

Gesundheitsökonomie für die Versorgungspraxis
Gesundheit und Pflege

Herausgegeben von Herbert Rebscher/Jasmina Stoebe/Jürgen Zerth

4

Rebscher/Schmid/Zerth (Hrsg.)

Nutzen, Wert und Public Value

Geschäftsmodelle in Gesundheits-
und Sozialmärkten

Leseprobe

Rebscher/Schmid/Zerth (Hrsg.)

Nutzen, Wert und Public Value

Geschäftsmodelle in Gesundheits- und Sozialmärkten

Nutzen, Wert und Public Value

Geschäftsmodelle in Gesundheits- und Sozialmärkten

Reihe herausgegeben von

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher
Prof. Dr. Jasmina Stoebe
Prof. Dr. Jürgen Zerth

Band herausgegeben von

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher
Prof. Dr. Andreas Schmid
Prof. Dr. Jürgen Zerth

Mit Beiträgen von

Dr. Thomas Bahr
Dr. med. Bernhard Gibis
Thomas Keck
Dr. Kristian Koch
Theresa Meier
Dr. Michael Müller
Sabine Nußbeck
Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Dr. Thomas Rudolf
Daniel Schaffer
Prof. Dr. Andreas Schmid
Prof. Dr. habil. Werner Schöning
Dr. Jochen Walter
Prof. Dr. Wolfgang Wasel
Stefan Wöhrmann
Prof. Dr. Jürgen Zerth

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.

Der Inhalt ist auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

ISBN 978-3-98800-030-9

© 2024 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven

Druck: ADverts printing house, Riga

Titelbild: Vjom/Shutterstock.com



Vorwort zu Band 4

Nutzen, Wert und Public Value

Wir erleben gerade eine politisch zugespitzte Debatte um sogenannte „investorengeführte MVZ“, also Versorgungseinrichtungen in wirtschaftlicher Abhängigkeit von Investoren. Wie so oft, wenn etablierte Angebotsstrukturen unter ökonomischen Druck geraten, wird der öffentliche Diskurs schnell interessengeleitet, oft verengt und insgesamt wenig differenziert. Das verstellt den generellen Blick auf die Entwicklung von Geschäftsmodellen, die wertschöpfend, zukunftsfähig, bedarfsgerecht sowie effizient sind und eine kluge Kombination aus übergeordneten Versorgungszielen und legitimen einzelwirtschaftlichen Interessen erreichen wollen. Dies gilt für das Gesundheits- und Sozialsystem insgesamt und ist kein spezifisches MVZ-Thema.

Das Gesundheits- und Sozialwesen war und ist, wie übrigens alle Wirtschaftsbereiche, mit knappen Ressourcen konfrontiert. Der Umgang damit ist der Kern des ökonomischen Denkens und Handelns. Dies erfordert ein effizientes Wirtschaften und zwingt die in diesem Bereich tätigen (Sozial-)Unternehmungen dazu, tragfähige und umsetzbare Geschäftsmodelle zu entwickeln. Dazu bedarf es differenzierter ökonomischer Instrumente. Das Gerede von einer notwendigen „Ent-Ökonomisierung“ ist auch in diesem Zusammenhang töricht. Aber: Zugleich sehen sich alle Akteure mit einer besonderen sozialen Verantwortung konfrontiert. Diese jedoch lediglich als Limitation für die Geschäftsmodelle zu verstehen, würde zu kurz greifen. Es gilt, ihren Wert und ihren (individuellen und gesellschaftlichen) Nutzen sowie ihre konkreten Ausprägungen in der praktischen Umsetzung von Geschäftsmodellen zu ergründen – das ist Gegenstand dieses Bandes. Differenzierung ist also angesagt.

Welche Geschäftsmodelle sind im Gesundheits- und Sozialwesen zielführend und lassen sich nachhaltig umsetzen? Welche Erfahrungen aus den bisherigen Geschäftsmodellen von Gesundheits- und Sozialunternehmen geben Hinweise auf erfolgreiche oder weniger zielführende Handlungsstrategien? Beide Fragestellungen wirken wohl nur auf den ersten Blick eindeutig, bleibt doch schon die Frage zu klären, was mit Geschäftsmodellen im Allgemeinen und mit Geschäftsmodellen im Gesundheits- und Sozialmarkt im Speziellen eigentlich genau gemeint sein kann,

insbesondere wenn die Basisannahme Gültigkeit besitzt, dass regelhaft Gesundheitsmärkte regulierte Märkte oder gar „Quasi-Märkte“ sind. Auch die Literatur gibt keinen so eindeutigen Hinweis auf eine konsistente Geschäftsmodell-Diskussion.

Im weiteren Sinne ließe sich die Frage nach Geschäftsmodellen mit der Auseinandersetzung um ein Wertverständnis, besser um eine Wert-Kreation durch spezifische Geschäftsmodelle, abgrenzen. Somit ist gerade der Gesundheits- und Sozialmarkt interessant, wo akteurbezogenes Eigeninteresse, sozialunterstützte Nutzerbedarfe und regulierte Nachfrage mit übergeordneten gesellschaftspolitischen Zielen konfligieren mögen. Also: Eine „Ent-Kommerzialisierung“ ist dort geboten, wo diese Zielsetzung gefährdet wird.

Hier gilt wohl festzuhalten: Je mehr die Wertediskussion vom reinen Austauschprozess auf die Erzielung überindividueller und gesellschaftlicher Ziele ausgerichtet ist, desto mehr sind Geschäftsmodelle dann durch die externen Rahmungen herausgefordert, und die Legitimation derselben steht zur Diskussion. Neben Implikationen aus Rahmenbedingungen, wie sozioökonomischen und demografischen Entwicklungen und den Auswirkungen der Digitalisierung, sind dabei auch von verschiedenen Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens selbst getriebene Entwicklungen zu berücksichtigen. Man denke an alternative Geschäfts- und Finanzierungsmodelle, etwa die Bedeutung von Plattformen oder auch von Private-Equity-Strategien, die immer stärker im System Präsenz entfalten.

Der Band soll daher eine Einordnung in den wissenschaftlichen Diskurs zu Geschäftsmodellen im Gesundheits- und Sozialwesen vornehmen, aber durchaus durch fallorientierte Vorgehensweise die Entwicklungen der deutschen Gesundheits- und Sozialwirtschaft reflektieren. Es gilt, Implikationen für tragfähige Geschäftsmodelle abzuleiten, die sowohl aus gesellschaftlichen Zielvorstellungen als auch einzelwirtschaftlichen Interessenslagen heraus tragfähig erscheinen, und notwendige Anpassungen des Regelrahmens zu diskutieren.

Gyhum-Hesedorf, Bayreuth und Eichstätt im Oktober 2023



© Bild: privat



© Bild: Oberlander AG



© Bild: Kath. Universität Eichstätt-Ingolstadt

Herbert Rebscher, Andreas Schmid, Jürgen Zerth

Inhaltsverzeichnis

	Vorwort zur Schriftenreihe	V
	Vorwort zu Band 4.	VII
	Abkürzungsverzeichnis	XI
Teil I	Zugänge	1
	1 Wertschöpfende Geschäftsmodelle und Gesellschaftsstrukturen im Gesundheitssystem: ein Kaleidoskop der vielschichtigen Lösungen (<i>Rebscher</i>)	3
	2 Geschäftsmodelle: Zentrale Begriffe und ihre praktischen Implikationen – eine Einordnung (<i>Schmid</i>)	17
	3 Meritorik in der kommunalen VUKA-Welt – Geschäftsmodelle zwischen Konstanz und Agilität (<i>Schönig</i>)	29
	4 Sozial verantwortete Geschäftsmodelle für digitale Versorgung – Reflektion und ordnungspolitische Implikationen (<i>Zerth</i>)	43
Teil II	Geschäftsmodelle in den Gesundheits- und Sozialmärkten. .	59
	5 Stellenwert privater Träger in der stationären Versorgung (<i>Meier/Wöhrmann</i>)	61
	6 Geschäftsmodelle in der ambulanten Versorgung: Die Rolle der KV (<i>Gibis</i>)	79
	7 Medizinische Versorgungszentren als Geschäftsmodell in der ambulanten Versorgung (<i>Koch</i>)	95

8	Der „Dritte Weg ärztlichen Handelns“ – Strategische Ärzteverbünde unter den Herausforderungen eines sich wandelnden Gesundheitssystems (<i>Bahr</i>)	113
9	Geschäftsmodelle in der Rehabilitation: Private Equity in der Rehabilitation. Eine Einordnung (<i>Keck/Nußbeck</i>)	125
10	Fremdkapital bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZ): Ansätze für eine patienten- und qualitätsorientierte Regulierung (<i>Müller/Schaffer</i>)	141
11	Vorteile der Plattformökonomie im Gesundheitswesen (<i>Rudolf</i>)	157
12	Innovation als strategisches Moment sozialwirtschaftli- cher Unternehmen am Beispiel des „Test.Labor Barrierefreiheit“ (<i>Wasel/Walter</i>)	171



Wertschöpfende Geschäftsmodelle und Gesellschaftsstrukturen im Gesundheitssystem: ein Kaleidoskop der vielschichtigen Lösungen

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

1	Ein Blick zurück: eine kurze Entwicklungsgeschichte.	1 – 9
2	Das Prinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen	10 – 18
3	Herausforderungen im Status quo und eine etwas „schräge“ Debatte	19 – 37
4	Ein Blick nach vorne: Chancen nutzen, Sorgemotiv schützen.	38 – 43
5	Notwendige Rahmenbedingungen wertschöpfender Strukturen	44
	Literatur	



Bild: © privat

Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher

Prof. Dr. Herbert Rebscher leitet das Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung; Professor für Gesundheitsökonomie und -politik an der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth.

Von 1996 bis 2003 war er Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes der Angestellten Krankenkassen. Von 2004 bis Ende 2016 war er Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit.

Er ist u. a. Vorsitzender des „Frankfurter Forums für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen“, Präsident der „Deutsch-Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik“, Vorsitzender des Hochschulrates der Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth und Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirates „Versorgungsforschung“ der DAK-Gesundheit.

Abstract: Die gegenwärtige Diskussion über investorengeführte MVZ und generell über Private Equity im Gesundheitssystem verkennt, dass schon heute in den Sektoren des Gesundheitssystems überwiegend privat finanzierte Angebotsstrukturen und private Anbieter dominieren. Nur im Krankenhausbereich gibt es nennenswerte Anteile (ca. ein Drittel) in rein öffentlicher Trägerschaft und rein rechtlich eine öffentliche Finanzierung der notwendigen Investitionen, die aber rein faktisch den Investitionsbedarf nicht deckt und so zum eigentlichen Problem geworden ist. Es geht also nicht darum, ob privates Kapital auch das Gesundheitswesen gestaltet, es geht darum, wie die Wertschöpfung des Systems auf die Versorgung der Patienten und die Qualität der Angebote konzentriert werden kann. Eine Unterscheidung in „gutes Geld“ und „schlechtes Geld“ trägt dazu nicht viel bei. Kluge Regulierung und Fokussierung auf Versorgungsprozesse und Ergebnisse sind die Mittel der Wahl.

1 Ein Blick zurück: eine kurze Entwicklungsgeschichte

Geschäftsmodelle und Gesellschaftsstrukturen sind strategische Entscheidungen. Es sind in der Regel auch sehr langfristige Entscheidungen. Die Wahl konkreter Geschäftsmodelle von Unternehmen folgt vielfältigen Anreizen und Zielen. Bei der rechtlichen Gestaltung der Organisation spielen Fragen der Eigentumsrechte, der Finanzierung, der steuerrechtlichen Konsequenzen, der Entscheidungsfähigkeit, der Haftung und der Flexibilität eine wichtige Rolle. Für die Prozessorganisation sind dies Fragen der Kundennähe, der Servicequalität, der Länge der Wertschöpfungskette, der Logistik, der Lieferketten und ähnliches. Die vorhandene technische, insbesondere die informationstechnische und die digitale Infrastruktur determinieren die Entscheidungen zunehmend. 1

Entscheidungen der beteiligten Gesellschafter zur Aufbau- und Ablauforganisation von Unternehmen benötigen Vertrauen in die Stabilität der Rahmenbedingungen mindestens im Investitionszyklus, besser weit darüber hinaus. Geschäftsmodelle folgen „langen Linien“, Pfadabhängigkeiten und der strukturellen und kulturellen Verfasstheit der Märkte. 2

Dies gilt auf allen dauerhaft wertschöpfenden Märkten, besonders auch auf den verschiedenen Märkten eines Gesundheitssystems. 3

Gemeinsam ist allen Märkten des Gesundheitssystems, dass die Historie von einem „sorgenden Motiv“ geprägt war und weiterhin ist. Sichtbar wird dies immer dann, wenn vermeintliche Fehlentwicklungen festgestellt werden, die sehr schnell zu einer „politischen Lösung“ geführt werden. Es besteht in einem solchen Umfeld wenig Vertrauen in marktliche Anpassungsprozesse, rein wettbewerbliche oder ökonomische Mechanismen. Marktvereinigungen, Fusionen, Schließungen, regionale Verfügbarkeiten und alternative Distributionsformen wie auch die berufs- und standesrechtlichen Regeln folgen nicht ausschließlich ökonomischen Anreizen und Motiven, sondern sind politische Fragen der Patientenversorgung. Ob dies nun bei der Krankenhausplanung und -finanzierung, bei der Verfügbarkeit ambulanter Angebotsstrukturen, bei europaweiten Ausschreibungen von Hilfsmitteln und Medizinprodukten oder in der Personalausstattung der Pflege ist – 4

das sorgende Motiv dominiert jede politische und ökonomische Debatte im Gesundheitswesen. Die aktuelle Krankenhausreform, die Pflegereform, die Sicherung der Finanzgrundlagen der GKV, überall dominieren die Themen Versorgungssicherheit, Gemeinwohl und Bedarfsnotwendigkeit.

- 5 Dieses sorgende Motiv wirkt bis heute auf die Trägerstrukturen. Öffentliche Investitionen und öffentlich-rechtliche Träger, kirchliches und karitatives Engagement, gemeinnützige Organisationen sind von den ersten Anfängen bis heute weit verbreitet. Rein privatwirtschaftliches Engagement kam erst mit der Ausdifferenzierung der Angebote und der Verlässlichkeit der Finanzierung zum Zuge. Und gerade dabei zeichnete sich ein spezifisch deutscher Weg ab, der für die Entwicklung und Struktur des Leistungsangebots eine bis heute weit unterschätzte Wirkung und Dynamik entfaltete. Lange vor Bismarcks Sozialreformen (1883 f.) entwickelte sich ein System von Hilfsvereinen und ersten Versicherungen in Deutschland. So begeht die drittgrößte deutsche Krankenversicherung, die DAK-Gesundheit, in diesem Jahr ihr 250-jähriges Gründungsjahr. Andere Kassengründungen im berufsständischen Umfeld (Zünfte, heute Innungen) oder in Betrieben fanden weit vor Bismarck statt. Die Bismarck'schen Sozialreformen erweiterten diese Entwicklung durch ein regional tief gestaffeltes Netz von Ortskrankenkassen. Damit ist heute für rund 90 % der Bevölkerung der Versicherungsschutz durch öffentlich-rechtlich verfasste Sozialversicherungsträger komplettiert. Und selbst die für die restlichen 10 % der Bevölkerung zuständigen privaten Versicherungen sind in der Mehrzahl sog. Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (VVaG), gehören also ihren Mitgliedern selbst und sind genossenschaftsähnliche Gebilde und keine rein privaten, gewinnorientierten Unternehmen.
- 6 Durch diese Entwicklung wurde die Finanzierung medizinischer Leistungen von der individuellen Zahlungsfähigkeit der Patienten abgekoppelt und entprivatisiert. Rürup fasst diese Entwicklung prägnant zusammen: „Sozialpolitik ist die Entprivatisierung großer biometrischer Lebensrisiken, um die damit verbundenen Einkommensrisiken zu mindern.“
- 7 Für die Entwicklung der Angebotsstrukturen und ihrer Geschäftsmodelle ist die damit verbundene Zahlungsgarantie durch öffentlich-rechtliche Träger wichtig. Sie machte Investitionsentscheidungen, Forschung und Entwicklung, Berufsentscheidungen und Unternehmensgründungen durch die Garantie einer kaufkräftigen Nachfrage des jeweiligen medizinischen Bedarfs zu einer kalkulierbaren Angelegenheit. Dies setzte eine ungeheure (Markt-)Dynamik in Gang. Die Gründung von Krankenhäusern, die selbstständige Niederlassung im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich, das entstehende Netz von Apotheken, Sanitätsfachhandel, selbstständigen nichtärztlichen Heilberufen (Psycho-, Ergo-, Physiotherapie, Logopädie u. a.), all das bekam durch die Zahlungsgarantie jenseits der Zahlungsfähigkeit des Einzelnen einen mächtigen Schub. Das ist im Übrigen der historische Grund für die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems und für die differenzierte Angebots- und Leistungsstruktur seiner Träger. Das engmaschige



Geschäftsmodelle: Zentrale Begriffe und ihre praktischen Implikationen – eine Einordnung

Prof. Dr. Andreas Schmid

1	Ökonomisierung, Ökonomie und Ökonomik	1 – 9
2	Geschäftsmodell, Wert und Gewinn	10 – 14
3	Finanzinvestoren, Private Equity und Strategen	15 – 25
4	Fazit	26
	Literatur	



Bild: © Oberender AG

Prof. Dr. Andreas Schmid

Andreas Schmid ist Manager bei der Oberender AG und außerplanmäßiger Professor an der Universität Bayreuth. Nach seinem Studium der Gesundheitsökonomie promovierte er zu Wettbewerbsfragen im Krankenhausmarkt. Seine Forschungsschwerpunkte liegen auf der Analyse und Entwicklung von Versorgungsstrukturen und Vergütungsmodellen sowie entsprechenden Reformbemühungen. Er publiziert regelmäßig wissenschaftliche Texte in einschlägigen Journalen, Sammelbänden und Zeitschriften. Neben anderen ehrenamtlichen Aktivitäten ist er ferner Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung und unparteiisches Mitglied im Sektorenübergreifenden Landesschiedsgremium Thüringen.

1 Ökonomisierung, Ökonomie und Ökonomik

1
Bevor das Geschäftsmodell als solches einer tiefergehenden Betrachtung unterzogen wird, gilt es zunächst zu klären, ob derartige – einer ökonomischen Logik entspringende – Konzepte überhaupt einen geeigneten Ausgangspunkt darstellen. Schließlich wird im Gesundheitswesen häufig kritisch über die Rolle wirtschaftlicher Anreize und Mechanismen diskutiert. Gesundheit als „höchstes Gut“ sowie der fürsorgende Impetus der Sozialpolitik scheinen nur schwer mit finanziellen Überlegungen, wettbewerblichem Verhalten oder Gewinninteressen in Einklang zu bringen (Oberender und Fleischmann 2004). Im Zuge der Bemühungen um eine Krankenhausreform unter Gesundheitsminister Karl Lauterbach wurde entsprechend häufig das Ziel einer „Entökonomisierung“ bemüht (u. a. BMG 2023).

2
Der Begriff der Ökonomisierung wird in der Literatur durchaus verwendet. Marckmann (2021, S. 190 f.) definiert Ökonomisierung als eine Entwicklung, bei der medizinische Entscheidungen unangemessen durch betriebswirtschaftliche Überlegungen beeinflusst werden, was zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung von Patienten führt. D. h., es liegt eine Dominanz betriebswirtschaftlicher Motivation vor, die zu Ergebnissen führt, die den Interessen der Patienten widersprechen. Im Sinne dieser Definition ist Ökonomisierung ein Vorgang, der möglichst verhindert bzw. möglichst revidiert werden muss.

3
Der Begriff der Entökonomisierung ist jedoch nicht unproblematisch, wenn man sich mit der gängigen Definition einer Ökonomie auseinandersetzt. Eine Ökonomie ist beispielsweise bei Homann und Suchanek (2005) definiert als eine Gruppe von Individuen, die in einem gemeinsamen Kontext tätig sind, deren Handlungen sich mithin aufeinander auswirken und die gemeinsam mit dem Phänomen der Knappheit konfrontiert sind. Damit sind das Gesundheitswesen, jedes Krankenhaus und jede Arztpraxis Ökonomien. Im Fokus steht die Erkenntnis, dass mit knappen Ressourcen – Geld, aber auch Fachkräften oder Zeit – gemeinschaftlich umgegangen werden muss.

4
Bei Marckmann (2021) wird nicht impliziert, dass das Gesundheitswesen frei von ökonomischen Zusammenhängen sein kann. Im öffentlichen Diskurs wird „Entökonomisierung“ jedoch häufig verkürzt als genau dies, eine Aufhebung von Restriktionen im Handeln, mithin die Auflösung von Knappheit interpretiert. Dies kann jedoch nicht funktionieren, da Ressourcen stets limitiert sind. Außerhalb der wissenschaftlichen Fachlichkeit mit ihren für jeden Diskurs exakt formulierten Definitionen wird mit dem Begriff „Entökonomisierung“ entsprechend eine Hoffnung geschürt, die zwangsweise enttäuscht werden muss.

5
Zugleich ist der in obenstehender Definition von Ökonomisierung formulierte inhaltliche Kern zum einen – wie beschrieben – problematisch, zum anderen durchaus adressierbar. Hier kann Ökonomik einen wertvollen Beitrag leisten. Während Ökonomie schlicht eine Beschreibung inhaltlicher Zusammenhänge darstellt, ist Ökonomik die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Ökono-

mien. Wiederum bei Homann und Suchanek (S. 4) wird deutlich, worin das Potenzial liegt. Sie präsentieren unter anderem folgende Definition von Ökonomik: „Die Ökonomik befasst sich mit Möglichkeiten und Problemen der gesellschaftlichen Zusammenarbeit zum gegenseitigen Vorteil.“ Es geht also um die Gestaltung von Regeln, die den gegenseitigen Vorteil befördern. Wird Ökonomik aufgrund einer pauschal negativen Konnotation als sinnvolles Instrument für die Gestaltung des Gesundheitswesens negiert, hat dies negative Konsequenzen zulasten aller.

- 6 Gewinnmaximierung einzelner wiederum ist kein Ziel oder konstitutives Charakteristikum der Ökonomik. Sie spielt dann eine Rolle, wenn sie sich als Heuristik bei der Untersuchung und Vorhersage von Verhaltensweisen – in der Regel im größeren Kontext von Nutzenüberlegungen – als relevant und zielführend erwiesen hat. Dies gilt entsprechend auch für das Modell des Homo Oeconomicus, das weder ein Menschen- noch ein Zielbild darstellt (Schmid 2017).
- 7 Mithin kann Ökonomik einen gestalterischen Anspruch verfolgen, der das gesellschaftliche Interesse befördert. Dies wirft jedoch zwangsläufig die Frage nach den Kriterien auf, nach denen zu bewerten ist, was „gut“ oder „schlecht“ ist, welche Option besser oder schlechter ist. Hier kommt Ökonomik aus sich heraus an ihre Grenzen. Nach Chmielewicz (1994) sind dies ethische oder philosophische Fragen, die letztlich nur durch die Gesellschaft geklärt werden können. Diese normiert einen Rahmen für die Ökonomik, der einzuhalten ist, und definiert, welche Kriterien bei der Abwägung zwischen verschiedenen Optionen heranzuziehen sind. Dies bindet auch die ökonomische Analyse. Entsprechend kann eine Restriktion sein, dass individuelle Gewinninteressen nicht durch Handlungen bedient werden können dürfen, die dem gesellschaftlichen Interesse einer guten Gesundheitsversorgung entgegenstehen. Um ein Regelwerk gestalten zu können, muss jedoch eine detaillierte Kenntnis der entsprechenden ökonomischen Zusammenhänge vorliegen. Letztlich gibt es unzählige Beispiele, in denen entsprechende Regeln etabliert wurden, um das Risiko betriebswirtschaftlich motivierter Unter-, Über- oder Fehlversorgung zu minimieren. Dies gilt beispielsweise für die gesetzliche Absicherung, dass die ärztliche Leitung in einem Krankenhaus oder einem MVZ in medizinischen Angelegenheiten weisungsfrei ist.
- 8 Entsprechend sind auch andere häufig im Kontext des Gesundheitswesens negativ konnotierte Begriffe wie Effizienz und Wettbewerb kritisch auf ihren Wert in der Gestaltung eines Ordnungsrahmens im Sinne der Patienten und Versicherten zu prüfen. Effizienz impliziert im Kern die Vermeidung von Verschwendung. Bei knappen Ressourcen ist Effizienz somit eine Voraussetzung, das Bestmögliche für die Versorgung der Patienten zu erreichen. Wettbewerb schließlich geht einher mit der Option, wählen zu können und nicht zwingend auf einen Anbieter festgelegt zu sein, wenn dessen Angebot nicht mit dem einhergeht, was im Sinne der Patienten ist. Wettbewerb impliziert auch, dass es negative Auswirkungen für diesen Anbieter hat, wenn Patienten ihn aus derartigen Gründen meiden.



Stellenwert privater Träger in der stationären Versorgung

Theresa Meier/Stefan Wöhrmann

1	Hintergrund und Zielsetzung	1 – 5
2	Krankenhausprivatisierung – Gründe und Folgen	6 – 10
3	Bedeutung der Krankenhausreform für private Krankenhausträger	11 – 37
3.1	Finanzierung der Vorhaltekosten	14 – 20
3.2	Ambulantisierung	21 – 26
3.3	Spezialisierung und Konzentration der Leistungserbringung . . .	27 – 31
3.4	Versorgungsqualität	32 – 37
4	Ergebnisse und Erkenntnisse für die Zukunft	38, 39
	Literatur	



Bild: © privat

Theresa Meier

Theresa Meier ist seit Juni 2020 beim Verband der Ersatzkassen e. V. in der Abteilung „Stationäre Versorgung“ tätig. Zuvor absolvierte sie ihren Master in Industrial Economics mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomie an der TU Berlin. Nach einer kommissarischen Leitung des Referats „Qualitätssicherung und Versorgungsstrukturen“ im Jahr 2022 ist sie nunmehr Referentin für Krankenhausfinanzierung. Zu ihren Aufgaben zählen u. a. Personalvorgaben und Sozialdatenauswertungen.



Bild: © vdek/Georg J. Lopata

Stefan Wöhrmann

Stefan Wöhrmann ist seit Beendigung des Studiums der Betriebswirtschaft mit Abschluss zum Diplom-Kaufmann im Jahre 1987 beim Verband der Ersatzkassen e. V. vormals VdAK/AEV tätig und ist nunmehr Leiter der Abteilung „Stationäre Versorgung“. Zu seinen Aufgaben- und Kompetenzbereichen gehören u. a. die Krankenhausfinanzierung und insbesondere das DRG-Entgeltsystem. Er war von 2005 bis 2009 Lehrbeauftragter an der Rheinischen Fachhochschule Köln im Bereich Medizinökonomie.

1 Hintergrund und Zielsetzung

Das deutsche Gesundheitswesen, insbesondere der Krankenhaussektor, war in den letzten Jahrzehnten Zentrum diverser Reformen. Gegenstand dieser Reformen war mitunter die nachhaltige Ausgabenstabilisierung, Qualitätssteigerungen und die Verbesserung der wirtschaftlichen Effizienz. 1

Besonders prägend war die Einführung der DRG-Vergütung im Jahr 2004, die das Selbstkostendeckungsprinzip ablöste. So wurden tages- und abteilungsbezogene Pflegesätze durch leistungs- und fallbezogene Vergütungsgruppen ersetzt. Effizient wirtschaftende Krankenhäuser wurden nun bevorzugt. Zwar wurde damit die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser merklich gesteigert; der gesamtwirtschaftliche Nutzen jedoch nicht, denn die Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung führte zu einer Ausrichtung des Leistungsangebots nach den monetären Interessen der Krankenhausträger. Die Folgen waren mitunter Fallzahl- und Ausgabensteigerungen. Hinzu kommt eine insuffiziente Investitionsförderung der Länder, die den betriebswirtschaftlichen Druck auf Krankenhäuser stetig erhöht. Diese fanden in der Folge insbesondere beim Pflegepersonal Einsparungen. 2

Besonders profitiert haben von diesem System die privaten Krankenhausträger. Die DRG-Einführung führte zu Fusionen, Übernahmen und Kooperationsvereinbarungen am Krankenhausmarkt zugunsten von privaten Trägern. Die Anzahl der Einrichtungen in privater Trägerschaft nahm daher zwischen 1991 und 2021 um 104 % zu, während die Anzahl solcher in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft um 50,7 % bzw. 35,6 % sank (Destatis 2022, S. 15). Der Anteil privater Betten an allen Betten stieg im Zeitraum 2002 bis 2021 in Summe von 8,9 % auf 20,0 %. Gleichzeitig verringerte sich die Gesamtbettenzahl über alle Trägerarten um 11,6 % (ebd.). 3

Das bestehende System, das private Träger gemeistert haben und von dem sie profitieren, ist angesichts des demografischen Wandels nicht mehr tragbar. Ein Umbruch im System – eine „Revolution“ laut Bundesministerium für Gesundheit – steht an. Dieser Umbruch soll eine Entökonomisierung mit sich bringen. Es stellt sich daher die Frage, ob das Modell „privates Krankenhaus“ auch in einem geänderten System funktionieren wird. Die geplante Krankenhausreform sieht die Abkehr vom reinen Fallpauschalensystem hin zu einem leistungs- und fallzahlunabhängigeren Mischsystem aus Vorhaltekosten und Fallpauschalen vor. Ebenso sollen die Versorgungsqualität, die Ambulantisierung, die Spezialisierung und die Konzentration der Leistungserbringung sowie Zentren mit ihren Koordinationsaufgaben in den Fokus gerückt werden. Nachstehend soll daher die Bedeutung der Reformpunkte für das Modell „privates Krankenhaus“ beurteilt und auch die Frage beantwortet werden, ob private Krankenhausträger mit ihrer starken ökonomischen Ausrichtung in diesem geänderten System weiterhin bestehen können. 4

Die nachfolgenden, datenbasierten Ausführungen gründen sich, sofern nicht anders angegeben, auf Abrechnungsdaten der Ersatzkassen. Wo angebracht, 5

erfolgt eine Differenzierung der Daten nach den Raumordnungsregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung: städtische Region, Region mit Verstärkeransätzen und ländliche Region.

2 Krankenhausprivatisierung – Gründe und Folgen

- 6 Die Zahl der Einrichtungen in privater Trägerschaft nimmt seit mehreren Jahrzehnten stetig zu. So stieg der Einrichtungsanteil privater Träger seit 1991 um 24,2 %, während der Anteil der öffentlichen und freigemeinnützigen Träger um 16,9 % bzw. 6,7 % gesunken ist (Destatis 2022, S. 15). Diese Veränderung wird von verschiedenen Faktoren vorangetrieben.
- 7 Ein wesentlicher Faktor ist der Investitionsstau der Länder. Die Investitionsfördermittel der Länder machten 2021 lediglich 3,2 % der Krankenhauserlöse aus. Für den Unternehmenserhalt sollten jedoch mindestens 7 % der Erlöse jährlich in Investitionen fließen (Augurzky et al. 2023, S. 63). Diese Entwicklung ist seit den 70er-Jahren zu beobachten (Augurzky et al. 2017, S. 12 f.). Die stagnierende Investitionsfinanzierung macht es erforderlich, dass Krankenhäuser die notwendigen Investitionen selbst finanzieren, wodurch jedoch das Betriebsergebnis geschmälert wird und ein nachhaltiges Wirtschaften kaum möglich ist. Die Privatisierung wird daher als Weg zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation betrachtet. Denn im Gegensatz zu öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern kann Kapital am Kapitalmarkt akquiriert werden (Negele et al. 2017). Um die dabei entstehenden Kapitalkosten decken zu können, müssen private Krankenhausträger wirtschaftlich und somit gewinnorientiert handeln (Augurzky et al. 2018). Dies wird – neben dem Zugang zum Kapitalmarkt – durch unterschiedliche Faktoren erreicht. Häufig werden die effizientere und standardisierte Gestaltung medizinischer und administrativer Prozesse sowie ein agileres und kostensensibleres Management genannt (Schmidt et al. 2007). Private Krankenhausträger haben außerdem günstigere Kostenstrukturen. Dies erreichen sie durch höhere Spezialisierungsgrade zugunsten von rentableren Leistungen, die in Folge zu höheren Fallzahlen im betroffenen Bereich und damit auch zu mengenbezogenen Kostenvorteilen (Skalenerträge) führen (siehe Kap. 3.3). Die hohe Wirtschaftlichkeit der privaten Träger äußert sich auch in ihrer Ertragskraft und der daraus resultierenden Investitionsfähigkeit. Im Jahr 2020 waren 92 % der privaten Träger investitionsfähig. Bei den öffentlichen Trägern waren es nur 48 % und bei den freigemeinnützigen 76 % (Augurzky et al. 2023, S. 151 f.). Zu beachten ist jedoch, dass die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Klinik unabhängig von ihrer gesamtgesellschaftlichen Versorgungsrelevanz ist.
- 8 Die Einführung des DRG-Systems hat die Privatisierung weiter begünstigt. Denn neben die fehlende Investitionsfinanzierung trat nun zusätzlich der Zwang nach mehr Effizienz. Viele nicht private Träger konnten diesem doppelten Druck nicht standhalten (Negele et al. 2017). Zwar gelten private Träger in ihrer Leistungs-



Leseprobe

Ein Buch über kluge Geschäftsmodelle für Gesundheitsunternehmen, erforderliche Rahmenbedingungen und die notwendige Fokussierung auf Versorgungsprozesse und Ergebnisse.

Das Gesundheits- und Sozialwesen ist, wie übrigens alle Wirtschaftsbereiche, mit knappen Ressourcen konfrontiert. Dies erfordert ein effizientes Wirtschaften und zwingt die in diesem Bereich tätigen Gesundheitseinrichtungen und Unternehmen dazu, tragfähige und umsetzbare Geschäftsmodelle zu entwickeln.

Die gegenwärtige Diskussion über investorengeführte Medizinische Versorgungszentren und generell über Private Equity im Gesundheitssystem erkennt, dass schon heute in den Sektoren der Gesundheits- und Sozialwirtschaft überwiegend privat finanzierte Angebotsstrukturen und private Anbieter dominieren. Es geht also nicht darum, ob privates Kapital auch das Gesundheitswesen gestaltet, es geht darum, wie die Wertschöpfung des Systems auf die Versorgung der Patienten und die Qualität der Angebote konzentriert werden kann. Eine Unterscheidung in „gutes Geld“ und „schlechtes Geld“ trägt dazu nicht viel bei. Kluge Regulierung und die Fokussierung auf Versorgungsprozesse und Ergebnisse sind die Mittel der Wahl.

Kompetente Autoren aus Wissenschaft und Praxis nehmen in Band 4 der Reihe „Gesundheitsökonomie für die Versorgungspraxis“ eine Einordnung von Geschäftsmodellen im Gesundheits- und Sozialwesen in den wissenschaftlichen Diskurs vor und erläutern die verschiedenen Modelle, Begriffe und ihre praktischen Implikationen. In Teil II des Buches werden die verschiedenen Geschäftsmodelle in der stationären und ambulanten Versorgung, MVZ, Strategische Ärzteverbünde und Geschäftsmodelle in der Rehabilitation beleuchtet. Abschließend befassen sich zwei weitere Beiträge des Buches mit den Vorteilen der Plattformökonomie und einem auf Sozialunternehmen angepassten Innovationsmodell.



Foto: Oberender AG

Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher ist Geschäftsführer von IGV research und Professor für Gesundheitsökonomie und -politik an der Universität Bayreuth. Zuvor langjähriger Vorsitzender des Vorstandes von DAK-Gesundheit und vdek.



Foto: privat

Prof. Dr. Andreas Schmid ist Manager bei der Oberender AG und außerplanmäßiger Professor an der Universität Bayreuth. Seine Forschungsschwerpunkte liegen auf der Analyse und Entwicklung von Versorgungsstrukturen und Vergütungsmodellen sowie entsprechenden Reformbemühungen. Er ist Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung.



Foto: Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Prof. Dr. Jürgen Zerth ist Professor für Management in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Von 2012 bis 2022 war er Leiter des Forschungsinstituts IDC an der Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth, von 2010 bis 2012 Leiter des Forschungsinstituts der Diakonie Neuendettelsau. Zuvor Geschäftsführer der Forschungsstelle für Sozialrecht/Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth.

 medhochzwei

ISBN 978-3-98800-030-9



9 783988 000309

€ 49,00 (D)