

Krankenhäuser – Konzentrationsprozess und Privatisierung

Axel Kortevoß und Thomas Krafft

Die räumliche Struktur des Krankenhausangebots ist für die wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung von Bedeutung, hat aber auch Einfluss auf die regionalen Arbeitsmärkte. Durch die Zuweisung der Trägerschaft der Krankenhäuser an die Kreise und kreisfreien Städte waren und sind Krankenhäuser als wichtige öffentliche Arbeitgeber auch immer im Fokus regionalpolitischer Interessenlagen. Der Kostendruck auf die einzelnen Krankenhäuser ist sowohl durch die angespannte Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung als auch durch die überwiegend defizitäre Lage der öffentlichen Haushalte in den letzten Jahren weiter gestiegen, so dass viele Krankenhäuser vor der schwierigen Herausforderung stehen, ohne ausreichende Investitionsmittel zukunftsfähige Konzepte für die regionale Krankenhausversorgung zu entwickeln. Privatisierung, Standortzusammenlegung oder Schließung nicht mehr wettbewerbsfähiger kleiner Häu-

ser haben die Krankenhauslandschaft in der Bundesrepublik in den letzten Jahren erheblich verändert.

Finanzierungsdefizite als Privatisierungsanlass

Bei der Finanzierung der Krankenhäuser trennt man zwischen den laufenden Kosten (Betriebskosten), die durch die Krankenkassen aufgebracht werden, und den Investitionskosten, die von den Ländern zu übernehmen sind. Bei steigenden Gesamtkosten nimmt dabei der Investitionsanteil kontinuierlich ab **5**. Aufgrund der rückläufigen Investitionsmittel ist ein erheblicher Investitionsstau in den Krankenhäusern entstanden, der von den meisten kommunalen Trägern nicht kompensiert werden kann (AUGURZY u.a. 2004). Verstärkt wird diese Entwicklung durch die Einführung eines neuen Vergütungssystems auf der Basis von Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups), so dass die Krankenhäuser zukünftig vermehrt in einem Effizienzwettbewerb stehen werden **(▶ Beitrag Kortevoß/Krafft, Bd. 7, S. 146)**.

1 Kennzahlen* der umsatzstärksten privaten Krankenhausbetreiber			
Betreiber (Stand der Daten)	Umsatz in Mrd. €	Mitarbeiter	Betten/Plätze
Asklepios Kliniken GmbH (2002)	ca. 2,00	ca. 34 500	ca. 21 000
Helios Kliniken GmbH** (2005)	ca. 1,55	ca. 24 800	ca. 15 200
Rhön-Klinikum AG (2005)	ca. 1,41	ca. 21 000	ca. 12 200
Sana Kliniken GmbH & Co KGaA (2004)	ca. 1,46	ca. 18 700	ca. 14 600

* umfasst sämtliche Konzernaktivitäten (akutstationäre Behandlung, ggf. Rehabilitationskliniken und Pflegeheime, Verwaltungs- und Serviceeinheiten, etc.)
** inkl. Wittgensteiner Kliniken AG

Da eine Subventionierung defizitärer öffentlicher Krankenhäuser aus dem allgemeinen Steueraufkommen vielfach weder leistbar noch politisch durchsetzbar ist, versuchen die kommunalen Träger vermehrt, alternative Finanzierungsmöglichkeiten zu erschließen. Hierzu gehört insbesondere der Verkauf defizitärer Krankenhäuser an private Betreiber. Im Jahr 2003 waren von den bundesweit rund 2200 Krankenhausstandorten ca. 25% in privater Trägerschaft **6**. Zunehmend werden auch große Klinikstandorte bzw. -verbünde privatisiert. So hat das Land Hamburg (gegen das Votum eines entsprechenden Bürgerentscheides) den Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg mit seinen sieben Standorten an die private Asklepios GmbH veräußert. Die vier umsatzstärksten privaten Krankenhäuser betrieben im Februar 2006 insgesamt ca. 170 Akutkliniken und haben damit eine erhebliche Bedeutung für die regionale Krankenhausversorgung erlangt **2**. Dies ist inzwischen ins Blickfeld der obersten Kartellbehörde gerückt. In einer ersten kartellrechtlichen Überprüfung im Jahr 2005 ist eine Veräußerung von zwei kommunalen Krankenhäusern an die Rhön-Klinikum AG zunächst untersagt worden.

In Hessen hat mit der Privatisierung der beiden Universitätsklinika Gießen und Marburg der Privatisierungs- und Konzentrationsprozess eine neue Qualität erreicht. Verglichen mit allen anderen hochschulmedizinischen Standorten der alten Länder hatte das Universitätsklinikum Gießen zwischen 1958 und 2004 die wenigsten Investitionsmittel erhalten und war unter dem neuen System der Krankenhausvergütung nicht mehr wettbewerbsfähig (WISSENSCHAFTSRAT 2005). Die vom Land Hessen zunächst erwogene Aufgabe des Standortes Giessen wurde als politisch nicht durchsetzbar bewertet. Zur Vorbereitung einer Privatisierung wurden die beiden Kliniken in Gießen und Marburg zunächst in einer Anstalt des öffentli-

chen Rechts zusammengeführt. Mit dem Verkauf der Mehrheitsanteile an die meistbietende Rhön Klinikum AG und der im Januar 2006 erfolgten positiven Bewertung durch den Wissenschaftsrat, der insbesondere die Gewährleistung der Unabhängigkeit der akademischen Selbstverwaltung und des Primats der Universitäten bei Forschung und Lehre eingefordert hatte, wird in Hessen ein neuer Weg beschritten, der für andere chronisch unterfinanzierte Universitätsklinika unter Umständen wegweisend wird.

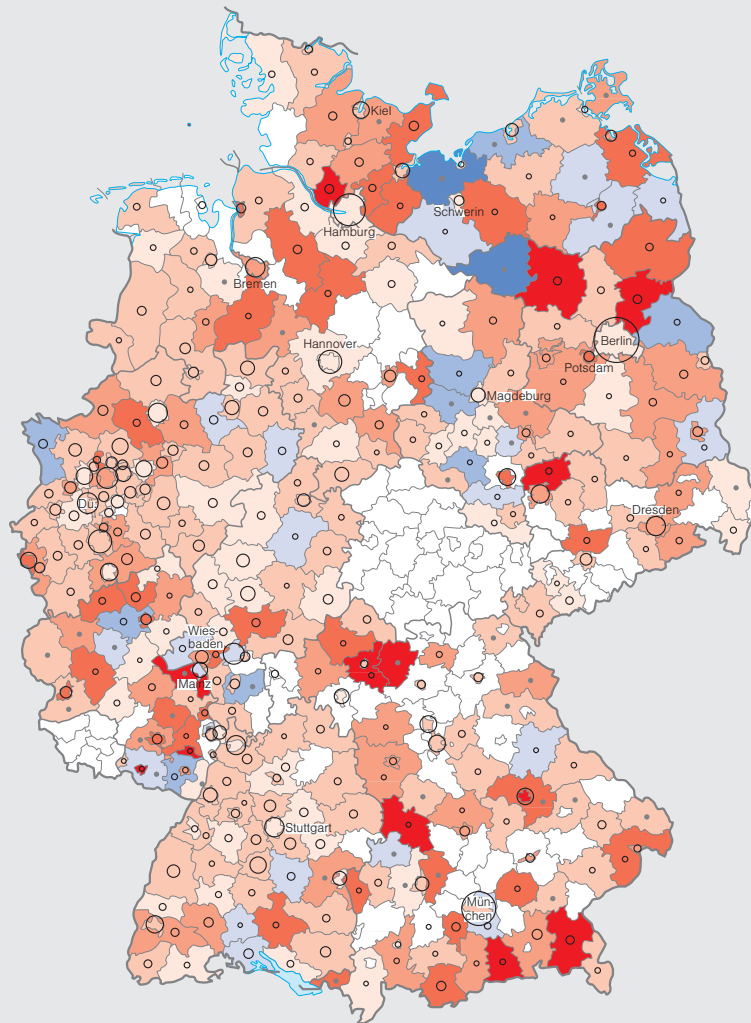
Auswirkungen von Krankenhausprivatisierungen

Die Auswirkungen der Übernahme von kommunalen Krankenhäusern durch private Betreiber lösen in den betroffenen Regionen regelmäßig Ängste aus. Neben einer Gefährdung der wohnortnahen Versorgung sowie Einschränkungen bei der Qualität der medizinischen Versorgung werden häufig auch Auswirkungen auf den regionalen Arbeitsmarkt diskutiert, für den die Krankenhäuser z.T. eine zentrale Rolle spielen **4 7**. Erste Studien zu den Auswirkungen von Krankenhausprivatisierungen zeigen, dass negative Effekte für die medizinische Versorgung oder den Arbeitsmarkt bisher nicht nachgewiesen werden können (CLADE 2004). Auswirkungen ergeben sich aber vielfach in Bezug auf die Tarifstrukturen sowie für Arbeitsklima und -belastung der Mitarbeiter.

Im Zusammenhang mit der Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen-Marburg sind auch Effekte auf Forschung und Lehre diskutiert worden. Um zukünftig die Wahrnehmung der Aufgaben in Forschung und Lehre in den betroffenen medizinischen Fachbereichen zu gewährleisten, hält das Land Hessen weiterhin einen 5%-Anteil am Klinikum. Auf Empfehlung des Wissenschaftsrates sind darüber hinaus vertragliche Regelungen getroffen worden, die klarstellen, dass die Fachbereiche in alle wissenschaftsrelevanten Fragen und Entscheidungen eingebunden werden müssen (WISSENSCHAFTSRAT 2006).♦



3 Ärzte in Krankenhäusern 1995-2003



Legende für Abb. 3 und 4

Anzahl der Ärzte bzw. des Pflegepersonals in Krankenhäusern 2003*

16 372 (Maximalwert Pflegepersonal)
6 973 (Maximalwert Ärzte)
5 000
1 000
500
70

1 mm² $\triangleq$ 250 Ärzten bzw. Pflegekräften

Anzahl der Ärzte bzw. des Pflegepersonals < 70

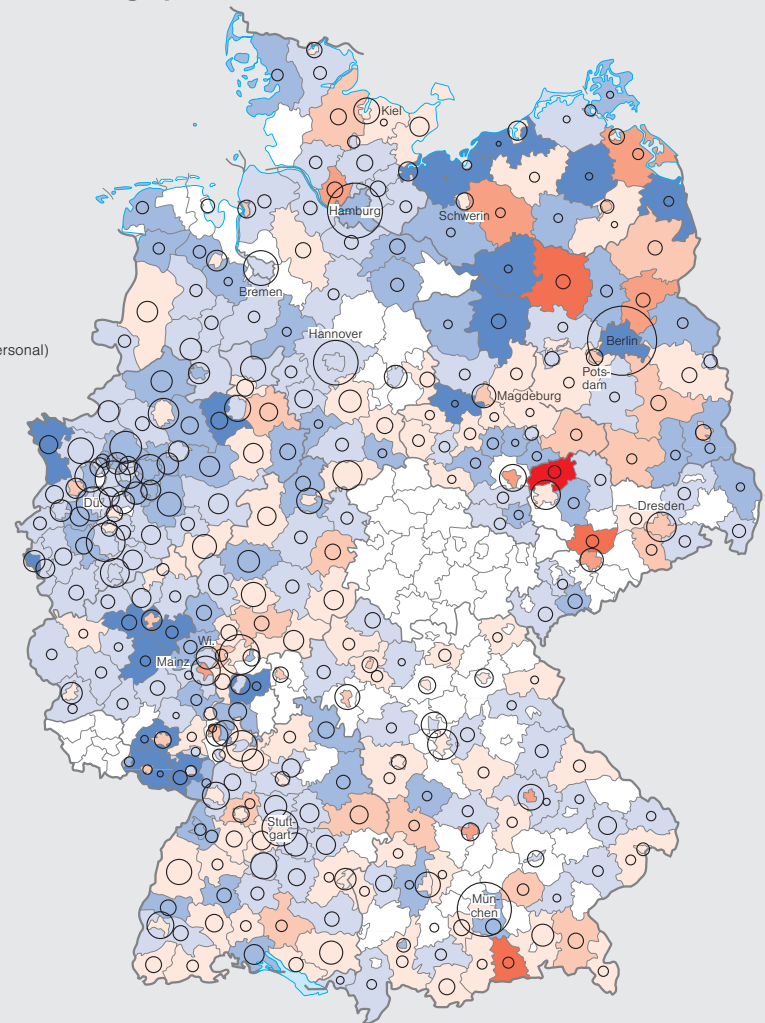
Veränderung der Ärzte- bzw. Pflegepersonalzahlen in Krankenhäusern 1995-2003**

in Prozent

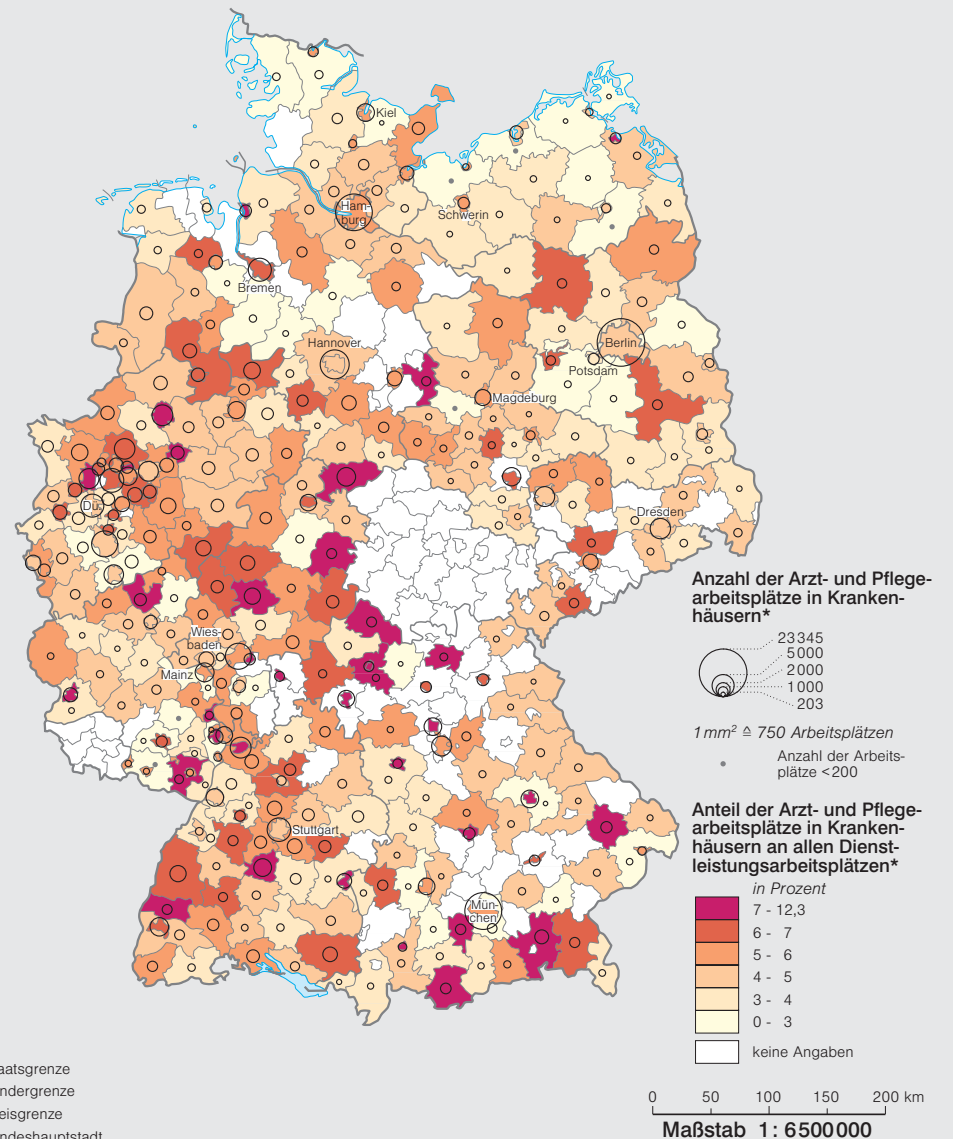
50 - 145,6
30 - 50
20 - 30
10 - 20
0 - 10
-10 - 0
-20 - -10
-36,7 - -20
keine Angaben

Dü. Düsseldorf
Wi. Wiesbaden

4 Pflegepersonal in Krankenhäusern 1995-2003



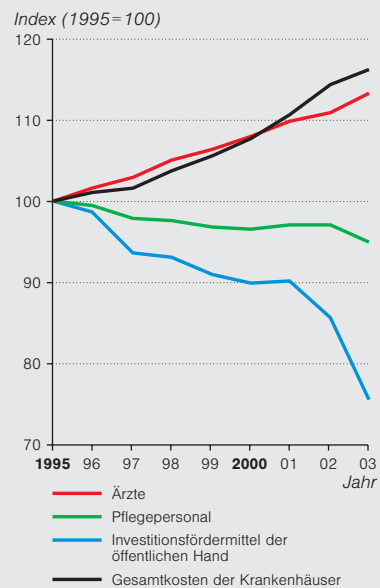
7 Krankenhäuser als Arbeitgeber 2003



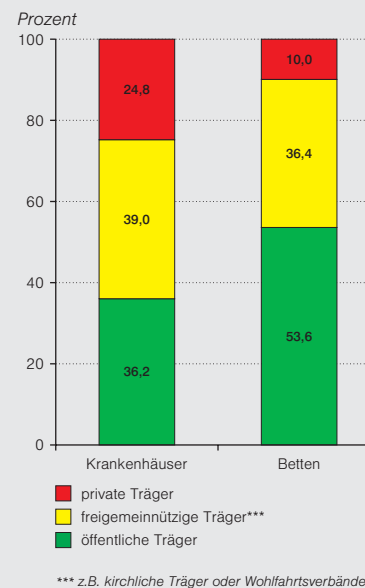
* Für alle Kreise in Baden-Württemberg sowie den Kreis Mittweida (Sachsen) und die kreisfreie Stadt Kaufbeuren (Bayern) abweichender Zeitstand 2001.
Für alle Kreise in Hessen sowie die Kreise Aichach-Friedberg (Bayern) und Plön (Schleswig-Holstein) abweichender Zeitstand 2002.

** Für alle Kreise in Baden-Württemberg sowie den Kreis Mittweida (Sachsen) und die kreisfreie Stadt Kaufbeuren (Bayern) abweichender Zeitraum 1995-2001.
Für alle Kreise in Hessen sowie die Kreise Aichach-Friedberg (Bayern) und Plön (Schleswig-Holstein) abweichender Zeitraum 1995-2002.
Für den Weißeritzkreis (Sachsen) und die kreisfreie Stadt Aschaffenburg (Bayern) abweichender Zeitraum 1996-2003.

5 Entwicklung ausgewählter Krankenhauskennziffern 1995-2003



6 Trägerschaft von Krankenhäusern und Krankenhausbetten 2003



Autoren: A. Kortevoß, T. Krafft