

4 Private Krankenhausträger

Thomas Bublitz

Private Krankenhausträger sichern die Versorgung mit Krankenhausleistungen vor allem dort, wo die öffentliche Hand dies aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr gewährleisten kann. Fast alle privat geführten Krankenhäuser wurden in den vergangenen Jahrzehnten aus kommunaler Trägerschaft übernommen. Schließungen von Krankenhausstandorten wurden somit verhindert. Die privaten Klinikunternehmen stehen für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung nach den Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft und sind Motor für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

4.1 Marktstellung privater Klinikträger

Die Krankenhausversorgung in Deutschland basiert auf dem Subsidiaritätsprinzip, nach dem der Staat nur dann aktiv werden soll, wenn Leistungen von nichtstaatlichen Einrichtungen nicht erbracht werden können. Verfassungsrechtlich vorgegebene Aufgabe des Staates ist der allgemeine stationäre Sicherstellungsauftrag, also die Schaffung einer bedarfsgerechten Struktur leistungsfähiger Krankenhäuser – aber nicht ihr Betrieb. In der jungen Bundesrepublik waren Krankenhäuser neben staatlicher vor allem in kirchlicher Trägerschaft, ab Ende der 1980er-Jahre nahm die Zahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft

deutlich zu: 1991 waren 359 Krankenhäuser in privater Hand, 2001 bereits 527, und seit 2015 sind es über 700. Dabei handelt es sich in der Mehrzahl um ehemalige kommunale Krankenhäuser, die mit der Übernahme durch private Träger aus wirtschaftlicher Not gerettet wurden.

! Heute arbeiten nahezu alle diese Häuser im wirtschaftlichen Plus und stehen hinsichtlich medizinischer Qualität und Arbeitgeberattraktivität mindestens auf gleicher Höhe mit den Kliniken anderer Träger.

Im ländlichen Raum sind private Träger besonders stark vertreten: Von den 1.914 deutschen Krankenhäusern ist zwar der größte Teil (724 Kliniken = 37,8%) in privater Trägerschaft, diese Häuser verfügen aber nur über 19% der aufgestellten Betten, da die Privaten häufig kleinere ländlich gelegene Kliniken betreiben. Gemessen an den absoluten Zahlen nehmen private Kliniken zwar weniger häufig an der Notfallversorgung teil als andere Träger. Dies gilt aber nur unter Einrechnung der Spezialversorger (Fachkrankenhäuser, z. B. psychiatrische und neurologische Kliniken), die häufiger in privater Trägerschaft betrieben werden. Bezogen auf die Kliniken der Grundversorgung

gibt es hinsichtlich der Beteiligung an der Notfallversorgung keine signifikanten Unterschiede zwischen den Trägerschaften.

Hinsichtlich der Zahl der behandelten Patienten entspricht der Marktanteil der privaten Träger mit 17,7 % dem Anteil der aufgestellten Betten (19 %). Allerdings sind die behandelten Patienten in privaten Krankenhäusern im Durchschnitt um mehr als zwei Jahre älter als bei anderen Trägern.

Seit Beginn der Corona-Pandemie haben die Krankenhäuser in privater Trägerschaft zusätzliche Kapazitäten zur Behandlung von COVID-19-Patienten geschaffen. Um einen Beitrag zur Transparenz zu leisten und eine datenbasierte Beurteilung der Situation zu ermöglichen, veröffentlichen die privaten Träger die Zahlen zur Intensiv-Belegung ihrer Kliniken. Zudem haben zahlreiche Reha-Kliniken, die sich in der Mehrheit in privater Trägerschaft befinden, den Krankenhäusern Kapazitäten für eine Verlegung von Patienten sowie für die Aufnahme von Kurzzeitpflege-Patienten zur Verfügung gestellt und damit als Ersatzkrankenhäuser zur Entlastung von Akutkrankenhäusern beigetragen.

4.2 Merkmale privater Klinikträger

Krankenhäuser in privater Trägerschaft unterscheiden sich von kommunalen und freigemeinnützigen vor allem dadurch, dass privates Eigenkapital im Unternehmen eingesetzt wird. Die Nutzung des privaten Kapitals ist mit Kapitalkosten in Form von jährlichen Ausschüttungen an die Kapitalgeber verbunden. Diese Form der Kapitalanlage steigert die Investitionskraft deutlich und ist volkswirtschaftlich sinnvoll, weil dadurch dem Gesundheitswesen private Mittel zufließen. Bei nicht-privaten Krankenhäusern entfällt diese Möglichkeit, sie können nur auf knappe öffentliche Fördermittel und auf Fremdkapital zurückgreifen. Ohne ausreichende Investitionen fällt es jedoch schwerer, Strukturen und Betriebsabläufe zu optimieren.

Kapitalgeber und Eigentümer privater Klinikträger sind zumeist Einzelpersonen und die Familien der Firmengründer oder Kapitalgesellschaften mit Anteilseignern, die darauf vertrauen, dass Vorstände und Manager ihre Vermögensanteile gut verwalten. Bei allen privaten Klinikbetreibern steht dabei eine langfristige Wertsteigerung im Vordergrund und nicht die kurzfristige Rendite.

Dies wird auch an der Eigentümerstruktur der drei größten privaten Klinikbetreiber deutlich:

- Die **Helios-Kliniken** (89 Kliniken in Deutschland, 73.000 Mitarbeiter, jährlich 5,6 Mio. Patienten) gehören zur Fresenius SE & Co. KGaA, deren größter Anteilseigner die gemeinnützige Else Kröner-Fresenius-Stiftung ist, die über das größte Stiftungsvermögen (Verkehrswert) aller gemeinnützigen deutschen Stiftungen privaten Rechts verfügt.
- Haupteigentümer des Verbunds der **Asklepios GmbH und Co. KGaA** und der **Rhön-Klinikum AG** (zusammen über 160 medizinische Einrichtungen in Deutschland, jährlich 3 Mio. Patienten, 68.000 Mitarbeiter) sind seit gut 40 Jahren mit den beiden Firmengründern Dr. Bernard große Broermann und Eugen Münch zwei Privatpersonen.
- Aktionäre der **Sana Kliniken AG** (58 Kliniken in Deutschland, jährlich 2,3 Mio. Patienten, 33.000 Mitarbeiter) sind 25 Unternehmen der privaten Krankenversicherungen (PKV), darunter die DKV – Deutsche Krankenversicherung (22,4 %), Signal-Iduna (15 %) und die Allianz (14,4 %).

Weiteres wesentliches Merkmal privater Klinikbetreiber ist, dass sie frei von politischem Kalkül oder weltanschaulichen Motiven agieren und keine Ziele verfolgen, die zu Lasten der Wirtschaftlichkeit und Qualität gehen könnten. Dazu gehört auch die größere Unabhängigkeit gegenüber kommunalpolitischen Entscheidungen, wodurch es für das Management von privaten Krankenhäusern leichter ist, Rationalisierungspotenziale zu identifizieren und auch tatsächlich zu realisieren.

Charakteristisch für Krankenhäuser und Reha-Kliniken in privater Trägerschaft ist außerdem, dass sie besonders attraktive Arbeitsbedingungen bieten, denn sie wissen, dass ihr Erfolg vor allem auf der Professionalität und der Kreativität ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter basiert. Private Kliniken sind in vielen Regionen die attraktivsten Arbeitgeber, was nicht nur an der guten Bezahlung liegt, sondern auch an den besonders guten Arbeitsbedingungen aufgrund hoher Standards in der baulichen, medizinischen und verwaltungstechnischen Ausstattung. Vorbildliche Weiterbildungsmöglichkeiten, gute Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten, ein hoher Anteil von Frauen in Führungspositionen sind wichtige Eckpunkte der Personalpolitik privater Krankenhausträger.

4.3 Qualität und Wirtschaftlichkeit

Private Klinikunternehmen stehen für eine Gesundheitsversorgung nach den Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft. Diese Marktorientierung ist gleichbedeutend mit Patientenorientierung, denn jede Klinik braucht Akzeptanz und Vertrauen, weil Patienten und einweisende Ärzte die Klinik aussuchen, in der sie sich die beste Heilung versprechen. Entscheidend ist also die Qualität einer Klinik – und die muss erkennbar und vergleichbar sein. Daraus folgt die gemeinsame Überzeugung privater Krankenhausträger, dass ein marktwirtschaftliches Leistungsprinzip die besten Steuerungs- und Verteilungsfunktionen für das System der Gesundheitsversorgung bietet. Zentrale Funktion hat dabei der Wettbewerb, der zu Recht auch für das Gesundheitswesen gilt, denn Wettbewerb zwingt die Leistungserbringer im positiven Sinne

- zu mehr Patientenorientierung,
- zur sofortigen Bereitstellung von qualitativ hochwertiger medizinischer Gesundheitsversorgung,
- zur innovativen Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung und zur schnellstmöglichen Verfügbarkeit für alle Bevölkerungsgruppen,
- zu einem effizienten Mitteleinsatz durch die wirtschaftliche Eigenverantwortung der Leistungserbringer,
- und damit zu einer bezahlbaren Gesundheitsversorgung.

Die betriebswirtschaftlich und am Gewinn orientierte Gesundheitsversorgung der Krankenhäuser gerät immer wieder in die öffentliche Kritik. Aber Krankenhäuser müssen Gewinne machen, um fehlende Investitionsfinanzierungen auszugleichen und um die medizinische Versorgungsqualität weiter voranzubringen. Ein wirtschaftlicher Mitteleinsatz ist dafür Grundvoraussetzung.

Überraschend in der kritischen Diskussion einer ökonomisierten Gesundheitsversorgung ist die Tatsache, dass Gewinne von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft allgemein als positiv gewertet werden. Private Träger werden dagegen für ihre Gewinnorientierung kritisiert. Aber sie bekommen für einen Behandlungsfall nicht mehr Geld als andere, sondern genau den gleichen Preis für eine Leistung. Sie nehmen also den Krankenkassen und ihren Beitragszahlern nichts weg,

setzen das Geld aber effizienter ein und erzielen so Überschüsse. Folglich geht der Solidargemeinschaft nichts verloren. Im Gegenteil: Da die Gewinne versteuert werden, profitiert das Gemeinwesen. Und weil sie Gewinne erwirtschaften, können private Träger deutlich mehr als andere Träger zurückinvestieren, z. B. in bessere, effizientere Gebäude mit kurzen Wegen, in moderne Medizintechnik und IT und in schlankere innerbetriebliche Prozesse.

Die Gewinne sind auch nicht „unmoralisch“, sondern die Belohnung dafür, dass privates Kapital bereitgestellt wird, wo der Staat es nicht (mehr) kann.

Dass wirtschaftlicher Erfolg und die Qualität der Patientenversorgung eng zusammenhängen, belegen zahlreiche wissenschaftliche Analysen [Augurzky et al. 2018; Augurzky et al. 2015; BDPK 2021]. Sie zeigen, dass Krankenhäuser mit positiven Jahresabschlüssen eine bessere medizinische Ergebnisqualität erzielen und dass private Träger weniger häufig qualitative Auffälligkeiten aufweisen und die Zahl kritischer Qualitätsdialoge bei ihnen deutlich niedriger ist als bei anderen Trägern. Die immer wieder aufgestellte Behauptung, Gewinne privater Kliniken gingen zu Lasten der Patientenversorgung, ist also falsch und fußt auf einer verkürzten Darstellung – ebenso verkürzt wie die Annahme, dass Krankenhäuser mit hohen Verlusten eine bessere Patientenversorgung anbieten. Für alle Akteure im Gesundheitssektor gilt das ethische Gebot, medizinische Leistungen auf dem Stand der neuesten medizinischen Erkenntnisse zu organisieren. Dazu müssen die aktuell geltenden Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften in den Versorgungsalltag des Krankenhauses übersetzt werden. Nur in diesem stetigen Bestreben zwischen Über-, Unter- und Fehlversorgung abzuwägen, lässt sich eine gute und effiziente medizinische Patientenversorgung organisieren.

4.4 Innovationen und Initiativen

Private Krankenhausträger sind häufig Motor für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Zahlreiche Initiativen, Konzepte und Projekte, die von den Privaten gegründet und entwickelt wurden, sind heute feste Größen in der medizinischen Versorgung. Dafür einige Beispiele:

4.4.1 Qualitätskliniken.de

Qualitätskliniken.de ist heute ein unabhängiges Internetportal einen Qualitätsvergleich von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Entwickelt und realisiert wurde das Portal auf Initiative und unter Mitwirkung der privaten Klinikunternehmen Asklepios Kliniken GmbH, Rhön-Klinikum AG und Sana Kliniken AG. Zum Start im Juni 2010 veröffentlichten mehr als 250 Kliniken aus der Akut- und Reha-Versorgung ihre Qualitätsergebnisse in bis zu fünf Dimensionen in einer Klinikvergleichsliste. Nach Auffassung der Gesellschafter von Qualitätskliniken.de bedarf es mit der gesetzlichen Verankerung internetbasierter Gesundheitsinformationen über die Behandlungsqualität des Betriebs eines eigenen Krankenhausvergleichsportals unter der Regie von Qualitätskliniken.de nicht mehr. Der Betrieb des Krankenhausportals wurde deshalb zum 31.12.2018 beendet. Die im Laufe der langjährigen Tätigkeit gewonnene Expertise über Qualitätsindikatoren und deren Berechnung wurde dem IQTIG zur Verfügung gestellt. Heute konzentriert sich das Portal auf den Qualitätsvergleich von Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. Als unabhängiges Internetportal ist es Patienten und deren Angehörigen ebenso wie Ärzten und Krankenkassen bei der Wahl der passenden Rehaklinik behilflich.

4.4.2 IQMG

Das Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (IQMG) wurde im Jahr 2001 von privaten Klinikunternehmen gegründet und setzt sich für die Weiterentwicklung der Qualität in der stationären und rehabilitativen Versorgung in Deutschland ein, berät Reha-Einrichtungen und Krankenhäuser in Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements und bietet mit seinen Seminaren und jährlichen Qualitätstagungen vielfältige Informations- und Vernetzungsmöglichkeiten. Mit dem exzellenzorientierten IQMP-Reha und dem IQMP kompakt bietet das IQMG zwei von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR e. V.) anerkannte interne QM-Verfahren an.

4.4.3 IQM

In der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) engagieren sich länder- und trägerübergreifend der-

zeit rund 500 Krankenhäuser für mehr Qualität in der Medizin. In Deutschland und der Schweiz versorgen die IQM Mitglieder jährlich ca. 7,8 Mio. Patienten stationär. Das entspricht einem Anteil von knapp 40% in Deutschland und rund 35% in der Schweiz. Gegründet wurde IQM im Jahr 2008 vom „Club der Mutigen“, einem trägerübergreifenden Zusammenschluss von Helios Kliniken GmbH, Johanniter GmbH Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Einrichtungen, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), MTC Malteser Trägergesellschaft gGmbH, SRH Kliniken GmbH, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der TU Dresden, Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken, Universitätsspital Basel und Ärztekammer Berlin. Die Charité – Universitätsmedizin Berlin, die Damp Holding AG, die Gesundheit Nordhessen Holding AG, die Klinikum Saarbrücken gGmbH, die Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH und die Ludwig-Maximilians-Universität München kamen 2009 als weitere Gründungsinitiatoren dazu.

4.4.4 Regionale Gesundheitsbudgets

Private Klinikträger haben gemeinsam mit Prof. Dr. Boris Augurzyk, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, ein neuartiges, sektorenübergreifendes Vergütungsmodell entwickelt. Mit dem im Juni 2019 vorgestellten Modell der „Regionalen Gesundheitsbudgets“ würde das bisherige Vergütungsprinzip der deutschen Krankenversicherung grundlegend geändert: Krankenkassen bezahlen heute für die Behandlung ihrer Versicherten diagnosebezogene Gebühren und Fallpauschalen an Ärzte und Krankenhäuser. Nach dem neuen Modell sollen Kliniken eine Versorgungspauschale je Versicherten bekommen – unabhängig davon, ob der Versicherte im Krankenhaus behandelt wurde oder wie aufwendig eine Behandlung war. Solche pauschalisierten Populationsbudgets könnten mehrere Probleme des gegenwärtigen Vergütungssystems lösen, zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen beitragen und sogar dem Fachkräftemangel entgegenwirken. Die häufig kritisierten Fehlanreize durch die derzeitigen Diagnose-Fallpauschalen in der Krankenhausvergütung würden entfallen, und der von allen bemängelte bürokratische Abrechnungsaufwand des aktuellen Systems würde

minimiert. Stattdessen schafft die neue Abrechnungsmethode Anreize zur Prävention, und der Qualitätswettbewerb in der medizinischen Versorgung wird belebt – davon profitieren vor allem die Bürgerinnen und Bürger.

Literatur

- Augurzky, B, Beivers A, Pilny A (2018) Krankenhäuser in privater Trägerschaft – RWi-Faktenbuch. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Essen
- Augurzky, B, Pilny A, Wübker A (2015) Krankenhäuser in privater Trägerschaft – RWi-Faktenbuch. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e. V., Essen
- BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (2021) Das Image von Krankenhäusern in privater, kommunaler und kirchlicher Trägerschaft – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Forsa-Bevölkerungsumfrage, Berlin. URL: https://www.vpksh.de/fileadmin/user_upload/Website/Studien-Gutachten/Forsa_Umfrage_2021_BDPK.pdf (abgerufen am 29.11.2021)