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestelltes Personal und für ausgelagerte Leistungen

2010 bis 2016, Anteil in % an Personal- und Sachkosten



Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2011d, 2013b, 2013c, 2014b, 2015b, 2016b, 2017b). – Anmerkung: Werte beziehen sich auf Allgemeinkrankenhäuser ohne Unikliniken. Die Outsourcing-Quoten für kommunale und private Kliniken ist um die Unikliniken mit einem Verteilungsschlüssel bereinigt worden.

Die Arbeitsproduktivität ist über alle Träger zwischen 2006 und 2012 gestiegen, stagnierte anschließend jedoch bei den kommunalen Krankenhäusern und war bei den freigemeinnützigen sogar leicht rückläufig (Schaubild 10). Nur bei den Privaten nahm sie auch 2015 zu, bei denen sie außerdem durchweg am höchsten ausfiel. 2015 lag sie mit 34,6 Casemix-Punkten je Vollkraft deutlich höher als bei freigemeinnützigen oder öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern. Dies erklärt die geringeren Kosten je Casemix-Punkt. Wie die Outsourcing-Quoten gezeigt haben, werden private Krankenhäuser aber auch stärker durch externes Personal unterstützt. Somit verteilt sich bei ihnen das gesamte Leistungsvolumen auf weniger internes Personal.

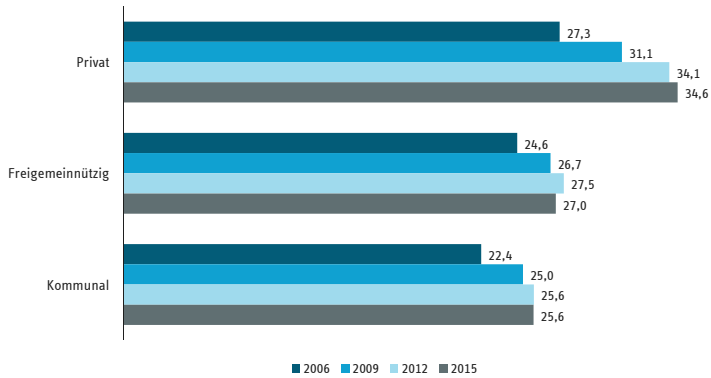
Die Differenz zwischen den Krankenhausträgern ist im nicht-medizinischen auffälliger als im medizinischen Bereich (Schaubilder 11 und 12). Im medizinischen Bereich zeigte sich 2015 bei den kommunalen und freigemeinnützigen Trägern ein Rückgang der Arbeitsproduktivität, bei den Privaten verharrte sie dagegen etwa auf dem Niveau von 2012. Leidglich im nicht-medizinischen Bereich konnten

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 10

Casemix-Punkt je Vollkraft

2006, 2009, 2012 und 2015

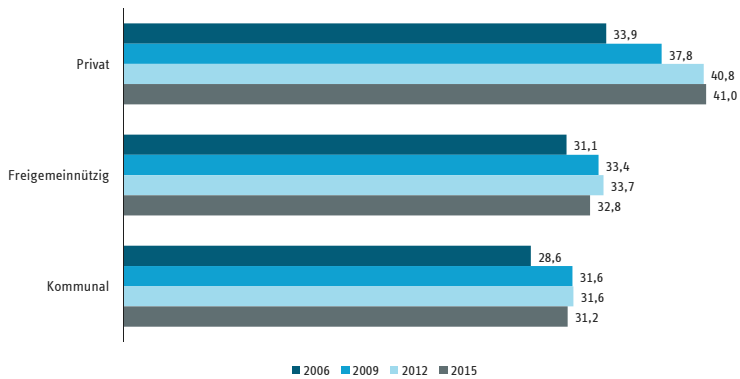


Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018).

Schaubild 11

Casemix-Punkt je medizinischer Vollkraft

2006, 2009, 2012 und 2015



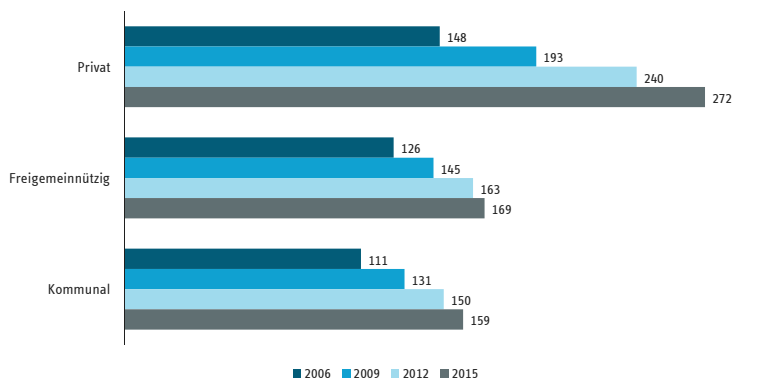
Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018). – Anmerkung: Medizinische Vollkräfte umfassen alle Vollkräfte des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Funktionsdienstes.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 12

Casemix-Punkt je nicht-medizinischer Vollkraft

2006, 2009, 2012 und 2015



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018). – Anmerkung: Nicht-medizinische Vollkräfte umfassen alle Vollkräfte des klinischen Hauspersonals, des Wirtschafts- und Funktionsdienstes, des technischen Dienstes, des Verwaltungsdienstes, der Sonderdienste und des sonstigen Personals.

alle Träger ihr Arbeitsproduktivität steigern. Der relative Anstieg der Casemix-Punkte je nicht-medizinischer Vollkraft war bei privaten Trägern im Zeitverlauf besonders hoch. Dieser Anstieg lässt sich vermutlich wiederum mit höherem Outsourcing bei den privaten Krankenhäusern erklären, das gerade nicht-medizinisches Personal betrifft (zum Beispiel Reinigung und Catering).

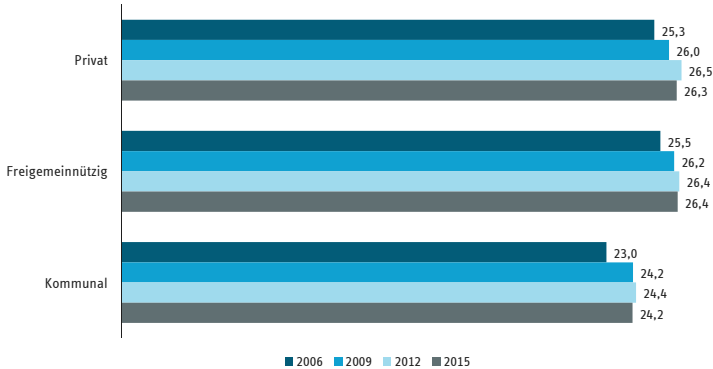
Denkbar ist allerdings auch, dass die höheren Casemix-Punkte je Vollkraft eine höhere Arbeitsbelastung des Personals widerspiegeln. Empirisch ist Produktivität einerseits und Arbeitsbelastung andererseits mit den vorliegenden Daten nicht trennbar. Allerdings wäre eine überdurchschnittlich hohe Arbeitsbelastung bei durchschnittlicher Vergütung im bestehenden Wettbewerb um Fachkräfte nicht dauerhaft haltbar. Vergleicht man beispielsweise die Zahl der Fälle je Vollkraft, d.h. näherungsweise die Zahl der zu betreuenden Patienten je Vollkraft, ist die Betreuungsrelation bei Privaten kaum höher (Schaubild 13). Zudem bedeutet eine höhere Produktivität nicht zwangsläufig eine höhere Arbeitsbelastung, wenn die

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 13

Zahl der Fälle je Vollkraft

2006, 2009, 2012 und 2015



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018).

Arbeitsabläufe im Krankenhaus intelligent gestaltet sind und dadurch ineffiziente Prozesse und damit auch belastende Arbeitszeit reduziert werden. Schließlich kann eine leistungsorientierte Vergütung produktivere Arbeitskräfte eher binden und darüber zu einer höheren Produktivität führen.

4.3 Pflegepersonal im Krankenhaus

Derzeit findet eine intensive Debatte darüber statt, ob im Krankenhaus ausreichend viele Pflegekräfte eingesetzt und die Patienten pflegerisch ausreichend gut versorgt werden. Von verschiedener Seite wird befürchtet, dass Krankenhäuser bei der „Pflege am Bett“ zunehmend Personal und Ressourcen – in Relation zur Leistungsmenge – einsparen (Thomas, Reifferscheid, Pomorin und Wasem 2014). Die Einführung der Vergütung nach Fallpauschalen (DRG-System) könne diesbezüglich als Katalysator gewirkt haben mit der Folge einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege, einer steigenden Arbeitsbelastung, einer sinkenden Arbeitszufriedenheit und letztendlich einer sinkenden Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit. Eine Erhöhung der Zahl der Pflegekräfte könne die Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit verbessern. Eine Forderung dabei ist, die Zahl der Pflegekräfte in Krankenhäusern über gesetzliche

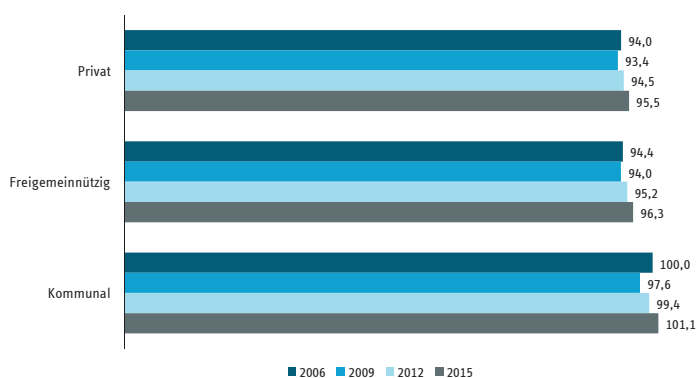
Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Personalmindestanforderungen deutlich zu erhöhen. Eine weitere Forderung ist, die Pflegepersonalkosten von der DRG-Vergütung zu trennen und die von den Krankenhäusern nachgewiesenen Pflegepersonalkosten direkt von den Kostenträgern zu erstatten.

Schaubild 14

Vollkräfte im Pflegedienst nach Leistungsmenge

2006, 2009, 2012 und 2015



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018). – Anmerkung: Leistungsmenge als gewichtetes Mittel aus der (normierten) Fallzahl (50%) und der (normierten) Zahl an Behandlungstagen (50%).

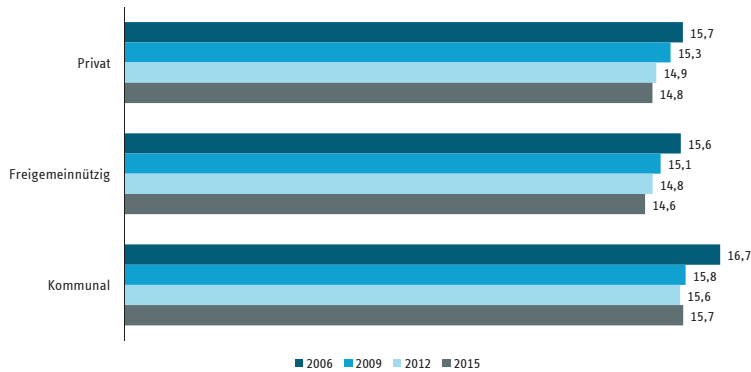
In den folgenden Schaubildern werden hierzu verschiedene Kennziffern trägerspezifisch aufbereitet. Erstmals wird in diesem Faktenbuch in Anlehnung an Augurky et al. (2016, 2018) die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst in Relation zur Leistungsmenge abgebildet, wobei die Leistungsmenge als gewichtetes Mittel der Fallzahl und Behandlungstage dargestellt wird (Schaubild 14).¹⁵ Die privaten und freigemeinnützigen Träger haben hierbei die geringste Zahl an Pflegekräften je erbrachter Leistungsmenge. Ein differenzierteres Bild zeigt sich dagegen, wenn diese Relation nur nach Fällen bzw. nur nach Behandlungstagen abgebildet wird. Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Fälle ist von 2006 bis 2015 bei allen Trägern zurückgegangen und lag bei privaten und freigemeinnützigen Trägern

¹⁵ Die Leistungsmenge definiert sich als gewichtetes Mittel aus der (normierten) Fallzahl (50%) und der (normierten) Zahl an Behandlungstagen (50%).

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

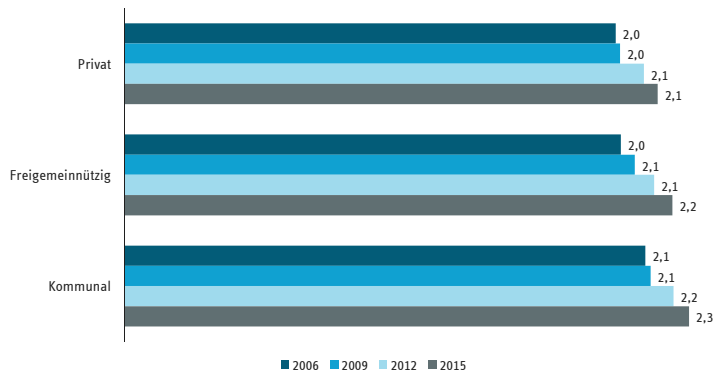
jeweils leicht unter dem der öffentlich-rechtlichen (Schaubild 15). Schaubild 16 zeigt überdies, dass private Krankenhäuser keine schlechtere Betreuungsrelation bei der Zahl der Pflegekräfte je Behandlungstag aufweisen als die anderen Träger. Hier sind die Werte trägerübergreifend praktisch identisch.

Schaubild 15
Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Fälle
2006, 2009, 2012 und 2015



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018).

Schaubild 16
Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Belegungstage
2006, 2009, 2012 und 2015



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

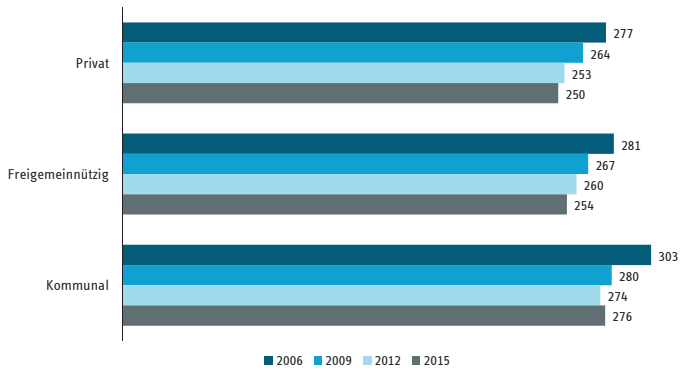
Die Patientenpools von Krankenhäusern können sich aufgrund bestimmter Patientencharakteristika jedoch voneinander unterscheiden. Insbesondere Altersunterschiede der behandelten Patienten können einen Unterschied beim Betreuungsbedarf ausmachen. Das Durchschnittsalter der Patienten nach Trägerschaft wird in Schaubild 26 in Abschnitt 4.5 veranschaulicht. Private Krankenhausträger weisen demnach die ältesten Patienten auf. Um solche Unterschiede in der Altersstruktur zu berücksichtigen, wird in den Schaubildern 17 und 18 die Zahl der Pflegekräfte in Bezug zu altersadjustierten Fallzahlen und Belegungstagen gesetzt. Diese altersadjustierten Kennzahlen berechnen sich jeweils als Produkt aus den behandelten Fällen bzw. den Belegungstagen und dem Durchschnittsalter der Patienten in den jeweiligen Jahren. Implizit wird hierbei unterstellt, dass der Betreuungsbedarf von Patienten mit ihrem Lebensalter linear steigt. Ein 80-jähriger Patient hätte dann einen doppelt so hohen Bedarf wie ein 40-jähriger Patient. Vermutlich wird der Betreuungsbedarf älterer Patienten mit dieser Annahme überschätzt, sodass es sich um eine konservative Annahme handelt. Unter diesen Prämissen zeigt sich, dass private und freigemeinnützige Träger weniger Pflegevollkräfte je Mio. altersadjustierter Fälle einsetzen als kommunale Träger. Deutlichere Unterschiede in der Betreuungsrelation zeigen sich indessen bei den eingesetzten Pflegekräften je Mio. altersadjustierter Belegungstage. Demnach setzen Private weniger Pflegekräfte je Mio. altersadjustierter Belegungstage ein als die nicht-privaten Träger.

Interessant dürfte schließlich noch sein, dass der Anteil der Vollkräfte im Pflegedienst an allen Vollkräften bei privaten Krankenhäusern 2015 leicht höher ausfiel als bei nicht-privaten (Schaubild 19). Er bewegte sich über alle Träger bei 38% bis 40%. Seit 2012 ging er bei allen Trägern leicht zurück.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 17

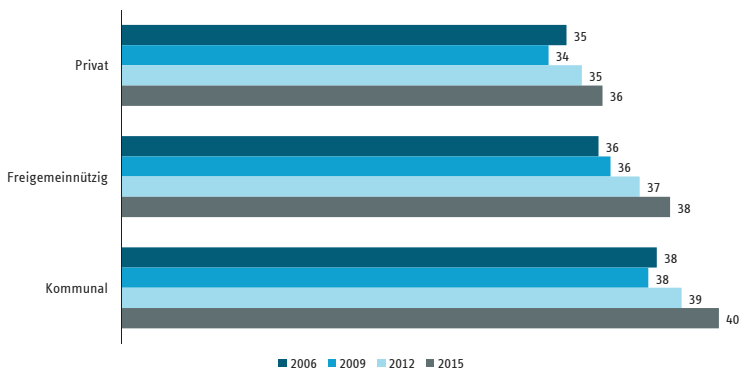
Vollkräfte im Pflegedienst je Mio. altersgewichteter Fälle
2006, 2009, 2012 und 2015



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018). Die Werte beziehen sich auf Versorgungskrankenhäuser. – Anmerkung: Die altersgewichtete Fallzahl berechnen sich als Produkt aus behandelten Fällen und dem Durchschnittsalter der behandelten Patienten.

Schaubild 18

Vollkräfte im Pflegedienst je Mio. altersgewichteter Belegungstage
2006, 2009, 2012 und 2015



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018). Die Werte beziehen sich auf Versorgungskrankenhäuser. – Anmerkung: Die altersgewichteten Belegungstage berechnen sich als Produkt aus Belegungstagen und dem Durchschnittsalter der behandelten Patienten.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 19

Anteil der Vollkräfte im Pflegedienst an Vollkräften insgesamt

2006, 2009, 2012 und 2015, Anteil in %



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018).

Eine Aussage, ob es bei der „Pfleger am Bett“ deutliche Unterschiede zwischen den Trägern gibt, lässt sich aus diesen Kennzahlen nicht ableiten. Auch lässt sich nicht schlussfolgern, dass generell bei Krankenhäusern „die Pflege am Bett“ problematisch sei. Eine Aussage dazu ist erst möglich, wenn außerdem die Qualifikation und Motivation der Pflegekräfte auf der einen Seite sowie die Ergebnisqualität der Leistungserbringung auf der anderen Seite mitberücksichtigt werden können. In Abschnitt 4.7 wird der Zusammenhang zwischen eingesetztem Personal und der Qualität (nach IQM) im Krankenhaus untersucht.

4.4 Ertragskraft und Investitionsfähigkeit

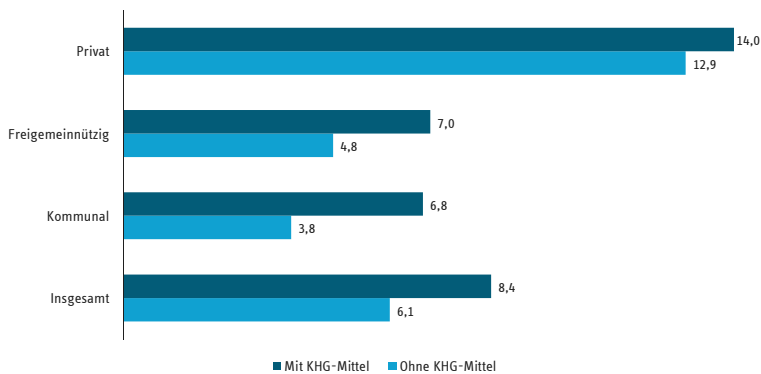
Die Wirtschaftlichkeit der privaten Krankenhausträger spiegelt sich unter anderem in ihrer Ertragskraft wider. Die EBITDA-Marge (inkl. Fördermittel) privater Krankenhäuser betrug im Jahr 2016 im Durchschnitt 14,0% der Gesamterlöse¹⁶

¹⁶ 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 relativ gut den Cash Flow eines Unternehmens approximiert. Die EBITDA-Marge ist das Verhältnis von EBITDA zu Gesamterlösen.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

und war damit deutlich höher als bei nicht-privaten Krankenhäusern (Schaubild 20). Betrachtet man hingegen 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 zurückgreifen.

Schaubild 20
EBITDA-Margen von Allgemeinkliniken
2016; in % der Gesamterlöse



Quelle: RWI.

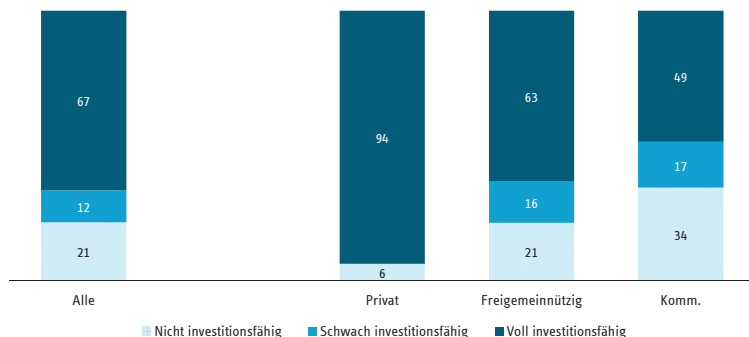
Aus dem EBITDA (inkl. Fördermittel) werden Re-Investitionen getätigt und zudem das eingesetzte Eigen- und Fremdkapital verzinst. Der mindestens nötige Investitionsbedarf eines Krankenhauses, um seine Unternehmenssubstanz zu erhalten, hängt dabei von den individuellen Gegebenheiten eines Krankenhauses ab. Letztendlich müssen die Abschreibungen auf das Anlagevermögen in regelmäßigen Abständen durch Re-Investitionen ausgeglichen werden. Auf Basis der vorliegenden Bilanzstruktur eines Krankenhauses lässt sich ableiten, wie hoch die EBITDA-Marge mindestens sein sollte, um die Abschreibungen auszugleichen und Kapitalkosten finanzieren zu können. Diese „Mindest-EBITDA-Marge“ hängt dabei außerdem von den Marktzinsen, von der Art und von der Nutzungsdauer des Anlagevermögens und vom Leistungsportfolio des Krankenhauses ab.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 21

Investitionsfähigkeit der Allgemeinkrankenhäuser

2016; Anteile in %



Quelle: RWI.

Der Vergleich der tatsächlich realisierten EBITDA-Marge mit der Mindest-EBITDA-Marge erlaubt eine Einschätzung über die durchschnittliche Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser nach Trägerschaft (Schaubild 21, vgl. ausführlich zur Berechnung der EBITDA-Marge und der Mindest-EBITDA in Augurzky et al. 2018). Nur 6% der privaten Krankenhäuser waren 2016 nicht investitionsfähig, während der Wert bei den kommunalen bei 34% und bei freigemeinnützigen bei 21% lag. Tatsächlich verwenden die Privaten einen größeren Anteil ihrer Erlöse für Investitionen (7,4%) – gegenüber 5,8% bei freigemeinnützigen und 5,4% bei kommunalen (Schaubild 22).¹⁷ Tatsächlich zeigt sich, dass ein relativ hoher Kapitaleinsatz die Betriebskosten im Durchschnitt senkt (Augurzky et al. 2014 und 2015). Dies gilt für alle Krankenhaussträger. Vor diesem Hintergrund ist es daher durchaus sinnvoll privates Kapital einzusetzen, um dadurch die Ertragskraft zu erhöhen.

¹⁷ Die Investitionen wurden aus der Veränderung des Anlagevermögens über zwei Jahre abgeleitet. Investitionen zum Erwerb einer Klinik wurden näherungsweise heraus gerechnet, sodass sich die Investitionen tatsächlich auf die Verbesserung der Unternehmenssubstanz beziehen. Bei den vier großen privaten Klinikketten Rhön-Klinikum, Helios Kliniken, Asklepios und Sana konnten die Investitionen (ohne Erwerb von Kliniken) aus den Geschäftsberichten extrahiert werden.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 22

Anteil Investitionen an Gesamterlösen von Allgemeinkrankenhäusern
2016; in %



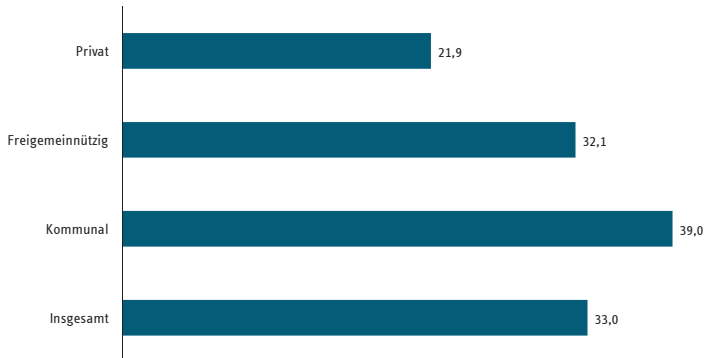
Quelle: RWI.

Private Krankenhäuser investieren nicht nur mehr, sondern nehmen dabei deutlich weniger öffentliche Ressourcen in Form von Fördermitteln in Anspruch und entlasten damit den Steuerzahler. Darüber hinaus leisten sie durch Steuerzahlungen auf ihre Gewinne umgekehrt sogar einen Beitrag zur Finanzierung der gesellschaftlichen Aufgaben des Staates. Ein Vergleich der Sonderpostenquote (Schaubild 23) verdeutlicht dies. Bei den Sonderposten handelt es sich um die in der Vergangenheit erhaltenen kumulierten öffentlichen Fördermittel (nach Abschreibungen). Insgesamt zeigt sich, dass die Privaten deutlich weniger auf öffentliche Gelder zurückgreifen. In Bezug auf die Förderquote (Sonderposten bezogen auf das Sachanlagevermögen), zeigt sich ein ähnliches Bild. Bei den Privaten werden rund 34% des Sachanlagevermögens über Sonderposten finanziert, bei den nicht-privaten sogar mehr als die Hälfte (Schaubild 24). Private Krankenhäuser finanzieren also einen größeren Teil ihrer Investitionen aus Eigenmitteln.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 23

Sonderpostenquote von Allgemeinkrankenhäusern
2016; in % der Bilanzsumme



Quelle: RWI.

Schaubild 24

Förderquote von Allgemeinkrankenhäusern
2016; in % des Sachanlagevermögens



Quelle: RWI.

Eine aktuelle Studie (Pilny 2017) zeigt, dass sich mindestens 40% der trägerspezifischen Förderquoten mit Unterschieden in Krankenhaus- und Bundeslandmerkmalen erklären lassen. Unterschiede in der EBITDA-Marge tragen jedoch am meisten zur Erklärung der beobachteten Trägerunterschiede in den Förderquoten

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

bei, während die Krankenhausgröße, der CMI, der Basisfallwert und eine Kettenzugehörigkeit nicht zur Erklärung dieser Unterschiede beitragen.

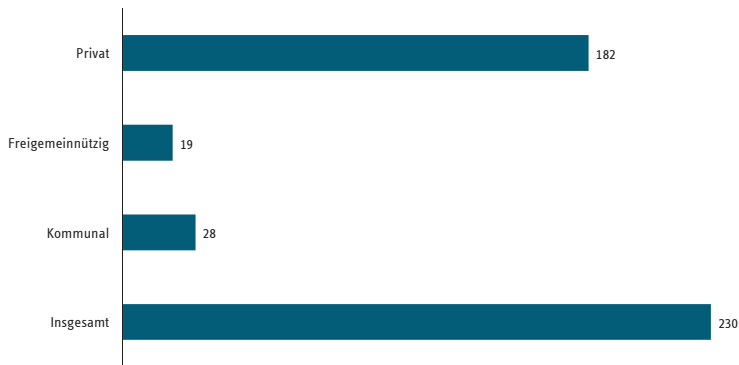
Die Sonderposten umfassen die KHG-Mittel, die von den Ländern aufgebracht werden, können aber auch Fördermittel seitens ihrer Träger beinhalten, beispielsweise wenn kommunale Krankenhäuser zusätzlich Mittel von ihren kommunalen Trägern erhalten. Die beobachtete trägerspezifische Differenz in der Sonderpostenquote lässt sich daher nicht allein auf Unterschiede in der Inanspruchnahme der Fördermittel der Länder zurückführen. Ein weiterer Teil der Differenz lässt sich vermutlich mit einer im Vergleich zu ihrer Investitionsaktivität geringeren Inanspruchnahme von KHG-Mitteln privater Krankenhäuser erklären.

Trotz der geringeren Inanspruchnahme öffentlicher Mittel durch private Krankenhäuser, erzielen diese einen höheren Jahresüberschuss, auf den sie 2016 rund 182 Mio. € Gewinnsteuern zahlten, deutlich mehr als die anderen Träger (Schaubild 25). Noch deutlicher wird dies bei der Betrachtung der Steuern je Bett (Schaubild 26).

Schaubild 25

Gewinnsteuern und sonstige Steuern von Allgemeinkrankenhäusern

2016; in Mio. €

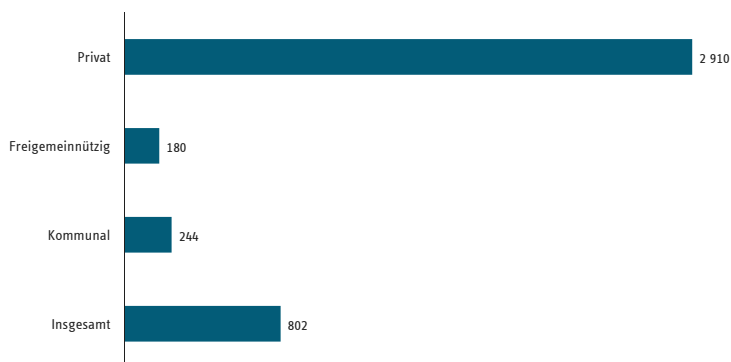


Quelle: RWI. – Anmerkung: Bei der Berechnung der Steuern wurden sowohl die Steuern von Einkommen und Ertrag sowie die sonstigen Steuern berücksichtigt.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 26

Gewinnsteuern und sonstige Steuern je Bett von Allgemeinkrankenhäusern 2016; in €



Quelle: RWI. – Anmerkung: Bei der Berechnung der Steuern wurden sowohl die Steuern von Einkommen und Ertrag sowie die sonstigen Steuern berücksichtigt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten (Tabelle 2 und 3), dass private Krankenhäuser eine hohe Eigenkapitalquote, eine geringere Sonderpostenquote, eine geringere Förderquote, eine höhere EBITDA-Marge und eine höhere Rentabilität als freigemeinnützige oder öffentlich-rechtliche Krankenhäuser aufweisen. Sie zahlen mehr Steuern und tätigen höhere Investitionen in die medizinische Infrastruktur als Krankenhäuser in anderer Trägerschaft.

Tabelle 2

Bilanzdaten von Allgemeinkrankenhäusern

2016

	Privat	Fgn.	Kommunal
Eigenkapitalquote, in % der Bilanzsumme	29,8	33,2	23,9
Sonderposten, in % der Bilanzsumme	21,9	32,1	39,0
Förderquote, in % des Sachanlagevermögens	35,0	51,4	59,8
EBITDA-Marge (mit KHG-Mittel), in % der Gesamterlöse	13,7	7,0	6,8
EBITDA-Marge (ohne KHG-Mittel), in % der Gesamterlöse	12,9	4,8	3,8
Umsatzrentabilität (nach Steuern, EAT), in %	7,3	2,5	1,1
Gesamtkapitalrentabilität, in %	9,3	3,2	1,6
Steuern/Erlöse, in %	1,3	0,1	0,1
Steuern, in Mill. €	181,8	19,4	28,4

Quelle: RWI. – Anmerkung: Hochgerechnet über Betten.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Tabelle 3
Investitionen in Allgemeinkrankenhäusern
2016

	Privat	Fgn.	Kommunal
Investitionen/Gesamterlöse, in %	7,4	5,8	5,4
Anlagevermögen aktuell ggü. zu Anschaffungs- und Herstellungskosten, in %	73,0	46,3	49,8
Investitionen je Bett, in €	15 933	12 915	12 318

Quelle: RWI.

4.5 Beteiligung an der medizinischen Versorgung

Von Kritikern der Krankenhausprivatisierung wird vermutet, dass es einen Zielkonflikt zwischen der Gewinnorientierung auf der einen Seite und der vollumfänglichen Beteiligung an der medizinischen Versorgung auf der anderen Seite gebe. Im Faktenbuch 2012 (Augurzky et al. 2012) konnte bereits gezeigt werden, dass private Krankenhäuser anteilmäßig genauso viele gesetzlich versicherte Patienten behandeln wie Krankenhäuser in anderer Trägerschaft. Des Weiteren zeigen Negele et al. (2018), auf Basis einer Umfrage von 99 privatisierten Krankenhäusern, dass eine Privatisierung aus Sicht der ehemaligen Träger keinen negativen Einfluss auf die medizinische Versorgung, die Qualität der medizinischen Beendung und auf den Umgang mit dem Personal hat. Auch die aktuellen Analysen des medizinischen Leistungsgeschehens lassen keinen Zielkonflikt zwischen Gewinnorientierung und einer vollumfänglichen Beteiligung an der medizinischen Versorgung erkennen.

Das Durchschnittsalter der behandelten Patienten in privaten Krankenhäusern liegt um mehr als zwei Jahre höher als bei anderen Trägern (Schaubild 27), was mit ihrem höheren Casemix Index (CMI) zusammenhängen dürfte (Schaubild 28). Die vermutlich größere Zahl von Nebendiagnosen bei älteren Patienten führt der DRG-Systematik folgend zu einem höheren CMI. Weiterer Grund für den höheren CMI kann, trotz einer hohen Beteiligung an der ländlichen Versorgung seitens privater Träger, eine stärkere Spezialisierung der Privaten sein.

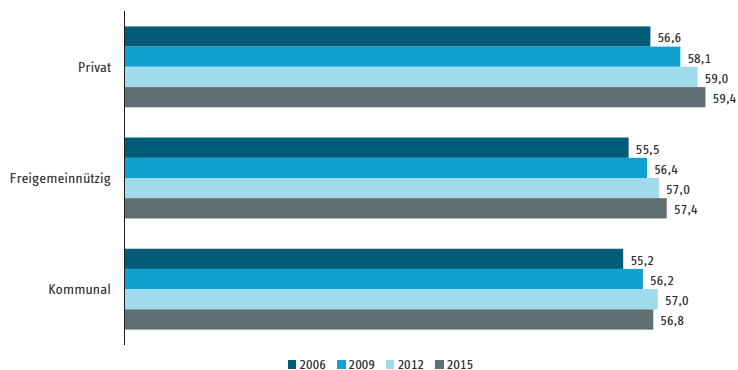
Der Umfang der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern kann anhand des Leistungsspektrums nach ICD-Kapiteln beurteilt werden. Tabelle 4 stellt das

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 27

Durchschnittsalter der Patienten

2006, 2009, 2012 und 2015; in Jahren

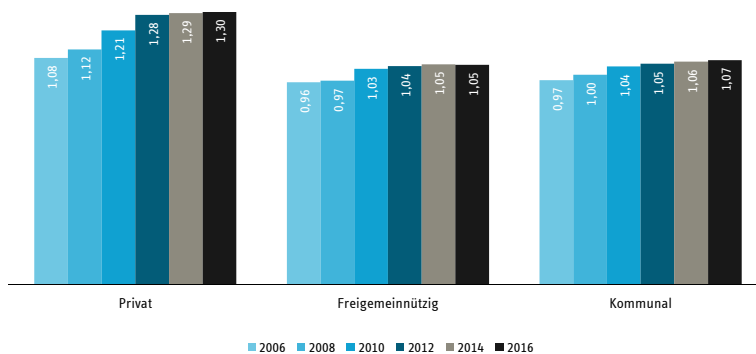


Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018). Die Werte beziehen sich auf Versorgungskrankenhäuser.

Schaubild 28

Durchschnittlicher CMI

2006 bis 2016



Quelle: RWI, WiDo (2007-2018), Statistisches Bundesamt (2008c, 2010, 2012b, 2016c, 2018). – Anmerkung: Werte beziehen sich auf Allgemeinkrankenhäuser ohne Universitätskliniken. Die CMI-Werte sind mit der Bettenzahl gewichtet worden. Ungerade Jahre werden nicht gezeigt.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Leistungsspektrum nach Trägerschaft 2016 dar. Private Krankenhäuser weisen in den Kapiteln „Krankheiten des Kreislaufsystems“, „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“, „Krankheiten des Nervensystems“ „Krankheiten der Haut und der Unterhaut“ und „Krankheiten des Auges und der Augenansatzgebilde“ ein höheres Fallaufkommen auf als der Durchschnitt aller Krankenhäuser. Ein geringeres Fallaufkommen zeigt sich bei den Privaten in den ICD-Kapiteln „Krankheiten des Verdauungssystems“, „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“, „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“, „Psychische und Verhaltensstörungen“ und „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“.

Was die Kosten pro Casemix-Punkt für den medizinischen Bedarf¹⁸ und die Arzneimittel angeht, liegen sie bei privaten Krankenhäusern 2015 niedriger (Schaubilder 28 und 29). Bemerkenswert ist, dass die Kosten für den medizinischen Bedarf bei den Privaten seit 2009 nahezu unverändert geblieben sind, während sie bei den anderen Trägern kontinuierlich gestiegen sind. Ebenso erstaunlich ist die Entwicklung der Kosten für Arzneimittel, die bei privaten Krankenhäusern im Vergleich zu den nicht-privaten sogar rückläufig gewesen ist. Niedrigere Kosten für medizinischen Bedarf und Arzneimittel der Privaten können sich u.a. durch bessere Einkaufskonditionen und einen höheren Grad an Standardisierung in größeren Verbänden erklären lassen. Bei der Vorhaltung der medizinisch-technischen

¹⁸ Nach der Definition des Statistischen Bundesamtes setzt sich der medizinische Bedarf zusammen aus: Arzneimitteln, Blut/Blutkonserven/Blutplasma, Verband-/Heil- und Hilfsmitteln, ärztlichem und pflegerischem Verbrauchsmaterial/Instrumenten, Narkose- und sonstigem OP-Bedarf, Laborbedarf, Implantaten, Transplantaten, Dialysebedarf, Kosten für Krankentransporte und sonstigem medizinischen Bedarf.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Tabelle 4
Leistungsspektrum nach ICD-Kapiteln und Trägern
 2016, Anteil in % aller Fälle

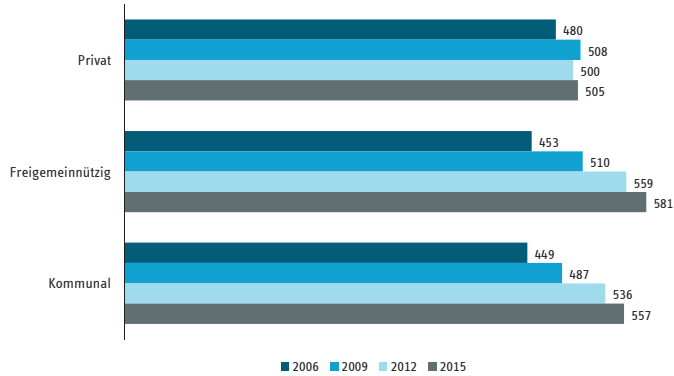
Kapitel	Kapitelbezeichnung	Privat	Fgn.	Kommunal	Gesamt
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	17,6	14,9	15,7	15,7
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	8,6	10,6	9,9	9,9
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	8,9	9,2	10,4	9,7
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	13,4	10,0	7,2	9,5
II	Neubildungen	7,5	8,2	8,3	8,1
X	Krankheiten des Atmungssystems	6,0	7,1	6,6	6,7
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4,3	6,0	5,9	5,6
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	5,1	5,6	5,7	5,5
XVIII	Symptome & abnorme klin. und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassif. sind	4,5	5,3	5,8	5,4
V	Psychische und Verhaltensstörungen	3,7	3,7	5,0	4,3
XXI	Faktoren, die Gesundheitszustand beeinflussen & zur Inanspruchn. Gesundheitswesens führen	3,3	4,3	4,1	4,0
VI	Krankheiten des Nervensystems	4,6	3,7	3,7	3,9
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2,9	3,0	3,4	3,2
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3,0	3,1	2,7	2,9
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,7	1,3	1,4	1,4
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhängsgebilde	2,3	1,1	1,3	1,4
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,7	1,1	1,1	1,0
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,8	0,6	0,8	0,7
III	Krankheiten Blut und blutbild. Organe & Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,6	0,7	0,6	0,6
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0,4	0,4	0,4	0,4
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	0,0	0,1	0,0	0,0
XX	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,0	0,0	0,0	0,0

Quelle: RWI, Qualitätsberichte (2016). – Anmerkung: Auf Grundlage der Fallzahlen wird das Leistungsspektrum von 1 676 Allgemeinkrankenhäusern ohne Universitätskliniken (nach IKS) dargestellt. Bundeswehrkrankenhäuser, Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag, rein psychiatrische Krankenhäuser sowie Tages- und Nachtkliniken werden nicht berücksichtigt.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 29

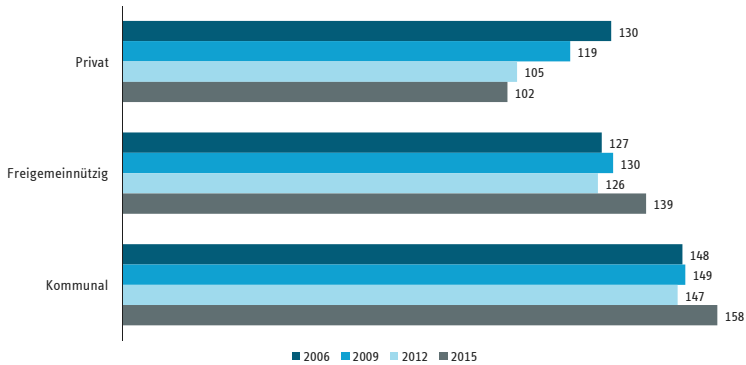
Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel je Casemix-Punkt
2006, 2009, 2012 und 2015; in €



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018).

Schaubild 30

Kosten der Arzneimittel je Casemix-Punkt
2006, 2009, 2012 und 2015; in €



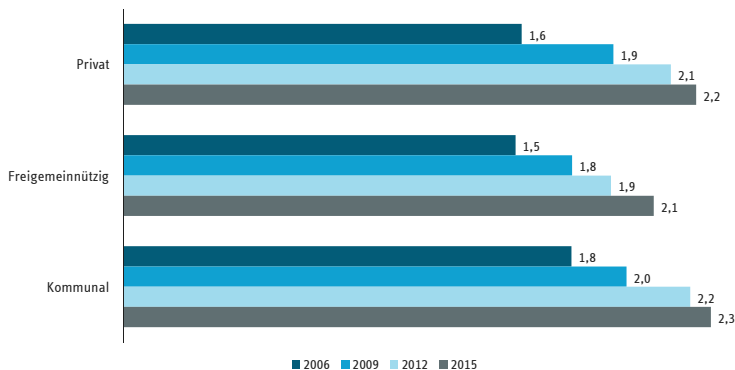
Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 31

Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte je 100 Betten

2006, 2009, 2012 und 2015



Quelle: RWI, FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018).

Infrastruktur gemessen an der Zahl der medizinischen Großgeräte¹⁹ sind dagegen kaum trägerspezifische Unterschiede festzustellen (Schaubild 31).²⁰

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. Kritische Stimmen nehmen an, dass sie nicht immer wirtschaftlich erbracht werden kann und daher für private Träger weniger von Interesse ist. Insofern würden sich die nicht-privaten, insbesondere kommunalen Krankenhäuser darum kümmern müssen und infolgedessen in ihrer Wirt-

¹⁹ Zu medizinisch-technischen Großgeräten zählen Computertomographen, Dialysegeräte, Digitale Subtraktionsangiographiegeräte, Gammakameras, Herz-Lungen-Maschinen, Kernspintomographen, Koronarangiographische Arbeitsplätze, Linearbeschleuniger (Kreisbeschleuniger), Positronen-Emissions-Computertomographen (PET), Stoßwellenlithotripter und Tele-Kobalt-Therapiegeräte.

²⁰ Da hier die Vorhalteleistung untersucht wird, wird Bezug auf die vorgehaltenen Betten statt auf den Casemix genommen.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

schaftlichkeit im Durchschnitt schlechter abschneiden. Augurzky et al. (2018) analysieren die wirtschaftliche Lage kleiner Grundversorger²¹ im Detail. Bezogen auf die Ertragslage schneiden kleine Grundversorger bei allen Trägern wirtschaftlich schlechter ab als der Durchschnitt. Allerdings gelingt es privaten und freigemeinnützigen Grundversorgern, im Durchschnitt ein positives Jahresergebnis zu erzielen, während das Jahresergebnis bei kommunalen Grundversorgern im Durchschnitt negativ ausfällt.

Schaubild 32 zeigt den Anteil ländlicher Krankenhäuser nach Trägerschaft für 2006, 2009, 2012 und 2015. Dabei ist festzustellen, dass die Anzahl ländlicher Krankenhäuser bei privaten Trägern im Vergleich zu anderen Trägern nicht gesunken ist. Es kamen sogar noch neue hinzu, während die anderen Trägerschaften einen Rückgang zu verzeichnen hatten. Offenbar fanden auch in ländlichen Regionen Privatisierungen statt. 2015 lag der Anteil der Privaten im ländlichen Raum bei über 38%. Leicht höher war der Anteil nur bei den kommunalen und deutlich niedriger bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern.²²

Schaubild 33 illustriert diese zeitliche Entwicklung außerdem gemessen an der Zahl der Krankenhausbetten. Seit 2006 ist der Anteil der Bettenkapazität im ländlichen Raum nahezu unverändert geblieben. Die Anteile bei den Privaten sind von 2006 bis 2015 leicht zurückgegangen und bei den anderen Trägern weitgehend unverändert geblieben. Nichtsdestotrotz weisen private Träger ein etwas höheres Niveau der ländlichen Versorgung auf als kommunale Träger.

²¹ Als kleine Grundversorger werden Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag für gesetzlich Versicherte mit unter 150 Betten definiert. Darunter fallen Plankrankenhäuser sowie Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag. Tageskliniken werden ausgeschlossen (vgl. Augurzky et al. 2018).

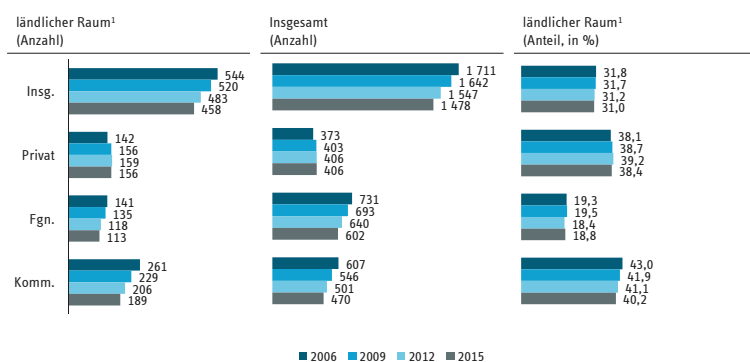
²² Viele freigemeinnützige Krankenhäuser liegen in Nordrhein-Westfalen, das generell eine geringe Ländlichkeit aufweist.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 32

Trägerschaft nach Ländlichkeit – Zahl der Krankenhäuser

2006, 2009, 2012 und 2015; Anteil in %

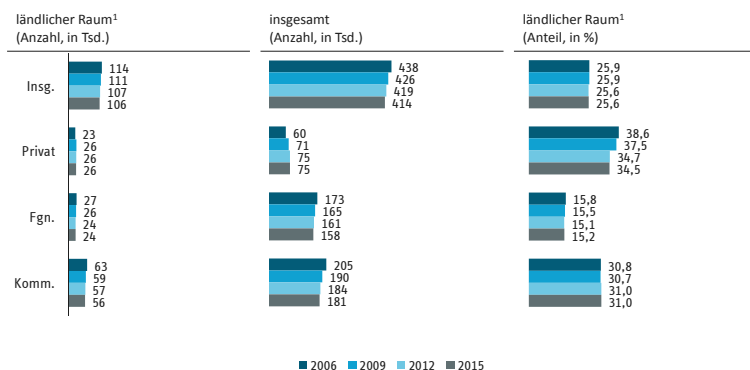


Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2008c, 2011e, 2014c, 2017c), BBR (2014). – Anmerkung: ¹Basierend auf den siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBR umfasst der ländliche Raum alle Kreise mit einer Dichte unter 150 Einwohner/km². Aufgrund der abweichenden Definition des ländlichen Raums, weichen die Werte dieses Schaubildes zu den vorherigen Faktenbüchern ab.

Schaubild 33

Trägerschaft nach Ländlichkeit – Zahl der Krankenhausbetten

2006, 2009, 2012 und 2015; Anteil in %



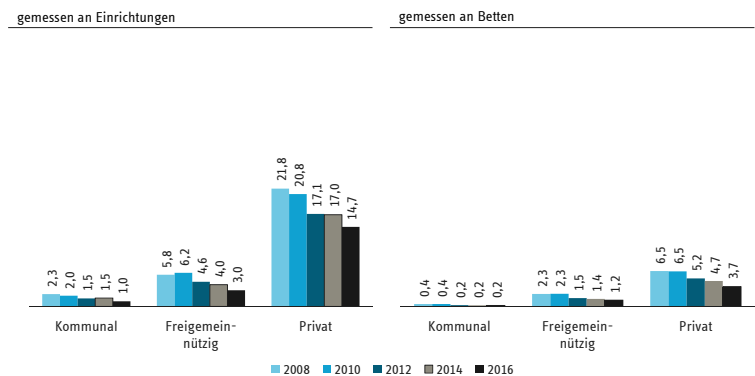
Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2008c, 2011e, 2014c, 2017c), BBR (2014). – Anmerkung: ¹Basierend auf den siedlungsstrukturellen Kreistypen des BBR umfasst der ländliche Raum alle Kreise mit einer Dichte unter 150 Einwohner/km². Aufgrund der abweichenden Definition des ländlichen Raums, weichen die Werte dieses Schaubildes zu den vorherigen Faktenbüchern ab.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

4.6 Beteiligung an der Notfallversorgung

Mit einer zunehmenden Privatisierung im Krankenhaussektor gehen mitunter Befürchtungen einher, dass sich private Träger mangels ausreichender Vergütung unzureichend an der Notfallversorgung beteiligen könnten. Dazu untersuchen wir, wie hoch der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser ist, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen (Schaubild 34). Eine Nichtteilnahme liegt dann vor, wenn das Krankenhaus dafür Abschläge vereinbart hat. Wird die Nichtteilnahme an den Einrichtungszahlen nach Trägern gemessen, zeigt sich, dass private Kliniken deutlich weniger häufig an der Notfallversorgung teilnehmen, gefolgt von freigemeinnützigen und kommunalen Krankenhäusern. Wird hingegen die nach Betten gemessene Krankenhausgröße einbezogen, reduziert sich die Nichtteilnahme bei den Privaten spürbar. Das zeigt, dass unter den Privaten, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, viele kleine Kliniken sind. Gleichwohl zeigt sich, dass trägerübergreifend der Anteil der Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung teilnehmen, über die Zeit spürbar zugenommen hat.

Schaubild 34
Nichtteilnahme an der Notfallversorgung
 2008 bis 2016; Anteil in %



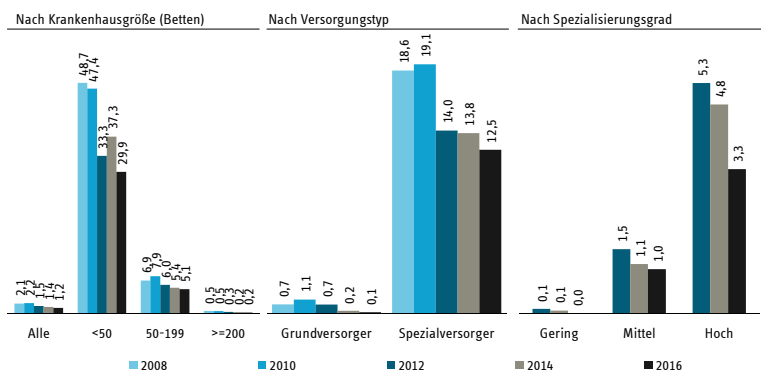
Quelle: RWI, WIdO (2009-2018), Statistisches Bundesamt (2010, 2012b, 2014c, 2016c, 2018). – Anmerkung: Anteile beziehen sich auf Allgemeinkrankenhäuser ohne Universitätskliniken. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung liegt dann vor, wenn das Krankenhaus für die Nichtteilnahme Abschläge vereinbart hat. Es werden nur Werte für gerade Jahre gezeigt.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 35

Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach Größe, Versorgungstyp und Spezialisierungsgrad

2008 bis 2016; Anteil in % aller Betten



Quelle: RWI, WIdO (2009-2018), Statistisches Bundesamt (2010, 2012b, 2014c, 2016c, 2018). – Anmerkung: Anteile beziehen sich auf allgemeine Krankenhäuser ohne Universitätskliniken. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung liegt dann vor, wenn das Krankenhaus für die Nichtteilnahme Abschlüsse vereinbart hat. Als Grundversorger sind Kliniken definiert, die jeweils mindestens 5 Betten in den Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin haben. Als Spezialversorger sind KH mit 50 bis 300 Betten definiert, die keine Fachabteilungen "Chirurgie" und "Innere Medizin" haben. Die Kategorien des Spezialisierungsgrades sind für die Jahre 2012 bis 2016 nach der Verteilung des Spezialisierungs-Gini-Koeffizienten im Jahr 2016 standardisiert worden. Daher weichen die Werte nach Spezialisierungsgrad zu den Werten aus dem vorherigen Faktenbuch ab. Es werden nur Werte für gerade Jahre gezeigt.

Bei näherer Betrachtung wird ferner ersichtlich (Schaubild 35), dass vorwiegend Kliniken mit weniger als 50 Betten seltener eine Notfallversorgung anbieten. Kliniken mit einer Größe zwischen 50 und 199 Betten nehmen weitaus häufiger an der Notfallversorgung teil, während Krankenhäuser mit mehr als 200 Betten fast ausnahmslos teilnehmen. Neben der Krankenhausgröße ist der Spezialisierungsgrad²³ und der Versorgungstyp einer Einrichtung ausschlaggebend für das Vorhalten einer Notfallversorgung. Wir definieren zwei Arten von Versorgungstypen:

²³ Den Spezialisierungsgrad eines Krankenhauses berechnen wir mit dem Spezialisierungs-Gini-Koeffizienten des Wissenschaftlichen Instituts der AOKen (WIdO). Der Gini-Koeffizient liegt im Wertebereich zwischen 0 und 1. Je höher der Gini-Koeffizient ist, desto höher ist der Spezialisierungsgrad der Klinik. Wir unterteilen die Kliniken entsprechend der Verteilung des Gini-Koeffizienten aus dem Jahr 2016 in die drei Spezialisierungskategorien „gering“, „mittel“ und „hoch“.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Zum einen Grundversorger, zu denen Allgemeinkrankenhäuser zählen, die mindestens fünf Betten in den Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin vorhalten, und zum anderen Spezialversorger, zu denen Allgemeinkrankenhäuser zählen, die eine Größe zwischen 50 und 300 Betten haben, aber keine Betten in den Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin vorhalten. Fast alle Grundversorger nehmen an der Notfallversorgung teil, während ca. 13% der Spezialversorger²⁴ dies 2016 nicht tun. Außerdem zeigt sich, dass Krankenhäuser seltener an der Notfallversorgung teilnehmen, je höher ihr Spezialisierungsgrad ist.

Im Sinne einer volkswirtschaftlich effizienten Arbeitsteilung ist es durchaus sinnvoll, dass nicht alle Leistungen von allen Anbietern zur Verfügung gestellt werden. Dass die Notfallversorgung stärker von Grundversorgern erfolgt, die auch eine adäquate breite medizinisch-technische und personelle Infrastruktur vorhalten, dürfte durchaus im Sinne der Patienten sein. Grundversorger sind grundsätzlich besser in der Lage, ein breites Portfolio an Notfällen adäquat zu behandeln als kleine oder hoch spezialisierte Krankenhäuser. Eine notwendige Nebenbedingung ist jedoch, dass Krankenhäuser der Notfallversorgung für jeden Patienten gut erreichbar sind. Perspektivisch ist zu erwarten, dass mit dem Trend zur zunehmenden Spezialisierung im deutschen Gesundheitswesen eine wachsende Anzahl von Krankenhäusern zukünftig nicht mehr an der Notfallversorgung teilnehmen könnte. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinem Beschluss vom 19.04.2018²⁵ die zukünftigen Voraussetzungen für Krankenhäuser zur Teilnahme an einem gestuften System der stationären Notfallversorgung festgelegt. Demnach werden von den jetzigen 1 748 allgemeinen Krankenhäusern nur noch etwa 1 120 Häuser (rund 64%) an der Notfallversorgung teilnehmen. Das muss aber nicht nachteilig für die Patienten sein, wenn gleichzeitig das Rettungswesen professionalisiert wird, wie es z.B. in Dänemark geschehen ist (Augurzky et al. 2014).

²⁴ Die meisten Spezialversorger befinden sich in städtischen Regionen, wo die Notfallversorgung ohnehin konzentriert werden sollte.

²⁵ Vgl. G-BA: „Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V“ vom 19.04.2018.

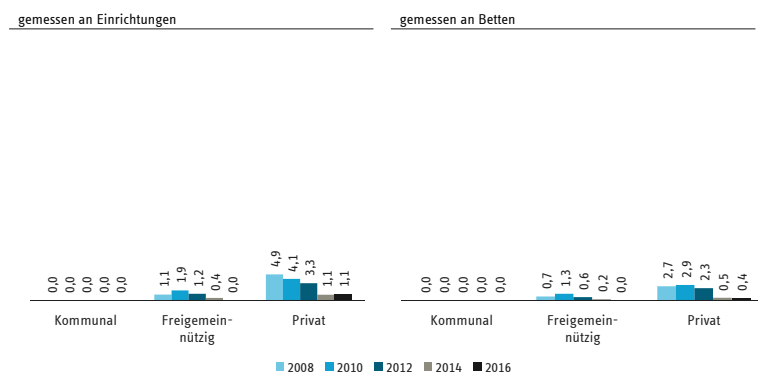
Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubilder 36 und 37 zeigen, dass der höhere Anteil der Nichtteilnahme bei privaten Krankenhäusern von den Spezialversorgern bestimmt wird. Bei den Grundversorgern zeigen sich keine signifikanten trägerspezifischen Unterschiede. Private Grundversorger beteiligen sich an der Notfallversorgung praktisch genauso häufig wie freigemeinnützige und kommunale Grundversorger.

Schaubild 36

Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bei Grundversorgern nach Trägerschaft

2008 bis 2016; Anteil in %



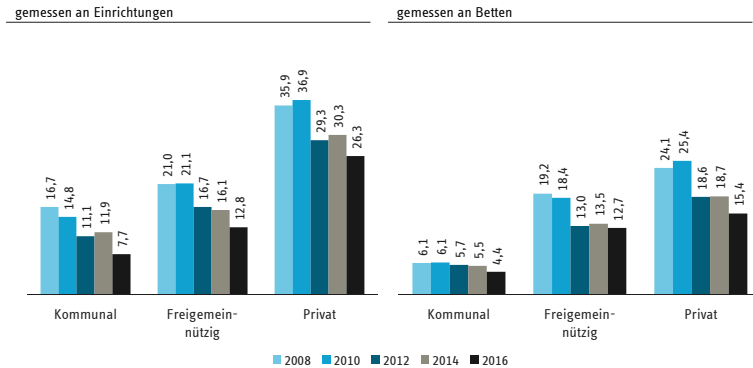
Quelle: RWI, WIdO (2009-2018), Statistisches Bundesamt (2010, 2012b, 2014c, 2016c, 2018). – Anmerkung: Anteile beziehen sich auf allgemeine Krankenhäuser ohne Universitätskliniken. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung liegt dann vor, wenn das Krankenhaus für die Nichtteilnahme Abschlüsse vereinbart hat. Als Grundversorger gelten Kliniken zwischen 50 bis 300 Betten, die die Fachabteilungen "Chirurgie" und "Innere Medizin" haben. Es werden nur Werte für gerade Jahre gezeigt.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 37

Nichteinnahme an der Notfallversorgung bei Spezialversorgern nach Trägerschaft

2008 bis 2016; Anteil in %



Quelle: RWI, WildO (2009-2018), Statistisches Bundesamt (2010, 2012b, 2014c, 2016c, 2018). – Anmerkung: Anteile beziehen sich auf allgemeine Krankenhäuser ohne Universitätskliniken. Nichteinnahme an der Notfallversorgung liegt dann vor, wenn das Krankenhaus für die Nichteinnahme Abschlüsse vereinbart hat. Als Spezialversorger sind KH mit 50 bis 300 Betten definiert, die keine Fachabteilungen "Chirurgie" und "Innere Medizin" haben. Es werden nur Werte für gerade Jahre gezeigt.

4.7 Qualität

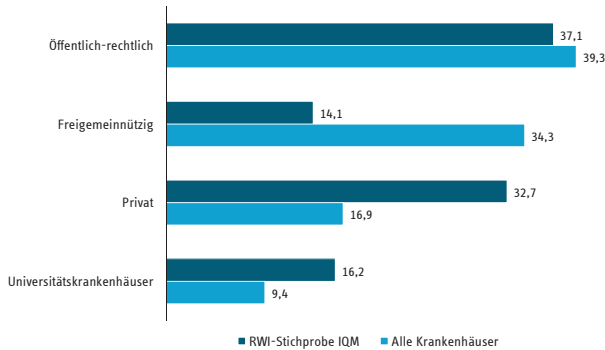
Qualitätsmessung und -transparenz gewinnen immer mehr an Bedeutung im Gesundheitswesen, insbesondere seit Inkrafttreten des KHSG. Langfristig sollte für Patienten die medizinische Qualität das ausschlaggebende Kriterium bei der Wahl eines Krankenhauses sein. Doch auch heute schon lassen sich für einige Indikatoren gewisse Aussagen dazu treffen. Für die nachfolgende Analyse werden von 269 Krankenhäusern, die Mitglieder der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) sind, verschiedene Maße zur Messung von qualitativen Auffälligkeiten für den Zeitraum von 2014 bis 2016 ausgewertet. Im Januar 2018 gab es insgesamt 408 Mitgliedskrankenhäuser von IQM, davon 370 in Deutschland. Die hier verwendete Stichprobe umfasst demnach 73% der Mitglieder in Deutschland. Aufgrund der bestehenden Mitgliederstruktur sind dabei private Krankenhäuser sowie Universitätskliniken über- und öffentlich-rechtliche sowie freigemeinnützige unterrepräsentiert (Schaubild 38). Ebenfalls überrepräsentiert sind größere Krankenhäuser.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 38

Verteilung IQM-Stichprobe nach Trägerschaft

2016; Anteil in % aller Betten



Quelle: RWI, Augurzky et al. (2018).

IQM greift bei der Erfassung der Indikatoren auf die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) zurück, welche auf Routinedaten basieren (Mansky et al. 2013). Für die nachfolgenden Untersuchungen werden ausschließlich Indikatoren zu Sterblichkeitszielen mit und ohne Risikoadjustierung verwendet.

- i. Sterblichkeitsziele mit Risikoadjustierung: Hier erfolgt ein Abgleich der beobachteten Sterblichkeit im Krankenhaus mit der aufgrund der im Haus vorliegenden Alters- und Geschlechtsstruktur zu erwartenden Sterblichkeit. Das Verhältnis der beobachteten und der zu erwartenden Sterblichkeit bildet das so genannte standardisierte Sterblichkeitsverhältnis (Standardized Mortality Ratio, SMR). Bei einem Wert kleiner als 1 schneidet das Krankenhaus besser als erwartet, bei einem Wert größer als 1 schlechter als erwartet ab.
- ii. Sterblichkeitsziele ohne Risikoadjustierung: Eine alters- und geschlechtsspezifische Adjustierung erfolgt hier nicht. Stattdessen wird die Sterblichkeit im Krankenhaus mit dem bundesweiten Mittelwert („Bundesreferenzwert“) verglichen. Der Bundesreferenzwert wird aus den Daten nach §21 KHEntgG abgeleitet. Es handelt sich dabei um eine Vollerhebung aller Krankenhäuser. Ziel ist es, dass die Krankenhaus-

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

sterblichkeit unterhalb des Bundesreferenzwertes liegt. Für den vorliegenden Beitrag wurde auch für diese Indikatoren eine „Pseudo“-SMR berechnet, als Verhältnis der beobachteten Krankenhaussterblichkeit und des Bundesreferenzwertes. Auf Bundesebene liegt sie definitionsgemäß stets bei 1.

Insgesamt handelt es sich um 21 Indikatoren (Tabelle 5). Um die jährliche Schwankung der gemessenen SMR vor allem bei Krankenhäusern mit kleinen Fallzahlen zu reduzieren, werten wir generell die Jahre 2014 bis 2016 stets gemeinsam aus („gepoolt“).

Innerhalb eines Krankenhauses können die SMR verschiedener Indikatoren stark variieren. Eine Garantie, dass in einem Haus bei einer guten SMR in einem Indikator auch alle anderen SMR überdurchschnittlich gut ausfallen, gibt es nicht. Allerdings ist bei den untersuchten Indikatoren festzustellen, dass sie alle stets positiv miteinander korrelieren – mehr oder weniger stark. Insofern scheint es, über das Leistungssegment hinausgehend, einen positiven krankenhausspezifischen Effekt auf die SMR zu geben.²⁶ Eine weitere Analyse zeigt, dass bei 70% der Krankenhäuser 50% oder mehr der Indikatoren eine SMR von kleiner 1 besitzen, d.h. bei mehr als der Hälfte der Indikatoren überdurchschnittlich gut abschneiden.

Da manche Analysen nur auf der Hausebene durchführbar sind, bilden wir aus den vorliegenden SMR der 21 Indikatoren eine aggregierte SMR. Bei ihr handelt

²⁶ In einer Hauptkomponentenanalyse (principal component analysis, PCA) wurden die einzelnen Indikatoren in einen oder mehrere Indizes zusammengefasst. Dabei zeigt sich, dass es einen starken erklärenden Index gibt und noch bis zu drei weitere schwächere Indizes. Das stützt die These eines positiven krankenhausspezifischen Effekts.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Tabelle 5

Verwendete Indikatoren

Bezeichnung des Indikators in den German Inpatient Quality Indicators Version 5.0	Kürzel
Sterblichkeitsziele mit Risikoadjustierung	
Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle, aufgetreten	Herzinfarkt
Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter > 19), Anteil Todesfälle, aufgetreten	Herzinsuffizienz
Katheter der Koronargefäße bei Herzinfarkt (Alter > 19), ohne Herzoperation, Todesfälle, aufg. ¹	Linksherzkatheter
Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle ²	OP Koronargef. bei AMI
Hirnininfarkt (ICD I63, Alter > 19), Anteil Todesfälle, aufgetreten ³	Hirnininfarkt
Pneumonie ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, Alter > 19, Anteil Todesfälle	Lungenentzündung
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD ohne Tumor, Alter > 19), Anteil Todesfälle	COPD
Schenkelhalsfraktur (Alter > 19), Anteil Todesfälle	Schenkelhalsfraktur
Pertrochantäre Fraktur, Alter > 19, Anteil Todesfälle	pertr. Fraktur
Sepsis (als Hauptdiagnose), Anteil Todesfälle	Sepsis
Sterblichkeitsziele ohne Risikoadjustierung	
Diagn. Katheter der Koronargef. OHNE HD Herzinfarkt ohne Herz-OP (Alter >19), Ant. Todesfälle	Diagnost. Katheter ohne AMI
Isolierter offener Aortenklappenersatz ohne weitere Herz-OP, Anteil Todesfälle	Aortenklappenersatz
Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle	OP Koronargef. ohne AMI
Teilresektionen der Lunge bei Bronchialkarzinom, Anteil Todesfälle	Teilresektion der Lunge
Cholezystektomie bei Gallensteinen, Anteil Todesfälle	Cholezystektomie
Kolonresektionen bei kolorekt. Karzinom ohne kompl. Diagnose, Anteil Todesfälle	Kolonresektion
Rektumresektionen bei kolorekt. Karzinom, Anteil Todesfälle	Rektumresektion
Resektion/Ersatz abdom. Aorta bei Aneurysma, nicht rupturiert, offen operiert, Ant. Todesfälle	Resektion abd. Aorta
Becken-/Beinarterien-OP bei Ulzeration oder Gangrän, Anteil Todesfälle	Becken-/Beinarterien-OP
Zystektomie (Entfernung der Harnblase), Anteil Todesfälle	Zystektomie
Beatmung > 24 Stunden (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle	Beatmung

Quelle: RWI, Augurzyk et al. (2018), Mansky et al. (2016). – ¹Bezogen auf Patienten mit Infarkt. Bei den Linksherzkathetern gibt es einen weiteren Zielwertindikator bezogen auf Patienten mit Koronarkatheter und Infarkt (gleiche Fallzahlen, aber anderer Erwartungswert). – ²Bezogen auf Patienten mit Infarkt. Bei den Herzoperationen gibt es einen weiteren Zielwertindikator bezogen auf Patienten mit Koronar-OP und Infarkt (gleiche Fallzahlen, aber anderer Erwartungswert). – ³Bei Schlaganfall gibt es einen weiteren Indikator „9.1 – Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten“ (enthält alle Formen des Schlaganfalls, nicht nur Hirnininfarkt (9.3), aber dieser Indikator gilt für manche Krankenhäuser als Zielwertindikator und für andere als Beobachtungswert).

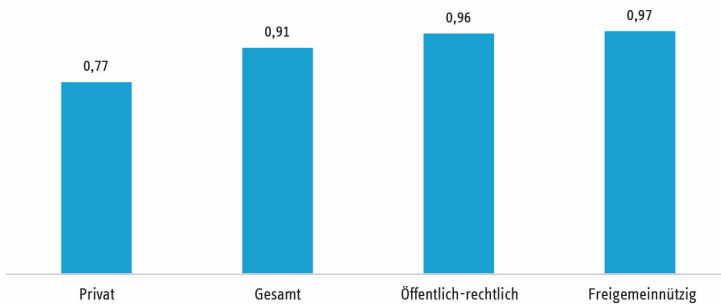
es sich um ein mit der Fallzahl gewichteten Mittelwert der indikationsspezifischen SMR. Damit die aggregierte SMR einen relevanten Anteil des gesamten Leistungsspektrums des Krankenhauses umfasst, schließen wir nur solche Häuser mit ein,

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

für die mindestens fünf Indikatoren vorliegen. Von 253 Krankenhäusern ist dies bei 231 der Fall. Die so gebildete SMR deckt damit im Durchschnitt 13% aller Krankenhausfälle dieser 231 betrachteten Krankenhäuser ab. Im Ergebnis zeigt sich, dass fast 70% der Krankenhäuser in der Stichprobe eine überdurchschnittlich niedrige SMR (kleiner 1) aufweisen. Der durchschnittliche SMR liegt dabei bei 0,91 (Schaubild 39). Bei den privaten Krankenhäusern liegt er niedriger als bei den nicht-privaten.

Schaubild 39

Durchschnittliche aggregierte SMR insgesamt und nach Trägerschaft
2014 bis 2016 gepoolt



Quelle: RWI, Augurzky et al. (2018).

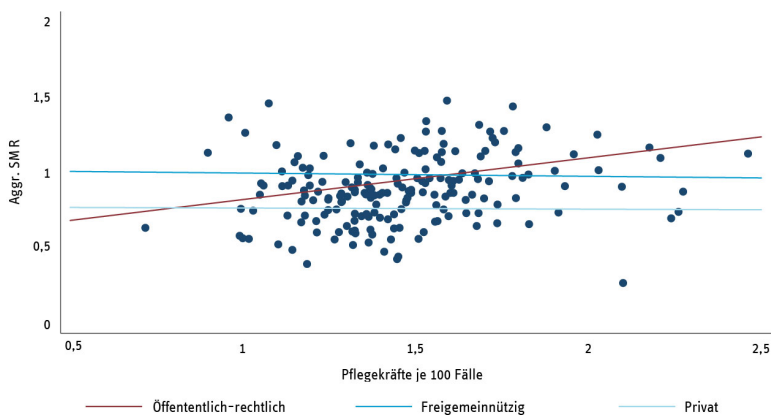
Mit Hilfe der aggregierten SMR lässt sich nunmehr zum Beispiel untersuchen, ob es einen Zusammenhang zwischen der Zahl der eingesetzten Pflegekräfte im Krankenhaus und der SMR gibt. Aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser des Jahres 2015 lassen sich die Zahl der eingesetzten Pflegevollkräfte nach den Berufsgruppen Krankenpfleger, Altenpfleger, Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer, Pflegeassistenten, Pflegehelfer auf der Hausebene identifizieren. Fasst man alle Berufsgruppen zusammen, setzen die Krankenhäuser in der hier vorliegenden Stichprobe im Durchschnitt 1,6 Pflegekräfte je 100 Fälle ein. Bei einem Wert von 2,5 oder höher gehen wir von einem Ausreißer aus, den wir entfernen.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Bei einer multivariaten Regression der aggregierten SMR auf die Zahl der eingesetzten Pflegekräfte je 100 Fälle sowie zusätzlicher Kontrollvariablen (Trägerschaft, Region „Ost-Deutschland“ und Anzahl Ärzte je 100 Fälle) zeigt sich kein Zusammenhang zwischen der Anzahl Pflegekräfte und der SMR (Schaubild 15). Tabelle 6 stellt die Regressionskoeffizienten je Variable dar. Dabei bedeutet ein positiver Wert, dass die SMR größer ausfällt, wenn die Variable höhere Werte annimmt. Ein statistisch signifikanter Wert bei der Zahl der Pflegekräfte liegt nicht vor. Insofern bleibt festzuhalten, dass ein Zusammenhang derart, dass eine größere Zahl an Pflegekräften mit einer geringeren Mortalitätsrate einhergeht, mit den vorliegenden IQM-Daten nicht nachweisbar ist. Ein vergleichbares Ergebnis erzielten Augurzky et al. (2016).

Schaubild 40

Aggregiertes SMR (2014 bis 2016 gepoolt) und Pflegevollkräfte je 100 Fälle (2015) nach Trägerschaft



Quelle: RWI, Augurzky et al. (2018). – Anmerkung: Pflegekräfte umfassen die Berufsgruppen: Krankenpfleger, Altenpfleger, Kinderkrankenpfleger, Krankenpflege-helfer, Pflegeassistenten, Pflegehelfer.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Tabelle 6
Multivariate Regressionsanalyse des aggregierten SMR

	(1)	(2)
Pflegekräfte examiniert je 100 Fälle	0,073 (0,063)	
Pflegehilfskräfte je 100 Fälle	0,179 (0,207)	
Pflegekräfte je 100 Fälle		0,080 (0,061)
Freigemeinnützig	0,026 (0,041)	0,030 (0,040)
Privat	-0,194*** (0,033)	-0,196*** (0,033)
Ostdeutschland	0,025 (0,033)	0,026 (0,033)
Ärzte je 100 Fälle	0,056 (0,113)	0,056 (0,112)
Konstante	0,802*** (0,086)	0,802*** (0,086)
Anzahl Krankenhäuser	189	189

Quelle: RWI, Augurzky et al. (2018). – Anmerkung: In Spalte (1) wird der Effekt der examinierten Pflegekräfte und der Pflegehilfskräfte getrennt auf die aggregierte SMR geschätzt mit Kontrolle für weitere Einflussfaktoren. In Spalte (2) wird nicht zwischen examinierten Pflegekräften und Pflegehilfskräften unterschieden. Pflegekräfte examiniert umfassen die Berufsgruppen Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger. Pflegehilfskräfte umfassen die Berufsgruppen Altenpfleger, Krankenpflegehelfer, Pflegeassistenten, Pflegehelfer. Signifikanzniveaus: * < 10%, ** < 5%, *** < 1%.

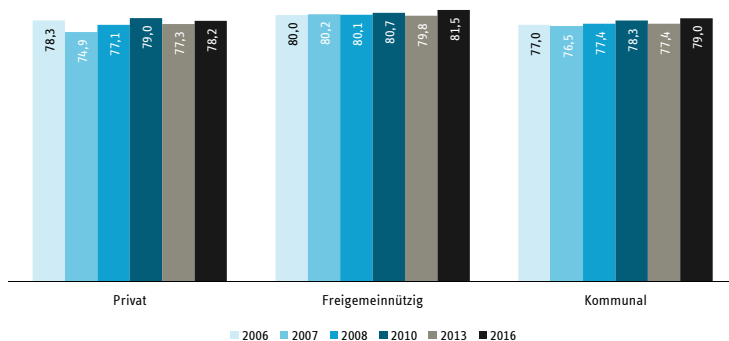
Neben der medizinischen Qualität ist auch die von den Patienten erlebte Servicequalität, gemessen an der Patientenzufriedenheit, von großer Bedeutung. Grundlage zu deren Messung sind Patientenbefragungen der Techniker Krankenkasse aus den Jahren 2006 bis 2016. Schaubild 41 zeigt, dass diesbezüglich keine signifikanten trägerspezifischen Unterschiede bestehen. Für alle Träger liegt die durchschnittliche Patientenzufriedenheit bei rund 77% bis 82%. Die zugrunde liegende Patientenzufriedenheit wurde mit Hilfe eines Fragebogens ermittelt, den Patienten der Techniker Krankenkasse nach ihrem Krankenhausaufenthalt ausgefüllt haben (TK 2014, TK 2017).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 41

Anteil der zufriedenen Patienten

2006 bis 2016; Anteil in %



Quelle: RWI, TK (2017). – Anmerkung: Die Zahl gibt den Prozentsatz der Patienten an, die zufrieden sind. Die Werte wurden mit der Bettenzahl der Kliniken gewichtet.

5. Regulierung

Der deutsche Krankenhausmarkt ist hoch reguliert, insbesondere seit 1972 mit der Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Seitdem steuert der Staat das Angebot über die Krankenhausplanung und die Investitionen der Krankenhäuser über die Fördermittelvergabe (Neubauer 2007a und Beivers 2010). Das gegenwärtige Steuerungssystem der Krankenhausversorgung zeichnet sich daher im Wesentlichen durch zwei Steuerungselemente aus: der staatlichen Krankenhausplanung einerseits und der wettbewerblichen Vergütung über Fallpauschalen (DRGs) andererseits. Damit werden zwei ordnungspolitisch unterschiedliche Elemente zur Steuerung nebeneinander eingesetzt, nämlich ein planwirtschaftliches und ein wettbewerblich-marktwirtschaftliches (Neubauer 2007b, Beivers 2010). Eine solche Kombination von zwei ordnungspolitisch unterschiedlichen Steuerungsansätzen führt jedoch zwangsläufig zu Konflikten. Sie werden noch dadurch verstärkt, dass das Vergütungssystem der Gestaltungshoheit des Bundestages unterliegt und die Krankenhausplanung den Ländern obliegt (Beivers 2010, Beivers und Waehlert 2017).

5. Regulierung

In diesem dualen System der deutschen Krankenhausfinanzierung erhalten die Krankenhäuser aus mehreren Finanzierungsquellen Mittel. Die Hauptlast zur Finanzierung wird von den gesetzlichen Krankenkassen, den privaten Krankenversicherungen sowie durch Steuermittel der einzelnen Bundesländer getragen. Wichtiger als die Zahl der Finanzierungsquellen ist jedoch die ökonomische Besonderheit der Art der Investitionsfinanzierung. Die deutschen Krankenhäuser haben gemäß KHG einen Anspruch gegenüber den Bundesländern auf Finanzierung der Investitionskosten. Voraussetzung hierfür ist die Aufnahme in den staatlichen Krankenhausplan. De facto kommen die Bundesländer ihrem Auftrag der Investitionsförderung nicht in ausreichendem Maße nach, weshalb die Krankenhäuser oftmals gezwungen sind, ihre Investitionskosten zumindest teilweise selbst zu finanzieren, beispielsweise aus Erlösen von Krankenhausbehandlungen und sonstigen Einnahmequellen sowie durch die Aufnahme von Mitteln über den Kapitalmarkt (Beivers und Waehlert 2017).

Ein Großteil der sich ergebenden Probleme aufgrund von ordnungspolitisch widersprüchlichen Regulierungen ist bekannt und wurde schon oft diskutiert. Im Rahmen dieses Schwerpunktkapitels sollen nur ausgewählte Steuerungs- und Regulierungsprobleme vor dem aktuellen gesetzgeberischen Hintergrund dargestellt und diskutiert werden – dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) und dem Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2018. Konkret widmet es sich den Themenfeldern (i) Mengensteuerung, (ii) Zentrenbildung nach KHSG, (iii) DRGs als Hürde der ambulant-stationären Verzahnung und (iv) ordnungspolitische Irrwege des Koalitionsvertrages.

5.1 Mengensteuerung

Kaum ein anderes Thema wurde im Gesundheitswesen in der vergangenen Zeit so kontrovers diskutiert wie die „Mengendynamik“ im deutschen Krankenhausmarkt (Beivers 2017, Beivers 2014). Eigentlich war es ein Ziel der DRG-Einführung, die Krankenhausausgaben zu stabilisieren und einen Strukturwandel im Krankenhausmarkt herbeizuführen. Dies gelang aber nur in Teilen. Denn das DRG-System „belohnt“ die Ausweitung der stationären Fallzahlen. Daher hat sich nicht zuletzt das KHSG diesem Thema angenommen und versucht u.a. durch den sogenannten Fixkostendegressionsabschlag (FDA) die Leistungsentwicklung zu steuern. Damit hat der Gesetzgeber ein neues „(Mengen-)Steuerungsinstrument“ eingeführt, das die

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

bisherigen Instrumente wie Mehrleistungsabschläge und Mehrerlösausgleiche abgelöst hat. Künftig sollen Krankenhäuser und Krankenkassen auf Landesebene schätzen, wie hoch der Anteil der fixen Kosten an den Fallpauschalen durchschnittlich ist.

Schaubild 42

Unterschiedliche Höhen des FDA

Kein FDA: 0% Ausnahmen	Häufiger FDA: 50% Ausnahmen	Voller FDA: 100 % Indirekte Bestimmung aus KHSG
<ol style="list-style-type: none"> 1. Leistungen bei Transplantationen, Polytraumata, Schwerbrandverletzte, Versorgung von Frühgeborenen 2. Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln 3. Leistungen aufgrund von zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand 4. Leistungen von krankenhauplanerisch ausgewiesenen Zentren 5. Leistungen mit abgesenkter Bewertung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nicht-mengenanfällige Leistungen: Leistungen, bei denen im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung die Gefahr einer Indikationsausweitung ausgeschlossen werden kann Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren bis 31. Juli 2016 einen Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen 2. Leistungsverlagerungen im Einzugsgebiet 	<p>Potenziell mengenanfällige Leistungen: alle Leistungen, die nicht abgesenkt / abgestuft sind und bei denen die Gefahr einer ökonomisch motivierten Leistungsausweitung nicht ausgeschlossen werden kann</p> <p>Generell für alle Mehrleistungen</p>

Quelle: Beivers (2017), angelehnt an Nentwig (2016).

Der Grund für diese Neuregelung ist – wie es in der Gesetzesbegründung heißt – die verursachungsgerechte Verlagerung der Berücksichtigung der Fixkostendegression von der Landesebene auf die Ebene des einzelnen Krankenhauses. Davor führten Mehrleistungen von Krankenhäusern im Ergebnis zu einer Absenkung des Landesbasisfallwertes, so dass auch Krankenhäuser, bei denen mangels Mehrleistungen keine Kostenvorteile entstanden, finanziell negativ betroffen waren. Mit dem FDA sollen nun stattdessen direkt auf Orts- bzw. Krankenhausebene Skalenerträge durch Mehrleistungen eines Krankenhauses ökonomisch abgeschöpft werden. Abweichend von dem allgemeinen, bundesweiten FDA können jedoch vor Ort auch hälftige Abschläge auf den FDA vereinbart werden, wenn die Mengenausweitung eines Krankenhauses beispielsweise aufgrund von regionalen Leistungsverlagerungen durch einen entsprechenden Rückgang bei umliegenden Krankenhäusern ausgeglichen werden kann. Des Weiteren existieren gesetzlich festgelegte Bereiche, in denen kein FDA auf Mehrleistungen anfällt. Schaubild 42 gibt dazu einen Überblick.

Quantifizierung des FDA

5. Regulierung

Der im KHSG vereinbarte FDA ersetzt seit 2017 den zuvor geltenden Mehrleistungsabschlag. Der FDA soll in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen vereinbart werden. Mit dem PsychVVG²⁷ wurde die Höhe des Abschlags in den Einführungsjahren 2017 und 2018 bundeseinheitlich auf 35% festgesetzt. Auf Hausebene kann er im Rahmen von Verhandlungen mit den Krankenkassen auf bis zu 50% erhöht werden. Inwiefern dieser Wert in der Realität ökonomisch zutreffend ist, wurde u.a. durch ein Gutachten des RWI und der Universität Duisburg-Essen untersucht (RWI 2016a). Auf Grundlage der Kostendaten der InEK-Kalkulationshäuser kommt es zu einem durchschnittlichen Fixkostenanteil an den Fallpauschalen in Höhe von 31,7%. Die statistische Standardabweichung zur Berücksichtigung der statistischen Unsicherheit beträgt dabei $\pm 5,8\%$. Bei alternativen Ansätzen zur Berücksichtigung von Inflation schwankt der Fixkostenanteil zwischen 27,2% und 35,1%. Trägerspezifische Unterschiede ließen sich dabei nicht feststellen.

Einige Leistungen sind jedoch vom FDA befreit oder werden nur mit einem hälftigen Abschlag belegt. Augurzky et al. (2018) setzen den effektiven durchschnittlichen FDA für 70% der Zusatzleistungen pauschal auf 40% an. Das erwartete Wachstum des Casemixvolumens veranschlagen sie auf 1,69% p.a. Grundlage dieser Prognose ist die demografische Entwicklung sowie vergangene Trends in den Prävalenzraten. Für die Jahre 2017 bis 2019 prognostizieren wir damit ein kumuliertes FDA-Volumen i. H. v. insgesamt rund 2 Mrd. € (Tabelle 7).

Tabelle 7
Approximation des FDA-Abschlagsvolumens
2017 bis 2019

Insgesamt	2017	2018	2019
Wachstumsrate des CM-Volumens in %	1,69	1,69	1,69
Mengenbedingte Erlösveränderung	1 158	1 202	1 249
Mengenbedingte Erlösveränderung mit aktuellen Preisen	1 182	1 227	1 275
FDA (p.a.)	331	344	357
FDA (auf 3 Jahre ab 2017)	331	674	1 031

Quelle: RWI.

²⁷ Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Methodische Probleme des FDA

In der Gesetzesgrundlage für den FDA ist keine Definition von Fixkosten enthalten, gleichzeitig unterstellt sie in der inhaltlichen Begründung eine methodisch nicht pauschal für alle Krankenhäuser gleichermaßen zutreffende Annahme über die anteilige Kostenzusammensetzung der Krankenhausleistungen in variable und fixe Bestandteile. Gemäß klassischer Betriebswirtschaftslehre lässt sich zwar im Grundsatz zwischen variablen und fixen Kostenarten unterscheiden, je nachdem ob sich die Kosten in Abhängigkeit von der Leistungsentwicklung verändern oder nicht. Generell ist davon auszugehen ist, dass sich der Fixkostenanteil je Fachrichtung, Partition (z. B. operative oder medizinische Fallpauschale) und auch je Fallpauschale deutlich unterscheidet. Auch wird er sich daher in jedem Krankenhaus anders darstellen, je nach Leistungsportfolio und erreichtem Grad der Skaleneffekte (Czap und Waehlert 2011). Denn neben klassisch variablen und fixen Kosten gibt es auch Kostenpositionen, die sich in Abhängigkeit der Größenordnung einer Leistungsveränderung entweder wie fixe oder wie variable Kosten verhalten. Diese sogenannten sprungfixen Kosten sind bis zu einer gewissen Auslastungsgrenze konstant (fix) und steigen an diesem Schwellenwert bei einer weiteren Leistungssteigerung sprunghaft (variabel) an. Im Bereich eines Krankenhauses lassen sich diese Sprungstellen an folgenden Beispielen verdeutlichen:

- a) Sind vorhandene Kapazitäten vollständig ausgelastet (100%-Belegung einer Bettenstation oder Vollausslastung eines OP-Saales), kann die nächste zusätzliche Leistung nur bei Schaffung einer zusätzlichen Kapazität (neue Bettenstation oder neuer OP-Saal) erbracht werden.
- b) Personalkosten sind im Bereich der Unterauslastung der bestehenden Arbeitsverhältnisse als fix zu betrachten. Bei normaler Auslastung bedeuten zusätzliche Leistungen aber zusätzliche Arbeit für die Mitarbeiter in Form von Überstunden oder ab einem gewissen Punkt neuer Stellen.

Für die Ermittlung sprungfixer Kosten sind somit die individuelle Ausgangslage des betrachteten Produktionsprozesses, die Größenordnung der Veränderung sowie die Dauer des Betrachtungszeitraums von erheblicher Bedeutung. Eine eindeutige Einteilung in fixe und variable Kostenarten kann somit nur bei kranken-

5. Regulierung

hausindividueller Betrachtung erfolgen. Bei der Übertragung auf das Gesamtsystem der stationären Krankenversorgung mit einer Vielzahl betriebswirtschaftlich unabhängiger Krankenhäusern kann dagegen nur eine Durchschnittsbetrachtung erfolgen. Bei dieser Betrachtung greift der FDA im Durchschnitt die positiven Skaleneffekte eines Krankenhauses bei Mehrleistungen vollständig ab.

Zu beachten ist ferner, dass bei der FDA-Ermittlung die für Investitionstätigkeiten anfallenden Kapitalkosten der Krankenhäuser grundsätzlich nicht berücksichtigt werden. Nach dem Prinzip der Dualistik werden Investitionskosten vollständig von den Bundesländern getragen, sodass sie hier keine Rolle spielen sollten. In der Realität müssen Krankenhäuser jedoch einen Teil ihrer Erlöse zur Finanzierung von notwendigen Investitionen verwenden, weil die Bundesländer ihrer Verpflichtung nicht in vollem Umfang nachkommen (RWI 2018). Dazu benötigen Krankenhäuser positive Deckungsbeiträge aus Krankenhausleistungen. Entspricht der FDA genau dem durchschnittlichen Fixkostenanteil sind solche Deckungsbeiträge für die Dauer des FDA allerdings nicht erzielbar, sodass die Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser eingeschränkt wird. Die für 2017 und 2018 festgelegte Höhe des FDA liegt mit 35% sogar leicht oberhalb der Schätzungen des durchschnittlichen Fixkostenanteils der Kalkulationskrankenhäuser in Deutschland (RWI 2016a). D.h. es müssen im Mittel mehr als 100% der Deckungsbeiträge an die Krankenkassen abgeführt werden.

Gesamtwirtschaftliche Auswirkungen des FDA

Es konnte bisher noch nicht abschließend geklärt werden, welche Faktoren zu einem Anstieg der stationären Fallzahlen führen und welche davon zu „unnötigen Krankenhausfällen“ (RWI 2012, Schreyögg et al. 2014, Mostert et al. 2012, Lungen und Büscher 2012). Grundsätzlich führen Leistungssteigerungen im DRG-System für die erbringenden Krankenhäuser zu einer Steigerung der Einnahmen. Damit besteht ein finanzieller Anreiz zur Mengenausweitung, solange die Kosten für die Leistungssteigerung niedriger ausfallen als die daraus erzielten Einnahmen. Werden die Skalenerträge durch den FDA vollständig an die Kostenträger weitergereicht, entfällt dieser Anreiz zur Ausweitung der „mengenanfälligen“ Leistungen. Dies ist aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive einerseits begrüßenswert.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Andererseits besteht die Gefahr, dass sowohl der vom Gesetzgeber gewünschte Qualitätswettbewerb als auch notwendige Strukturanpassungen auf dem deutschen Krankenhausmarkt durch den FDA gebremst werden. Wenn ein Krankenhaus aufgrund von Qualitätsführerschaft Patienten von anderen Krankenhäusern gewinnen kann, kommt es zu einer Umverteilung von Patienten und im Durchschnitt zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität in der Region. Je höher der FDA ausfällt, desto geringer ist jedoch der Anreiz für ein Krankenhaus, eine Qualitätsführerschaft anzustreben, weil dadurch entstehende positive Skaleneffekte teilweise oder sogar zur Gänze abgegeben werden müssen. Gleiches gilt bei der Konzentration von Kapazitäten. Wenn ein Krankenhaus zum Beispiel einen Standort aufgibt, um die Leistungen künftig an einem anderen Standort zu bündeln, fällt an diesem anderen Standort ein FDA an, ohne dass sich die Leistungsmenge in der Region insgesamt verändert. Der Anreiz zur Bündelung der Kapazitäten fällt damit geringer aus als ohne einen FDA.

Der Gesetzgeber versucht zwar, den negativen Effekt auf Spezialisierung bzw. Leistungsbündelung in Form von Ausnahmeregelungen vom FDA für krankenhauplanerisch relevante Zentren nach KHSG abzumildern, jedoch nicht zur Gänze. Außerdem wird der von den Krankenhäusern zu erbringende Nachweis, dass es sich bei ihren Mehrleistungen um Leistungsverlagerungen im Einzugsgebiet handelt, methodisch nicht einfach sein, v.a. je spezialisierter die jeweilige Klinik ist (Beivers 2016b). Dadurch wird mit dem FDA ein wünschenswerter Abbau von ineffizienten, nicht bedarfsgerechten und qualitativ unzureichenden Versorgungsangeboten eher verhindert. Die bestehenden Krankenhausstrukturen in Deutschland werden tendenziell eher zementiert anstatt durch wettbewerbliche Anpassungen verbessert.

Betriebswirtschaftliche Anpassungsreaktion der Krankenhäuser

Bei der Bewertung, ob der FDA ein aus gesundheitsökonomischer Sicht geeignetes Mengensteuerungsinstrument sein kann, müssen auch die möglichen strategischen Anpassungsmaßnahmen der Krankenhäuser berücksichtigt werden. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht wird ein Krankenhaus genau untersuchen, in welchen Bereichen zusätzliche Mengen noch positive Deckungsbeiträge bringen und wo nicht. Nachdem der Fixkostenteil je nach DRG sehr unterschiedlich ausfallen

5. Regulierung

kann, werden Krankenhäuser einen Anreiz haben, ihr Leistungsangebot entsprechend den neuen FDA-Regeln zu optimieren und in dieser Hinsicht unwirtschaftliche durch wirtschaftlichere Leistungen zu ersetzen, soweit diese steuerbar und mit dem jeweiligen Versorgungsauftrag vereinbar sind. Durch eine derartige Substitution werden Leistungssteigerungen zwar möglicherweise vermieden, allerdings kann es insgesamt zu einer Verringerung und Verzerrung des Versorgungsangebots in gewissen Teilbereichen führen. Des Weiteren werden die Krankenhäuser versuchen, anfallende Leistungssteigerungen bzw. auch Substitutionseffekte anhand der vom FDA ausgenommenen Leistungen zu begründen. Hierzu zählt auch die Möglichkeit, krankenhausplanerisch relevante Zentren nach KHSG zu gründen, um den FDA in dieser Form zumindest (teilweise) zu vermeiden. Das Ziel einer Qualitätsverbesserung, um eine wettbewerblich bessere Positionierung zu erreichen, kann dabei allerdings in den Hintergrund geraten.

Je nach Höhe und Dauer des FDA könnten die Krankenhäuser perspektivisch versuchen, ihre Kostenstruktur möglichst variabel zu gestalten. Für den wichtigen Bereich der Personalkosten kann dies durch Outsourcing-, Leasing- oder Personalgestellungsverträge geschehen (Wahlert et al. 2015), in anderen Bereichen beispielsweise über „Pay per use“-Modelle für Sach- bzw. Infrastrukturkosten.

Alternative Mengensteuerungsinstrumente

Wie beschrieben, weist das bestehende Fallpauschalensystem in der Frage der Mengenausweitung zumindest teilweise problematische Anreize für die Krankenhäuser auf. Der FDA kann sie zwar vermindern, jedoch schafft er auch wieder neue Fehlanreize hinsichtlich des Qualitätswettbewerbs und der Optimierung von Krankenhausstrukturen. Alternative Mengensteuerungsinstrumente sollten daher in Erwägung gezogen werden. Beispielsweise sollten nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch die Patienten in die Lösung stärker einbezogen werden. Dies kann erstens durch die finanzielle Beteiligung in Form von Selbstbehalten bei elektiven Leistungen geschehen. Zweitens kann eine bessere bzw. effektivere Ausgestaltung der Patientensteuerung helfen. Hier kann das deutsche Gesundheitssystem z. B. im Bereich der Notfallversorgung vorbildliche Ansätze einer koordinierten und gesteuerten Inanspruchnahme der beteiligten Einrichtungen aus dem Ausland adaptieren (RWI 2018).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Darüber hinaus sollte mehr Wert auf einen Ausbau der Indikationsqualität gelegt werden, wie z.B. das im Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) geregelte, stärkere Recht der Patientinnen und Patienten auf Zweitmeinung. Zwar misst der Gesetzgeber dem Thema Qualität u.a. im KHSG eine zentrale Bedeutung bei, bleibt aber beim Thema der Indikationsqualität hinter den Erwartungen zurück. Daher sollten diesbezüglich geeignete Indikatoren entwickelt werden, mit denen beispielsweise der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) die Indikationsqualität der Krankenhäuser auf effiziente Art und Weise überprüfen kann. Als weitere mögliche Ansätze zur Reduzierung der bestehenden Mengenanreize seien an dieser Stelle die Einführung von populationsbezogenen Versorgungs- und Vergütungsmodellen für Krankenhäuser zu nennen sowie generell sektorenübergreifende Vergütungsmodelle.

5.2 Zentrenbildung nach KHSG

Die Krankenhausstruktur in Deutschland ist in weiten Bereichen kleinteilig, mit einer hohen Standortdichte und einem vergleichsweise geringen Spezialisierungsgrad (Augurzky et al. 2018, RWI 2016b). Es ist empirisch belegt, dass die Etablierung von zertifizierten Zentren, z.B. in der Onkologie, mit zugehörigen Anforderungen an Mindestfallzahlen und strengen Vorgaben bezüglich der Leitlinienentreue zur Steigerung der Versorgungsqualität führt (Beckmann et al. 2011). Zur angemessenen Finanzierung der Zentrenbildung hatten Krankenhäuser, die als Zentren und Schwerpunkte gemäß § 2 Abs. 2 KHEntG „besondere Aufgaben“ erbringen, bisher bereits die Möglichkeit, individuelle Zuschläge zu vereinbaren. Diese Zuschläge sollen dazu dienen, Zentrumsleistungen zu finanzieren, die außerhalb des DRG-Katalogs erbracht werden, z.B. besondere Dokumentationsleistungen für klinische Krebsregister, Zertifizierungen, Koordination der Nachsorge, oder deren Behandlungsmethoden nicht adäquat im DRG-System abgebildet sind. Die Summe der in der GKV gezahlten Zentrumszuschläge stieg von 18 Mio. € im Jahr 2005 auf rund 87 Mio. € in 2014 stetig an.

Mangels bundesweit einheitlicher Regelungen zum Zentrumszuschlag und aufgrund des sehr unterschiedlichen Umgangs mit Zentren in der Krankenhausplanung der Bundesländer wurde die Definition von zuschlagsfähigen Zentrumsleistungen den Vertragspartnern auf der Ortsebene übertragen und oftmals durch

5. Regulierung

Schiedsstellenentscheidungen geregelt. Infolgedessen entwickelte sich ein sehr heterogenes Bild hinsichtlich der regionalen Häufigkeiten und Zentrumsarten in Deutschland (Bockhorst und Wolff 2017). Während in Nordrhein-Westfalen überwiegend Krankenhäuser mit Brustzentren einen Zentrumszuschlag erhielten, waren es in Baden-Württemberg vor allem geriatrische Zentren und in Bayern auch Zentren für die telemedizinische Versorgung von Schlaganfallpatienten. Insgesamt lagen mehr als drei Viertel aller deutschen Zentren in diesen drei Bundesländern. In den Bundesländern Brandenburg, Bremen und Rheinland-Pfalz gab es dagegen überhaupt keine Krankenhäuser mit Zuschlagsbudget für ein Zentrum.²⁸

Eine trägerspezifische Auswertung der Zentrumsverteilung zeigt, dass von den privaten Krankenhäusern nur rund 6% einen Zentrumszuschlag erhielten, während bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern der Anteil mit 24% bzw. 15% deutlich höher liegt. Dies ist zu einem gewissen Teil der unterschiedlichen Größenstruktur der Krankenhäuser nach Trägerschaft geschuldet. Schaubild 43 zeigt die Verteilung der Zentren nach Größenklasse und Trägerschaft, jeweils als Anteil an der Anzahl der entsprechenden Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland. Der Anteil nimmt bei allen Trägerschaften mit steigender Bettenzahl zu. Bei den kleineren Häusern (weniger als 200 Betten) liegt er bei 0,9% (private KH) bis 2,6% (freigemeinnützige KH) und steigt bei den mittelgroßen Krankenhäusern (200-499 Betten) auf 11,5% (öffentliche KH) bis 15,7% (freigemeinnützige KH) an. Die Größenklasse mit mehr als 500 Betten ist mit 146 von den insgesamt 230 Krankenhäusern mit Zentrumszuschlag am stärksten vertreten. Hier liegt der Anteil bei den privaten Trägern mit 46,9% leicht niedriger als bei freigemeinnützigen Krankenhäusern (50,0%) und deutlich niedriger als bei öffentlichen Häusern (59,7%).

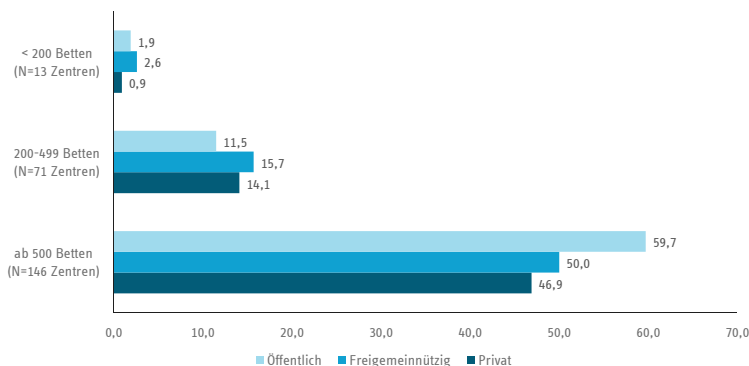
²⁸ Angaben für das Jahr 2014, gemäß AEB-Formularen.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 43

Kliniken mit abgerechneten Zentrumszuschlägen nach Trägerschaft und Größenklasse

2016, Anteil an trägerspezifischer Anzahl der Allgemeinkrankenhäuser in %



Quelle: DKG (2018). – Anmerkung: Auswertung der Zentrumszuschläge nach Abrechnungs-IK auf Basis von Daten nach § 21 KHEntgG.

Da die privaten Träger einen im Durchschnitt höheren Spezialisierungsgrad aufweisen (Augurzky et al. 2018), zeigt diese Auswertung, dass Spezialisierung nicht automatisch mit Zentrumsleistungen gleichzusetzen ist. Möglicherweise fallen manche Spezialisierungsgebiete der Privaten nicht in die zentrumsrelevante Definition. Es wäre zu wünschen, dass sich dies durch die Neuerungen des KHSG ändert.

Folgt man den Vorgaben des KHSG, soll zukünftig die sachgerechte Finanzierung von Zentrumsleistungen außerhalb des DRG-Fallpauschalensystems durch Zuschlagszahlungen sichergestellt und mit bundesweit einheitlich geregelten Rahmenbedingungen versehen werden. Die Neuregelungen durch das KHSG sehen dabei die Ausweisung von Zentren mit einem besonderen Versorgungsauftrag in der Krankenhausplanung der Länder als zwingend erforderlich für den Anspruch auf Zentrumszuschläge vor. Um auf Bundesebene den Zentrumsbegriff einheitlich festzulegen, sollte zunächst die Selbstverwaltung bis zum 31. März 2016 die „besonderen Aufgaben“ nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 konkretisieren. Eine versorgungspolitische Konkretisierung der besonderen Aufgaben bzw. der Kriterien

5. Regulierung

für planungsrelevante Zentren erfolgte dabei im Schiedsstellenspruch vom 8. Dezember 2016.

Da der GKV-Spitzenverband jedoch gemeinsam mit dem PKV-Verband den Vertrag zur Finanzierung von Zentren am 21.9.2017 mit Wirkung zum 31.12.2017 gekündigt hat, muss die Zentrenvergütung und versorgungspolitische Definition von Zentren neu ausgehandelt werden. Für Krankenhäuser hat die landesplanerische Aufnahme als Zentrum weitreichende Implikationen: Sie erhalten dann nicht nur Zuschläge, sondern auch eine Ausnahme vom FDA. Gemäß dem neuen § 4 Absatz 2b im KHEntgG kommt der FDA bei Leistungen von nach § 2 Absatz 2 Satz 4 ausgewiesenen Zentren nicht zur Geltung (Beivers 2016a). Umso wichtiger erscheint eine klare und zeitnahe Definition, die – der Logik des KHSG folgend – allen Krankenhausträgern die gleiche Möglichkeit einräumt, ein krankenhauserplanerisch relevantes Zentrum zu werden.

5.3 DRGs als Hürde der ambulant-stationären Verzahnung

Die Trennung des deutschen Gesundheitssystems in einen ambulanten und stationären Sektor – in der Kapazitätsplanung genauso wie in der Vergütungssystematik – trägt wesentlich dazu bei, dass Effizienzpotenziale auf Systemebene nicht ausreichend realisiert werden können (Beivers und Neubauer 2017). Das DRG-System hat dabei die ambulant-stationäre Verzahnung nicht etwa erleichtert, sondern sogar erschwert. Das gewichtigste Hindernis zur vollständigen Umsetzung der integrierten Versorgung ist die sektorenspezifische Vergütung. Insbesondere die deutlichen Vergütungsunterschiede zwischen der ambulanten, spezialärztlichen Versorgung und der entsprechenden fachärztlichen Krankenhausversorgung vertiefen die Kluft zwischen dem stationären und ambulanten Versorgungsbereich (Neubauer und Beivers 2008, Beivers und Neubauer 2017). Als Folge dessen erfolgt lediglich eine Optimierung der Leistungserstellung innerhalb jedes Sektors. Eine ganzheitliche sektorenübergreifende Optimierung unterbleibt dagegen.

Ein bisher wenig diskutiertes Hemmnis für eine integrierte Patientenversorgung stellt die untere Grenzverweildauer im DRG-System dar. Sie führt dazu, dass bei ihrem Unterschreiten ein Vergütungsabschlag ausgelöst wird. Folglich vermeiden Krankenhäuser, diese Schwelle zu unterschreiten, auch wenn es aus medizini-

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

schen Gründen möglich wäre. So kommt es, dass in Deutschland die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Krankenhaus relativ hoch ist und auch die Krankenhaushäufigkeit deutlich über dem Durchschnitt der OECD Länder liegt (vgl. Augurzky et al. 2018). Außerdem zeigen verschiedene empirische Analysen, dass das deutsche Krankenhauswesen über beachtliche Effizienzreserven aufgrund eines bis dato gering genutzten ambulanten bzw. teilstationären Potenzials aufweist (Sundmacher et al. 2015, Augurzky et al. 2018).

Gleichwohl ist zu beobachten, dass es durch die zunehmende Ambulantisierung der Medizin, aber auch durch den wachsenden Fachkräftemangel, zu einem Zusammenwachen der Sektoren kommt. Diese Entwicklung ambulanter bzw. tagesklinischer Behandlungen ist ein Ergebnis des medizinisch-technischen Fortschritts und wird vor allem in den Ländern verstärkt umgesetzt, in denen weder die Ärzte noch die Krankenhäuser ein besonderes Interesse daran haben, ihre Leistungen vollstationär, d.h. über die Komponente „Bett“ abzurechnen (Neubauer und Beivers 2008). So haben bereits seit den frühen 1990er Jahren viele Gesundheitsökonominnen versucht, das Konzept der DRGs zu erweitern und auch andere Bereiche als den stationären Sektor von Akutkrankenhäusern über dieses System zu vergüten. Wie in Tabelle 8 ersichtlich, findet in den meisten Ländern eine Vergütung über DRGs im stationären Sektor, in der Tagesklinik und im ambulanten Sektor statt.

Beispielsweise existieren in Schweden rund 980 DRGs, wovon aber nur rund zwei Drittel für den stationären Krankensektor vorgesehen sind. Das andere Drittel kommt im ambulanten Bereich und bei Behandlungen in der Tagesklinik zur Anwendung (Czypionka und Kronemann 2015). In den Vereinigten Staaten von Amerika kann man hingegen beobachten, dass vor allem in kleinen ländlichen Krankenhäusern die bettengebundenen Leistungen in den vergangenen Jahren deutlich an Bedeutung verloren haben. Dort ist es an der Tagesordnung, dass bis zu 80% aller Erlöse eines Krankenhauses aus nicht bettengebundenen, sondern aus

5. Regulierung

Tabelle 8

Anteil der Vergütung von Krankenhauskosten durch das jeweilige Fallpauschalensystem in zwölf Ländern Europas im Vergleich

Land	Anteil der Krankenhauskosten, die durch Fallpauschalen vergütet werden	Leistungen, die durch Fallpauschalen vergütet werden		
		Vollstationär	Tagesklinisch	Teilstationär/Ambulant
England	60%	x ^a	x	x
Estland	39%	x	x	x ^b
Finnland	Krankenhausindividuell	x	x	x ^c
Frankreich	80%	x ^a	x	x
Deutschland	80%	x^a	x	
Irland	<80%	x	x	x
Polen	>60%	x	x	
Portugal	80%	x	x	x ^b
Niederlande	84%	x	x	x
Österreich	96%	x	x	x
Spanien	15-20%	x		x ^b
Schweden	Krankenhausindividuell	x	x	x

Quelle: Eigene Darstellung nach Tan et al. (2014). – Anmerkung: ^anur akutstationäre Versorgung. – ^bnur für operative ambulante/teilstationäre Leistungen. – ^cnur in einigen Bezirken.

ambulanten und teilstationären Leistungen erbracht werden. Diese Vergleiche zeigen, dass in Deutschland vermutlich zu viele Patienten vollstationär behandelt werden, obwohl eine ambulante bzw. teilstationäre Behandlung medizinisch möglich wäre (vgl. Sundmacher et al. 2015, Sundmacher und Kraska 2016).

Warum es in deutschen Krankenhäusern bisher jedoch nicht zu der Umsetzung dieses Potenzials kommt, hat zwei Gründe: Erstens ist es für Krankenhäuser finanziell nicht attraktiv, Patienten ambulant zu behandeln, da die Vergütung für ambulante Leistungen über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wesentlich geringer ausfällt als die stationäre DRG-Vergütung. Zweitens müssen Krankenhäuser die ihnen gemäß dem Krankenhausplan zugewiesenen (Betten-)Kapazitäten zur Versorgung der Bevölkerung vorhalten. Eine zumindest teilweise ambulante Substitution der vollstationären Leistungen könnte bei vielen Krankenhäusern eine niedrigere Kapazitätsauslastung verursachen und dadurch zur ökonomischen Tragfähigkeitsgefährdung führen.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Hybrid-DRGs versus teilstationäre DRGs

Im Januar 2016 hat die Techniker Krankenkasse (TK) mit ihrem Positionspapier „Krankenhausversorgung 2020“ die Idee der Hybrid-DRGs ins Spiel gebracht. Gemäß diesem neuen Vergütungsmodell sollen zunächst im operativen Bereich ambulante und stationäre Leistungen gleich vergütet werden. Grundlagen für diese neuen Hybrid-DRGs sollen die regulären DRGs und der EBM sein. In dem derzeit noch laufenden Modellprojekt der TK beteiligen sich acht Thüringer Kliniken sowie niedergelassene Operateure und die Kaufmännische Krankenkasse (KKH). Sie kalkulieren Mischpreise für operative Eingriffe, Begleitleistungen, Nachbehandlung und Qualitätssicherung werden dabei nunmehr gleichgestellt. Das Modellprojekt beschränkt sich zunächst nur auf Kreuzbandverletzungen, Leistenbrüchen, Krampfadern und dem Karpaltunnelsyndrom.

Hauptziel ist, vergleichbare Leistungen und Eingriffe gleich zu bezahlen, unabhängig davon, wie und wo sie erbracht werden. Zentraler Bestandteil des Hybrid-DRG-Modells sind jedoch nicht nur identische Vergütungshöhen, sondern auch identische Qualitätsparameter inklusive gleichartiger Dokumentation und Prüfung. Die Kalkulation soll vom Institut für Entgeltfinanzierung im Krankenhaus (InEK) übernommen werden. Die Hybrid-DRGs wären dann jährlich in einem separaten DRG-Katalog abgebildet. Neben besseren Anreizen für eine effizientere und ressourcenschonendere Behandlung – orientiert an der medizinischen Notwendigkeit und am Bedarf des Patienten – erhofft man sich dadurch auch einen Abbau von Bürokratie. Denn dadurch könnte für diese Leistungen die Abrechnungsprüfung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen entfallen (TK 2016).

Gesundheitsökonomisch weist das Modell in die richtige Richtung. Allerdings wirft das Modell auch eine Reihe von Fragen auf. Die Hybrid-DRGs sollen in ausgewählten Indikationsgebieten die bis dato vollstationären DRGs allesamt substituieren und gleich vergüten, unabhängig davon, ob eine Übernachtung erfolgen muss oder ob die Behandlung ohne interdisziplinäres Setting, d.h. ambulant, erfolgt. Diese Vorgehensweise kann zu einer Risikoselektion des Patientenpools führen, wenn durch die Hybrid-DRG-Klassifikation nicht die jeweils gleiche medizinische Fallschwere sichergestellt wird. Ist darüber hinaus eine Übernachtung z.B.

5. Regulierung

aus sozialmedizinischen Gründen nötig (ggf. von älteren, alleinstehenden Patientinnen und Patienten), sollte diese durch eine zusätzliche Hotelkostenkomponente separat vergütet werden. Ansonsten wäre es für die Leistungserbringer finanziell attraktiver, die leichteren und ambulanten Fälle zu behandeln.

Es bleiben aber noch weitere Punkte ungeklärt: Wie kann bei den Hybrid-DRGs mit der unterschiedlichen Investitionskostenfinanzierung im ambulanten und stationären Sektor (monistisch vs. dualistisch) verfahren werden? Weiterhin ist fraglich, ob sich die Einführung von Hybrid-DRGs nur auf den operativen Bereich beschränken soll, wie im Modellprojekt bis dato vorgesehen. Denn auch bei Fällen aus dem rein diagnostischen Behandlungsspektrum scheint ein ambulantes Potenzial zu bestehen, das durch Hybrid-DRGs gehoben werden könnte, zumal hier keine postoperativen Komplikationen zu erwarten sind. Schließlich ist bei einer Einführung von Hybrid-DRGs zu klären, wie die ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen nach §16b SGB V integriert werden können.

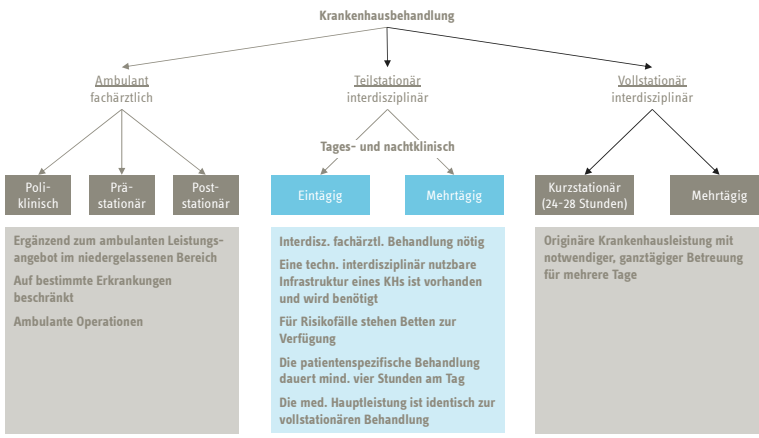
Das Modell der Hybrid-DRGs ist nicht ganz neu. So hat bereits zu Beginn der G-DRG-Einführung Anfang der 2000er Jahre das Münchner Institut für Gesundheitsökonomik zusammen mit der Deutschen Klinik für Diagnostik, dem Land Hessen und verschiedenen Krankenkassen im Rahmen eines Modellprojektes versucht, tages- bzw. teilstationäre Leistungen zu definieren und daraus abgeleitet teilstationäre DRGs kalkuliert (Neubauer und Beivers 2008). Die teilstationäre Versorgung sollte dabei als Brücke zwischen der ambulanten und stationären Krankenhausleistung dienen. Zentraler Bestandteil der Untersuchungen war, eine genaue Leistungs- und Qualitätsbeschreibung teilstationärer Fallpauschalen vorzunehmen.

Der Ansatz der teilstationären Fallpauschalen unterscheidet sich von den Hybrid-DRGs darin, dass man seinerzeit um die Hebung des teilstationären Potenzials bemüht war, welches heute noch vollstationär behandelt wird. Das TK-Modell der Hybrid-DRGs scheint hingegen eher das Ambulantisierungspotenzial ausschöpfen zu wollen. Dabei gilt zu betonen, dass es sich bei teilstationären Leistungen nicht um ambulante Leistungen handelt. Das folgende Schaubild 44 stellt die damals vorgenommene Definition der einzelnen Leistungsbereiche dar.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Schaubild 44

Abgrenzung zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Krankenhausbehandlung



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Neubauer und Beivers (2008).

Ambulante Leistungen sollten – dem damaligen Modell folgend – auch weiterhin ambulant erbracht und vergütet werden. Vergleichbar zum Modell der Hybrid-DRGs wurde damals die Annahme getroffen, dass sich die teilstationäre und vollstationäre Patientenbehandlung am Krankenhaus lediglich durch die Hotelkomponente unterscheiden, jedoch weder in den medizinischen Leistungen noch in der zu erbringenden Qualität (Neubauer und Beivers 2008). Dies war insbesondere vor dem Hintergrund der Abgrenzung teilstationärer von ambulanten Leistungen von grundsätzlicher Bedeutung.

Krankenhäuser haben bis dato jedoch keinerlei Anreiz, das Potenzial der teilstationären Patienten zu heben. Eine Freisetzung dieses Potenzials würde aber nicht nur Einsparungen bei den variablen Kosten eines Krankenhauses ermöglichen²⁹, sondern würde langfristig auch dazu führen, dass die Krankenhäuser ihre Behandlungs- und Betreuungskapazitäten an den neuen Bedarf anpassen könnten.

²⁹ Vor allem Hotelkosten, aber auch Einsparungen im Bereich der Personalkosten, z.B. bei der Besetzung des Nachtdienstes, wenn Patienten am Abend die Klinik verlassen.

5. Regulierung

Dazu wäre eine ergänzende Abrechnungssystematik für teilstationäre Leistungen nötig.

Zwar enthält der aktuelle DRG-Fallpauschalenkatalog 2018 zwei teilstationäre DRGs im Bereich der Peritonealdialyse. Deren geringe Anzahl zeigt aber auf, dass teilstationäre Leistungen bis heute weder in der Versorgung noch im DRG-Katalog wirklich Einzug gefunden haben. Die Untersuchungsergebnisse des Modellprojekts in der Deutschen Klinik für Diagnostik zeigten jedoch, dass teilstationäre Leistungen mit DRGs abbildbar und gruppierbar sind (Neubauer und Beivers 2008, Beivers 2011). Sie könnten einen wichtigen Beitrag dazu liefern, DRGs nicht mehr als ein Hindernis, sondern sogar zur Triebfeder der intersektoralen Zusammenarbeit zu machen. Damit dieses Potenzial genutzt werden kann, bedarf es nicht nur deren Aufnahme in den Fallpauschalenkatalog. Vielmehr sollte die Beteiligung an der teilstationären Versorgung auch für die Krankenhäuser attraktiv sein, weil sie u.a. in ihre Infrastruktur investieren müssen, um dieses innovative Versorgungskonzept umzusetzen. Siehe im Detail dazu auch Neubauer (2005) und Neubauer und Beivers (2008).

5.4 Ordnungspolitische Irrwege des Koalitionsvertrages

SPD und die Unionsparteien haben sich am 7. Februar 2018 auf einen Koalitionsvertrag für die 19. Wahlperiode verständigt. Er trägt den Titel "Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land". Das vierte Kapitel „Gesundheit und Pflege“ umfasst dabei ein Volumen von acht Seiten mit einem Bündel von geplanten Maßnahmen und zeigt damit die relativ große Bedeutung des Gesundheitswesens für die neue Regierungskoalition auf. Das Kapitel unterteilt sich in neun Themenkomplexe, in denen die Koalitionäre ihre Visionen und Reformpläne skizzieren. Einige davon können positive Impulse setzen, um den anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen effektiv zu begegnen. An vielen Stellen bleiben die Vorhaben aber sehr vage und verschieben die Beschlussfindung über das genaue Vorgehen in die Zukunft unter Bezugnahme auf Ergebnisse von einzurichtenden Ausschüssen, Expertenbeiräten und Arbeitsgruppen. Manche Vorhaben wiederum stellen ordnungspolitische Irrwege dar, die im Folgenden kurz behandelt werden sollen:

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

(i) die Finanzierung von Pflegepersonalkosten, (ii) Personaluntergrenzen und (iii) der Pflegemindestlohn.

Als größter ordnungspolitischer Irrweg muss das Vorhaben beurteilt werden, Pflegepersonalkosten künftig unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten und damit die Vergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen einerseits und einer Pflegepersonalkostenvergütung andererseits umzustellen. Dabei sollen die bisherigen DRG-Pauschalen um die Pflegepersonalkosten bereinigt werden. Was die Pflegepersonalkosten angeht, wäre dies als ein Rückfall in das Selbstkostendeckungsprinzip der 1990er Jahre. Deutschland hat 2003 mit viel Mühe und Aufwand ein sehr aufwändiges und fundiert kalkuliertes Fallpauschalensystem schrittweise eingeführt, welches sogar von anderen Ländern adaptiert wurde. Es hat zu einer umfassenden Kostentransparenz geführt, die durch das geplante Vorhaben – je nach Ausgestaltung – wieder verringert werden könnte.

Sollte dieses Vorhaben realisiert werden, wäre darüber hinaus die zu befürwortende Neujustierung der Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe nicht mehr möglich. Denn Krankenhäuser müssten dann sorgfältig darauf achten, dass Pflegekräfte aus Kostengründen klar vom Rest des Betriebs getrennt würden. Auch wäre offen, wozu Sachmittel zur Unterstützung der Pflege wie beispielsweise Robotikassistenzsysteme oder Sensorik gezahlt würden. Das gleiche gilt für Leasingkräfte, um vorübergehende Personalengpässe auffangen zu können (Augurzky 2018), oder neue Berufsbilder wie der Physician Assistant oder Clinical Nurse.

Im Fall von Unklarheit bei der Kostenzuordnung wäre das Krankenhaus diesbezüglich handlungsunfähig und im Status quo gefangen. Letztendlich könnten Prozessinnovationen nicht mehr eigenständig von Krankenhäusern umgesetzt werden, weil zuerst ein Beschluss auf politischer Ebene gefasst werden müsste, in welchen Kostenbereich eine Innovation zu fallen hat: zur „Rest-DRG“ oder zu den Pflegekosten? In letzter Konsequenz treibt die Politik damit einen Keil in die Teamarbeit der medizinischen Dienste. Hinzu kommt, dass bei einer reinen Kostenerstattung der Pflegeaufwendungen im Krankenhaus jeglicher Anreiz zur effizienten Organisation der Pflege entfällt. Je knapper die personellen Ressourcen jedoch werden, desto wichtiger wird die Effizienz, um Rationierung von Leistungen für Patienten und einer damit einhergehenden Zwei-Klassen-Medizin zu vermeiden.

5. Regulierung

Die geplante Einführung von Personaluntergrenzen in der Pflege ist ein zusätzlicher Eingriff in die Autonomie des Krankenhausmanagements. In diesem Zusammenhang gilt es v.a. zu klären, wer genau zur Berufsgruppe der „Pflege“ zählt und wie die unterschiedlichen Qualifikationen zu berücksichtigen sind. Medizinische Fachangestellte, Therapeuten und der medizinisch-technische Dienst – alles für den Klinikbetrieb essentiell wichtige Berufsgruppen – scheinen nicht berücksichtigt worden zu sein.

Statt im Personalbereich derart innovationsfeindliche Regulierungen zu schaffen, sollte vielmehr der Frage nachgegangen werden, weshalb im Pflegebereich überhaupt Handlungsbedarf gesehen wird. Offenbar besteht bei den Koalitionspartnern die Sorge, dass sich zu wenige Pflegekräfte um die große und steigende Zahl an Patienten kümmern und dass Krankenhäuser dem auf sie lastenden Kostendruck damit begegnen, dass sie im Bereich Pflege Kosten einsparen. Zwar ist einerseits die Zahl der Pflegekräfte seit 2008 jedes Jahr gestiegen, bis 2016 insgesamt um 9%. Andererseits ist festzustellen, dass der Anteil der Kosten für die Pflege an den gesamten Personalkosten trotzdem kontinuierlich gesunken ist, während der Anteil für den ärztlichen Dienst im Gegenzug gestiegen ist. Die relevante Frage ist jedoch nicht, wer welchen Kostenanteil hat, sondern ob diese veränderte Ressourcenallokation nachteilige Effekte auf die Versorgungsqualität der Patienten mit sich gebracht hat. Zwar sollte ein Mehr an Pflege für sich genommen die Versorgungsqualität prinzipiell verbessern können. Wenn sie allerdings durch eine Reduktion bei anderen Dienstarten erkaufte wird, ist der Netto-Effekt auf die Versorgungsqualität a priori unklar.

Es ist die ureigene Aufgabe eines Unternehmens, eine unter Qualitätsaspekten optimale Personalallokation unter der Restriktion beschränkter Finanzmittel zu erreichen. In einem regulierten und äußerst komplexen Preissystem wie dem DRG-System kann es jedoch passieren, dass die vorherrschenden Preissignale nicht immer die unter dem Aspekt der Versorgungsqualität richtigen Anreize für Krankenhäuser setzen. Das Preissystem sollte daher um Qualitätsaspekte ergänzt werden. Dabei sollte neben der medizinischen Ergebnisqualität auch Pflegequalität als weitere Zielgröße in Betracht gezogen werden. Denn wenn Sorge besteht, dass die Pflegequalität über die Zeit schlechter geworden ist, dann liegt es nahe,

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

eben genau diese von Krankenhäusern einzufordern. Eine Aufgabe des IQTiG sollte also sein, Indikatoren zur Messung von Pflegequalität zu entwickeln und sie transparent und verständlich für die Öffentlichkeit darzustellen. Sollte die Pflegequalität für die Patienten ein wichtiges Kriterium bei der Wahl eines Krankenhauses sein, schafft dies bei Krankenhäusern den gewünschten Anreiz, die Personalressourcen stärker in Richtung Pflege umzuschichten. Gleichwohl ist nochmals zu betonen, dass bei knappen Mitteln stets Zielkonflikte bestehen. Eine Umschichtung der Ressourcen in Richtung Pflege kann zu einer höheren Pflegequalität führen, kann aber mit Abstrichen bei anderen Ergebnisparametern verbunden sein (Augurzky 2018).

Anknüpfend an dieses Thema und an die bereits beschriebenen Sorgen der Koalitionspartner ist neben einem Sofortprogramm für 8 000 zusätzliche Pflegefachkräfte im Bereich der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen auch eine Ausbildungsoffensive im Koalitionsvertrag angestrebt. So soll der Pflegeberuf für den Nachwuchs attraktiver gemacht werden: Eine bessere, gleichmäßigere Bezahlung durch flächendeckende Tarifverträge und eine Angleichung des Pflegemindestlohns in Ost- und Westdeutschland gilt es demnach umzusetzen. Die Einführung eines flächendeckend einheitlichen Pflegemindestlohns ist aus ökonomischer Sicht kritisch zu sehen. Staatlich administrierte Preise können je nach ihrer Höhe regional zu Über- oder Unterangeboten führen. Ein bundesweit einheitlicher Mindestlohn unterstellt eine homogene Kosten- und Nachfragestruktur über das gesamte Bundesgebiet hinweg (Beivers 2018). Der Arbeitsmarkt gestaltet sich jedoch regional äußerst unterschiedlich.

Hinzu kommt, dass aufgrund der hohen und wachsenden Nachfrage nach Pflegefachkräften der Wettbewerb um die Fachkräfte schärfer wird, sodass zwangsläufig die Löhne steigen werden. Ein Mindestlohn würde höchstens bei Pflegehilfskräften eine Wirkung entfalten. In diesem Fall könnte er sogar dazu führen, dass Hilfskräfte den Anreiz verlieren, sich zu Fachkräften weiterzubilden, was die Knappheit an Fachkräften weiter verschärfen würde. Im Ergebnis kann ein Pflegemindestlohn keinen Beitrag dazu leisten, die Zahl der in der Pflege eingesetzten Pflegefachkräfte zu erhöhen. Der Grund für seine Einführung wäre bestenfalls sozialer

6. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Natur. Allerdings gibt es dafür bereits den allgemeinen Mindestlohn in Deutschland. Sämtliche branchenspezifische Mindestlöhne haben damit ihre soziale Begründung verloren.

Der Koalitionsvertrag enthält jedoch auch Vorhaben, die das Potenzial haben, den anstehenden Herausforderungen effektiv zu begegnen. Dazu zählen u.a. die geplante Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung, die Verlängerung des Strukturfonds um weitere vier Jahre, die gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Krankenhausgesellschaften und KVen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung (Integrierte Notfallzentren) sowie die Einführung der elektronischen Patientenakte. Auch die Überprüfung des Fernbehandlungsverbotes und die Stärkung der Telemedizin sind hier zu erwähnen.

Bahnbrechende Vorhaben sind im Koalitionsvertrag hingegen nicht zu finden. Gerade das Thema der unzureichenden Investitionsfinanzierung hat erneut keinen Eingang in den Koalitionsvertrag gefunden. Obwohl es eine Vielzahl zielgerichteter Weiterentwicklungsoptionen der Investitionsförderung unter Beteiligung des Bundes gibt (RWI 2017), wird lediglich der Strukturfonds aus der letzten Legislaturperiode neu aufgelegt. Detailfragen, die seit Einführung des Krankenhausstrukturgesetzes noch offen sind (z.B. die Zentrenplanung), werden nicht weiter angesprochen. Der Koalitionsvertrag im Bereich Gesundheit und Pflege zeigt, dass sich die Regierungspartner an einigen Punkten schwertaten, wirklich neue Themen anzugehen. Vielmehr werden viele aus der vergangenen Legislaturperiode noch offenen Punkte weiter vertieft und teilweise konkretisiert. Andere Aussagen bleiben indessen vage (Beivers 2018).

6. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

In diesem Abschnitt werden Kennzahlen soweit möglich im Zeitablauf dargestellt. Grundlage dafür bilden die öffentlich zugänglichen Daten des Statistischen Bundesamts. Eine Selektion nach „Versorgungskrankenhäusern“ ist nicht möglich, da diese Stichprobe nicht für alle Jahre verfügbar ist. Infolgedessen fällt die in diesem

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Abschnitt zu Grunde liegende Krankenhausstichprobe etwas größer als in Abschnitt 4. Die Kennzahlen beziehen sich stets auf Allgemeinkrankenhäuser. Rein psychiatrische Kliniken und Universitätskliniken sind nicht enthalten.

6.1 Wirtschaftlichkeit

Kennzahlen zur Wirtschaftlichkeit (Tabelle 9 bis 11) weisen auf eine höhere Rentabilität und Investitionstätigkeit hin. Dies zeigte sich insbesondere schon bei der Analyse der Finanzkennzahlen (Tabellen 2 und 3) in Abschnitt 4.4. Darüber hinaus ist eine höhere Arbeitsproduktivität privater Anbieter zu beobachten, v.a. in Bezug auf Casemix-Punkte je Vollkraft (Tabelle 9). Hier sei darauf hingewiesen, dass im Durchschnitt eine Vollkraft in Krankenhäusern in privater Trägerschaft zwar mehr Umsatz, d.h. mehr Casemix-Punkte generiert, gleichzeitig jedoch kaum mehr Patienten zu betreuen hat. Die höhere Zahl an Casemix-Punkten pro Vollkraft resultiert aus dem im Durchschnitt höheren CMI der privaten Krankenhausträger.

Tabelle 9

Casemix-Punkte je Vollkraft

2016

	Privat	Fgn.	Kommunal
Insgesamt	36,4	27,4	26,3
Ärztlicher Dienst	188,4	152,6	143,2
Nicht-ärztlicher Dienst	45,2	33,4	32,2

Quelle: RWI, WIdO (2018), Statistisches Bundesamt (2017a).

6. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 10
Zahl der Fälle je Vollkraft
 1996 bis 2016

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	28,1	26,2	24,6
2015	27,6	26,2	24,7
2014	27,8	26,3	24,9
2013	27,4	26,0	24,7
2012	27,4	26,2	24,7
2011	27,3	26,2	24,7
2010	26,7	26,0	24,9
2009	26,5	25,9	24,5
2008	26,0	26,0	24,2
2007	25,8	25,7	23,8
2006	24,0	25,2	23,7
2005	24,3	25,1	23,5
2004	24,5	25,0	22,8
2003	25,3	25,3	22,9
2002	25,2	25,3	22,8
2001	23,2	23,9	21,7
2000	23,6	23,8	21,4
1999	23,2	23,1	20,8
1998	22,4	22,5	20,3
1997	21,4	21,6	19,5
1996	20,8	20,8	18,8

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

Tabelle 11
Zahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst
 1996 bis 2016

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	145,1	145,8	134,1
2015	146,3	147,2	136,4
2014	149,5	149,8	139,0
2013	149,1	151,6	140,6
2012	153,8	154,9	142,7
2011	154,7	157,9	145,3
2010	158,3	159,8	150,3
2009	159,5	162,9	150,3
2008	157,9	164,8	150,7
2007	159,6	164,8	150,1
2006	155,3	164,8	152,3
2005	165,0	168,1	154,2
2004	174,2	175,4	156,6
2003	194,3	185,5	167,2
2002	200,2	191,6	171,2
2001	191,8	185,4	165,5
2000	202,1	188,1	166,1
1999	201,9	186,1	164,6
1998	200,6	185,1	162,9
1997	207,2	181,9	162,4
1996	208,1	183,9	160,4

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Tabelle 12

Zahl der Fälle je Vollkraft im Pflegedienst

1996 bis 2016

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	69,3	67,3	65,5
2015	68,5	67,2	65,8
2014	69,2	66,9	66,0
2013	68,0	66,2	65,3
2012	67,0	66,3	65,1
2011	67,0	65,3	64,3
2010	65,6	65,2	64,9
2009	64,9	64,9	64,2
2008	63,8	65,1	63,2
2007	64,0	64,1	61,9
2006	61,4	62,6	60,9
2005	61,0	61,9	60,7
2004	62,0	61,2	58,1
2003	63,0	61,1	57,8
2002	61,9	60,5	56,9
2001	56,4	56,2	53,2
2000	56,5	55,7	52,8
1999	56,7	54,3	51,3
1998	54,2	53,0	50,1
1997	52,2	50,8	48,2
1996	50,0	48,8	46,4

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

Tabelle 13

Zahl der Fälle je Vollkraft im nicht-ärztlichen Dienst

1996 bis 2016

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	34,8	31,9	30,1
2015	34,0	31,9	30,2
2014	34,1	31,8	30,3
2013	33,6	31,5	30,0
2012	33,3	31,6	29,9
2011	33,1	31,4	29,7
2010	32,1	31,0	29,8
2009	31,8	30,8	29,3
2008	31,1	30,9	28,8
2007	30,8	30,5	28,3
2006	28,4	29,8	28,1
2005	28,5	29,5	27,8
2004	28,5	29,2	26,6
2003	29,1	29,3	26,6
2002	28,8	29,2	26,3
2001	26,4	27,4	24,9
2000	26,7	27,2	24,6
1999	26,2	26,3	23,8
1998	25,2	25,6	23,2
1997	23,8	24,5	22,2
1996	23,1	23,4	21,3

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

6. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 14

Zahl der Pflegekräfte je Arzt

1996 bis 2016; in Vollzeitäquivalente

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	2,1	2,2	2,0
2015	2,1	2,2	2,1
2014	2,2	2,2	2,1
2013	2,2	2,3	2,2
2012	2,3	2,3	2,2
2011	2,3	2,4	2,3
2010	2,4	2,5	2,3
2009	2,5	2,5	2,3
2008	2,5	2,5	2,4
2007	2,5	2,6	2,4
2006	2,5	2,6	2,5
2005	2,7	2,7	2,5
2004	2,8	2,9	2,7
2003	3,1	3,0	2,9
2002	3,2	3,2	3,0
2001	3,4	3,3	3,1
2000	3,6	3,4	3,1
1999	3,6	3,4	3,2
1998	3,7	3,5	3,3
1997	4,0	3,6	3,4
1996	4,2	3,8	3,5

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

6.2 Personal

Private weisen einen geringeren Personalkostenanteil auf als andere Krankenhausträger, was sich vermutlich durch eine höhere Fremderbringungsrate (Outsourcing) und damit verbunden einem höheren Sachkostenanteil teilweise erklären lässt (siehe auch Abschnitt 4.2). Jedoch zeigt sich bei Privaten ein höherer Anteil bei den Kosten des ärztlichen Dienstes anteilig an den Bruttokosten als bei den nicht-privaten Trägern (Tabelle 21).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Tabelle 15

Zahl der Vollkräfte insgesamt

1996 bis 2016, in Tsd.

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	109,9	248,6	302,3
2015	107,5	244,9	298,4
2014	107,0	243,7	293,9
2013	105,6	241,8	291,2
2012	105,6	238,9	287,6
2011	101,0	236,2	287,9
2010	98,9	233,8	283,8
2009	95,8	233,2	286,1
2008	91,9	231,4	286,7
2007	89,6	227,2	289,7
2006	88,1	230,0	290,2
2005	78,3	229,8	302,6
2004	70,4	233,3	313,1
2003	60,7	243,6	327,1
2002	54,4	246,7	337,8
2001	52,4	255,7	339,7
2000	47,5	255,7	346,3
1999	46,0	260,8	351,7
1998	44,5	258,2	362,3
1997	39,4	260,9	372,7
1996	41,2	270,2	375,0

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

Tabelle 16

Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst

1996 bis 2016, in Tsd.

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	21,3	44,7	55,5
2015	20,3	43,6	54,1
2014	19,9	42,7	52,6
2013	19,4	41,6	51,2
2012	18,8	40,5	49,8
2011	17,8	39,2	48,9
2010	16,7	38,0	47,0
2009	15,9	37,1	46,7
2008	15,1	36,6	46,1
2007	14,5	35,5	46,0
2006	13,6	35,2	45,2
2005	11,5	34,3	46,2
2004	9,9	33,3	45,5
2003	7,9	33,2	44,9
2002	6,8	32,6	45,0
2001	6,3	32,9	44,5
2000	5,5	32,3	44,6
1999	5,3	32,3	44,5
1998	5,0	31,4	45,1
1997	4,1	30,9	44,8
1996	4,1	30,6	43,9

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

6. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 17

Zahl der Vollkräfte im nicht-ärztlichen Dienst

1996 bis 2016, in Tsd.

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	88,7	203,9	246,8
2015	87,2	201,3	244,2
2014	87,1	201,0	241,3
2013	86,2	200,3	240,0
2012	86,8	198,4	237,9
2011	83,2	197,1	239,0
2010	82,2	195,8	236,8
2009	79,9	196,1	239,4
2008	76,8	194,9	240,7
2007	75,1	191,7	243,8
2006	74,5	194,8	245,0
2005	66,7	195,5	256,4
2004	60,5	200,0	267,6
2003	52,8	210,4	282,2
2002	47,6	214,1	292,8
2001	46,1	222,8	295,2
2000	42,0	223,4	301,7
1999	40,7	228,4	307,3
1998	39,5	226,8	317,2
1997	35,3	229,9	327,8
1996	37,1	239,7	331,1

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

Tabelle 18

Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst

1996 bis 2016, in Tsd.

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	44,5	96,8	113,5
2015	43,3	95,5	112,3
2014	43,0	95,7	110,9
2013	42,5	95,2	110,3
2012	43,1	94,5	109,2
2011	41,1	94,6	110,6
2010	40,2	93,2	108,8
2009	39,2	93,2	109,3
2008	37,4	92,6	109,8
2007	36,1	91,2	111,4
2006	34,4	92,6	113,0
2005	31,2	93,2	117,5
2004	27,8	95,5	122,8
2003	24,4	100,8	129,8
2002	22,1	103,4	135,3
2001	21,6	108,6	138,3
2000	19,8	109,1	140,5
1999	18,9	110,8	142,6
1998	18,4	109,6	146,6
1997	16,1	110,7	150,9
1996	17,1	115,0	151,7

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Tabelle 19

Zahl der Vollkräfte im medizinisch-technischen Dienst

1996 bis 2016, in Tsd.

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	13,9	35,4	45,5
2015	13,8	34,5	44,7
2014	13,8	34,1	43,9
2013	13,6	33,7	43,0
2012	13,6	33,1	42,8
2011	12,8	32,3	42,4
2010	12,6	31,6	40,4
2009	12,2	31,3	40,7
2008	11,7	30,9	40,5
2007	11,4	30,2	40,6
2006	12,6	30,5	39,2
2005	10,8	30,5	41,7
2004	9,5	31,0	42,6
2003	8,0	32,1	44,3
2002	7,1	32,5	45,3
2001	7,2	33,6	45,8
2000	6,5	33,4	46,4
1999	6,2	34,0	46,5
1998	6,0	33,3	47,5
1997	5,3	33,2	48,3
1996	5,5	34,1	48,4

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

Tabelle 20

Anteil der Personalkosten an Bruttokosten

2002 bis 2016, Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	57,3	60,7	60,6
2015	57,1	60,4	60,7
2014	57,0	60,2	60,4
2013	56,5	59,9	60,5
2012	55,9	59,6	60,5
2011	55,0	59,1	60,3
2010	55,3	58,7	60,5
2009	55,2	58,8	60,6
2008	55,5	59,3	60,6
2007	56,4	60,4	61,5
2006	58,2	61,7	63,5
2005	59,2	63,1	64,9
2004	59,8	64,1	65,8
2003	59,9	64,8	66,6
2002	59,3	64,9	66,4

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2005d, 2005e, 2006b, 2007b, 2007c, 2008b, 2009b, 2011c, 2011d, 2013b, 2013c, 2014b, 2015b, 2016b, 2017b). – Anmerkung: Die Bruttokosten entsprechen den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser.

6. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 21

Anteil der Kosten des ärztlichen Dienstes an Bruttokosten

2002 bis 2016; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	21,0	19,5	19,8
2015	20,4	19,4	19,6
2014	19,8	19,2	19,1
2013	19,2	18,7	19,1
2012	18,5	18,3	18,8
2011	17,8	17,7	18,2
2010	17,5	17,2	18,0
2009	17,1	16,8	17,4
2008	16,6	16,5	17,1
2007	16,4	16,3	16,9
2006	15,4	16,1	16,8
2005	15,2	16,2	16,7
2004	14,9	15,9	16,3
2003	14,1	15,5	16,0
2002	13,6	15,2	15,6

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2005d, 2005e, 2006b, 2007b, 2007c, 2008b, 2009b, 2011c, 2011d, 2013b, 2013c, 2014b, 2015b, 2016b, 2017b). – Anmerkung: Die Bruttokosten entsprechen den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser.

Tabelle 22

Anteil der Kosten des Pflegedienstes an Bruttokosten

2002 bis 2016; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	17,8	19,0	18,8
2015	17,9	19,2	19,0
2014	17,7	19,2	19,1
2013	17,9	19,2	19,2
2012	18,1	19,5	19,4
2011	17,9	19,8	19,8
2010	18,1	19,7	20,0
2009	18,3	20,1	20,1
2008	18,5	20,5	20,4
2007	19,0	21,1	21,0
2006	19,5	22,0	22,2
2005	20,5	22,8	22,9
2004	20,7	23,7	23,6
2003	21,5	24,4	24,3
2002	21,7	24,8	24,5

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2005d, 2005e, 2006b, 2007b, 2007c, 2008b, 2009b, 2011c, 2011d, 2013b, 2013c, 2014b, 2015b, 2016b, 2017b). – Anmerkung: Die Bruttokosten entsprechen den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser.

6.3 Medizinische Behandlung

In diesem Abschnitt soll mit weiteren Daten der Frage nachgegangen werden, ob Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern in privater Trägerschaft zu Lasten der medizinischen Betreuung bzw. Qualität geht. Tatsächlich schneiden die Privaten bei

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

der Behandlung von Patienten keinesfalls schlechter ab. Private Krankenhäuser behandeln im Durchschnitt ein älteres und komplexeres Patientengut, was sich in einem höheren CMI widerspiegelt (Schaubilder 26 und 27). Im Vergleich zu anderen Krankenhausträgern lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der medizinischen Behandlung erkennen, beispielsweise beim Anteil der Entbindungen mit Kaiserschnitt (Tabelle 23) oder beim Anteil totgeborener Kinder (Tabelle 24).

Tabelle 23

Anteil von Kaiserschnittentbindungen an allen Entbindungen

1996 bis 2016; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	30,9	29,5	30,3
2015	31,6	30,2	30,6
2014	31,8	30,9	31,6
2013	31,6	31,1	31,7
2012	32,1	30,6	31,6
2011	31,9	30,9	32,3
2010	31,9	30,9	31,9
2009	31,0	30,3	31,2
2008	30,2	29,3	30,2
2007	28,2	28,7	28,9
2006	28,8	27,5	28,5
2005	26,6	26,6	26,8
2004	25,3	25,9	25,7
2003	24,7	24,4	24,8
2002	23,6	23,8	23,4
2001	21,4	22,2	21,4
2000	20,4	20,7	20,6
1999	19,3	19,7	19,5
1998	18,9	19,0	18,6
1997	19,6	18,0	17,6
1996	18,7	17,7	17,0

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

6. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 24

Anteil von Totgeburten an allen Geborenen

1996 bis 2016; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	0,27	0,25	0,28
2015	0,30	0,25	0,29
2014	0,28	0,23	0,28
2013	0,29	0,23	0,27
2012	0,25	0,22	0,29
2011	0,18	0,23	0,31
2010	0,23	0,22	0,30
2009	0,24	0,24	0,29
2008	0,20	0,24	0,31
2007	0,17	0,24	0,29
2006	0,26	0,26	0,29
2005	0,23	0,25	0,31
2004	0,23	0,29	0,31
2003	0,23	0,30	0,33
2002	0,25	0,31	0,37
2001	0,30	0,31	0,37
2000	0,30	0,32	0,36
1999	0,25	0,33	0,40
1998	0,28	0,35	0,38
1997	0,30	0,35	0,39
1996	0,31	0,37	0,41

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

Tabelle 25

Anteil Zahl der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V an allen Fällen

2002 bis 2016; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	11,0	11,2	9,5
2015	11,2	11,5	9,8
2014	10,9	11,6	9,7
2013	10,8	11,3	9,7
2012	10,9	11,2	9,6
2011	11,0	11,3	9,6
2010	11,1	11,6	9,6
2009	11,0	11,3	9,6
2008	11,1	10,8	9,5
2007	10,9	10,2	9,0
2006	9,3	9,4	9,0
2005	8,8	8,2	7,9
2004	8,2	6,8	6,4
2003	6,5	3,9	3,7
2002	5,6	2,8	2,8

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Tabelle 26

Anteil der Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel an Bruttokosten

2002 bis 2016; in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	16,0	14,1	13,7
2015	16,2	14,3	13,6
2014	16,7	14,4	13,8
2013	16,6	14,6	13,7
2012	16,7	15,0	13,9
2011	17,0	14,9	14,0
2010	17,1	14,7	13,5
2009	16,7	14,4	13,2
2008	15,6	14,1	13,3
2007	15,3	13,8	12,8
2006	15,0	13,5	12,5
2005	15,0	13,0	12,2
2004	15,2	12,7	11,8
2003	15,3	12,4	11,6
2002	15,2	12,6	11,8

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2005d, 2005e, 2006b, 2007b, 2007c, 2008b, 2009b, 2011c, 2011d, 2013b, 2013c, 2014b, 2015b, 2016b, 2017b). – Anmerkung: Die Bruttokosten entsprechen den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser.

Tabelle 27

Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel je Casemix-Punkt

2004 bis 2016; in €

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	524	600	596
2015	513	601	586
2014	523	573	571
2013	517	583	561
2012	513	577	559
2011	540	565	549
2010	544	549	521
2009	524	526	504
2008	508	514	503
2007	491	489	478
2006	500	467	454
2005	472	438	430
2004	447	400	405

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2006b, 2007b, 2007c, 2008b, 2009b, 2011c, 2011d, 2013b, 2013c, 2014b, 2015b, 2016b, 2017b), WIdO (2005-2018).

6. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 28

Anteil der Kosten der Arzneimittel an Bruttokosten

2002 bis 2016; in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	2,9	3,4	4,0
2015	3,0	3,4	3,9
2014	3,0	3,5	3,9
2013	3,1	3,5	4,0
2012	3,2	3,4	3,9
2011	3,3	3,4	3,9
2010	3,5	3,6	4,1
2009	3,7	3,7	4,1
2008	3,9	3,7	4,2
2007	4,0	3,9	4,2
2006	4,1	3,8	4,1
2005	4,0	3,7	4,0
2004	4,0	3,6	3,9
2003	4,0	3,6	3,9
2002	4,1	3,7	4,0

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2005d, 2005e, 2006b, 2007b, 2007c, 2008b, 2009b, 2011c, 2011d, 2013b, 2013c, 2014b, 2015b, 2016b, 2017b). – Anmerkung: Die Bruttokosten entsprechen den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser.

Tabelle 29

Kosten der Arzneimittel je Casemix-Punkt

2004 bis 2016; in €

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	95	146	175
2015	95	143	167
2014	93	139	163
2013	96	139	163
2012	97	130	156
2011	105	129	154
2010	111	136	160
2009	115	135	156
2008	127	136	158
2007	127	137	158
2006	135	131	150
2005	127	125	141
2004	118	115	135

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2006b, 2007b, 2007c, 2008b, 2009b, 2011c, 2011d, 2013b, 2013c, 2014b, 2015b, 2016b, 2017b), WIdO (2005-2018).

6.4 Gesellschaftliche Aspekte

Zur Wahrnehmung gesellschaftlicher Aufgaben gehört für Krankenhausträger neben der medizinischen Versorgung der Bevölkerung auch der sparsame Umgang mit öffentlichen Ressourcen, die Erwirtschaftung von öffentlichen Ressourcen durch Steuerzahlungen und schließlich die Ausbildung von Fachkräften. Die Daten zeigen, dass Private deutlich weniger Fördermittel erhalten, jedoch wesentlich

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

mehr Steuern zahlen als andere Krankenhausträger (Tabelle 2). Bei den Ausbildungskosten (Tabelle 30) wiesen die Privaten in der Vergangenheit einen geringeren Anteil an den Bruttokosten auf als die anderen Träger. Er hat sich jedoch stetig erhöht und lag 2013 sogar erstmals über dem Niveau der kommunalen Träger, während er bei den freigemeinnützigen konstant hoch blieb.

Tabelle 30
Anteil der Ausbildungskosten an den Bruttokosten
2002 bis 2016; in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	0,65	0,79	0,66
2015	0,63	0,80	0,66
2014	0,62	0,81	0,63
2013	0,65	0,82	0,61
2012	0,65	0,82	0,65
2011	0,63	0,80	0,64
2010	0,57	0,79	0,64
2009	0,56	0,78	0,68
2008	0,53	0,79	0,67
2007	0,56	0,79	0,64
2006	0,80	1,04	0,98
2005	0,42	0,77	0,73
2004	0,46	0,80	0,70
2003	0,35	0,76	0,73
2002	0,31	0,76	0,72

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2005d, 2005e, 2006b, 2007b, 2007c, 2008b, 2009b, 2011c, 2011d, 2013b, 2013c, 2014b, 2015b, 2016b, 2017b). – Anmerkung: Die Bruttokosten entsprechen den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser.

6.5 Vorhalteleistung

Der Abschnitt 4.5 hat aufgezeigt, dass sich Krankenhäuser in privater Trägerschaft an der Bereitstellung der medizinischen Infrastruktur zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Krankenhausversorgung beteiligen. Die folgende Darstellung der Anzahl von Intensivbetten je 100 Betten (Tabelle 31) und die Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte je 1 000 Betten (Tabelle 32) im Zeitablauf stellen dies noch einmal dar. Schließlich zeigt die höhere Investitionsquote der privaten Klinikbetreiber, dass sie deutlich mehr in die Infrastruktur investieren als andere Träger (Tabelle 3).

6. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 31

Zahl der Intensivbetten je 100 Betten

1996 bis 2016

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	6,3	5,0	5,7
2015	6,4	4,9	5,6
2014	6,3	4,8	5,5
2013	6,1	4,8	5,4
2012	6,0	4,6	5,3
2011	5,8	4,5	5,1
2010	5,6	4,4	5,1
2009	5,5	4,3	5,0
2008	5,1	4,2	4,9
2007	4,8	4,1	4,7
2006	4,9	4,1	4,6
2005	4,6	3,9	4,5
2004	4,4	3,8	4,5
2003	4,2	3,7	4,4
2002	4,0	3,8	4,4
2001	3,7	3,8	4,4
2000	3,5	3,7	4,3
1999	3,4	3,6	4,3
1998	3,3	3,5	4,1
1997	3,3	3,4	4,0
1996	3,2	3,3	3,8

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

Tabelle 32

Zahl medizinisch-technischer Großgeräte je 1 000 Betten

1996 bis 2016

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2016	22,6	20,7	25,4
2015	22,0	21,0	24,8
2014	21,9	20,2	24,6
2013	21,7	19,7	23,9
2012	21,2	19,3	23,4
2011	20,5	18,8	22,4
2010	19,8	18,6	21,8
2009	19,0	17,6	20,7
2008	18,2	16,7	19,9
2007	16,8	16,3	19,2
2006	16,2	15,4	17,9
2005	14,2	14,8	16,9
2004	13,4	14,0	16,1
2003	12,7	12,7	15,3
2002	12,4	12,2	14,3
2001	4,7	4,0	4,8
2000	4,1	3,7	4,5
1999	3,7	3,4	4,0
1998	3,3	3,0	3,7
1997	3,1	2,7	3,3
1996	3,2	2,4	3,0

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (1997, 1998, 2000, 2001a, 2001b, 2003, 2005a, 2005b, 2005c, 2006a, 2007a, 2008a, 2009a, 2011a, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a, 2015a, 2016a, 2017a).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

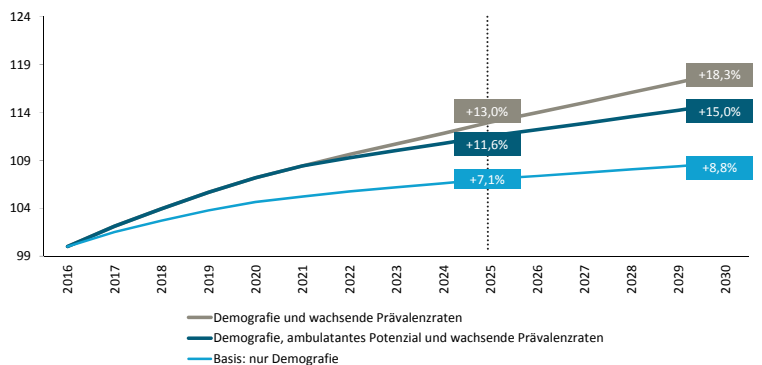
7. Ausblick

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Krankenhausmarkt auch künftig weiter wachsen. Unter Berücksichtigung der erwarteten demografischen Entwicklung, wachsender Prävalenzraten und ambulanten Potenzials rechnet das RWI bundesweit bis 2025 mit etwa 12% mehr stationären Krankenhaufällen als 2016 (Augurzky et al. 2018). Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Zunahme um rund 1,2%. Bis 2030 belief sich die Zunahme insgesamt auf 15%. Bei konstanten Prävalenzraten würde der Anstieg bis 2025 nur 7% bzw. 0,8% p.a. betragen, bis 2030 9% (Schaubild 45). Zukünftig dürfte aber auch die ambulante Leistungserbringung in und am Krankenhaus eine größere Rolle spielen.

Schaubild 45

Projektion der Zahl der Fälle

2016 bis 2030; 2016=100



Quelle: RWI; Augurzky et al. (2018). – Anmerkung: Annahme zu „wachsende Prävalenzraten“: +0,6% p.a. (nicht %-Punkte!). Das ambulante Potenzial wird ab 2022 in den Folgejahren schrittweise realisiert.

Für die Krankenhausträger wird es von entscheidender Bedeutung sein, sich rechtzeitig an Nachfrageveränderungen sowie sich verändernde Rahmenbedingungen mit Hilfe von Investitionen, Prozessoptimierungen sowie Leistungsstrukturanpassungen anzupassen. Dabei werden sich die Akteure im Krankenhausmarkt im kommenden Jahrzehnt besonders mit folgenden Herausforderungen konfrontiert sehen. Um ihnen angemessen entgegenzutreten zu können, ist neben

7. Ausblick

unternehmerischem Geschick und den damit notwendigen unternehmerischen Freiheiten auch Innovationsoffenheit von größter Bedeutung.

Demografie. Die Alterung der Gesellschaft wird Auswirkung auf die Art von Patienten haben, die in Krankenhäusern behandelt werden. Nicht nur, dass die Nachfrage nach Krankenhausleistungen weiter steigen wird, es wird auch mehr chronisch kranke und multimorbide Patienten geben. Die Geriatrie sowie Case Management mit einer effektiven Patientensteuerung werden infolgedessen weiter stark an Bedeutung gewinnen. Gleichzeitig wird die Zahl der jungen Menschen sinken und damit die Zahl der qualifizierten Fachkräfte. Personal wird also knapper und teurer.

Fachkräftemangel. Basierend auf Berechnungen im Krankenhaus Rating Report 2018 (Augurzky et al. 2018) ist davon auszugehen, dass der Personalbedarf im Jahr 2025 insgesamt um 10% höher als 2016 liegen wird. Dabei wird angenommen, dass der Bedarf im nicht-medizinischen Bereich weiter sinkt, sodass er im medizinischen Bereich sogar noch stärker als 10% wachsen würde. Gleichzeitig schrumpft das Erwerbstätigenpotenzial. Der effiziente Einsatz des knapper werdenden Personals, eine Erhöhung der Arbeitsplatzattraktivität, qualifizierte Zuwanderung und arbeitssparender technischer Fortschritt werden daher die Schlüsselthemen sein, um fachkräftebedingte Rationierung von Leistungen zu vermeiden.

Geodemografischer Wandel. In manchen Regionen wird es zu einer Verschärfung, in anderen zu einer Abmilderung der genannten Probleme kommen. In schrumpfenden Regionen wird es immer schwieriger, die hohen Vorhalteleistungen von Krankenhäusern kostendeckend zu finanzieren. Für solche Regionen sind neue Gesundheitsangebote zu schaffen, die einerseits die Kapazitäten zentral und sektorenübergreifend bündeln. Andererseits müssen sie durch mobile Dienste und moderne Technik die Fläche abdecken können, um die Notfallversorgung aufrechterhalten und ältere, weniger mobile Menschen gut versorgen zu können.

Rückgang von öffentlichem Kapital. Um Angebotsstrukturen anpassen zu können, wird aufgrund sinkender öffentlicher Investitionsmittel vermehrt privates Kapital

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

zum Einsatz kommen müssen. Dies wird jedoch nur geschehen, wenn ausreichend unternehmerische Freiheiten vorhanden sind. Dazu ist ein Abbau von regulatorischen Restriktionen im Gesundheitswesen wichtig.

Wachsender Innovationsbedarf. Unternehmerische Gestaltungsfreiheit ist ebenfalls wichtig, um medizinischen und besonders technologischen Innovationen den Zugang zum Gesundheitswesen zu ermöglichen. Die anstehenden gewaltigen Herausforderungen im Gesundheitswesen im Laufe der 2020er-Jahre werden nicht allein dadurch gemeistert werden können, dass die Ablauf- und Aufbauorganisation der einzelnen Leistungserbringer immer weiter optimiert werden. Vielmehr werden dazu auch völlig neue effizienzsteigernde und möglicherweise systemverändernde Innovationen nötig sein. Darunter fallen Themen wie Digitalisierung der Medizin, Telemedizin, künstliche Intelligenz, Robotik und Gendiagnostik, aber auch die Ambulantisierung der Medizin.

Auftreten völlig neuer Akteure. Weltweit tätige Unternehmen mit vornehmlich digitalen Angeboten konnten in den vergangenen zehn Jahren enorme Werte schaffen und althergebrachte Industrien in Windeseile geradezu überflügeln. Viele Branchen, in welche die Digitalisierung Einzug gehalten hat, haben ihr Gesicht schon stark verändert. Das Gesundheitswesen hat sich dem bislang aufgrund seiner enorm hohen Regulierungsdichte und der damit verbundenen Möglichkeit, Besitzstände zu bewahren, entziehen können. Es ist aber aus zwei Gründen unwahrscheinlich, dass dies dauerhaft möglich sein wird. Erstens ändern sich die Präferenzen der Patienten, die Kundenorientiertheit, Transparenz und digitale Angebote aus anderen Lebensbereichen immer mehr gewohnt sind. Zweitens wird der wachsende Finanzierungsdruck im Gesundheitswesen effizienzsteigernden Angeboten langfristig zum Durchbruch verhelfen. Die Frage wird nur sein: Werden diese Angebote von „außen“ kommen, d.h. von Akteuren außerhalb des Gesundheitswesens, oder von agilen Leistungserbringern innerhalb des bestehenden Gesundheitswesens?

Literatur

Augurzky, B., R. Gülker, S. Krolop, Ch.M. Schmidt, H. Schmitz, H. Terkatz, St., (2011), Krankenhaus Rating Report 2011 – Die fetten Jahre sind vorbei. RWI Materialien, Heft 67, Essen.

Augurzky, B., A. Beivers, R. Gülker (2012), Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2012, Rheinisch Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), RWI Materialien, Heft 72, Essen.

Augurzky, B., S. Krolop, C. Hentschker, A. Pilny und C. M. Schmidt (2013), Krankenhaus Rating Report 2013 – Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse. Heidelberg: medhochzwei.

Augurzky, B., S. Krolop, C. Hentschker, A. Pilny und Ch.M. Schmidt (2014), Krankenhaus Rating Report 2014 – Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle. Heidelberg: Medhochzwei.

Augurzky, B., S. Krolop, C. Hentschker, A. Pilny und Ch.M. Schmidt (2015), Krankenhaus Rating Report 2015 – Bad Bank für Krankenhäuser – Krankenhausausstieg vor der Tür? Heidelberg: Medhochzwei.

Augurzky, B., C. Bünnings, S. Dördelmann, W. Greiner, L. Hein, S. Scholz und A. Wübker (2016), Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. RWI Materialien 104. Essen: RWI.

Augurzky, B., S. Krolop, A. Mensen, A. Pilny, C. M. Schmidt und C. Wuckel (2018), Krankenhaus Rating Report 2018: Personal – Krankenhäuser zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Heidelberg: medhochzwei.

Augurzky, B. (2018), Pflege: Das Kind nicht mit dem Bade ausschütten. KU Gesundheitsmanagement, 6/2018, im Erscheinen.

BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2014), Referenzdatei Kreise-Raumordnungsregionen-Regionstypen. Bonn. Internet: www.bbr.bund.de, abgerufen am 18.03.2015.

Beckmann M. W., C. Bruckner, V. Hanf et al. (2011), Qualitätsgesicherte Versorgung in zertifizierten Brustzentren und Optimierung der Behandlung von Patientinnen mit einem Mammakarzinom. *Onkologie* 34: 362-367.

Beivers, A. (2010), Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse, Europäische Hochschulschriften, Frankfurt am Main: Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften.

Beivers, A. (2011), Das teilstationäre Versorgungskonzept zur Sicherung der Flächendeckung, in: Ehrenbaum, K. und W. Hellmann (Hrsg.), *Zukunftssicherung des Krankenhauses im demografischen Wandel*, Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 43-46.

Beivers, A. (2014), Ordnungspolitisches Spannungsfeld der deutschen Krankenhausversorgung am Beispiel der Mengensteuerung, in: Kurscheid, C., Beivers, A. (Hrsg.) *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 134-147.

Beivers, A. (2016a), Vortrag „Zentrenbildung durch das KHSG: Was bleibt und was wird Zentrum?“, G-DRG-Update 2017, 18.11.2016, Darmstadt.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Beivers, A. (2016b), Kommentar zum Orientierungswert: Beschäftigungstherapie für gelangweilte Schiedsstellen, Melsungen: Bibliomed Verlag. Internet: https://www.bibliomedmanager.de/el/news/content/detail/21826097?p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_pos=3&p_p_col_count=7, abgerufen am 12.1.2017.

Beivers, A. (2017), Die krankenhausstrategische Bedeutung des Geomarketings vor dem Hintergrund des Krankenhausstrukturgesetzes, in: Beivers, A., Steidel, G., Haag, G., Wittig, N. (Hrsg.), Geomarketing: Vernetzung im Gesundheitswesen, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 67-80.

Beivers, A. (2018), Statement Koalitionsvertrag: Wer soll die geplanten Maßnahmen im Bereich Gesundheit langfristig bezahlen? kma Online, Stuttgart: Georg Thieme Verlag. Internet: <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/wer-soll-die-geplanten-massnahmen-im-bereich-gesundheit-langfristig-bezahlen-a-36780>.

Beivers, A., Minartz, C. (2011a), G-DRGs als Vergütungssystem der deutschen Krankenhäuser im Jahre 2011. In Hellmann, W., B. Halbe, C. Kurscheid und D. Wichelhaus (Hrsg.) Herausforderung Krankenhaus für ärztliche Neueinsteiger: Orientierungshilfen für ein komplexes Arbeitsfeld, Heidelberg: medhochzwei Verlag, 109-132.

Beivers, A., C. Minartz (2011b), Gesundheit als Wirtschaftsfaktor: Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. In Hellmann, W., R. Schmid, C. Schmitz und D. Wichelhaus (Hrsg.), Managementwissen für Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte: Das Basiswissen zu Betriebswirtschaft, Qualitätsmanagement und Kommunikation. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 199-214.

Beivers, A. und G. Neubauer (2017), Hybrid-DRGs: Die Richtung stimmt. F&w 1 (18): 154-158.

Beivers, A. und L. Waehlert (2017), Steuerung der Mengendynamik nach dem KHS: Implikationen für die Krankenhäuser, in: Da-Cruz, P., Rasche, C., Pfannstiel, M. (Hrsg.), Entrepreneurship im Gesundheitswesen Band III, Berlin: Springer Verlag.

Bockhorst, K. und J. Wolff (2017), Finanzierung von Zentren – Wildwuchs im Lande, f&w 2: 122-124.

Czap, H. und L. Waehlert (2011), Strategic Decision Support System for Healthcare Institutions (SDSSH): Need and Design-Considerations, in: International Transactions on Systems Science and Applications, 7, (1/2): 1-9.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018), Datenauswertung zu zertifizierten Zentren nach § 21 KHEntgG.

FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2018), Krankenhausstatistik, 2006, 2009, 2012, 2015, eigene Berechnungen.

Lüngen, M. und G. Büscher (2012), Mengensteigerungen in der stationären Versorgung: Wo liegt die Ursache?, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2013, Schwerpunktthema Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart: Schattauer Verlag, 83-93.

Mansky, T., U. Nimptsch, C. Winklmair und F. Hellerhoff (2013), German Inpatient Quality

Indicators Version 4.0 Band 3. Erläuterungen und Definitionshandbuch für das Datenjahr 2013. Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin.

Mansky, T., U. Nimptsch, C. Winklmaier und F. Hellerhoff (2016), German Inpatient Quality Indicators Version 5.0 Band 2. Definitionshandbuch für das Datenjahr 2016. Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin.

Mostert, C., G. Leclerque, und F. Friedrich (2012), Eckdaten der Leistungsentwicklung im Krankenhausmarkt 2011, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2013, Schwerpunktthema Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Stuttgart: Schattauer Verlag, 21-43.

Negele, D., R. Ott und U. Wellisch (2018), Erfolg der Privatisierung von Krankenhäusern – Eine Einschätzung aus der Sicht ehemaliger öffentlicher Krankenhausträger. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 23 (1), 43-50.

Nentwig, T. (2016), Vortrag „Können die Strukturvorgaben der zertifizierten Zentren eine Rolle in der qualitätsabhängigen Vergütung spielen?“, Viszeralmedizin 2016 (DGAV, DGVS), 22.09.2016, Hamburg.

Neubauer, G. (2005), Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize: Braucht integrierte Versorgung integrierte Vergütung?, In Klauber, J., Robra, B.-P., Schell-schmidt, H. (Hrsg.), Krankenhausreport 2005, Schwerpunkt: Wege zur Integration, Stuttgart: Schattauer Verlag, 37-54.

Neubauer, G. (2007a), Neuorientierung in der Krankenhausversorgung: Von der Selbstkostendeckung zu Wettbewerbspreisen. In Ulrich, V. und W. Ried (Hrsg.), Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen – Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere Krankenversicherung, Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 365-378.

Neubauer, G. (2007b), Von der staatlichen Angebotsplanung zur wettbewerblichen Nachfragesteuerung, in: Kampe, D. M., Bächstädt, K. H. (Hrsg.), Die Zukunft der Krankenhaus-Finanzierung, kma Reader, Wegscheid: Wikom-Verlag, 56-73.

Neubauer, G. und A. Beivers (2008), Teilstationäre Versorgung – Brücke zwischen ambulanter und vollstationärer Patientenbehandlung, in: Schütze, L. (Hrsg.), Gesellschaftspolitische Kommentare gpk, 46. Jahrgang, Nr. 6, Juni 2008, Berlin, 48-50.

Pilny, A. (2017), Explaining differentials in subsidy levels among hospital ownership types in Germany. Health Economics, 26 (5): 566-581.

Qualitätsberichte (2016), Strukturierte Qualitätsberichte nach § 137 Abs. 3 SGB V aus dem Jahr 2016. Bereitgestellt vom Gemeinsamen Bundesausschuss.

RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) (2012), Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen, Endbericht, RWI Projektbericht Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Essen.

RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) (2016a), Bestimmung des Fixkostenanteils von zusätzlichen Leistungen in der stationären Versorgung, Projektbericht im Auftrag der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V. in Vertretung aller Landeskrankenhausgesellschaften, Essen.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) (2016b), Überblick Krankenhausstrukturen Rheinland-Pfalz und Saarland. Forschungsprojekt im Auftrag der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, IKK Südwest, vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland, Knappschaft (Regionaldirektion Saarbrücken), BKK Landesverband Mitte (Landesvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland) und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. RWI Projektberichte. Essen.

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) (2017), Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. RWI Projektberichte. Essen.

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) (2018), Notfallversorgung in Deutschland. Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, RWI Projektberichte. Essen.

Schreyögg, J., M. Bäuml, J. Krämer, T. Dette, R. Busse und A. Geissler (2014) Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG, Hamburg Center for Health Economics, Hamburg. Internet: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverandlungen/mengensteuerung/Gutachten_zur_Mengenentwicklung.pdf, angerufen am 12.1.2017.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1997), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1996: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1997: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2000), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1998: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2001a), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1999: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2001b), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2000: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2001: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005a), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2002: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005b), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2003: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1. Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005c), Grunddaten der Krankenhäuser 2004: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005d), Kostennachweis der Krankenhäuser 2002: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005e), Kostennachweis der Krankenhäuser 2003: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006a), Grunddaten der Krankenhäuser 2005: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006b), Kostennachweis der Krankenhäuser 2004: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007a), Grunddaten der Krankenhäuser 2006: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007b), Kostennachweis der Krankenhäuser 2005: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007c), Kostennachweis der Krankenhäuser 2006: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008a), Grunddaten der Krankenhäuser 2007: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008b), Kostennachweis der Krankenhäuser 2007: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008c), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2006. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009a), Grunddaten der Krankenhäuser 2008: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009b), Kostennachweis der Krankenhäuser 2008: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2008. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011a), Grunddaten der Krankenhäuser 2009: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011b), Grunddaten der Krankenhäuser 2010: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011c), Kostennachweis der Krankenhäuser 2009: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011d), Kostennachweis der Krankenhäuser 2010: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011e), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2009. Wiesbaden.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012a), Grunddaten der Krankenhäuser 2011: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012b), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2010. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013a), Grunddaten der Krankenhäuser 2012: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013b), Kostennachweis der Krankenhäuser 2011: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2013c), Kostennachweis der Krankenhäuser 2012: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014a), Grunddaten der Krankenhäuser 2013: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014b), Kostennachweis der Krankenhäuser 2013: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2014c), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2012. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015a), Grunddaten der Krankenhäuser 2014: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015b), Kostennachweis der Krankenhäuser 2014: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016a), Grunddaten der Krankenhäuser 2015: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016b), Kostennachweis der Krankenhäuser 2015: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2016c), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2014. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017a), Grunddaten der Krankenhäuser 2016: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017b), Kostennachweis der Krankenhäuser 2016: Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017c), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2015. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2018), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2016. Wiesbaden.
- Sundmacher, L., Fischbach, D., Schuettig, W., Naumann, C., Augustin, U., und Faisst, C. (2015). Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy*, 119 (11): 1415-1423.

Sundmacher, L. und R. Kraska (2016), Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2016, Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus, Stuttgart: Schattauer Verlag, 149-160.

Tan, S. S., A. Geissler, L. Serdén, M. Heurgren, M. van Inevel., W. K. Redekop und L. Hakkaart-van Roijen (2014), DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries. *European Journal of Public Health*, 24 (6): 1023-1028.

Thomas, D., A. Reifferscheid, N. Pomorin, N. und J. Wasem (2014), Instrumente zur Personalbemessung und-finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland (Nr. 204). IBES Diskussionsbeitrag.

TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2014), Qualitätstransparenz im Krankenhaus. TK-Krankenhausbefragung 2014 – Methodik. Hamburg.

TK – Techniker Krankenkasse (2016), Krankenhausversorgung 2020, Position der Techniker Krankenkasse, Januar 2016, Hamburg. Internet: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/668194/Datei/2124/Positionen%20der%20TK%20f%C3%BCr%20Rheinland-Pfalz.pdf>.

TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2017), Daten zur Patientenzufriedenheit aus der Patientenbefragung. Hamburg.

Waehler, L., A. Beivers und T. C. Auhuber (2015), Ordnungspolitische Herausforderungen und Handlungsbedarfe für die Versorgungsstruktur und Vergütung von Krankenhäusern: Ansatzpunkte zur Verknüpfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit, in: Mülheims, L. et al. (Hrsg.), *Handbuch Sozialversicherungswissenschaft*, Wiesbaden: Springer Fachmedien, 455-469.

WlD – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2005), Krankenhaus-Report 2005 Stuttgart: Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de/.

WlD – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2006), Krankenhaus-Report 2006 Stuttgart: Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de/.

WlD – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2007), Krankenhaus-Report 2007 Stuttgart: Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de/.

WlD – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2009), Krankenhaus-Report 2008/2009 Stuttgart: Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de/.

WlD – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2010), Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de, abgerufen im März 2010.

WlD – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2011), Krankenhaus-Report 2011. Stuttgart: Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de, abgerufen im März 2011.

WlD – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2012), Krankenhaus-Report 2012. Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de, abgerufen im Februar 2012.

WlD – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2013), Krankenhaus-Report 2013.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018

Stuttgart: Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de, abgerufen im Januar 2013.

WiDO – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2014), Krankenhaus-Report 2014. Stuttgart: Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de, abgerufen im Februar 2014.

WiDO – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2015), Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de, abgerufen im Februar 2015.

WiDO – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2016), Krankenhaus-Report 2016. Stuttgart: Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de, abgerufen im März 2016.

WiDO – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2017), Krankenhaus-Report 2017. Stuttgart: Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de, abgerufen im März 2017.

WiDO – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2018), Krankenhaus-Report 2018. Stuttgart: Schattauer. Internet: www.krankenhaus-report-online.de, abgerufen im März 2018.

Glossar

BDPK Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

BIP Bruttoinlandsprodukt

Casemix Summe aller Relativgewichte der in einem Krankenhaus erbrachten DRG.

Cash Flow Die einem Betrieb zur Verfügung stehenden Geldmittel. In dieser Studie berechnen wir den Cash Flow als Jahresüberschuss zuzüglich Abschreibungen auf eigenfinanziertes Vermögen.

CMi Casemix Index – Durchschnittliches Relativgewicht eines Krankenhauses oder Fachabteilung: Casemix dividiert durch die Fallzahl.

DKG Deutsche Krankenhausgesellschaft

DRG Diagnosis Related Groups – Leistungshomogene Fallgruppen, denen jeder Fall in Abhängigkeit von Diagnosen und durchgeführten Prozeduren zugerechnet wird. Im Jahr 2012 stehen 1.193 verschiedene DRGs zur Verfügung. Jede DRG hat ein Relativgewicht, welches bundesweit in jedem Krankenhaus gleich hoch ist.

FDZ Forschungsdatenzentrum der der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder

EBITDA Earnings before interest, taxes, depreciation, and amortization – Hier handelt es sich um den Ertrag aus dem operativen Geschäft, d.h. die Erlöse nach Abzug von Personal- und Sachkosten. Es ist eine betriebswirtschaftliche Kennzahl, die relativ gut den Cash Flow eines Unternehmens approximiert.

EBITDA Marge Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs-, außerordentlichem Ergebnis und Abschreibung dividiert durch Erlöse

Eigenkapitalquote Eigenkapital dividiert durch Bilanzsumme

Eigenkapitalquote mit Sonderposten Eigenkapital inklusive Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme

Erlöse Summe aus Umsatzerlöse, Bestandsänderungen, aktivierte Eigenleistungen und sonstige betriebliche Erlöse

FDA Fixkostendegressionsabschlag

Fgn. Freigemeinnützig

GKV Gesetzliche Krankenversicherung

ICD International Statistical Classification of Diseases

IQM Initiative Qualitätsmedizin

IQTiG Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

KHEntgG Krankenhausentgeltgesetz

KHG Krankenhausfinanzierungsgesetz

KHSG Krankenhausstrukturgesetz

Personalkosten Bruttolohn- und Gehaltssumme, soziale Abgaben, Aufwendungen für die Altersversorgung

PsychVVG Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen

Relativgewicht Gewicht einer DRG im Rahmen des Vergütungssystems nach DRG-Fallpauschalen; die Vergütung einer DRG ergibt sich aus der Multiplikation ihres Relativgewichts und des Basisfallwerts.

Sachkosten Materialaufwand (Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, bezogene Waren und Dienstleistungen)

SGB Sozialgesetzbuch

Sonderpostenquote Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme

TK Techniker Krankenkasse

VK Vollkraft

WIdO Wissenschaftliches Institut der AOK