

---

# 1 Einführung

Am Anfang jeder Abhandlung steht die Fragestellung, was erreicht werden soll. Auf die Zielsetzung soll im Folgenden näher eingegangen werden. Funktionsträger in Krankenhausgremien, die sich mit den Themen Sanierung und Privatisierung von Krankenhäusern auseinandersetzen müssen, kommen zwangsläufig zu den Fragestellungen: Warum nehmen Sanierungsprojekte oder Privatisierungstransaktionen in der deutschen Krankenhauslandschaft immer mehr Raum ein? Welche Krankenhäuser oder Krankenhausträger sind primär wirtschaftlich gefährdet? Was bedeutet eine Krankenhaussanierung, wann beginnt sie und was ist zu tun? Wann sollte über eine Privatisierung nachgedacht werden und was ist im Transaktionsverfahren zu beachten?

Funktionsträger in Krankenhausgremien, die Antworten auf diese Fragen suchen, sollen in dieser Abhandlung Antworten finden. Allerdings sei vorrangestellt, dass die Grundlagen der Krankenhausfinanzierung nicht mehr erörtert werden sollen.<sup>1</sup> Auch sei auf die umfangreiche Sekundärliteratur zu Detailthemen verwiesen.

Zielgruppe dieses Beitrags sind in erster Linie Funktionsträger in Krankenhausgremien, die die Gesellschafter nach dem GmbH-Gesetz oder ähnlichen Vorschriften und Rechtsformen vertreten.<sup>2</sup> Gerade Funktionsträger sind es, die nach den Geschäftsordnungen und Satzungen über die strategische Entwicklung der Klinik, die künftigen Erträge und Aufwendungen sowie Einnahmen und Ausgaben weitreichende Entscheidungen zu treffen haben. Aber auch Arbeitsplätze spielen eine gewichtige Rolle. Es müssen personelle Entscheidungen getroffen werden, die von der Besetzung der Geschäftsführer und Chefärzte bis hin zum Verkauf oder gar zur Liquidation des Krankenhauses gehen können.

Sich als Funktionsträger sachgerecht mit dem eigenen Krankenhaus, dessen generellen und regionalen Marktbedingungen, Organisationsstrukturen und Prozessen auseinanderzusetzen, ist nicht nur gesetzliche Pflicht, sondern Voraussetzung für effiziente Entscheidungen in Gremien. Wie die aktuellen Beispiele in der Bankenlandschaft zeigen, mangelt es häufig an Sach- und Branchenkompetenz bei den Aufsichtsgremien. Bei entsprechenden Kenntnissen über die Folgen der Sub-Prime-Krise hätten einige Entscheidungen von Bankenvorständen durch die Gremien kritischer durchleuchtet werden und so aller Voraussicht nach betriebliche Fehlentscheidungen mit hohen Verlus-

---

<sup>1</sup> Auf die vielzählige Literatur sei verwiesen.

<sup>2</sup> Auch für Bankenmanager oder Manager von Leasinggesellschaften kann dieser Beitrag als Leitlinie dienen.

ten, die auch volkswirtschaftliche Auswirkungen haben, vermieden werden können.

Aber auch im Gesundheitswesen haben die wenigsten Funktionsträger beruflich mit dem Gesundheitswesen zu tun oder nur ein Partikularwissen aus dem ökonomischen oder medizinischen Bereich. Möglichkeiten, sich Rat zu holen, sind auch eingeschränkt. Oftmals müssen sich die Funktionsträger auf die Informationen von externen Krankenhausberatern, Wirtschaftsprüfern oder Kostenträgern verlassen, die den Krankenhausbetrieb auch nur von außen beurteilen können bzw. nur einen bestimmten Fokus auf die betrieblichen Vorgänge haben. Allgemeine Schulungen für Gremienangehörige zu Rechten und Pflichten von Aufsichtsräten führen auch nicht immer zum Erfolg, da spezifische Branchenkenntnisse des Gesundheitswesens im Rahmen dieser Schulungen häufig nicht vermittelt werden. Diese Abhandlung soll diese Lücke füllen und als kleine Hilfestellung und Orientierung für die Krankenhausgremien dienen, insbesondere für Neueinsteiger, die über keine oder nur geringe Branchenkenntnisse im Gesundheitswesen verfügen. Die Gesundheitsbranche ist ein spezieller Markt, der durch eine starke gesetzliche Reglementierung über Bundes- und Landesrecht und nicht zuletzt durch die Sozialversicherung gekennzeichnet ist.<sup>3</sup> Hierdurch ergeben sich andere Spielregeln als in der freien Wirtschaft, wo insbesondere Umsätze nicht gedeckelt sind und grundsätzlich im Rahmen der Marktmöglichkeiten ausgeschöpft werden können.

Die vorgefundene Praxis wie auch Statistiken geben zwischenzeitlich ausführlich Auskunft über bereits geschlossene Kliniken, erfolgreich sanierte oder privatisierte Krankenhäuser. Die Ausgangsbedingungen der einzelnen Krankenhäuser, die mit dem öffentlichen Auftrag der Lebensrettung und der Behandlung schwerer Erkrankungen betraut sind, haben sich seit 1996 dramatisch verschlechtert.<sup>4</sup> Viele Kliniken kämpfen um ihre Existenz, einerseits über Gremien und Verbände gemeinsam, andererseits gegeneinander. Kooperationen und Konfrontationen liegen oftmals eng beieinander. Gerade Verbandsfunktionäre können hier in Interessenkonflikte zwischen den eigenen Interessen für bestimmte Kliniken und einer Gruppen von Kliniken kommen.

Volkswirtschaftliche Berater und politische Entscheidungsträger gehen prinzipiell von einer stationären Überversorgung und zu vielen stationären Betten in Deutschland aus. In einigen Regionen mag dies sicherlich auch zutreffen, dies gilt aber nicht generell. Im Grunde ist dies aber nur der vordergründige Aspekt, der einer Erläuterung bedarf. Unsere Gesellschaft ist aufgrund der demografischen Entwicklung „eine alternde Gesellschaft“. Die oft zitierte

---

<sup>3</sup> Die üblichen gesetzlichen Regelungen für Unternehmen kommen hier noch hinzu.

<sup>4</sup> Krankenhäuser bieten darüber hinaus teils weitergehende Leistungen an, die aber letztlich den Zweck einer Unterstützung des stationären Leistungspotfolios haben. Gerade bei diesen Leistungen besteht eine große Sektorenkonkurrenz.

Alterspyramide zeugt hiervon. Patienten, die heute der stationären Obhut bedürfen und gleichzeitig Mehrfacherkrankungen aufweisen, nehmen vermehrt die Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch, was für die Kostenträger aber Ausgabensteigerungen darstellen. Aus Sicht der Krankenhäuser als Dienstleistungsunternehmen oder Anbieter von stationären Gesundheitsdienstleistungen eigentlich keine schlechte Überlebensposition, auch wenn parallel eine zunehmende ambulante oder tagesklinische Versorgung in Deutschland stattfindet. Auch nimmt der medizinische Fortschritt zu, der oftmals in der Diskussion negativ belegt ist. Das Gegenteil ist der Fall, der medizinische Fortschritt ermöglicht einer alternden Gesellschaft eine verbesserte Gesundheitsslage bis ins hohe Lebensalter hinein. Die Schlussfolgerung liegt nahe: Krankenhäuser werden vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt in Deutschland in den kommenden 20 Jahren mehr denn je gebraucht und leisten neben dem eigentlichen Auftrag auch einen wesentlichen Beitrag für den sozialen Frieden in der Gesellschaft. Es lohnt sich daher, sich für eine adäquate Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung einzusetzen.

Schließlich darf auch nicht übersehen werden, dass die Ansprüche der Bevölkerung und damit der Patienten und auch der medizinische Fortschritt angestiegen sind.<sup>5</sup> Letztlich hat die Abkehr von den tagesbezogenen Pflegesätzen, die bis 1995 zur Abrechnung gelangt sind, bis hin zu den heutigen Fallpauschalen (DRG) mit standardisierten Verweildauern zu einer Reduktion von Betten geführt. Auch die Phase von 1996 bis 2002 hat in den operativen Disziplinen durch die Anwendung von Fallpauschalen und Sonderentgelten und abteilungsabhängigen Pflegesätzen bereits zu einem leichten Verweildauerabbau in den chirurgischen Disziplinen geführt. Seinerzeit wurde dual in Pauschalbereiche und Pflegesatzbereiche differenziert gesteuert. Heute liegen mehr Patienten kürzer im Krankenhaus, was jede Pflegekraft täglich verspürt und durch die PPR-Statistiken des Pflegedienstes, sofern diese noch geführt werden, transparent wird. Im Schnitt betrug der Krankenhausaufenthalt je Patient 1998 noch rund 10,2 Tage, 2002 rund 9,2 Tage und im Jahre 2006 nur noch rd. 8,5 Tage.

Auch der Investitionsbedarf hat sich durch den Bettenabbau der Landesministerien grundsätzlich nicht verringert, sondern sogar erhöht.<sup>6</sup> Der Investitionsbedarf für Krankenhäuser wird mehr als das Dreifache der zur Verfügung gestellten Fördermittel ausmachen und führt derzeit zu einem enormen Investitionsstau und damit zu einer Verschlechterung der Finanzsituation durch vermehrtes Fremdkapital. Hier profitieren die Banken und der Aktienmarkt,

<sup>5</sup> Ambulante Behandlungen von Untersuchungen an einem PET-CT werden von den Kostenträgern nicht bezahlt. Auch sprechen die Kostenträger oft von einem angebotsinduzierten Markt.

<sup>6</sup> Sofern es zu einer Erhöhung der Gesamtmittel kommen sollte, muss erwartet werden, dass der Verteilungsschlüssel für die Krankenhäuser zunehmend leistungsorientierter sein wird.

die einen Teil dieses Investitionsstaus auffangen. Ob hier länderspezifisch mehr Investitionsgelder in das Gesundheitssystem eingebracht werden, bleibt abzuwarten.<sup>7</sup> Allerdings werden im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung die rückläufigen Verweildauern und Belegungstage und damit die Bettenkürzungen in Krankenhäusern als Instrument zur Verringerung der Investitionsmittel herangezogen, was das finanzielle Dilemma in der stationären Krankenhausversorgung in den letzten Jahren erhöht hat.

Vielfach durch die Gesundheitspolitik angetrieben, sollen die Krankenhäuser vermehrt hochspezialisierte ambulante oder tagesklinische Leistungen erbringen und Kooperationen oder Beteiligungsmodelle mit niedergelassenen Ärzten umgesetzt werden. Aber auch Medizinische Versorgungszentren stellen Möglichkeiten dar, die horizontale Wertschöpfungskette eines Krankenhauses im ambulanten Bereich zu erhöhen. Parallel fordern in vielen Bundesländern die zuständigen Ministerien Fördermittel zurück, indem neue, vorwiegend ambulante Leistungsbereiche als fördermittelschädlich deklariert werden. Dies wird damit begründet, dass ohne Rückforderungen von Fördermitteln Wettbewerbsverzerrungen zu niedergelassenen Ärzten entstehen. Es darf trotz dieser zunächst nachvollziehbaren Argumentation aber auch nicht übersehen werden, dass die Krankenhäuser in den vergangenen zehn Jahren oftmals ambulante Lücken politisch gewollt geschlossen haben, damit keine Unterversorgung entsteht. Sofern heute eine Strahlentherapie zu mehr als 80 % ambulant genutzt wird, so war dieser Anteil in den vergangenen Jahren durch eine andere, stationäre Behandlungsform geringer. Heutzutage stellen Refinanzierungen von Linearbeschleunigern die Krankenhäuser vor große finanzielle Belastungen und müssen über den Weg einer Kooperation oder der Installierung eines Medizinischen Versorgungszentrums beseitigt werden. Beide Modelle sind aber grundsätzlich förderschädlich bzw. führen zu Rückzahlungsforderungen von Investitionsmitteln insbesondere beim sogenannten Strahlenbunker. Gerade Kliniken, die die onkologische Versorgung weiter ausbauen, ist dies kaum zu verstehen, da ein Großteil der Behandlung heute ambulant oder tagesklinisch erfolgt. Dies war vor zehn Jahren noch anders. So werden die Fördermittel durch die Krankenhäuser geradezu für die Finanzierung der neuen, auch ambulanten oder rehabilitativen Geschäftsmodelle benötigt. Dieses Vorgehen der Fördermittelbehörden ist nicht nur volkswirtschaftlich, sondern auch betriebswirtschaftlich wenig nachzuvollziehen. Im Zweifelsfall kann es dem Krankenhaus die Existenz entziehen, wenn sich dieses mit enormen Rückforderungen von Fördermitteln aus Bauvorhaben konfrontiert sieht.

Warum sprechen Fachleute und Gesundheitspolitiker dennoch von einer stationären Überversorgung im deutschen Gesundheitswesen? Die Antwort kann in der Krankenhausfinanzierung gefunden werden. Einerseits besteht aufgrund der demografischen Entwicklung sowie des medizinischen Fort-

---

<sup>7</sup> Es wird sich hier immer die politische Frage der Kompensation zwischen Bund und den Ländern stellen.

schritts eine gestiegene Nachfrage nach stationären und ambulanten Gesundheitsdienstleistungen, andererseits existiert ein tradiertes Finanzierungssystem, das die demografische Entwicklung mit längerer Lebenserwartung finanziell nicht mehr oder nur mit Rationierung auffangen kann.<sup>8</sup> Auch wenn dies vonseiten der Gesundheitspolitik nicht offen ausgesprochen wird, zeigen dies die neuen Finanzierungsmodelle und Diskussionen (Bürgerversicherung, Kopfpauschalen). Die Zweiklassenmedizin und Rationierung ist schon längst beim Bürger angekommen. Dies wird vom Patienten und seinen Angehörigen zunehmend durch längere Wartezeiten in Sprechstunden, Wartelisten bei Operationen, Zuzahlungen, Einschränkungen bei den Leistungen, zu wenig Patientenzuwendung auf Stationen oder auch bei der Qualität der Leistung wahrgenommen. Der Patient beschwert sich hier im jeweiligen Einzelfall.<sup>9</sup> Auch liegen bei gesetzlichen Patienten nach wie vor kürzere Verweildauern als bei Privatpatienten vor, was durch das zusätzliche private und parallele Finanzierungssystem bedingt ist. Hier kann sich trotz DRG-System nach wie vor eine längere Liegedauer lohnen, insbesondere für den Wahlleistungsarzt, der Privatpatienten behandelt, was einen hohen Anteil seiner variablen Vergütung ausmacht.

Auch die Diskussionen im niedergelassenen Bereich hinsichtlich eines Austritts der Haus- und Fachärzte aus der Kassenärztlichen Vereinigung zeugen von unterfinanzierten Bereichen im Gesundheitswesen. In den südlichen Bundesländern wird diese Entwicklung noch mehr zu spüren sein, da dort aufgrund neuer Finanzierungsmodelle mit Pauschalierungscharakter (z. B. Euro-EBM ab 2009) Gelder in westliche oder östliche Regionen gelenkt werden. Auch wird ein bundesweiter Basisfallwert zu neuen Allokationen führen. Die aktuelle Erhöhungsdiskussion der ärztlichen Gesamtvergütung im niedergelassenen Bereich zeigt auch, dass die Finanzierung im ambulanten Bereich grundsätzlich zu niedrig ist und einer Anpassung bedarf, um eine flächendeckende Versorgung im Bundesgebiet sicherzustellen. Diese Situation kennt nicht nur der niedergelassene Arzt sondern auch Krankenhäuser, die Institutsambulanzen vorhalten.

Die gesetzliche Krankenversicherung und Krankenversorgung erlangte 1883 durch Bismarck einen wichtigen Versorgungsschritt, der im Laufe des 20. Jahrhunderts ein Auf und Ab erlebte. Die Entwicklung im Gesundheitswesen seit 1996, als die ersten Gesundheitsreformen durchgeführt wurden, muss als Rezession in der Gesundheitsversorgung bezeichnet werden, da die Nach-

<sup>8</sup> Die Krankenhäuser beziehen ihre Einnahmen von den Kostenträgern. Darüber hinaus erhalten diese von den Ländern Fördermittel (Pauschalmittel und Einzelförderungsmittel). Die Kostenträger erhalten primär ihre Einnahmen aus den Beitragssätzen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Eine weitere Finanzierung besteht aus Einnahmen der privaten Krankenversicherung bei Wahlleistungen und Einnahmen von der Kassenärztlichen Vereinigung bei ambulanter Leistungserbringung.

<sup>9</sup> Der gemeinsame Bundesausschuss, der zunehmend qualitative und quantitative Einschränkungen in der stationären Gesundheitsversorgung vornimmt, wird von vielen als „Rationierungsbehörde“ bezeichnet.

frage der deutschen Bevölkerung nach Gesundheitsdienstleistungen gestiegen ist, die finanziellen Gegebenheiten aber zu Rationierungen bei gesetzlich Versicherten und zur Begünstigung privater Versorgungsstrukturen geführt haben. In der Theorie soll dies nicht sein, in der Praxis ist dies aber Alltag. Dies bestmöglich operational zu managen, ist Aufgabe der Kostenträger, der ambulanten und stationären Leistungserbringer im Gesundheitswesen sowie der Krankenhaus-Verantwortlichen.

Ab 2009 wird es den Gesundheitsfonds mit einem einheitlichen Beitragssatz geben.<sup>10</sup> Für die einen ist der Gesundheitsfonds der Schritt in eine bessere und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung, für die anderen ein gesetzlicher Verteilungsapparat, der eine marktwirtschaftliche Preisbildung nicht mehr zulässt. Der Gesundheitsfonds wird als Weg zur gesetzlichen Einheitskasse unter Ausschluss des Wettbewerbs unter den Krankenkassen bezeichnet. Gerade der einheitliche Beitragssatz führt zu viel Kritik, da sich dieser Preis nicht am Markt bildet, sondern staatlich verordnet wird. Sofern der Beitragssatz zu hoch festgelegt wird, so vermuten die Kritiker, wird das Gesundheitssystem überfinanziert und Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung fehlen, was die Lohnnebenkosten wieder ansteigen lässt. Ist der Beitragssatz zu niedrig festgelegt, seien Rationierungen im Gesundheitswesen sowie ein „Sterben“ der Kostenträger vorprogrammiert. Gerade diese Erkenntnis führt dazu, dass sich die Kostenträger insbesondere um den Risikostrukturausgleich und damit um die Zusatzeinnahmen und weniger um ein sachgerechtes Preis-Leistungs-Verhältnis bemühen. Auch wird vonseiten der Kritiker des Gesundheitsfonds zum Beitragssatz angeführt, dass die Festlegung der Höhe des Satzes nach Kassenlage und nicht nach der Versorgungsnotwendigkeit erfolgen wird. Für die Festlegung der Höhe fehlen objektive und überprüfbare Kriterien. Ob die Kritiker Recht haben oder nicht, muss hier offen gelassen werden. Die Leistungserbringer sind aber von einer sachgerechten Finanzierung im Gesundheitswesen abhängig. Insofern bleibt die Wirkung des Gesundheitsfonds abzuwarten.

Unabhängig von dieser politischen Fragestellung müssen die gesetzlichen Krankenkassen mit den Beitragseinnahmen und den Einnahmen aus dem Morbiditäts-Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auskommen. Die private Krankenversicherung wurde in diesen Fonds nicht einbezogen. Im Morbi-RSA werden insbesondere die Volkskrankheiten eine zunehmend wichtigere Rolle spielen. Neben den bisherigen Verteilungsschlüsseln im Risikostrukturausgleich, die sich insbesondere an Alter, Geschlecht und Einkommen orientieren, wird sich die Verteilung der Gelder unter den Krankenkassen auch an den Krankheiten orientieren. Hier war Streitfrage, inwieweit die Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, koronare Herz-erkrankungen, Asthma oder COPD, in den Morbi-RSA einbezogen werden. Hier liegt grundsätzlich auch ein Streitpunkt zwischen den günstigeren und

---

<sup>10</sup> Bis zum 01.11.2008 beschließt die Bundesregierung, wie hoch der einheitliche Beitragssatz sein wird.

an gesunden Versicherten orientierten Krankenkassen (Gruppe 1) und den klassischen Krankenkassen, die vielfach ältere und kränkere Versicherte im Portfolio haben (Gruppe 2). Es geht letztlich um die Frage, welche Krankenkassenart künftig mehr oder weniger Geld für ihre Ausgaben zur Verfügung hat bzw. eine Zusatzprämie erheben muss oder nicht, wenn die Ausgaben die Einnahmen übersteigen. Es ist zu erwarten, dass sich voraussichtlich die Gruppe 2 durchsetzen wird, da die Sozialversicherung letztlich kranken Menschen helfen bzw. deren Gesundung bezahlen muss, um kranke Menschen wieder dem Arbeitsprozess zuzuführen. Diese Krankenkassengruppe hat gerade in den vergangenen Jahren Disease Management Programme (DMP) im Rahmen der Volkskrankheiten wie Asthma bronchiale, koronare Herzkrankungen oder Diabetes Mellitus I und II verstärkt umgesetzt und würde nunmehr durch den Morbi-RSA profitieren.<sup>11</sup> Damit werden diese Programme in Zukunft ein (noch) stärkeres Gewicht bekommen, da die DMP ein Teil des Finanzausgleiches der Krankenkassen untereinander mit Kopplung an die Morbidität der Versicherten ausmachen.<sup>12</sup>

Wenn es der einzelnen Krankenkasse nicht gelingt, ein ausgeglichenes Vermögen und Überschüsse vorzuweisen, muss diese ausschließlich von ihren Versicherten eine Zusatzprämie verlangen.<sup>13</sup> Für eine einzelne Krankenkasse ist es irrelevant, dass die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt Überschüsse machen. Die Arbeitgeber tragen bei den Kostensteigerungen hierzu künftig keinen Beitrag mehr, da diese von Beitragssteigerungen abgekoppelt wurden. Hierdurch offenbart sich die Zielsetzung der Gesundheitspolitik, die Beitragssätze trotz demografischer Entwicklung und medizinischen Fortschritts stabil zu halten. Dies ist das Ziel, eine angemessene Gesundheitsversorgung wird zur Variablen. In 2007 hat die gesetzliche Krankenversicherung insgesamt 1,7 Mrd. Euro Überschüsse erzielt. Diese Überschüsse können auch als „Vorenthaltungen“ bei der Gesundheitsversorgung bezeichnet werden.

Die Folgen im Gesundheitssystem könnten weitere Rationierungen, eine größere Schere zwischen privaten und gesetzlichen Kassenpatienten oder kostenpflichtige Zusatzleistungen sein. Im ambulanten Bereich werden bereits heute sogenannte Igel-Leistungen angeboten, die für eine notwendige Patientenbehandlung sinnvoll sein können. Hier sei beispielsweise die Knochendichtemessung angeführt, die von gesetzlichen Patienten separat bezahlt werden muss. Auch verfolgt die Gesundheitspolitik die Zielsetzung, die derzeit 219 Krankenkassen auf rund 50 Krankenkassen zu reduzieren, was die Existenz-

<sup>11</sup> In der Vergangenheit haben die Kostenträger vielfach die DMP dazu genutzt, ihr Einkaufsmodell mit niedrigeren Vergütungen durchzusetzen.

<sup>12</sup> Die inhaltliche Ausgestaltung erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA).

<sup>13</sup> Auch die Kostenträger stehen derzeit unter Druck, da es nach politischen Aussagen nur noch 50 Krankenkassen geben soll. Kostenträger, die eine Prämie erheben müssen, werden Versicherte verlieren. Darüber hinaus werden die Krankenkassen der Insolvenz unterliegen.

sorgen bei den Kostenträgern schürt. Von Krankenhausseite wird diese Entwicklung durchaus begrüßt, um Reibungsverluste zu verringern. Aber auch die Einführung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit Sitz in Berlin ab Mitte 2008 wird Veränderungen in der Krankenkassenlandschaft mit sich bringen. Bisher haben sieben Einzelverbände der Krankenkassen die gemeinsamen Rahmenbedingungen organisiert bzw. haben ihre Positionen einzeln vertreten. Dies wird künftig Aufgabe des Spitzenverbandes Bund sein, der die gesetzlichen Koordinierungsaufgaben übernimmt. Alle vom Spitzenverband Bund<sup>14</sup> getroffenen Entscheidungen gelten künftig für alle Krankenkassen, Landesverbände und alle 70 Millionen gesetzlich Versicherten. Der Spitzenverband Bund wird künftig u. a. für Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen, für die stationäre und ambulante Versorgung, die Vertretung der GKV-Interessen in der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den Leistungserbringern auf Bundesebene oder für die Festsetzung von Festbeträgen für Arznei- und Hilfsmittel zuständig sein. Von dort werden aber auch Vorgaben für Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene gemacht, die die Krankenhäuser tangieren.

Aktive politische Zielsetzungen wie die Sicherung der Beitragsstabilität tragen zu dieser destabilisierenden Entwicklung in der Krankenhauslandschaft bei. Letztlich sollen Arbeitsplätze durch niedrigere Arbeitskosten geschaffen werden. Der Preis hierfür sind starke Reduktionen bei den Arbeitsplätzen der stationären Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die insbesondere im Pflegedienst sowie im Wirtschafts- und Versorgungsdienst durchgeführt worden sind. Aktuell wurde von Seiten der Politik angekündigt, dem Personalabbau im Pflegedienst durch eine Prämie entgegenzutreten. Gerade die Krankenhäuser, die in den vergangenen Jahren einen starken Personalabbau durchgeführt haben, werden je nach Ausgestaltung der Regelung bevorzugt.

Gerade dieser Widerspruch ist es, den sich private Klinikketten<sup>15</sup> zunutze machen, indem diese die Gewähr für eine „wohnortnahe, qualitativ hochwertige und bezahlbare Krankenhausversorgung“ geben wollen. Wird hier die Gesundheit zur Ware, wie dies die Privatisierungsgegner anführen? Auch hier gibt es leider zwischenzeitlich Beispiele für misslungene Privatisierungsvorhaben.<sup>16</sup> Private Klinikketten können einige Prozesse besser steuern, als dies in öffentlich geführten Kliniken der Fall ist, insbesondere dann, wenn es sich um größere Ketten mit Einkaufsmacht handelt.<sup>17</sup> Allerdings haben private Klinikketten auch die Hürde einer unzureichenden Krankenhausfinanzierung zu nehmen. Es ist kein Widerspruch, dass private Klinikketten hierin auch ihre Chancen für ein weiteres privates externes Wachstum sehen. Je

---

<sup>14</sup> Der Spitzenverband Bund wird von einem dreiköpfigen Vorstand vertreten.

<sup>15</sup> Private Klinikketten sind die Rhön-Klinikum AG, Helios, Sana, Ameos.

<sup>16</sup> Siehe Berichterstattung zur Insolvenz der Neuen Pergamon oder andere Beispiele unter [www.kliniksterben.de](http://www.kliniksterben.de).

<sup>17</sup> Die Konzentration im Einzelhandel auf größere Ketten vor zehn Jahren hat dies vorgebracht.

mehr sich die Marktbedingungen für die stationäre Versorgung im Allgemeinen verschlechtern, umso mehr besteht für die privaten Anbieter die Chance, weitere Kliniken in öffentlich-rechtlicher oder konfessioneller Trägerschaft zu akquirieren und zu privatisieren. Dieses externe Wachstum ist ihr erklärtes Ziel. Die Budgetdeckelung, die Preissteigerungen bei den Sachkosten, Mehrwertsteuererhöhungen<sup>18</sup>, steigende Energiepreise und Lohnsteigerungen bei den Tarifverhandlungen tragen dazu bei, die Privatisierung zu beschleunigen. Auch der Gesundheitsfonds wird voraussichtlich die Personalkosten in den Krankenhäusern ansteigen lassen, da seit Jahren viele Krankenhausmitarbeiter bei günstigeren Internet-Krankenkassen versichert sind und der durchschnittliche Beitragssatz für den Arbeitgeber ansteigen wird, den er bis zur Beitragsbemessungsgrenze mit 50 % für die Mitarbeiter anteilig zu bezahlen hat. Diese Beitragssatzerhöhungen treffen deshalb nicht nur die Versicherten, sondern anteilig auch die Arbeitgeber im Gesundheitswesen.

Die deutschen Krankenhäuser müssen heute grundsätzlich mit Fallpauschalen, sogenannten DRG<sup>19</sup>, als Einnahmen auskommen, die sich am Schweregrad einer Behandlung orientieren. In 2008 existieren rund 1.137 verschiedene DRG, davon 1.089 bewertete und 43 unbewertete DRGs, für die eine Preisfindung erfolgen muss. Der DRG-Katalog hat seit 2003 wesentliche Änderungen erfahren und ist bis heute ein dynamisches System.<sup>20</sup>

Verweildauern, so wie es früher noch bei den tagesgleichen Pflegesätzen der Fall war, spielen eine untergeordnete Rolle, zumindest innerhalb der DRG-Finanzierung.<sup>21</sup> Aber auch die politisch gewollte Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander trägt zur Verschlechterung der Situation weniger leistungsfähiger Krankenhäuser bei. Auch werden zwischenzeitlich enorme Summen für Beratungsleistungen gezahlt. Der Gesetzgeber hat den Krankenhäusern im Zeitablauf vielfältige Möglichkeiten für eine Verbesserung der Wertschöpfungskette insbesondere im ambulanten Bereich an die Hand gegeben. Diese Möglichkeiten wurden in der Vergangenheit von den Krankenhausträgern unterschiedlich umgesetzt. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass dieser Anteil als Kompensation für wegfallene oder reduzierte stationäre Leistungssegmente einer unternehmerischen Planung einbezogen werden muss, um die Wertschöpfungskette zu verbreitern.

---

<sup>18</sup> Nach § 4 Nr. 16 UmStG unterliegen die stationären Gesundheitsleistungen nicht der Umsatzsteuerpflicht. In diesem Zusammenhang kann die gezahlte Vorsteuer auf den Wareneinsatz steuerlich nicht abgesetzt werden.

<sup>19</sup> Bei den DRG handelt es sich um ein diagnosebezogenes Entgelt je Fall.

<sup>20</sup> Neben den DRG bestehen Zusatzentgelte laut Katalog und krankenhausindividuell. Auf eine ausführliche Darstellung soll in dieser Abhandlung verzichtet werden.

<sup>21</sup> Im Rahmen der Fördermittelfinanzierung spielt die Auslastung durchaus noch eine Rolle.

**Tabelle 1:** Entwicklung der rechtlichen Möglichkeiten für Krankenhäuser

1989	ambulante Behandlung durch ermächtigte Krankenhausärzte	§ 116 SGB V
1989	Hochschulambulanzen	§ 117 SGB V
1989	sozialpädiatrische Zentren	§ 119 SGB V
1989	psychiatrische Institutsambulanzen	§ 18 SGB V
1993	ambulantes Operieren	§ 115b SGB V
1993	vor- und nachstationäre Behandlung	§ 115a SGB V
2000	Integrierte Versorgung	§§ 140a ff. SGB V
2004	ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung	§ 116a SGB V
2004	Disease Management Programme (DMP)	§ 137f + g SGB V
2004	hochspezialisierte Leistungen	§ 116b SGB V
2004	Medizinische Versorgungszentren (Gründung/Kauf)	§ 95 SGB V
2007	Verbesserung der Belegarztvergütung	
2008	Konkretisierung der Öffnung für hochspezialisierte Leistungen	
2008	Ermächtigungen, Notfallbehandlungen (auf KV-Schein), D-Arzt-Fälle	

Die aufgezeigten gesetzlichen Entwicklungsmöglichkeiten sind von den Krankenhäusern unterschiedlich genutzt worden. Aber auch vonseiten der Kostenträger wurden Restriktionen eingebaut, die eine entsprechende Entwicklung verhindert haben. In einigen Bundesländern wurden je nach Kostenträgerart die Möglichkeiten für IV-Verträge (Integrierte Versorgung) eingeschränkt, da die Kostenträger davon ausgehen, dass dieses Instrument ausschließlich zu Fallzahlsteigerungen führt.

Die Gründe für eine fehlende Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses können durch historische Träger- oder Managemententscheidungen<sup>22</sup> selbstverschuldet sein, sie können aber auch aus den allgemeinen Branchen- oder Regionalbedingungen resultieren. Es gibt aber nicht nur Verlierer, sondern auch Gewinner bei den Leistungserbringern. Ob derzeit Einschätzungen, dass die Krankenhäuser überwiegend positive Jahresergebnisse erwirtschaften, aussa-

<sup>22</sup> Fehlentscheidungen mit existenziellem Bezug können sein, die Leistungsprofilstärkung nicht vorgenommen oder eine schlechte Besetzung in der Geschäftsführung getroffen zu haben.