



STADTPUNKTE

Peter Prenner (Herausgeber)

KOMMUNALER AUSVERKAUF

Von der Krise der Privatisierung

Tagungsband der AK-Wien Fachtagung

6



GERECHTIGKEIT MUSS SEIN

Stand Jänner 2013

Medieninhaber: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien
1040 Wien Prinz-Eugen-Straße 20-22

Druck: Eigenvervielfältigung

Verlags- und Herstellort: Wien

ISBN: 978-3-7063-0448-1

VORWORT

Bis vor kurzem galt die Idee der Liberalisierung und der Privatisierung im Bereich öffentlicher Leistungen geradezu als Allheilmittel. Höhere Effizienz, niedrigere Preise, qualitativ höherstehende Leistungen und bessere KundInnenbeziehungen wurden versprochen, wenn es an den Ausverkauf kommunaler Dienste an meist international tätige Großkonzerne ging. Vermeintlich wegfallende Kosten bzw. erzielte Verkaufserlöse sollten zur Sanierung maroder Gemeindebudgets beitragen.

Mittlerweile ist deutliche Ernüchterung eingetreten. In Paris und Berlin wird die Wasserversorgung zähneknirschend rekommunalisiert. Höhere Preise, unterkapitalisierte Infrastruktur und damit einhergehende qualitativ schlechtere Versorgung haben dafür den Ausschlag gegeben. Wenig positive Erfahrungen werden auch im Zusammenhang mit der Privatisierung von vormals in kommunaler Hand befindlichen Wohnungen, mit privatisierten Krankenhäusern oder liberalisierten Verkehrs- und Energienetzen berichtet.

Zentrales Anliegen der Fachtagung „Kommunaler Ausverkauf – Von der Krise der Privatisierung“ war es, möglichst praxisnah, Folgewirkungen von Liberalisierungs- und Privatisierungsmaßnahmen in diversen Bereichen der kommunalen Leistungen (Wohnen, öffentlicher Nahverkehr, Wasser-, Energie- und Gesundheitsversorgung) kritisch zu analysieren. Dabei wurde sowohl auf wissenschaftlicher als auch auf politischer Ebene angesetzt.

Peter Prenner (Herausgeber)

Wien, Jänner 2013

KAI MOSEBACH: PRIVATISIERUNG VON KRANKENHÄUSERN IN DEUTSCH- LAND: EINE GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHE ANA- LYSE IHRER URSACHEN, DYNAMIKEN UND FOLGEN



Dipl. Pol. Kai Mosebach ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Medizinsoziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main sowie Mitherausgeber der Studie: „Privatisierung von Krankenhäusern“.

Einleitung

Im Sommer 2012 erhitze die Übernahmeschlacht um den führenden deutschen Krankenhauskonzern, die Rhön AG, die deutsche Wirtschafts- und Finanzpresse. Seit diese private Krankenhauskette im Jahr vom Land Hessen das (vorher fusionierte) landeseigene Universitätsklinikum Marburg/Gießen im Jahre 2005 erworben hatte, stand es unter publizistischer, finanzanalytischer und gewerkschaftlicher Dauerbeobachtung (vgl. Hanschur/Böhlke 2009).

Die Rhön AG, insbesondere der Unternehmensgründer Eugen Münch wollte dies, sollte mit dem zweitgrößten Krankenhauskonzern in Deutschland, Helios, der zum Gesundheitskonzern Fresenius SE & Co. KGaA gehört, zusammengeführt werden.¹ Es wäre also eingetreten, was kritische Beobachter von Krankenhausprivatisierungen schon länger befürchtet haben, nämlich, dass renditegetriebene und auf Marktanteile zielende Unternehmensstrategien gegenüber versorgungsbezogenen Zielsetzungen die Oberhand gewinnen, die Logik finanzkapitalistischer Optimierungsstrategien sich also von gesundheits- und krankenhauspolitischen Problemen entkoppelt (vgl. Stumpfögger 2009: 206f).

Die geplante Übernahme durch die Helios-Gruppe scheiterte schließlich. Jedoch weniger wegen privatisierungskritischen Argumenten, sondern vielmehr aufgrund marktstrategischer Kalküle konkurrierender Krankenhauskonzerne, insbesondere von *Asklepios* und des nordhessischen Medizin-

¹ Siehe den Bericht der Online-Ausgabe der Deutschen Ärztezeitung: „Rhön-Klinikum AG: Vorstandschef Wolfgang Pföhler verlässt den Konzern“, URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/51832> (25.10.2012)

produkteherstellers *B. Braun*. Diese unterliefen im letzten Moment über den Kauf von einem relevanten Teil von (Stamm-)Aktien der Rhön AG die „freundliche“ Übernahmestrategie von Fresenius/Helios.² Diese marktstrategischen Auseinandersetzungen zwischen den privaten Krankenhausketten in Deutschland zeigt also – nach einer zwanzigjährigen Entwicklungsperiode von Krankenhausprivatisierungen in Deutschland – alle Anzeichen eines entlang privatkapitalistischen Regeln organisierten Güter- bzw. Dienstleistungsmarktes, der im Angesicht begrenzter Wachstumsmöglichkeiten (Budgetierung der Krankenhausausgaben!) zu Konzentrations- und Monopolisierungstendenzen neigt. Insofern könnte der Übernahmeveruch durch Asklepios auch als ein Indiz für eine Konsolidierung des Krankenhausmarktes gesehen werden.³

Diese 20 jährige "Erfolgsgeschichte" von Privatisierungen öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhausanstalten verdient es, genauer untersucht zu werden. Im folgenden Beitrag soll daher die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive analysiert werden. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht die Bewertung des (inter-)national *hegemonialen Privatisierungsnarrativs*, nach dem private Krankenhäuser moderner, effizienter und qualitativ besser seien. Hierdurch würden sie insbesondere den Kommunen helfen, trotz knapper Kommunalhaushalte die Krankenhausversorgung zu modernisieren, den Ländern die lokale/regionale Krankenhausversorgung sicher gelten und einen Qualitätswettbewerb im deutschen Krankenhaussektor zu entfachen. Lässt sich hiermit der „Erfolg“ der Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland erklären?

Bevor ich diese Versprechungen im Einzelnen mittels der Analyse wissenschaftlicher Studien einerseits und der Auswertung der amtlichen Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes andererseits zu bewerten versuche, möchte ich den politischen Kontext von Privatisierungsprozessen im deutschen Krankenhaussektor skizzieren. Denn nur durch die Integration des steuerungspolitischen und regulativen Rahmens, in dem sich die Konkurrenz zwischen Krankenhäusern privater, freigemeinnütziger und öffentlicher Träger entfaltet, wird die Attraktivität des Privatisierungsnarrativs und die Erfolgsgeschichte privater Krankenhauskonzerne in Deutschland verständlich.

New Public Management, Managed Care und die Kommerzialisierung des Krankenhaussektors

Die öffentliche Krankenhausversorgung befindet sich in allen OECD-Staaten in einem grundlegenden Umbruch. Die neoliberale Umgestaltung fordristischer Kapitalismusmodelle und Wohlfahrtstaatlichkeit während des goldenen Zeitalters des Kapitalismus, die ihren Kern in der wettbewerbsstaatlichen und globalisierungskompatiblen Flexibilisierung von Produktions-, Distributions- und Redistributionsstrukturen hat, wirkt auch auf die Ausgestaltung (national-)staatlicher Krankenhaussysteme ein (vgl. Hirsch 2005: 141ff; Gerlinger 2006: 49ff; Gerlinger/Mosebach 2009. 13ff). In der Sichtweise politischer und wirtschaftlicher Entscheidungsträger macht die ökonomische Globalisierung, in dessen Kontext auch der europäische Integrationsprozess inkludiert ist, es unumgänglich, die öffentlichen Finanzen einem permanenten Austeritätskurs zu unterwerfen. Gleichzeitig erwarten (etablierte)

² Siehe den Bericht der Oberhessischen Presse, Marburg: <http://www.op-marburg.de/Lokales/Wirtschaft/Wirtschaftslokal/Ende-einer-Uebnahme-Schlacht> (25.10.2012)

³ Es gibt in der Tat theoretische wie empirische Hinweise darauf, dass die Ära der Vermögensprivatisierung im deutschen Krankenhaussektor seinen Höhepunkt bereits überschritten hat. Einerseits lassen sich nicht alle Krankenhausleistungen privatwirtschaftlich mit Gewinn organisieren (wie selbst die Weltbank zugesteht: Preker/Harding 2003), andererseits deuten Äußerungen führender Krankenhausmanager darauf hin, dass weniger in der weiteren Privatisierung von öffentlichen bzw. freigemeinnützigen Krankenhäusern die zukünftigen Wachstumsmöglichkeiten privater Krankenhauskonzerne bestehen, sondern in der Erfüllung privater Zusatzleistungen im Krankenhaus für einkommensstarke Patienten (vgl. Pföhler 2010).

Gesundheitswissenschaftler und Gesundheitspolitiker eine Ausweitung von medizinischen Leistungen aufgrund der schleichenden Alterung und damit einhergehender Verschlechterung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung einerseits und dem nicht aufzuhaltenden medizinisch-technischen Fortschritt andererseits.⁴ Sie erwarten daher zukünftige Finanzierungsschwierigkeiten der Gesundheitsversorgung, die über den Druck auf öffentliche Haushalte die internationale Wettbewerbsfähigkeit des Landes gefährden können. In diesem diskursiven Kontext hat sich in den vergangenen 20-25 Jahren ein internationaler Reformdiskurs herausgebildet, der vor dem Hintergrund begrenzter öffentlicher Finanzmittel eine Doppelstrategie zur Sicherung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der jeweiligen nationalen Wirtschaft und der Gewährleistung einer adäquaten öffentlichen Gesundheits- bzw. Krankenhausversorgung vorschlägt (vgl. zu einer kritischen Darstellung dieses Reformdiskurses: Lister 2005).

Im Kern handelt es sich bei dieser Doppelstrategie zum einen um die administrative Begrenzung öffentlicher Finanzmittel für die Kranken(haus)versorgung, um die sog. Lohnnebenkosten im internationalen Standortwettbewerb gering zu halten. Zum anderen soll die Installierung von Wettbewerbsmechanismen in der öffentlichen Kranken(haus)versorgung die Effizienz und Produktivität der Dienstleistungserstellung in diesem Sektor der Volkswirtschaft erhöhen. Alle Krankenhäuser sollen – unabhängig von ihrer Trägerschaft – über den budgetpolitisch verschärften Wettbewerbsdruck zur Erbringung von besseren, billigeren und qualitativ hochwertigeren Leistungen angestachelt werden. Das Privatisierungsnarrativ behauptet, die privatwirtschaftlichen Unternehmen seien hierzu am besten aufgestellt (vgl. z.B. Augurzky et al. 2009: 8ff; Augurzky/Bievers/Gülker 2012: 11ff).⁵ Dieser internationale Reformdiskurs entspringt konzeptionell dem wohlfahrtsstaatlichen Reformmodell des *New Public Management* und dem gesundheitspolitischen Modernisierungskonzept des *Managed Care*, die als zentrale Leitbilder krankenhauspoltischer Reformanstrengungen angesehen werden können und beide ihren Ursprung im US-amerikanischen Reformdiskurs der frühen 1990er Jahre haben (vgl. Freeman/Moran 2000: 40ff; Hunter 2008: 40ff; Mosebach 2010a: 8ff). Es sollte allerdings beachtet werden, dass Gesundheitspolitik nicht nur (möglicherweise nicht einmal in besonderem Maß) von gesundheitspolitischen Zielsetzungen geprägt ist, sondern stets auch Entscheidungen über ökonomische, genauer: kapitalistische Profitinteressen beinhaltet. In jedem Fall bedeutet die Existenz eines internationalen Reformdiskurses nicht, dass dieser in jedem Land in gleicher Weise umgesetzt wird. Die Ausgestaltung des nationalen Reformpfades hängt maßgeblich von den jeweiligen Machtverhältnissen der beteiligten politischen, sozialen und ökonomischen Akteure ab (vgl. Moran 1998; Mosebach 2010a: 8ff).

Krankenhausversorgung in Deutschland: eine auf halber Strecke stecken gebliebene wettbewerbsstaatliche Transformation

Den Beginn des strukturellen Umbaus der deutschen Krankenhausversorgung datiert der Politik- und Gesundheitswissenschaftler Michael Simon auf Mitte der 1980er Jahre, die konzeptionelle In-

⁴ Dass es sich hierbei um beliebte, aber nahezu unausrottbare Mythen in der (nicht nur) deutschen Gesundheitspolitik handelt, ist schon vielfach belegt worden (vgl. z.B. Schwartz/Busse 1994; Braun/Kühn/Reiners 1998; Reiners 2009). Freilich hat dies nicht zum Untergang dieser Mythen und Vorstellungen in den Elitendiskursen geführt. Und solange die politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Diskursheerheiten und Entscheidungsträger diesen Mythen huldigen, bleiben sie trotz aller Fadenscheinigkeit am Leben. Diese Mythen sind Teil eines hegemonialen Modernisierungsdiskurses und tragen durch ihre scheinbare Unausrottbarkeit zu dessen immenser formativer Kraft bei.

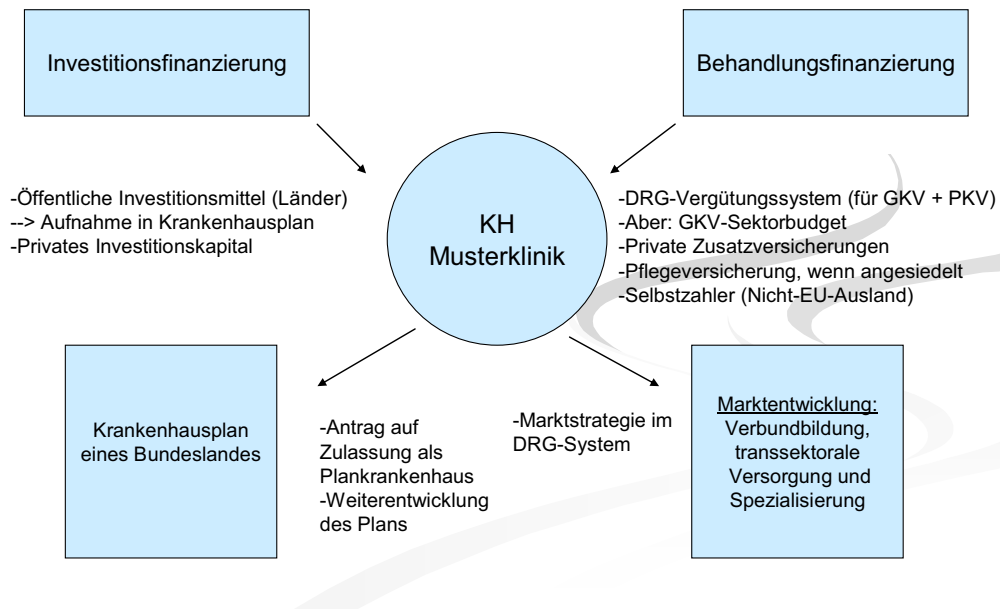
⁵ Es gibt hier allerdings eine Variation des hegemonialen Privatisierungsnarrativs, das weniger die Trägerschaft an sich zur Begründung des mutmaßlichen Markterfolges heranzieht, sondern vielmehr auf die Bedeutung eines guten Organisations- und Strategiemanagements hinweist (vgl. z. B. Reschke 2010). Dieses ist – wie dann oft argumentativ nachgeschoben wird – aber besonders bei privaten Krankenhäusern verbreitet. Diese Variation ist daher wesentlich identisch mit der unten diskutierten „zweiten Säule“ des hegemonialen Privatisierungsnarrativs.

fragestellung des erst während der sozialdemokratisch-liberalen Regierungsära realisierten Ausbaus von Krankenhauskapazitäten hingegen bereits im unmittelbaren Fahrwasser der Weltwirtschaftskrise der 1970er Jahre (vgl. Simon 2000: 162ff). Trotz dieser lang anhaltenden Reformgeschichte, in der sich die hohe Strategiefähigkeit des Bundesgesundheitsministeriums zeigte, ist der gesetzpolitische Startpunkt der wettbewerbsstaatlichen Transformation des deutschen Krankenhausesektors das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG 1993), das unter der politischen Führung des damaligen Bundesgesundheitsministers Horst Seehofer in enger Abstimmung mit der sozialdemokratischen Opposition ausgehandelt wurde. Die beiden wesentlichen krankenhauspolitischen Entscheidungen waren die formale Infragestellung des sog. Selbstkostendeckungsprinzips⁶ und die Einführung von Fallpauschalen als Vergütungsalternative im deutschen Krankenhaussystem. Begleitet waren diese beiden Schlüsselentscheidungen von einer sukzessiv zunehmenden Öffnung des Krankenhauses für ambulante Versorgungsleistungen („ambulant Operieren“), die auf einen verstärkten Wettbewerb zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäuser abzielten (vgl. zu diesem Wandlungsprozess ausführlich: Simon 2000; Böhm 2008; Mosebach 2010a). Während diese wettbewerblichen Maßnahmen, die im Folgenden noch genauer erläutert werden, die Wettbewerbsintensität und die Effizienz der Krankenhausversorgung erhöhen sollten, setzte das GSG 1993 auch ein striktes Krankenhausbudget auf der Ebene der gesamten GKV-Krankenhausausgaben als quasi-staatliches Regulativ den Vertragsverhandlungen von Krankenkassen und Krankenhausträgern vor. Diese sektoralen Krankenhausbudgets sind seitdem – trotz mehrfacher Ankündigung ihrer Aufhebung – immer wieder in ihrer rechtlichen Geltungsdauer verlängert worden (vgl. Simon 2008; Böhm 2010), so dass man die Budgetierung der gesamten Krankenhausausgaben (innerhalb der GKV) neben der Stärkung wettbewerblicher Steuerungsmaßnahmen mit großer Berechtigung als ein kennzeichnendes Strukturmerkmal postfordistischer Krankenhausversorgung in Deutschland bezeichnen kann. Dennoch ist die wettbewerbsstaatliche Transformation des deutschen Krankenhausesektors gemessen an dem reformpolitischen Diskursideal halbiert, denn bislang ist es den Krankenkassen nicht gelungen – wie systematisch im dualen Reformkonzept von New Public Management und Managed Care angelegt, einen kostenträgergetriebenen Wettbewerb zu etablieren. Obwohl zahllose gesetzliche Maßnahmen in Gang gesetzt wurden, die Verhandlungskraft und Vertragsmacht der (einzelnen) Krankenkassen zu stärken, verwehrt bisher eine (un-)heilige Allianz aus Krankenhäusern und Bundesländern, die die verfassungsmäßige Sicherstellungsaufgabe der lokalen/regionalen Krankenhausversorgung haben, dass Krankenkassen umfassend vom „Payer zum Player“ werden (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2006: 252ff; Rekkittke 2011: 62ff). Dennoch ist das im Krankenhauswesen anzutreffende Kollektivvertragssystem in den letzten beiden Dekaden deutlich fragmentiert worden, so dass man in gewisser Hinsicht von einem (noch begrenzten) Systemwettbewerb innerhalb der GKV (Kollektivvertrags- vs. Einzelvertragssystem) sprechen kann. Auf den ersten Blick hat sich die Regulierungsstruktur des deutschen Krankenhaussystems daher scheinbar nur wenig seit den 1980er Jahren geändert (siehe Abbildung 4).

⁶ Das sog. Selbstkostendeckungsprinzip bewirkte in der Praxis, dass *retrospektiv* alle (relevanten) Ausgaben der Krankenhäuser über krankenhausingividuelle Pflegesätze erstattet wurden. Dies hatte rechtlich mit dem Primat der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser zu tun gegenüber Effizienzgesichtspunkten zu tun und verwies auf die defizitäre Krankenhausfinanzierung bis zur Verabschiedung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG 1972) zu Beginn der 1970er Jahre.

Abbildung 4 Schema der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland

Schema der stationären Versorgung Grundstruktur und Marktentwicklung



Eigene Darstellung

In Deutschland besteht formal ein System der *dualen Krankenhausfinanzierung*, das dadurch charakterisiert ist, dass die Behandlungskosten von den Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen⁷ getragen werden, die Investitionskosten jedoch im Rahmen der Krankenhausplanung der Bundesländer bei allen Plankrankenhäusern öffentlich aus dem Landeshaushalt gefördert werden (vgl. für eine Systembeschreibung: Simon 2013). Doch subkutane Prozesse unterhalb eines reformpolitischen „Big Bang“ – gerade auch auf der Ebene der Bundesländer und Kommunen – haben das Gesicht der öffentlichen Krankenhausinvestitionsfinanzierung erheblich verändert. Mittlerweile ist es in gesundheits- und krankenhauspolitischen Kreisen ein kaum noch reflektierter, daher *reflexhafter Truismus*, dass die öffentlichen Investitionsmittel aufgrund kommunaler Finanzierungskrisen und knapper Länderhaushalte rückläufig sind (vgl. zur Empirie: DKG 2012: 62ff).⁸ Hier liegt ein Ansatzpunkt für das omnipotente Privatisierungsnarrativ, das behauptet, dass private Krankenhauskonzerne über ihre besseren Zugriffsmöglichkeiten auf privates Eigen- und Fremdkapital die Länder- und Kommunalhaushalte zu entlasten vermögen. Ein weiteres Strukturmerkmal, das sich seit dem GSG 1993 radikal verändert hat, sind die Regelungen der Vergütung von Behandlungskosten. Wie bereits erwähnt wurde durch dieses Epoche machende Bundesgesetz das Prinzip der Selbstkostendeckung bei der Vergütung von Krankenhausleistungen (im Rahmen der GKV) formal aufgeho-

⁷ Die privaten Krankenversicherungsunternehmen haben sich an das G-DRG-System angeschlossen, so dass bis auf Chefarztbehandlung und andere „weiche“ Vergünstigungen für Privatversicherte, zu denen auch ein schnellerer Zugang gehört, die Krankenhauspreise für beide Versichertengruppen gleich sind.

⁸ Kommunale Haushalte fördern formal keine Krankenhausinvestitionen. Aber da kommunale Träger von Krankenhäusern aufgrund der kommunalen Finanzkrise zunehmend weniger deren „Defizite“ tragen können, die mutmaßlich auch über die Finanzierung von notwendigen Investitionen aus überschüssigen Behandlungseinnahmen entstehen, hat die finanzielle Strangulation mancher Kommunen auch indirekte Auswirkungen auf das Investitionsverhalten von Krankenhäusern, obwohl die Kommunen für die Investitionsfinanzierung nicht zuständig sind.

ben. Was bedeutet das aber? Obwohl die wettbewerbsstaatliche Transformation im Hinblick auf die Veränderung des stationären Vergütungssystems ein schrittweiser Veränderungsprozess von mittlerweile zwanzig Jahren ist, lassen sich idealtypisch zwei unterschiedliche Vergütungslogiken schematisieren (vgl. zur Übersicht über stationäre Vergütungsformen: Hajen/Paetow/Schumacher 2000: 161ff; Amelung/Schumacher 2004: 140ff). Bis in das neue Millennium hinein basierte die Vergütung von Krankenhausleistungen weitgehend auf krankenhausespezifischen Tages- bzw. Abteilungspflegesätzen, die aposteriori berechnet und dadurch de facto alle Leistungen finanziert haben, die die Krankenhäuser in den davor liegenden Quartalen erbracht hatten (von der Begrenzung der gesamten Krankenhausausgaben, die natürlich auch Einfluss auf die Vertragsverhandlungen von Krankenkassen und Krankenhausträgern haben, sei hier mal kurz abgesehen). Dieses Vergütungssystem, das auf dem Prinzip der Selbstkostendeckung beruhte, setzte nach allgemein geteilter Einschätzung perverse Handlungsanreize für alle Krankenhäuser, weil zugespitzt formuliert die sparsamen und auf Kosteneffizienz achtenden Krankenhäuser durch geringere Pflegesätze bestraft, personale und materiale Ressourcenverschwendung hingegen befördert wurde. Fallpauschalen hingegen drehen diese Anreizwirkungen zu Lasten der Leistungserbringer, hier also der Krankenhäuser, um, indem sie diesen Anreize setzen, die Kosten pro Fall zu minimieren. Entscheidend ist nicht mehr, wie lange ein Patient ein Bett belegt, sondern vielmehr wie viel ein Krankenhaus pro Fall bekommt, im Zweifelsfall also wie schnell ein Patient entlassen werden kann. Es entsteht also ein Anreiz für das Krankenhaus(management), die Behandlungsabläufe effizienter bzw. kostengünstiger zu organisieren (Arbeitsproduktivität!), denn je geringer die betriebswirtschaftlichen Kosten sind, desto höher ist der spiegelbildliche Gewinn bzw. Überschuss des Krankenhauses. Während das GSG 1993 noch eine beschränkte Anwendung von Fallpauschalen normierte, wurde während der rot-grünen Bundesregierung die Entscheidung für eine sukzessive Einführung eines umfassenden auf Fallpauschalen beruhenden Vergütungssystems für die deutsche Krankenhausversorgung getroffen (vgl. Simon 2000: 280ff; Simon 2002: 146ff). Unter staatlichem Druck einigten sich die Vertragspartner aus Krankenhaus-, Krankenkassen- und Krankenversicherungsverbänden auf die Einführung eines auf Patientenklassifikationen beruhenden Vergütungssystems (DRGs: Diagnosis Related Groups). Von 2003 bis 2009 galt eine Konvergenzphase, in der die unterschiedlichen Betriebskostenstrukturen privater, öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser angepasst und an einen „einheitlichen Preis“ angepasst wurden. Seit dem 01.01.2010 gilt offiziell der Grundsatz, dass in einem Bundesland die gleiche Krankenhausleistung den gleichen Geldtransfer von den Krankenversicherungsträgern an die Krankenhäuser generiert. Im Gegensatz zur Liberalisierung anderer öffentlicher Dienstleistungen gilt hier (bisher) also kein Preis-, sondern bestenfalls ein Produktionskostenwettbewerb. Um die Qualität der Krankenhausversorgung zu sichern, den Produktionskostenwettbewerb also nicht in einen Qualitätswettbewerb nach unten laufen zu lassen, wurden gleichzeitig die Qualitätssicherungsanforderungen und externen/internen Qualitätsüberprüfungen für alle Krankenhäuser verschärft (vgl. Böhm 2008: 57ff; Mosebach 2010a: 28f).

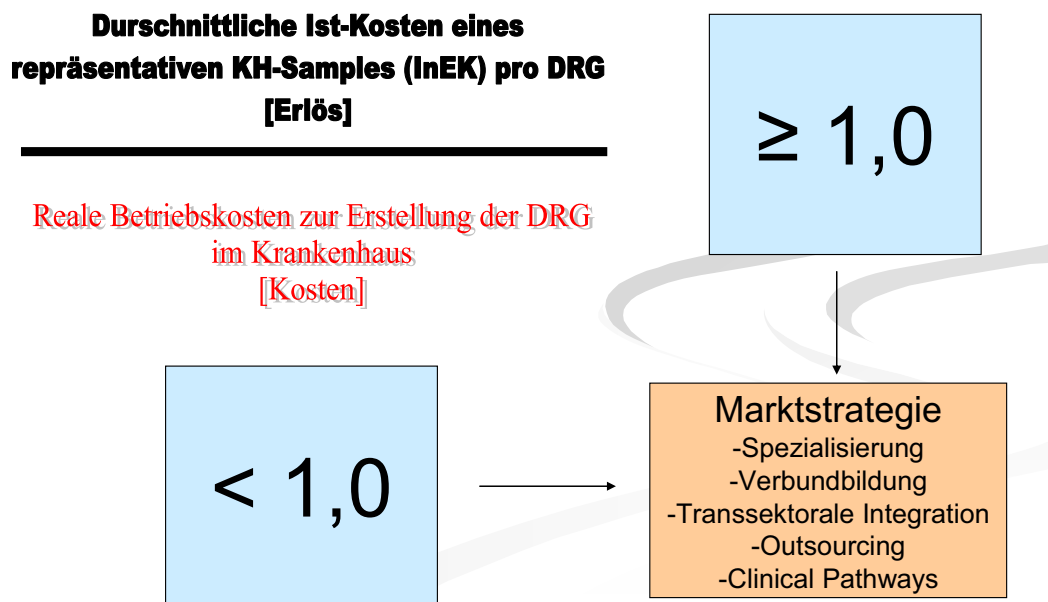
Die strategischen Anreizwirkungen des DRG-Systems auf die Krankenhäuser sind relativ klar feststellbar, entsprechen sie doch theoretisch aus dem DRG-Anreizsystem ableitbaren Strategien der Krankenhäuser. Sie sind überdies krankenhausespolitisch gewollt. Die typisierte Kalkulationsgrundlage eines Krankenhaus(managements) besteht im Zeitalter der G-DRGs (*German-DRGs*) darin, die individuellen Betriebskosten unter den allgemein durchschnittlichen Betriebskosten einer repräsentativen Stichprobe von einigen Hundert Krankenhäusern zu halten, um Mehrerlöse realisieren zu können. Gelingt dies nicht, müssen entweder die Betriebskosten über Kostensenkungen (Lohndifferenzierung; Beschaffungsmanagement, Verbundbildung) und/oder Produktivitätssteigerungen (*Economies of Scale* bzw. Umbau von Behandlungsabläufen) reduziert oder aber bestimmte Versorgungsbereiche aufgegeben werden, sofern diese nicht zur Sicherung der lokalen Versorgung mit Krankenhausleistungen durch öffentliche Gelder subventioniert werden können (siehe Abbildung 5). Über allem schwebt dann noch das Damoklesschwert der sektoralen Budgetierung, die den Kostendruck

des Vergütungssystems noch potenzieren kann. Hier ist das zweite Einfallstor für das hegemoniale Privatisierungsnarrativ, nämlich, dass private Krankenhäuser wegen der langen Erfahrung mit modernen Managementstrategien und -techniken sich besser an den administrierten Preisdruck anpassen und wegen der schnellen Verfügbarkeit privaten Investitionskapitals die sog. Wertschöpfungskette im Gesundheitswesen, d.h. die klinischen Behandlungsabläufe, wesentlich effizienter und schneller umbauen, also gestützt auf *Prozessinnovationen* enorme Produktivitätsfortschritte realisieren können (vgl. Augurzky et al. 2009: 8ff; Augurzky/Bievers/Gülker 2012: 11ff; Wendl 2009: 221ff).

Abbildung 5 Schematisierte Kalkulationsgrundlagen eines Krankenhauses im G-DRG-System

Logik des KH-Marktes unter DRGs

Die Gewinn-/Überschusskalkulation eines KH bei DRGs



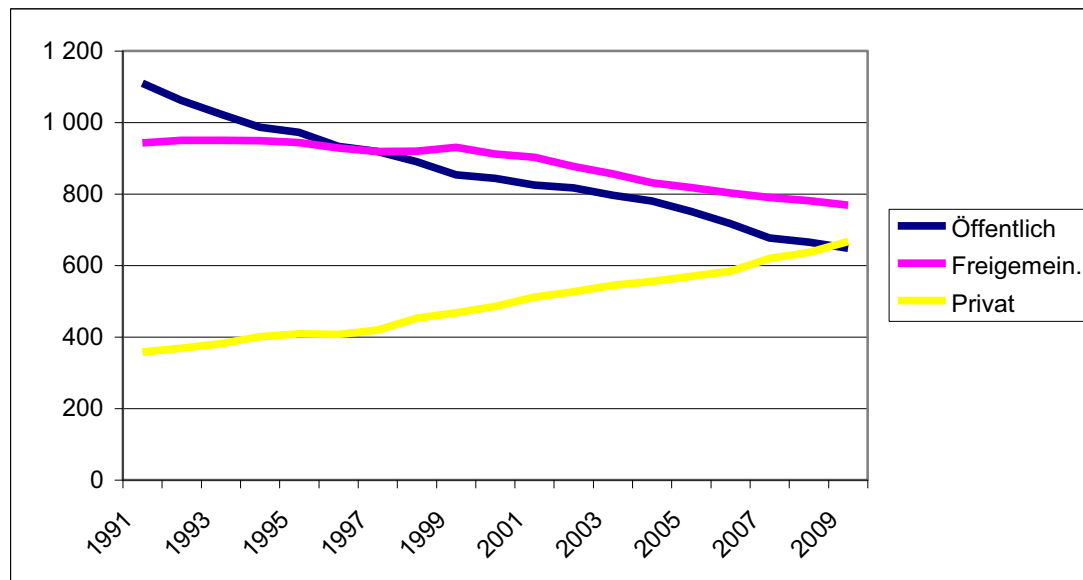
Eigene Darstellung

Das hegemoniale Privatisierungsnarrativ auf dem Prüfstand: was erklärt den Erfolg von Privatisierungsprozessen im deutschen Krankenhaussystem?

Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland umfasst mittlerweile eine Zeitspanne von 20 Jahren. Diese Geschichte ist unmittelbar mit der Wiedervereinigung bzw. der Integration des ehemaligen staatlichen Gesundheitssystems der DDR in das korporatistisch-ständische Krankenversorgungssystem der (alten) Bundesrepublik Deutschland verbunden (vgl. DKG 2012: 2ff). Die Privatisierung von Krankenhäusern stellt sich zudem als eine doppelte Geschichte dar, wenn man theoretisch zwischen (wenigstens) zwei Privatisierungsformen öffentlicher Dienstleistungen unterscheidet. Ein Blick auf die Entwicklung der absoluten Zahl von Krankenhäusern nach Trägerschaft zeigt, dass die Privatisierung von Krankenhäusern im Hinblick den Wandel der Trägerschaft in der Tat eine Erfolgsgeschichte ist. Machten im Jahre 1991 Krankenhäuser in privatwirtschaftlicher Trägerschaft

lediglich ein Achtel aller Krankenhäuser aus, so haben privatwirtschaftlich geführte Krankenhäuser gemessen an der absoluten Zahl im Jahr 2009 erstmalig die Menge an Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft übertroffen (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6 Krankenhäuser nach Trägerschaft von 1991 bis 2010



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1., Tab. 1.4.; eigene Berechnungen

Doch das ist lediglich die halbe Geschichte. Im gleichen Zeitraum nahm die Bedeutung öffentlicher Rechtsformen bzw. kirchenrechtlicher Organisationsformen markant ab (vgl. hierzu: Löser-Priester 2001; Zech 2007). Die ubiquitäre Verbreitung privater Rechtsformen unter öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern verweist auf den bereits oben gemachten Tatbestand einer zunehmenden marktlichen bzw. wettbewerblichen Reorganisation der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland. Denn die Bedeutungszunahme privater Rechtsformen bei öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträgerschaften ging spiegelbildlich mit einer Abnahme rechtlich unselbstständiger Krankenhäuser einher, die offensichtlich Schwierigkeiten hatten, sich in einem zunehmend wettbewerblich geprägten Umfeld zu halten. Solche formalen Privatisierungsprozesse sind im Hinblick auf spätere materielle Privatisierungen von Krankenhäusern eine organisatorische und rechtliche Voraussetzung, auch wenn formale Privatisierungen keineswegs automatisch zu einer Vermögensprivatisierung führen müssen. Im internationalen Diskurs wird die Überführung öffentlicher Krankenhäuser in eine private Rechtsform präzise und korrekt als *Corporatization of Public Hospitals* bezeichnet (vgl. Preker/Harding 2003; Eeckloo/Delesie/Vleugels 2007). Während also die Überführung von öffentlichen/freigemeinnützigen Krankenhäusern in private Rechtsformen mit der *Coporation of Public Hospitals* ein funktionales Äquivalent auf internationaler Ebene aufweist, bleibt der „Erfolg“ der Vermögensprivatisierung in Deutschland europaweit einzigartig. Potentielle Konfliktlinien zwischen Trägern, Management und Beschäftigten von Krankenhäusern, die unterschiedlichen Privatisierungsprozessen unterliegen, sind in nachstehender Abbildung 7 typisiert dargestellt. Inwieweit diese Konflikte bei formalen und/oder materiellen Privatisierungen von Krankenhäusern auftreten, ist eine empirische Frage und kann an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden (vgl. hierzu die Fallstudien in: Böhlke et al. 2009).

Abbildung 7 Typische Konflikte im Krankenhaus nach der gewählten Privatisierungsform

| Materielle Privatisierung (Vermögens- privatisierung) | | Formale Privatisierung (Corporatization of Public Hospitals) | Funktionale Privatisierung (Staatliche/ Betriebliche Ebene) | |
|--|--------------------|--|---|---|
| Vollprivatisierung | Teilprivatisierung | Träger <-> Management Management <-> Arzt/Pflegekräfte | Aufgaben- privatisierung | Finan- zierung/ Versorgung |
| Verlust der demokratischen Steuerung öffentlichen Eigentums; Gefahr der Dominanz von Renditeori- entierung durch Sharehol- der-Interessen | | Stärkere »marktgetriebene« Lei- stungs- und Investitionsportfolios --> Gefahr der Entkoppelung von Leistungsangebot und Bedarfs- prinzip bei mangelnder öffentlicher Bedarfsplanung; kostengetriebene Differenzierung und Reorganisation der Krankenhausbeschäftigten | Marktzutritt privater Anbieter; neue Ar- beitsteilung zwischen privatem und öffentlichem Sektor | Abhängig- keit von Privatkapital, Spal- tung der Beschäftigten und Fragmen- tierung be- trieblicher Abläufe |

Quelle: Mosebach (2009:55).

Ausgangspunkt der folgenden Analyse ist hingegen die Beobachtung, dass nicht nur der Anteil privatwirtschaftlich geführter Krankenhäuser in Deutschland rasant gestiegen ist, sondern dass es mittlerweile sogar mehr privatwirtschaftlich geführte Krankenhäuser im deutschen als im US-amerikanischen Gesundheitssystem gibt (vgl. Gröschl-Bahr/Stumpfögger 2008: 166f). Was aber erklärt diesen Erfolg? Kann das von Akteuren, Interessensverbänden und beteiligten Wissenschaftlern gern ausgeschmückte *Privatisierungsnarrativ* den außergewöhnlichen Privatisierungserfolg im deutschen Gesundheitssystem erklären? Sind private Krankenhäuser wirklich effizienter, moderner und qualitativ besser und haben sie so die Kommunen wie die für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung zuständigen Bundesländer aus der Zwickmühle strangulierter Haushalte einerseits und der Notwendigkeit, die Krankenhausversorgung den Bedingungen des 21. Jahrhunderts anzupassen andererseits, befreit?

Privatisierungsnarrativ I: Investitionslücke und privater Kapitalmarkt

Im krankenhauspolitischen Diskurs in Deutschland dominiert die Auffassung, dass wegen chronischer Finanzierungsschwierigkeiten vieler öffentlicher Haushalte sich seit der deutschen Wiedervereinigung ein Investitionsstau gebildet hat. Je nach Berechnungsgrundlage bewegte sich der öffentliche Investitionsstau in den Plankrankenhäusern des deutschen Gesundheitswesens zwischen 15 und 60 Mrd. Euro (vgl. Malzahn/Weber 2010: 116). Nun ist zunächst festzustellen, dass Krankenhausinvestitionen im Grundsatz (und trägerübergreifend) aus verschiedenen Quellen finanziert werden. *Erstens* können – wie bereits dargestellt – Krankenhäuser, die im Landeskrankenhausplan inkludiert sind, gegenüber den Länderhaushalten einen Anspruch auf öffentliche Investitionsförderung geltend machen. Dies gilt auch für privatwirtschaftlich geführte Krankenhäuser. Die Ausgestaltung, mithin die politischen Regeln, wie öffentliche Krankenhausinvestitionen an die Krankenhausträger ausgeschüttet werden, liegt in der unmittelbaren Verantwortung der jeweiligen Bundesländer.

Grundsätzlich kann man zwischen zwei Formen der öffentlichen Investitionsförderung unterscheiden: der Antragsförderung und der Pauschalförderung. Der Unterschied besteht darin, dass im Rahmen der pauschalen Förderung regelmäßige Investitionsmittel an die Krankenhausträger abgeführt werden, währenddessen die Antragsförderung nur Investitionsmittel generiert, wenn entsprechende Förderanträge von den Krankenhausträgern gestellt (und bewilligt) werden. Ein Blick auf die Entwicklung dieser öffentlichen Investitionsmittel zeigt, dass sie nicht nur absolut, sondern gemessen am Bruttoinlandsprodukt in der Tat seit Beginn der 1990er Jahre rückläufig sind (vgl. DKG 2012: 62ff). Allerdings handelt es sich hier nur um öffentliche Investitionsmittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Das ist insofern von Bedeutung, weil Universitätskliniken nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz förderwürdig sind, sondern hinsichtlich ihrer Investitionsmittel aus den Forschungs- bzw. Wissenschaftshaushalten der Länder (und des Bundes) gefördert werden (ebd.: 8f). Eine *zweite Quelle*, aus denen sich Krankenhäuser ihre Investitionen finanzieren, stellen überschüssige Betriebsmittel dar. Seit Beginn der 1990er Jahre ist es im Grundsatz allen Krankenhausträgern erlaubt, Mehrerlöse beziehungsweise Überschüsse/Gewinne zu realisieren, auch wenn die Regeln des sog. Mehrerlös- bzw. Mindererlösausgleichs sich ständig ändern. Es gibt in der Tat Hinweise, dass viele Krankenhäuser jedweder Trägerschaft solche überschüssigen Betriebsmittel zur (wenigstens) punktuellen Finanzierung von Investitionen in Gebäude und anderer Anlagegüter nutzen. Meines Erachtens problematisch ist freilich, ob die übliche Berechnungsmethode der Vorgabe einer so genannten Mindest-Investitionsrate, die bei Berücksichtigung sinkender öffentlicher Förderungsmittel eine eigenständige Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser aus Kassenmitteln impliziert ("heimlichem Monistik") empirisch relevant ist. Denn die Festsetzung einer Mindest-Investitionsrate, gerne auch im Vergleich mit der volkswirtschaftlichen Investitionsrate skandalisiert (vgl. z.B. ebd.: 64), übersieht die Willkürlichkeit dieser Festsetzung, die sich dadurch freilich auch zur politischen Ausbeutung unterschiedlicher Interessen eignet. *Schließlich* werden Krankenhausinvestitionen zunehmend über die Aufnahme von privatem Eigen- und Fremdkapital finanziert.⁹ Dies betrifft insbesondere die privatwirtschaftlichen Krankenhausträger, das heißt die gewinnorientierten privaten Krankenhauskonzerne. Sie haben vernehmlich einen schnelleren Zugang zum Kapital- und Kreditmarkt und können wegen der höheren Wahrscheinlichkeit einer Gewinnerzielung im Gegensatz zu zunehmend finanziell strangulierten kommunalen und freigemeinnützigen Trägern von Krankenhäusern eine höhere Kreditwürdigkeit ausweisen. Genau hier zeigt sich im herrschenden Privatisierungsnarrativ das Einfallstor für privatwirtschaftliche Expansionsinteressen. Die von Privatisierungsbefürwortern immer wieder vorgebrachte These lautet: die besseren Refinanzierungsmöglichkeiten privater Krankenhäuser ermöglichen eine Modernisierung kommunaler und/oder freigemeinnütziger Krankenhäuser, deren Träger aufgrund fiskalischer Strangulierung nur eine geringe finanzielle Handlungsautonomie aufweisen (vgl. Augurtzy/Bievers/Gülker 2012: 59). Und in der Tat: das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität Aachen belegte in einer jüngsten Studie für den Bundesverband der Deutschen Privaten Klinikanstalten (BDPK), dass die Investitionsrate bei privaten Krankenhäusern deutlich über denen der freigemeinnützigen und öffentlichen Konkurrenten liegt (vgl. ebd.: 26). Allerdings verschweigt diese Studie, dass private Krankenhäuser zum Teil über eine wesentlich höhere öffentliche Förderrate als konkurrierende Krankenhäuser mit öffentlicher bzw. freigemeinnütziger Trägerschaft aufweisen. Sollte dies zutreffen - worauf Berichte von gewerkschaftlichen Vertrauensleuten hinweisen (vgl. Stumpfögger 2009: 212) -, wäre eine Säule des hegemonialen Privatisierungsnarrativs, das den Erfolg von Privatisierungsprozessen im deutschen Krankensektor über die schnellere Verfügbarkeit von privatem Investitionskapital, bereits zusammengebrochen. Um es deutlich zu sagen:

⁹ Es gibt jedoch auch einen großen Graubereich von finanziellen *Private Public Partnerships* in Krankenhäusern, unter die etwa Leasingverträge mit Anbietern von medizinischen Großgeräten fallen. Systematisches Wissen hierüber existiert praktisch nicht (vgl. für einen Einstieg: Gerstlberger/Schneider 2008: 42ff u. 59ff).

wenn viele private Krankenhäuser ihre Investitionsprogramme – zumindest zum Teil – aus öffentlichen Mitteln finanzieren, ist die Aussage eines schnelleren Zugangs zum privaten Geld-, Kapital- und Kreditmarkt als ein *geschäftstüchtiger Mythos* zu klassifizieren. Der Rückgang der öffentlichen Investitionsmittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz wäre demgemäß nicht in der Art zu interpretieren, dass es zu einer spiegelbildlichen Steigerung privater Investitionsmittel gekommen wäre, sondern vielmehr, dass das Absinken der öffentlichen Finanzierungsmittel für Krankenhausinvestitionen andere Gründe hat. So wird im krankenhauspolitischen Diskurs geflissentlich übergangen, dass der regulative Rahmen im deutschen Krankensektor sehr wohl darüber entscheiden kann, ob sich Krankenhausträger um Investitionsmittel bemühen oder auch nicht. Die Einführung sektoraler Budgets durch das GSG 1993 und ihrer sukzessive Verschärfung verweisen vielmehr auf die Erklärung, dass zusätzliche Investitionsmittel von den Krankenhäusern deswegen nicht abgerufen wurden, weil eine Ausweitung bzw. eine Amortisierung der Investitionen durch die budgetäre Beschränkung der Behandlungsfinanzierung nicht möglich war. Dieser Mechanismus gilt selbst dann, wenn öffentliche Investitionen wegen ihres Zuschusscharakters überhaupt nicht von den Krankenhäusern refinanziert werden müssen, denn die Krankenkassen als Verantwortliche für die Entwicklung der Behandlungsfinanzierung sind im Rahmen regionaler und/oder landesweiter Krankenhaus- und Investitionsplanungsverfahren zentrale Mitentscheider von neuen Investitionsmaßnahmen bei sog. Plankrankenhäusern (vgl. DKG 2012: 24ff). In jedem Fall muss die These von einem geradezu säkularen Investitionsstau, der zu einer proportionalen Ausweitung privaten Investitionskapitals geführt hat, relativiert werden. Zumal die rückläufigen Investitionsmittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz auch nicht das Investitionsprogramm des Bundes für die Modernisierung der ostdeutschen Krankenhäuser nach der Wiedervereinigung und die Investitionsmittel für Universitätskliniken beinhalten (vgl. DKG 2012: 2ff).¹⁰ Es spricht nicht für die Neutralität und Objektivität der beteiligten Fachwissenschaftler aus Gesundheitsökonomie, Gesundheitsmanagement und Gesundheitspolitik, dass solche kritischen Fragen überhaupt nicht systematisch in Erwägung gezogen werden und der das Privatisierungsnarrativ stützende Mythos eines immensen Investitionsstaus am Leben erhalten wird.¹¹

Privatisierungsnarrativ II: Private Krankenhäuser sind effizienter, produktiver und qualitativ besser

Die *zweite* zentrale Säule des hegemonialen Privatisierungsnarrativs besteht in der Aussage, dass private Krankenhäuser aufgrund ihrer hochwertigen Management- und betriebswirtschaftlichen Steuerungskennnisse und vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Krankheitsspektrums und der Notwendigkeit, integrierte Versorgungskonzepte zu etablieren, viel eher in der Lage sind, klinische Abläufe („Clinical pathways“), mithin die medizinische Wertschöpfungsketten zu modernisieren, effizienter zu gestalten und dadurch auch qualitativ besser zu organisieren. Die – unbestrittene – höhere Investitionsquote bei privaten Krankenhäusern scheint ein Hinweis darauf zu sein, dass pri-

¹⁰ Im Rahmen des zweiten Konjunkturpakets im Anschluss an die von den USA ausgehende weltweite Finanzkrise, das die große Koalition aus CDU, CSU und SPD im Jahre 2010 aufgelegt hatte, sollten auch die (kommunalen) Krankenhäuser als antragswürdig angesehen werden. Es ist bis heute nicht klar, ob und wie viel Gelder dort angekommen sind (vgl. DKI 2009).

¹¹ Um hier nicht missverstanden zu werden: ich streite nicht ab, dass es – gerade vor dem Hintergrund öffentlicher Haushaltsengpässe – zusätzlicher Investitionen im Krankensektor bedarf, um die Versorgung für die Patienten qualitativ besser und für alle gleich zugänglich zu machen. Was ich jedoch entschieden kritisiere, ist die relativ vage und wenig differenzierte *Begründung* eines quasi säkularen Investitionsstaus, der ausschließlich auf die finanziellen Engpässe von Landeshäushalten hinweist und – theoretisch völlig abwegig – die Investitionsquote im (budgetierten) Krankensektor mit der volkswirtschaftlichen Investitionsquote vergleicht. Die regulative Ordnung der Investitionsfinanzierung im deutschen Krankensektor, die auf das Engste mit dem System der Krankenhausplanung verkoppelt ist, zeigt sich viel komplexer als es diese „Erzählung“ weismachen möchte.

vate Krankenhäuser in der Tat organisatorische, technische und soziale Innovationen zur Produktivitätssteigerungen klinischer Diagnose- und Behandlungsabläufe einsetzen. Diesbezüglich gibt es auch in der gewerkschaftsnahen Wirtschafts- und Sozialforschung eine Kontroverse, die sich um die Frage dreht, ob die privaten Krankenhäuser vor allem durch eine "neoklassische Kostensenkungsstrategie" oder durch eine "neoschumpeterianische Prozessinnovationsstrategie" Marktanteile von ihren öffentlichen und freigemeinnützigen Konkurrenten hinzugewinnen konnten (vgl. dazu Schulten/Böhlke 2009: 108ff; Wendl 2009: 222ff). Dies ist keine rein akademische Frage, sondern zielt ins Herz gewerkschaftlicher Krankenhausstrategien. In der Tat steht die neoklassische These auf vergleichsweise dünnen Füßen, denn sie suggeriert, die privaten Krankenhäuser würden durch eine besonders rigide Kostensenkungsstrategie, die sich in einer Reorganisation der Beschäftigtenstruktur in privatisierten Krankenhäusern entlang Kostengesichtspunkten und dadurch einer enormen Lohnspreizung ausdrückt, Wettbewerbsvorteile erlangen. Allerdings ist eine solche Kostensenkungsstrategie, die mit Nottarifen und Outsourcingsprozessen einhergeht, keineswegs die Prämogative von privaten Krankenhauskonzernen. Die verschärften Wettbewerbsbedingungen auf dem Leistungs- und Behandlungsmarkt einerseits sowie die rigide sektorale Budgetierung andererseits zwingen auch öffentliche und freigemeinnützige Krankenhausträger zu einer kostengetriebenen Reorganisation ihrer Betriebsabläufe. Dies kann Maßnahmen aus dem neoklassischen Instrumentenpool (insbesondere Lohnsenkungen), aber auch neoschumpeterianische Instrumente (Prozessinnovationen, Abschaffung des Chefarzt-Status etc.) umfassen. Ob nun das neoklassische oder das neoschumpeterianische Modell überwiegt, ist auf der theoretischen Ebene nicht zu klären, sondern bedarf der Untersuchung betrieblicher Realitäten. Insofern sollte man mit der Kritik neoklassischer Kostensenkungsstrategien als Erklärungsanker des Erfolgs private Krankenhauskonzerne nicht das Kind mit dem sprichwörtlichen Bade ausschütten und suggerieren, öffentliche bzw. freigemeinnützige Krankenhäuser würden überhaupt keine neoschumpeterianischen Prozessinnovationsstrategien verfolgen (so tendenziell: Wendl 2009). Die Realität erfolgreicher öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser, integrierte Versorgungskonzepte erfolgreich zu steuern, widerspricht dieser dichotomen Sichtweise. Eine solche dichotome Perspektive kann meines Erachtens weder den Misserfolg mancher öffentlicher und/oder freigemeinnütziger Krankenhäuser noch den ubiquitären Privatisierungserfolg privater Krankenhauskonzern erklären.¹²

Es ist an dieser Stelle unmöglich, sich die verschiedenen betrieblichen Realitäten im Hinblick auf diese dichotome Fragestellung anzuschauen (vgl. als Einstieg die Fallstudien in: Böhlke et al. 2009). Stattdessen möchte ich die verfügbare wissenschaftliche Literatur heranziehen, um zu klären, ob private Krankenhäuser in Deutschland effizienter und qualitativ besser sind. Empirische Forschungsergebnisse im internationalen Kontext verweisen darauf, dass private Krankenhäuser keineswegs über eine höhere Kosten- bzw. technische Effizienz verfügen. Verschiedene Studien aus den USA, Kanada und anderen angelsächsischen Ländern zeigen vielmehr, dass private Krankenhauskonzerne für die gleiche Leistung in der Regel höhere Erlöse erzielen können, was eine geringere Kosteneffizienz impliziert (vgl. als Übersicht: Wörz 2009: 69ff). Eine Pionierstudie zur Frage der Kosteneffizienz privater Krankenhäuser im Vergleich mit öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern in Deutschland bestätigte im Grundsatz diese Ergebnisse der internationalen Forschung (vgl. Wörz 2008: 181ff). Allerdings bedeutet die endgültige Durchsetzung des neuen Vergütungssystems in Deutschland (G-DRGs) nach Abschluss der Konvergenzphase, dass private Krankenhäuser

¹² Michael Wendl, ehemaliger stellvertretender Landesvorsitzender von Ver.di in Bayern, weist zur empirischen Unterstützung seiner These der stärkeren Innovationsfähigkeit privater Krankenhauskonzerne insbesondere auf die Transformation bzw. Streichung des Chefarzt-Status in Krankenhäusern der privaten Rhön AG hin, in deren Aufsichtsrat er längere Zeit als Arbeitnehmervertreter gesessen hatte (vgl. Wendl 2009: 225ff). Zweifellos ist die Abschaffung des geradezu feudalistischen Chef-Arzt-Status in Krankenhäusern zu begrüßen, es stellt sich aber die Frage, ob nicht der Teufel (Chef-Arzt-Status) mit dem Belzebug (Kommerzialisierung) ausgetrieben worden ist. Auf diese grundlegende Problematik der *Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung* werde ich zum Abschluss dieses Beitrags noch einmal zurückkommen.

aufgrund der administrativen Preisfestlegung im Grundsatz keine höheren Vergütungen (mehr) durchsetzen können. Diese Tatsache wird oft herangezogen, um zu belegen, dass die höheren Gewinne von privaten Krankenhäusern unter den Bedingungen eines administrierten Preissystems auf eine höhere Effizienz verweisen. Die Schlüsselkontroverse hier bezieht sich auf die höheren Personalkosten insbesondere der öffentlichen Krankenhausträger, die mit einer geringeren Personalbelastungszahl bei diesem Träger einhergehen. Während die einen argumentieren, dass die geringeren Personalkosten und die höhere Personalbelastungszahl eine höhere Produktivität der Leistungserstellung bei den privaten Krankenhäusern (via Outsourcing) anzeigt, argumentieren Kritiker der Privatisierung von Krankenhäusern, dass die geringeren Personalkosten in Verbindung mit der höheren Personalbelastungszahl und stark steigender Fallzahlen bei den privaten Krankenhäusern ein Hinweis auf zunehmende Arbeitsverdichtung der Beschäftigten sind, was mutmaßlich auch zu einer schlechteren Qualität der Versorgung führe (vgl. zur Kontroverse: Schulten/Böhlke 2009: 108ff; Augurzyk/Bievers/Gülker 2012: 42). Allerdings ist auf der aggregierten Ebene des gesamten Krankenhaussektors keine definitive Aussage zu dieser Kontroverse möglich. Theoretisch denkbar wäre auch, dass die geringeren Personalkosten der privatwirtschaftlichen Krankenhäuser im Trägervergleich auf eine kapitalintensivere Spezialisierung der Leistungserstellung zurückgeführt werden können (vgl. zu diesem theoretischen Argument: Leys 2001: 32ff). Hierzu sind dringend detaillierte Vergleichsstudien notwendig.

Bei den technischen Studien zum Effizienzvergleich liegt der Teufel bekanntlich im Detail und es ist besonders wichtig, sich die Operationalisierung des Effizienzbegriffs genauestens anzuschauen. Neuere Studien aus der gesundheitsökonomischen Branche versuchen zu belegen, dass private Krankenhauskonzerne in Deutschland, wenn sie schon keine höhere technische und Kosteneffizienz an den Tag legen, wenigstens eine höhere "Gewineffizienz" erzielen können (vgl. Herr/Schmitz/Augurzyk 2011). Das ist freilich kein besonders überraschendes Ergebnis, besteht doch ein wesentliches betriebswirtschaftliches Ziel privatwirtschaftlicher Krankenhäuser, einen Gewinn zu erzielen. Wissenschaftlich seriöse Vergleichsstudien, die eine höhere wirtschaftliche Effizienz von privaten Krankenhauskonzernen ausweisen - von Ergebnissen der so genannten Auftragsforschung mal abgesehen - liegen für den deutschen Raum nicht vor. Wie bereits angemerkt, zeichnen sich öffentliche Krankenhäuser im Vergleich als durchaus effizienter aus. Das heißt nicht, dass private Krankenhauskonzerne in jedem Fall ineffizient sind; das methodologische Problem ist weit aus grundlegender, denn die entscheidende Frage ist, wie kann man die Effizienz der Erbringung von Krankenhausleistungen zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern messen? Streng genommen ginge das nur, wenn die Krankenhäuser die gleichen Leistungen erbringen; ein Punkt, der im nächsten Abschnitt noch zu reflektieren ist. Die möglichst objektive Operationalisierung des Effizienzbegriffs ist ein zentrales theoretisch-methodisches Problem, auf das hier nicht weiter eingegangen werden kann, dass jedoch aus einer wissenschaftlichen Perspektive als Schlüsselproblemen vor etwaigen Berechnungen durchdacht werden sollte (vgl. hierzu schon: Simon 2000: 137ff).

Sind nun private Krankenhäuser wenigstens qualitativ besser? In jedem Fall lässt sich sagen, dass private Krankenhäuser einen enormen Wert auf die Darstellung guter qualitativer Leistungen ihrer Einrichtungen legen. Es ist dies zweifellos ein Instrument potenzieller Kundenbindung. Die im deutschen Krankenhaussystem installierten formalen Qualitätssicherungs- und -überwachungssysteme freilich sind nicht dafür geeignet, den entscheidenden Indikator zu Qualitätsmessung, die Ergebnisqualität, systematisch und zwischen verschiedenen Trägern vergleichend abzubilden (vgl. Mansky 2011: 32ff). Formale Qualifikationsanforderungen und Zertifizierungen, die als Struktur- und/oder Prozessqualität zweifellos die Krankenhausbehandlung in einer Einrichtung strukturieren, sagen nichts über die Ergebnisqualität der angewandten Diagnostik und Therapie in dieser Einrichtung aus. Internationale Studien zur Qualität der Krankenhausversorgung bei privaten Krankenhausträgern (insbesondere aus den Vereinigten Staaten von Amerika) belegen nahezu unisono eine

schlechtere Behandlung- und Ergebnisqualität in privaten Krankenhausanstalten als in öffentlichen oder freigemeinnützigen Einrichtungen (vgl. Wörz 2009: 69ff). Die Übertragung auf deutsche Verhältnisse ist allerdings nicht statthaft. Denn auch hier wirkt der regulative Kontext differenzierend: private Krankenhäuser im deutschen Krankenhaussektor unterliegenden einer viel höheren regulativen Normenstruktur als ihre US-amerikanischen „Vorbilder“. Studien, die die unterschiedliche Qualität von Krankenhausträgern in Deutschland untersuchen, lagen lange Zeit nicht vor. Ein Forschungskonsortium aus Bundesärztekammer (BÄK) und dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) hat jüngst in einer Pionierstudie versucht, auf der Grundlage von Routinedaten der Allgemeinen Ortskrankenkassen die Qualität der Leistungserbringung, und zwar die Ergebnisqualität, mit zahlreichen Strukturdaten der stationären Krankenhausversorgung in Deutschland in Zusammenhang zu bringen (vgl. Heller 2010a). Dazu gehörte unter anderem auch die Zuordnung eines Krankenhauses zur jeweiligen Trägerschaft. Die Ergebnisse, die hier in keiner Weise ausführlich beschrieben werden können, sind jedoch hochgradig widersprüchlich und kontrovers – wie der zuständige Forschungsleiter selbst zugesteht (vgl. ebd.: 267). Als Indikator der Ergebnisqualität wurden (zeitlich differenzierte) Mortalitätskonzepte ausgewählt und mit dem jeweiligen Behandlungsort korreliert (vgl. ebd.: 256f). Die Widersprüchlichkeit möchte ich in zwei zentralen Aussagen der Pionierarbeit dokumentieren: einerseits weisen größere Krankenhäuser im Vergleich zu kleineren Krankenhäusern eine geringere Mortalität auf. Da öffentliche Krankenhäuser in Deutschland über eine durchschnittlich deutlich höhere Bettenzahl verfügen, scheint dieses Studienergebnis öffentliche Krankenhäuser (bzw. in manchen Bundesländern: freigemeinnützige Krankenhäuser) hinsichtlich der Leistungsqualität gegenüber privatwirtschaftlichen Krankenhäusern zu begünstigen. Andererseits zeigen Krankenhäuser, die zu Beginn des Untersuchungszeitraums (2003) privatisiert worden sind eine geringere Mortalität als der Rest der Krankenhäuser auf. Der Mortalitätsvorsprung privatisierter Krankenhäuser reduziert sich aber je später der Zeitpunkt der Privatisierung terminiert ist (vgl. ebd.: 257ff). Was sagt uns diese Studie somit über die Qualität der Krankenhausversorgung in öffentlichen und privaten Krankenhäusern? Definitive Aussagen zur besseren Qualität des einen oder des anderen Krankenhausträgers konnte die Studie nicht hervorbringen. Es bleibt somit der weiteren wissenschaftlichen Forschung überlassen, die Ergebnisqualität privater, freigemeinnütziger und öffentlicher Krankenhäuser in zukünftigen Studien zu untersuchen. Die verfügbaren Daten (Routinedaten der Krankenkassen) sind vorhanden (vgl. Heller 2010b). Das heißt jedoch noch lange nicht, dass sie in jedem Fall einer wissenschaftlichen Analyse zur Verfügung stehen. Denn diese Daten sind nicht nur Mittel zum (wissenschaftlichen) Zweck, sondern stellen auch politische Machtmittel dar, die nicht in jedem Fall dem öffentlichen Gemeinwohl oder weniger moralisch: der Evaluationsforschung zur Verfügung gestellt werden. Das korporatistische Gesundheitssystem in Deutschland kann und sollte diesbezüglich mehr von den angelsächsischen (auch den USA!) und skandinavischen Gesundheitssystemen lernen.

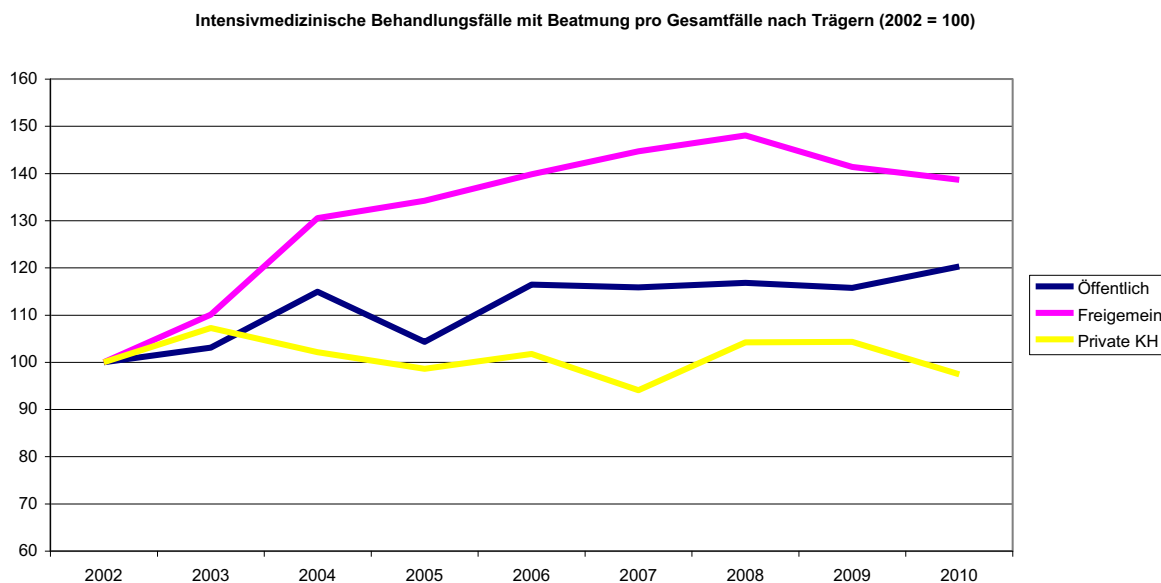
In Bezug auf die zweite Säule des Privatisierungsnarrativs sind die hier referierten Ergebnisse – so lässt sich resümierend feststellen – ernüchternd. Aus wissenschaftlicher Sicht lässt sich weder belegen noch widerlegen, dass private Krankenhäuser in Deutschland effizienter, produktiver und/oder qualitativ besser sind. Anders formuliert: die Säule trägt noch, auch wenn man über das Fundament, auf dem die Säule ruht, praktisch nichts weiß.

Privatisierungsnarrativ III: Versorgungssicherheit durch private Krankenhäuser

Die letzte tragende Säule des dominanten Privatisierungsnarrativs im deutschen krankenhauspolitischen Diskurs besteht in der These, dass private Krankenhäuser - entgegen der vielfach vorgebrachten Kritik, die ihnen entgegengebracht wird - sich nicht die lukrativsten Patientengruppen und

Standorte aussuchen, sondern vielmehr einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der lokalen, regionalen und ländlichen Krankenhausversorgung leisten. In der bereits angesprochenen Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung wird dieses Argument mit dem Hinweis zu belegen versucht, dass private Krankenhäuser (der wichtigen privaten Krankenhauskonzernen) auf zahlreichen, hoch frequentierten Urlaubsinseln der Nord- und Ostsee angesiedelt sind (vgl. Augurzyk/Bievers/Gülker 2012: 34ff). Es kann natürlich kein Zweifel bestehen, dass viele Ärzte/Ärztinnen und Pflegerinnen/Pfleger, die bei privaten Krankenhäusern angestellt sind, eine gute Krankenhausversorgung im Rahmen des jeweiligen Versorgungsauftrages zum Leitziel ihres Handelns machen. Entscheidend bei der Bewertung, ob private Krankenhäuser nun auch qualitativ hochwertige Leistungen erbringen, ist natürlich die Frage *welche* Leistungen sie im Vergleich zu ihren öffentlichen und freigemeinnützigen Konkurrenten erbringen. Leider listet die (verfügbare) Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes nicht auf, welche Fälle - nach Schweregrad differenziert - in welchen Krankenhäusern (Trägerschaft) auftreten (vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.2.1.). Insofern lässt sich aus der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes nur ein Hilfsindikator nutzen, der auf den unterschiedlichen Schweregrad der Behandlungen in den Krankenhäusern der verschiedensten Trägerschaften hinweist. Es ist dies der Hilfsindikator der intensivmedizinischen Behandlung mit Beatmung in Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft (siehe Schaubild 5). Das RWI nutzt hingegen den Indikator „Zahl der Intensivbetten je 100 Betten“, um zu belegen, dass private Krankenhäuser wegen des vergleichsweise höheren Anteils von Intensivbetten „somit auch zur Sicherstellung der (Notfall-)Versorgung“ (ebd.: 31) beitragen. Freilich stellt sich hier die Frage, welcher Indikator zur (proxymativen) Erfassung des Schweregrads behandelter Patienten besser geeignet ist. Die Verbindung der Tatsache, dass intensivmedizinische Betten praktisch in jedem Krankenhaus vorgehalten werden müssen (Operation) mit der hohen Anzahl von privaten Krankenhäusern unter 100 Betten (siehe Abbildung 8) erklärt mutmaßlich den (durchschnittlich) höheren Anteil an intensivmedizinischen Betten in privatwirtschaftlichen Krankenhäusern. Der von mir ebenfalls der amtlichen Statistik entlehnte Indikator „intensivmedizinische Behandlungen mit Beatmung“ stellt m.E. einen adäquateren, wenn auch weiterhin nur indirekten Indikator zur Erfassung des „durchschnittlichen“ Schweregrades der behandelten Patienten dar.

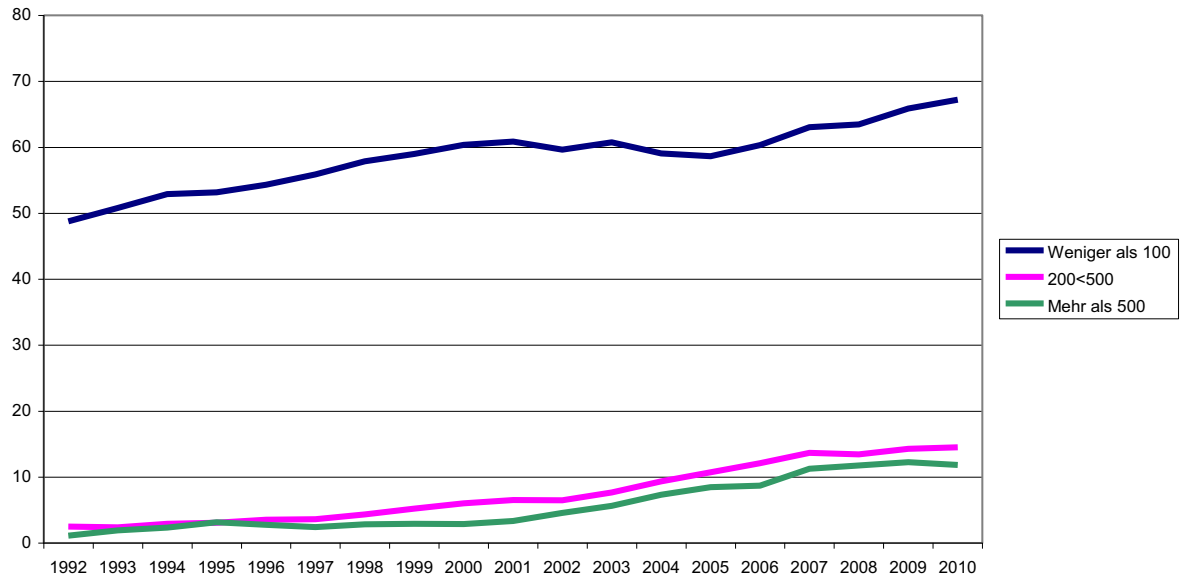
Abbildung 8 Intensivmedizinische Behandlungen (mit Beatmung pro Gesamtfallzahl; Proxy für Schweregrad ; 2002 = 100)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1., mehrere Jahrgänge; eigene Berechnung.

Das Ergebnis ist bemerkenswert, denn trotz der Zunahme privater Krankenhäuser (und privater Betten) im betrachteten Zeitraum von 1991-2009 zeigt sich, dass in freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern ein wesentlich höherer Anteil an den intensivmedizinischen Behandlungen mit Beatmung zu verzeichnen ist. Dieser Indikator scheint also darauf hinzuweisen, dass private Krankenhäuser möglicherweise die Strategie der Patientenselektion betreiben, d.h. sich im Vergleich zur jeweiligen G-DRG auf leichte Fälle zu spezialisieren. Dennoch ist es nur ein erster Hinweis auf eine solche Strategie, die im englischen Sprachraum als *cream skimming* (etwa: die „Sahne abschöpfen“) bezeichnet wird. Diese strategische Option könnte durch die besondere Möglichkeit von privaten Krankenhäusern, sich beim (verspäteten) Marktzutritt via Kauf und Restrukturierung freigemeinnütziger oder öffentlicher Krankenhäuser auf lukrative Geschäftsbereiche beziehungsweise Diagnostik- und Therapiebereiche zu konzentrieren, unterstützt werden. Ein weiterer Hinweis auf diese Spezialisierungsstrategie von privaten Krankenhäusern, die der Behauptung einer flächendeckenden Versorgung entgegensteht, ist der vergleichsweise große Anteil von privaten Krankenhäusern bei Krankenhäusern mit unter 100 Betten, die auch im Zentrum der vielfältigen Privatisierungsprozesse im deutschen Krankensektor gestanden haben (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9 Anteil privater Krankenhäuser an KH mit mehr als 500, 200 bis 499 und weniger als 100 Betten von 1992 bis 2010 (Angaben in Prozent)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1., mehrere Jahrgänge; eigene Berechnung.

Allerdings ist hier eine Einschränkung dieser Interpretationsmöglichkeit angebracht. Private Krankenhauskonzerne verfolgen die *Strategie der Verbundbildung von (relativ) kleinen Krankenhäusern*, die im Idealfall das klassische öffentliche Krankenhaus der Maximalversorgung ersetzen könnte (siehe exemplarisch: Abbildung 10). Das heißt, die geringere durchschnittliche Bettenzahl bei privaten Krankenhäusern könnte auf eine andere organisatorische Strategie verweisen (das so genannte "Netzwerkkrankenhaus"). Es ist aber zu konstatieren, dass die Tendenz zur Verbundbildung von Krankenhäusern nicht nur ein Phänomen auf Seiten der privaten Krankenhauskonzerne, sondern auch bei den anderen Krankenhausträgern zu beobachten ist (vgl. zum Komplex der Verbundbildung: Wörz 2008: 149ff; Mosebach 2010a: 36ff). Zudem gilt immer noch die landesrechtliche Zuständigkeit der Krankenhausplanung, so dass eine länderübergreifende Verbundstrategie der privaten Krankenhauskonzerne nicht ohne weiteres möglich ist (solange es sich bei den privaten Einrichtungen um Plankrankenhäuser handelt).¹³ Daher ist es wahrscheinlicher, dass die geringere durchschnittliche Bettenzahl bei privaten Krankenhäusern in der Tat auf eine höhere Spezialisierung und unter Umständen auch Patientenselektion verweist und nicht in der Neuerfindung des öffentlichen Großkrankenhauses im Konzept des (regionalen) Netzwerkkrankenhauses aufgeht.

¹³ Diese These müsste empirisch vor allem auf der Untersuchung einzelner privater Krankenhauskonzerne überprüft werden. Dies kann hier allerdings nicht geleitet werden.

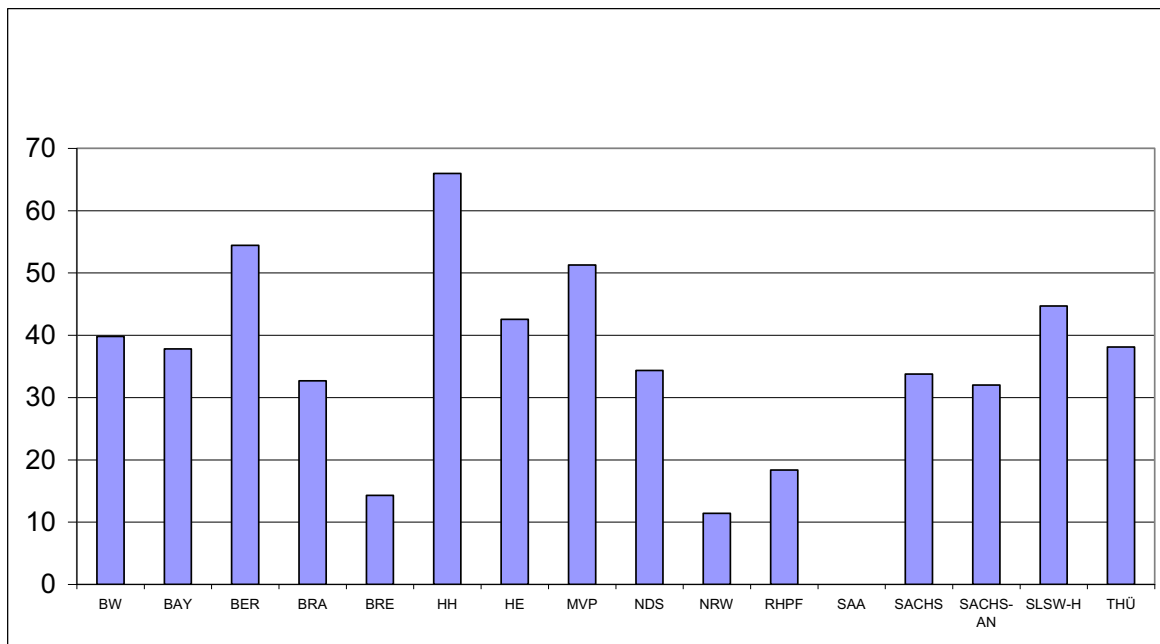
Abbildung 10 Standorte von Einrichtungen der Rhön AG in Deutschland (Stand: 14.09.12)



Quelle: www.rhön-klinikum-ag.com

Bleibt schließlich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem Ort der Privatisierung, dem kommunalen Versorgungsbedarf und der kommunalen Finanzkraft, die Hinweise auf die verfolgte Spezialisierungsstrategie privatwirtschaftlicher Krankenhäuser geben könnte. Wenn private Krankenhäuser einen Beitrag leisten zur lokalen, regionalen und ländlichen Krankenhausversorgung, so sollte es möglich sein, über die Korrelation der genannten Merkmale zu einer definitiven Aussage hierüber zu gelangen. Augenscheinlich und anekdotisch scheint es so zu sein, dass private Krankenhäuser ebenso wie niedergelassene Ärzte sich vor allem in wohlhabenden Regionen verankern. Ein erster „objektiver“ Hinweis für die These ist der Vergleich des Anteils von privatwirtschaftlichen Krankenhäusern an allen Krankenhäusern nach Bundesländern und Stadtstaaten. Dort fällt auf, dass der höchste Anteil an privaten Krankenhäusern in den beiden Stadtstaaten Hamburg und Berlin auftritt, währenddessen im Stadtstaat Bremen kaum private Krankenhäuser und im Saarland sogar gar keine privaten Krankenhäuser angesiedelt sind, deren Wirtschaftskraft und Einkommensniveau am unteren Ende aller Bundesländer liegt (siehe Abbildung 11).¹⁴

¹⁴ Ein Gegenargument wäre, dass die Stadt Berlin kein Nettozahler im bundesdeutschen Fiskalföderalismus ist. Dies gilt aber selbst für den – zweifellos – wohlhabenden Stadtstaat Hamburg. Analytisch fruchtbarer ist also eine kleinteiligere Analyse der Verteilung von privatwirtschaftlichen Krankenhäusern in Deutschland, die innerstädtische bzw. innerregionale Gentrifizierungs- und Segregationsräume berücksichtigt. Dies ist m.W. noch nicht geschehen und kann auch hier nicht durchgeführt werden (siehe auch Fußnote 15).

Abbildung 11 Anteil privater Krankenhäuser in den Bundesländern (2010)

Quelle: Statistisches Bundesamt (2012), Fachserie 12, Reihe 6.1., Tab. 2.2.2; eigene Berechnungen.

Zugegebenermaßen sind das alles nur erste Hinweise, aber sie stützen die Interpretation, dass private Krankenhäuser vor allem in wohlhabenden Regionen anzutreffen sind.¹⁵ Allerdings widerspricht selbst das Beispiel der (zweifelloso wichtigen) Versorgung der Ostsee- und Nordseeinsel mit Krankenhausleistungen - wie vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung angeführt (Augurzky/Bievers/Gülker 2012: 34f) – dieser These nicht. Denn die angeführten Inseln stellen nicht Urlaubsorte der unteren Mittel- und/oder Unterschichten dar. Insofern hat dieses Argument einen gewissen humoristischen Charakter. Resümierend lässt sich damit sagen, dass diese dritte Säule des hegemonialen Privatisierungsnarrativs auf reichlich "sandigem Untergrund" gebaut ist (und das nicht nur wegen der besagten Urlaubsinseln). Obwohl durchaus die Anzahl der privaten Krankenhäuser unter Krankenhäusern mit mehr als 200 und mehr als 500 Betten gestiegen ist, fand das Gros der Privatisierungsprozesse bei Krankenhäusern mit unter 100 Betten statt. Beobachtbare Indikatoren weisen auf besondere Spezialisierungsprozesse und lokale Selektionsstrategien privater Krankenhauskonzerne hin und unterstützen daher die These, dass private Krankenhäuser Patienten- und Versorgungsortselektion als eine grundlegende Marktzutrittstrategie verfolgen. Zweifellos müssen zur Stützung dieser Forschungshypothese noch detaillierte und systematische Fallstudien betrieben werden.

Kommerzialisierung, nicht Privatisierung ist das Grundproblem im deutschen Gesundheitswesen

Nachdem das dominante und hegemoniale Privatisierungsnarrativ nach der hier durchgeführten Evaluation grundlegender Argumente offensichtlich an Überzeugungskraft eingebüßt hat, stellt sich verstärkt die Frage, was den Privatisierungserfolg im deutschen Krankenhausesektor nun denn ei-

¹⁵ Obwohl das Statistische Bundesamt jährlich ein so genanntes Krankenhausverzeichnis herausgibt, existiert bislang keine Forschung, die dieser Fragestellung nachgegangen wäre.

gentlich erklärt. Eine simple Antwort ist, dass sich die anderen Krankenhausträger von dem Privatisierungsnarrativ haben täuschen lassen und dass gleichzeitig die Entscheidung für eine Privatisierung oftmals aus der finanziellen Not der Trägerschaft heraus gemacht wurde. Das mag allerdings etwas zu einfach sein. Denn die Privatisierung von Krankenhäusern ist mehr Symptom als Ursache der Verwerfungen im deutschen Krankenhaussektor und bedarf einer komplexeren Erklärung. Die Grundprobleme im deutschen Gesundheitswesen einerseits und in der deutschen Krankenhausversorgung andererseits sind zu umfassend als dass sie im resümierenden Schlusswort grundlegend dargestellt werden könnten (vgl. Böhlke et al. 2009). Dennoch will ich abschließend die Privatisierung von Krankenhäusern zurück an den regulativen Kontext binden, damit sie in diesem Zusammenhang verständlich wird.

Das Grundproblem des deutschen Gesundheitswesens ist weniger die Privatisierung von Krankenhauskonzernen, die mit der Hoffnung erfolgt wurde, dass die privaten Krankenhäuser die Krankenhausversorgung modernisieren, effizienter und qualitativ besser machen. Die grundlegende gesundheitspolitische Herausforderung besteht in der *Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung* und des deutschen Krankenhaussystems (vgl. Mosebach 2010a u. 2010b). Die Privatisierung von Krankenhäusern ist nur ein Teilproblem dieses viel grundlegenderen Komplexes. Nicht umsonst wurde und wird die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips und die Einführung von Fallpauschalen im deutschen Krankenhaussektor im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 (GSG 1993) unter einigen Arbeitsdirektoren von Krankenhäusern als „Lex Rhön“ bezeichnet.¹⁶ Hiermit wird darauf angespielt, dass die Einrichtung eines wettbewerblichen und unter strenger Budgetierungsmaßnahmen liegenden Krankenhausversorgungssystems den privaten Krankenhauskonzernen gute Markteintrittsbedingungen offeriert hat. Privatwirtschaftlich geführte Krankenhäuser haben einen Strategievorteil im regulativen Kontextes eines administrierten Krankenhausmarktes: sie können sich ohne Rücksicht auf Sicherstellungsverpflichtungen auf lukrative Geschäftsbereiche konzentrieren und über den schnelleren Zugang zum Kapitalmarkt sowie der Nutzung öffentlicher Investitionsmittel diese lukrativen Geschäftsbereiche ausbauen. Öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser sind bei Strafe des Untergangs im regulativen Kontext eines administrierten Krankenhausmarktes dazu verdammt, es ihren privaten Konkurrenten gleich zu tun. Das ist jedoch – anders als manche durchaus kritische Beobachter meinen (so etwa: Wendl 2009) – keine mittel- bis langfristig tragbare Strategie, denn im Gegensatz zu privaten Krankenhauskonzernen können weder öffentliche noch freigemeinnützige Krankenhäuser rigide Spezialisierungsstrategien fahren, weil freigemeinnützige und/oder öffentlicher Krankenhäuser im Wesentlichen die Versorgung mit Krankenhausleistungen sicherstellen. Eine solche kopierende Strategie wäre für öffentliche und freigemeinnützige Träger vor dem Hintergrund dieses Sicherstellungsimperativs nur sinnvoll (und zu rechtfertigen), wenn man davon ausgehen könnte, dass im derzeitigen regulativen Rahmen jede Krankenhausleistung, die ein Patient bekommt, medizinisch sinnvoll und notwendig ist. Die derzeit in der Krankenhauspolitik heiß diskutierte These der Ausweitung der Fallzahlen bei allen Trägerschaften nach der Einrichtung des neuen Vergütungssystems legt jedoch die Schlussfolgerung nahe, dass es zu einer Ausweitung medizinisch nicht notwendiger Leistungen bei vielen Krankenhäusern gekommen ist, die eine Reaktion auf die wettbewerbsstaatliche Transformation des deutschen Krankenhaussektors darstellt (vgl. Mosebach 2010b; Mosebach/Rakowitz 2012). Die Kommerzialisierung ist dabei kein Phänomen, das mit der Privatisierung von Krankenhäusern gleichzusetzen wäre. Kommerzialisierungsprozesse und ihre problematischen Äußerungen in der Krankenhausversorgung (nicht-indizierte Mengenausweitung, Patientenselektion) können ein Ergebnis renditegetriebener Gewinnmaximierung sein, aber die gleichen Effekte können auch Folge des Versuchs

¹⁶ Hiermit wird Bezug genommen auf den damals größten privaten Krankenhauskonzern in Deutschland, die Rhön-Klinikum AG, die dieser Einschätzung nach am stärksten von den gesetzlichen Änderungen profitieren konnte.

sein, die betriebswirtschaftlichen Kosten vor dem Hintergrund der rigiden Budgetierung von Krankenhausausgaben zu senken (vgl. Mackintosh/Koivusalo 2005; Schimank/Volkman 2008; Mosebach 2010a). Eine Strategie, die gerade auch öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser verfolgen (müssen), um im wettbewerblichen Krankenhausmarkt bestehen zu können. Solange dieses Grundproblem der Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung nicht angegangen wird, wird es nicht gelingen, eine effiziente, qualitativ hochwertige und gleich zugängliche Krankenhausversorgung für alle Patienten zu realisieren. Möglicherweise sollte man sich perspektivisch auf Steuerungsprobleme im Krankenhaussektor einstellen, die viel unter dem Begriff einer „Amerikanisierung“ des deutschen Gesundheitssystems diskutiert, jedoch weder auf eine Kopie von jenem reduziert noch von US-amerikanischen Akteuren allein bewirkt werden (vgl. zur Kritik der „Amerikanisierungs“-These: Mosebach 2003). Es handelt sich vielmehr um einen internationalen Reformdiskurs, dessen Reformelemente sukzessive über den Mechanismus des Policy-Transfers bzw. der Policy-Diffusion die europäischen Gesundheitssysteme durchdringen und neuartige Probleme aufwerfen (vgl. Moran 1998; Moran/Freeman 2000; Mosebach 2006, 2010b; Lister 2005; Herrmann 2010; Tritter 2010). Trotz aller Globalisierungstrends gilt vor diesem Hintergrund immer noch ein altes Grundprinzip der medizinsoziologischen Forschung, nämlich dass sich das Menschenrecht auf eine gute Kranken(haus)versorgung nicht realisieren lässt, wenn man die Art und Weise der Organisation und Bereitstellung sowie Finanzierung dieser Leistungen von Prinzipien abhängig macht, die sich an privatkapitalistischen Steuerungsprinzipien orientieren (vgl. Kühn 2004). Um es abschließend mit einem Doyen der Medizinsoziologie in Deutschland, Prof. Hans-Ulrich Deppe, zu sagen: ein Menschenrecht (auf gute Krankenhausversorgung) lässt sich nicht kommerzialisieren, ohne dass es daran zerbricht (vgl. Deppe 2000: 257).

Literatur

Amelung, V./Schumacher, H. (2004): *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Mit 12 Fallstudien aus den USA, der Schweiz und Deutschland. Unter Mitarbeit von Andrea Amelung, Andreas Domdey und Katharina Janus. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*, Wiesbaden: Gabler.

Augurzyk, B. et al. (2009): *Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. RWI-Materialien Heft 52*, Aachen/München: RWI Essen/Institut für Gesundheitsökonomik.

Augurzyk, B./Beivers, A./Gülker, R. (2012): *Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. RWI-Materialien Heft 72*, Aachen: RWI Essen.

Böhlke, N. et al. (2009): *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten*, Hamburg: VSA.

Böhm, Katharina (2008):. Politische Steuerung des Gesundheitswesens. Die Rolle von Korporatismus und Wettbewerb im Krankenhaussektor. Diskussionspapier 2008-1 des Instituts für Medizinische Soziologie der JWG-Universität Frankfurt a.M. <http://www.klinik.uni-frankfurt.de/zgw/medsoz/Disk-Pap/Diskussionspapier2008-1-W.pdf> (18.10.12).

Braun, B./Kühn, H./Reiners, H. (1998): *Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik*, Frankfurt a.M.: Fischer TB.

Deppe, H.-U. (2000): *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*, Frankfurt a.M.: VAS.

DKG - Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012): *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Juli 2012*, Berlin: URL:

http://www.dkgev.de/media/file/11986.DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung_030812.pdf.

DKI - Deutsches Krankenhausinstitut (2009): *Kurzfristige Investitionsmaßnahmen der Krankenhäuser im Jahr 2009. Krankenhaus Trends. Erhebung 2009*, Düsseldorf: URL: http://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/trend_20091.pdf.

Eeckloo, K./Delesie, L./Vleugels, A. (2007): Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector. In: *Perspectives in Public Health* 127(n.a.), 78-86.

Freeman, R./Moran, M. (2000): Reforming Health Care in Europe. In: *West European Politics* 23(2), 35-58.

Gerlinger, T./Mosebach, K. (2009): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik. In: Böhlke, N. et al. (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten* (10-40), Hamburg: VSA.

Gerstlberger, W./Schneider, K. (2008): *Öffentlich Private Partnerschaften. Zwischenbilanz, empirische Befunde und Ausblick. Unter Mitarbeit von Katrin von Schäwen. Modernisierung des öffentlichen Sektors 31*, Berlin: Edition Sigma.

Gröschl-Bahr, G./Stumpfögger, N. (2008): Krankenhäuser. In: Brandt, T. et al. (Hrsg.), *Europa im Ausverkauf. Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für die Tarifpolitik* (165-180), Hamburg: VSA.

Hajen, L./Paetow, H./Schumacher, H. (2000): *Gesundheitsökonomie. Strukturen - Methoden - Praxisbeispiele*, Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.

Hanschur, K./Böhlke, N. (2009): Die Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg. In: Böhlke, N. et al. (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten* (141-152), Hamburg: VSA.

Heller, G. (2010a): Der Einfluss von strukturellen klinikspezifischen Variablen auf die Qualität der Krankenversorgung. In: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J. (Hrsg.), *Krankenhausreport 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?* (255-271), Stuttgart: Schattauer.

Heller, G. (2010b): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. In: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J. (Hrsg.), *Krankenhausreport 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?* (239-254), Stuttgart: Schattauer.

Hermann, C. (2009): The marketisation of health care in Europe. In: Panitch, L./Leys, C. (Hrsg.), *Morbid Symptoms. Health under capitalism* (125-144), London: The Merlin Press.

Herr, A./Schmitz, H./Augurzky, B. (2011): Profit efficiency and ownership of German hospitals. In: *Health Economics* 20(6), 660-674.

Hirsch, J. (2005): *Materialistische Staatstheorie. Transformationsprozesse des kapitalistischen Staatensystems*, Hamburg: VSA.

Hunter, D. (2008): *The health debate*, Bristol: Policy Press.

Kühn, H. (2004): Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung. In: Elsner, G./Gerlinger, T./Stegmüller, K. (Hrsg.), *Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus* (25-41), Hamburg: VSA.

- Leys, C. (2001): *Market-Driven Politics. Neoliberal Democracy and the Public Interest*, London & New York: Verso.
- Lister, J. (2005): *Health Policy Reform. Driving the Wrong Way? A Critical Guide to the Global 'Health Reform' Industry*, Enfield/Middlesex: Middlesex University Press.
- Löser-Priester, I. (2001): *Privatisierung öffentlichen Krankenhäuser und Partizipation der Beschäftigten. Eine Fallstudie zur Modernisierung des öffentlichen Dienstes*, Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Mackintosh, M./Koivusalo, M. (Hrsg.) (2005): *Commercialization of Health Care. Global and Local Dynamics and Policy Responses*, Houndmills/New York: PalgraveMacmillan.
- Malzahn, J./Wehner, C. (2010): Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser - Bestandsaufnahme und Reformbedarf. In: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J. (Hrsg.), *Krankenhausreport 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?* (107-124), Stuttgart: Schattauer.
- Mansky, T. (2011): Stand und Perspektiven der stationären Qualitätssicherung in Deutschland. In: Klauber, J./Geraedts, M./Wasem, J. (Hrsg.), *Krankenhausreport 2011. Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb* (19-36), Stuttgart: Schattauer.
- Moran, M. (1998): Explaining the rise of market ideologies in health care. In: Ranade, W. (Hrsg.), *Market and Health Care: a Comparative Analysis* (17-33), London: Longman.
- Mosebach, K. (2003): Gesundheit als Ware? Managed Care, GATS und die "Amerikanisierung" des deutschen Gesundheitssystems. In: *Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft* 33(3), 411-431.
- Mosebach, K. (2006): Best of Both Worlds? Gesundheitsversorgung in Europa unter Wettbewerbsbedingungen. URL: <http://www.bdwi.de/forum/archiv/archiv/136270.html>. In: *Forum Wissenschaft* 23(2), 55-58.
- Mosebach, K. (2009): Zwischen Konvergenz und Divergenz: Privatisierungs- und Ökonomisierungsprozesse in europäischen Krankenhaussystemen. In: Böhlke, N. et al. (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten* (43-65), Hamburg: VSA.
- Mosebach, K. (2010a): *Kommerzialisierung der deutschen Krankenhausversorgung? Auswirkungen von New Public Management und Managed Care unter neoliberalen Bedingungen. Diskussionspapier 2010-1 des Instituts für Medizinische Soziologie am Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt a.M.*, Frankfurt a.M.: URL: <http://www.kgu.de/zgw/medsoz/Disk-Pap/Diskussionspapier2010-1-W.pdf>.
- Mosebach, K. (2010b): *Kommerzialisierung und Ökonomisierung von Gesundheitssystemen. Ein essayistischer Problemaufriss zur Identifizierung möglicher Felder zukünftiger medizinsoziologischer Forschung. Diskussionspapier 2010-2 des Instituts für Medizinische Soziologie am Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt a.M.*, Frankfurt a.M.: URL: <http://www.kgu.de/zgw/medsoz/Disk-Pap/Diskussionspapier2010-2-W.pdf>.
- Mosebach, K./Rakowitz, N. (2012): Fabrik Krankenhaus. In: *Blätter für deutsche und internationale Politik* 57(9), 19-22.
- Pföhler, W. (2010): Unser Gesundheitssystem hat noch Wirtschaftlichkeitsreserven. In: *Die Gesundheitswirtschaft. Journal für die Akteure der Gesundheitsbranche* 4(3), 28-30.
- Preker, A.S./Harding, A. (Hrsg.) (2003): *Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals*, Washington D.C.: World Bank.

- Reiners, H. (2009): *Mythen der Gesundheitspolitik*, Bern: Hans Huber.
- Rekittke, A. (2011): *"Integrierte Versorgung". Qualitätsdefizite im Gesundheitssystem*, Hamburg: VSA.
- Reschke, J. (2010): Beurteilung des Krankenhauspotenzials aus Sicht einer privaten Klinikette. In: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J. (Hrsg.), *Krankenhausreport 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?* (149-162), Stuttgart: Schattauer.
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2006): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*, Bern et al.: Hans Huber.
- Schimank, U./Volkman, U. (2008): Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Maurer, A. (Hrsg.), *Handbuch der Wirtschaftssoziologie* (382-393), Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaft.
- Schulten, T./Böhlke, N. (2009): Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Beschäftigte und Patienten. In: Böhlke, N. et al. (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten* (97-123), Hamburg: VSA.
- Schwartz, F.W./Busse, R. (1994): Die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems - Vorschläge, Mythen und Aussichten. In: Blanke, B. (Hrsg.), *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin* (403-421), Opladen: Leske+Budrich.
- Simon, M. (2000): *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung*, Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Simon, M. (2002): Das neue DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Anmerkungen zum Konzept einer 'Steuerung über den Preis'. In: Deppe, H.-U./Burkhardt, W. (Hrsg.), *Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin* (145-158), Hamburg: VSA.
- Simon, M. (2008): *Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen*, Bern et al.: Hans Huber.
- Simon, Michael (2008b). Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets: Eine kritische Bestandsaufnahme. Studie für die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di. http://presse.verdi.de/download-center/pressemappe/data/simon_studie_kritik_der_budgetdeckelung.pdf (11.10.12).
- Simon, M. (2013): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 4., vollständig überarbeitete Auflage*, Bern et al.: Hans Huber (i.E.)
- Stumpfögger, N. (2009): Wenn die Gründerzeit zu Ende geht. In: Böhlke, N. et al. (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten* (199-219), Hamburg: VSA.
- Tritter, J. et al. (2010): *Globalisation, Markets and Healthcare Policy: Redrawing the Patient as Consumer. Critical Studies in Health and Society Series*, Abingdon/New York: Routledge.
- Wörz, M. (2008): *Erlöse - Kosten - Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied?*, Wiesbaden: VS Verlag.
- Wörz, M. (2009): Unterschiedliche Träger von Krankenhäusern in den USA. In: Böhlke, N. et al. (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten* (66-80), Hamburg: VSA.
- Zech, M. (2007): *Die Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland. Voraussetzungen - Wirkungen - Konsequenzen*, Saarbrücken: VDM.