



Kommunale Krankenhäuser sind zukunftsfähig

Ein Vergleich mit privaten Kliniken

Von Dr. Johannes Kramer



Einkaufsgemeinschaft
Kommunaler Krankenhäuser eG
im Deutschen Städtetag



Vorwort

Das deutsche Krankenhauswesen beruht seit Jahrzehnten auf dem Nebeneinander von Krankenhäusern, die drei Trägergruppen zuzuordnen sind. Diese sind

- öffentliche, das heißt überwiegend kommunale oder von anderen öffentlichen Körperschaften getragene Krankenhäuser;
- freigemeinnützige, das heißt von religiösen, kirchlichen, humanitären oder sozialen Trägern geführte Krankenhäuser;
- Privatkliniken, die von ihren Eigentümern nach erwerbswirtschaftlichen Grundsätzen betrieben werden.

Diese Trägervielfalt, verbunden mit dem Sicherstellungsauftrag der Länder und Kommunen für die Krankenhausversorgung, hat in Deutschland zu einem flächendeckenden, leistungsstarken Versorgungssystem geführt.

Kommunale Krankenhäuser stellen bislang den größten Anteil in der Gruppe der öffentlichen Krankenhäuser. Zunehmend drängen aber private Betreiberketten in den „Krankenhausmarkt“ und übernehmen dabei auch kommunale Krankenhäuser. Immer häufiger findet man in den Medien entsprechende Meldungen über die Veräußerung kommunaler Krankenhäuser an Private. Dabei wird in der öffentlichen Meinung, forciert durch die Äußerung mancher Beratungsfirma oder von Vertretern privater Klinikbetreiberketten, sehr häufig das Bild vermittelt, private Krankenhäuser seien per se zugleich kostengünstiger und patientenorientierter. Die finanzielle Schiefelage des Gesundheitswesens und die damit einhergehenden Nöte der Kliniken tun ein Übriges hierzu. Vor diesem Hintergrund wird an die kommunalen Krankenhäuser und ihre Träger häufig die Frage nach ihrer Zukunftsfähigkeit gerichtet.

Mit dieser Broschüre aus der Feder von Dr. Johannes Kramer wollen der Deutsche Städtetag und die Einkaufsgemeinschaft Kommunaler Krankenhäuser eG im Deutschen Städtetag (EKK) einen Diskussionsbeitrag zur zukünftigen Entwicklung und Bedeutung kommunaler Krankenhäuser leisten. Natürlich kann und soll dabei nicht abschließend zur Frage einer möglichen Privatisierung Stellung genommen werden. Diese Frage kann nur vom jeweiligen Träger aufgrund der örtlichen Gegebenheiten beantwortet werden. Wir möchten aber aufzeigen, dass es sinnvoll und lohnend ist, das Unternehmen Krankenhaus in eigener kommunaler Verantwortung fit für den Wettbewerb zu machen.



Dr. Stephan Articus

Geschäftsführer des Präsidiumsmitglied
des Deutschen Städtetages



Kommunale Krankenhäuser sind zukunftsfähig Ein Vergleich mit privaten Kliniken

Von Dr. Johannes Kramer*

1. Einführung 5
2. Warum hat sich in der öffentlichen Meinung das Bild
verfestigt, private Krankenhäuser arbeiteten effizienter
als kommunale? 5
3. Was hat sich in den kommunalen Krankenhäusern
geändert? 6
4. Was hat die privaten Klinikketten stark gemacht? 7
5. Die kommunalen Krankenhäuser haben sich
professionalisiert und aufgeholt 9
6. Die Versorgungsqualität in kommunalen Krankenhäusern
ist besser als in privaten Häusern 10
 - 6.1 Strukturdaten
 - 6.2 Patientenzufriedenheit, Versorgungsqualität
und Prozessqualität
 - 6.3 Ergebnisqualität
7. Ist die Privatisierung und Ökonomisierung der
Krankenhäuser der richtige Weg? 14

* Dr. Johannes Kramer ist Geschäftsführer der Städtischen
Kliniken Bielefeld gGmbH und Vorsitzender des Aufsichtsrates
der Einkaufsgemeinschaft kommunaler Krankenhäuser eG im
Deutschen Städtetag.



1. Einführung

Die kommunalen Krankenhäuser sind in den vergangenen Jahren in der öffentlichen Meinung zunehmend in die Defensive geraten; negativ korrelierend mit dem Anwachsen privater Klinikketten. Einige spektakuläre Zukäufe durch Private haben dieses Bild in der Öffentlichkeit verfestigt. So genannte Prognosen einiger Beratungsfirmen wie Arthur Andersen und Ernst & Young, die die Entwicklung von wenigen Jahren künstlich hochgerechnet haben, vermitteln den Eindruck, der Krankenhausmarkt der Zukunft werde privat organisiert sein.

In dieser Situation wird manchmal von Vertretern kommunaler Krankenhäuser klärend auf strukturell schlechtere Rahmenbedingungen verwiesen. Diese gibt es zweifelsohne. Nur hilft dieses Klagen nicht, da niemand helfen wird, in der jetzigen wirtschaftlichen Lage die Rahmenbedingungen zugunsten der kommunalen Häuser zu verbessern. Wer es beim Klagen belässt, wird den Prozess der Privatisierung eher noch beschleunigen.

Wie die nachfolgende Analyse zeigt, ist dieses auch gar nicht nötig. Der Vergleich zeigt, dass die kommunalen Krankenhäuser zukunftsfähig sind. Sie sind nicht weniger effizient als private Häuser, wenn sie sich als Unternehmen ausrichten. Und sie erbringen Leistungen für den Patienten und für die Bevölkerung, auf die die Gesellschaft nicht verzichten kann. Dazu muss die ordnungspolitische Debatte erst noch eröffnet werden.

2. Warum hat sich in der öffentlichen Meinung das Bild verfestigt, private Krankenhäuser arbeiteten effizienter als kommunale?

Dieses Bild wird nach wie vor geprägt von einer langen Tradition kommunaler Krankenhäuser. Kommunale Häuser waren früher Regie- oder Eigenbetriebe der kommunalen Verwaltung, das Amt 54, also unselbstständige Anstalten. Die Stelle des Verwaltungsleiters, des Amtsleiters alter Prägung, bezahlte nach A 13 oder A 14, war bereits der Höhepunkt der Inspektorenlaufbahn, dem Leiter des Ordnungsamtes ebenbürtig. Eine umfassende kaufmännische Ausbildung war nicht Voraussetzung.

Die Entscheidungen in den öffentlich tagenden Gremien waren politisch geprägt, entlang von Fraktionslinien, nicht unbedingt an der Sache orientiert. Die Entscheidungswegewege mussten verschiedene Ausschüsse und Zuständigkeiten berücksichtigen und waren entsprechend lang und kompliziert.



Das Gleiche galt für die Personalvertretung, die die Gleichbehandlung in der Gesamtverwaltung vor Augen hatte, nicht aber die Besonderheiten eines Krankenhauses als Wirtschaftsunternehmen.

Die unterschwellige, unbewusste Gleichsetzung kommunaler Krankenhäuser mit solchen Verwaltungssämtern dürfte nach wie vor bestimmend sein für das Bild der Öffentlichkeit.

Aber die meisten kommunalen Krankenhäuser haben sich inzwischen deutlich gewandelt. Darauf wird im nächsten Abschnitt ausführlicher eingegangen. Dort, wo sie wirklich als Wirtschaftsunternehmen geführt werden, müssen sie sich mit ihren wirtschaftlichen Ergebnissen und mit vergleichenden Produktivitätskennziffern auch nicht verstecken.

Und die kommunalen Häuser, die noch wie Verwaltungssämter geführt und die durch politische, sachfremde Befindlichkeiten in ihrer wirtschaftlichen Unternehmensführung behindert werden, werden im Wettbewerb auch nicht überleben. In solchen Fällen hatten und haben es dann private Klinikketten auch leicht, nach der Übernahme schnelle Sanierungserfolge vorzuweisen und damit das Vorurteil zu verfestigen, private seien effizienter als kommunale Häuser.

Für diese Gruppe von kommunalen Häusern, die es leider immer noch gibt, kann man den politischen Entscheidungsträgern nur empfehlen, endlich den Veränderungsprozess nachzuvollziehen. Für die andere, wachsende Gruppe von kommunalen Häusern erweist sich das Bild in der Öffentlichkeit zunehmend als Vorurteil.

Was in der Öffentlichkeit zu wenig wahrgenommen wird: Es gibt auch private Kliniken, die unwirtschaftlich arbeiten oder gar gescheitert sind. So gibt es eines der größten Defizite in einem Haus, das ein privater Betreiber aufgegeben hat und jetzt wieder am Tropf der Kommune hängt. Die Trägerschaft ist – so scheint es – nicht automatisch eine Garantie für Erfolg oder Misserfolg, für Effizienz oder Unwirtschaftlichkeit.

3. Was hat sich in den kommunalen Krankenhäusern geändert?

Die oben aufgezeigten Schwächen kommunaler Krankenhäuser aus der Vergangenheit sind bzw. werden systematisch ausgeräumt. Der Veränderungsprozess ist deutlich ablesbar.

- Die Auslagerung aus der Verwaltungsstruktur durch GmbH-Gründungen oder zumindest durch verselbständigte Eigenbetriebe ist flächendeckend.

- Damit vollzieht sich zugleich die Abkoppelung auch des Personal- und Finanzwesens.

- Die Aufsichtsräte tagen nicht-öffentlich, sind deutlich entpolitisiert und zunehmend auf die Interessen des Betriebes ausgerichtet. Entscheidungen fallen schneller und nicht mehr abhängig von der Gremienvielfalt der Städte und Kreise.

- Der Verwaltungsleiter alter Prägung ist ein Auslaufmodell und macht Platz für außertariflich bezahlte Krankenhausmanager. Es gibt gute Manager kommunaler Krankenhäuser, die von privaten Betreibern umworben werden oder abgeworben wurden.

- Auch das Selbstverständnis der Betriebsräte und Arbeitnehmervertretungen in den Aufsichtsräten hat sich gewandelt. Sie sind zunehmend auf die Interessen des Betriebes ausgerichtet und müssen nicht mehr eine Gesamtverwaltung im Blick haben. Manche Umstrukturierungsprozesse wären ohne die Weitsicht von Betriebsräten nicht möglich.

- Die strukturellen Nachteile kommunaler Häuser aus der früheren BAT-Bindung und – für einige Häuser – aus der VBL-Verschuldung lassen sich zumindest teilweise bereinigen. So gibt es viele Häuser, die mit Servicegesellschaften marktfähige Tarife eingeführt haben. Die Kliniken Saarbrücken und Bielefeld sind aus der VBL ausgeschieden.

- Der Zugang zum Kapitalmarkt ist für kommunale Häuser nicht unbedingt schwerer, vielleicht sogar leichter.

- Schließlich bietet der neue TVöD – im Gegensatz zum starren BAT – zukünftig die Chance, Entgelte leistungsorientierter zu gestalten.

4. Was hat die privaten Klinikketten stark gemacht?

Ausgangspunkt der Entstehung privater Klinikketten ist die Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips 1993 mit der gleichzeitig eingeräumten Möglichkeit, Gewinne erzielen zu können. Dieses haben einige Unternehmerpersönlichkeiten frühzeitig als Chance genutzt. Andere Trägergruppen – kommunale wie freigemeinnützige – haben diese Spielräume erst sehr viel später erkannt.

Auffallend ist die starke Präsenz privater Kliniken in ostdeutschen Ländern. Das ist kein Zufall, sondern wurde staatlich gefördert durch eine vergleichsweise hohe öffentliche Investitionsfinanzierung, die durch den Solidarpakt Ost erst möglich wurde.

Zunächst sind vor allem vergleichsweise kleine Häuser mit einem engen spezialisierten Leistungsspektrum betrieben worden („Rosinenpickerei“). Wie eine aktuelle Analyse der Gmünder Ersatzkasse (GEK) zeigt, gibt es dies nach wie vor (vgl. Abschnitt 6).

Auffallend ist auch, dass praktisch alle privaten Häuser bei den hausbezogenen Basisfallwerten im obersten Segment und damit deutlich über den Landesbasisfallwerten liegen. Das ist umso erstaunlicher, weil die privaten Kliniken nach wie vor deutlich kostengünstigere Fälle behandeln als kommunale Häuser. Damit hat es für die privaten Kliniken in der Vergangenheit eine erhebliche strukturelle Überfinanzierung gegeben. Der Landesbasisfallwert ist die Benchmark der Wirtschaftlichkeit, und diese Benchmark wird verfehlt.

Diese Entwicklungen haben die Privaten in die Lage versetzt, sich mit Kapital auszustatten, das für Zukäufe genutzt werden konnte. Und je mehr sie jetzt durch Zukäufe auch große Akutkrankenhäuser übernehmen, stehen sie – wie zu beobachten ist – vor ähnlichen Schwierigkeiten wie kommunale Großkliniken. Auch sie müssen sich in der Konvergenzphase an die Landesbasisfallwerte nach unten anpassen. Das dürfte der Hauptgrund dafür sein, dass sie nach der GEK-Studie zwischen 2002 und 2005 in der Qualität der medizinischen Versorgung und der Patientenzufriedenheit so deutlich verloren haben.

Wenn man sich die Stärken der privaten Klinikketten heute anschaut, dann bestehen sie wohl vor allem in folgenden Punkten:

- Sie geben den einzelnen Häusern und Abteilungen Kennziffern als Zielgrößen vor, die sie aus internen Benchmarks gewonnen haben; es sind harte Standardvorgaben, an die sich jeder zu halten hat mit einer Berichtspflicht pro Quartal.
- Die Standardvorgaben führen zu höheren Arbeitsverdichtungen als in kommunalen Häusern. Laut McKinsey kommen bei Privaten auf eine ärztliche Vollkraft 182 Fälle, während es in kommunalen Häusern durchschnittlich nur etwa 130 Fälle sind.
- Vor allem sind die Personalkosten deutlich niedriger als in kommunalen Häusern. Erstaunlicherweise hat sich ver.di auf Haustarife eingelassen, die unterhalb des BAT-Niveaus liegen. Und der Marburger Bund hat die Privaten bisher geschont.
- Es gibt keine Privatliquidation und damit keine auf diese Patientengruppen

ausgerichteten Eigeninteressen von Chefarzten. Im Gegenzug gibt es ergebnisabhängige, leistungsorientierte Vergütungen, was bei ärztlichen Leistungsträgern partiell zu höheren Vergütungen führt.

- Nach wie vor bieten die Privaten ein engeres spezialisiertes Leistungsspektrum und konzentrieren sich auf wenige Erkrankungsarten. Sie haben dadurch eine deutlich geringere Anzahl schwerer und teurer Fälle als kommunale Häuser.
- Private organisieren einen hausübergreifenden Wissenstransfer und den zentralen Einkauf von Produkten und Geräten.
- Grundsätzlich gilt, dass sie ihre Entscheidungsprozesse verbindlicher organisiert haben.

5. Die kommunalen Krankenhäuser haben sich professionalisiert und aufgeholt

Unterhalb der bundesweit Schlagzeilen auslösenden Privatisierungen – wie zum Beispiel bei den Verkäufen des LBK-Hamburg und der Universitätskliniken Marburg und Gießen sowie bei der Übernahme von Helios durch Fresenius – gibt es eine ganze Reihe von Fusionen und Zusammenführungen kommunaler Krankenhäuser, die allerdings meistens nur regionale Schlagzeilen hervorgerufen.

Hinzuweisen ist beispielhaft auf Vivantes in Berlin, Gesundheit Nord in Bremen, Klinikum Region Hannover, Nordhessen Holding in Kassel, Klinikum Nürnberg sowie Klinikum München.

Nimmt man die Aufmerksamkeit des Bundeskartellamtes als Indiz für Marktmacht, gilt dies inzwischen nicht nur für Rhön, sondern auch für einige kommunale Fusionen.

Parallel zu diesem Trend haben sich schon vor sechs Jahren kommunale Krankenhäuser zu einer Einkaufsgenossenschaft auf Bundesebene zusammengefügt. Einige der oben erwähnten fusionierten Großkliniken gehören dazu. Inzwischen sind es 53 Krankenhäuser, die deutlich über 40.000 Betten repräsentieren und die mit einem Einkaufsvolumen von mehr als 400 Millionen Euro eine Nachfragemacht bündeln, die der der Privaten durchaus vergleichbar ist.

Im Selbstverständnis dieser Einkaufsgemeinschaft kommunaler Krankenhäuser eG

im Deutschen Städtetag (EKK) in enger Verbindung mit einer sich überschneidenden Arbeitsgemeinschaft kommunaler Großkrankenhäuser (AKG), der 16 Häuser angehören, gibt es wie bei den privaten Klinikketten den Austausch von Benchmarks, den hausübergreifenden Wissenstransfer sowie den Aufbau zusätzlich zum Einkauf gebündelter Servicefunktionen.

Die AKG ist entstanden aus dem kommunalen Betriebsvergleich, der sich bereits vor mehr als 25 Jahren mit den ersten Benchmarks beschäftigte, und kann daher auf einschlägige Erfahrungen verweisen. Die der AKG angehörenden 16 kommunalen Krankenhäuser repräsentieren mehr als 18.000 vollstationäre belegte Betten und damit mehr als die Rhön-Kliniken (rund 12.200) oder Helios (rund 9300). Was aber für den Vergleich mit den Privaten viel wichtiger ist: Diese 16 Häuser der AKG haben mit 78.000 Euro eine durchschnittliche Umsatzrentabilität je Mitarbeiter, die die Rhön-Kliniken deutlich übersteigt. (Zum Vergleich: Rhön 67.000 Euro; Helios 82.000 Euro). Damit entlarvt sich die Behauptung, die Privaten seien per se effizienter als die kommunalen Häuser, zumindest für diese Gruppe kommunaler Häuser als ein Vorurteil.

Fazit: Die kommunalen Krankenhäuser sind, was die wirtschaftliche Ausrichtung betrifft, sicherlich später gestartet als die Privaten. Aber sie holen im Professionalisierungsprozess auf oder haben teilweise – was die AKG-Häuser betrifft – schon aufgeholt.

Der von einigen Beratungsfirmen nicht uneigennützig propagierte unaufhaltsame Trend zugunsten der Privaten, der ja nur die Hochrechnung auf der Basis weniger Jahre war, wird so nicht eintreten. Er wird sich zumindest abflachen. Ergänzend darf darauf hingewiesen werden, dass selbst im Mutterland des freien Wettbewerbes, nämlich in den USA, die medizinisch erfolgreichen Großkliniken Non-Profit-Unternehmen sind. Ihre Investitionskraft und damit ihre Innovationsfähigkeit ist in der Regel höher als die der Privaten, da der Shareholder-Value entfällt.

6. Die Versorgungsqualität in kommunalen Krankenhäusern ist besser als in privaten Häusern

Die Gmünder Ersatzkasse (GEK) hat aktuell repräsentative Ergebnisse einer wiederholten Patientenerhebung und einer Längsschnittdatenanalyse von GEK-Routinedaten vorgelegt, die vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen erstellt wurden¹.

¹ Braun, Bernhard; Müller, Rolf; Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 45, Schwäbisch Gmünd, Juni 2006.

Ziel der Studie ist es, durch Erhebungen in den Jahren 2002 und 2005 mögliche Veränderungen in der Versorgungsqualität nach Einführung des neuen DRG-Systems feststellen zu können.

Bezogen auf den hier interessierenden Vergleich zwischen kommunalen und privaten Kliniken kommt die Studie zu bemerkenswerten Ergebnissen, die durchgängig eine signifikante Verschlechterung in der Versorgungsqualität in privaten Kliniken festhalten und auch eine größere Effizienz nicht erkennen lassen.

Einige dieser Ergebnisse sollen im Folgenden wiedergegeben werden.

6.1 Strukturdaten

- Größere Krankenhäuser haben durchschnittlich die teureren Fälle (4187 Euro/Fall): Kommunale Krankenhäuser (in der Studie wird zwischen Universitätskliniken und öffentlichen = kommunalen Häusern unterschieden) haben durchschnittlich Fallkosten von 3569 Euro, die Privaten von 3306 Euro. Da die größeren Kliniken in der Regel öffentliche Einrichtungen sind, erklären sich die höheren Kosten.
- Das Personal in öffentlichen Einrichtungen erhält in fast allen Bereichen ein höheres Gehalt als in privaten Kliniken. Nur Ärzte erhalten in privaten Kliniken ein etwas höheres Gehalt als in öffentlichen.
- Schlussfolgerung der Studie: „Die geringeren Kosten in privaten Krankenhäusern sind also nicht (...) durch eine effizientere Versorgungsstruktur bedingt. Verantwortlich sind auch die geringeren Personalkosten und die geringere Anzahl schwerer und teurer Fälle.“
- Was den Versorgungsauftrag betrifft, gibt es einen grundsätzlichen Unterschied. Eine Maximalversorgung findet überwiegend in öffentlichen Einrichtungen statt, während sich die Privaten eher auf kleinere Spezialkliniken stützen. Fast 50 Prozent der Nutzer privater Kliniken waren in Häusern mit weniger als 200 Betten. Bei öffentlichen Häusern lag dieser Anteil dagegen nur bei knapp 10 Prozent.
- Private konzentrieren sich auf die Behandlung von möglichst wenigen Erkrankungsarten. Dabei handelt es sich um folgende sechs Behandlungsanlässe: Entbindung, Herzinfarkt, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Rheuma, Erkrankungen des Bewegungssystems und psychische Erkrankungen. Diese sechs Anlässe machten im Jahr 2005 rund 50 Prozent des gesamten Behandlungsgeschehens aus.



6.2 Patientenzufriedenheit, Versorgungsqualität und Prozessqualität

- Bei Patienten, die ihren Aufenthalt als zu kurz empfinden, haben die Privaten einen überdurchschnittlich hohen Anteil.
- Bei Fragen nach den Erfahrungen der Patienten mit Strukturen und Akteuren im Krankenhaus schneiden die Privaten bei drei von fünf Fragen am schlechtesten ab:
 - Personal kümmert sich um Patienten
 - Im Krankenhaus spielen Geld und Kosten eine entscheidende Rolle
 - Im Krankenhaus wird man mit Rücksicht behandelt

Bei den anderen beiden Fragen („Gefühl, Nummer zu sein“/„persönliche Betreuung durch Technik verdrängt“) haben die Universitätskliniken schlechter abgeschnitten, was aber auch wohl mit der Größe der Kliniken korreliert. Feststellung der Autoren zu den Veränderungen seit 2002: „Die deutlichsten und durchweg negativen Veränderungen gab es bei den privaten Häusern.“

- Ein ähnliches Bild gibt es bei der Frage, ob ausführliche Gespräche über Ängste möglich waren und ob die Patienten ausreichend Informationen über die Behandlung erhielten: „Patienten in öffentlichen (also kommunalen) Krankenhäusern und besonders in den Unikliniken hatten im Jahr 2002 geringere Möglichkeiten, Gespräche über ihre Ängste zu führen, als Patienten in freige-meinnützigen und privaten Krankenhäusern. Diese Unterschiede verschwanden aber im Jahr 2005. Für die privaten Krankenhäuser relativiert sich dies aber insofern, als der Anteil der Patienten, der derartige Möglichkeiten nannte, zwischen 2002 und 2005 durchweg und erheblich zurückgegangen ist.“

- Bei Patienten mit „Schmerzen, die voll und ganz erfolgreich therapiert wurden“, lagen die Privaten 2002 mit rund 64 Prozent noch an der Spitze. Bis 2005 verschlechterte sich aber der Anteil auf unter 50 Prozent. Während alle anderen sich verbesserten, nahmen die privaten Kliniken mit Abstand den letzten Platz ein.

6.3 Ergebnisqualität

- Die Ergebnisqualität wurde gemessen über die Frage, ob sich die Beschwerden, die zum Krankenhausaufenthalt führten, gebessert haben. Einbezogen wurden

vier Krankheitsarten: Krebs, Herzinfarkt, Herz-/Kreislauferkrankungen und Erkrankungen des Bewegungssystems.

- Während der Anteil der Patienten, denen es nach der Behandlung besser geht oder die geheilt sind, in kommunalen Häusern bei jeder der einbezogenen Krankheitsarten mehr oder weniger stark zunimmt, trifft dies bei den anderen Krankenträgern nicht zu: „Am deutlichsten anders sieht es bei Patienten aus privaten Kliniken aus, die in drei der vier Krankheitsgruppen eine zwischen 2002 und 2005 um bis zu 10 Prozentpunkte geringere Besserungs- und Heilungsrate angeben.“
- Mit rund 48 Prozent haben deutlich mehr Patienten aus privaten als Patienten aus kommunalen Krankenhäusern (rund 32 Prozent) einen Bedarf an nachstationären Leistungen.
- Bei Patienten, die einen nachstationären Unterstützungsbedarf hatten und um die sich im Krankenhaus „niemand gekümmert“ hat, verzeichnen alle Krankenhäuser in nicht-privater Trägerschaft eine Verbesserung, während sich die privaten Häuser drastisch verschlechterten: „Eine der stärksten Veränderungen von 2002 bis 2005 war der Anstieg des Anteils dieser Patienten (um die sich niemand gekümmert hat; der Verf.) in privaten Krankenhäusern um 14 Prozentpunkte.“
- Gefragt wurde danach, welche Entlassungsleistungen (Angehörigenaktivierung, Selbsthilfe, Alltagsaktivitäten, Warnsignale, Medikamentenerklärung) die Patienten erhalten oder nicht erhalten haben. Der Anteil der Patienten, die keine dieser Entlassungsleistungen erhalten hat, wächst nur in privaten Häusern – um bis zu 12 Prozentpunkte –, während er in kommunalen Häusern von 2002 auf 2005 um fast denselben Wert gesunken ist. Diese Verschlechterung bei den Privaten ist umso schwerwiegender, wenn man bedenkt, dass die Privaten ja eher kleinere, für den Patienten überschaubare Häuser haben. Hierzu das Fazit der Studie: „Einer Verschlechterung des Entlassungsgeschehens in privaten Krankenhäusern stehen Verbesserungen in öffentlichen Kliniken (= kommunalen Kliniken, der Verf.) gegenüber. Angesichts der vielfachen Prognosen einer raschen Zunahme des Anteils privater Kliniken an allen Krankenhäusern könnte sich dieser Trend – sollte er anhalten – als insgesamt belastend erweisen.“
- Eine abschließende generelle Bewertung der stationären Versorgung ist ermittelt worden über die Fragen, ob die Patienten volles Vertrauen zu Ärzten und Pflegekräften haben konnten, ob sie das Krankenhaus weiterempfehlen würden und ob sie den Eindruck hatten, dass im Krankenhaus alles für die Gesundheit getan



wurde. Obwohl es hier enge Korrelationen zur Größe der Krankenhäuser gibt, ist auch hier auffallend, dass

- „der größte Verlust an Vertrauen von 2002 auf 2005 (...) gegenüber den Ärzten in privaten Krankenhäusern stattfindet“;
- ein „vergleichsweise kräftiger Rückgang (...) um 5 Prozentpunkte“ bei den Patienten zu beobachten ist, die die private Klinik weiter empfehlen würden;
- zwischen 2002 und 2005 ein durchweg kräftiger Verlust des Vertrauens in die privaten Krankenhäuser zu verzeichnen ist.

7. Ist die Privatisierung und Ökonomisierung der Krankenhäuser der richtige Weg?

Die Ökonomisierung von Medizin und Krankenhaus erfolgt in den Medien und in der Politik weitgehend kritiklos; es fehlt eine ordnungs- und gesundheitspolitische Debatte. Angesichts der Rahmenbedingungen – so scheint es – haben sich auch die kommunalen Krankenhäuser darauf einzustellen.

Dagegen ist zunächst nichts einzuwenden, aber die ordnungs- und gesundheitspolitische Frage muss schon erlaubt sein, ob es denn richtig ist, die Ware Gesundheit allein nach Markt- und Wettbewerbskriterien zu organisieren. Die Kommunen haben sich seit der Industrialisierung verantwortlich gesehen für die gesundheitliche Versorgung der Bürger. Dies ist eingeflossen in den Sicherstellungsauftrag der Kommunen, und dies begründet eine lange Tradition kommunaler Häuser.

Die ordnungs- und gesundheitspolitische Fragestellung heißt, ob und wenn ja, welche Versorgungsangebote bei der zunehmenden Privatisierung und Ökonomisierung gefährdet sind. Welchen Preis wird die Gesellschaft dafür zahlen müssen?

Man darf daran erinnern – es ist ja noch nicht lange her –, dass die Politik den Krankenkassen einen stärkeren Wettbewerb verordnet hat. Die Antwort der Kassen war eine „Risikoselektion“, die „Ausrichtung auf gesunde, junge, einkommensstarke Beitragszahler“ und die Vermeidung „problematischer“ Risiken, wie kostenträchtige, ältere und chronisch Erkrankte.

Bestürzt darüber, was ihr „Zauberlehrling“ anrichtete, reagierte die Politik mit dem bürokratischen Monstrum des „Risikostrukturausgleichs“ und der berühmten-berühmten DMP's. Kann sich wirklich jeder sicher sein, dass die Privatisierung und Ökonomisierung der Krankenhäuser in Verbindung mit der neuen Fallpauschalen-gesetzgebung die Gefahr einer Risikoselektion in den Kliniken ausschließt? Die Ergebnisse der GEK-Studie machen erschreckend deutlich, wie sich die Versorgungsqualität in den privaten Kliniken in kürzester Zeit verschlechtert hat.

Werden nicht-kostendeckende und weniger profitable Leistungen, die heute kommunale Krankenhäuser in ihrem Selbstverständnis noch mittragen, dann wieder dem Sicherstellungsauftrag der Kommunen überantwortet? Ein neuer „Risikostrukturausgleich“? Dann für Kliniken?

Zur „Risikoselektion“ kommt neuerdings die „Leistungsselektion“ in Bezug auf den medizinischen Fortschritt in puncto Diagnostik und Therapie. Insbesondere die leistungsfähigen Kliniken stehen vor der Frage, ob sie den Patienten aus Wirtschaftlichkeitswägungen hochwirksame Therapien vorenthalten, die zudem in der Lage wären, erheblich teurere Leistungen zu vermeiden (Kardiologie: Stents vs. Kardi-chirurgie). Kommunale Kliniken können aufgrund ihres Selbstverständnisses hier keine Selektion betreiben, private Kliniken wohl schon eher.

Erschreckend ist ferner der Umgang mit der demografischen Entwicklung, für die der Wettbewerb im Gesundheitswesen zumindest in der derzeitigen Situation keine Antwort kennt. Auch hier scheinen die kommunalen Häuser stärker im Fokus zu stehen als private Träger.

Einige Beispiele seien genannt, wo Gefährdungen bestehen, weil sie den Rentabilitätsinteressen entgegenstehen:

- die Behandlung mittels nicht standardisierbarer und teurer Verfahren;
- die Versorgung besonderer, anfangs häufig stigmatisierter Patientengruppen wie zum Beispiel AIDS-Kranker oder Patienten mit psychischen Erkrankungen;
- letztlich alle Erkrankungen, die im DRG-Katalog nicht ausreichend abgebildet sind;
- das Vorhalten von Infrastrukturen für Notfälle und den Katastrophenschutz wie zum Beispiel Isolierstationen oder spezielle Medikamenten- und Katastrophensets;
- die nicht-kostendeckende Ausbildung von Pflegekräften;

- eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung;
- eine umfassende Versorgung eines Akutkrankenhauses, wenn sich zum Beispiel eine bestimmte Abteilung als defizitär erweist;
- schließlich Hilfestellung bei Problemlagen, deren Bewältigung im allgemeinen Interesse liegen, wie zum Beispiel erste Hilfe für vergewaltigte Frauen und Durchführung von Feststellungsverfahren in Vergewaltigungsfällen, Behandlung von an ihren Genitalien verstümmelten Afrikanerinnen etc..

Diese ansonsten gefährdeten Leistungen sind bisher von den kommunalen Krankenhäusern mit abgedeckt worden. Daraus entstehende Defizite sollte man ihnen nicht zum Vorwurf machen und mit unzureichender Effizienz im Vergleich zu Privaten verwechseln.

Die Gesellschaft muss sich entscheiden, ob sie bereit ist, die Kosten dafür zu tragen. Wenn nicht – und danach sieht es zur Zeit aus –, dann werden sich die kommunalen Krankenhäuser unter dem ökonomischen Druck genauso verhalten wie die privaten.

Dass kommunale Krankenhäuser wirtschaftlich erfolgreich handeln können, haben viele von ihnen längst unter Beweis gestellt.

Köln und Berlin 2007

www.ekkeg.de

www.staedtetag.de

Druck: Media Cologne GmbH, Hürth/Rheinland
Foto Titelseite: Städtische Kliniken Bielefeld gGmbH
Gestaltung: herzblut - Agentur für Kommunikation, Berlin