Dr. rer. pol. Boris Augurzky
Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers
Eva-Marie Torhorst, M.A., MBA

Krankenhausprivatisierung in Deutschland: Ein Dialog zwischen Politik und Gesundheitsökonomie

Zusammenfassung

Die Privatisierung von Krankenhäusern, d.h. der Trägerwechsel von kommunalen und privat-freigemeinnützigen hin zu privat-gewinn orientierten Trägern wird seit Beginn dieser Entwicklung Anfang der 1990er Jahre kontrovers diskutiert. Zur Versachlichung der Debatte hat das RWI das Faktenbuch „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft " erstellt. Ziel war eine wissenschaftlich fundierte Bewertung der Krankenhausprivatisierung in Deutschland durch Darstellung und Auswertung relevanter Kennziffern zum Krankenhausmarkt, differenziert nach Trägerschaft. Diese empirische Evaluation dient nun als Basis für eine politökonomische Debatte über die Krankenhausprivatisierung in Deutschland und um die politischen und ökonomischen Argumente wissenschaftlich zu validieren.

Schlüsselwörter

Herausragende Bedeutung des Gesundheits- und Krankenhausmarkts, Ordnungspolitik im Gesundheitssektor, Krankenhausprivatisierung in Deutschland, Bedeutung der privaten Krankenhäuser, Empirische Evaluation Beteiligung an der medizinischen Versorgung, Polit-ökonomische Diskussion

Der deutsche Krankenhausmarkt befindet sich seit Beginn der 1990iger Jahre in einem erheblichen Strukturwandel, dessen Ende noch nicht absehbar ist. Die Zahl der Krankenhäuser ist von 1991 bis 2010 um rund 14% zurückgegangen, Gleiches gilt für die Zahl der Betten (–25%) und die Verweildauer (–44%) (Statistisches Bundesamt 2011). Entsprechend ist es zu einem merklichen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle gekommen (+24%) - ein Zeichen einer Effizienzsteigerung. Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalenvergütung in Krankenhäusern (DRGs) hat diese Veränderungen unterstützt. Seit Beginn dieses Wandels ist außerdem ein vermehrter Trägerwechsel von Krankenhäusern hin zu privaten, gewinnorientierten Unternehmen zu beobachten.

>> Diese oftmals als „Privatisierung des Krankenhausmarktes" bezeichnete Dynamik wird von den Akteuren des Gesundheitswesens unterschiedlich beurteilt. Insbesondere im Rahmen des politischen Diskurses ist das Thema der Krankenhausprivatisierung häufig anzutreffen. Immer wieder wird die Befürchtung geäußert, dass es zwischen der Gewinnerzielungsabsicht privater Krankenhausträger einerseits und der Bereitstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Krankenhausversorgung andererseits zu Zielkonflikten kommen kann. Zur Versachlichung der Debatte hat das Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung in Essen (RWI) vor kurzen im Auftrag des Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V ein Faktenbuch zur „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft"[1] mit dem Ziel erstellt, eine wissenschaftlich und empirisch fundierte Bewertung der Krankenhausprivatisierung in Deutschland vorzunehmen. Dabei beschränken sich die Untersuchungen auf empirisch beobachtbare Einflussfaktoren der Krankenhausprivatisierung. Es kann sich daher naturgemäß nur um einen Teil aller denkbaren Einflussfaktoren handeln. Da nicht für alle möglichen Untersuchungen eine Datenbasis zur Verfügung stand, ergibt sich noch weitergehender Forschungsbedarf. Der vorliegende Artikel stellt die gängigen Thesen der politischen Diskussion den Ergebnissen der vom RWI durchgeführten Untersuchungen gegenüber und tritt so in einen politökonomischen Diskurs ein.

Sicherstellung der Versorgung

Politische Diskussion:

Für die Patientinnen und Patienten ist es wichtig, flächendeckend Zugang zu einer hochwertigen Versorgung zu haben. Die alternde Bevölkerung, die Zunahme der Zahl strukturschwacher Regionen sowie der zunehmende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen sind Herausforderungen, die eine aktive Gestaltung der Versorgungslandschaft erfordern. Durch die Alterung der Bevölkerung gibt es immer weniger Beitragszahler, die Zahl der Leistungsempfänger wächst hingegen stark an. Die vorhandenen Ressourcen müssen also für die bestmögliche Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten zielgerichtet eingesetzt werden und weder durch Ineffizienzen verschwendet werden noch der Gewinnmaximierung von Krankenhauskonzernen zum Opfer fallen. Trägt die Gewinnerzielungsabsicht von Krankenhäusern in privater Trägerschaft nicht dazu bei, dass dem System notwenige Gelder entzogen werden, die zur Versorgung der Patientinnen und Patienten benötigt werden?

Gesundheitsökonomische Fundierung:

Im Wesentlichen unterscheiden sich Krankenhäuser in privater Trägerschaft von kommunalen und freigemeinnützigen durch die Tatsache, dass privates Eigenkapital im Unternehmen eingesetzt wird. Die Nutzung von privatem Eigenkapital ist jedoch mit Kapitalkosten verbunden, die sich in Form von jährlichen Ausschüttungen äußern. Dadurch wird dem Krankenhaus einerseits zwar Investitionskraft entzogen. Dem steht aber andererseits der Vorteil gegenüber, Kapital am Kapitalmarkt akquirieren zu können, was die Investitionskraft wiederum deutlich stärkt. Erst durch die Ausschüttung eines Teils des Gewinns werden Krankenhäuser für externe Kapitalgeber interessant. Insofern handelt es sich um ein Geben und Nehmen, durchaus auch zum Nutzen der Patienten.

Volkswirtschaftlich vorteilhaft ist, dass dadurch dem Gesundheitswesen private Mittel zufließen. Bei nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern entfällt diese Möglichkeit. Sie können nur auf knappe öffentliche Fördermittel und auf Fremdkapital zurückgreifen. Ohne ausreichende Investitionen fällt es aber häufig schwer, Betriebsabläufe zu optimieren und Versorgungsinnovationen umzusetzen.

Damit nun die Privaten zur Deckung ihrer Kapitalkosten eine Rendite für ihr eingesetztes Kapital erwirtschaften können, wird von ihnen ein hohes Maß an Wirtschaftlichkeit verlangt. Dazu gehören ein striktes Kosten- und Erlösmanagement sowie eine hohe (Arbeits-)Produktivität. Dass hier die Privaten Vorreiter sind, zeigt sich u.a. bei

1: Für die detaillierte Studie siehe auch: http://www.rwi-essen.de/publikationen/rwi-materialien/276/

den bereinigten Kosten je Case-Mix-Punkt[2] (vgl. Abb. 1) wie auch in ihrer überdurchschnittlichen Ertragskraft im Vergleich mit den anderen Krankenhausträgern (vgl. Abb. 2).

Wie die Untersuchungen der RWI-Studie weiter zeigen, scheint durch das wirtschaftliche und gewinnmaximierende Agieren privater Kliniken die Patientenversorgung nicht schlechter zu werden. Bemerkenswert ist außerdem, dass die Privaten weniger öffentliche Ressourcen in Form von Fördermitteln in Anspruch nehmen und damit den Steuerzahler vergleichsweise schonen. Umgekehrt leisten sie durch Steuerzahlungen auf ihre Gewinne einen Beitrag zur Finanzierung der gesellschaftlichen Aufgaben des Staates (vgl. Augurzky et al., S. 27).

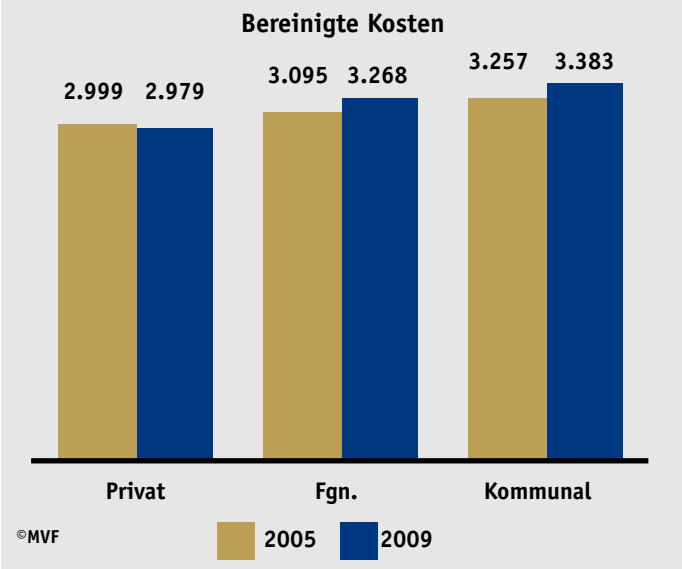


Abb. 1: Bereinigte Kosten[3] 2005 und 2009; in Euro je Case-Mix-Punkt. Quelle: Augurzky et al. (2012), S. 21.

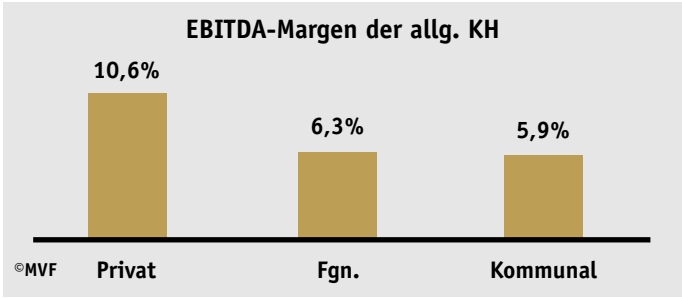


Abb. 2: EBITDA-Margen[4] inkl. KHG-Mittel[5] der allg. KH (2009; in % der Gesamterlöse).

Umgang mit der Ressource Personal

Politische Diskussion:

Private Krankenhauskonzerne erwirtschaften Gewinne in Millionenhöhe. Werden die Gewinne zu Lasten des Personals erwirtschaftet, indem eine immer höhere Arbeitsverdichtung stattfindet und mehr Arbeitsleistung als in anderen Häusern erbracht werden muss?

Gesundheitsökonomische Fundierung:

In der Tat fallen die Personalkosten bei den privaten Anbietern mit rund 57% der Bruttokosten geringer aus als bei den nicht-privaten. Dies könnte erstens Folge eines stärkeren Outsourcings sein. Zweitens führen effiziente Arbeitsabläufe per Definition zu Zeitersparnis, Zeitersparnis wiederum verringert den Personalbedarf. Darunter fällt auch die Delegation von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten auf neue Berufsbilder (vgl. Gerst, Hibbeler 2010), sodass sich das medizinische und pflegerische Fachpersonal besser auf seine Kernaufgaben konzentrieren kann. Dazu gehören beispielsweise Dokumentationsfachkräfte oder „Nurse Practitioners", die in ihrem Qualifikationsniveau zwischen pflegerischer und ärztlicher Tätigkeit angesiedelt sind. Drittens kann durch eine verstärkte leistungs- und erfolgsorientierte Vergütung die Motivation der Mitarbeiter erhöht werden, was ebenfalls die Produktivität steigern kann.

Starre Flächentarifregeln dagegen erschweren die Gestaltung individueller Arbeitsverhältnisse und die Bindung qualifizierter Mitarbeiter. Die höhere (Arbeits-)Produktivität der Privaten zeigt sich durch die Kennzahl Case-Mix-Punkte je Vollkraft (vgl. Abb. 3).

Denkbar ist zwar, dass nicht allein intelligente Arbeitsabläufe zu der beobachteten höheren Produktivität führen, sondern auch eine höhere Arbeitsbelastung des Personals. Denn empirisch ist Produktivität einerseits und Arbeitsbelastung andererseits mit den vorliegenden Daten nicht trennbar. Allerdings wäre eine überdurchschnittlich hohe Arbeitsbelastung bei durchschnittlicher Vergütung im bestehenden starken Wettbewerb um Fachkräfte nicht dauerhaft haltbar. Interessant ist dabei auch der Vergleich der zu betreuenden Patienten je Vollkraft, was mit der Kennziffer „Zahl der Fälle je Vollkraft" approximiert werden kann. Und einen Vergleich über Trägergruppen und Versorgungsaufträge hinweg zulässt. Hier zeigt sich, dass die Betreuungsrelation bei Privaten sogar kleiner ist als bei den anderen Trägern (vgl. Augurzky et al. 2012, S. 23f).

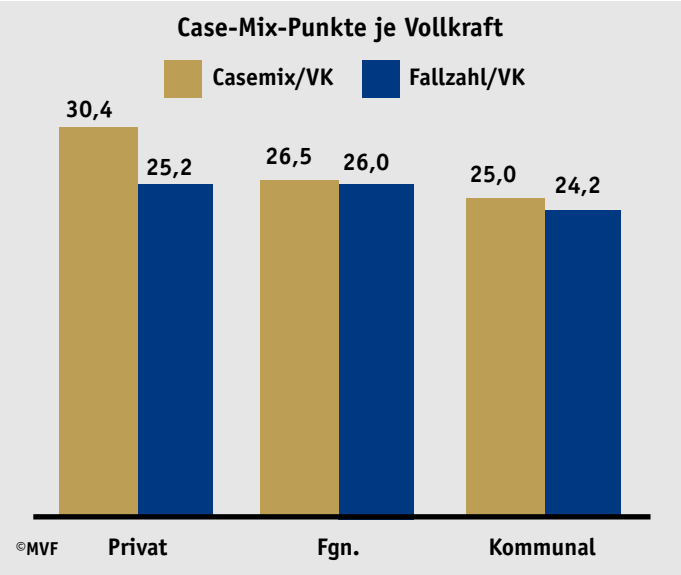


Abb. 3: Case-Mix-Punkte je Vollkraft, 2009. Quelle: Augurzky et al. (2012), S. 23.

2: Der Casemix misst die Leistungsmenge eines Krankenhauses; es handelt sich um die mit dem Schweregrad gewichtete Fallzahl eines Krankenhauses.
3: Bereinigte Kosten sind die vollstationären Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und ergeben sich aus der Differenz zwischen den Gesamtkosten und den Abzügen. Sie sind über alle Jahre hinweg vergleichbar (vgl. Statistisches Bundesamt 2011).
4: EBITDA: Ertrag aus dem operativen Geschäft, d.h. im Wesentlichen Ertrag nach Abzug von Personal- und Sachkosten.
5: KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz; nach dem KHG haben Plankrankenhäuer Krankenhäuser einen Anspruch gegen die Bundesländer auf Finanzierung ihrer Investitionskosten.

Aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung wird die Nachfrage nach Krankenhausleistungen auch künftig weiter wachsen. Gleichzeitig werden insbesondere in den medizinischen und pflegerischen Diensten der Personalbedarf und damit auch die Löhne steigen. Es wird daher für Krankenhausträger zukünftig wesentlich darauf ankommen, erstens Personal zu gewinnen und zu halten und zweitens mit der Ressource Personal äußerst sparsam umzugehen. Hier scheinen die Kliniken in privater Trägerschaft den nicht-privaten bereits einen Schritt voraus zu sein.

Bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung durch Rosinenpicken in Gefahr?

Politische Diskussion:

Eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten ist ein wichtiges Element regionaler Politik. Jedoch zeigt die aktuelle Versorgungssituation im Krankenhausbereich mit häufig kleinen Häusern und geringer Spezialisierung, dass dies zu einer Verbesserung der Versorgungssituation und einer Steigerung der Versorgungsqualität nur wenig beiträgt. Auf der einen Seite ist eine stärkere Spezialisierung der einzelnen Häuser aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll, auf der anderen Seite kann eine Spezialisierung, die z.B. von einer Koryphähe abhängt, den Standort gefährden. Leiden unter der Spezialisierung nicht vor allem die wohnortnahe Versorgung im ländlichen Raum, und hierbei insbesondere die Notfallversorgung? Wird diese Entwicklung durch die Privatisierung nicht noch verschlimmert?

Gesundheitsökonomische Fundierung:

Von Kritikern der Krankenhausprivatisierung wird vermutet, dass es einen Zielkonflikt zwischen der Gewinnorientierung auf der einen Seite und der Beteiligung an der flächendeckenden medizinischen Versorgung auf der anderen Seite gibt. Dies ist jedoch aus den vorliegenden Daten nicht zu argumentieren. So kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die bereits dargestellte Gewinnorientierung nicht auf Kosten der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Patienten geht. Bei der Vorhaltung der medizinisch-technischen Infrastruktur gemessen an der Zahl der medizinischen Großgeräte sind kaum trägerspezifische Unterschiede festzustellen, im Bereich der Intensivbetten leisten die Privaten sogar einen überdurchschnittlichen Beitrag zur Behandlung von schwer Erkrankten (vgl. Abbildung 4). Auch in der regionalen Versorgung sind Krankenhäuser in privater Trägerschaft entgegen anderslautender Vorurteile aktiv. So finden sich 14,6% der Betten in privater Trägerschaft bei ländlichen Grundversorgern gegenüber 12,0% bei den Nicht-Privaten. Die Patienten privater Kliniken sind sogar durchschnittlich älter. Zudem investieren die Krankenhäuser in privater Trägerschaft nicht weniger Geld in medizinische Großgeräte als andere Träger (vgl. Augurzky et al. 2012, S. 28ff). Im Bereich der Notfallversorgung ergibt sich noch weiterer, trägerübergreifender Forschungsbedarf. Hier ist insbesondere an einer valideren Erfassung des Notfallgeschehens und einer genaueren Abgrenzung zu arbeiten, um die Datenbasis für Untersuchungen valide auszuweiten.

Generell fällt jedoch auf, dass die Privaten einen höheren Anteil an Betten in Spezialkliniken aufweisen. Dennoch beteiligen sie sich in ähnlichem Maße an der ländlichen Grundversorgung wie die Nicht-Privaten: 3,5% der Betten in privater Trägerschaft finden sich bei ländlichen Grundversorgern und 3,8% bei den Nicht-Privaten. 11,1% der Betten in privater Trägerschaft lassen sich den ländlichen Großversorgern zuordnen und 8,2% der nicht-privaten. Aber auch der direkte Vergleich privater und kommunaler Grund- und Großversorger offenbart

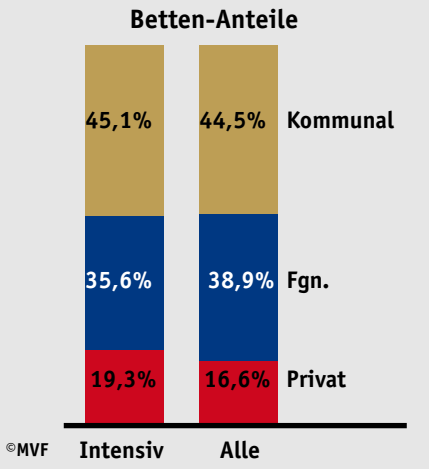


Abb. 4: Anteil an Intensivbetten im Vergleich zu Anteil an allen Betten 2009. Quelle: Augurzky et al. (2012).

keinen besonders großen Unterschied. Die kommunalen Krankenhäuser verfügen über einen leicht höheren Anteil an Betten ländlicher Grundversorger. In Bezug auf ländliche Großversorger gibt es praktisch keinen Unterschied zu den Kommunalen (vgl. Augurzky et al. 2012, S. 34 ff).

Interessant ist darüber hinaus die Betrachtung der wirtschlichen Lage der ländlichen Krankenhäuser gemessen an deren Ausfallwahrscheinlichkeiten[6]. Hier zeigt sich, dass nicht-kommunale ländliche Grundversorger in Bezug auf ihre Ausfallwahrscheinlichkeit besser abschneiden als die kommunalen, bei gleichem Leistungsspektrum. Dies zeigt, dass die ländliche Grundversorgung nicht per se unwirtschaftlich ist und auch für private Investoren interessant ist. Schließlich ist noch festzuhalten, dass die Studie ergeben hat, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft nicht mehr und nicht weniger privat versicherte Patienten behandeln als andere Krankenhäuser.

Kritische „DRG-Optimierung“

Politische Diskussion:

Private Krankenhausträger geben häufig Medikations- und Behandlungsrichtlinien heraus, die auf DRG-Optimierung und nicht auf optimale Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind. Behandlungsleitlinien, die auf Mengenausweitung und die Häufung besonders teurer Behandlungen ausgerichtet sind, widersprechen nicht selten den Fachstandards - und schaden den Patienten. Diese Praktiken müssen durch koordiniertes Handeln der Politik und der Selbstverwaltung dringend unterbunden werden.

Gesundheitsökonomische Fundierung:

Die angesprochene Problematik beruht auf ordnungspolitischen Fehlanreizen des deutschen DRG-Systems, welche entsprechend überarbeitet und angepasst werden müssen. Die Vermutung, dass private Krankenhausträger hier besonders aktiv in der Output-Gestaltung sind, lässt sich aus den Daten der RWI-Studie nicht erhärten. So wurde bereits dargestellt, dass sich gemäß den Untersuchungen der Studie ein „Rosinenpicken“ der privaten Krankenhausträger zu Lasten der Versorgungsqualität nicht nachweisen lässt. Betrachtet man die Kosten pro Case-Mix-Punkt für den medizinischen Bedarf und die Arzneimittel zeigt sich, dass sich die privaten Krankenhausträger nicht nennens-

6: Ausfallwahrscheinlichkeit: Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Kreditausfalls, in der Regel bezogen auf einen 1-Jahres-Horizont.

wert von den anderen unterscheiden. Die Zahlen geben keinen Hinweis darauf, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft am medizinischen Bedarf zu Lasten ihrer Patienten sparen würden. Niedrigere Kosten für Arzneimittel der Privaten können sich u.a. durch bessere Einkaufskonditionen durch Verbundeffekte erklären lassen.

Bedeutet mehr Investitionskraft mehr Qualität?

Politische Diskussion:

Das Thema monistische oder dualistische Finanzierung wird oft zum Streitball bei Diskussionen, ohne dass dabei Qualitätsaspekte der Versorgung im Vordergrund stehen. Während die aus Ländermitteln teilfinanzierten Krankenhäuser erhebliche Investitionsdefizite aufweisen, scheint es, dass private Krankenhausträger schneller die notwendigen Mittel für Investitionen bereitstellen können. Damit haben sie einen Marktvorteil. Doch wirkt sich dieser Vorteil positiv auf die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten aus, oder trägt er bloß zur Gewinnmaximierung bei?

Gesundheitsökonomische Fundierung:

Zusammenfassend ist ein zentrales Ergebnis der RWI-Studie, dass Kliniken in privater Trägerschaft im Durchschnitt wirtschaftlicher arbeiten, weil beispielsweise ihre Kosten bezogen auf die Leistungsmenge (Casemix) geringer ausfallen. Die Patientenversorgung wird dadurch jedoch nicht schlechter. Die Zahl der zu betreuenden Patienten je Vollkraft liegt ähnlich hoch wie bei nicht-privaten. Die Zahl der vorgehaltenen Intensivbetten ist sogar überproportional hoch. Auch in der regionalen Versorgung sind Krankenhäuser in privater Trägerschaft entgegen anderslautender Vorurteile aktiv, was zumindest die Daten zeigen. Zudem sind die Patienten privater Kliniken sogar durchschnittlich älter, was aufgrund von altersbedingten Mehrfacherkrankungen eine im Durchschnitt kostenintensivere Versorgung zur Folge hat.

Auch investieren die Krankenhäuser in privater Trägerschaft nicht weniger Geld in medizinische Großgeräte als andere Träger. Ferner zeigen Analysen, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit Hand in Hand gehen. Ökonomisch ausgedrückt stehen sie nicht in einem Zielkonflikt zueinander, sondern vielmehr in einer Zielharmonie (vgl. Augurzky et al. 2012a). Dies zeigen auch die trägerspezifischen Auswertungen der qualitativen Auffälligkeiten der Krankenhäuser und des Anteils zu prüfender Krankenhäuser im Rahmen dieser Studie. Tatsächlich weisen die Privaten sogar weniger häufig qualitative Auffälligkeiten auf und finden sich seltener unter den zu prüfenden Krankenhäusern als die anderen. Neben der medizinischen Qualität ist auch die von den Patienten erlebte Servicequalität, gemessen an der Patientenzufriedenheit, von großer Bedeutung. Hier gibt es ebenfalls keine trägerspezifischen Unterschiede, sie liegt durchschnittlich bei rund 77 bis 80% (vgl. Augurzky et al. S. 32f).

Diese Ergebnisse lassen sich gut mit „ökonomischer Logik“ erklären: Gerade durch ihre Gewinnerzielungsabsicht sind Krankenhäuser in privater Trägerschaft gezwungen, Patienten durch ihre Attraktivität und Qualität anzuziehen, um so eine hohe Auslastung zu erreichen und damit letztendlich Gewinn erzielen zu können. Würden sie dagegen dauerhaft unterdurchschnittliche Qualität anbieten, würden sie immer mehr Patienten verlieren und damit auch keine Gewinne mehr realisieren können.

Wettbewerb mit unterschiedlich langen Spießen

Politische Diskussion:

Nicht selten sind private Krankenhausträger in einer Konzernstruktur organisiert. Dadurch verfügen sie über Managementkompetenzen und über Standorte hinweg duplizierbares Wissen, die die Versorgung bei gleicher bzw. steigender Qualität effizienter machen. Gegenüber kommunalen Krankenhäusern, die über diese Kompetenzen nicht in diesem Ausmaß verfügen, sind sie dadurch im Vorteil. Ist das ungleicher Wettbewerb zum Nachteil anderer Träger?

Gesundheitsökonomische Fundierung:

In der Tat ist ein wichtiger Vorteil von Krankenhäusern mit privatem Träger, dass häufiger ein professionelles Aufsichtsgremium und ein erfolgsorientiertes Management anzutreffen sind. Das Aufsichtsgremium ist in sich homogener und dessen Mitglieder verfolgen ähnliche Interessen: dabei stehen die wirtschaftliche Erbringung der Leistungen des Krankenhauses und die kontinuierliche Verbesserung der eigenen Wettbewerbsposition im Fokus. Damit einher geht ein Interesse an qualitativ hochwertigen Leistungen, um im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern Patienten für sich zu gewinnen. Insbesondere verfolgt das Aufsichtsgremium in der Regel und manchmal im Gegensatz zur Politik keine weiteren Ziele, die zu Lasten der Wirtschaftlichkeit und Qualität gehen könnten.

Damit zusammenhängend ist anzunehmen, dass Aufsichtsgremien einer privaten Trägerschaft großen Wert auf ein erfolgsorientiertes Management legen, das in Eigenverantwortung die Geschicke des Unternehmens lenkt. Der Erfolg wird am Erreichen der Unternehmensziele gemessen. Die Aufsicht greift dabei nicht in das Tagesgeschäft ein, sondern kümmert sich vielmehr um die langfristige Unternehmensstrategie. Die größere Unabhängigkeit gegenüber kommunalpolitischen Entscheidungen macht es für das Management von privaten, aber auch von vielen freigemeinnützigen Krankenhäusern leichter, Rationalisierungspotenziale nicht nur zu identifizieren, sondern auch tatsächlich umzusetzen. Von einem ungleichen Wettbewerb kann deswegen jedoch nicht gesprochen werden. Denn auch kommunale Krankenhäuser könnten diese Vorteile im Prinzip kopieren, wenn der kommunale Eigentümer dazu bereit ist.

Fazit: Rolle der Politik

Die Politik ist vor allem im Umbau der Versorgungsstrukturen gefragt. Die Bürgerinnen und Bürger sind häufig verunsichert, wenn sie die Nachricht erhalten, dass sich in der Krankenhausversorgung bei ihnen vor Ort etwas ändern soll. Hier ist Bürgerbeteiligung gefragt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Bürgerinnen und Bürger transparente und nachvollziehbare Entscheidungen durchaus unterstützen. Dafür müssen aber die Fakten und Überlegungen, die zu einer Schließung,

Literatur

Augurzky, B., Beivers, A., Gülker, R. (2012), Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, Rheinisch Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung [Hrsg.], RWI Materialien, Heft 72, Essen.

Augurzky, B., Gülker, R., Hentschker, C., Krolop, S., Schmidt, C.-M., (2012a), Krankenhaus Rating Report 2012, Krankenhausversorgung am Wendepunkt?, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Gerst, T., Hibbeler, B. (2010), Nichtärztliche Fachberufe im Krankenhaus: Hilfe oder Konkurrenz?, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 13, 2. April 2010, S. A596-A599,

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), Grunddaten der Krankenhäuser 2010, Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Zusammenlegung oder Privatisierung von Krankenhäusern führen, offengelegt und vor allem dargestellt werden, wie die Versorgung in Zukunft sichergestellt werden soll. Nur so kann es zu einer transparenten Entscheidungsfindung kommen, an deren Ende die unter den gegebenen Umständen optimale Lösung für die Versorgung der Patientinnen und Patienten einer Region steht - bei einer möglichst geringen finanziellen Belastung der Bürgerinnen und Bürger in der Region. Datenbasierte Analysen, insbesondere auch zur Prognose von künftigen Bedarfen und Inanspruchnahmen medizinischer und pflegerischer Leistungen, können dabei die politische Diskussion fundieren und zur Entscheidungsfindung beitragen. <<

Privatisation of hospitals in Germany: A politico-economic debate

Privatisation of hospitals, i.e. a change in their type of ownership from the municipal and private-non-profit type to the private profit-oriented type, has been the subject of heated debate ever since this development began back in the early 1990s. To objectivise this debate, the RWI generated a Fact Book „Significance of Privately Owned Hospitals". The aim was to provide a scientific assessment of hospital privatisation in Germany by presenting and evaluating relevant key ratios relating to the hospital market, differentiated by type of ownership. This empirical evaluation is now the base for a politico-economic debate about hospital privatization in Germany and to validate the political and economic arguments.

Keywords

Tremendous importance of the healthcare and hospital market, Regulatory policy in the health care sector, Privatisation of hospitals, Significance of Privately Owned Hospitals, Participation in healthcare delivery, Empirical evaluation, Politico-economic debate

Autorenerklärung

Dr. Augurzky ist Mitarbeiter des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung e.V., Prof. Dr. Andreas Beivers der Hochschule Fresenius in München und haben an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Die Analyse zum Faktenbuch „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft" (2012) erfolgte mit finanzieller Unterstützung des BDPK (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.) und wurde vom RWI in Kooperation mit Prof. Beivers durchgeführt.

Dr. rer. pol. Boris Augurzky
studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität Heidelberg. 2001 bis 2003 war er als Berater bei The Boston Consulting Group tätig. Seit 2003 ist er Leiter des Bereichs Gesundheit am RWI. Ein Fokus seiner Arbeit liegt auf dem stationären Gesundheitssektor, u.a. ist er Autor des Krankenhaus Rating Reports.
Kontakt: augurzky@rwi-essen.de



Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers
Studiendekan für Gesundheitsökonomie und Professor für Volkswirtschaftslehre an der Hochschule Fresenius in München. Mitglied im Editorial Board des Krankenhausreportes des Wissenschaftlichen Institutes der AOK.
Kontakt: beivers@hs-fresenius.de



Eva-Marie Torhorst, M.A., MBA
Referentin für Gesundheitspolitik der Grünen im Bayerischen Landtag, Koordinatorin der Bund-Länder Arbeitsgemeinschaft Soziales/Gesundheit/Arbeitsmarkt. Studiengangkoordinatorin für Management im Gesundheitswesen an der FOM.

Kontakt: e.torhorst@gruene-fraktion-bayern.de

