

Boris Augurzky, Andreas Beivers,
Günter Neubauer und Christoph Schwierz

Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Heft 52



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Vorstand:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D. (Präsident),

Prof. Dr. Thomas K. Bauer

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat:

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Henning Osthues-Albrecht, Dr. Rolf Pohlig, Reinhold Schulte
(stellv. Vorsitzende);

Prof. Dr.-Ing. Dieter Ameling, Manfred Breuer, Oliver Burkhard, Dr. Hans
Georg Fabritius, Dr. Thomas Köster, Dr. Wilhelm Koll, Prof. Dr. Walter Krämer,
Dr. Thomas A. Lange, Tillmann Neinhaus, Hermann Rappen, Dr.-Ing. Sandra
Scheermesser

Forschungsbeirat:

Prof. Michael C. Burda, Ph.D., Prof. David Card, Ph.D., Prof. Dr. Clemens Fuest,

Prof. Dr. Justus Haucap, Prof. Dr. Walter Krämer, Prof. Dr. Michael Lechner,

Prof. Dr. Till Requate, Prof. Nina Smith, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI Essen

Heinrich Frommknecht, Prof. Dr. Paul Klemmer †, Dr. Dietmar Kuhnt

RWI : Materialien Heft 52

Herausgeber: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung,
Hohenzollernstraße 1/3, 45128 Essen, Tel. 0201/81 49-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2009

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt, Ph.D.

Redaktionelle Bearbeitung: Joachim Schmidt

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-082-4

RWI : Materialien

Heft 52

Boris Augurzky, Andreas Beivers, Günter Neubauer
und Christoph Schwierz

Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

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

Die vorliegende Arbeit basiert auf dem Projekt „Factbook zur Bedeutung der privaten Krankenhausunternehmen“ für den BDPK – Bundesverband deutscher Privatkliniken e.V.

Prof. Dr. Günter Neubauer ist Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG) München, Andreas Beivers Mitarbeiter des IfG, Dr. Boris Augurzky leitet den Kompetenzbereich „Gesundheit“ im RWI Essen, Christoph Schwierz ist Mitarbeiter des RWI Essen.

Die Autoren danken Rosemarie Gülker, Anette Hermanowski, Lutz Morgenroth, Gabriele Pomorin, Hartmut Schmidt, Joachim Schmidt, Hendrik Schmitz, Daniela Schwindt, Marlies Tapaß und Benedict Zinke für die Unterstützung der Arbeiten.

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-082-4

Inhalt

1.	Hintergrund und Zielsetzung	7
2.	Krankenhausprivatisierung und ihre Gründe	8
2.1	Privatisierung der Krankenhausversorgung.	8
2.2	Staatliche Angebotsplanung und Investitionslenkung	10
2.3	Vorteile der Krankenhäuser in privater Trägerschaft.	11
2.3.1	Erfolgsorientiertes Management und Unternehmensautonomie . . .	12
2.3.2	Wirtschaftlichkeit	13
2.3.3	Positive Ertragskraft	15
2.4	Gewinnorientierung und Sicherstellung der Versorgung.	15
3.	Detailergebnisse.	24
3.1	Wirtschaftlichkeit	25
3.2	Personal	28
3.3	Medizinische Behandlung	30
3.4	Gesellschaftliche Aspekte	32
3.5	Vorhalteleistung.	33
4.	Ordnungspolitischer Rahmen zur Gestaltung einer wettbewerblichen Krankenhausversorgung	34
4.1	Vorrang für Privateigentum	36
4.2	Zulassung von Vertragsfreiheit.	36
4.3	Wettbewerbsaufsicht	36
4.4	Markttransparenz für die Nachfrager	37
4.5	Offener Marktzutritt für Anbieter	37
4.6	Dezentrale wettbewerbliche Preissteuerung	37
4.7	Sozialprinzip statt Solidarprinzip	38
5.	Ausblick: Zukunftsmarkt Krankenhaus	38
Literatur	39

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1:	Zahl der allgemeinen Krankenhäuser, Betten und Fälle nach Trägerschaft	9
Schaubild 2:	Marktanteil privater allgemeiner Krankenhäuser	10
Schaubild 3:	Investitionen der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft	12
Schaubild 4:	Sachkosten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft	13
Schaubild 5:	Personalkosten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft	14
Schaubild 6:	Casemix-Punkte der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft	14
Schaubild 7:	Zahl der Vollzeitkräfte im ärztlichen Dienst	15
Schaubild 8:	EBITDA-Margen der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft	16
Schaubild 9:	Sonderpostenquote der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft	17
Schaubild 10:	Gewinnsteuern der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft	17
Schaubild 11:	Durchschnittsalter der Patienten in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	18
Schaubild 12:	Casemix-Index in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	18
Schaubild 13:	Qualitative Auffälligkeiten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft	20
Schaubild 14:	Zu prüfende allgemeine Krankenhäuser nach Trägerschaft	21
Schaubild 15:	Medizinischer Bedarf der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft	21
Schaubild 16:	Vorgehaltene Intensivbetten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft	22
Schaubild 17:	Medizinisch-technische Großgeräte in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	22

Schaubild 18:	Ländliche allgemeine Krankenhäuser nach Trägerschaft	23
Schaubild 19:	Ländliche allgemeine Krankenhäuser nach Trägerschaft im Zeitablauf	24
Schaubild 20:	Verteilung der Jahresabschlüsse der Krankenhäuser nach Trä- gerschaft	25
Schaubild 21:	Grundprinzipien einer wettbewerblichen und freiheitlichen Steuerung nach Walter Eucken.	35

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Qualitätsindikatoren	19
Tabelle 2:	Casemix-Punkte der allgemeinen Krankenhäuser nach Träger- schaft	25
Tabelle 3:	Zahl der Fälle je Vollkraft insgesamt in allgemeinen Kranken- häusern nach Trägerschaft	26
Tabelle 4:	Zahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	26
Tabelle 5:	Zahl der Fälle je Vollkraft im Pflegedienst in allgemeinen Kran- kenhäusern nach Trägerschaft	26
Tabelle 6:	Zahl der Fälle je Vollkraft im nicht-ärztlichen Dienst (inkl. Pfl- gedienst) in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft . .	27
Tabelle 7:	Zahl der Pflegekräfte je Arzt in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	27
Tabelle 8:	Bilanzdaten allgemeiner Krankenhäuser nach Trägerschaft. . .	27
Tabelle 9:	Zahl der Vollkräfte insgesamt in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	28
Tabelle 10:	Zahl der Vollkräfte im nicht-ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft (incl. Pflegedienst und me- dizinisch-technischem Dienst)	28
Tabelle 11:	Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst in allgemeinen Kranken- häusern nach Trägerschaft	29
Tabelle 12:	Zahl der Vollkräfte im medizinisch-technischen Dienst in all- gemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft.	29

Tabelle 13:	Kosten des ärztlichen Dienstes in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	29
Tabelle 14:	Kosten des Pflegedienstes in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	30
Tabelle 15:	Kosten des medizinisch-technischen Dienstes in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	30
Tabelle 16:	Kosten des Funktionsdienstes in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	30
Tabelle 17:	Zahl der Kaiserschnittentbindungen in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	31
Tabelle 18:	Zahl der Totgeburten in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	31
Tabelle 19:	Zahl der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft.	31
Tabelle 20:	Medizinische Behandlung und Behandlungsqualität in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft.	32
Tabelle 21:	Aufwendungen für Forschung und Lehre in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	32
Tabelle 22:	Zahl der Intensivbetten in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	33
Tabelle 23:	Zahl medizinisch-technischer Großgeräte in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	33
Tabelle 24:	Anteil der allgemeinen Krankenhäuser in ländlichen Gebieten nach Trägerschaft	34
Tabelle 25:	Investitionen in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft	34

Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Die „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens und somit auch des Krankenhausmarktes macht sich seit Beginn der neunziger Jahre verstärkt in der Eigentümerstruktur der Krankenhäuser bemerkbar (Neubauer 1999). Sie äußert sich u.a. in einer Verschiebung der Anteile an der Versorgung aller Krankenhauspatienten von öffentlichen und freigemeinnützigen hin zu privaten Krankenhausträgern. Die Expansion von Krankenhäusern in privater Trägerschaft wird jedoch nicht nur mit Freude, sondern auch mit Skepsis beobachtet.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist eine wissenschaftlich fundierte Bewertung der Krankenhausprivatisierung in Deutschland in Form eines Factbooks. Es soll detaillierte Kennziffern zum Akut-Krankenhausmarkt liefern – insbesondere nach Trägerschaft differenziert – und die Debatte um Privatisierungen versachlichen.

1. Hintergrund und Zielsetzung

Krankenhäuser in privater Trägerschaft werden in der Öffentlichkeit meist dann wahrgenommen, wenn sie ein nicht-privates, meist öffentliches Krankenhaus übernehmen. In der Regel ist dessen wirtschaftliche Lage so angespannt, dass der Träger, häufig eine Kommune, die finanziellen Lasten nicht mehr weiter übernehmen kann oder will und daher den Verkauf des Hauses anstrebt. Ein privater Träger übernimmt das Krankenhaus, um es erstens wirtschaftlich zu sanieren und zweitens damit mittelfristig Gewinne zu erwirtschaften. Daraus ergibt sich unmittelbar die Frage, warum es privaten Unternehmen im Durchschnitt besser gelingt, den Krankenhausbetrieb wirtschaftlich zu führen als nicht-privaten (Neubauer, Beivers 2006).

Hierzu gibt es in der Öffentlichkeit unterschiedliche Auffassungen. Privatisierungsgegner sehen die Quelle des ökonomischen Erfolgs von Krankenhäusern in privater Trägerschaft erstens in einer so genannten Rosinenpickerei (Neubauer et al. 2006), d.h. im gezielten Selektieren des Patientengutes nach ökonomisch profitablen Fachdisziplinen, zweitens in einer niedrigeren Qualität der Leistungserstellung und drittens in der „Ausbeutung“ der Mitarbeiter. Privatisierungsbefürworter hingegen sehen die Quelle des Erfolgs in effizienterer Organisation, kürzeren Entscheidungswegen und dem Fehlen politischer Einflussnahme auf das Management. Das Factbook dient dazu, die Diskussion empirisch zu fundieren und damit zu versachlichen. Basierend auf

verschiedenen Datenquellen werden Kennzahlen zu unterschiedlichen Themenbereichen vorgestellt.

In Abschnitt 2 werden die Krankenhausprivatisierung im Zeitablauf betrachtet und Kennziffern unterschiedlicher Themenbereiche nach Trägerschaft dargestellt. Dabei werden Universitätskliniken separat ausgewertet; ein gemeinsames Auswerten würde die Kennzahlen der übrigen öffentlichen Kliniken stark verzerren. In Abschnitt 3 werden die Ergebnisse sortiert nach den fünf Themenfeldern *Wirtschaftlichkeit*, *Personal*, *gesellschaftliche Aufgaben*, *medizinische Behandlung* sowie *Vorhalteleistung* im Detail vorgestellt. Dem folgt in Abschnitt 4 ein Konzept zur ordnungspolitischen Ausrichtung hin zu einer wettbewerblichen Krankenhausversorgung.

2. Krankenhausprivatisierung und ihre Gründe

2.1 Privatisierung der Krankenhausversorgung

Der Krankenhausmarkt befindet sich in einem erheblichen Wandel: Die Zahl der Krankenhäuser ging von 1991 bis 2007 um 14% zurück. Vergleichbares ist bei der Zahl der Betten (24%) und der Verweildauer (42%) zu beobachten (Statistisches Bundesamt 2008c). Spiegelbildlich dazu ist es zu einem stetigen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle gekommen (18%) – ein deutliches Zeichen einer Effizienzsteigerung und einer gleichzeitigen Erhöhung des Schweregrades. Beschleunigt wurde dies durch die seit 2004 schrittweise eingeführte diagnosebezogene Fallpauschalenvergütung in Krankenhäusern, auch DRG genannt.

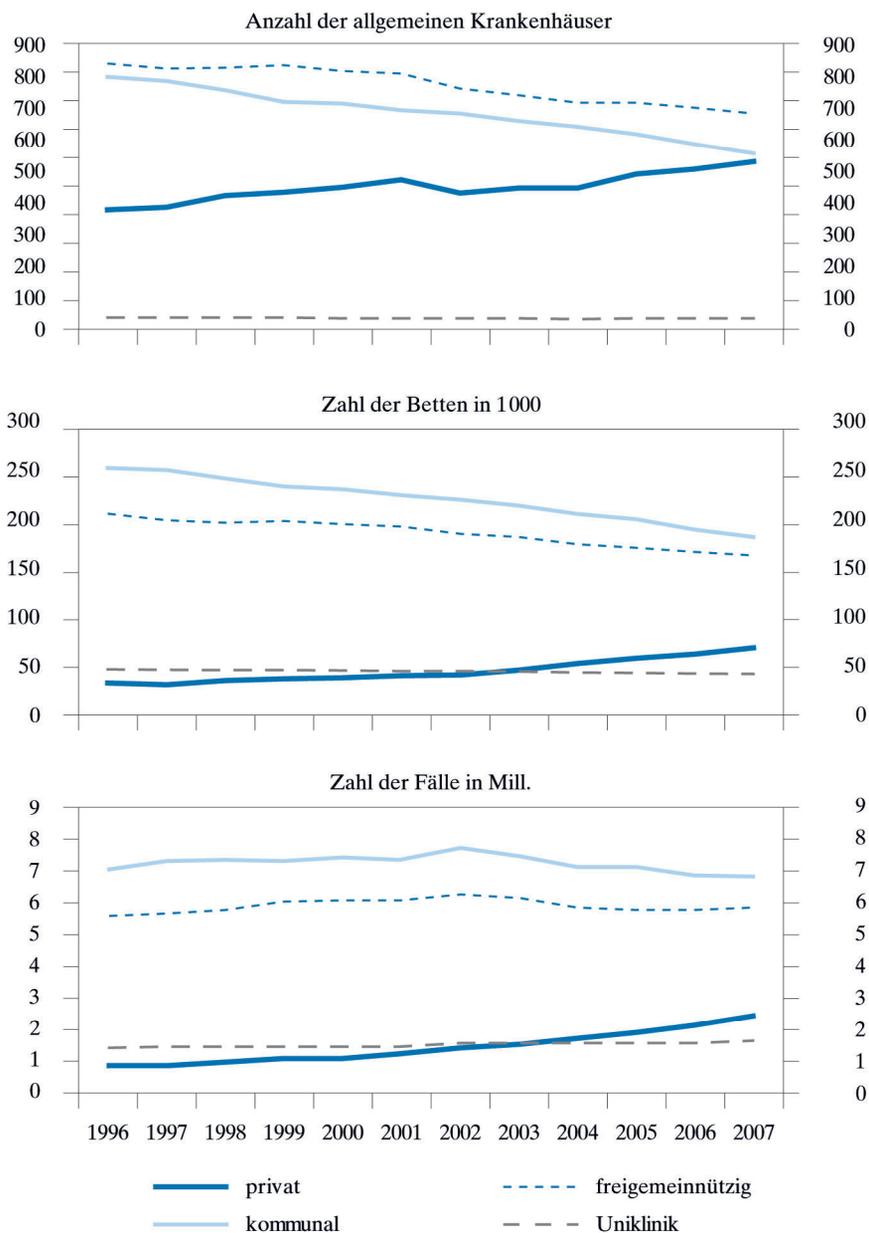
Die „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens und insbesondere des Krankenhausmarkts wird insbesondere an der Veränderung der Eigentümerstruktur der Krankenhäuser deutlich. Die Verschiebung der Anteile an der Versorgung aller Krankenhauspatienten von öffentlichen und freigemeinnützigen hin zu Krankenhäusern in privater Trägerschaft ist Ausdruck des sich verändernden Marktes (Böhlke, Schulten 2008). Die Zahl der öffentlichen (allgemeinen) Krankenhäuser¹ ist von 1996 bis 2007 um 31,3% und die der freigemeinnützigen um 18,8% gesunken, während die Zahl der gewinnorientierten Krankenhäuser in privater Trägerschaft um 40,6% angestiegen ist (Schaubild 1; Statistisches Bundesamt 2008c). Vergleichbares ist bei den Krankenhausbetten und bei der Zahl der Fälle zu beobachten (Schaubild 1).²

Durch diese Zunahme der Zahl der Häuser in privater Trägerschaft belief sich deren Marktanteil im Jahr 2006 auf 27,7% der Zahl der allgemeinen Kranken-

¹ Allgemeine Krankenhäuser sind solche, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten vorgehalten werden. Reine Tages- und Nachtkliniken sind ausgeschlossen.

² Im Bereich der Universitätskliniken ist es – bis auf die Privatisierung von Gießen und Marburg im Jahr 2006 – zu keinem Trägerwechsel gekommen

Schaubild 1

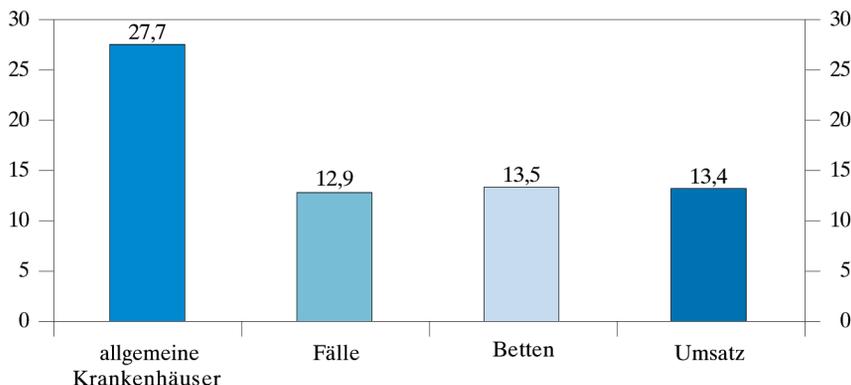
Zahl der allgemeinen Krankenhäuser, Betten und Fälle nach Trägerschaft
 1996 bis 2007


Quelle: Statistisches Bundesamt 2008c; FDZ 2008.

Schaubild 2

Marktanteil privater allgemeiner Krankenhäuser

2006; Anteil an den allgemeinen Krankenhäusern in %



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; RWI Essen.

häuser; gemessen am Umsatz betrug der Anteil rund 13,4% (Schaubild 2). Daraus folgt, dass es sich bei vielen Krankenhäusern in privater Trägerschaft um kleine Einrichtungen handelt. Nicht nur der wachsende Marktanteil privater Krankenhäuser und somit vermehrte Trägerwechsel sind bemerkenswert, sondern auch die Marktkonzentration, d.h. die zunehmende Bedeutung von Zusammenschlüssen von Krankenhäusern. Dabei sind insbesondere die Klinikketten in privater Trägerschaft zu nennen.

Im Folgenden wird erörtert, welche Faktoren die Privatisierung vorantreiben und wo die Vorteile privater Unternehmen liegen – und wo sie nicht liegen. Dabei gilt es auch zu klären, welche Auswirkungen die Privatisierung auf den Krankenhausmarkt und Patienten hat. Zudem ist nach den Perspektiven zu fragen.

2.2 Staatliche Angebotsplanung und Investitionslenkung

Der Krankenhausbereich ist hoch reguliert, wobei der Staat insbesondere seit 1972 durch die Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) das Angebot und die Investitionen der Krankenhäuser regelt. Um die heutigen Probleme der Krankenhausversorgung zu verstehen, ist es hilfreich, sich die Grundzüge der Angebotsplanung und Investitionslenkung vor Augen zu führen. Aufgabe des Staates ist es, für die Bevölkerung eine bedarfsgerechte Versorgung mit stationären Versorgungseinrichtungen sicherzustellen. Um dies zu gewährleisten, erhalten die Bundesländer die Hoheit, die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser in einem so genannten Landeskrankenhausplan

auszuweisen. Diese haben – unabhängig von ihrer Trägerschaft – die Pflicht, gesetzlich Versicherte zu behandeln (Versorgungsauftrag), und das Recht, die erbrachten Leistungen mit den Krankenkassen abzurechnen.

Um die staatlichen Planvorgaben und Planungsziele durch- bzw. umzusetzen, werden die plangemäßen Investitionskosten der Krankenhäuser aus Steuermitteln der Länder gefördert. So greift der Staat über eine Investitionsmittelenkung direkt in die Versorgung ein, um seine Angebotsplanung zu realisieren. Faktisch hat die Angebotsplanung in vielerlei Hinsicht zu Fehlplanungen geführt. Am eindrucksvollsten lässt sich dies am Bettenüberhang erkennen: Während beispielsweise die Niederlande 2005 mit 3,1 Akutbetten je 1 000 Einwohner auskamen, waren es in Deutschland 6,4 Planbetten (DKG 2008).

Im Bereich der Investitionslenkung kommt es durch die teilweise drastische Reduktion der Fördermittel zu einer weiteren Schiefelage (Böhlke und Schulten 2008). Immer mehr Bundesländer verweigern sich dem Gebot des Krankenhausgesetzes (KHG), die betriebswirtschaftlich erforderlichen Investitionsmittel in vollem Umfang zur Verfügung zu stellen. Die Förderung wird von der Haushaltslage bestimmt. Der Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern wird von der DKG bundesweit auf bis zu 50 Mrd. € geschätzt (DKG 2006), vom RWI Essen auf rund 20 Mrd. € (Augurzky et al. 2008). Durch die fehlende Investitionsförderung ist es vielen Krankenhäusern nicht möglich, dringende Rationalisierungsinvestitionen zur Senkung der Betriebskosten zu tätigen.

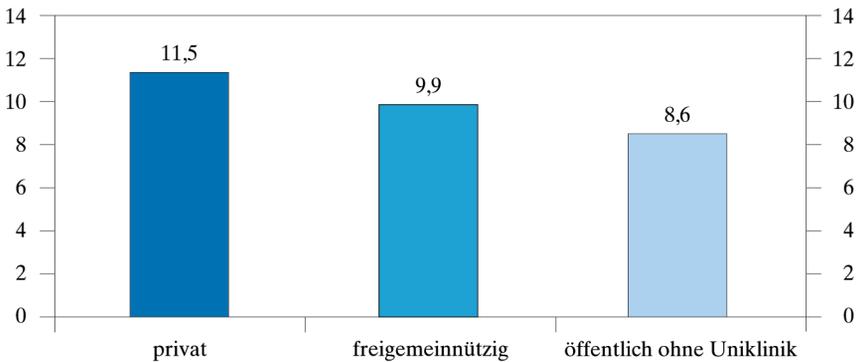
2.3 Vorteile der Krankenhäuser in privater Trägerschaft

In das System der staatlichen Angebotsplanung und Investitionslenkung sind alle Plankrankenhäuser, die öffentlichen, die freigemeinnützigen sowie die privaten eingebunden. So sind auch unter den untersuchten 1 817 allgemeinen Krankenhäusern (öffentlich, freigemeinnützig wie privat) der größte Anteil Plankrankenhäuser (1 549 im Jahr 2006). Die restlichen teilen sich auf Vertragskrankenhäuser sowie sonstige Krankenhäuser auf.

Die zu untersuchenden Krankenhäuser in privater Trägerschaft (insgesamt 504 allgemeine Krankenhäuser in privater Trägerschaft) setzen sich aus 320 Plankrankenhäusern, 72 Vertragskrankenhäusern (Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V) und 112 sonstigen Krankenhäusern zusammen. Vor den dargestellten Hintergründen drängt sich die Frage auf, warum die gewinnorientierten Krankenhäuser in privater Trägerschaft in dem hoch regulierten Krankenhausmarkt Marktanteile gewinnen. Dies ist vor allem deshalb so erstaunlich, weil private Betreiber in der Regel gerade jene Krankenhäuser übernehmen, welche ihre bisherigen Eigentümer oftmals aufgrund mangelnder Wirtschaftlichkeit nicht mehr weiter führen können. Zuvor ist anzumer-

Schaubild 3

Investitionen¹ der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft
2006; in % des Anlagevermögens



Quelle: Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – ¹Anlagevermögen zum Ende des Geschäftsjahres + Abschreibung - Anlagevermögen zum Beginn des Geschäftsjahres. Unternehmensquenzen wurden näherungsweise herausgerechnet.

ken, dass es eine Reihe verschiedener, zum Teil interdependenter Erfolgsfaktoren gibt, von denen hier nur die zentralen genannt werden.

2.3.1 Erfolgsorientiertes Management und Unternehmensautonomie

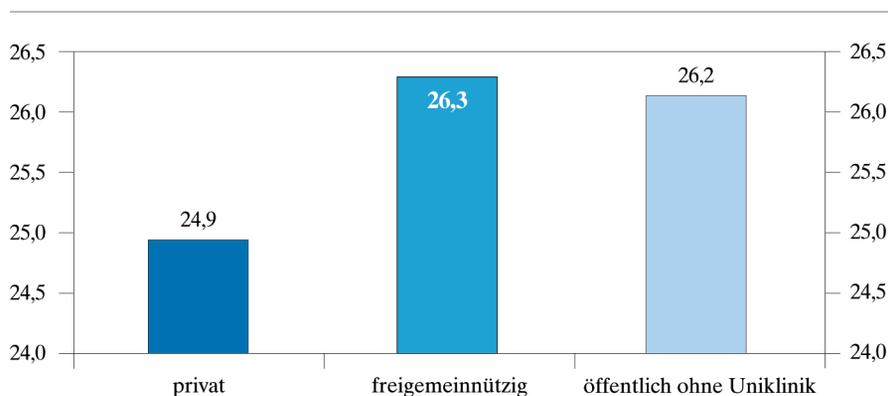
Ein *erfolgsorientiertes Management* dürfte einer der größten Vorteile privater Klinikbetreiber sein. Da die Eigentümer für ihr eingesetztes Kapital eine marktübliche Rendite erwarten, erhöht sich der Druck auf das Management, Effizienzreserven zu heben und sich dadurch bedingten innerbetrieblichen Anpassungserfordernissen zu stellen. Erfolgreiche Manager werden schneller ausgewechselt. Die Vergütung der Mitarbeiter orientiert sich stärker an der Leistung und am betrieblichen Erfolg.

Hinzu kommt eine stärkere *Unternehmensautonomie*. Kommunalpolitische Erwägungen müssen in Krankenhäusern in privater Trägerschaft nicht berücksichtigt werden, sodass betriebswirtschaftliche Optimierungen, darunter auch Rationalisierungen im Personalbereich, einfacher durchzusetzen sind. Darüber hinaus fällt die *Investitionsautonomie* der Krankenhäuser mit privater Trägerschaft größer aus. Insbesondere wenn sie als größere Konzerne börsennotiert sind, können sie sich über Aktienemissionen oder über den Kapitalmarkt leichter Kapital besorgen und damit Investitionen, die mit Hilfe der staatlichen Investitionsförderung nicht mehr erbracht werden, selbständig tätigen. Eine höhere Ertragskraft stärkt außerdem die Innenfinanzierung. Dies führt dazu, dass private im Durchschnitt eine deutlich höhere Investitionsquote aufweisen als andere Krankenhäuser (Schaubild 3).

Schaubild 4

Sachkosten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft

2006; in % des Umsatzes



Quelle: Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

2.3.2 Wirtschaftlichkeit

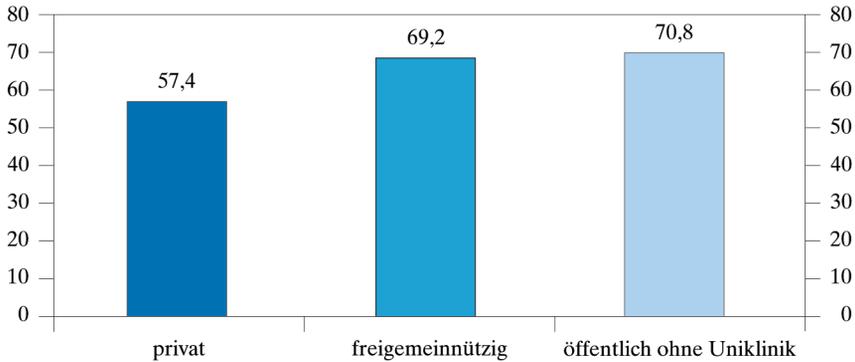
Als Folge fällt die *Wirtschaftlichkeit* der Krankenhäuser in privater Trägerschaft höher aus. Dies zeigt sich bei den Personal- und Sachkosten. Geringere *Sachkosten* erzielen viele Krankenhäuser in privater Trägerschaft oftmals dadurch, dass sie Teil eines größeren Konzerns sind und so über Größenvorteile verfügen. Damit lassen sich z.B. bessere Konditionen mit Zulieferern aushandeln und die Lagerhaltung optimieren. In der Tat fallen die Sachkosten bezogen auf den gesamten Umsatz³ bei den privaten Häusern mit 24,9% am geringsten aus (Schaubild 4).

Auch die *Personalkosten* fallen bei den privaten Anbietern mit 57,4% des Umsatzes deutlich geringer aus (Schaubild 5). Dies resultiert wohl erstens daraus, dass die Krankenhäuser in privater Trägerschaft bevorzugt Haustarifverträge abschließen und nicht an die starren Regeln des TVöD gebunden sind. Dies ermöglicht eine verstärkte leistungs- und erfolgsorientierte Vergütung. Zweitens dürften private Anbieter mehr auf Outsourcing setzen, also Leistungen extern einkaufen statt durch eigenes Personal erstellen zu lassen. Schließlich besteht drittens zum Teil durch eine deutlich effizientere Organisation weniger Personalbedarf. Häufig investieren private Träger nach der Übernahme eines Krankenhauses zunächst in die Bauten, um Abläufe zu optimieren und damit Betriebskosten zu senken.

³ Unter dem „gesamten Umsatz“ sind alle Umsätze des Krankenhausbetriebs zu verstehen, nicht nur Erlöse aus den DRG-Fallpauschalen. Dieser Umsatz findet sich in den Bilanzen nach HGB. Angemerkt sei, dass sog. „sonstiger Ertrag“ mit „sonstigem Aufwand“ verrechnet wird.

Schaubild 5

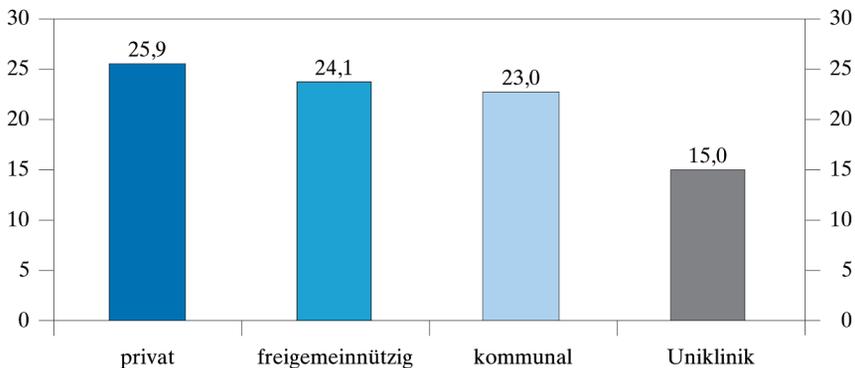
Personalkosten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft
2006; in % des Umsatzes



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a.

Schaubild 6

Casemix-Punkte der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft
2006; je Vollkraft



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a,b; FDZ 2008; WiDo 2007.

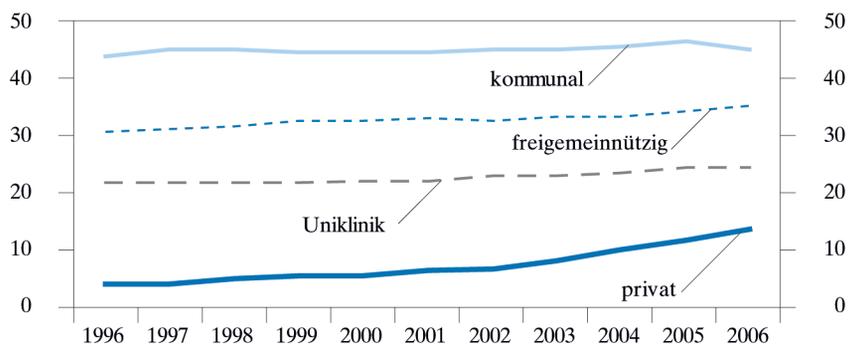
Infolgedessen liegt die durchschnittliche Arbeitsproduktivität bei privaten Anbietern höher (Schaubild 6): 2006 erbrachten die Mitarbeiter dort 25,9 Casemix-Punkte⁴ je Vollkraft und damit deutlich mehr als bei nicht-privaten Einrichtungen. Es ist nicht zu vermuten, dass die höhere Produktivität mit einer höheren Arbeitsbelastung einhergeht. Durch effizientere Abläufe reduziert sich gleichzeitig der Arbeitsbedarf. Kliniken in privater Trägerschaft ten-

⁴ Der Casemix stellt im DRG-System die mit der Behandlungsschwere gewichtete Fallzahl eines Krankenhauses dar. Er misst also das Leistungsvolumen eines Krankenhauses.

Schaubild 7

Zahl der Vollzeitkräfte im ärztlichen Dienst¹

1996 bis 2006; in 1000



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b. – ¹Ohne nicht-hauptamtliche Ärzte.

dieren sogar dazu, die Zahl der Ärzte aufzustocken (Schaubild 7). Die Zahl der Fälle je Arzt sank zwischen 1996 und 2006 im Durchschnitt aller Krankenhäuser um 7,5%, d.h. es wurden entsprechend mehr Ärzte eingesetzt, bei Kliniken in privater Trägerschaft sogar um 25% (Statistisches Bundesamt 2007b).

2.3.3 Positive Ertragskraft

Das Primat der Wirtschaftlichkeit, überdurchschnittliche Investitionen und geringere Kosten führen zu einer beachtlichen Ertragskraft der privaten Anbieter. 2006 lag die EBITDA-Marge⁵ (ohne KHG-Mittel) bei 10,5% des Umsatzes⁶ und damit signifikant höher als bei nicht-privaten Krankenhäusern (Schaubild 8). Universitätskliniken sind mangels ausreichend vieler zugänglicher Geschäftsberichte nicht aufgeführt. Die EBITDA-Marge berücksichtigt keine öffentlichen Fördermittel (KHG-Mittel). Diese erhöhen das EBITDA – für nicht-private stärker als für private, weil letztere in der Regel weniger Fördermittel erhalten oder beantragen.

2.4 Gewinnerorientierung und Sicherstellung der Versorgung

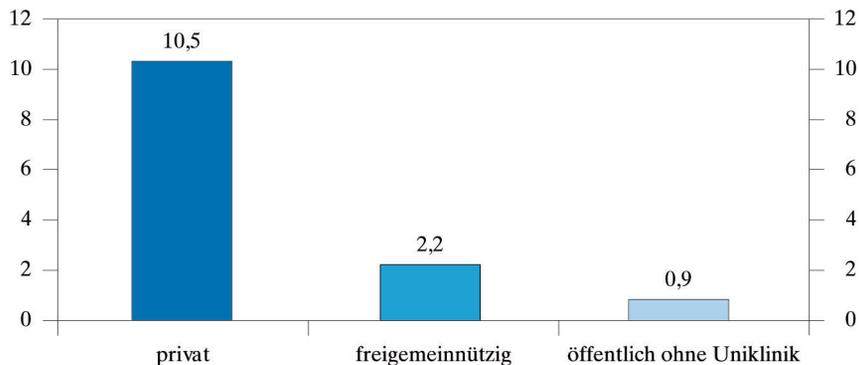
Oftmals bestehen in der Öffentlichkeit Vorbehalte gegenüber Krankenhäusern in privater Trägerschaft, insbesondere wegen ihrer Gewinnerorientierung.

⁵ EBITDA ist die Abkürzung für: earnings before interest, taxes, depreciation and amortization, d.h. Ertrag vor Zinsen, Steuern, Abschreibungen auf Sachanlagen und Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände. Das EBITDA ist eine betriebswirtschaftliche Kennzahl, die häufig relativ gut den Cash-Flow eines Unternehmens approximiert. Die EBITDA-Marge ist das Verhältnis von EBITDA zu Umsatz.

⁶ Nach den vorliegenden HGB-Bilanzen.

Schaubild 8

EBITDA-Margen der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft
2006; in % des Umsatzes



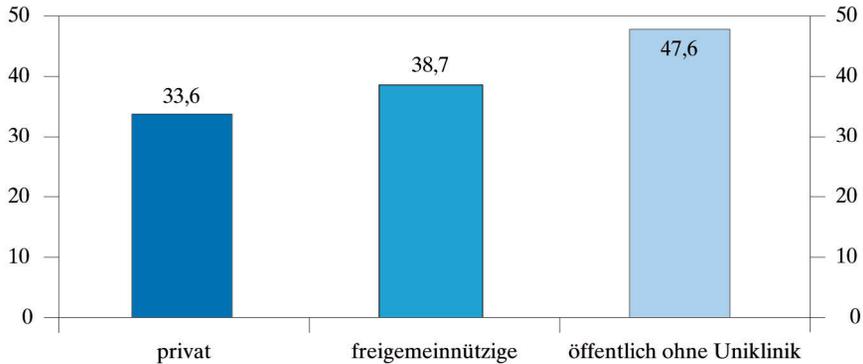
Quelle: Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – EBITDA ohne KHG-Mittel.

Vermutet wird, dass das Gewinnstreben auf Kosten der medizinischen Versorgung der Patienten gehe (Neubauer et al. 2006) oder dass sich private Anbieter vor allem die „Rosinen herauspicken“ und verlustreiche Geschäfte den öffentlichen Wettbewerbern überlassen. Empirische Untersuchungen zeigen indessen, dass diese Befürchtungen nicht zutreffen. Anhand von Kennzahlen werden im Abschnitt 3 die Themenbereiche „*Gesellschaftliche Aufgaben*“, „*Medizinische Behandlung*“ sowie „*Vorhalteleistung*“ betrachtet.

Generell bleibt festzuhalten, dass Krankenhausbetreiber nur dann eine „Ausbeutungsposition“ erzielen könnten, wenn sie Marktmacht erhalten (Neubauer 2005). Tatsächlich aber müssen Krankenhäuser eine vom Staat definierte Versorgungsleistung zu gegebenen Preisen abgeben, d.h. Preise können in einer Monopolsituation vom Krankenhaus nicht erhöht werden. Wettbewerbsvorteile sind nur durch niedrigere Kosten zu erzielen. Denkbar wäre zwar ein Absenken der Qualität zur Reduktion der Kosten. Der Ruf, mangelhafte Qualität anzubieten, könnte ein Unternehmen jedoch durch sinkende Patientennachfrage sehr schnell ruinieren. Gerade die privaten Häuser setzen vielmehr auf Qualitätstransparenz als Marketinginstrument, während in der gesamten Branche eine größere Transparenz vielfach noch gescheut wird.

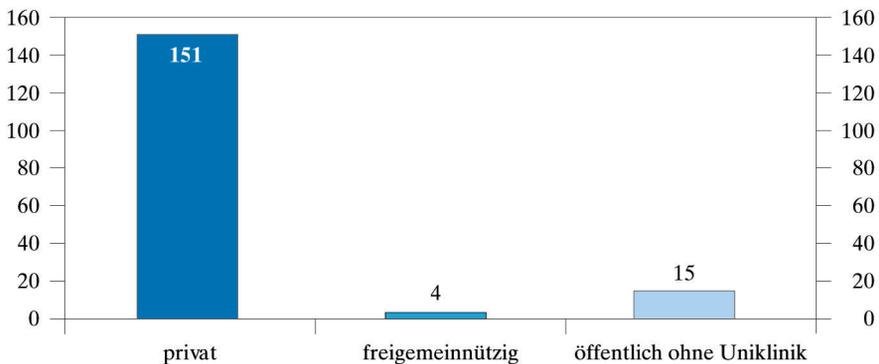
Bei der Inanspruchnahme öffentlicher Ressourcen erhalten Krankenhäuser in privater Trägerschaft im Durchschnitt deutlich weniger staatliche Mittel als andere Träger, sodass sie den Steuerzahler stärker schonen. Ein Vergleich der Sonderpostenquote (Sonderposten/Bilanzsumme; Schaubild 9) verdeutlicht dies. Bei den Sonderposten handelt es sich um kumulierte öffentliche Förder-

Schaubild 9

Sonderpostenquote der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft
 2006; in % der Bilanzsumme


Quelle: Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

Schaubild 10

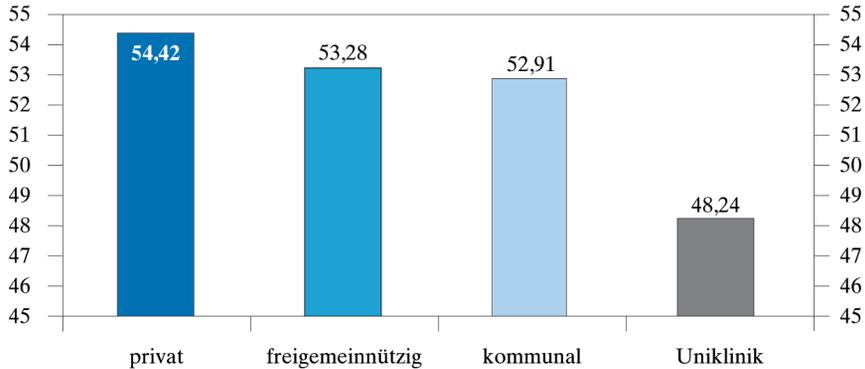
Gewinnsteuern der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft
 2006; in Mill. €


Quelle: Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen.

mittel (nach Abschreibung). Zugleich erzielen die privaten Häuser einen höheren Gewinn und führten 2006 mit (geschätzt) rund 150 Mill. € deutlich mehr Gewinnsteuern ab als alle anderen Träger (Schaubild 10). Damit stellen Krankenhäuser in privater Trägerschaft der Gesellschaft sogar noch Steuermittel zur Verfügung und leisten einen nicht unerheblichen Beitrag zur Finanzierung der öffentlichen Hand.

Schaubild 11

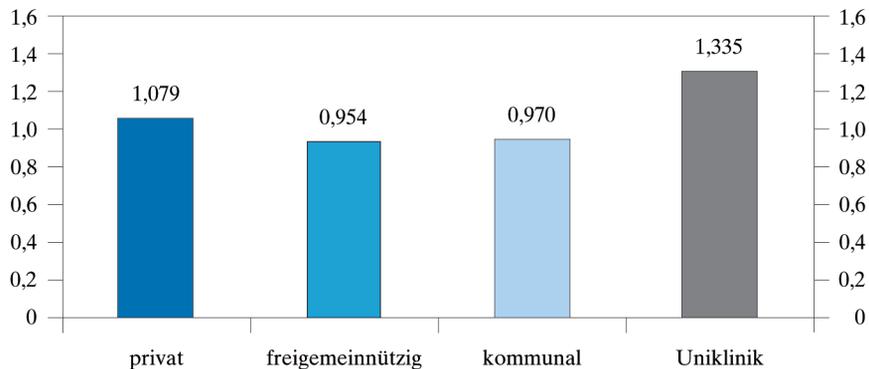
Durchschnittsalter der Patienten in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
2006; in Jahren



Quelle: FDZ 2008.

Schaubild 12

Casemix-Index in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
2006; je Patient



Quelle: WIdO 2007.

In Bezug auf die *medizinische Behandlung* fällt auf, dass das Durchschnittsalter der behandelten Patienten in Kliniken in privater Trägerschaft höher ist und diese wohl auch komplexere Fälle behandeln (Schaubild 11). Dies zeigt sich auch an einem höheren durchschnittlichen Casemix-Index (CMI), der 2006 bei rund 1,08 lag (WIdO 2007) und damit höher war als bei anderen Trägern (Schaubild 12).

Dabei behandeln die privaten Häuser bei geringerem Mitteleinsatz nicht nur die älteren und morbidern Patienten, sondern dies auch bei gleicher Qualität

Tabelle 1

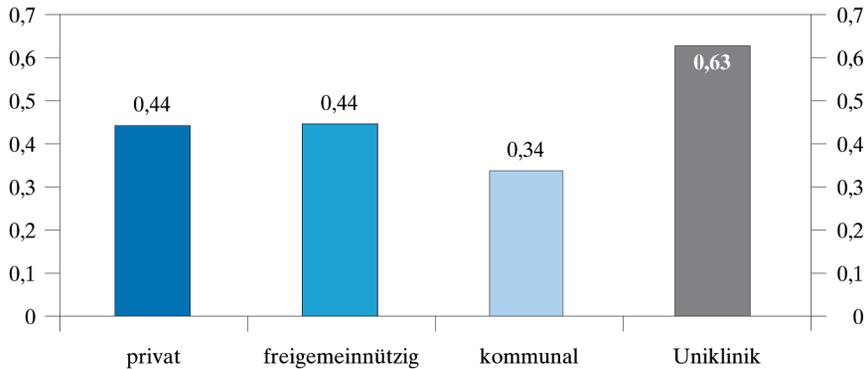
Qualitätsindikatoren

Leistungsbereich	Indikatoren (kurz)	Abkürzung	Qualitätsbereich	Kennzahl-ID
Cholezystektomie	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	Chole1	Prozess	12n1-CHOL/44783
	Erhebung eines histologischen Befundes	Chole2	Prozess	44800/12n1-CHOL
	Reinterventionensrate	Chole3	Ergebnis	44927/12n1-CHOL
Geburtshilfe	Antenatale Kortikosteroidtherapie	Geburt1	Prozess	49523/16n1-GEHBH
	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt	Geburt2	Prozess	68383/16n1-GEHBH
	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen	Geburt3	Prozess	737/16n1-GEHBH
Gynokologie	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	Gyn1	Prozess	47637/15n1-GYN-OP
	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	Gyn1	Prozess	50554/15n1-GYN-OP
Herzschrittmacher-Implantation	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen	Herz1	Ergebnis	11255/09n1-HSM-IMPL
	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof	Herz2	Ergebnis	11264/09n1-HSM-IMPL
	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel	Herz3	Ergebnis	11265/09n1-HSM-IMPL
	Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	Herz4	Indikation	75973/09n1-HSM-IMPL
	Indikationsstellung und Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	Herz5	Indikation	76124/09n1-HSM-IMPL
	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	Herz6	Indikation	9962/09n1-HSM-IMPL
Hüft-Endoprothese	Endoprothesenluxation	Hüfte1	Ergebnis	45013/17n2-HÜFT-TEP
	Reinterventionen wegen Komplikation	Hüfte2	Ergebnis	45059/17n2-HÜFT-TEP
	Postoperative Wundinfektion	Hüfte3	Ergebnis	45108/17n2-HÜFT-TEP
Karotis-Rekonstruktion	Perioperative Schlaganfälle oder Tod; Logistischer Karotis-Score I	Karotis1	Ergebnis	68415/10n2-KAROT
	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	Karotis2	Indikation	9556/10n2-KAROT
	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	Karotis3	Indikation	9559/10n2-KAROT
Knie-Totalendoprothese	Reinterventionen wegen Komplikation	Knie1	Ergebnis	45059/17n5-KNIE-TEP
	Postoperative Wundinfektion	Knie2	Ergebnis	47390/17n5-KNIE-TEP
Koronarchirurgie	Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen	Koronar1	Indikation	43757/21n3-KORO-PCI
	Indikation zur PCI	Koronar2	Indikation	69889/21n3-KORO-PCI
	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	Koronar3	Ergebnis	69891/21n3-KORO-PCI
Mammachirurgie	Postoperatives Präparatröntgen	Mamma1	Prozess	46200/18n1-MAMMA
	Hormonrezeptoranalyse	Mamma2	Prozess	46201/18n1-MAMMA
	Angabe Sicherheitsabstand: bei brusterhaltender Therapie	Mamma3	Prozess	68098/18n1-MAMMA
	Angabe Sicherheitsabstand: bei Mastektomie	Mamma4	Prozess	68100/18n1-MAMMA

Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen. – Quelle: AOK 2007.

Schaubild 13

Qualitative Auffälligkeiten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft
2006; Anteil in %



Quelle: Qualitätsberichte 2006.

wie die nicht-privaten Kliniken. Dies belegen die Untersuchungen des RWI Essen (Augurzky, Schwierz 2008) bzgl. des Anteils zu prüfender Krankenhäuser oder des Anteils der Krankenhäuser mit qualitativen Auffälligkeiten anhand 20 ausgesuchter Indikatoren (Augurzky et al. 2008). Dazu wurde auf die verwendeten Qualitätsdaten der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) aus dem Jahr 2006 zurückgegriffen, die im Rahmen der Krankenhaus-Qualitätsberichte 2006 veröffentlicht wurden.

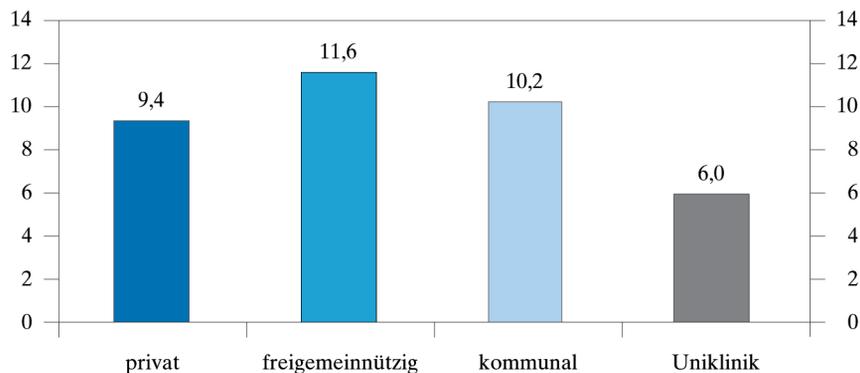
Den Qualitätsberichten wurden alle zur Verfügung gestellten und als uneingeschränkt zur Veröffentlichung und zum Vergleich geeigneten Qualitätsindikatoren aus zehn Leistungsbereichen entnommen (Tabelle 1). Insgesamt sind dies 29 Einzelindikatoren basierend auf über 2 Mill. Patientenfällen aus mehr als 1 300 Krankenhäusern. Jedem Indikator liegen durch das BQS wissenschaftlich basierte Zielgrößen zugrunde. Die 29 Indikatoren können auf verschiedene Weise verwendet werden: jeweils einzeln, zusammengefasst zu drei Kategorien (Prozess-, Indikations- und Ergebnisqualität) oder zusammengefasst zu einer Kategorie. Die Unterschreitung der definierten Qualitätsziele durch ein Krankenhaus kann zu einem strukturierten Dialog führen, in dem das Krankenhaus qualitativ bewertet wird. Vereinfacht gesagt, führt die Bewertung letztlich zur Einstufung in eine der drei Kategorien:

- Kategorie 1: qualitativ unauffällig,
- Kategorie 2: qualitativ unauffällig, aber mit verpflichtender nochmaliger Kontrolle im Folgejahr, oder
- Kategorie 3: qualitativ auffällig.

Schaubild 14

Zu prüfende allgemeine Krankenhäuser nach Trägerschaft

2006; Anteil in %

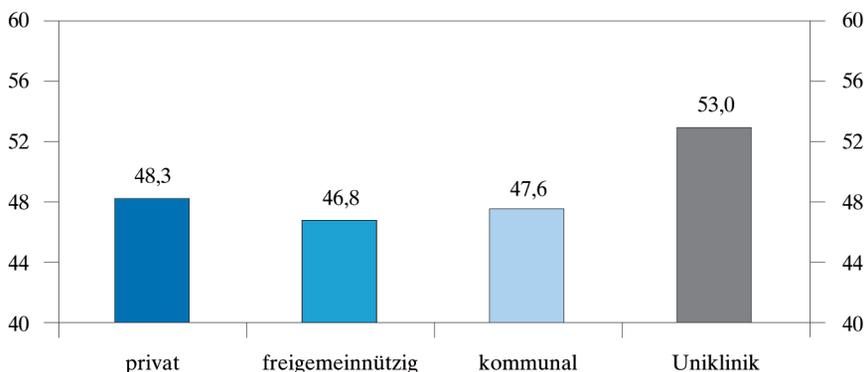


Quelle: Qualitätsberichte 2006.

Schaubild 15

Medizinischer Bedarf der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft

2006; Anteil an den Sachkosten in %

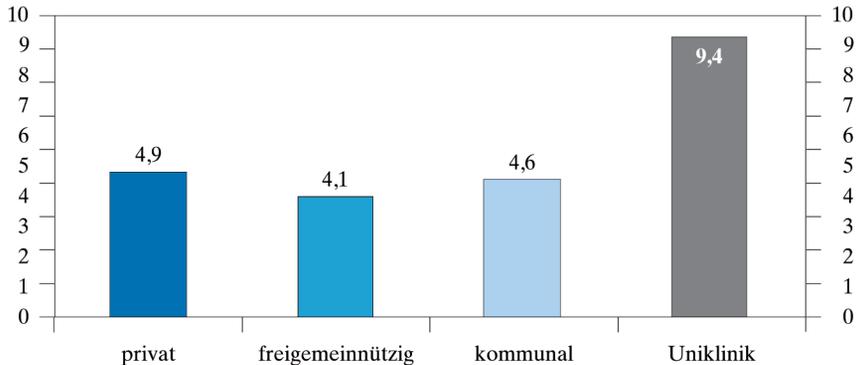


Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b.

Nach der Bewertung durch den „strukturierten Dialog“ fällt die Qualität für die hier betrachteten Indikatoren im Durchschnitt gut aus. Der Anteil von Häusern mit qualitativen Auffälligkeiten (Kategorie 3; Schaubild 13) liegt je nach Indikator meist unter 0,5% und nur selten über 1 bis 2%. Hingegen ist die Zahl von Häusern der Kategorie 2 mit rund 10% weit höher (Schaubild 14). Bei diesen Häusern könnten in Zukunft qualitative Auffälligkeiten eher auftreten als bei Häusern der Kategorie 1, die als qualitativ unauffällig

Schaubild 16

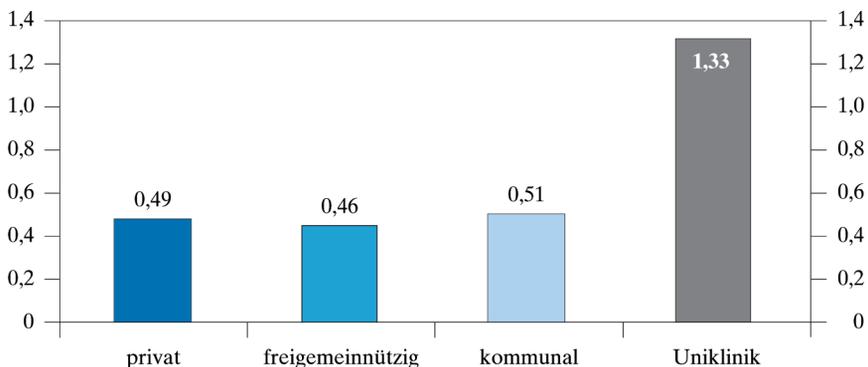
Vorgehaltene Intensivbetten der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft
2006; je 100 normale Betten



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b.

Schaubild 17

Medizinisch-technische Großgeräte in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
2006; je 1 000 Fälle



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a.

eingestuft wurden. Allerdings können bei Häusern der Kategorie 2 auch nur einfache Dokumentationsschwierigkeiten vorliegen.

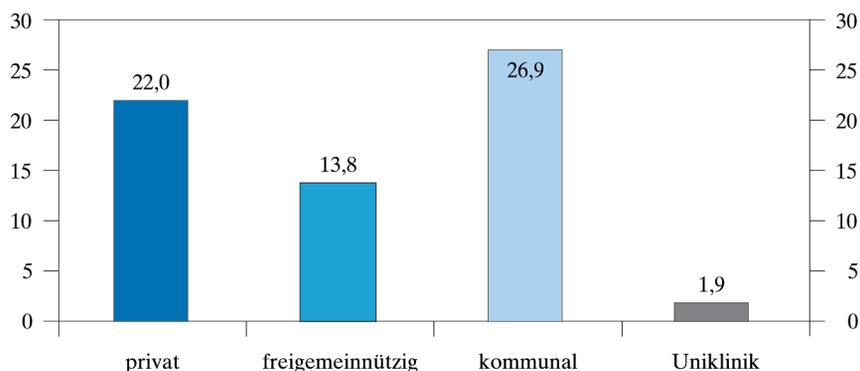
Schließlich belegen die Ausgaben für den *medizinischen Bedarf* als Anteil der Sachkosten, dass die Krankenhäuser in privater Trägerschaft nicht weniger für medizinischen Bedarf ausgeben als andere (Schaubild 15).

Weiterer Klärungsbedarf besteht, inwiefern sich private Unternehmen unter dem Primat der Ökonomie an der Sicherstellung der flächendeckenden Ver-

Schaubild 18

Ländliche allgemeine Krankenhäuser nach Trägerschaft

2006; Anteil in %



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008b.

sorgung beteiligen. Oftmals wird ihnen vorgeworfen, sie würden eine gezielte Wahl bei der Übernahme von Krankenhäusern betreiben und sich durch ihre starke Spezialisierung weniger an der generellen Vorhaltung der benötigten Kapazitäten beteiligen (Neubauer, Beivers 2008b).

Dieses Argument ist bereits insofern als kritisch zu bewerten, als alle Krankenhäuser in privater Trägerschaft mit Planbetten (d.h. die 320 Plankrankenhäuser und die 72 Krankenhäuser in privater Trägerschaft mit einem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V) einen staatlichen Versorgungsauftrag erfüllen müssen. Dieser zwingt sie, eine ganztägige Versorgung an sieben Tagen in der Woche gemäß ihrer im Krankenhausplan ausgewiesenen Kapazität sicherzustellen. Die empirischen Ergebnisse ergeben hierzu ein eindeutiges Bild. Bei der Zahl der vorgehaltenen Intensivbetten je 100 normale Betten (Schaubild 16) oder die Zahl der medizinisch-technischen Großgeräte je 1 000 Fälle (Schaubild 17) schneiden die privaten Häuser mindestens genauso gut – wenn nicht sogar ein wenig besser – ab. Bezieht man die Großgeräte auf die Betten ergibt sich dasselbe Bild.

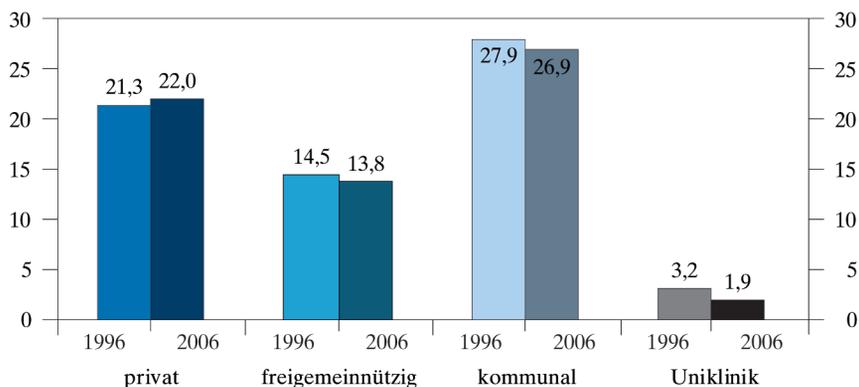
In Bezug auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung ist der Anteil ländlicher Krankenhäuser⁷ bei privaten Trägern höher als beispielsweise bei freigemeinnützigen (Schaubild 18). Dies spricht eindeutig gegen die These, dass Privatunternehmen hauptsächlich Krankenhäuser in städtischen Lagen kaufen und damit ein „Rosinenpicken“ betreiben. Vielmehr kann ein kommunaler Träger aufgrund mangelnder Wirtschaftlichkeit oftmals ein (ländliches) Krankenhaus nicht mehr länger betreiben. Dieses kann an einen

⁷ Ländlichkeit: Anteil der Einwohner in Gemeinden mit einer Bevölkerungsdichte < 150 E/km².

Schaubild 19

Ländliche allgemeine Krankenhäuser nach Trägerschaft im Zeitablauf

1996 und 2006; Anteil in %



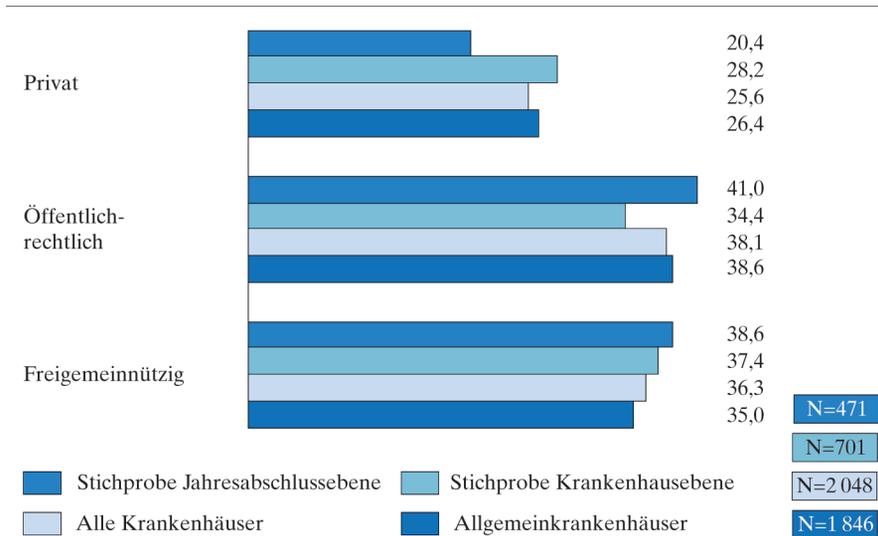
Quelle: Statistisches Bundesamt 2008b.

privaten Anbieter verkauft werden, der nach einer Sanierung den Betrieb und damit die medizinische Versorgung fortführt. Zwischen 1996 und 2006 nahm der Anteil ländlicher Häuser in privater Trägerschaft sogar leicht zu, während er bei allen anderen abnahm (Schaubild 19). Offenbar haben Krankenhäuser in privater Trägerschaft in den vergangenen Jahren ihr Engagement in ländlichen Regionen durch Zukäufe leicht erhöht. Sie leisten damit auch einen entscheidenden Beitrag zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung. Ein Grund dafür könnte sein, dass in den vergangenen zehn Jahren vor allem ländliche kommunale Krankenhäuser zum Verkauf standen. Dies hat sich in den vergangenen fünf Jahren gewandelt. Derzeit ist es jedoch immer noch so, dass nur die Kommunen, nicht die privaten Krankenhäuser zum Verkauf anbieten. Dabei werden die kommunalen Häuser wohl durch private Träger übernommen.

3. Detailergebnisse

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse detailliert und soweit möglich im Zeitablauf beschrieben. Grundlage bilden Daten des Statistischen Bundesamts und Jahresabschlüsse von Krankenhäusern. Das Statistische Bundesamt liefert auf einer jährlichen Totalerhebung mit Auskunftspflicht basierende aggregierte Daten zum Leistungs- und Kostengeschehen im akutstationären Sektor. Genutzt werden *Grunddaten* zum stationären Leistungsgeschehen von 1996 bis 2006 (Statistisches Bundesamt 2008c). Auf der Kostenseite liefert der *Kostennachweis* der Krankenhäuser vergleichbare Daten der Personal- und Sachmittelkosten für 2002 bis 2006 (Statistisches Bundesamt 2007a).

Schaubild 20

Verteilung der Jahresabschlüsse der Krankenhäuser nach Trägerschaft
 2006; in %


Quelle: ADMED, HCB, RWI Essen 2007.

Ferner wird auf eine Stichprobe von 471 Jahresabschlüssen von Krankenhäusern zurückgegriffen. Da Jahresabschlüsse für Klinikketten mehrere einzelne Krankenhäuser umfassen, beinhaltet diese Stichprobe insgesamt 701 Krankenhäuser (Augurzky et al. 2008). Für diese Einrichtungen liegen insgesamt 1 448 Jahresabschlüsse aus den Jahren 2001 bis 2006 vor. Die Trägerstruktur wird durch die vorliegenden Jahresabschlüsse gut abgebildet (Schaubild 20).

3.1 Wirtschaftlichkeit

Kennzahlen zur Wirtschaftlichkeit (Tabelle 2 bis 8) weisen auf eine höhere Arbeits- bzw. Beschäftigtenproduktivität privater Anbieter hin. Dies zeigt sich bei der Betrachtung der Finanzkennzahlen und bei den Casemix-Punkten

Tabelle 2
Casemix-Punkte der allgemeinen Krankenhäuser nach Trägerschaft
 2006; je Vollkraft

Casemix-Punkte	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
Ärztlicher Dienst	167,5	157,3	147,7	84,7
Pflegedienst	66,2	59,7	59,1	57,4
Nicht-ärztlicher Dienst inkl. Pflegedienst	30,6	28,4	27,3	18,5

Quelle: WiDO Krankenhausreport 2005 bis 2007; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 3

Zahl der Fälle je Vollkraft insgesamt in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
1996 bis 2006

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	20,8	20,8	18,8	10,0
1997	21,4	21,6	19,5	10,2
1998	22,4	22,5	20,3	10,5
1999	23,2	23,1	20,8	10,7
2000	23,6	23,8	21,4	10,8
2001	23,2	23,9	21,7	10,8
2002	25,2	25,4	22,8	11,6
2003	25,3	25,3	23,0	11,6
2004	24,5	25,0	22,8	11,7
2005	24,3	25,1	23,6	11,6
2006	24,0	25,2	23,7	11,4

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 4

Zahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
1996 bis 2006

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	208,1	183,9	160,4	65,6
1997	207,2	181,9	162,4	66,3
1998	200,6	185,1	162,9	67,9
1999	201,9	186,1	164,6	68,7
2000	202,1	188,1	166,1	68,1
2001	191,8	185,4	165,5	67,7
2002	200,2	191,6	171,2	69,8
2003	194,3	185,5	167,2	69,9
2004	174,2	175,4	156,6	67,5
2005	165,0	168,1	154,2	65,1
2006	155,3	164,8	152,3	63,4

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 5

Zahl der Fälle je Vollkraft im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
1996 bis 2006

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	50,0	48,8	46,4	36,6
1997	52,2	50,8	48,2	37,1
1998	54,2	53,0	50,1	37,6
1999	56,7	54,3	51,3	38,3
2000	56,5	55,7	52,8	38,4
2001	56,4	56,2	53,2	38,3
2002	61,9	60,5	56,9	41,5
2003	63,0	61,1	57,8	42,0
2004	62,0	61,2	58,1	43,0
2005	61,0	61,9	60,7	43,5
2006	61,4	62,6	60,9	43,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 6

**Zahl der Fälle je Vollkraft im nicht-ärztlichen Dienst (inkl. Pflegedienst)
in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft**
1996 bis 2006

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	23,1	23,4	21,3	11,8
1997	23,8	24,5	22,2	12,1
1998	25,2	25,6	23,2	12,5
1999	26,2	26,3	23,8	12,7
2000	26,7	27,2	24,6	12,8
2001	26,4	27,4	24,9	12,9
2002	28,8	29,2	26,3	13,9
2003	29,1	29,3	26,6	13,9
2004	28,5	29,2	26,6	14,2
2005	28,5	29,5	27,8	14,1
2006	28,4	29,8	28,1	13,9

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 7

Zahl der Pflegekräfte je Arzt in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
1996 bis 2006; in Vollzeitäquivalente

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	4,16	3,77	3,46	1,79
1997	3,97	3,58	3,37	1,79
1998	3,70	3,49	3,25	1,80
1999	3,56	3,43	3,21	1,79
2000	3,57	3,37	3,15	1,78
2001	3,40	3,30	3,11	1,77
2002	3,23	3,17	3,01	1,68
2003	3,08	3,04	2,89	1,67
2004	2,81	2,87	2,70	1,57
2005	2,71	2,71	2,54	1,50
2006	2,53	2,63	2,50	1,47

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 8

Bilanzdaten allgemeiner Krankenhäuser nach Trägerschaft
2006

	Privat	Frei- gemeinnützig	Öffentlich ohne Uni-Klinik
Eigenkapitalquote (mit Sonderposten), in %	56,4	73,4	66,9
EBITDA Marge (ohne KHG-Mittel), in %	10,5	2,2	0,9
Umsatzrentabilität (v. St., EBT), in %	6,4	0,5	-1,6
Gewinne v. St./Fall in €	268,5	15,4	-52,2
Steuern/Umsatz, in %	1,7	0,0	0,1
Steuern/Fall, in €	71,3	0,7	2,1
Steuern, in Mill. €	151	4	15

Quelle: Analyse von ADMED, HCB und RWI Essen; eigene Berechnungen. – Definitionen: Eigenkapitalquote (mit Sonderposten): (Eigenkapital + Sonderposten)/Bilanzsumme; EBITDA-Marge: EBITDA/Umsatz; Umsatzrentabilität in %: Jahresüberschuss (vor Steuern)/Umsatz; Gewinne v. St./Fall in €: Jahresüberschuss (vor Steuern)/Zahl der stationären Fälle.

Tabelle 9

Zahl der Vollkräfte insgesamt in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
1996 bis 2006

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	41 206	270 210	374 989	140 820
1997	39 389	260 852	372 661	139 987
1998	44 492	258 193	362 279	138 391
1999	46 041	260 781	351 735	138 639
2000	47 492	255 740	346 326	138 135
2001	52 442	255 721	339 658	137 664
2002	54 400	246 723	337 816	138 780
2003	60 700	243 633	327 061	138 038
2004	70 409	233 309	313 105	135 609
2005	78 280	229 804	302 610	136 456
2006	88 099	229 969	290 245	136 793

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; Analyse des RWI Essen.

je Vollkraft. Interessanterweise erwirtschaftet eine Vollkraft in Krankenhäusern in privater Trägerschaft mehr Umsatz (Casemix-Punkte), gleichzeitig hat sie aber weniger Patienten zu betreuen. Dies spricht für ein dort besseres Betreuungsverhältnis. Im Zeitablauf hat zwar in allen Kliniken die Anzahl der Fälle je Vollkraft zugenommen, d.h. eine Vollkraft muss mehr Patienten versorgen, doch fällt dieser Anstieg bei den Privaten geringer aus als bei anderen Trägern. Andere Studien (PLS Ramboll Management 2003) weisen nicht auf eine höhere Belastung des Personals nach einer Privatisierung hin.

3.2 Personal

Private weisen einen wesentlich geringeren Personalkostenanteil auf als andere Krankenhausträger. Allerdings ist der Anteil der Personalkosten an den

Tabelle 10

Zahl der Vollkräfte im nicht-ärztlichen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft (inkl. Pflegedienst und medizinisch-technischem Dienst)
1996 bis 2006

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	37 097	239 658	331 104	119 327
1997	35 327	229 927	327 838	118 416
1998	39 524	226 834	317 194	116 891
1999	40 744	228 445	307 258	116 985
2000	41 955	223 423	301 689	116 287
2001	46 097	222 782	295 175	115 684
2002	47 555	214 092	292 793	115 790
2003	52 795	210 441	282 162	115 194
2004	60 517	199 991	267 581	112 101
2005	66 742	195 461	256 402	112 208
2006	74 484	194 787	245 026	112 266

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 11

Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
 1996 bis 2006

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	17 112	115 049	151 708	38 549
1997	16 137	110 681	150 914	38 521
1998	18 394	109 555	146 576	38 756
1999	18 879	110 765	142 586	38 856
2000	19 789	109 061	140 506	38 782
2001	21 562	108 607	138 291	38 849
2002	22 129	103 373	135 323	38 687
2003	24 369	100 779	129 813	38 059
2004	27 770	95 475	122 759	36 887
2005	31 223	93 173	117 464	36 258
2006	34 427	92 636	113 041	36 165

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 12

Zahl der Vollkräfte im medizinisch-technischen Dienst in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
 1996 bis 2006

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	5 548	34 132	48 443	32 021
1997	5 272	33 230	48 339	32 318
1998	5 979	33 291	47 457	31 853
1999	6 220	33 953	46 529	31 736
2000	6 450	33 440	46 435	32 200
2001	7 167	33 560	45 805	32 262
2002	7 070	32 522	45 301	32 304
2003	7 980	32 132	44 279	33 191
2004	9 461	30 961	42 552	33 226
2005	10 776	30 518	41 663	33 574
2006	12 559	30 533	39 223	34 221

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 13

Kosten des ärztlichen Dienstes in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
 2002 bis 2006; Anteil an den Personalkosten in %

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
2002	23,0	23,4	23,5	24,9
2003	23,6	23,9	24,0	25,0
2004	24,9	24,8	24,7	25,7
2005	25,7	25,6	25,7	26,8
2006	26,5	26,2	26,5	26,9

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a; Analyse des RWI Essen.

Bruttokosten von 1996 bis 2006 in anderen Krankenhauträgern signifikant stärker zurückgegangen als bei den privaten (Tabelle 9 bis 16).

Tabelle 14

Kosten des Pflegedienstes in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft

2002 bis 2006; Anteil an den Personalkosten in %

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
2002	36,5	38,2	36,9	25,8
2003	35,9	37,7	36,5	25,5
2004	34,7	37,0	35,9	23,6
2005	34,6	36,2	35,4	23,4
2006	33,6	35,7	34,9	23,2

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 15

Kosten des medizinisch-technischen Dienstes in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft

2002 bis 2006; Anteil an den Personalkosten in %

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
2002	11,6	11,3	11,7	21,1
2003	11,5	11,4	11,7	21,2
2004	11,8	11,3	11,8	22,6
2005	12,0	11,4	11,9	21,9
2006	12,4	11,4	11,5	22,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 16

Kosten des Funktionsdienstes in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft

2002 bis 2006; Anteil an den Personalkosten in %

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
2002	9,8	10,1	10,1	8,6
2003	10,1	10,1	10,2	8,7
2004	10,3	10,2	10,3	8,7
2005	10,4	10,1	10,3	8,4
2006	10,4	10,2	10,3	8,5

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a; Analyse des RWI Essen.

3.3 Medizinische Behandlung

Es stellt sich die Frage, ob die höhere Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern in privater Trägerschaft auf Kosten der medizinischen Betreuung bzw. Qualität geht. Die Daten zeigen ein eindeutiges Bild: Die privaten Häuser schneiden bei der Behandlung der Patienten keinesfalls schlechter ab. Weder fällt die Leistungsqualität schlechter aus noch findet ein Rosinenpicken der privaten statt. Private behandeln ein älteres und komplexeres Patientengut, was sich nicht zuletzt durch einen höheren CMI zeigt. Auf der anderen Seite gibt es im Vergleich zu andern Krankenhausträgern keine signifikanten Unterschiede in der medizinischen Behandlung, beispielsweise beim Anteil der Entbindungen mit Kaiserschnitt (Tabelle 17) oder beim Anteil totgeborener

Tabelle 17

Zahl der Kaiserschnittentbindungen in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
1996 bis 2006; Anteil an allen Entbindungen in %

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	18,7	17,7	17,0	23,6
1997	19,6	18,0	17,6	24,5
1998	18,9	19,0	18,6	26,2
1999	19,3	19,7	19,5	26,4
2000	20,4	20,7	20,6	28,1
2001	21,4	22,2	21,4	28,7
2002	23,6	23,8	23,4	29,0
2003	24,7	24,4	24,8	31,4
2004	25,3	25,9	25,7	34,3
2005	26,6	26,6	26,8	32,8
2006	28,8	27,5	28,5	36,2

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 18

Zahl der Totgeburten in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
1996 bis 2006; Anteil an allen Geborenen in %

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	0,31	0,37	0,41	0,97
1997	0,30	0,35	0,39	1,07
1998	0,28	0,35	0,38	1,03
1999	0,25	0,33	0,40	0,96
2000	0,30	0,32	0,36	0,97
2001	0,30	0,31	0,37	0,86
2002	0,25	0,31	0,37	0,88
2003	0,23	0,30	0,33	0,97
2004	0,23	0,29	0,31	1,01
2005	0,23	0,25	0,31	0,86
2006	0,26	0,26	0,29	0,89

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 19

Zahl der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft

2002 bis 2006; Anteil an der Zahl der Fälle in %

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
2002	5,6	2,8	2,8	6,6
2003	6,5	3,9	3,7	6,8
2004	8,2	6,8	6,4	9,7
2005	8,8	8,2	7,9	10,0
2006	9,3	9,4	9,0	9,5

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; FDZ 2008; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 20

Medizinische Behandlung und Behandlungsqualität in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft

2006; Anteil in %

	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
Medizinischer Bedarf ohne Arzneimittel, bezogen auf die Sachkosten,	38,0	36,5	35,8	39,1
Fälle mit Operationen	35,9	33,0	32,5	30,9
Zu prüfende Häuser	9,4	11,6	10,2	6,0
Häuser mit qualitativen Auffälligkeiten	0,44	0,44	0,34	0,63

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a, b; FDZ 2008; Qualitätsberichte 2006; Analyse des RWI Essen.

Kinder (Tabelle 18). Auch im Bereich der ambulanten Operationen (nach §115 b SGB V) sind die privaten genauso aktiv wie alle anderen Krankenhausträger (Tabelle 19). Darüber hinaus geben sie – gemessen an den Sachkosten insgesamt – mehr Geld für den medizinischen Bedarf aus als die anderen (Tabelle 20).

3.4 Gesellschaftliche Aspekte

Neben medizinischer Behandlung und Qualität gilt es auch zu klären, inwiefern die Krankenhäuser in privater Trägerschaft gesellschaftliche Aufgaben wahrnehmen. Hierzu gehören der sparsame Umgang mit öffentlichen Ressourcen (Fördermitteln), die Erwirtschaftung von öffentlichen Ressourcen durch Steuerzahlungen oder die Ausbildung (Tabelle 8 und 21).

Die vorliegenden Daten zeigen, dass private weniger Fördermittel erhalten, jedoch wesentlich mehr Steuern zahlen als alle anderen Krankenhausträger. Bei Ausgaben für Forschung und Lehre unterscheiden sich die Privaten nicht von den anderen Krankenhäusern, weil sie nur bei Universitätskliniken anfallen. Bei allen anderen Kennzahlen bestehen kaum Unterschiede zwischen den Trägerschaften.

Tabelle 21

Aufwendungen für Ausbildung in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft

2002 bis 2006; Anteil an den Bruttokosten in %

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
2002	0,3	0,8	0,7	0,7
2003	0,3	0,8	0,7	0,7
2004	0,5	0,8	0,7	0,7
2005	0,4	0,8	0,7	0,8
2006	0,8	1,0	1,0	0,9

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 22

Zahl der Intensivbetten in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
1996 bis 2006; je 100 normale Betten

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	3,2	3,3	3,8	7,9
1997	3,3	3,4	4,0	8,3
1998	3,3	3,5	4,1	8,4
1999	3,4	3,6	4,3	8,5
2000	3,5	3,7	4,3	8,7
2001	3,7	3,8	4,4	8,9
2002	4,0	3,8	4,4	8,9
2003	4,2	3,7	4,4	9,0
2004	4,4	3,8	4,5	9,3
2005	4,6	3,9	4,5	9,4
2006	4,9	4,1	4,6	9,4

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; Analyse des RWI Essen.

3.5 Vorhalteleistung

Inwieweit sich die Krankenhäuser in privater Trägerschaft an der Bereitstellung der medizinischen Infrastruktur zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Krankenhausversorgung beteiligen, lässt sich z.B. an der Anzahl Intensivbetten je 100 normale Betten (Tabelle 22) oder an der Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte (Tabelle 23) messen. Hier beteiligen sich Krankenhäuser in privater Trägerschaft nicht weniger, bei den Intensivbetten in jüngster Zeit sogar mehr an der Versorgung als Krankenhäuser in anderen Trägerschaften. Private Anbieter scheuen außerdem nicht die Versorgung des ländlichen Raums: Der Anteil der Kliniken in privater Trägerschaft in ländlichen Gebieten ist nicht unterdurchschnittlich und in den ver-

Tabelle 23

Zahl medizinisch-technischer Großgeräte in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
1996 bis 2006; je 1000 Fälle

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	0,13	0,09	0,11	0,31
1997	0,12	0,10	0,12	0,32
1998	0,12	0,11	0,13	0,33
1999	0,13	0,12	0,13	0,33
2000	0,14	0,12	0,14	0,35
2001	0,16	0,13	0,15	0,35
2002	0,38	0,37	0,42	1,19
2003	0,39	0,39	0,45	1,15
2004	0,42	0,43	0,48	1,18
2005	0,44	0,45	0,49	1,28
2006	0,49	0,46	0,51	1,33

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 24

Anteil der allgemeinen Krankenhäuser in ländlichen Gebieten nach Trägerschaft
1996 und 2006; in %

Jahr	Privat	Freigemeinnützig	Kommunal	Uniklinik
1996	21,3	14,5	27,9	3,2
2006	22,0	13,8	26,9	5,2

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b; Analyse des RWI Essen.

Tabelle 25

Investitionen in allgemeinen Krankenhäusern nach Trägerschaft
2006

	Privat	Frei- gemeinnützig	Öffentlich ohne Uni-Klinik
Investitionen/Anlagevermögen, in %	11,5	9,9	8,6
Investitionen/Umsatz, in %	11,0	11,3	8,4
Investitionen je Fall, in €	456,5	371,8	278,0

Quelle: RWI-Bilanzdaten; eigene Berechnungen.

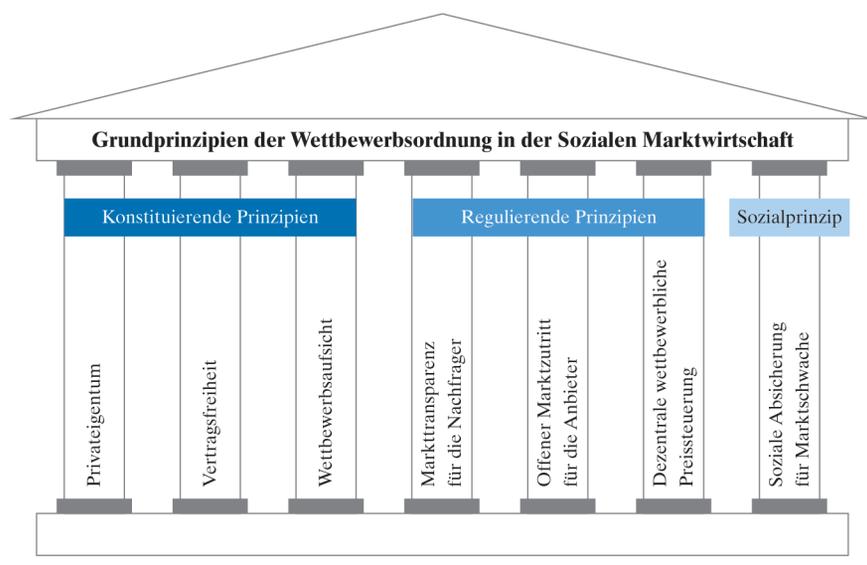
gangenen zehn Jahren sogar gewachsen (Tabelle 24). Insofern beteiligen sie sich an der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung. Schließlich zeigt die höhere Investitionsquote⁸ der privaten Klinikbetreiber, dass sie deutlich mehr in die Infrastruktur investieren als andere Träger (Tabelle 25).

4. Ordnungspolitischer Rahmen zur Gestaltung einer wettbewerblichen Krankenhausversorgung

Die demographische Entwicklung in Deutschland führt dazu, dass die Bevölkerung insgesamt abnimmt und gleichzeitig altert. Dieser Prozess dauert bereits an und wird sich in absehbarer Zukunft fortsetzen. Die Relation zwischen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und Rentnern wird daher zunehmend ungünstiger. Dem Generationenvertrag wird damit faktisch die Grundlage entzogen, auf der die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme basiert. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben rund 200 Reformgesetze in den vergangenen 25 Jahren zu keiner dauerhaften Stabilisierung der Gesundheitsausgaben geführt. Der durchschnittliche Beitragsatz hat sich in den vergangenen 30 Jahren von rund 7% auf derzeit ca. 15% mehr als verdoppelt. Die Last tragen die Beitragszahler (Neubauer, Beivers 2008c). Eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens ist daher sowohl auf der Finanzierungsseite als auch auf der Seite der Leistungserbringer, wie dem Krankenhausmarkt, dringend erforderlich.

⁸ Investitionen zum Erwerb einer Klinik wurden näherungsweise herausgerechnet, sodass sich die Investitionen tatsächlich auf die Verbesserung der Substanz beziehen.

Schaubild 21

Grundprinzipien einer wettbewerblichen und freiheitlichen Steuerung nach Walter Eucken

Der Krankenhausmarkt ist wie das gesamte Gesundheitswesen ein staatlich hoch regulierter Markt. Der Steuerungsmechanismus des Wettbewerbs hat bisher nur unzureichend Berücksichtigung im Gesundheitswesen gefunden. Faktisch hat sich zwar ein sich intensivierender, regulierter Wettbewerb entwickelt, das Gesundheitssystem ist aber noch weit von einem funktionsfähigen „Wettbewerbsmarkt“ entfernt. Für die Ausgestaltung einer Wettbewerbsordnung für ein zukünftiges Gesundheitssystem halten wir die Durchsetzung der Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft für einen relevanten ordnungspolitischen Kompass.

Hiermit sind die für einen freiheitlichen Wettbewerb nach Walter Eucken (1952) konstituierenden Prinzipien mit staatlicher Wettbewerbsaufsicht, z.B. Privateigentum, Vertragsfreiheit und Wettbewerbsaufsicht, gemeint (Schaubild 21). Die regulierenden Prinzipien, d.h. die so genannten Marktfunktionsmechanismen, sind die Markttransparenz für die Nachfrager, der offene Marktzutritt für die Anbieter sowie eine dezentrale wettbewerbliche Preissteuerung. Die soziale Absicherung für Marktschwache ist Aufgabe des Staates, indem, gemäß dem Subsidiaritätsprinzip, dem einzelnen über Sozialtransfers geholfen wird. Für den Krankenhausbereich, wie auch für das Gesundheitswesen insgesamt, bedeutet dies, dass Reformen erforderlich sind, die sich den genannten Prinzipien annähern statt sich zu entfernen. Daraus leiten sich die folgenden kurz dargestellten Handlungsempfehlungen ab.

4.1 Vorrang für Privateigentum

Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser) sowie die für sie aktiven Verbände sollten prinzipiell privatrechtlich organisiert bzw. in Privatrecht überführt werden. Dabei sollten gemeinnützige und gewinnorientierte Unternehmen gleichberechtigt nebeneinander zugelassen werden. Die Privatisierung der öffentlichen Krankenhäuser ist ein erster Schritt in die richtige Richtung und führt zu mehr Wettbewerb im System (Neubauer, Beivers 2006).

4.2 Zulassung von Vertragsfreiheit

Die Krankenhausversorgung wird durch eine staatliche Investitionslenkung und durch eine Kontrahierungspflicht der Krankenkassen gegenüber Plankrankenhäusern abgesichert. Diese Kontrahierungspflicht verhindert Vertragsfreiheit für beide Seiten. Auch können nur staatliche Plan- und Vertragskrankenhäuser ihre Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen, anderen Krankenhäusern ist dies verwehrt. Die Vertragskrankenhäuser sind jedoch von der staatlichen Investitionskostenfinanzierung ausgeschlossen. Dies gilt es in zukünftigen Reformgesetzen zu überarbeiten, da es dadurch zu einer Wettbewerbsverzerrung kommt.

Ein ähnliches Bild stellt sich bei den Patienten der GKV dar, die keinen freien Zugang zu Krankenhäusern haben. Sie müssen vielmehr über Vertragsärzte eingewiesen werden, die dem Gebot der medizinisch bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einweisung unterstehen. Auch haben Patienten nur eingeschränkte Möglichkeiten, ambulante Leistungen in Krankenhäusern nachzufragen. Folglich besteht keine Vertragsfreiheit zwischen Patienten der GKV und Krankenhäusern.

Um Vertragsfreiheit zu schaffen, müssen alle Krankenhäuser, die eine entsprechende Personalstruktur und eine entsprechende technische Struktur aufweisen, an der Versorgung von Versicherungspflichtigen teilnehmen dürfen. Eine Unterscheidung in Plankrankenhäuser bzw. Vertragskrankenhäuser und Privatkliniken erübrigt sich damit und schafft für alle Beteiligten Vertragsfreiheit.

4.3 Wettbewerbsaufsicht

Unter Wettbewerbsaufsicht wird die Anwendung des Kartellrechts verstanden. Im Krankenhaussektor herrscht allgemein das Sozialrecht vor, welches das Wettbewerbsrecht weitgehend verdrängt. Für eine wettbewerbliche Organisation des Gesundheitssektors ist dem Wettbewerbsrecht vor dem Sozialrecht Vorrang einzuräumen. Das Sozialrecht ist, ähnlich wie der Verbraucherschutz, für die Versicherten und Patienten einzusetzen. Das Wettbewerbsrecht ist dabei auf die besonderen Bedingungen des modernen Krankenhausmarkts, insbesondere die zunehmende Mobilität der Patienten, auszurichten.

4.4 Markttransparenz für die Nachfrager

Nachfrager müssen zwischen Alternativen wählen können, um sinnvolle Wahlentscheidungen treffen zu können. Dazu ist eine hinreichende Markttransparenz erforderlich. Unter Markttransparenz ist eine Preis-Leistungstransparenz zu verstehen. Durch die Einführung einer obligatorischen, standardisierten Leistungsgruppenbildung mittels DRG-Fallgruppen im Jahr 2005 ist ein großer Fortschritt in dieser Richtung zu verzeichnen. Das Fundament zur Schaffung von Leistungstransparenz ist damit geschaffen. Um weitere Transparenz über die Sektorengrenzen hinweg entstehen zu lassen, wäre die Anpassung der Vergütung für Fachärzte im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich auf Basis von DRG wünschenswert. Dies würde darüber hinaus zu einem verstärkten Zusammenwachsen der Sektoren führen.

Auf der Basis der DRG sind die Krankenhäuser außerdem seit 2005 dazu verpflichtet, alle zwei Jahre Qualitätsberichte im Internet zu veröffentlichen. Wichtige Kenngrößen in den Berichten sind derzeit die Behandlungshäufigkeit und einheitliche, standardisierte Qualitätskennzahlen. In Zukunft sollten weitere Informationen über die Behandlungsergebnisse sowie die Qualität, z.B. nosokomiale Infektionsraten und Letalitätsraten, allgemein zugänglich gemacht werden.

4.5 Offener Marktzutritt für Anbieter

Im Gesundheitssektor herrscht die Angebotsplanung vor, die sich v.a. in verschiedenen Bedarfsfestlegungen, z.B. im Krankenhausplan und in der Kassenärzteplanung, widerspiegelt. Diese Planung ist auch Ausdruck des Misstrauens gegenüber einer Wettbewerbsordnung, indem sie den offenen Marktzutritt verhindert und so vermeintlich Versorgungssicherheit garantiert, tatsächlich aber überkommene Strukturen zementiert. Um den offenen Marktzutritt für die Anbieter und die Vertragsfreiheit zu gewährleisten, wäre die staatliche Krankenhausplanung auf eine Rahmenplanung mit anzeigendem Charakter umzustellen. Sie hat in erster Linie die Aufgabe, vor drohenden Versorgungsdefiziten zu warnen.

4.6 Dezentrale wettbewerbliche Preissteuerung

Die dezentrale wettbewerbliche Preissteuerung – als Grundvoraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb – ist derzeit im Gesundheitssektor eine Ausnahme. In nahezu allen Teilmärkten sind einheitliche, staatlich regulierte Preise vorherrschend (Vertragsärzte, Krankenhäuser, Arzneimittel). Flexible Preise werden v.a. deswegen politisch abgelehnt, weil die Befürchtung besteht, dass durch steigende Preise ein Teil der Bevölkerung mit geringerer Kaufkraft keinen Zugang mehr zu allen Leistungen erhält. Die Steuerungswirkung von Preisen will man über Einheitspreise simulieren – nach unserer Auffassung

ein falscher Weg, um wettbewerbliche Strukturen zu implementieren. Vielmehr sollten verstärkt Kostenbeteiligungsoptionen für Versicherte und Patienten umgesetzt werden. So wäre eine durchgängige, prozentuale „Preisbeteiligung“ der Patienten zielführend, um Patienten an der Suche nach effizienten Krankenhäusern mitwirken zu lassen.

4.7 Sozialprinzip statt Solidarprinzip

Grundsätzlich sollte das Solidarprinzip auf die Stärkung bzw. auf die Ausstattung mit genügend Kaufkraft für einen obligatorischen Versicherungsschutz umgestellt werden. Die individuelle bzw. familiäre Gesamtsituation ist entscheidend für das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit. Für falsch halten wir die Umsetzung des Solidarprinzips durch Angebotsplanung und Festpreise, wie es im gesamten Gesundheitswesen weit verbreitet ist. Deshalb sollte die vorherrschende Pflichtversicherung in der GKV für Individuen mit einem Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze in eine Versicherungspflicht aller – unabhängig einer vorgeschriebenen Krankenkasse – umgewandelt werden. Sozial Schwache muss der Staat mit genügend Kaufkraft versehen, damit sie sich eine Grundversicherung leisten können. Demzufolge ist die Absicherung sozial Schwacher aus wettbewerblicher Sicht besser über personenbezogene Individualförderung als über anbieter-verpflichtende Kollektivverträge (Objektförderung) zu lösen. Einheitspreise für Krankenhausleistungen, Kollektivverträge und kostenfreie Behandlungen sollen in der Krankenhausversorgung eine Diskriminierung der Patienten nach Kaufkraft verhindern.

Die sozial motivierte Angebotsregulierung sollte durch eine Nachfragesteuerung ersetzt werden (Neubauer, Beivers 2008b). Damit alle Versicherten eine hochwertige Versorgung erhalten, sind die Versicherungspflicht und der -umfang so vorzuschreiben, dass keine unverhältnismäßige, systematische soziale Diskriminierung von Patienten erfolgt. Der Basis-Leistungskatalog der Grundabsicherung, für den eine Versicherungspflicht bestehen sollte, muss staatlich vorgeschrieben sein.

5. Ausblick: Zukunftsmarkt Krankenhaus

Auf absehbare Zeit werden die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit die Gesundheitsausgaben in allen Industriestaaten wohl schneller ansteigen als das BIP. Ziel muss es sein, deutlich vor Beginn der demographisch ungünstigen Entwicklung etwa ab dem Jahr 2020 das System möglichst effizient und nachfragegerecht zu gestalten.

Diese Einschätzungen treffen auch auf den Krankenhausmarkt zu. Zum einen dürfte die Nachfrage nach stationären, teilstationären und ambulanten Kran-

kenhausleistungen steigen, zum anderen dürfte der Kosten- und Wettbewerbsdruck weiter zunehmen und die Krankenhauslandschaft zu grundlegenden Veränderungen zwingen. Die Fachwelt geht von einer weiteren Reduktion der Zahl der Betten und der Krankenhäuser aus – bei gleichzeitig steigender Nachfrage. Die Allianz Research Group schätzt diesen Rückgang bis zum Jahr 2020 auf jeweils gut 20%. Augurzky et al. 2008 gehen von über 30% Bettenüberkapazitäten und von rund 10% Krankenhausschließungen bis 2020 aus, gleichzeitig aber von 6% bis 12% mehr stationären Fällen. Dies wird weitere Effizienzsteigerungen verlangen. Unter anderem dürfte sich die Verweildauer weiter verkürzen und mehr Behandlungen am Krankenhaus ohne Bett erfolgen.

Ohne einen Wettbewerbsmarkt wird aber wohl keine effiziente Versorgung möglich sein. Wir rechnen mit einer Marktkonsolidierung, die sich einerseits in einer stärkeren Konzentration und andererseits in einem Kapazitätsabbau, z.B. durch Schließungen, äußert. Die Verbund- bzw. Kettenbildung könnte zu einer Konzentration der Krankenhausbetriebe in den Händen von möglicherweise rund 100 Gesundheitsunternehmen führen.

Literatur

- AOK Bundesverband (Hrsg.)(2006), *Qualitätsberichte*. Berlin. Internet: www.aok-klinik-konsil.de/index.php, Download im Dezember 2007.
- Augurzky, B., R. Budde, S. Krolow, Ch.M. Schmidt, H. Schmidt, H. Schmitz, Ch. Schwierz und S. Terkatz (2008), *Krankenhaus Rating Report 2008. Qualität und Wirtschaftlichkeit*. RWI : Materialien 41. RWI, Essen.
- Augurzky, B. und Ch. Schwierz (2008), Qualität und Wirtschaftlichkeit sind keine Gegensätze. *BKK* 2008 (6): 344–348.
- Böhlke, N. und T. Schulten (2008), Unter Privatisierungsdruck. *Mitbestimmung* 2008 (6): 24–27.
- DKG – Deutschen Krankenhausgesellschaft (2008), *Zahlen, Daten, Fakten 2007/08*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
- Eucken, W. (1952), *Grundsätze der Wirtschaftspolitik*. Tübingen: Mohr-Siebeck.
- FDZ – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter (2008), *Nutzung von Mikrodaten der Krankenhausstatistik im Rahmen der kontrollierten Datenfernverarbeitung*. Berlin.
- Neubauer, G. (1999), Private im Vormarsch! Umstrukturierung des deutschen Krankenhausmarktes. *Krankenhaus Umschau* 68 (3): 175–179.
- Neubauer, G. (2005), Das Kartellamt hinterfragt die Klinik-Monopole – Gibt es private Marktmacht in einem staatlich regulierten Krankenhausmarkt? *f&w* 22 (2): 174–178.
- Neubauer, G., A. Beivers, H. Deutsch, D. Ralfs und U. Knopp (2006), *Gemeinnutzanalyse deutscher Kliniken: Public Service Value im Gesundheitswesen: Wer bietet wirklich Bürgernutzen?* Accenture Marktstudie.

- Neubauer, G. und A. Beivers (2006), Privatisierung der Krankenhäuser – Modischer Trend oder ökonomische Notwendigkeit? *Orientierungen zur Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik* 109: 48–52.
- Neubauer, G. und A. Beivers (2008a), Qualitäts- und Versorgungssteuerung über Vergütungsanreize. In N. Klusen und A. Meusch (Hrsg.), *Zukunft der Krankenhausversorgung: Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System*. Baden-Baden: Nomos, 199–209.
- Neubauer, G. und A. Beivers (2008b), Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. IMPLICON PLUS, Gesundheitsökonomische Analysen 3/2008. albring & albring, Berlin.
- Neubauer, G. und A. Beivers (2008c), Die Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft als Kompass zur Neuordnung der Gesundheitsversorgung in Deutschland: Am Beispiel der vertragsärztlichen Versorgung. In L. Funk (Hrsg.), *Anwendungsorientierte Marktwirtschaftslehre und Neue Politische Ökonomie – Wirtschaftspolitische Aspekte von Strukturwandel, Sozialstaat und Arbeitsmarkt*. Marburg: Metropolis, 371–393.
- PLS Ramboll Management (Hrsg.) (2003), Fallstudie: Privatisierungen von Krankenhäusern. Studie im Auftrag von Ver.di-Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft. Hamburg et al.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007a), Kostendaten der Krankenhäuser. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007b), Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008a), Diagnosedaten der Krankenhäuser. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.2.1. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008b), *Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008c), Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2007), *Krankenhaus-Report*. Stuttgart.