

Die Zukunft kommunaler Krankenhäuser

Onlinedokumentation
der Konrad-Adenauer-Stiftung

Rede und Statements zum Forum "Die Zukunft kommunaler Krankenhäuser" am 21. September 2004 in der Industrie- und Handelskammer in Frankfurt am Main.

Sankt Augustin, 7. Oktober 2004

Forum

Die Zukunft kommunaler Krankenhäuser,

21. September 2004

Industrie- und Handelskammer, Frankfurt am Main

Online-Dokumentation

INHALT

1 Programm

2 Vortrag

**„Rahmenbedingungen des Bundes für die Entwicklung im
Krankenhauswesen“**

Wolfgang Pföhler

3 Statements

**Privatisierung als Handlungsoption? Mögliche Strategien für kommunale
Krankenhäuser**

- *E. Münch*
- *Theo Riegel*
- *Karl Ferdinand von Thurn und Taxis*

Program m

17.00 Uhr

Begrüßung

Dr. Franz Schoser
Mitglied des Vorstands der
Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

Dieter Pfundt
Pers. haftender Gesellschafter,
Sal. Oppenheim jr. & Cie. KGaA

17.20 Uhr

Die Situation der Krankenhäuser am Beispiel des hessischen Krankenhausrahmenplans

Silke Lautenschläger
Staatsministerin,
Sozialministerium Hessen

17.40 Uhr

Rahmenbedingungen des Bundes für die Entwicklung im Krankenhauswesen

Wolfgang Pföhler
Präsident der
Deutschen Krankenhausgesellschaft;
Geschäftsführer,
Universitäts-Klinikum Mannheim gGmbH

Diskussion

18.15 Uhr

**Podiumsdiskussion mit
Einführungsstatements:
Privatisierung als Handlungsoption?
Mögliche Strategien für kommunale
Krankenhäuser**

Marcus Bracklo
Managing Director,
Sal. Oppenheim jr. & Cie. KgaA

Eugen Münch
Vorstandsvorsitzender,
Rhön-Klinikum AG

Theo Riegel
Abteilungsleiter „Stationäre Einrichtungen“
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. /
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

Karl-Ferdinand von Thurn und Taxis
Vorsitzender der Geschäftsführung;
MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH

Moderation:

Andreas Mihm
Frankfurter Allgemeine Zeitung

Diskussion

ca. 20.00 Uhr

Ausklang der Veranstaltung

Privatisierung als Handlungsoption? Mögliche Strategien für kommunale Krankenhäuser

Die Privatisierung von kommunalen Krankenhäusern wird in einer für dieses Land typischen Weise unter der Hypothese des Bestandsschutzes diskutiert. Diese Position setzt voraus, dass der Betrieb von Krankenhäusern in öffentlich rechtlicher Hand ein Wert an sich sei. Tatsächlich aber verstößt dieses Primat gegen das Subsidiaritätssystem und negiert die tatsächliche Aufgabe des Staates, Versorgung für die Bürger nach den Prinzipien der Subsidiarität auf allen verfügbaren Wegen zu gewährleisten.

Da man davon ausgehen kann, dass die laufende Privatisierung nur dem Druck der Verhältnisse und nicht strategisch intelligenter Steuerung der Politik folgt, darf und muss man deshalb fragen, welche Gründe den Druck erzeugen, wer ihn erzeugt und welchen Trend die Entwicklung hat. Denn eines ergibt sich bei einer Privatisierung, die das Ventil einer gegebenen Situation und Entwicklung ist, nämlich, dass sie nicht - wie viele das glauben machen wollen - dispositiv und aufhaltbar wäre.

Eine weitere Feststellung kann dahingehend getroffen werden, dass Entwicklungen kommunaler Krankenhäuser die Privatisierung abwenden, indem sie sich in ihrem Verhalten und in ihrem Reaktionsmechanismus dem Modell und Muster der erfolgreichen Privaten zuwenden. Dies ist allerdings keine Alternative für Patienten und Mitarbeiter, sondern bringt lediglich so genannte Staatsunternehmer hervor, die unter dem Deckmantel der Anbindung an das demokratische Staatswesen vorgeben, eine andere und sozialere, d. h. weniger schmerzliche Veränderung bewirken zu können. Tatsächlich geht es jedoch in diesen Fällen lediglich darum, die Folgen mangelnder Veränderungsgeschwindigkeit dem Gemeinwesen, d. h. den Steuer- oder Beitragszahlern, aufzulasten.

Die eigentlichen Gründe für die Veränderungen liegen in der ständig steigenden Nachfrage nach Krankenhausleistungen, die aus der Demografie und dem medizinisch Möglichen resultiert. Gleichzeitig wirkt der Vollversorgungsstaat wie ein Selbstbedienungsladen ohne Kasse. Die Finanzierung des Systems über 'Solidarische Leistungen' aus Arbeitseinkommen ist in der heutigen Krise nicht mehr aufzubringen.

Die Ursache der heutigen Krise des Systems wird deutlich, wenn man fragt, ob und wie ein normales dem Wettbewerb unterworfenen System in der Industrie auf die Situation der steigende Nachfrage reagiert hätte. Es hätte reagiert. Und zwar hätte es über erhöhte Mengenausbringung rationalisiert. Öffentliche Krankenhäuser haben zu der Zeit, als noch annähernd genügend Mittel für Investitionen zur Verfügung standen, diese aber überwiegend in Bestand sichernder Weise und eben nicht zur Herstellung rationeller Versorgungsformen verwendet. In den letzten Jahren hat sich der Bewahrungseffekt verstärkt, weil Rationalisierungsmittel einerseits nicht mehr zur

Verfügung standen und gleichzeitig die Zäune gegen Veränderung immer höher wurden. Beispielhaft sei hier nur genannt, dass es im BAT so genannte Rationalisierungsschutzabkommen gibt. Diese wirken so, als wäre im Krankenhaus und für die Pflege die Unveränderbarkeit der Arbeitsplätze und nicht die optimale und finanzierbare Bereitstellung einer flächendeckenden Versorgung die Basis der Existenzberechtigung.

Obwohl heute in der Politik eine höhere Toleranz gegen Privatisierung entstanden ist, hören wir ständig: „Veränderung ja, aber nicht bei den Arbeitsplätzen“. – Ich frage: „Wo sonst sollen Veränderungen beginnen, wenn nicht hier? Immerhin sind Krankenhäuser teilweise zu 70 % personell disponiert.“

Die Antwort lautet somit: Es gibt zur Privatisierung oder dem vergleichbaren Handeln in der Krankenhauswirtschaft keine Alternative, es sei denn, dass die Gesellschaft hinnimmt, dass die Rationalisierungsreserven zur Herstellung einer preiswerten Massenversorgung der Gesellschaft nicht gehoben werden.

Rede des Präsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft **Wolfgang Pföhler**

anlässlich des Kommunalpolitischen Forums „Die Zukunft kommunaler Krankenhäuser – Privatisierung als Handlungsoption?“ der Konrad-Adenauer-Stiftung
am 21. September 2004 in Frankfurt am Main

„Rahmenbedingungen des Bundes für die Entwicklung im Krankenhauswesen“

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich mitten in einem Strukturwandel enormen Ausmaßes. Das deutlichste Anzeichen dafür sind die sich häufenden Meldungen über den Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern an private Klinikbetreiber.

Diesen Eigentümerwechsel meine ich im folgenden, wenn ich von Privatisierung spreche, und nicht etwa eine nur formelle Privatisierung beispielsweise durch eine Rechtsformänderung. Dies nur als Vorbemerkung zum Zwecke der begrifflichen Klarheit.

Der Trend zur Privatisierung betrifft das gesamte Spektrum öffentlicher Häuser, egal ob einzelnes städtisches Haus oder
– wie im Falle des LBK in Hamburg –ganzer öffentlicher Konzern.

Diese Entwicklung ist keineswegs neu. Zwischen 1990 und 2001 ist im Akutkrankenhausbereich die Zahl der öffentlichen Betten um gut 28 Prozent gesunken. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Betten in privater Trägerschaft um gut 78 Prozent gestiegen. Dagegen blieb die Bettenzahl im frei-gemeinnützigen

Bereich vergleichsweise stabil. Auch wenn für die Zeit nach 2001 keine offiziellen Statistiken vorliegen, so wage ich dennoch die Aussage, dass sich dieser Privatisierungstrend in den letzten Jahren massiv beschleunigt hat.

Damit stellt sich die Frage, wo die Ursachen für diese Entwicklung hin zur privaten Trägerschaft liegen? Um diese Frage zu beantworten, muss man sich zunächst die bundespolitischen Entwicklungen vor Augen führen, die das Krankenhauswesen in den letzten 10-15 Jahren geprägt haben.

Betrachtet man den Privatisierungstrend in den 90er Jahren, dann geht dieser zu einem großen Teil auf spezifische Entwicklungen in Ostdeutschland zurück, die sich dort infolge der Wiedervereinigung vollzogen.

Nach der Wende wurden viele staatliche DDR-Krankenhäuser den ostdeutschen Kommunen übertragen. Diese hatten jedoch aus historischen Gründen keine Erfahrungen mit dem Betreiben von Krankenhäusern. Folglich waren ostdeutsche Kommunen im Vergleich zu westdeutschen Kommunen eher bereit, ihre Häuser an private Betreiber zu verkaufen.

Gleichzeitig waren die ostdeutschen Häuser für Investoren interessant. Das lag unter anderem daran, dass diese Häuser im Gegensatz zu vielen westdeutschen Häusern nicht mit Verpflichtungen aus der betrieblichen Altersversorgung belastet waren.

So erklärt sich, dass 2001 der Anteil privater Betten in Ostdeutschland bei über 14 Prozent lag, während er in Westdeutschland nur knapp 7 Prozent betrug. Folglich gründet ein großer Teil des in den neunziger Jahren zu beobachtenden Privatisierungstrends auf den Entwicklungen in Ostdeutschland.

Der in den letzten Jahren und aktuell auftretende Privatisierungsschub hat jedoch andere Ursachen. Sie liegen in einem zunehmenden Rationalisierungsdruck, der aus Veränderungen am System der Krankenhausfinanzierung resultiert.

Hier markiert das Jahr 1993 einen entscheidenden Einschnitt. Damals wurde im Rahmen des Lahnstein-Kompromisses die Deckelung der Krankenhausbudgets eingeführt. Als in der Folge die Krankenhausbudgets langsamer stiegen als die Kosten – ich erinnere nur an die sprichwörtliche BAT-Schere –, entstand im Lauf der Jahre ein erheblicher Rationalisierungsdruck.

Die Politik ging angesichts dieses Rationalisierungsdrucks von der Annahme aus, dass es im Krankenhausbereich als Folge des bis 1993 praktizierten Vollkostendeckungsprinzips Rationalisierungsreserven gibt. Entsprechend nahm man an, dass die Häuser im notwendigen Umfang Einsparungen vornehmen können.

Tatsächlich gelang es den deutschen Krankenhäusern, trotz zunehmend schlechter finanzieller Rahmenbedingungen weiterhin wirtschaftlich zu arbeiten. Obwohl zwischen 1990 und 2001 die Fallzahl um gut 20 Prozent stieg, wurden knapp 20 Prozent der Bettenkapazität abgebaut und die durchschnittliche Verweildauer um 36 Prozent reduziert – ein enormer Kraftakt.

Angesichts des immer enger werdenden Zwangskorsetts der Budgetdeckelung war es jedoch nur eine Frage der Zeit, bis den Häusern die Luft zum Atmen völlig ausgehen würde. Denn auch Rationalisierungsreserven sind irgendwann ausgeschöpft.

Steigen die Kosten dann trotzdem weiterhin schneller als die Erlöse, sind Defizite unausweichlich. Angesichts leerer kommunaler Kassen verwundert es nicht, dass öffentliche Träger auf das Mittel der Privatisierung zurückgreifen, um zusätzliche Belastungen von ihren Haushalten abzuwenden.

Das gilt umso mehr, da die Häuser mit unterschiedlichen Voraussetzungen in die Phase gedeckelter Budgets eingetreten sind. Neben Häusern mit erheblichen Rationalisierungspotentialen standen solche, die bereits vergleichsweise wirtschaftlich arbeiteten. Das System gedeckelter Budgets bestrafte folglich gerade die Leistungserbringer, die sich durch besonders wirtschaftliche Leistungserbringung auszeichneten. Ihnen ging zuerst die Luft aus.

Im Jahr 2000 leitete der Beschluss zur Einführung des Fallpauschalensystems eine grundlegende Umorientierung der Krankenhausfinanzierung ein. Zukünftig soll die Vergütung über Fallpauschalen

- sogenannte DRGs - sicherstellen, dass das Geld der realen Leistung folgt.

In diesem System beruht die Vergütung auf den Durchschnittskosten eines Falls. Diese Durchschnittskosten werden aus den Kostendaten der Krankenhäuser, die sich an der Kalkulation beteiligen, berechnet.

Damit stellt dieses neue System

- zumindest in der Theorie - die Anreizwirkungen vom Kopf auf die Füße. Zukünftig gewinnt, wer gut wirtschaftet und unter den durchschnittlichen Fallkosten bleibt. Wer über den Durchschnittskosten liegt, der verliert.

Dass es in der DRG-Realität nicht ganz so einfach ist, wissen wir alle. In der Vergütungspraxis entscheidet eben nicht nur die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, wer zu den Gewinnern und wer zu den Verlierern zählt.

Die Gründe dafür sind vielfältig. Sie liegen vor allem in einer teilweise unzureichenden Datenqualität und in der technischen Ausgestaltung des Systems. Im Ergebnis werden manche Leistungen nicht realitätsgerecht abgebildet.

Gegenwärtig diskutieren die bundespolitischen Entscheidungsträger im Rahmen eines 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetzes die Überarbeitung des Rechtsrahmens für die Fallpauschalen-einführung. Die DKG hat zu dieser Diskussion sachgerechte Vorschläge gemacht, wie die Vergütung besser als bisher an der wirtschaftlichen Realität in den Krankenhäusern ausgerichtet werden kann. Diese Vorschläge und damit die Thematik der konkreten Ausgestaltung des Systems will ich jedoch hier nicht weiter vertiefen.

Entscheidend ist, dass im DRG-System unabhängig von Detailänderungen bei der Ausgestaltung der Rationalisierungsdruck weiterhin bestehen bleibt.

Das gilt in jedem Fall für die Häuser, die oberhalb der durchschnittlichen Fallkosten liegen, denn sie machen Verlust. Aber auch Häuser, die unterhalb dieser durchschnittlichen Fallkosten bleiben, haben einen starken Anreiz zur weiteren Kostensenkung. Denn die Differenz zwischen hausinternen Fallkosten und Fallpauschale verbleibt ihnen als Überschuss.

Das ist zumindest die Logik des DRG-Systems. Die Kassen haben hier naturgemäß eine andere Meinung. Sie wollen diese Überschüsse abschöpfen. Die DKG lehnt dies entschieden ab. In dieser Frage bleibt daher die weitere Entwicklung abzuwarten.

Doch zurück zur Ursprungsfrage: Was hat der zunehmende Rationalisierungsdruck mit dem anfangs beschriebenen Privatisierungstrend zu tun?

Um als Reaktion auf den Rationalisierungsdruck weitere Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, müssen die Krankenhäuser in zwei Bereichen aktiv werden.

Zum einen müssen sie ihr Management konsequent an modernen betriebswirtschaftlichen Konzepten ausrichten. Prozessoptimierung, Standardisierung, Spezialisierung, strikte Kostenkontrolle, Outsourcing, Kooperation beispielsweise im Bereich der Beschaffung – ohne diese Maßnahmen wird es zukünftig nicht mehr gehen.

Damit einher gehen müssen als zweites wesentliches Element Modernisierungsinvestitionen. Wer zum Beispiel Prozesse optimieren möchte, der muss in die bauliche und die IT-Ausstattung eines Krankenhauses investieren. Bleiben die notwendigen Investitionen aus, dann stößt auch das professionellste Management schnell an seine Grenzen.

Hinsichtlich der Modernisierungsinvestitionen kennen wir alle die Lage. Die Investitionskostenfinanzierung ist Sache der Bundesländer, und die ziehen sich angesichts angespannter öffentlicher Haushalte seit Jahren zunehmend aus ihrer Verantwortung zurück.

Diese Entwicklung hat mittlerweile dramatische Ausmaße erreicht: Eine in diesem Jahr vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung veröffentlichte Studie zeigt, dass der Investitionsstau im Krankenhauswesen 27 Milliarden Euro beträgt. Mit anderen Worten: Auf die staatliche Investitionskostenfinanzierung im Krankenhauswesen ist kein Verlass mehr.

Um sich die notwendigen Investitionsmittel zu beschaffen, bleiben den Häusern als Alternative nur die privaten Kapitalmärkte. Hier haben private gegenüber öffentlichen Häusern klare Vorteile beim Zugang. Deshalb ist die Kombination von staatlicher Zurückhaltung bei der Investitionskostenfinanzierung einerseits und hohem Kapitalbedarf für Rationalisierungsinvestitionen andererseits sicher eine wesentliche Triebfeder für die Privatisierung im deutschen Krankenhausmarkt.

Aber auch wenn es um Management-Know-how und die Nutzung betriebswirtschaftlicher Methoden geht, sind manche öffentliche Häuser noch nicht so weit wie viele privat geführte Häuser.

Das kommt zum einen daher, dass in manchen öffentlichen Häusern der Krankenhausbetrieb immer noch stark aus der Perspektive der öffentlichen Verwaltung betrachtet wird. Dahinter bleibt die Wahrnehmung des Krankenhauses als Wirtschaftsbetrieb zurück. Entsprechend werden moderne Managementansätze teilweise mit Vorbehalt betrachtet.

Zum anderen können Krankenhäuser in Zeiten eines verstärkten Rationalisierungsdrucks nur dann überleben, wenn sich die Betriebsführung klar und eindeutig zu dem Ziel bekennt, qualitativ hochwertige Leistungen bei maximaler Wirtschaftlichkeit zu erbringen. Dieses klare Bekenntnis zur Wirtschaftlichkeit, das teilweise auch harte Maßnahmen beispielsweise im Personalbereich erfordert, fällt öffentlichen Häusern manchmal schwer. Das liegt nicht zuletzt daran, dass öffentliche Häuser in der öffentlichen Meinung mit anderem Maß gemessen werden als private.

Diese komplizierte Ausgangssituation führt dazu, dass immer noch zu häufig betriebliche Entscheidungen in öffentlichen Häusern aus lokal- oder

regionalpolitischen Erwägungen getroffen werden. Das Ziel der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung spielt dann oft nur eine untergeordnete Rolle. Wir alle kennen den Fall, dass eine Fachabteilung aus politischen Gründen erhalten wird, obwohl sie sich wirtschaftlich nicht trägt und im Rahmen des Versorgungsauftrags nicht zwangsläufig erforderlich ist.

Solche Entscheidungen sind zudem oft das Ergebnis komplizierter kommunal-politischer Entscheidungsprozesse, die eine moderne Unternehmensführung erschweren. Die für eine konsequente Verpflichtung auf das Ziel der Wirtschaftlichkeit notwendige Unabhängigkeit der Unternehmensführung ist bei solchen Konstellationen in aller Regel nicht gegeben. Das Ergebnis sind Zielkonflikte und Steuerungsdefizite.

Die öffentlichen Träger können – sofern der entsprechende politische Wille vorhanden ist - bei solchen Führungsproblemen grundsätzlich Abhilfe schaffen. Bei Wettbewerbsnachteilen, die aus der unterschiedlichen rechtlichen Behandlung von öffentlichen und privaten Häusern herrühren, sind sie dagegen machtlos.

Bestes Beispiel dafür ist das Vergaberecht. Die Einhaltung der entsprechenden Bestimmungen ist für die öffentlichen Häuser nicht nur zeit- und kostenintensiv. Sie führt außerdem dazu, dass die Häuser bei der Verhandlung niedriger Preise eingeschränkt sind – ein handfester wirtschaftlicher Nachteil.

Dazu kommt die Bindung öffentlicher Häuser an den BAT mit all den bekannten daraus herrührenden Problemen:

- Mangelnde Leistungsorientierung der Bezahlung
- fehlende Berücksichtigung neuer Berufsbilder
- Unmöglichkeit einer flexiblen Lohnpolitik.

Davon werden sich die öffentlichen Häuser über kurz oder lang lösen müssen. Neue Tarifmodelle sind notwendig. In Baden-Württemberg wurde bereits ein großer Schritt in diese Richtung getan. Weitere Schritte müssen folgen.

Zusammenfassend lässt sich also folgendes sagen: BAT, Vergaberecht, Abhängigkeiten bei der Unternehmensführung, eingeschränkte Managementorientierung, Investitionsfinanzierung – all diese Faktoren machen es öffentlichen Häusern im Vergleich zu privaten Häusern tendenziell schwerer, dem zunehmenden Rationalisierungsdruck stand zu halten.

Das Ergebnis sind häufig betriebswirtschaftliche Verluste und entsprechende Belastungen der öffentlichen Haushalte. In Zeiten leerer staatlicher Kassen verwundert es nicht, dass öffentliche Träger dann ihr Heil in der Privatisierung suchen.

Damit wäre die Ausgangsfrage beantwortet, was der zunehmende, aus dem System der Krankenhausfinanzierung herrührende Rationalisierungsdruck mit dem Privatisierungstrend zu tun hat.

Aus dem bisher Gesagten folgt aber keineswegs, dass die öffentlichen Häuser grundsätzlich Problemfälle und die Privaten stets Musterknaben sind. Im Gegenteil: Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen und offensichtlicher Wettbewerbsnachteile – beispielsweise beim Vergaberecht – kommen viele öffentliche Häuser mit dem zunehmenden Rationalisierungsdruck hervorragend zurecht. Sie setzen bereits heute modernste Managementmethoden ein. Auf der anderen Seite stehen keineswegs alle privaten Häuser gut da.

Ob und inwieweit Privatisierung eine Handlungsoption für öffentliche Träger ist oder sein muss, hängt folglich zu einem großen Teil von der Lern- und Anpassungsbereitschaft der öffentlichen Träger selbst ab. Allein darauf zu hoffen, dass sich die staatlichen Rahmenbedingungen – beispielsweise bei der Investitionskostenfinanzierung – in absehbarer Zeit verbessern, kann keine zukunftsfähige Strategie sein.

Das heißt aber nicht, dass der Staat aus seiner Verantwortung für die Krankenhausversorgung entlassen ist. Bei der Investitionskostenfinanzierung besteht dringender Handlungsbedarf. Die Länder stehen in der Pflicht, hier Verbesserungen herbei zu führen.

Meine Damen und Herren,

die öffentliche Trägerlandschaft ist in den letzten Jahren im positiven Sinne in Bewegung geraten. Nicht zuletzt die heutige Veranstaltung zeigt, dass die öffentlichen Träger mit den neuen Rahmenbedingungen offensiv umgehen. Deshalb darf man davon ausgehen, dass sich öffentliche Träger auch zukünftig im deutschen Krankenhausmarkt behaupten werden – wenngleich wir sicher noch lange nicht das Ende der gegenwärtigen Privatisierungswelle erreicht haben.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Theo Riegel

Abteilungsleiter „Stationäre Einrichtungen“
des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
und des AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e.V. (AEV)

Statement

Privatisierung als Handlungsoption?
Mögliche Strategien für kommunale Krankenhäuser

In den letzten Jahren wurde vermehrt über einen drastischen Rückgang kommunaler Krankenhäuser berichtet. Gleichzeitig wurde erklärt, dass private Krankenhäuser auf dem Vormarsch seien. Das Statistische Bundesamt gibt derzeit nur Auskunft über die Krankenhaussträgerverteilung aus dem Jahr 2001. Die Krankenhausstrukturdaten des VdAK/AEV weisen einen Rückgang an öffentlichen Krankenhäusern seit dem 31.12.1998 bis heute von insgesamt nur zehn Kliniken aus. Insofern kann von einer drastischen Entwicklung nicht gesprochen werden. Die öffentlichen Krankenhäuser sind mit 42 % Marktanteil nach wie vor die größte Trägergruppe. Private Träger sind mit rund 17 % Marktanteil immer noch unterpräsentiert. Die im Krankenhausfinanzierungsgesetz geforderte Vielfalt der Krankenhaussträger ist demnach nicht gefährdet; im Gegenteil, eine Gleichverteilung der drei großen Trägergruppen ist nach wie vor in weiter Ferne. Alles in allem zeigt die Entwicklung nach Trägerarten keinen Anlass zur Besorgnis.

In der Vergangenheit wurde oft darüber diskutiert, dass Krankenhäuser kommunaler Trägerschaft benachteiligt, unwirtschaftlich oder nicht wettbewerbsfähig seien. Sicherlich kann bei einem Vergleich der Krankenhäuser untereinander die Trägerart ein Symptom sein, die Ursache für die genannten Missstände ist jedoch nicht die Trägerart, sondern in erster Linie die Rechtsform eines Krankenhauses. Regiebetriebe mit Verwaltungsleitern, die zum Teil aus den kommunalen Verwaltungen „weggelobt“ wurden, bilden kein Fundament für eine erfolgreiche Betriebsführung. Die kommunalen Träger haben mit der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip jedoch umgedacht. Die Umwandlung der Rechtsform in eine GmbH ist nur eine der möglichen Handlungsoptionen, die die kommunalen Träger vermehrt ergriffen haben, um sich auf das kommende Preissystem, welches durch die DRG-Einführung unterstützt wird, vorzubereiten.

Neben der Umstellung der Rechtsform haben die kommunalen Krankenhäuser noch weitere Maßnahmen ergriffen. Krankenhauskooperationen, wie in Berlin oder Hamburg, sind weitere Beispiele für das Umdenken dieser Träger. Die Ausgliederung von Geschäftsfeldern („Outsourcing“), Spezialisierungen und Vernetzung mit anderen Leistungserbringern dürften heute auch zum Alltag kommunaler Krankenhäuser gehören. Dass dies nicht nur eine wohl gemeinte Vermutung eines Vertreters der Krankenkassen sein dürfte, lässt sich dadurch belegen, wenn man die Daten der Krankenhäuser im Trägervergleich einer Analyse unterzieht. Hier zeigt sich, dass sich im Trägervergleich die kommunalen Krankenhäuser auf besondere Weise auf die DRG-Umstellung vorbereitet und eingestellt haben. Der Anteil der Frühumsteiger im Optionsjahr 2003 war bei den öffentlichen Krankenhäusern am größten. Entsprechend ist der Anteil der nicht optierenden Krankenhäuser bis dato hier am geringsten. Der Anteil der Krankenhäuser, die heute immer noch nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, ist bei privaten Krankenhäusern doppelt so hoch wie bei kommunalen Krankenhäusern.

Auch andere wirtschaftliche und medizinische Kennzahlen geben keinen Anlass zur Sorge. Unterschiede zwischen den Trägergruppen sind nicht signifikant. Die Anzahl der gruppenrelevanten Nebendiagnosen hat sich bei kommunalen Einrichtungen gleichermaßen entwickelt wie bei anderen Krankenhäusern. Der medizinische und ökonomische Schweregrad der DRG hat dementsprechend ein einheitliches Niveau. Die medizinische Leistungsintensität, gemessen am case-mix-Index weist im Trägerdurchschnitt keine Besonderheiten auf. Die Verteilung von Kurz- und Langliegern, der Altersdurchschnitt oder die durchschnittliche Verweildauer liegen ebenfalls eng beieinander.

Auch vielfach befürchtete Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser sind im Trägervergleich nicht festzustellen. Außer den Universitätskliniken und kleineren Fach- sowie Spezialkrankenhäusern gibt es keine signifikanten Unterschiede in den vereinbarten Fallwerten. Dies gilt sowohl im Hinblick auf Trägergruppen als auch bei anderer Unterscheidung nach Größenklassen. Das heißt, auch kommunale Krankenhäuser der Maximalversorgung haben im Durchschnitt einen deutlich geringeren Fallwert als Universitätskliniken und liegen im Vergleich zu Krankenhäusern der Regel- oder Zentralversorgung im Durchschnitt. Auch die Streuung innerhalb dieser Trägergruppe ist im Vergleich beispielsweise zu privaten Kliniken weniger als halb so hoch.

Die Vergleichszahlen belegen eindrucksvoll, dass kommunale Krankenhäuser ihre Hausaufgaben erfolgreich gemacht haben. Indikatoren, die auf eine Benachteiligung schließen lassen könnten, die sich beispielsweise aus der DRG-Einführung ergeben könnten, sind nicht zu erkennen. Kommunale Krankenhäuser sind nach unseren Erkenntnissen gut positioniert für die Konvergenzphase und für das in der Ausgestaltung derzeit noch offene System danach.

Podiumsdiskussion „Die Zukunft kommunaler Krankenhäuser - Privatisierung als Handlungsoption?“, Konrad-Adenauer-Stiftung am 21. September 2004

Thesenpapier: „Privatisierung als Handlungsoption? Mögliche Strategien für kommunale Krankenhäuser“

Karl Ferdinand von Thurn und Taxis

Vorsitzender der Geschäftsführung, MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH, Köln

1. Durch Einführung des Preissystems (DRG) und marktwirtschaftlicher Wettbewerbsbedingungen für Krankenhausdienstleistungen ist die Privatisierung für kommunale Krankenhäuser keine Option, sondern Notwendigkeit.
2. Ein Unternehmen im Wettbewerb benötigt eine gesellschaftsrechtliche und eine Managementstruktur, die marktgerechte schnelle Entscheidungen ohne politische Einflussnahme ermöglicht.
3. Seit Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips sind auch kommunale Krankenhäuser konkursfähig. Überkapazitäten im Krankenhausbereich werden in Kürze abgebaut. Das verschärft das Konkursrisiko, im Überlebensfall aber auch die Gewinnchance.
4. Für die Privatisierung gibt es vier grundsätzliche Optionen:
 - Eigenbetrieb oder kommunale GmbH
 - Managementvertrag mit Drittpartner
 - Gemeinsame Gesellschaft mit gemeinnützigem oder privaten Partner
 - Übergabe an Drittpartner (100 %)
5. Bewertungskriterien für die Auswahl der Optionen:
 - Betriebswirtschaftliche Handlungsspielräume
 - Investitionsfähigkeit
 - Professionalität
 - Sicherheit
 - Gemeinnützigkeit
6. Kaufpreise müssen wieder der Realität angepasst werden unter Berücksichtigung:
 - Duales Finanzierungssystem
 - Investitionsstau
 - DRG ohne Abschreibungen
7. Freigemeinnützige Träger verbindet mit den Kommunen vor allem:
 - Subsidiaritätsprinzip
 - Wertekonsens
 - Tarifstrukturen
 - Regionale Vernetzung
 - Gemeinnützigkeit
 - Sicherheit, Vertrauenswürdigkeit

8. Vorteile einer Kooperation mit freigemeinnützigen Trägern wie z.B. die MTG Malteser Trägergesellschaft

- Weitergehende regionale Vernetzung unabhängig von den herkömmlichen sektoralen Grenzen (Krankenhäuser, Altenhilfeeinrichtungen, ambulante Dienste, Ärztehäuser, etc.)
- Verbesserte regionale Marktposition
- Klar definierte ethische Grundhaltung
- Nutzung von Synergien eines regionalen/überregionalen Verbundes (Bsp.: Einkauf, QM, Personal)