



Materialien

Boris Augurzky
Adam Pilny
Ansgar Wübker

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015



Heft 89

Impressum

Vorstand des RWI

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat

Prof. Dr. Reinhard F. Hüttl (Vorsitzender);

Manfred Breuer; Prof. Dr. Claudia Buch; Reinhold Schulte (Stellv. Vorsitzende);

Hans Jürgen Kerkhoff; Dr. Thomas A. Lange; Martin Lehmann-Stanislawski;

Dr.-Ing. Herbert Lütkestratkötter; Hans Martz; Andreas Meyer-Lauber;

Hermann Rappen; Reinhard Schulz; Dr. Michael H. Wappelhorst; Josef Zipfel

Forschungsbeirat

Prof. Dr. Monika Bütler; Prof. Dr. Lars P. Feld; Prof. Dr. Stefan Felder;

Prof. Dr. Alexia Fürtkranz-Prskawetz; Prof. Timo Goeschl, Ph.D.;

Prof. Timothy W. Guinnane; Prof. Dr. Kai Konrad; Prof. Dr. Wolfgang Leininger;

Prof. Dr. Nadine Riedel; Prof. Regina T. Riphahn, Ph.D.;

Prof. Dr. Kerstin Schneider; Prof. Dr. Conny Wunsch

Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht; Dr. h.c. Eberhard Heinke; Prof. Dr. Paul Klemmer †;

Dr. Dietmar Kuhnt

RWI Materialien Heft 89

Herausgeber: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Hohenzollernstraße 1-3, 45128 Essen, Tel. 0201 - 8149-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2015

Schriftleitung: Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktionelle Bearbeitung: Katharina Fischer, Sabine Weiler

Konzeption und Gestaltung: Bärbel Rispler, Daniela Schwindt

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-645-1

Materialien

Boris Augurzky, Adam Pilny, Ansgar Wübker

**Krankenhäuser in
privater Trägerschaft
2015**

Heft 89

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über: <http://dnb.ddb.de> abrufbar.



Das RWI wird vom Bund und vom Land Nordrhein-Westfalen gefördert.

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-645-1

Vorwort	7
1. Einleitung	8
2. Besonderheiten von Krankenhäusern in privater Trägerschaft	12
3. Datengrundlage	15
4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser	21
4.1 Marktanteile	21
4.2 Wirtschaftlichkeit	22
4.3 Pflegepersonal im Krankenhaus	28
4.4 Ertragskraft und Investitionsfähigkeit	31
4.5 Beteiligung an der medizinischen Versorgung	38
4.6 Beteiligung an der Notfallversorgung	41
4.7 Qualität	51
4.8 Sicherstellung der regionalen Versorgung	54
5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser	56
5.1 Wirtschaftlichkeit	56
5.2 Personal	62
5.3 Medizinische Behandlung	70
5.4 Gesellschaftliche Aspekte	75
5.5 Vorhalteleistung	76
6. Ausblick	79
Literatur	81
Glossar	84

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	Veränderung der Grundgesamtheit durch Selektion der Versorgungskrankenhäuser	18
Tabelle 2	Bilanzdaten allgemeiner Krankenhäuser	37
Tabelle 3	Investitionen in allgemeinen Krankenhäusern	37
Tabelle 4	Case-Mix-Punkte je Vollkraft	57
Tabelle 5	Zahl der Fälle je Vollkraft	57
Tabelle 6	Zahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst	58
Tabelle 7	Zahl der Fälle je Vollkraft im Pflegedienst	59
Tabelle 8	Zahl der Fälle je Vollkraft im nicht-ärztlichen Dienst	60
Tabelle 9	Zahl der Pflegekräfte je Arzt	61
Tabelle 10	Zahl der Vollkräfte insgesamt	62
Tabelle 11	Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst	63
Tabelle 12	Zahl der Vollkräfte im nicht-ärztlichen Dienst	64
Tabelle 13	Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst	65
Tabelle 14	Zahl der Vollkräfte im medizinisch-technischen Dienst	66
Tabelle 15	Anteil der Personalkosten an Bruttokosten	67
Tabelle 16	Anteil der Kosten des ärztlichen Dienstes an Bruttokosten	68
Tabelle 17	Anteil der Kosten des Pflegedienstes an Bruttokosten	69
Tabelle 18	Anteil von Kaiserschnittentbindungen an allen Entbindungen	70
Tabelle 19	Anteil von Totgeburten an allen Geborenen	71
Tabelle 20	Anteil ambulanter Operationen nach § 115b SGB V an allen stationären Fällen	72
Tabelle 21	Anteil der Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel an den Bruttokosten	73
Tabelle 22	Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel je Case-Mix-Punkt	74
Tabelle 23	Anteil der Kosten der Arzneimittel an den Bruttokosten	74
Tabelle 24	Kosten der Arzneimittel je Case-Mix-Punkt	75
Tabelle 25	Anteil der Ausbildungskosten an den Bruttokosten	76
Tabelle 26	Zahl der Intensivbetten je 100 Betten	77
Tabelle 27	Zahl der medizinisch-technischer Großgeräte je 1 000 Betten	78

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1	Marktvolumen und Änderungen	9
Schaubild 2	Zahl der stationären Fälle und der ambulanten Operationen	10
Schaubild 3	KHG-Fördermittel	15
Schaubild 4	Datenbasis der empirischen Untersuchungen	16
Schaubild 5	Vergleich Stichprobe und Selektion Versorgungskrankenhäuser	19
Schaubild 6	Marktanteile	22
Schaubild 7	Bereinigte Kosten	23
Schaubild 8	Sachkosten	24
Schaubild 9	Personalkosten	25
Schaubild 10	Outsourcing-Quote in Allgemeinkrankenhäusern	25
Schaubild 11	Casemix-Punkt je Vollkraft	26
Schaubild 12	Casemix-Punkt je medizinischer Vollkraft	27
Schaubild 13	Casemix-Punkt je nicht-medizinischer Vollkraft	27
Schaubild 14	Zahl der Fälle je Vollkraft	28
Schaubild 15	Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Fälle	29
Schaubild 16	Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Casemix-Punkte	30
Schaubild 17	Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Belegungstage	30
Schaubild 18	Anteil der Vollkräfte im Pflegedienst an Vollkräften insgesamt	31
Schaubild 19	EBITDA-Margen von Allgemeinkliniken	32
Schaubild 20	Investitionsfähigkeit der Allgemeinkrankenhäuser	33
Schaubild 21	Anteil Investitionen an Gesamterlösen von Allgemeinkrankenhäusern	33
Schaubild 22	Sonderpostenquote von Allgemeinkrankenhäusern	35
Schaubild 23	Gewinnsteuern von Allgemeinkrankenhäusern	36
Schaubild 24	Gewinnsteuern und sonstige Steuern je Bett von Allgemeinkrankenhäusern	36
Schaubild 25	Durchschnittsalter der Patienten	38
Schaubild 26	Durchschnittlicher CMI	39
Schaubild 27	Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel je Casemix-Punkt	40
Schaubild 28	Kosten der Arzneimittel je Casemix-Punkt	40
Schaubild 29	Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte je 100 Betten	41
Schaubild 30	Nichtteilnahme an der Notfallversorgung	42
Schaubild 31	Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach Größe, Versorgungstyp und Spezialisierungsgrad	44

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

- Schaubild 32 Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bei Grundversorgern nach Trägerschaft 46
- Schaubild 33 Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bei Spezialversorgern nach Trägerschaft 47
- Schaubild 34 Notfall-Kriterium I – Patienten mit Aufnahmeanlass „Notfall“ 48
- Schaubild 35 Notfall-Kriterium II – Aufnahmen von Patienten außerhalb normaler Arbeitszeiten 50
- Schaubild 36 Risikoadjustierte Rate an postoperativen Wundinfektionen 51
- Schaubild 37 Risikoadjustierte Rate an Todesfällen 52
- Schaubild 38 Risikoadjustierte Rate an Patienten mit Dekubitus bei Entlassung 52
- Schaubild 39 Maximal erreichte QSR-Qualitätspunkte 53
- Schaubild 40 Anteil der zufriedenen Patienten 54
- Schaubild 41 Trägerschaft nach Ländlichkeit – Zahl der Krankenhäuser 55
- Schaubild 42 Trägerschaft nach Ländlichkeit – Zahl der Krankenhausbetten 56
- Schaubild 43 Projektion der Zahl der Fälle 79

Vorwort

Die Privatisierung von Krankenhäusern, d.h. der Trägerwechsel von kommunalen¹ und privat-freigemeinnützigen² hin zu privat-gewinnorientierten³ Trägern, wird seit Beginn dieser Entwicklung Anfang der 1990iger Jahre kontrovers diskutiert. Zur Versachlichung der Debatte wurden in den Jahren 2009 und 2012 die Faktenbücher „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“ mit Daten aus dem Jahr 2006 bzw. 2009 erstellt. Ziel war eine wissenschaftlich fundierte Bewertung der Krankenhausprivatisierung in Deutschland durch Darstellung und Auswertung relevanter Kennziffern zum Krankenhausmarkt, differenziert nach Trägerschaft.

Das vorliegende, nunmehr in der dritten Auflage aktualisierte Faktenbuch hat sich zum Ziel gesetzt, die bereits mit Daten aus den Jahren 2006 bzw. 2009 durchgeführten Analysen auf die aktuelle Datenbasis aus dem Jahr 2012/13 zu stellen. Außerdem sollen die aktuellen Debatten zur Notfallversorgung und zum Einsatz von Pflegekräften in Krankenhäusern aufgegriffen werden. Schließlich sollen weitere Themen der 2015 anstehenden Krankenhausreform besonders beleuchtet werden. Hierunter fällt sowohl die Problematik der nachhaltigen Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern als auch das Thema Qualität im Krankenhaus.

Datengrundlage des Faktenbuchs bilden Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag, die nach DRGs abrechnen. Universitätsklinika werden nicht einbezogen, weil sie neben der Krankenversorgung auch der Forschung und Lehre nachgehen. Ihre Kennzahlen sind damit nicht direkt mit nicht-universitären Krankenhäusern vergleichbar. Ebenso werden rein psychiatrische oder psychotherapeutische (sofern sie nur nach BpflV abrechnen) sowie reine Tages- und Nachtkliniken von der Analyse ausgeschlossen. Die Untersuchung beschränkt sich auf empirisch beobachtbare Kenngrößen.

Wir danken Corinna Hentschker für wertvolle Unterstützung bei der Erstellung der Studie. Dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) danken wir für die Bereitstellung von Daten zur Notfallversorgung. Weiter danken wir dem Statistischen Bundesamt und Herrn Dr. Urban Janisch vom FDZ Kamenz für die Bereitstellung von amtlichen Daten und Nils Heinrich, Anette Hermanowski, Claudia Lohkamp, Lutz Morgenroth, Bärbel Rispler und Christiane Wuckel für die organisatorische Hilfe. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen allein die Autoren.

1 Im Folgenden verwenden wir die Begriffe „kommunal“ und „öffentlich-rechtlich“ synonym.

2 Im Folgenden freigemeinnützig genannt.

3 Im Folgenden privat oder auch die „Privaten“ genannt.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

1. Einleitung

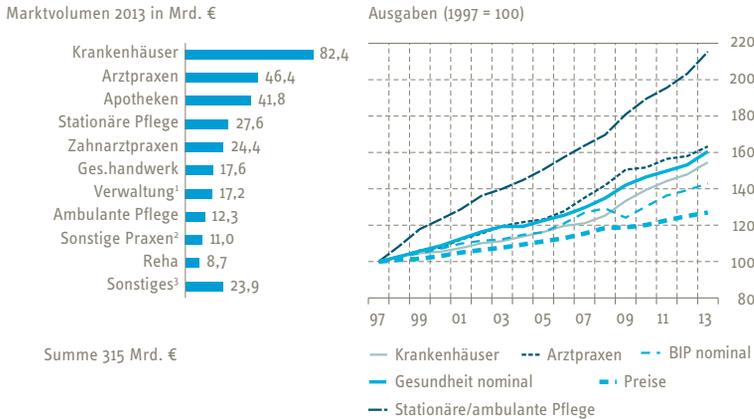
Regelmäßig wird die herausragende gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheits- und Krankenhausmarkts betont. Es wird auf die enorme gesellschaftliche Bedeutung der Versorgung der Bevölkerung mit hochqualitativen und wohnortnahen medizinischen Leistungen verwiesen. Ferner wird der Gesundheitssektor in seiner volkswirtschaftlichen Dimension als wichtiger Arbeitgeber angeführt (Beivers und Minartz 2011b). Im Jahr 2013 erreichte der deutsche Gesundheitsmarkt ein Volumen von rund 315 Mrd. € (Schaubild 1). Dies impliziert ein Wachstum von 14,5 Mrd. € bzw. 4,8% gegenüber 2012. Bemerkenswert ist, dass sich die Wachstumsrate im Vergleich zu den Vorjahren nahezu verdoppelt hat. Gleichzeitig hat sich das Bruttoinlandsprodukt nach dem Einbruch in Folge der Finanzkrise ab 2009 wieder erholt, sodass sich der Anteil der Gesundheitsausgaben 2013 bei 11,2% eingependelt hat – nach 11,0% im Vorjahr (Augurzky et al. 2015). Der Krankenhausmarkt alleine wies mit rund 82 Mrd. das größte Volumen von allen Sektoren des Gesundheitswesens auf, was einem Anteil von 26,2% am gesamten Gesundheitsmarkt entsprach. Berücksichtigt man die rund 1,2 Mill. Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt 2015: Grunddaten), wird darüber hinaus die herausragende beschäftigungspolitische Bedeutung offensichtlich.

1. Einleitung

Schaubild 1

Marktvolumen und Änderungen

2013 (in Mrd. €); 1997-2013; 1997 = 100

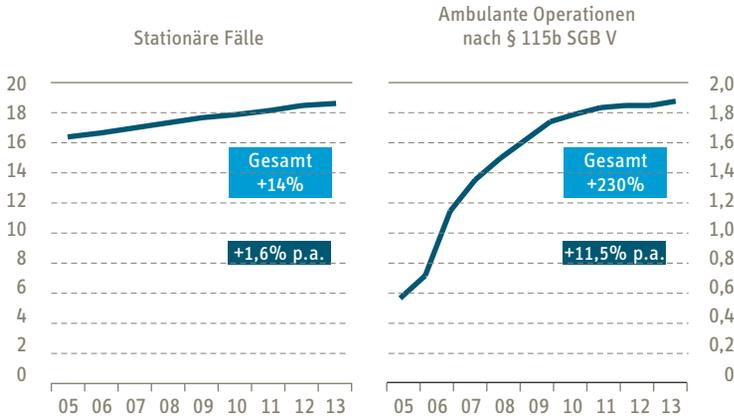


Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (2011, 2012ff, 2015a, 2015b). – Anmerkung: Gesamtkosten ohne Kosten fürs Ausland. – ¹Davon vor allem Verwaltungsausgaben der Krankenkassen – ²Praxen sonstiger medizinischer Berufe: physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern. – ³Investitionen (Krankenhausfördermittel, Mittel für Pflegeheime u.a.), Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, sonst. Einrichtungen und private Haushalte. Gesamtkosten ohne Kosten fürs Ausland; Ausgaben für stationäre Pflege 2013 sind um den Anteil der Investitionskosten (13,8%) bereinigt.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 2

Zahl der stationären Fälle und der ambulanten Operationen
2005 bis 2013; in Mill.



Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Das Marktvolumen spiegelt sich am eindrucksvollsten im Leistungsgeschehen der Krankenhäuser wider. Die Zahl stationärer Fälle nahm zwischen 2005 und 2013 um 14% von 16,5 auf 18,8 Mill. zu (Schaubild 2). Neben dem vollstationären Leistungsvolumen stieg auch die Zahl der ambulanten Operationen nach §115b SGB V besonders stark an: seit 2005 um 38%, seit 2002 sogar um 230% (Augurzky et al. 2015).

Getrieben durch den demografischen Wandel und der zunehmenden Knappheit öffentlicher Mittel, steht die deutsche Krankenhauslandschaft allerdings vor einem erheblichen Umbruch. Das „Krankenhaus der Zukunft“ soll „gut, sicher und gut erreichbar“ sein, heißt es im Eckpunktepapier der Arbeitsgruppe „Krankenhausreform“ (BMG 2015), das Anfang Dezember 2014 der Öffentlichkeit präsentiert wurde und dabei helfen soll den bedarfsgerechten Umbau der Krankenhauslandschaft voranzutreiben. Eine zentrale Forderung in der Reformdiskussion bildet die nachhaltige Sicherung des Qualitätsniveaus der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern. Die Sicherung der Qualität in Krankenhäusern soll mit einer erreichbarkeitsorientierten Krankenhausplanung verknüpft werden, die insbesondere die Frage der Notfallversorgung thematisiert. Zentrale Instrumente hierzu sollen sein, die Qualität als ergänzendes Kriterium in der Krankenhausplanung

1. Einleitung

der Länder gesetzlich zu verankern und Sicherstellungszuschläge für die Notfallversorgung in ländlichen Regionen zu gewähren. Hinzu kommen sollen eine qualitätsorientierte Vergütung sowie die Finanzierung des Abbaus bestehender Überkapazitäten vor Ort entweder durch Schließung oder Umwidmung von Krankenhäusern in nicht-akutstationäre Versorgungseinrichtungen.

Weiter beabsichtigt die Gesundheitspolitik, Krankenhäuser dazu zu veranlassen, zusätzliches Personal für die „Pflege am Bett“ einzustellen. Dazu wollen Bund und Länder im Rahmen eines Pflegestellenförderprogramms 660 Mill. € zur Verfügung stellen. Gleichzeitig soll eine beim Bundesgesundheitsministerium angesiedelte Expertenkommission bis spätestens Ende 2017 darüber entscheiden, ob der Pflegebedarf in den Krankenhäusern im DRG-System oder über Zusatzentgelte „sachgerecht abgebildet“ wird. Je nach Ergebnis sollen etwaige Änderungsvorschläge in der Finanzierung unterbreitet werden.

Die aktuelle Debatte zur Krankenhausreform spiegelt auch einen Trend wider, der bereits in den letzten beiden Faktenbüchern dargestellt wurde: der deutsche Krankenhausmarkt befindet sich in einem Wandel, dessen Ende noch nicht absehbar ist. So ist die Zahl der Krankenhäuser (gemeldete Institutionenkennziffern) von 1991 bis 2013 um rund 17% zurückgegangen. Ein noch stärkerer Rückgang ist bei der Zahl der Betten (-25%) und der Verweildauer (-46%) zu beobachten (Statistisches Bundesamt 2015: Grunddaten). Demgegenüber ist es zu einem merklichen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle gekommen (+29%). Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalenvergütung in Krankenhäusern (DRGs) hat diese Veränderungen unterstützt. Seit Beginn dieses Wandels ist außerdem ein vermehrter Trägerwechsel von Krankenhäusern hin zu privaten, gewinnorientierten Unternehmen zu beobachten.

Diese Entwicklung wird von den einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens unterschiedlich beurteilt. Immer wieder kommt es zu der Befürchtung, dass es zwischen der Gewinnerzielungsabsicht privater Krankenhausträger einerseits und der Bereitstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Krankenhausversorgung andererseits zu Zielkonflikten kommen kann. Zentrale Aufgabe des vorliegenden Faktenbuchs ist es mit detaillierten Analysen zu überprüfen, ob diese Befürchtung zutrifft.

Dabei sollen auch verschiedene Themen aus der aktuellen Debatte zur Krankenhausreform aufgegriffen werden. Erstens soll untersucht werden, in welchem Ausmaß sich private Krankenhäuser an der Notfallversorgung beteiligen. Zweitens sollen Kennzahlen zur Pflege in privaten Krankenhäusern analysiert wer-

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

den, um der Frage nachzugehen, ob in privaten Krankenhäusern zu Lasten der „Pflege am Bett“ gespart wird. Drittens sollen Kennzahlen zur Investitionsfinanzierung untersucht und interpretiert werden. Schließlich soll das Thema Qualität in Krankenhäusern besonders beleuchtet und trägerspezifisch analysiert werden.

2. Besonderheiten von Krankenhäusern in privater Trägerschaft

Im Wesentlichen unterscheiden sich Krankenhäuser in privater Trägerschaft von kommunalen und freigemeinnützigen durch die Tatsache, dass privates Eigenkapital im Unternehmen eingesetzt wird.⁴ Daraus leiten sich die Vor- und Nachteile gegenüber anderen Krankenhäusern ab. Einerseits sind die privaten Mittel nicht kostenlos nutzbar. Dies ist bei Fremdkapital bekannt. Hierfür fallen Zinsen an. Auch die Nutzung von privatem Eigenkapital ist mit Kapitalkosten verbunden, die sich in Form von jährlichen Ausschüttungen an die Kapitalgeber äußern. Dadurch wird dem Krankenhaus einerseits zwar Investitionskraft entzogen. Dem steht aber andererseits der Vorteil gegenüber, Kapital am Kapitalmarkt akquirieren zu können, was die Investitionskraft wiederum deutlich steigert. Denn erst durch die Ausschüttung eines Teils des Gewinns werden Krankenhäuser für externe Kapitalgeber interessant. Insofern handelt es sich um ein Geben und Nehmen. Volkswirtschaftlich vorteilhaft ist, dass dadurch dem Gesundheitswesen private Mittel zufließen. Bei nicht-gewinnorientierten Krankenhäusern entfällt diese Möglichkeit. Sie können nur auf knappe öffentliche Fördermittel und auf Fremdkapital zurückgreifen.⁵ Ohne ausreichende Investitionen fällt es aber schwer, Betriebsabläufe zu optimieren.

Es sind also die Kapitalkosten von privatem Eigenkapital, die die Gewinnerzielungsabsicht begründen. Dabei sind Gewinne jedoch nicht gesichert. Auch Verluste sind möglich. Der Kapitalgeber geht also ein unternehmerisches Risiko ein. Die marktübliche Kapitalverzinsung beinhaltet daher auch einen Risikoaufschlag, der umso höher ausfällt, je höher die Wahrscheinlichkeit eines Verlusts des eingesetzten Kapitals ist.

4 Privates Fremdkapital nutzen dagegen Krankenhäuser jeglicher Trägerschaft.

5 Hier sei angemerkt, dass Fremdkapital, häufig Bankkredite, auch verzinst werden muss. Dadurch werden dem Krankenhaus ebenfalls Mittel entzogen. Weiter werden dem Krankenhaus durch die Vergütung des Personals Mittel entzogen. In einem Produktionsprozess ist dies jedoch ein normaler Vorgang. Es werden Produktionsfaktoren, insbesondere Arbeit und Kapital, eingesetzt, um das gewünschte Produkt bzw. die Dienstleistung erzeugen zu können. Es versteht sich, dass die Produktionsfaktoren dabei Kosten verursachen.

2. Besonderheiten von Krankenhäusern in privater Trägerschaft

Ein weiterer wichtiger Vorteil von Krankenhäusern mit privatem Träger ist, dass häufiger ein professionelles Aufsichtsgremium anzutreffen ist, das mit dem Management an einem Strang zieht. Das Aufsichtsgremium ist in sich homogener und dessen Mitglieder verfolgen ähnliche Interessen, vor allem die wirtschaftliche Erbringung der Leistungen des Krankenhauses und die kontinuierliche Verbesserung der eigenen Wettbewerbsposition. Damit einher geht ein Interesse an qualitativ hochwertigen Leistungen, um im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern Patienten für sich gewinnen zu können. Insbesondere verfolgt das Aufsichtsgremium in der Regel keine weiteren Ziele, die zu Lasten der Wirtschaftlichkeit und Qualität gehen könnten.

Damit zusammenhängend ist anzunehmen, dass Aufsichtsgremien einer privaten Trägerschaft deutlich größeren Wert auf ein erfolgsorientiertes Management legen, das in Eigenverantwortung die Geschicke des Unternehmens lenkt und am Erreichen der Unternehmensziele gemessen wird. Das Gremium greift dabei nicht in das Tagesgeschäft ein, sondern kümmert sich vielmehr um die langfristige Unternehmensstrategie. Die größere Unabhängigkeit gegenüber kommunalpolitischen Entscheidungen macht es für das Management von privaten, aber auch von vielen freigemeinnützigen Krankenhäusern leichter, Rationalisierungspotenziale nicht nur zu identifizieren, sondern auch tatsächlich zu heben.

Wie wichtig privates Kapital für das Krankenhauswesen ist, zeigt der Mangel an öffentlichen Fördermitteln, der zu einem spürbaren Investitionsstau in den vergangenen Jahren geführt hat. Deutschland hat ein so genanntes duales Krankenhausfinanzierungssystem. Nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 9 Abs. 1 KHG) tragen die Bundesländer aus Steuermitteln die Investitionskosten der Krankenhäuser (Beivers und Minartz 2011a; Neubauer 2007). Zumindest haben die Krankenhäuser gemäß KHG dem Grunde nach einen Anspruch gegen die Bundesländer auf Finanzierung ihrer Investitionskosten. Voraussetzung dafür ist die Aufnahme in den staatlichen Krankenhausplan. Laufende Betriebskosten werden hingegen über Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Pflegesätze mit den Patienten bzw. Krankenversicherungen abgerechnet. Demzufolge sind in den Entgelten keine Investitionskostenanteile enthalten.

Damit werden zwei ordnungspolitisch unterschiedliche Steuerungssysteme nebeneinander eingesetzt, was naturgemäß zu Konflikten führt. Diese sind in Deutschland auch tatsächlich zu beobachten. Dies resultiert unter anderem daraus, dass das Vergütungssystem der Gestaltungshoheit des Bundestages und

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

die Krankenhausplanung der Bundesländer unterliegen (vgl. Neubauer 2007). Mit hin kommt es im Bereich der Investitionsfinanzierung durch die seit mehreren Jahren erkennbare Reduktion der Fördermittel zu einer Schieflage (Schaubild 3).

Legt man je nach Art des Sachanlagevermögens der Krankenhäuser passende Abschreibungsquoten zugrunde und wird davon ausgegangen, dass die Substanz des Anlagevermögens erhalten werden soll, ergibt sich ein jährlicher Investitionsbedarf aller Krankenhäuser (ohne Universitätskliniken) in Höhe von 5,3 Mrd. € (Augurzky et al. 2015). Davon steuerten 2013 die Bundesländer 2,7 Mrd. € bei. Zum Teil schließen die Krankenhäuser diese jährliche Investitionslücke aus eigener Kraft. Jedoch gelingt es nicht, sie gänzlich zu schließen, sodass es zu einem schleichenden Substanzabbau kommt. Er macht sich unter anderem an einem abnehmenden Sachanlagevermögen im Verhältnis zu den Krankenhauserlösen bemerkbar.

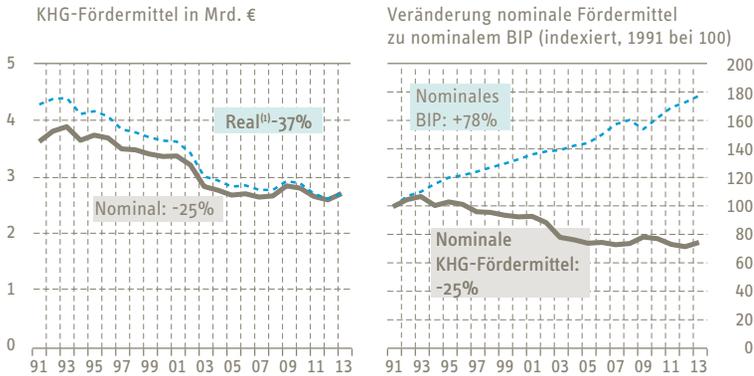
Unterstellt man auf Grundlage von Benchmarking-Analysen, dass Krankenhäuser im Durchschnitt 75 Cent Sachanlagevermögen je Euro Erlös einsetzen sollten, ergibt sich hochgerechnet ein kumulierter Investitionsstau von fast 12 Mrd. €. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei der Benchmark von 75 Cent Sachanlagevermögen je Euro Erlöse um Buchwerte, d.h. um zum Teil abgeschriebene Werte handelt. Meist sind aber neuwertige Investitionsgüter (zu Anschaffungs- und Herstellungskosten) zu erwerben, sodass der Investitionsbedarf zur Behebung des Staus sogar über 12 Mrd. € liegen muss.

3. Datengrundlage

Schaubild 3

KHG-Fördermittel

1991 bis 2013; in Mill. €



Quelle: RWI, DKG (2014), Statistisches Bundesamt (2015c). - ¹Deflationiert mit Investitionsgüterpreisindex.

3. Datengrundlage

Datengrundlage dieses Faktenbuchs bilden die amtlichen Krankenhausdaten des Statistischen Bundesamts (Schaubild 4). Genutzt werden die (i) *Grunddaten* zum stationären Leistungsgeschehen von 1996 bis 2013 (Statistisches Bundesamt: Grunddaten). Auf der Kostenseite liefert der (ii) Kostennachweis der Krankenhäuser vergleichbare Daten der Personal- und Sachmittelkosten für die Jahre 2002 bis 2013 (Statistisches Bundesamt: Kostennachweise). In aggregierter Form liegen diese Daten öffentlich vor. Zur Darstellung von längeren Zeitreihen in Abschnitt 5 greifen wir darauf zurück. Dabei beschränken wir uns allerdings stets auf Allgemeinkrankenhäuser⁶, d.h. schließen ausschließlich psychiatrische oder psychotherapeutische Krankenhäuser sowie reine Tages- und Nachtkliniken aus, weil ihr Outcome nicht in Casemix-Punkten gemessen werden kann. Ferner schließen wir Universitätskliniken aus, weil sie sich neben der Krankenversorgung auch der Forschung und Lehre widmen und ihr gesamter Outcome damit ebenfalls nicht in

⁶ Allgemeine Krankenhäuser sind solche, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten vorgehalten werden. Reine Tages- und Nachtkliniken sind ausgeschlossen (Statistisches Bundesamt 2015: Grunddaten).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Casemix-Punkten erfasst werden kann.⁷ Für 2013 liegen Daten von 1 633 allgemeinen Krankenhäusern vor, darunter 575 in privater, 591 in freigemeinnütziger und 467 in öffentlicher-rechtlicher Trägerschaft.

Schaubild 4
Datenbasis der empirischen Untersuchungen

Amtliche Statistik	Jahresabschlüsse	Qualitätsdaten	WIdO
Krankenhausverzeichnisse von 1995 bis 2013	557 Bilanzen und GuV von 872 Krankenhäusern für 2013	Qualitätsdaten aus den Qualitätsberichten 2012 (AQUA-Indikatoren)	CMI nach Trägerschaft von 2005 bis 2013
Zugriff auf Originaldaten der Krankenhausstatistik im Forschungsdatenzentrum Kamenz (FDZ)	(RWI-Stichprobe)	QSR-Daten des WIdO von 2009-2013	Ausgewählte Notfallindikatoren, die exklusiv für das Faktenbuch bereitgestellt wurden
Fokus auf Versorgungskrankenhäuser		Patientenbefragungen der Techniker Krankenkasse für die Jahre 2006, 2008, 2010 und 2012/2013	

Quelle: RWI.

Die öffentlich zugänglichen aggregierten Daten besitzen allerdings den Nachteil, dass sie keine weiteren Verfeinerungen der Analysen zulassen. Zum Beispiel können Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag, die nicht Gegenstand des Faktenbuchs sind, nicht heraus gerechnet werden. Darunter fallen zum Beispiel viele kleine private Kliniken. Durch die Nutzung der bei den Forschungsdatenzentren der Statistischen Landesämter verfügbaren Originaldaten kann die Datenbasis jedoch um alle nicht-relevanten Krankenhäuser korrigiert werden. Im Vergleich zum letzten Faktenbuch haben wir den Selektionsalgorithmus verfeinert und berücksichtigen Krankenhäuser, die ausschließlich nach DRGs abrechnen und solche die sowohl nach DRGs als auch nach der BpflV abrechnen. Bei den letzteren handelt es sich um psychiatrisch-neurologische Kliniken, die einen Teil ihrer Leistungen nach Fallpauschalen abrechnen. Insgesamt werden in unserer Datenbasis Plankrankenhäuser⁸, solche mit Versorgungsvertrag⁹ und sonstige Krankenhäuser,

⁷ Universitätskliniken können in den aggregierten Daten jedoch nur approximativ heraus gerechnet werden, weil seit 2006 nicht mehr alle Universitätskliniken in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft sind, sodass ihre Zahlen einfach von den Zahlen aller öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser hätten abgezogen werden können. Insofern muss nach 2006 mit Hilfe eines Schlüssels ein Teil davon von den Zahlen der privaten Krankenhäuser abgezogen werden.

⁸ Plankrankenhäuser sind Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (vgl. § 6 Abs. 1 KHG); im Jahr 2012 gab es 1392 allgemeine Plankrankenhäuser, 2013 waren es 1.377 (Statistisches Bundesamt: Grunddaten).

⁹ Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V sind aufgrund eines Versor-

3. Datengrundlage

die z.T. über DRG abrechnen,¹⁰ berücksichtigt. Sie werden im Folgenden kurz als „Versorgungskrankenhäuser“¹¹ bezeichnet. Im Hauptteil (Abschnitt 4) beschränken wir uns ausschließlich auf diese Krankenhäuser. Nachteil ist dabei, dass Analysen deutlich aufwändiger sind und Kennzahlen nur für 2005, 2009 und für das aktuell zur Verfügung stehende Jahr 2012 durchgeführt werden können. Zeitreihenanalysen sind damit nicht möglich. Aufgrund der Änderungen des Selektionsalgorithmus können die Ergebnisse der Analysen für 2005 und 2009 im Vergleich zum vorherigen Faktenbuch geringfügig abweichen.

Dieser Selektion folgend liegen für das Jahr 2012 Daten von insgesamt 1 487 Versorgungskrankenhäusern vor, davon 391 in privater, 607 in freigemeinnütziger und 489 in öffentlicher Trägerschaft. Für 2009 und 2005 liegen Daten von 1 570 bzw. 1 627 Krankenhäusern vor. Tabelle 1 stellt dar, wie sich die Grundgesamtheit durch die Selektion der Vertragskrankenhäuser über die Jahre 2005, 2009 und 2012 verändert. Insbesondere bei der Gegenüberstellung privater Allgemeinkrankenhäuser und privater Versorgungskrankenhäuser fällt eine hohe Differenz in der Grundgesamtheit auf. Die Differenz lässt sich darauf zurückführen, dass Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag¹² gemäß § 108 Nr. 3 SGB V zu den Allgemeinkrankenhäusern gezählt werden, während wir diese Art von Krankenhäusern bei den Versorgungskliniken nicht berücksichtigen. Vor allem viele sehr kleine private Spezialkrankenhäuser mit einer durchschnittlichen Bettenzahl von ca. 30 Betten haben keinen Versorgungsauftrag und werden dementsprechend in der Selektion der Versorgungskrankenhäuser nicht berücksichtigt.¹³

gungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Krankenhausbehandlung Versicherter zugelassen; im Jahr 2012 gab es 79 Allgemeinkrankenhäuser mit Versorgungsvertrag, 2013 waren es 76 (Statistisches Bundesamt: Grunddaten).

10 Das waren im Jahr 2012 insgesamt 16 Einrichtungen. Eigene Berechnung auf Basis der Grunddaten des Statistischen Bundesamtes.

11 In Analogie zu den Allgemeinkrankenhäusern rechnen wir bei den Versorgungskrankenhäusern die rein psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken heraus. Die detaillierte Datenbasis des FDZ erlaubt es psychiatrisch-neurologische Kliniken gesondert zu erfassen, sodass wir diese in der Gruppe der Versorgungskliniken hinzurechnen. Dies erklärt warum die Zahl der kommunalen Versorgungskrankenhäuser in Tabelle 1 größer ist als die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser.

12 Diese Krankenhäuser sind nicht zur Krankenhausbehandlung Versicherter zugelassen.

13 Unter den Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag befinden sich u.a. mehrere Privatkliniken von Helios (z.B. Berlin-Buch, Bad Saarow), mehrere Privatkliniken für plastisch-ästhetische Chirurgie (z.B. Nürnberger Klinik für Ästhetisch-Plastische Chirurgie, Klinik am Stadtgarten für Ästhetisch-Plastische Chirurgie in Karlsruhe), spezialisierte Augen- oder Zahnkliniken (Augenklinik Garmisch-Partenkirchen, Zahnklinik MEDECO) und Kliniken mit alternativen Heilverfahren (z.B. Klinik am Steigerwald Zentrum für chinesische Medizin und biologische Heilverfahren in Gerolzhofen).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Tabelle 1
Veränderung der Grundgesamtheit durch Selektion der Versorgungskrankenhäuser

Krankenhäuser	Privat (ohne Uni)	Fgn.	Kommunal (ohne Uni)	Uni- kliniken	Gesamt
2005					
Grundgesamtheit	568	818	719	34	2 139
Selektion „Allgemeinkrankenhäuser“	485	712	615	34	1 846
Selektion „Versorgungskrankenhäuser“	308	699	620	-	1 627
2009					
Grundgesamtheit	665	769	616	34	2 084
Selektion „Allgemeinkrankenhäuser“	563	661	522	34	1 780
Selektion „Versorgungskrankenhäuser“	377	657	536	-	1 570
2012					
Grundgesamtheit	695	719	569	34	2 017
Selektion „Allgemeinkrankenhäuser“	577	603	478	34	1 692
Selektion „Versorgungskrankenhäuser“	391	607	489	-	1 487

Quelle: RWI, FDZ (2015), Statistisches Bundesamt (Grunddaten). – Anmerkung: Im Gegensatz zur Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser werden den Versorgungskliniken psychiatrisch-neurologische Kliniken wieder zugeordnet, sofern diese auch nach DRGs abrechnen. Die Differenz zur Grundgesamtheit aller Kliniken ergibt die sonstigen Krankenhäuser, zu denen ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten sowie reine Tages- oder Nachtkliniken zählen.

Für einige auf ökonomischen Kennzahlen basierende Analysen wird auch auf (iii) Jahresabschlussdaten des RWI zurückgegriffen. Diese Stichprobe umfasst fast 557 Jahresabschlüsse von Allgemeinkrankenhäusern aus 2012 und 2013. Sie decken dabei 872 Allgemeinkrankenhäuser ab und erlauben Analysen zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser nach Trägerschaft. Die Trägerstruktur wird durch die vorliegenden Jahresabschlüsse gut abgebildet, wobei private Krankenhäuser leicht unter- und kommunale Krankenhäuser leicht überrepräsentiert sind (Schaubild 5). Zur Gewichtung der Zahl der Fälle wurden darüber hinaus die vom WlD0 zur Verfügung gestellten (iv) Casemix-Indices (CMI) je Krankenhaus verwendet.

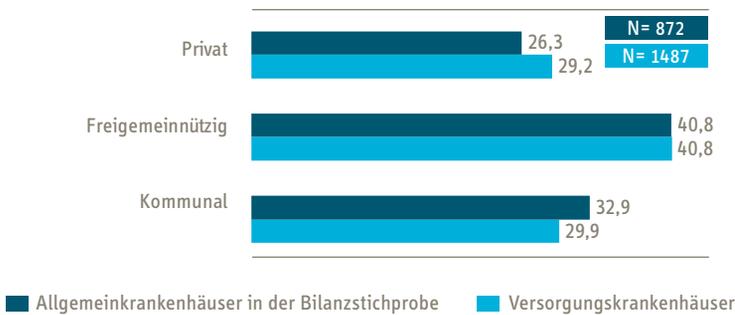
3. Datengrundlage

Damit lässt sich über den Casemix der Outcome eines Krankenhauses deutlich besser abbilden als nur über die reine Zahl der Fälle. Weiter ermöglichen (v) vom WIdO bereitgestellte Daten zu Notfallindikatoren eine adäquate Darstellung der aktuellen Notfallversorgung. Für die Untersuchung der Patientenzufriedenheit wurde auf (vi) Patientenbefragungen der Techniker Krankenkasse aus den Jahren 2006, 2008 und 2010 und 2012/2013 zurückgegriffen.

Schaubild 5

Vergleich Stichprobe und Selektion Versorgungskrankenhäuser

2012; Anteil in % an allen Krankenhäusern



Quelle: RWI, FDZ (2015).

Für die Untersuchung der trägerspezifischen Qualität der Leistungserstellung wurde auf die (vii) AQUA-Indikatoren der strukturierten Qualitätsberichte gem. § 137 Abs. 3 SGB V aus dem Jahr 2012 zurückgegriffen. Alle Plankrankenhäuser und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag, die gem. § 108 SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung zugelassen sind, sind dazu angehalten, ihre Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Die strukturierten Qualitätsberichte erlauben uns aufgrund einer umfangreichen Stichprobe mit 2 007 Standorten von 1 615 Krankenhäusern (Institutskennziffern) aussagekräftige Auswertungen. Für die Analysen konnten wir auf die AQUA-Bewertungen von 157 Einzelindikatoren zurückgreifen. Sie können auf verschiedene Weise verwendet werden: jeweils einzeln, zusammengefasst zu drei Kategorien (Prozess-, Indikations- und Ergebnisqualität) oder zusammengefasst zu einer Kategorie.

Um die Qualität der Klinik aussagekräftig abbilden zu können, haben wir aus der Fülle aller Einzelindikatoren drei zentrale Indikatoren ausgewählt, die für eine Vielzahl von Leistungsbereichen verfügbar sind: die Rate an postoperativen Wundinfektionen, die Rate an Todesfällen im Krankenhaus und die Rate an Pati-

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

enten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung.¹⁴ Für alle drei Indikatoren greifen wir auf die risikoadjustierten Raten zurück. Bei der Risikoadjustierung werden Risikofaktoren wie das Alter oder die Begleiterkrankungen berücksichtigt.

Für die Auswertungen gehen wir wie folgt vor. Zunächst ordnen wir die Einzelindikatoren in die Kategorie „qualitativ auffällig“ ein, indem wir die vom G-BA vorgenommene „Einstufung des Ergebnisses“ zu dieser Kategorie verdichten (G-BA 2014). Die Ergebnisse für alle Indikatoren wurden vom G-BA in verschiedene Kategorien eingestuft. Die beiden Kategorien „Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen“ und „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig“ fassen wir zu „qualitativ auffällig“ zusammen. In einem zweiten Schritt summieren wir die auffälligen Indikatoren über alle Leistungsbe- reiche je Institutskennzeichen und Standort auf und berechnen daraus den Anteil der auffälligen Indikatoren. Ziel ist es, jeden Krankenhausstandort in die beiden Gruppen „auffällige Einrichtung“ bzw. „unauffällige Einrichtung“ zuzuordnen. Bei einem Anteil von Auffälligkeiten von über 5% ordnen wir eine Einrichtung als auffällig ein. Liegt der Anteil der Auffälligkeiten bei unter 5% wird die Einrichtung als unauffällig eingestuft. Zuletzt berechnen wir den Anteil der auffälligen Einrich- tungen für jede Trägergruppe.

Schließlich greifen wir auf (viii) QSR-Indikatoren des WIdO zurück, die ebenfalls Aussagen zur Qualität erlauben. QSR steht für „Qualitätssicherung mit Routi- nedaten“. Grundlage der QSR-Qualitätsmessung sind Routinedaten der AOK.¹⁵ Die besondere Stärke des QSR-Verfahrens ist die fallübergreifende Analyse von Abrechnungsdaten aus Kliniken in Verbindung mit weiteren administrativen Ver- sichertendaten. Im QSR-Verfahren wird nicht das gesamte Leistungsspektrum einer Klinik bewertet, stattdessen werden ausgewählte Leistungsbereiche defi- niert und innerhalb dieser Leistungsbereiche Kennzahlen für die Ergebnisqualität untersucht. Die gewählte Längsschnittperspektive ermöglicht es, auch Ergebnisin- dikatoren außerhalb des eigentlichen Klinikaufenthaltes wie z. B. die Sterblichkeit nach 30 Tagen, 90 Tagen und einem Jahr sowie komplikationsbedingte Wieder- aufnahmen zu analysieren. Die Qualität einer Klinik wird mit Hilfe von statisti-

¹⁴ Nach ICD-10-GM wird Dekubitus nach L89 in vier Grade unterteilt. Dekubitus 1. Grades um- fasst nicht wegdrückbare Rötungen bei intakter Haut; Dekubitus 2. Grades umfasst Abschürfungen, Blasen, Teilverluste der Haut mit Einbeziehung von Epidermis und/oder Dermis oder Hautverluste ohne nähere Angaben; Dekubitus 3. Grades umfasst Verluste aller Hautschichten mit Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes, die bis auf die darunterliegende Faszie reichen können; Dekubitus 4. Grades umfasst Nekrosen von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln).

¹⁵ Vgl. hierzu auch die Webseite zum QSR-Verfahren: <http://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/methoden/index.html>

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

schen Verfahren beurteilt. Die QSR-Indikatoren sind in drei Kategorien eingeteilt, die unter-, über- und durchschnittliche Qualität (im Folgenden Qualitätspunkte genannt) für bis zu 6 verschiedene Leistungsbereiche angeben. Um diese Informationen zu verdichten, haben wir auf Grundlage der vergebenen Qualitätspunkte über alle Leistungsbereiche den Anteil der maximal erreichten Qualitätspunkte für jedes Krankenhaus berechnet. Die Anteile haben wir schließlich über die Träger gemittelt.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

4.1 Marktanteile

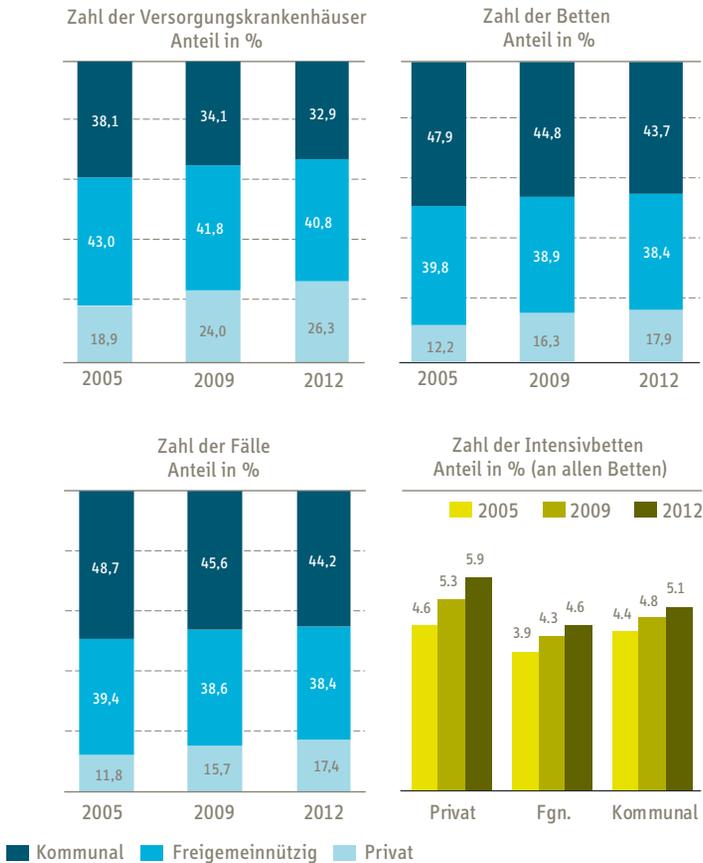
Schaubild 6 zeigt die Veränderungen der Marktanteile der Versorgungskrankenhäuser nach Trägerschaft zwischen 2005 und 2012. Bezogen auf die Zahl der Krankenhäuser hat sich in diesem Zeitraum der Anteil der privaten Krankenhäuser um 7,4%-Punkte, bezogen auf die Zahl der Betten um 5,7%-Punkte und bezogen auf die Zahl der Fälle um 5,6%-Punkte erhöht. Offenbar haben die Privaten im Durchschnitt mehr kleinere Krankenhäuser übernommen. Es zeigt sich zudem, dass private Krankenhäuser im Bereich der Intensivbetten einen überdurchschnittlichen Beitrag zur Behandlung von schwer erkrankten Patienten und somit auch zur Sicherstellung der (Notfall-) Versorgung leisten. Weiterhin ist im Krankenhausmarkt eine anhaltende Marktkonzentration, d.h. Zusammenschlüsse im Krankenhausbereich zu beobachten (Augurzky et al. 2011) – vorangetrieben insbesondere durch die Klinikketten in privater, aber auch zunehmend in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 6

Marktanteile

2005, 2009 und 2012; in %



Quelle: RWI, FDZ (2015).

4.2 Wirtschaftlichkeit

Private Krankenhausträger müssen zur Deckung ihrer Kapitalkosten eine Rendite für ihr eingesetztes Kapital erwirtschaften. Dies erfordert ein hohes Maß an Wirtschaftlichkeit. Dazu gehören ein striktes Kosten- und Erlösmanagement sowie

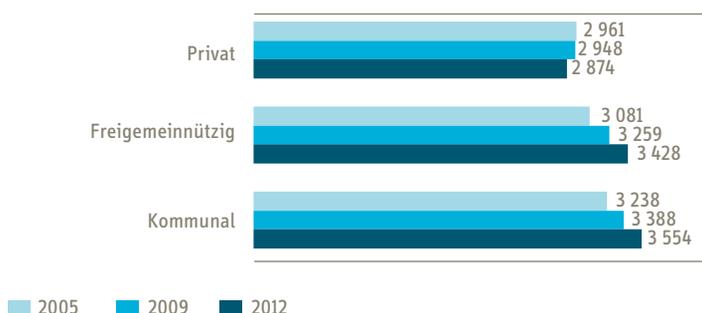
4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

eine hohe (Arbeits-)Produktivität. Zur Minimierung der Kosten bedarf es neben einem kostensensiblen Management der Generierung von Skaleneffekten durch eine hohe Auslastung, Leistungsspezialisierungen sowie Prozessoptimierungen – oft in Verbindung mit Investitionen. Der Zusammenschluss zu einem Konzern kann darüber hinaus Verbundpotenziale, so genannte „economies of scope“ ermöglichen. Dass hier die Privaten Vorreiter sind, zeigt sich u.a. bei den bereinigten Kosten je Casemix-Punkt¹⁶ (Schaubild 7). Während sie bei freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern gestiegen sind, nahmen sie bei privaten sogar ab.

Schaubild 7

Bereinigte Kosten

2005, 2009 und 2012; in € je Casemix-Punkt



Quelle: RWI, FDZ (2015). – Anmerkung: (1) Bereinigung der Gesamtkosten um Kosten für Ambulanz, Forschung und Lehre sowie Anderes; inklusive Aufwendungen für Ausbildungsfonds.

Private Krankenhäuser wiesen anteilig höhere Sachkosten auf als die anderen Träger (Schaubild 8). Der Anteil ist jedoch bei allen Trägern im Vergleich zwischen 2009 und 2012 zurückgegangen. Der höhere Sachkostenanteil der Privaten lässt sich vermutlich durch eine höhere Fremderbringungsquote, d.h. ein höheres Maß an Outsourcing, erklären. Dies ist Teil des nach ökonomischen Prinzipien ausgerichteten arbeitsteiligen Produktionsprozesses. Bei der Betrachtung der detaillierteren Kostenstruktur (z.B. Anteil des medizinischen Bedarfes an den Sachkosten) unter Abschnitt 4.4 zeigt sich insbesondere, dass die Privaten für die medizinische Infrastruktur nicht weniger Geld ausgeben als die anderen Träger.

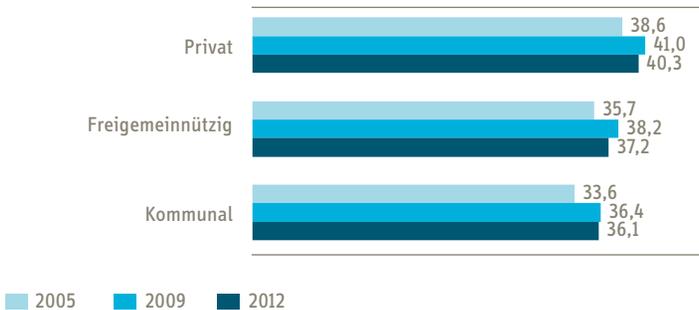
¹⁶ Der Casemix stellt im DRG-System die mit der Behandlungsschwere gewichtete Fallzahl eines Krankenhauses dar. Er misst also das Leistungsvolumen eines Krankenhauses.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 8

Sachkosten

2005, 2009 und 2012; Anteil in % der Bruttokosten



Quelle: RWI, FDZ (2015).

Die Personalkosten fallen bei den privaten Anbietern mit rund 57% der Bruttokosten entsprechend geringer aus (Schaubild 9). Dies könnte erstens daraus resultieren, dass die Krankenhäuser in privater Trägerschaft bevorzugt Haustarifverträge abschließen und nicht an die starren Flächentarifregeln gebunden sind. So wird eine verstärkte leistungs- und erfolgsorientierte Vergütung ermöglicht und es besteht eine größere Freiheit bei der Gestaltung der individuellen Arbeitsverhältnisse sowie zusätzliche Möglichkeiten, qualifizierte Mitarbeiter zu binden. Zweitens kann es das Spiegelbild einer höheren Effizienz in der Leistungserbringung und des möglicherweise stärkeren Outsourcings der Privaten sein.

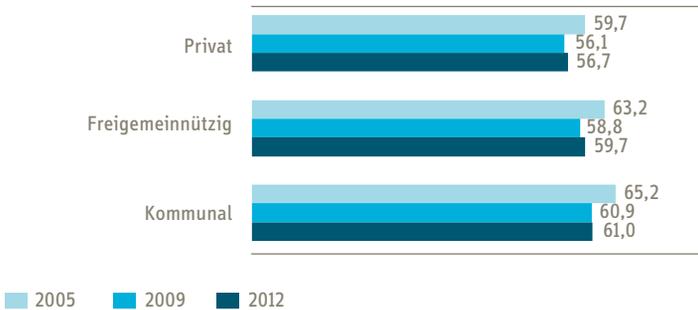
Seit 2010 misst das Statistische Bundesamt die Outsourcing-Quote. Dabei wird der Anteil der Aufwendungen für nicht beim Krankenhaus angestelltes ärztliches und nichtärztliches Personal sowie ausgelagerte Leistungen an den Personal- und Sachkosten herangezogen (Schaubild 10). Trägerübergreifend nimmt die Auslagerung von Leistungen und Personal zu. Private Krankenhäuser wiesen über alle Jahre die höchsten Outsourcing-Quoten auf. Sie erreichten 2013 einen Wert von 5,9%, während kommunale und freigemeinnützige Kliniken mit 4,9% bzw. 4,2% deutlich geringere Werte aufwiesen. Diese Zahlen spiegeln vermutlich wider, dass zum Beispiel die Bereiche Reinigung, Catering, Röntgen, Labor, Hol- und Bringdienste und Sterilisation als sogenannte Sekundärdienste bei den Privaten häufiger durch externe Dienstleister übernommen werden, was die Zahl der Vollkräfte reduziert.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 9

Personalkosten

2005, 2009 und 2012; Anteil in % der Bruttokosten

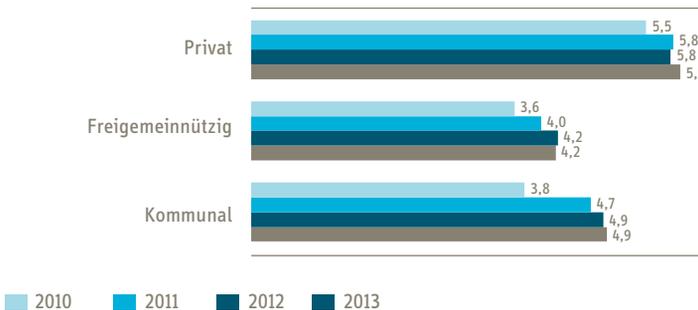


Quelle: RWI, FDZ (2015).

Schaubild 10

Outsourcing-Quote in Allgemeinkrankenhäusern

2010 bis 2013, Anteil in % an Personal- und Sachkosten



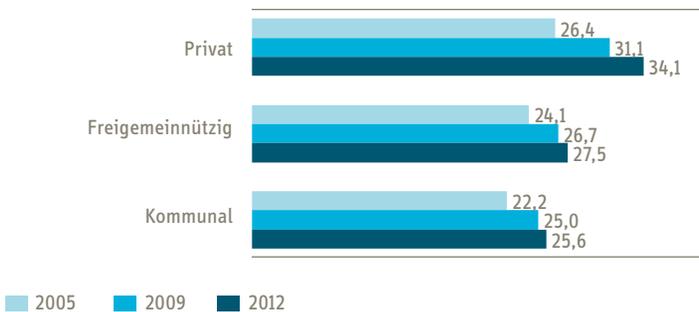
Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Kostennachweise). – Anmerkung: Werte beziehen sich auf Allgemeinkrankenhäuser ohne Unikliniken. Die Outsourcing-Quoten für kommunale und private Kliniken sind um die Unikliniken mit einem Verteilungsschlüssel bereinigt worden.

Die Arbeitsproduktivität ist in allen Krankenhäusern zwischen 2005 und 2012 gestiegen (Schaubild 11). Sie fiel bei den Privaten jedoch durchweg höher aus. 2012 lag sie mit 34,1 Casemix-Punkten deutlich höher als bei freigemeinnützigen oder öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern. Dies erklärt die geringeren Kosten je Casemix-Punkt. Wie die Outsourcing-Quoten gezeigt haben, werden private Krankenhäuser aber auch stärker durch externes Personal unterstützt. Somit wird

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

bei ihnen das gesamte Leistungsvolumen auf weniger internes Personal aufgeteilt. Die Differenz zwischen den Krankenhausträgern ist im nicht-medizinischen auffälliger als im medizinischen Bereich (Schaubild 12 und 13). Der relative Anstieg der Casemix-Punkte je nicht-medizinischer Vollkraft war bei privaten Trägern im Zeitverlauf besonders hoch. Dieser lässt sich vermutlich wiederum mit der höheren Outsourcingquote bei den privaten Krankenhäusern erklären, die insbesondere das nicht-medizinische Personalauslagern (Reinigung, Catering, etc.).

Schaubild 11
Casemix-Punkt je Vollkraft
2005, 2009 und 2012



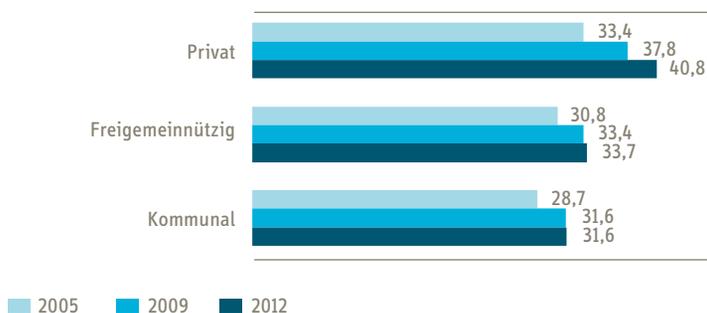
Quelle: RWI, FDZ (2015).

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 12

Casemix-Punkt je medizinischer Vollkraft

2005, 2009 und 2012

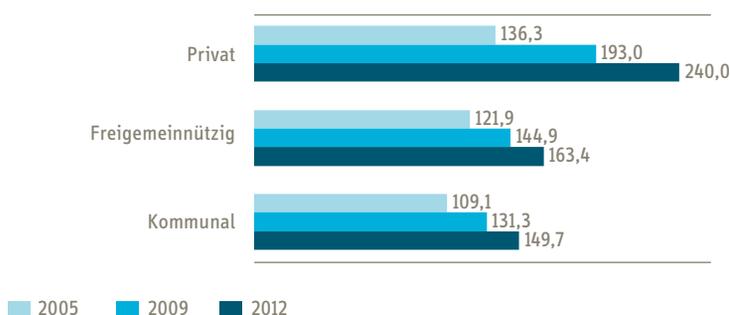


Quelle: RWI, FDZ (2015). – Anmerkung: Medizinische Vollkräfte umfassen alle Vollkräfte des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Funktionsdienstes.

Schaubild 13

Casemix-Punkt je nicht-medizinischer Vollkraft

2005, 2009 und 2012



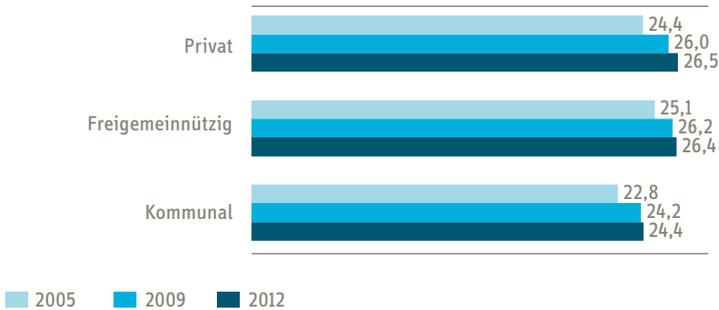
Quelle: RWI, FDZ (2015). – Anmerkung: Nicht-medizinische Vollkräfte umfassen alle Vollkräfte des klinischen Hauspersonals, des Wirtschafts- und Funktionsdienstes, des technischen Dienstes, des Verwaltungsdienstes, der Sonderdienste und des sonstigen Personals.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 14

Zahl der Fälle je Vollkraft

2005, 2009 und 2012



Quelle: RWI, FDZ (2015).

Denkbar ist allerdings auch, dass die höheren Casemix-Punkte je Vollkraft eine höhere Arbeitsbelastung des Personals widerspiegeln. Empirisch ist Produktivität einerseits und Arbeitsbelastung andererseits mit den vorliegenden Daten nicht trennbar. Allerdings wäre eine überdurchschnittlich hohe Arbeitsbelastung bei durchschnittlicher Vergütung im bestehenden Wettbewerb um Fachkräfte nicht dauerhaft haltbar. Vergleicht man beispielsweise die Zahl der Fälle je Vollkraft, d.h. näherungsweise die Zahl der zu betreuenden Patienten je Vollkraft, ist die Betreuungsrelation bei Privaten kaum höher (Schaubild 14). Zudem bedeutet eine höhere Produktivität nicht zwangsläufig eine höhere Arbeitsbelastung, wenn die Arbeitsabläufe im Krankenhaus intelligent gestaltet sind und Ineffizienzen dadurch reduziert werden. Schließlich kann eine leistungsorientierte Vergütung zu einer höheren Produktivität führen und produktivere Arbeitskräfte eher binden.

4.3 Pflegepersonal im Krankenhaus

In der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte wird die Pflegepersonalausstattung im Krankenhaussektor kritisch hinterfragt. Von verschiedener Seite wird befürchtet, dass Krankenhäuser bei der „Pflege am Bett“ zunehmend Personal und Ressourcen – in Relation zur Leistungsmenge – einsparen (Thomas, Reifferscheid, Pomorin und Wasem 2014). In den folgenden Schaubildern werden hierzu verschiedene Kennziffern trägerspezifisch aufbereitet. Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Fälle ist von 2005 bis 2012 bei allen Trägern zurückgegangen (Schaubild 15). Die Werte liegen bei privaten und freigemeinnützigen Trägern jeweils leicht unter dem der öffentlich-rechtlichen, wobei der Unterschied deutlich

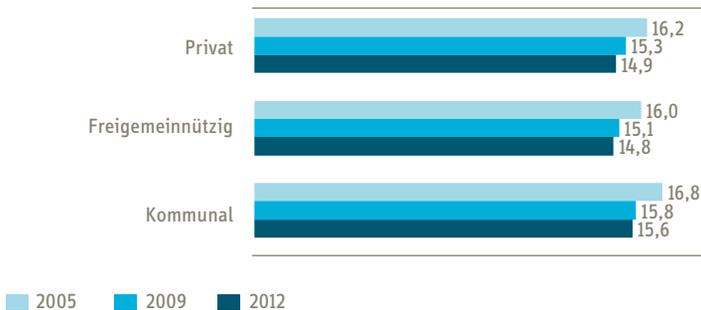
4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

geringer als bei der Zahl der Vollkräfte je Casemix-Punkt ausfällt. Wie aus den vorherigen Analysen zu erwarten, fällt die Zahl der Vollkräfte je Casemix-Punkt bei privaten Krankenhäusern am niedrigsten aus (Schaubild 16). 2012 setzten sie 11,6 Pflegevollkräfte je 1 000 Casemix-Punkten ein, während Krankenhäuser in freigemeinnütziger und kommunaler Trägerschaft mehr als 14 Pflegevollkräfte aufwiesen. Bei allen Trägern ist der Wert fallend. Unklar bleibt bei der reinen Betrachtung der Kennzahl, ob dieser Trend auf eine insgesamt wachsende Produktivität zurückzuführen ist und ob der geringere Wert bei den Privaten mit einem generell höheren Effizienzniveau zu tun hat. Die Kennzahl „Zahl der Vollkräfte je Casemix-Punkt“ bildet aber auch nicht die „Pfleger am Bett“ ab. Zwar hat der Schweregrad einen Einfluss auf den Pflegebedarf. Der Pflegebedarf hängt aber auch stark sowohl von der Zahl der zu betreuenden Patienten (Zahl der Fälle) als auch von der Zahl der Belegungstage ab. Schaubild 17 zeigt überdies, dass private Krankenhäuser keine schlechtere Betreuungsrelation bei der Zahl der Pflegekräfte je Behandlungstag aufweisen als die anderen Träger. Hier sind die Werte trägerübergreifend praktisch identisch.

Schaubild 15

Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Fälle

2005, 2009 und 2012

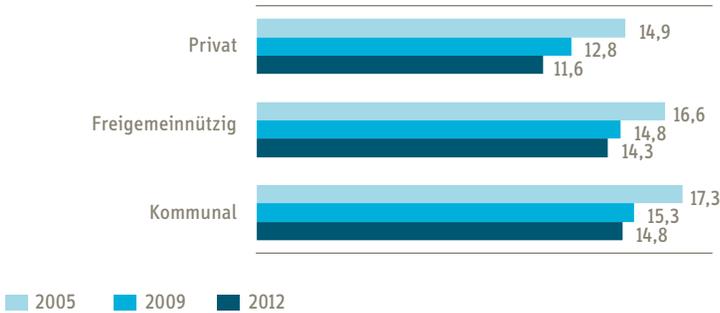


Quelle: RWI, FDZ (2015).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 16

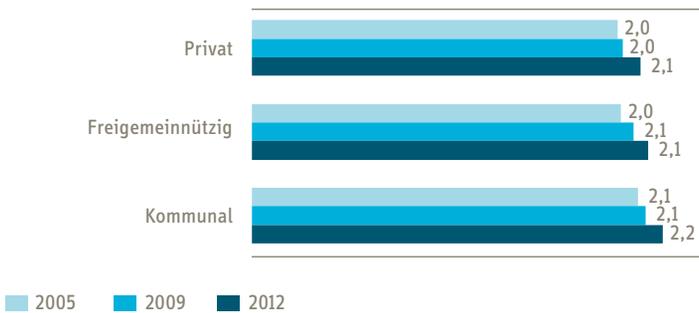
Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Casemix-Punkte
2005, 2009 und 2012



Quelle: RWI, FDZ (2015).

Schaubild 17

Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Belegungstage
2005, 2009 und 2012



Quelle: RWI, FDZ (2015).

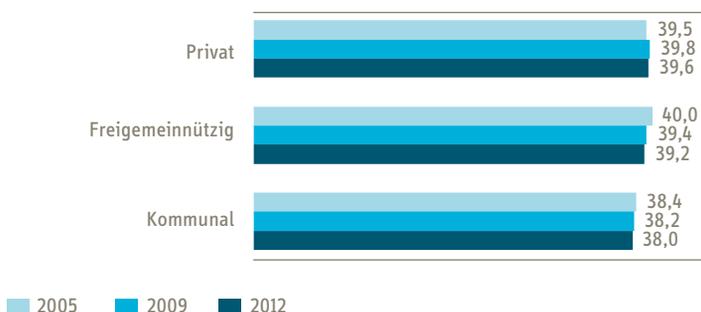
Interessant dürfte schließlich noch sein, dass der Anteil der Vollkräfte im Pflegedienst an allen Vollkräften bei privaten Krankenhäusern 2012 leicht höher ausfiel als bei nicht-privaten (Schaubild 18). Er bewegte sich über alle Träger bei 38% bis 40%. Zwischen 2005 und 2013 ist bei öffentlich-rechtlichen und freigemeinnützigen Trägern sogar ein sehr leichter Rückgang festzustellen. Bei privaten Trägern ist der Anteil dagegen stabil geblieben.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 18

Anteil der Vollkräfte im Pflegedienst an Vollkräften insgesamt

2005, 2009 und 2012, Anteil in %



Quelle: RWI, FDZ (2015).

Eine Aussage, ob es bei der „Pflege am Bett“ deutliche Unterschiede zwischen den Trägern gibt, lässt sich aus diesen Kennzahlen nicht ableiten. Auch lässt sich nicht schlussfolgern, dass generell bei Krankenhäusern „die Pflege am Bett“ problematisch ist. Eine Aussage dazu ist erst möglich, wenn außerdem die Qualifikation und Motivation der Pflegekräfte auf der einen Seite sowie die Ergebnisqualität der Leistungserbringung auf der anderen Seite mitberücksichtigt werden können. Eine solche Analyse würde den Rahmen des Faktenbuchs jedoch sprengen.

4.4 Ertragskraft und Investitionsfähigkeit

Die Wirtschaftlichkeit der privaten Krankenhäuser spiegelt sich unter anderem in ihrer Ertragskraft wider. Die EBITDA-Marge (inkl. Fördermittel) privater Krankenhäuser betrug im Jahr 2013 im Durchschnitt 11,2% der Erlöse¹⁷ und war damit deutlich höher als bei nicht-privaten Krankenhäusern (Schaubild 19). Betrachtet man die EBITDA-Marge ohne Fördermittel, d.h. der operative Ertrag aus eigener Kraft, wird der Abstand der Privaten zu den anderen Trägern noch größer, weil Private weniger stark auf öffentliche Fördermittel zurückgreifen.

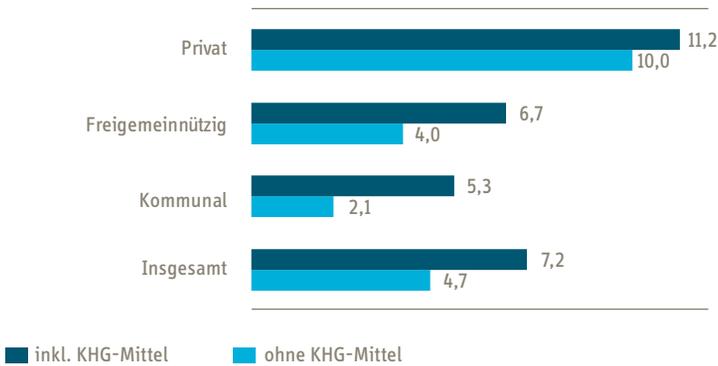
¹⁷ Beim EBITDA handelt es sich um den Ertrag aus dem operativen Geschäft, d.h. die Erlöse nach Abzug von Personal- und Sachkosten. Die Abkürzung steht für „Earnings before interest, taxes, depreciation, and amortization“. Es ist eine betriebswirtschaftliche Kennzahl, die relativ gut den Cash Flow eines Unternehmens approximiert. Die EBITDA-Marge ist das Verhältnis von EBITDA zu Erlösen.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 19

EBITDA-Margen von Allgemeinkliniken

2013; in % der Gesamterlöse



Quelle: RWI.

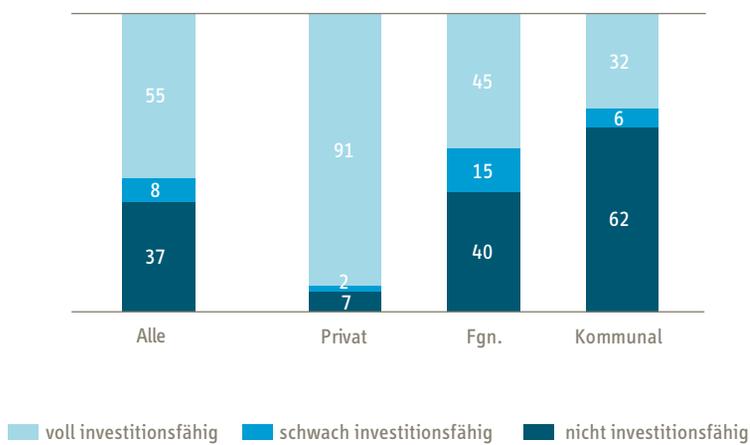
Aus dem EBITDA wird das eingesetzte Kapital finanziert. Daraus können die Re-Investitionen getätigt werden, die dem Substanzerhalt dienen. Zudem werden daraus aber auch die Kapitalverzinsungen zur Finanzierung des Fremd- und Eigenkapitals für Investitionen erbracht. Der Investitionsbedarf eines Krankenhauses lässt sich nicht durch einen absoluten Maßstab abbilden. Mithilfe der Kennzahlen der Bilanzstruktur eines Krankenhauses lässt sich jedoch errechnen, wie hoch die EBITDA-Marge mindestens sein sollte, um Abschreibungen und Kapitalkosten finanzieren zu können. Diese „Mindest-EBITDA-Marge“ hängt u.a. von den Marktzinsen, von der Art und von der Nutzungsdauer des Anlagevermögens und vom Leistungsportfolio des Krankenhauses ab. Das EBITDA bildet damit die Investitionsfähigkeit eines Unternehmens ab.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 20

Investitionsfähigkeit der Allgemeinkrankenhäuser

2013; Anteile in %



Quelle: RWI.

Schaubild 21

Anteil Investitionen an Gesamterlösen von Allgemeinkrankenhäusern

2013; in %



Quelle: RWI.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Der Vergleich der tatsächlichen EBITDA-Marge mit der Mindest-EBITDA-Marge erlaubt eine Einschätzung über die durchschnittliche Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser nach Trägerschaft (Schaubild 20, vgl. ausführlich zur Berechnung der EBITDA-Marge und der Mindest-EBITDA Augurzky et al. 2015). Nur 7% der privaten Krankenhäuser waren 2013 nicht investitionsfähig, während der Wert bei den kommunalen bei 62% und bei freigemeinnützigen bei 40% lag. Tatsächlich verwenden die Privaten einen größeren Anteil ihrer Erlöse für Investitionen (6,3%) – gegenüber 5,3% bei freigemeinnützigen und 6,1% bei kommunalen (Schaubild 21).¹⁸ Tatsächlich zeigt sich, dass ein relativ hoher Kapitaleinsatz die Betriebskosten im Durchschnitt senkt (Augurzky et al. 2014 und 2015). Dies gilt für alle Krankenhausträger. Vor diesem Hintergrund ist es daher durchaus sinnvoll (zu vergütendes) privates Kapital einzusetzen, um die Ertragskraft dadurch zu erhöhen.

Private Krankenhäuser nehmen deutlich weniger öffentliche Ressourcen in Form von Fördermitteln in Anspruch und entlasten damit den Steuerzahler. Darüber hinaus leisten sie durch Steuerzahlungen auf ihre Gewinne umgekehrt sogar einen Beitrag zur Finanzierung der gesellschaftlichen Aufgaben des Staates. Ein Vergleich der Sonderpostenquote (Schaubild 22) verdeutlicht dies. Bei den Sonderposten handelt es sich um die in der Vergangenheit erhaltenen kumulierten öffentlichen Fördermittel (nach Abschreibungen). Insgesamt zeigt sich, dass die Privaten deutlich weniger auf öffentliche Gelder zurückgreifen.

Die öffentlichen Fördermittel umfassen die KHG-Mittel, die von den Ländern finanziert werden, beinhalten aber oft auch Fördermittel seitens der Träger. Die trägerspezifische Differenz in der Sonderpostenquote lässt sich daher nicht allein auf Unterschiede in der Inanspruchnahme der Fördermittel der Länder zurückführen. Denn die Fördermittelvergabe der Länder erfolgt grundsätzlich trägerneutral. Ein Teil der Differenz lässt sich vermutlich mit einer im Vergleich zu ihrer Investitionsaktivität geringeren Inanspruchnahme von KHG-Mitteln privater Krankenhäuser erklären. Hinzu kommt, dass insbesondere öffentlich-rechtliche Krankenhäuser zusätzlich öffentliche Mittel von ihren kommunalen Trägern erhalten, die häufig ebenfalls als Sonderposten verbucht werden.

¹⁸ Die Investitionen wurden aus der Veränderung des Anlagevermögens über zwei Jahre abgeleitet. Investitionen zum Erwerb einer Klinik wurden näherungsweise heraus gerechnet, sodass sich die Investitionen tatsächlich auf die Verbesserung der Unternehmenssubstanz beziehen. Bei den vier großen privaten Klinikketten Rhön-Klinikum, Helios Kliniken, Asklepios und Sana konnten die Investitionen (ohne Erwerb von Kliniken) aus den Geschäftsberichten extrahiert werden.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 22

Sonderpostenquote von Allgemeinkrankenhäusern

2013; in % der Bilanzsumme



Quelle: RWI.

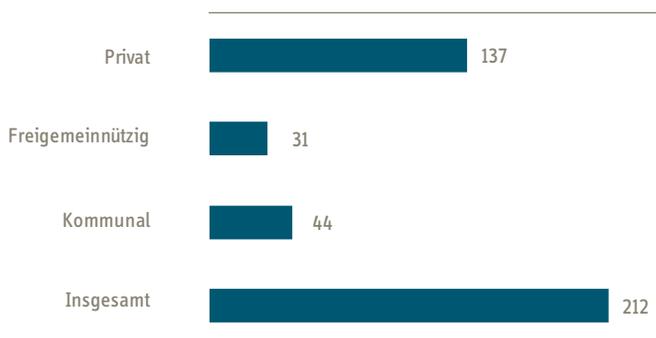
Trotz der geringeren Inanspruchnahme öffentlicher Mittel durch private Krankenhäuser, erzielen diese einen höheren Jahresüberschuss, auf den sie 2013 rund 137 Mill. Gewinnsteuern zahlten, deutlich mehr als die anderen Träger (Schaubild 23). Noch deutlicher wird dies bei der Betrachtung der Steuern je Bett (Schaubild 24).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 23

Gewinnsteuern von Allgemeinkrankenhäusern

2013; in Mill. €

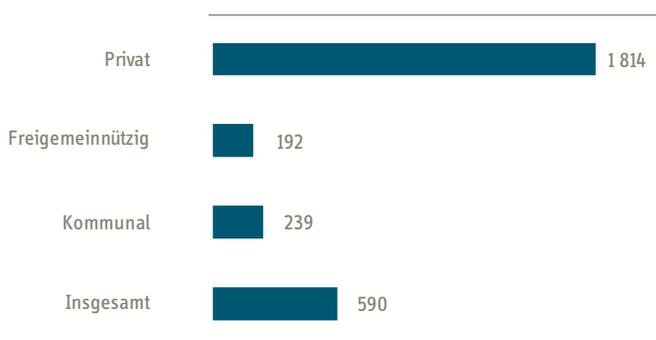


Quelle: RWI. – Anmerkung: Bei der Berechnung der Steuern wurden sowohl die Steuern von Einkommen und Ertrag sowie die sonstigen Steuern berücksichtigt.

Schaubild 24

Gewinnsteuern und sonstige Steuern je Bett von Allgemeinkrankenhäusern

2013; in €



Quelle: RWI. – Anmerkung: Bei der Berechnung der Steuern wurden sowohl die Steuern von Einkommen und Ertrag sowie die sonstigen Steuern berücksichtigt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten (Tabelle 2 und 3), dass private Krankenhäuser eine höhere Eigenkapitalquote, eine geringere Sonderpostenquote, eine höhere EBITDA-Marge und eine höhere Rentabilität als freigemeinnützige oder

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

öffentlich-rechtliche Krankenhäuser aufweisen. Sie zahlen mehr Steuern und tätigen höhere Investitionen in die medizinische Infrastruktur als Krankenhäuser in anderer Trägerschaft.

Tabelle 2

Bilanzdaten allgemeiner Krankenhäuser

2013

	Privat	Fgn.	Kommunal
Eigenkapitalquote, in % der Bilanzsumme	33,1	30,7	22,7
Sonderposten, in % der Bilanzsumme	22,7	36,0	40,1
EBITDA-Marge (mit KHG-Mittel), in % der Gesamterlöse	11,2	6,7	5,3
EBITDA-Marge (ohne KHG-Mittel), in % der Gesamterlöse	10,0	4,0	2,1
Umsatzrentabilität (nach Steuern, EAT), in %	4,2	1,2	-0,8
Gesamtkapitalrentabilität, in %	5,2	1,9	0,0
Steuern/Erlöse, in %	0,9	0,1	0,1
Steuern, in Mill. €	137,0	31,0	44,0

Quelle: RWI. – Anmerkung: Hochgerechnet über Betten.

Tabelle 3

Investitionen in allgemeinen Krankenhäusern

2013

	Privat	Fgn.	Kommunal
Investitionen/Gesamterlöse, in %	6,3	5,3	6,1
Anlagevermögen aktuell ggü. zu Anschaffungs- und Herstellungskosten, in %	68,6	49,4	50,0
Investitionen je Bett, in €	12 608	9 644	11 797

Quelle: RWI.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

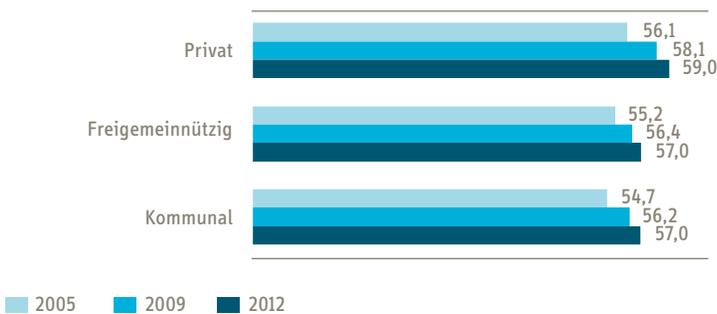
4.5 Beteiligung an der medizinischen Versorgung

Von Kritikern der Krankenhausprivatisierung wird vermutet, dass es einen Zielkonflikt zwischen der Gewinnorientierung auf der einen Seite und der vollumfänglichen Beteiligung an der medizinischen Versorgung auf der anderen Seite gebe. Im vorherigen Faktenbuch (Augurzky et al. 2012) konnte bereits gezeigt werden, dass private Krankenhäuser anteilmäßig genauso viele gesetzlich versicherte Patienten behandeln wie Krankenhäuser in anderer Trägerschaft. Auch die aktuellen Analysen des medizinischen Leistungsgeschehens lassen keinen Zielkonflikt zwischen Gewinnorientierung und einer vollumfänglichen Beteiligung an der medizinischen Versorgung erkennen.

Schaubild 25

Durchschnittsalter der Patienten

2005, 2009 und 2012; in Jahren



Quelle: RWI, FDZ (2015). Die Werte beziehen sich auf Versorgungskrankenhäuser.

Das Durchschnittsalter der behandelten Patienten in privaten Krankenhäusern liegt höher als bei anderen (Schaubild 25), was mit ihrem höheren Casemix Index (CMI) zusammenhängen dürfte (Schaubild 26). Die vermutlich größere Zahl von Nebendiagnosen bei älteren Patienten¹⁹ führt der DRG-Systematik folgend zu einem höheren CMI. Weiterer Grund für den höheren CMI kann, trotz einer hohen ländlichen Versorgung seitens privater Träger, eine stärkere Spezialisierung der Privaten sein.

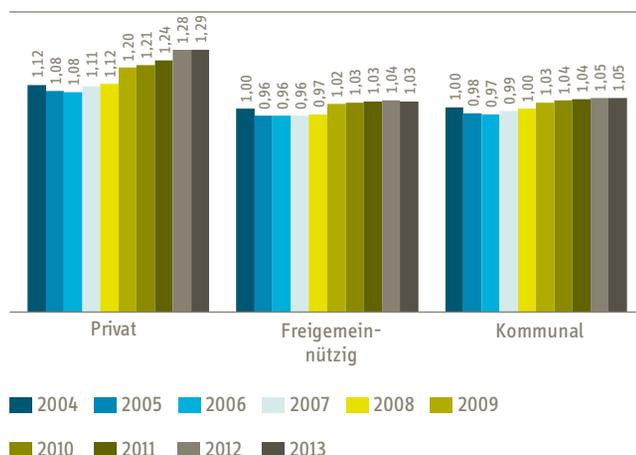
¹⁹ Untersuchungen des Statistischen Bundesamtes zeigen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Patientenalter und der Anzahl an Nebendiagnosen im Krankenhaus. Während gegen 45-64jährige im Durchschnitt 3,6 Nebendiagnosen aufweisen, sind es bei den Über-85jährigen mit durchschnittlich 7,1 Nebendiagnosen fast doppelt so viele (Statistisches Bundesamt 2009).

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 26

Durchschnittlicher CMI

2004 bis 2013



Quelle: RWI, Wido (2005-2015), Statistisches Bundesamt (Verzeichnis der Krankenhäuser).
 – Anmerkung: Werte beziehen sich auf Allgemeinkliniken ohne Universitätskliniken. Die CMI-Werte sind mit der Bettenzahl gewichtet worden. Die CMI-Werte 2004-2007 unterscheiden sich vom letzten Faktenbuch aufgrund einer jetzt besseren Datenverfügbarkeit und damit höheren Grundgesamtheit.

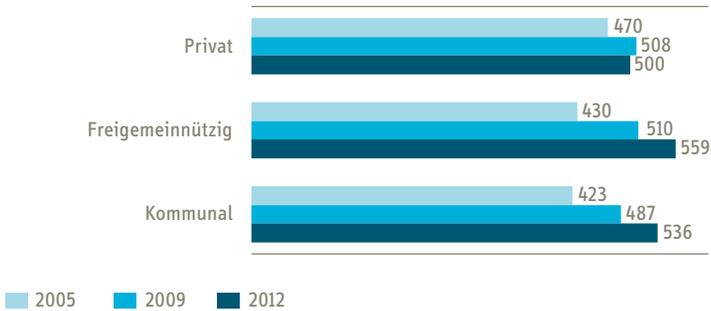
Was die Kosten pro Casemix-Punkt für den medizinischen Bedarf²⁰ und die Arzneimittel angeht, weisen private Krankenhäuser geringere Kosten auf (Schaubilder 27 und 28). Im Jahr 2012 hatten private Krankenhäuser bei beiden Indikatoren geringere Kosten pro Casemix-Punkt. Niedrigere Kosten für medizinischen Bedarf und Arzneimittel der Privaten können sich u.a. durch bessere Einkaufskonditionen in größeren Verbänden erklären lassen.

20 Nach der Definition des Statistischen Bundesamtes setzt sich der medizinische Bedarf zusammen aus: Arzneimitteln, Blut/Blutkonserven/Blutplasma, Verband-/Heil- und Hilfsmitteln, ärztlichem und pflegerischem Verbrauchsmaterial/Instrumenten, Narkose- und sonstigem OP-Bedarf, Laborbedarf, Implantaten, Transplantaten, Dialysebedarf, Kosten für Krankentransporte und sonstigem medizinischen Bedarf.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 27

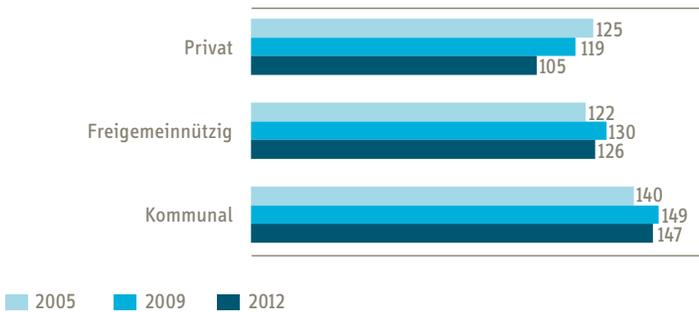
Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel je Casemix-Punkt
2005, 2009 und 2012; in €



Quelle: RWI, FDZ (2015).

Schaubild 28

Kosten der Arzneimittel je Casemix-Punkt
2005, 2009 und 2012; in €



Quelle: RWI, FDZ (2015).

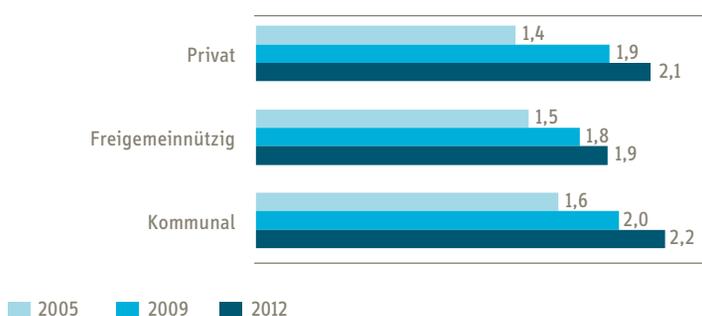
4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Bei der Vorhaltung der medizinisch-technischen Infrastruktur gemessen an der Zahl der medizinischen Großgeräte²¹ sind kaum trägerspezifische Unterschiede festzustellen (Schaubild 29).²² Schließlich konnte im vergangenen Faktenbuch gezeigt werden, dass private Krankenhäuser nicht mehr und nicht weniger privat versicherte Patienten behandeln als andere Krankenhäuser (Augurzky et al. 2012).

Schaubild 29

Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte je 100 Betten

2005, 2009 und 2012



Quelle: RWI, FDZ (2015).

4.6 Beteiligung an der Notfallversorgung

Mit einer zunehmenden Privatisierung im Krankenhaussektor gehen mitunter Befürchtungen einher, dass sich private Träger mangels ausreichender Vergütung unzureichend an der Notfallversorgung beteiligen könnten. Wie die tatsächliche Lage der Notfallversorgung aussieht, untersuchen wir im Folgenden, indem wir auf eine Reihe verschiedener aussagekräftiger Indikatoren zur Notfallversorgung zurückgreifen (vgl. hierzu auch Schreyögg et al. 2014). Grundlage für die Indikatoren bilden administrative Krankenkassendaten der AOKen aus dem Jahr 2013, die zu diesem Zweck vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) ausgewertet wurden.

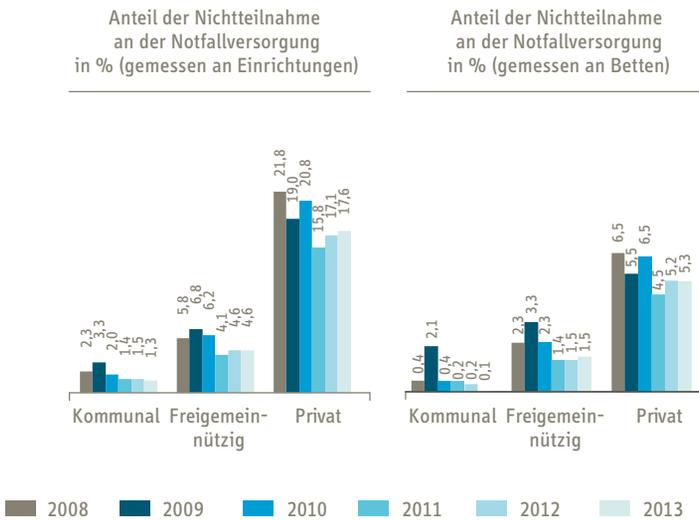
21 Zu medizinisch-technischen Großgeräten zählen Computertomographen, Dialysegeräte, Digitale Subtraktionsangiographiegeräte, Gammakameras, Herz-Lungen-Maschinen, Kernspintomographen, Koronarangiographische Arbeitsplätze, Linearbeschleuniger (Kreisbeschleuniger), Positronen-Emissions-Computertomographen (PET), Stoßwellenlithotripter und Tele-Kobalt-Therapiegeräte.

22 Da hier die Vorhalteleistung untersucht wird, wird Bezug auf die vorgehaltenen Betten statt auf den Casemix genommen.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 30 zeigt den Anteil von Allgemeinkrankenhäusern, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen. Eine Nichtteilnahme liegt dann vor, wenn das Krankenhaus dafür Abschläge vereinbart hat. Wird die Nichtteilnahme an den Einrichtungszahlen nach Trägern gemessen, zeigt sich, dass private Kliniken deutlich weniger häufig an der Notfallversorgung teilnehmen, gefolgt von freigemeinnützigen und kommunalen Krankenhäusern. Wird hingegen die nach Betten gemessene Krankenhausgröße einbezogen, reduziert sich die Nichtteilnahme bei den Privaten spürbar. Das kann als Indiz gewertet werden, dass unter den Privaten, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, viele kleine Kliniken sind.

Schaubild 30
Nichtteilnahme an der Notfallversorgung
 2008 bis 2013; Anteil in %



Quelle: RWI, WIdO (2009-2015), Statistisches Bundesamt (Verzeichnis der Krankenhäuser). – Anmerkung: Anteile beziehen sich auf allgemeine Krankenhäuser ohne Universitätskliniken. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung liegt dann vor, wenn das Krankenhaus für die Nichtteilnahme Abschläge vereinbart hat.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Tatsächlich zeigt sich in Schaubild 31, dass vorwiegend Kliniken mit weniger als 50 Betten keine Notfallversorgung anbieten. Kliniken mit einer Größe zwischen 50 und 199 Betten nehmen weitaus häufiger an der Notfallversorgung teil, während Krankenhäuser mit mehr als 200 Betten fast ausnahmslos an der Notfallversorgung teilnehmen. Neben der Krankenhausgröße dürfte der Spezialisierungsgrad²³ und der Versorgungstyp einer Einrichtung ausschlaggebend für das Vorhalten einer Notfallversorgung sein. Wir definieren zwei Arten von Versorgungstypen: Zum einen Grundversorger, zu denen Allgemeinkrankenhäuser zählen, die mindestens fünf Betten in den Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin vorhalten, und zum anderen Spezialversorger, zu denen Allgemeinkrankenhäuser zählen, die eine Größe zwischen 50 und 300 Betten haben, aber keine Betten in den Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin vorhalten. Fast alle Grundversorger nehmen an der Notfallversorgung teil, während ca. 15% der Spezialversorger²⁴ dies 2013 nicht tun. Je höher der Spezialisierungsgrad einer Klinik ist, desto höher ist der Anteil der Nichtteilnahme.

²³ Den Spezialisierungsgrad eines Krankenhauses berechnen wir mit dem Spezialisierungs-Gini-Koeffizienten des WIDO. Der Gini-Koeffizient liegt im Wertebereich zwischen 0 und 1. Je höher der Gini-Koeffizient ist, desto höher ist der Spezialisierungsgrad der Klinik. Wir unterteilen die Kliniken entsprechend der Verteilung des Gini-Koeffizienten in die drei Spezialisierungskategorien „gering“, „mittel“ und „hoch“.

²⁴ Die meisten Spezialversorger befinden sich in städtischen Regionen, wo die Notfallversorgung ohnehin konzentriert werden sollte.

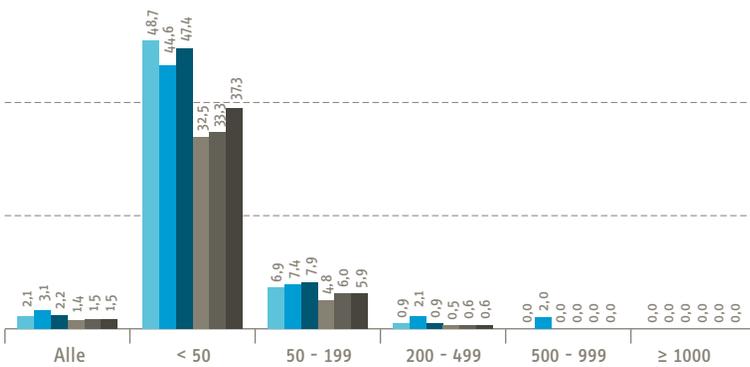
Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 31

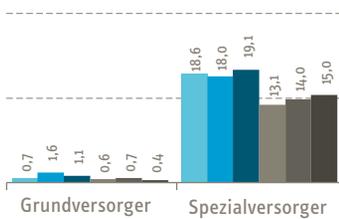
Nichteilnahme an der Notfallversorgung nach Größe, Versorgungstyp und Spezialisierungsgrad

2008 bis 2013; Anteil in % aller Betten

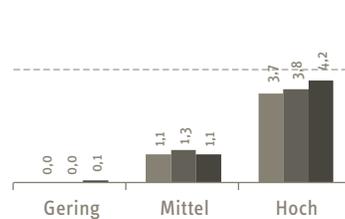
Nach Krankenhausgröße (Betten)



Nach Versorgungstyp



Nach Spezialisierungsgrad



Quelle: RWI, WIdO (2009-2015), Statistisches Bundesamt (Verzeichnis der Krankenhäuser). – Anmerkung: Anteile beziehen sich auf allgemeine Krankenhäuser ohne Universitätskliniken. Nichteilnahme an der Notfallversorgung liegt dann vor, wenn das Krankenhaus für die Nichteilnahme Abschlüsse vereinbart hat. Als Grundversorger sind Kliniken definiert, die jeweils mindestens 5 Betten in den Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin haben. Als Spezialversorger sind KH mit 50 bis 300 Betten definiert, die keine Fachabteilungen „Chirurgie“ und „Innere Medizin“ haben.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Im Sinne einer volkswirtschaftlich effizienten Arbeitsteilung ist es durchaus sinnvoll, dass nicht alle Leistungen von allen Anbietern zur Verfügung gestellt werden. Dass die Notfallversorgung stärker von Grundversorgern erfolgt, die auch eine adäquate breite medizinisch-technische und personelle Infrastruktur vorhalten, dürfte durchaus im Sinne der Patienten sein. Grundversorger sind grundsätzlich besser in der Lage, Notfälle adäquat zu behandeln als kleine oder hoch spezialisierte Krankenhäuser. Eine notwendige Nebenbedingung ist jedoch, dass Krankenhäuser der Notfallversorgung für jeden Patienten gut erreichbar sind. Perspektivisch ist zu erwarten, dass mit dem Trend zur zunehmenden Spezialisierung im deutschen Gesundheitswesen eine zunehmende Anzahl von Krankenhäusern zukünftig nicht mehr an der Notfallversorgung teilnehmen könnte. Das muss aber nicht nachteilig für die Patienten sein, wenn gleichzeitig das Rettungswesen professionalisiert wird, wie es z.B. in Dänemark geschehen ist (Augurzky et al. 2014).

Schaubilder 32 und 33 zeigen, dass der höhere Anteil der Nichtteilnahme bei privaten Krankenhäusern klar von den Spezialversorgern bestimmt wird. Bei den Grundversorgern zeigen sich keine signifikanten trägerspezifischen Unterschiede. Private Grundversorger beteiligen sich an der Notfallversorgung praktisch genauso häufig wie freigemeinnützige und kommunale Grundversorger.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

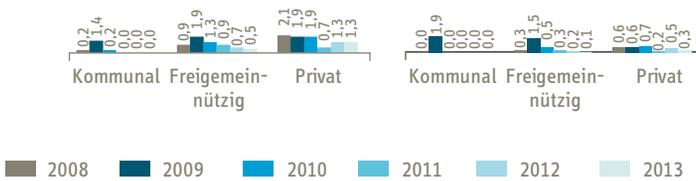
Schaubild 32

Nichteilnahme an der Notfallversorgung bei Grundversorgern nach Trägerschaft

2008 bis 2013; Anteil in %

Anteil der Nichteilnahme an der Notfallversorgung in % (gemessen an Einrichtungen)

Anteil der Nichteilnahme an der Notfallversorgung in % (gemessen an Betten)



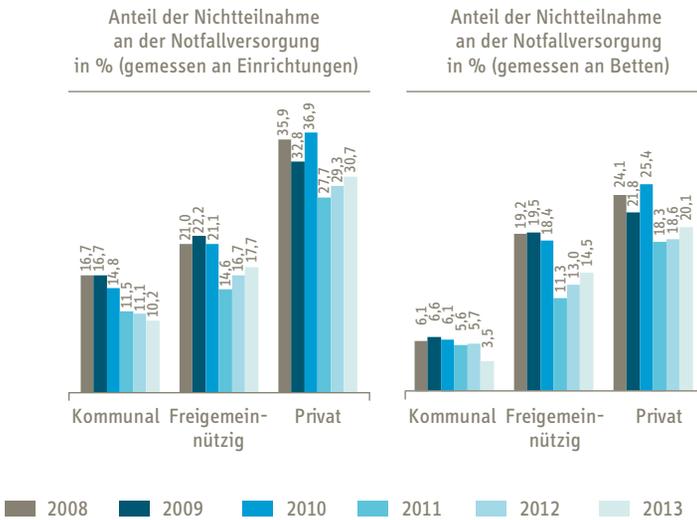
Quelle: RWI, WIdO (2009-2015), Statistisches Bundesamt (Verzeichnis der Krankenhäuser). – Anmerkung: Anteile beziehen sich auf allgemeine Krankenhäuser ohne Universitätskliniken. Nichteilnahme an der Notfallversorgung liegt dann vor, wenn das Krankenhaus für die Nichteilnahme Abschlüsse vereinbart hat. Als Grundversorger sind Kliniken definiert, die jeweils mindestens 5 Betten in den Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin haben.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 33

Nichtteilnahme an der Notfallversorgung bei Spezialversorgern nach Trägerschaft

2008 bis 2013; Anteil in %



Quelle: RWI, WIdO (2009-2015), Statistisches Bundesamt (Verzeichnis der Krankenhäuser). – Anmerkung: Anteile beziehen sich auf allgemeine Krankenhäuser ohne Universitätskliniken. Nichtteilnahme an der Notfallversorgung liegt dann vor, wenn das Krankenhaus für die Nichtteilnahme Abschlüsse vereinbart hat. Als Spezialversorger sind KH mit 50 bis 300 Betten definiert, die keine Fachabteilungen „Chirurgie“ und „Innere Medizin“ haben.

Der Anteil der Notfälle an der Gesamtheit der Patienten lässt eine alternative Möglichkeit zu, Rückschlüsse auf die Notfallversorgung zu ziehen. Nach § 21 KHEntG werden Notfälle mit dem Aufnahmeanlass „N“ kodiert. Die Notfalldefinition über den Aufnahmeanlass ist keine medizinische Definition, sondern ein Indikator, ob dem Fall eine Einweisung zugrunde liegt oder nicht (vgl. Schreyögg et al. 2014). Sie ist eine administrative Kennziffer und signalisiert, dass der Zugang in das Krankenhaus über die Notaufnahme erfolgte. Schaubild 34 zeigt den Anteil der Notfälle nach der Art des Krankenhauses und der Trägerzugehörigkeit. Bei der Grundgesamtheit und bei Allgemeinkliniken haben kommunale Kliniken mit 47-50% den höchsten Anteil an Notfällen, gefolgt von freigemeinnützigen (44%) und private Kliniken (40%). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Spezialversorgern, wobei hier der Notfallanteil über alle Träger stark abnimmt. Bei den Grundversorgern hingegen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Trägern.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 34

Notfall-Kriterium I – Patienten mit Aufnahmeanlass „Notfall“

2013; Anteil in %



Quelle: RWI, WIdO (2015), Statistisches Bundesamt (Verzeichnis der Krankenhäuser). – Anmerkung: Als Grundversorger sind Kliniken definiert, die jeweils mindestens 5 Betten in den Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin haben. Als Spezialversorger sind KH mit 50 bis 300 Betten definiert, die keine Fachabteilungen „Chirurgie“ und „Innere Medizin“ haben.

Einen weiteren Indikator zur Darstellung der Notfallversorgung bildet der Anteil von Patienten, die außerhalb normaler Arbeitszeiten ins Krankenhaus aufgenommen werden (vgl. hierzu Schreyögg et al. 2014). In diesem Fall kann vermutet

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

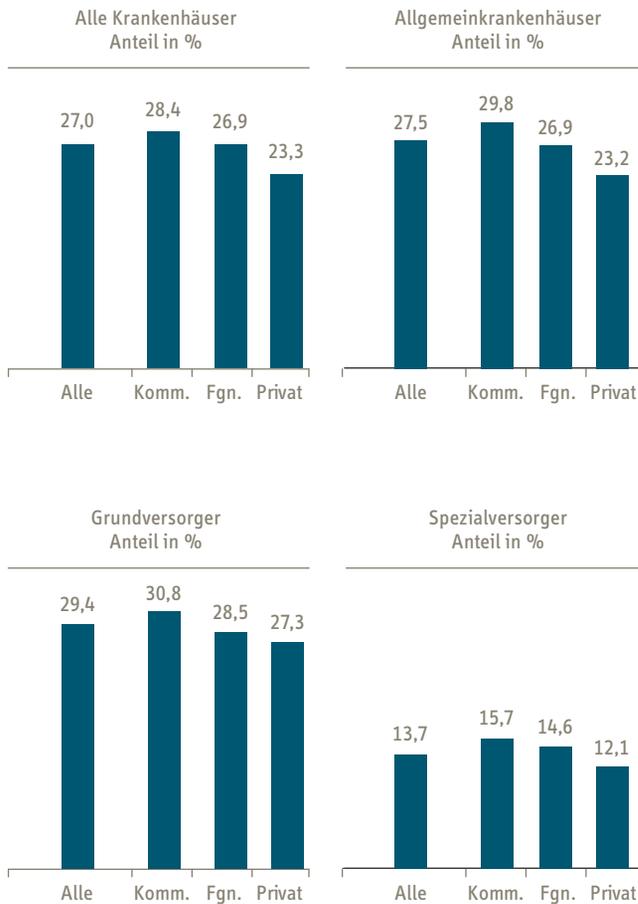
werden, dass es sich um einen Notfallpatienten handelt. Dazu zählen wir Patienten, die nachts zwischen 19 bis 6 Uhr, samstagsnachmittags sowie an Sonn- und bundeseinheitlichen Feiertagen²⁵ aufgenommen werden. Schaubild 35 zeigt den Anteil dieser Aufnahmen an den gesamten Aufnahmen. Es zeigt sich ein ähnliches Muster, wie im Schaubild zuvor.

²⁵ Zu den bundeseinheitlichen Feiertagen zählen Neujahr, Karfreitag, Ostern, der Tag der Arbeit, Christi Himmelfahrt, Pfingsten, der Tag der deutschen Einheit und beide Weihnachtsfeiertage.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 35

Notfall-Kriterium II – Aufnahmen von Patienten außerhalb normaler Arbeitszeiten
2013; Anteil in %



Quelle: RWI, WIdO (2015), Statistisches Bundesamt (Verzeichnis der Krankenhäuser). – Anmerkung: Als Grundversorger sind Kliniken definiert, die jeweils mindestens 5 Betten in den Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin haben. Als Spezialversorger sind KH mit 50 bis 300 Betten definiert, die keine Fachabteilungen „Chirurgie“ und „Innere Medizin“ haben.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

4.7 Qualität

Ein weiteres wichtiges Thema der Krankenhausversorgung ist die Qualität der Leistungserstellung. Sie wird hier auf Grundlage der AQUA-Indikatoren der strukturierten Qualitätsberichte gem. § 137 Abs. 3 SGB V aus dem Jahr 2012 und der QSR-Indikatoren des WIdO untersucht. Generell zeigen Analysen im Rahmen des Krankenhaus Rating Report (z.B. Augurzky et al. 2015) sowie wissenschaftliche Artikel (z.B. Porter 2010), dass Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht in einem Zielkonflikt zueinander stehen, sondern vielmehr in einer Zielharmonie.

Die folgenden drei Schaubilder bilden nicht die Raten der jeweiligen Einzelindikatoren ab, sondern geben den Anteil der als auffällig eingestuften Einrichtungen wider. In Abschnitt 3 wurden die Datengrundlage und die Konstruktion der Kennziffern beschrieben. Im vergangenen Faktenbuch konnte gezeigt werden (vgl. Augurzky 2012), dass private Krankenhäuser weniger häufig „qualitative Auffälligkeiten“ aufweisen als Krankenhäuser in anderer Trägerschaft. Im Vergleich zum letzten Faktenbuch wird in diesem Faktenbuch jedoch kein allgemeiner Qualitätsindikator herangezogen, sondern drei Einzelindikatoren. Die vorliegenden AQUA-Indikatoren sind im Vergleich zu den BQS-Indikatoren aus dem letzten Faktenbuch vielschichtiger und lassen sich nicht ohne weiteres zu einem Gesamtindikator verdichten. Bei der trägerspezifischen Auswertung der qualitativen Auffälligkeiten für die risikoadjustierte Rate an postoperativen Wundinfektionen zeigen sich für Krankenhäuser in privater Trägerschaft etwas bessere Werte (Schaubild 36). Die Rate an postoperative Wundinfektionen kann als Indikator für Hygiene im Krankenhaus herangezogen werden.

Schaubild 36

Risikoadjustierte Rate an postoperativen Wundinfektionen

2012; Anteil in % aller Krankenhäuser mit qualitativen Auffälligkeiten



Quelle: RWI, Qualitätsberichte (2012).

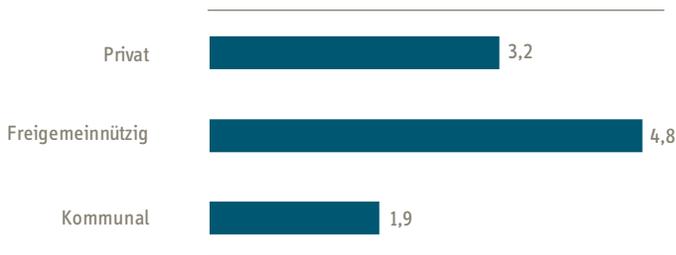
Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Bei der risikoadjustierten Rate an den gesamten Todesfällen im Krankenhaus liegen die privaten Kliniken im Mittelfeld (Schaubild 36). 3,2% aller privaten Einrichtungen werden als auffällig eingestuft. Bei den kommunalen Krankenhäusern sind dies lediglich 1,9% der Einrichtungen, während freigemeinnützige mit 4,8% der Einrichtungen weit häufiger als auffällig eingestuft werden. Mit 3,3% auffälliger Einrichtungen liegen die Privaten bei der risikoadjustierten Rate an Patienten mit Dekubitus bei Entlassung ebenfalls im Mittelfeld (Schaubild 37). Hier schneiden die freigemeinnützigen (2,6%) besser ab, wohingegen die kommunalen häufiger Auffälligkeiten aufweisen (3,9%).

Schaubild 37

Risikoadjustierte Rate an Todesfällen

2012; Anteil in % aller Krankenhäuser mit qualitativen Auffälligkeiten



Quelle: RWI, Qualitätsberichte (2012).

Schaubild 38

Risikoadjustierte Rate an Patienten mit Dekubitus bei Entlassung

2012; Anteil in % aller Krankenhäuser mit qualitativen Auffälligkeiten



Quelle: RWI, Qualitätsberichte (2012). – Anmerkung: Es wird Dekubitus mit einem Grad von 1 bis 4 einbezogen.

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Die Auswertungen zu den maximal erreichbaren QSR-Qualitätspunkten (Schaubild 39) zeigen, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den Trägern bei diesen Anteilen vorliegen.

Schaubild 39

Maximal erreichte QSR-Qualitätspunkte

2013; Anteil in %



Quelle: RWI, WIdO (2015). – Anmerkung: Verhältnis der erreichten Qualitätspunkte zu den maximal möglich erreichbaren Qualitätspunkten gemäß der verfügbaren QSR-Indikatoren.

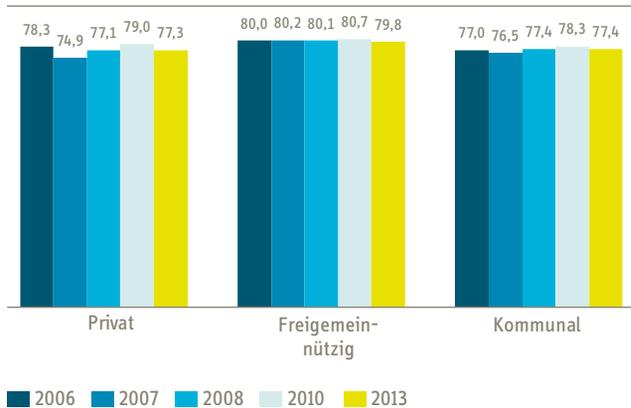
Neben der medizinischen Qualität ist auch die von den Patienten erlebte Servicequalität, gemessen an der Patientenzufriedenheit von großer Bedeutung. Grundlage zu deren Messung sind Patientenbefragungen der Techniker Krankenkasse aus den Jahren 2006 bis 2013. Schaubild 40 zeigt, dass diesbezüglich keine signifikanten trägerspezifischen Unterschiede bestehen. Für alle Träger liegt die durchschnittliche Patientenzufriedenheit bei rund 77% bis 80%. Die zugrunde liegende Patientenzufriedenheit wurde aus verschiedenen Fragen eines Fragebogens ermittelt, den Patienten der Techniker Krankenkasse nach ihrem Krankenhausaufenthalt ausgefüllt haben (TK 2014a, 2014b).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 40

Anteil der zufriedenen Patienten

2006 bis 2013; Anteil in %



Quelle: RWI, TK (2014a). – Anmerkung: Die Zahl gibt den Prozentsatz der Patienten an, die zufrieden sind. Die Werte wurden mit der Bettenzahl der Kliniken gewichtet.

4.8 Sicherstellung der regionalen Versorgung

Eine angemessene flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung ist ein wichtiges Element der öffentlichen Daseinsvorsorge, ihre Sicherstellung entspringt dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 I GG). Darunter fällt auch die wohnortnahe Versorgung in ländlichen Gebieten. Kritische Stimmen nehmen an, dass sie nicht immer wirtschaftlich erbracht werden kann und daher für private Träger weniger von Interesse ist. Insofern würden sich die nicht-privaten, insbesondere kommunalen Krankenhäuser darum kümmern müssen und infolgedessen in ihrer Wirtschaftlichkeit im Durchschnitt schlechter abschneiden.

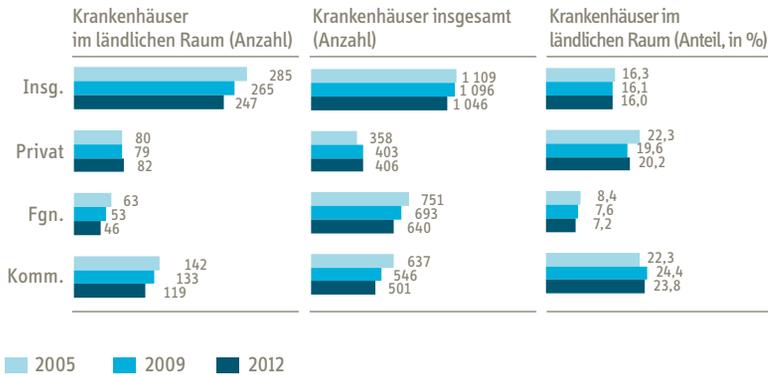
Schaubild 41 zeigt den Anteil ländlicher Krankenhäuser nach Trägerschaft für 2005, 2009 und 2012. Zunächst ist festzustellen, dass die Anzahl ländlicher Krankenhäuser bei privaten Trägern im Vergleich zu anderen Trägern nicht sinkt. Es kommen sogar noch neue hinzu, während die anderen Trägerschaften einen

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 41

Trägerschaft nach Ländlichkeit – Zahl der Krankenhäuser

2005, 2009 und 2012; Anteil in %



Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Verzeichnis der Krankenhäuser), BBR (2010). – Anmerkung: Ländlichkeit definiert sich als Dichte über 150 Einwohner/km² und ohne Oberzentrum über 100.000 Einwohner oder mit Oberzentrum über 100.000 Einwohner und Dichte unter 100 Einwohner/km².

Rückgang zu verzeichnen haben. Offenbar fanden auch in ländlichen Regionen Privatisierungen statt. 2012 lag der Anteil der Privaten in ländlichen Regionen bei über 20%. Höher ist der Anteil nur bei den kommunalen und deutlich niedriger bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern.

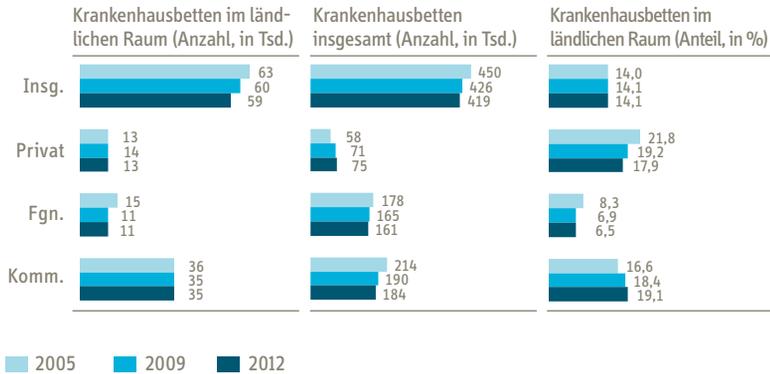
Schaubild 42 illustriert diese zeitliche Entwicklung gemessen an der Zahl der Krankenhausbetten. Seit 2009 ist die Anzahl der Bettenkapazität im ländlichen Raum nahezu unverändert geblieben. Die Anteile sind über die Träger von 2009 bis 2012 leicht zurückgegangen. Nichtsdestotrotz weisen private Träger ein ähnlich hohes Niveau der ländlichen Versorgung auf wie kommunale Träger.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Schaubild 42

Trägerschaft nach Ländlichkeit – Zahl der Krankenhausbetten

2005, 2009 und 2012; Anzahl der Kliniken



Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Verzeichnis der Krankenhäuser), BBR (2010). – Anmerkung: Ländlichkeit definiert sich als Dichte über 150 Einwohner/km² und ohne Oberzentrum über 100.000 Einwohner oder mit Oberzentrum über 100.000 Einwohner und Dichte unter 100 Einwohner/km².

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

In diesem Abschnitt werden Kennzahlen soweit möglich im Zeitablauf dargestellt. Grundlage dafür bilden die öffentlich zugänglichen Daten des Statistischen Bundesamts und die Jahresabschlüsse von Krankenhäusern. Eine Selektion nach „Versorgungskrankenhäusern“ ist nicht möglich, da diese Stichprobe nicht für alle Jahre verfügbar ist. Infolgedessen fällt die hier zu Grunde liegende Krankenhausstichprobe etwas größer aus als in Abschnitt 4. Die Kennzahlen beziehen sich daher stets auf Allgemeinkrankenhäuser. Rein psychiatrische Kliniken und Universitätskliniken sind nicht enthalten.

5.1 Wirtschaftlichkeit

Kennzahlen zur Wirtschaftlichkeit (Tabelle 4 bis 11) weisen auf eine höhere Rentabilität und Investitionstätigkeit hin. Dies zeigt sich insbesondere bei der Analyse der Finanzkennzahlen (Tabellen 2 und 3). Darüber hinaus ist eine höhere Arbeitsproduktivität privater Anbieter zu beobachten, v.a. bei der Betrachtung in

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 4

Case-Mix-Punkte je Vollkraft

2013

	Privat	Fgn.	Kommunal
Insgesamt	35,3	26,9	25,9
Ärztlicher Dienst	192,1	156,7	147,3
Pflegedienst	87,6	68,4	68,4
Nicht-ärztlicher Dienst	43,2	32,5	31,4

Quelle: RWI, WIdO (2015), Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Tabelle 5

Zahl der Fälle je Vollkraft

1996 bis 2013

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	27,4	26,0	24,7
2012	27,4	26,2	24,7
2011	27,3	26,2	24,7
2010	26,7	26,0	24,9
2009	26,5	25,9	24,5
2008	26,0	26,0	24,2
2007	25,8	25,7	23,8
2006	24,0	25,2	23,7
2005	24,3	25,1	23,5
2004	24,5	25,0	22,8
2003	25,3	25,3	22,9
2002	25,2	25,3	22,8
2001	23,2	23,9	21,7
2000	23,6	23,8	21,4
1999	23,2	23,1	20,8
1998	22,4	22,5	20,3
1997	21,4	21,6	19,5
1996	20,8	20,8	18,8

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Bezug auf Casemix-Punkte je Vollkraft (Tabelle 4). Hier sei darauf hingewiesen, dass im Durchschnitt eine Vollkraft in Krankenhäusern in privater Trägerschaft zwar mehr Umsatz, d.h. mehr Casemix-Punkte generiert, gleichzeitig jedoch kaum mehr Patienten zu betreuen hat. Die höhere Zahl an Casemix-Punkte pro Vollkraft resultiert aus dem im Durchschnitt höheren CMI der privaten Krankenhausträger.

Tabelle 6

Zahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst

1996 bis 2013

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	149,1	151,6	140,6
2012	153,8	154,9	142,7
2011	154,7	157,9	145,3
2010	158,3	159,8	150,3
2009	159,5	162,9	150,3
2008	157,9	164,8	150,7
2007	159,6	164,8	150,1
2006	155,3	164,8	152,3
2005	165,0	168,1	154,2
2004	174,2	175,4	156,6
2003	194,3	185,5	167,2
2002	200,2	191,6	171,2
2001	191,8	185,4	165,5
2000	202,1	188,1	166,1
1999	201,9	186,1	164,6
1998	200,6	185,1	162,9
1997	207,2	181,9	162,4
1996	208,1	183,9	160,4

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 7

Zahl der Fälle je Vollkraft im Pflegedienst

1996 bis 2013

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	68,0	66,2	65,3
2012	67,0	66,3	65,1
2011	67,0	65,3	64,3
2010	65,6	65,2	64,9
2009	64,9	64,9	64,2
2008	63,8	65,1	63,2
2007	64,0	64,1	61,9
2006	61,4	62,6	60,9
2005	61,0	61,9	60,7
2004	62,0	61,2	58,1
2003	63,0	61,1	57,8
2002	61,9	60,5	56,9
2001	56,4	56,2	53,2
2000	56,5	55,7	52,8
1999	56,7	54,3	51,3
1998	54,2	53,0	50,1
1997	52,2	50,8	48,2
1996	50,0	48,8	46,4

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Tabelle 8

Zahl der Fälle je Vollkraft im nicht-ärztlichen Dienst

1996 bis 2013

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	33,6	31,5	30,0
2012	33,3	31,6	29,9
2011	33,1	31,4	29,7
2010	32,1	31,0	29,8
2009	31,8	30,8	29,3
2008	31,1	30,9	28,8
2007	30,8	30,5	28,3
2006	28,4	29,8	28,1
2005	28,5	29,5	27,8
2004	28,5	29,2	26,6
2003	29,1	29,3	26,6
2002	28,8	29,2	26,3
2001	26,4	27,4	24,9
2000	26,7	27,2	24,6
1999	26,2	26,3	23,8
1998	25,2	25,6	23,2
1997	23,8	24,5	22,2
1996	23,1	23,4	21,3

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 9

Zahl der Pflegekräfte je Arzt

1996 bis 2013, in Vollzeitäquivalenten

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	2,2	2,3	2,2
2012	2,3	2,3	2,2
2011	2,3	2,4	2,3
2010	2,4	2,5	2,3
2009	2,5	2,5	2,3
2008	2,5	2,5	2,4
2007	2,5	2,6	2,4
2006	2,5	2,6	2,5
2005	2,7	2,7	2,5
2004	2,8	2,9	2,7
2003	3,1	3,0	2,9
2002	3,2	3,2	3,0
2001	3,4	3,3	3,1
2000	3,6	3,4	3,1
1999	3,6	3,4	3,2
1998	3,7	3,5	3,3
1997	4,0	3,6	3,4
1996	4,2	3,8	3,5

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

5.2 Personal

Private weisen einen geringeren Personalkostenanteil auf als andere Krankenhausträger, was sich vermutlich durch eine höhere Fremderbringungsrate (Outsourcing) und damit verbunden einem höheren Sachkostenanteil teilweise erklären lässt (siehe auch Abschnitt 4.2). Es sei darauf hingewiesen, dass bei den Kosten des ärztlichen Dienstes anteilig an den Bruttokosten kaum trägerspezifische Unterschiede bestehen (Tabelle 16).

Tabelle 10
Zahl der Vollkräfte insgesamt
1996 bis 2013, in Tsd.

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	105,6	241,8	291,2
2012	105,6	238,9	287,6
2011	101,0	236,2	287,9
2010	98,9	233,8	283,8
2009	95,8	233,2	286,1
2008	91,9	231,4	286,7
2007	89,6	227,2	289,7
2006	88,1	230,0	290,2
2005	78,3	229,8	302,6
2004	70,4	233,3	313,1
2003	60,7	243,6	327,1
2002	54,4	246,7	337,8
2001	52,4	255,7	339,7
2000	47,5	255,7	346,3
1999	46,0	260,8	351,7
1998	44,5	258,2	362,3
1997	39,4	260,9	372,7
1996	41,2	270,2	375,0

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 11

Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst

1996 bis 2013, in Tsd.

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	19,4	41,6	51,2
2012	18,8	40,5	49,8
2011	17,8	39,2	48,9
2010	16,7	38,0	47,0
2009	15,9	37,1	46,7
2008	15,1	36,6	46,1
2007	14,5	35,5	46,0
2006	13,6	35,2	45,2
2005	11,5	34,3	46,2
2004	9,9	33,3	45,5
2003	7,9	33,2	44,9
2002	6,8	32,6	45,0
2001	6,3	32,9	44,5
2000	5,5	32,3	44,6
1999	5,3	32,3	44,5
1998	5,0	31,4	45,1
1997	4,1	30,9	44,8
1996	4,1	30,6	43,9

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Tabelle 12

Zahl der Vollkräfte im nicht-ärztlichen Dienst

1996 bis 2013, in Tsd.

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	86,2	200,3	240,0
2012	86,8	198,4	237,9
2011	83,2	197,1	239,0
2010	82,2	195,8	236,8
2009	79,9	196,1	239,4
2008	76,8	194,9	240,7
2007	75,1	191,7	243,8
2006	74,5	194,8	245,0
2005	66,7	195,5	256,4
2004	60,5	200,0	267,6
2003	52,8	210,4	282,2
2002	47,6	214,1	292,8
2001	46,1	222,8	295,2
2000	42,0	223,4	301,7
1999	40,7	228,4	307,3
1998	39,5	226,8	317,2
1997	35,3	229,9	327,8
1996	37,1	239,7	331,1

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 13

Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst

1996 bis 2013, in Tsd.

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	42,5	95,2	110,3
2012	43,1	94,5	109,2
2011	41,1	94,6	110,6
2010	40,2	93,2	108,8
2009	39,2	93,2	109,3
2008	37,4	92,6	109,8
2007	36,1	91,2	111,4
2006	34,4	92,6	113,0
2005	31,2	93,2	117,5
2004	27,8	95,5	122,8
2003	24,4	100,8	129,8
2002	22,1	103,4	135,3
2001	21,6	108,6	138,3
2000	19,8	109,1	140,5
1999	18,9	110,8	142,6
1998	18,4	109,6	146,6
1997	16,1	110,7	150,9
1996	17,1	115,0	151,7

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Tabelle 14

Zahl der Vollkräfte im medizinisch-technischen Dienst

1996 bis 2013, in Tsd.

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	13,6	33,7	43,0
2012	13,6	33,1	42,8
2011	12,8	32,3	42,4
2010	12,6	31,6	40,4
2009	12,2	31,3	40,7
2008	11,7	30,9	40,5
2007	11,4	30,2	40,6
2006	12,6	30,5	39,2
2005	10,8	30,5	41,7
2004	9,5	31,0	42,6
2003	8,0	32,1	44,3
2002	7,1	32,5	45,3
2001	7,2	33,6	45,8
2000	6,5	33,4	46,4
1999	6,2	34,0	46,5
1998	6,0	33,3	47,5
1997	5,3	33,2	48,3
1996	5,5	34,1	48,4

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 15

Anteil der Personalkosten an Bruttokosten

2002 bis 2013, Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	56,5	59,9	60,5
2012	55,9	59,6	60,5
2011	55,0	59,1	60,3
2010	55,3	58,7	60,5
2009	55,2	58,8	60,6
2008	55,5	59,3	60,6
2007	56,4	60,4	61,5
2006	58,2	61,7	63,5
2005	59,2	63,1	64,9
2004	59,8	64,1	65,8
2003	59,9	64,8	66,6
2002	59,3	64,9	66,4

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Kostennachweise). – Anmerkung: Die Bruttokosten entsprechen den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Tabelle 16

Anteil der Kosten des ärztlichen Dienstes an Bruttokosten

2002 bis 2013, Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	19,2	18,7	19,1
2012	18,5	18,3	18,8
2011	17,8	17,7	18,2
2010	17,5	17,2	18,0
2009	17,1	16,8	17,4
2008	16,6	16,5	17,1
2007	16,4	16,3	16,9
2006	15,4	16,1	16,8
2005	15,2	16,2	16,7
2004	14,9	15,9	16,3
2003	14,1	15,5	16,0
2002	13,6	15,2	15,6

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Kostennachweise). – Anmerkung: Die Bruttokosten entsprechen den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser.

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 17

Anteil der Kosten des Pflegedienstes an Bruttokosten

2002 bis 2013, Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	17,9	19,2	19,2
2012	18,1	19,5	19,4
2011	17,9	19,8	19,8
2010	18,1	19,7	20,0
2009	18,3	20,1	20,1
2008	18,5	20,5	20,4
2007	19,0	21,1	21,0
2006	19,5	22,0	22,2
2005	20,5	22,8	22,9
2004	20,7	23,7	23,6
2003	21,5	24,4	24,3
2002	21,7	24,8	24,5

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Kostennachweise). – Anmerkung: Die Bruttokosten entsprechen den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

5.3 Medizinische Behandlung

In diesem Abschnitt soll mit weiteren Daten der Frage nachgegangen werden, ob Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern in privater Trägerschaft zu Lasten der medizinischen Betreuung bzw. Qualität geht. Tatsächlich schneiden die Privaten bei der Behandlung von Patienten keinesfalls schlechter ab. Private Krankenhäuser behandeln im Durchschnitt ein älteres und komplexeres Patientengut, was sich in einem höheren CMI widerspiegelt (Vgl. Schaubild 26). Im Vergleich zu anderen Krankenhausträgern lassen sich keine signifikanten Unterschiede in der medizinischen Behandlung erkennen, beispielsweise beim Anteil der Entbindungen mit Kaiserschnitt (Tabelle 18) oder beim Anteil totgeborener Kinder (Tabelle 19).

Tabelle 18

Anteil von Kaiserschnittentbindungen an allen Entbindungen

1996 bis 2013, Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	31,6	31,1	31,7
2012	32,1	30,6	31,6
2011	31,9	30,9	32,3
2010	31,9	30,9	31,9
2009	31,0	30,3	31,2
2008	30,2	29,3	30,2
2007	28,2	28,7	28,9
2006	28,8	27,5	28,5
2005	26,6	26,6	26,8
2004	25,3	25,9	25,7
2003	24,7	24,4	24,8
2002	23,6	23,8	23,4
2001	21,4	22,2	21,4
2000	20,4	20,7	20,6
1999	19,3	19,7	19,5
1998	18,9	19,0	18,6
1997	19,6	18,0	17,6
1996	18,7	17,7	17,0

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 19

Anteil von Totgeburten an allen Geborenen

1996 bis 2013, Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	0,29	0,23	0,27
2012	0,25	0,22	0,29
2011	0,18	0,23	0,31
2010	0,23	0,22	0,30
2009	0,24	0,24	0,29
2008	0,20	0,24	0,31
2007	0,17	0,24	0,29
2006	0,26	0,26	0,29
2005	0,23	0,25	0,31
2004	0,23	0,29	0,31
2003	0,23	0,30	0,33
2002	0,25	0,31	0,37
2001	0,30	0,31	0,37
2000	0,30	0,32	0,36
1999	0,25	0,33	0,40
1998	0,28	0,35	0,38
1997	0,30	0,35	0,39
1996	0,31	0,37	0,41

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Tabelle 20

Anteil ambulanter Operationen nach § 115b SGB V an allen stationären Fällen
2002 bis 2013, Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	10,8	11,3	9,7
2012	10,9	11,2	9,6
2011	11,0	11,3	9,6
2010	11,1	11,6	9,6
2009	11,0	11,3	9,6
2008	11,1	10,8	9,5
2007	10,9	10,2	9,0
2006	9,3	9,4	9,0
2005	8,8	8,2	7,9
2004	8,2	6,8	6,4
2003	6,5	3,9	3,7
2002	5,6	2,8	2,8

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Table 21

Anteil der Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel an den Bruttokosten

2002 bis 2013, Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	16,6	14,6	13,7
2012	16,7	15,0	13,9
2011	17,0	14,9	14,0
2010	17,1	14,7	13,5
2009	16,7	14,4	13,2
2008	15,6	14,1	13,3
2007	15,3	13,8	12,8
2006	15,0	13,5	12,5
2005	15,0	13,0	12,2
2004	15,2	12,7	11,8
2003	15,3	12,4	11,6
2002	15,2	12,6	11,8

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Kostennachweise). – Anmerkung: Die Bruttokosten entsprechen den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Tabelle 22

Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel je Case-Mix-Punkt

2004 bis 2013, in €

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	517	583	561
2012	513	577	559
2011	540	565	549
2010	544	549	521
2009	524	526	504
2008	508	514	503
2007	491	489	478
2006	500	467	454
2005	472	438	430
2004	447	400	405

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Kostennachweise), WIdO (2005-2015). – Anmerkungen: Es bestehen geringfügige Abweichungen zu Werten aus dem letzten Faktenbuch, weil die Datenbasis für den CMI sich verbessert hat.

Tabelle 23

Anteil der Kosten der Arzneimittel an den Bruttokosten

2002 bis 2013, Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	3,1	3,5	4,0
2012	3,2	3,4	3,9
2011	3,3	3,4	3,9
2010	3,5	3,6	4,1
2009	3,7	3,7	4,1
2008	3,9	3,7	4,2
2007	4,0	3,9	4,2
2006	4,1	3,8	4,1
2005	4,0	3,7	4,0
2004	4,0	3,6	3,9
2003	4,0	3,6	3,9
2002	4,1	3,7	4,0

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Kostennachweise). – Anmerkung: Die Bruttokosten entsprechen den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser.

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 24

Kosten der Arzneimittel je Case-Mix-Punkt

2004 bis 2013, in €

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	96	139	163
2012	97	130	156
2011	105	129	154
2010	111	136	160
2009	115	135	156
2008	127	136	158
2007	127	137	158
2006	135	131	150
2005	127	125	141
2004	118	115	135

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Kostennachweise), WIdO (2004-2015). Anmerkungen: Es bestehen geringfügige Abweichungen zu Werten aus dem letzten Faktenbuch, weil die Datenbasis für den CMI sich verbessert hat.

5.4 Gesellschaftliche Aspekte

Zur Wahrnehmung gesellschaftlicher Aufgaben gehört für Krankenhausträger neben der medizinischen Versorgung der Bevölkerung auch der sparsame Umgang mit öffentlichen Ressourcen, die Erwirtschaftung von öffentlichen Ressourcen durch Steuerzahlungen und schließlich die Ausbildung von Fachkräften. Die Daten zeigen, dass Private deutlich weniger Fördermittel erhalten, jedoch wesentlich mehr Steuern zahlen als andere Krankenhausträger (vgl. Tabelle 2). Bei den Ausbildungskosten (Tabelle 25) wiesen die Privaten in der Vergangenheit einen geringeren Anteil an den Bruttokosten auf als die anderen Träger. Er hat sich jedoch stetig erhöht und lag 2013 sogar erstmals über dem Niveau der kommunalen Träger, während er bei den freigemeinnützigen konstant hoch blieb. Er dürfte bei fortanhaltender Dynamik und zunehmendem Fachkräftemangel weiter steigen.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Tabelle 25

Anteil der Ausbildungskosten an den Bruttokosten

2002 bis 2013, Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	0,65	0,82	0,61
2012	0,65	0,82	0,65
2011	0,63	0,80	0,64
2010	0,57	0,79	0,64
2009	0,56	0,78	0,68
2008	0,53	0,79	0,67
2007	0,56	0,79	0,64
2006	0,80	1,04	0,98
2005	0,42	0,77	0,73
2004	0,46	0,80	0,70
2003	0,35	0,76	0,73
2002	0,31	0,76	0,72

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Kostennachweise). – Anmerkung: Die Bruttokosten entsprechen den Brutto-Gesamtkosten der Krankenhäuser.

5.5 Vorhalteleistung

Die Abschnitte 4.5 und 4.8 haben eindrucksvoll aufgezeigt, dass sich Krankenhäuser in privater Trägerschaft an der Bereitstellung der medizinischen Infrastruktur zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Krankenhausversorgung beteiligen. Die folgende Darstellung der Anzahl Intensivbetten je 100 Betten (Tabelle 26) und die Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte je 1 000 Betten (Tabelle 27) im Zeitablauf stellen dies noch einmal dar. Schließlich zeigt die höhere Investitionsquote der privaten Klinikbetreiber, dass sie deutlich mehr in die Infrastruktur investieren als andere Träger (vgl. Tabelle 3).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 26

Zahl der Intensivbetten je 100 Betten

1996 bis 2013

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	6,1	4,8	5,4
2012	6,0	4,6	5,3
2011	5,8	4,5	5,1
2010	5,6	4,4	5,1
2009	5,5	4,3	5,0
2008	5,1	4,2	4,9
2007	4,8	4,1	4,7
2006	4,9	4,1	4,6
2005	4,6	3,9	4,5
2004	4,4	3,8	4,5
2003	4,2	3,7	4,4
2002	4,0	3,8	4,4
2001	3,7	3,8	4,4
2000	3,5	3,7	4,3
1999	3,4	3,6	4,3
1998	3,3	3,5	4,1
1997	3,3	3,4	4,0
1996	3,2	3,3	3,8

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Tabelle 27

Zahl der medizinisch-technischer Großgeräte je 1000 Betten

1996 bis 2013

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2013	21,7	19,7	23,9
2012	21,2	19,3	23,4
2011	20,5	18,8	22,4
2010	19,8	18,6	21,8
2009	19,0	17,6	20,7
2008	18,2	16,7	19,9
2007	16,8	16,3	19,2
2006	16,2	15,4	17,9
2005	14,2	14,8	16,9
2004	13,4	14,0	16,1
2003	12,7	12,7	15,3
2002	12,4	12,2	14,3
2001	4,7	4,0	4,8
2000	4,1	3,7	4,5
1999	3,7	3,4	4,0
1998	3,3	3,0	3,7
1997	3,1	2,7	3,3
1996	3,2	2,4	3,0

Quelle: RWI, Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

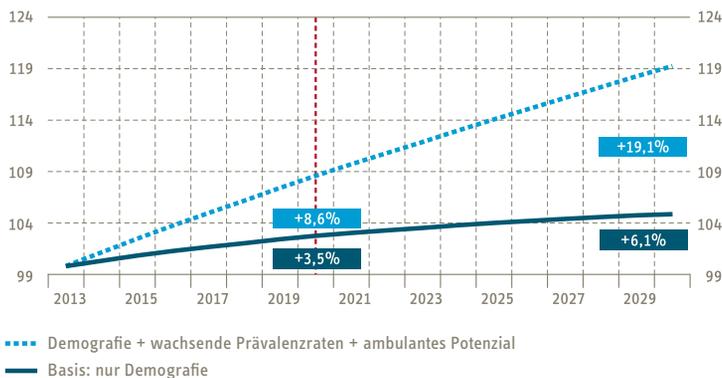
6. Ausblick

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Krankenhausmarkt auch künftig weiter wachsen. Unter Berücksichtigung der erwarteten demografischen Entwicklung, von Trends in den Prävalenzraten und ambulanten Potenzial rechnet das RWI bundesweit bis 2020 mit etwa 9% mehr Fällen als 2013 (Augurzky et al. 2015). Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Zunahme um rund 1,2%. Bis 2030 belief sich die Zunahme insgesamt auf 19%. Bei konstanten Prävalenzraten würde der Anstieg bis 2020 nur 4% bzw. 0,5% p.a. betragen (Schaubild 43). Zukünftig dürfte auch die ambulante Leistungserbringung in und am Krankenhaus eine größere Rolle spielen. Hinzu kommt die anstehende Digitalisierung der Medizin, die einen noch unbestimmten Einfluss auf die Gesundheitsnachfrage entfalten wird. Für die Krankenhausträger wird es von entscheidender Bedeutung sein, sich rechtzeitig an Nachfrageveränderungen mit Hilfe von Investitionen, Prozessoptimierungen sowie Leistungsstrukturanpassungen anzupassen. Das erfordert viel unternehmerisches Geschick und insbesondere Investitionskapital sowie qualifiziertes Personal.

Schaubild 43

Projektion der Zahl der Fälle

2013 bis 2030; 2013=100



Quelle: RWI; FDZ (2013).

Die Gewinnung von qualifiziertem Personal wird ebenso wie die Kapitalakquise also eine große Herausforderung für alle Krankenhausträger sein. Basierend auf Berechnungen im Krankenhaus Rating Report 2015 (Augurzky et al. 2015) ist damit zu rechnen, dass der Personalbedarf im Jahr 2020 insgesamt um 4% höher als

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

2013 liegen wird. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Bedarf im nicht-medizinischen Bereich weiter sinkt, sodass er im medizinischen Bereich sogar noch stärker als 4% wachsen würde. Vor dem Hintergrund eines künftig wohl schrumpfenden Erwerbstätigenpotenzials werden die Arbeitsplätze im Gesundheitswesen attraktiver zu gestalten sein, um das nötige qualifizierte Personal gewinnen und halten zu können. Da aber auch andere Branchen diesen Weg einschlagen werden, kommt dem effizienten Personaleinsatz eine immer größere Bedeutung zu. Nur durch eine weitere Erhöhung der Arbeitsproduktivität – bei gleichzeitiger Erhöhung der Arbeitsplatzattraktivität – wird die Verknappung des Personals bei steigender Nachfrage aufgefangen werden können. In Verbindung mit arbeits-sparenden Investitionen sowie klugen politischen Rahmensetzungen kann dies erreicht werden. Es ist zu hoffen, dass die Gesundheitspolitik die aktuelle Krankenhausreform dazu nutzt, einen adäquaten Ordnungsrahmen hierfür zu schaffen.

Literatur

Augurzky, B., Gülker, R., Krolop, S., Schmidt, Ch. M., Schmidt, H., Schmitz, H., Terkatz, St., (2011), Krankenhaus Rating Report 2011 – Die fetten Jahre sind vorbei. RWI Materialien, Heft 67, Essen.

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

Augurzky, B., S. Krolop, C. Hentschker, A. Pilny und Ch.M. Schmidt (2014), Krankenhaus Rating Report 2014 – Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle. Heidelberg: Medhochzwei.

Augurzky, B., S. Krolop, C. Hentschker, A. Pilny und Ch.M. Schmidt (2014), Krankenhaus Rating Report 2015 – Bad Bank für Krankenhäuser – Krankenhausausstieg vor der Tür?. Heidelberg: Medhochzwei.

BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2010), Referenzdatei, Kreise-Raumordnungsregionen-Regionstypen. Bonn. Internet: www.bbr.bund.de.

Beivers, A., Minartz, C. (2011a), G-DRGs als Vergütungssystem der deutschen Krankenhäuser im Jahre 2011. In Hellmann, W., B. Halbe, C. Kurscheid und D. Wichelhaus (Hrsg.) Herausforderung Krankenhaus für ärztliche Neueinsteiger: Orientierungshilfen für ein komplexes Arbeitsfeld, medhochzwei Verlag, Seiten 109-132, Heidelberg.

Beivers, A., C. Minartz (2011b), Gesundheit als Wirtschaftsfaktor: Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. In Hellmann, W., R. Schmid, C. Schmitz und D. Wichelhaus (Hrsg.), Managementwissen für Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte: Das Basiswissen zu Betriebswirtschaft, Qualitätsmanagement und Kommunikation. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 199-214.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015), Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG). Stand: 28.04.2015. Berlin.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2014), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand Januar 2014. Berlin.

FDZ – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter (2015), Nutzung von Mikrodaten der Krankenhausstatistik im Rahmen der kontrollierten Datenfernverarbeitung. Projektnummer: 2656-2014.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2014), Die gesetzlichen Qualitätsberichte 2012 der Krankenhäuser lesen und verstehen. März 2014. Berlin.

Neubauer, G. (2007), Neuorientierung in der Krankenhausversorgung: Von der Selbstkostendeckung zu Wettbewerbspreisen. In Ulrich, V. und W. Ried (Hrsg.), Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen – Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere Krankenversicherung, Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 365-378.

Porter, M. E. (2010), What is value in health care?, New England Journal of Medicine 363 (26): 2477-2481.

Qualitätsberichte (2012), Strukturierte Qualitätsberichte nach § 137 Abs. 3 SGB V aus dem Jahr 2012. Bereitgestellt vom Gemeinsamen Bundesausschuss.

Schreyögg, J., M. Bäuml, J., Krämer, T. Dette, R. Busse und Geissler, A. (2014), Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach §17b Abs. 9 KHG. Technical Report, Hamburg Center for Health and Economics, Hamburg.

Statistisches Bundesamt (1996ff.), Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 1995 (ff.). Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998ff.), Grunddaten der Krankenhäuser 1996 (ff.). Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.1.1. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt (2004ff.), Kostennachweis der Krankenhäuser 2002 (ff.). Fachserie 12: Gesundheitswesen, Reihe 6.3. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009), Gesundheit auf einen Blick, 2009, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011), Gesundheit: Ausgaben 1995 bis 2009. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2012ff.), Gesundheit: Ausgaben 2010 (ff.). Fachserie 12 Reihe 7.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015a), Preise: Verbraucherpreisindizes für Deutschland. Lange Reihen ab 1948. Januar 2015. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015b), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Inlandsproduktsberechnung Lange Reihen ab 1970 – 2014. Fachserie 18 Reihe 1.5. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2015c), Preise – Preise und Preisindizes für gewerbliche Produkte (Erzeugerpreise). März 2015. Fachserie 17 Reihe 2. Wiesbaden.

Thomas, D., A. Reifferscheid, N. Pomorin, N. und J. Wasem (2014), Instrumente zur Personalbemessung und-finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland (Nr. 204). IBES Diskussionsbeitrag.

TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2014a), Daten zur Patientenzufriedenheit aus der Patientenbefragung 2012/2013. Hamburg.

TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2014b), Qualitätstransparenz im Krankenhaus. TK-Krankenhausbefragung 2014 – Methodik. Hamburg.

Werblow, A. und O. Schoffer (2010), Entwicklung des Personalbestands in allgemeinen Krankenhäusern Deutschlands 2002–2007. Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer.

WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.) (2005ff), Krankenhaus-Report 2005. Stuttgart. Internet: www.krankenhaus-report-online.de/.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

Glossar

BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
BIP	Bruttoinlandsprodukt
Cash Flow	Die einem Betrieb zur Verfügung stehenden Geldmittel. In dieser Studie berechnen wir den Cash Flow als Jahresüberschuss zuzüglich Abschreibungen auf eigenfinanziertes Vermögen.
CM	Casemix – Summe aller Relativgewichte der in einem Krankenhaus erbrachten DRG.
CMI	Casemix Index – Durchschnittliches Relativgewicht eines Krankenhauses oder Fachabteilung: Casemix dividiert durch die Fallzahl.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups – Leistungshomogene Fallgruppen, denen jeder Fall in Abhängigkeit von Diagnosen und durchgeführten Prozeduren zugerechnet wird. Im Jahr 2012 stehen 1.193 verschiedene DRGs zur Verfügung. Jede DRG hat ein Relativgewicht, welches bundesweit in jedem Krankenhaus gleich hoch ist.
FDZ	Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter
EBITDA	Earnings before interest, taxes, depreciation, and amortization – Hier handelt es sich um den Ertrag aus dem operativen Geschäft, d.h. die Erlöse nach Abzug von Personal- und Sachkosten. Es ist eine betriebswirtschaftliche Kennzahl, die relativ gut den Cash Flow eines Unternehmens approximiert.
EBITDA Marge	Betriebliches Ergebnis vor Finanz-, Steuer-, Beteiligungs-, außerordentlichem Ergebnis und Abschreibung dividiert durch Erlöse
EBITDAR	Earnings before interest, taxes, depreciation, amortization and rents
Eigenkapitalquote	Eigenkapital dividiert durch Bilanzsumme

Eigenkapitalquote mit Sonderposten	Eigenkapital inklusive Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme
Erlöse	Summe aus Umsatzerlöse, Bestandsänderungen, aktivierte Eigenleitungen und sonstige betriebliche Erlöse
Fgn.	Freigemeinnützig
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung – Aufstellung der Aufwendungen und Erträge eines Unternehmens für einen bestimmten Zeitraum, normalerweise für ein Wirtschaftsjahr.
ICD	International Statistical Classification of Diseases
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
Personalkosten	Bruttolohn- und Gehaltssumme, soziale Abgaben, Aufwendungen für die Altersversorgung
Rating	Zur Einschätzung der Zahlungsfähigkeit eines Schuldners werden Ratingklassen gebildet. Die Einordnung in eine Klasse erfolgt bei einem bankinternen Rating nach bank-eigenen Kriterien, bei international tätigen Ratingagenturen, wie Moody's, Standard & Poor's oder Fitch erfolgt die Einordnung nach einer umfassenden Prüfung des Unternehmens.
Relativgewicht	Gewicht einer DRG im Rahmen des Vergütungssystems nach DRG-Fallpauschalen; die Vergütung einer DRG ergibt sich aus der Multiplikation ihres Relativgewichts und des Basisfallwerts.
Sachkosten	Materialaufwand (Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, bezogene Waren und Dienstleistungen)
SGB	Sozialgesetzbuch
Sonderpostenquote	Sonderposten dividiert durch Bilanzsumme

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015

TK	Techniker Krankenkasse
VK	Vollkraft
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Glossar

Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2015