

DIAGNOSE

Der Newsletter für Gesundheitspolitik

- ▶ »GEWINNE SCHAFFEN FREIRÄUME«
- ▶ WAS KOSTET EIGENTLICH DIE FRÜHREHABILITATION BEI MULTIPLER SKLEROSE?
- ▶ GASTBEITRAG VON GÜNTER NEUBAUER

3 | 2022



DER »FEHLERLOSE« STAAT UND DIE PRIVATEN KLINIKRETTER

Von Kai Hankeln

Immens gestiegene Öl- und Gaspreise und hohe Profite der Energiewirtschaft haben reflexhaft zu Forderungen nach einer Übergewinnsteuer geführt. Ob in diesem Fall zu Recht, sei dahingestellt. Fest steht aber: Hierzulande ist das Misstrauen gegenüber der Privatwirtschaft extrem ausgeprägt – während dem Staat gegenüber eine erstaunliche Vertrauensseligkeit herrscht. So pries Bundeswirtschaftsminister Robert Habeck Ende Mai den Rechtsstaat als Garant von Stabilität und als großen Standortvorteil. »Der Rechtsstaat heißt, die Verwaltung macht keine Fehler«, fuhr er fort. Zum Beispiel seien die Bescheide von Bund, Ländern und Kommunen in der Regel richtig. Es sei »das Selbstverständnis von Verwaltung, die Dinge richtig zu machen« – auch wenn dies zu »möglichst vielen Sicherungen, möglichst vielen Prüfschleifen«

und einer gewissen »Verwaltungsbehäbigkeit« führe.

Da kann man anderer Meinung sein. Viele staatliche Großprojekte der Vergangenheit waren alles andere als fehlerlos, auch die faxenden Gesundheitsämter in der Pandemie und die direkt in die Abhängigkeit von Despoten führende Energiepolitik wirken nicht, als seien hier viele »Sicherungen« eingebaut gewesen.

Mehr »privat« gibt es seit 30 Jahren in der Kliniklandschaft. In diesem Zeitraum ist die Anzahl der Häuser in privater Trägerschaft von rund 370 auf über 730 gestiegen (während die aller Häuser um ein Fünftel auf rund 1900 schrumpfte). Für Staatsgläubige ist es ein Graus, aber die Privaten tragen inzwischen einen großen Teil zur Daseinsvorsorge bei. Und das durchaus mit Erfolg. Im Gesundheitssystem lassen sich privater Unterneh-

mergeist und die Verwaltungsmentalität staatlicher Institutionen direkt vergleichen. Darüber schreibt unser Autor Gerrit Wiesmann in unserem Hauptartikel auf Seite 2 und 3 und zitiert Erfahrungen aus beiden Bereichen. Dass dabei eine ideologische Haltung einer objektiven Betrachtung oftmals im Weg steht, zeigt wie immer unser Karikaturist Heiko Sakurai anschaulich (oben). Gastautor Günter Neubauer erklärt, wie private Krankenhausunternehmen immer wieder zu Klinikrettern werden und warum es ohne sie zahlreiche Kliniken gar nicht mehr gäbe. Ich wünsche Ihnen eine angenehme Lektüre.

Kai Hankeln ist CEO der Asklepios Kliniken und operativer Geschäftsführer der Regionen Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein.

»GEWINNE SCHAFFEN FREIRÄUME«

Krankenhäuser in privater Trägerschaft erwirtschaften Überschüsse, die wieder in die Gesundheitsversorgung investiert werden. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag. **Von Gerrit Wiesmann**

Das kommunale Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein mit seinen fünf Häusern in und um Koblenz soll nach Willen der Koblenzer Stadtführung mehrheitlich an ein privates Klinik-Unternehmen verkauft werden. Die Teilprivatisierung soll die zwei kommunalen und vier freigemeinnützigen Träger des chronisch defizitären Klinik-Verbunds von finanziellen Risiken befreien – die Verluste von 2019 bis 2021 summieren sich auf knapp 37 Millionen Euro – und Investitionen ermöglichen. Doch ist der Schritt im Stadtrat und auf den Straßen von Koblenz umstritten: Ein privates Unternehmen müsse seinen Aktionären Rechenschaft ablegen, nicht aber dem Bürger vor Ort, so eine Bürgerinitiative.

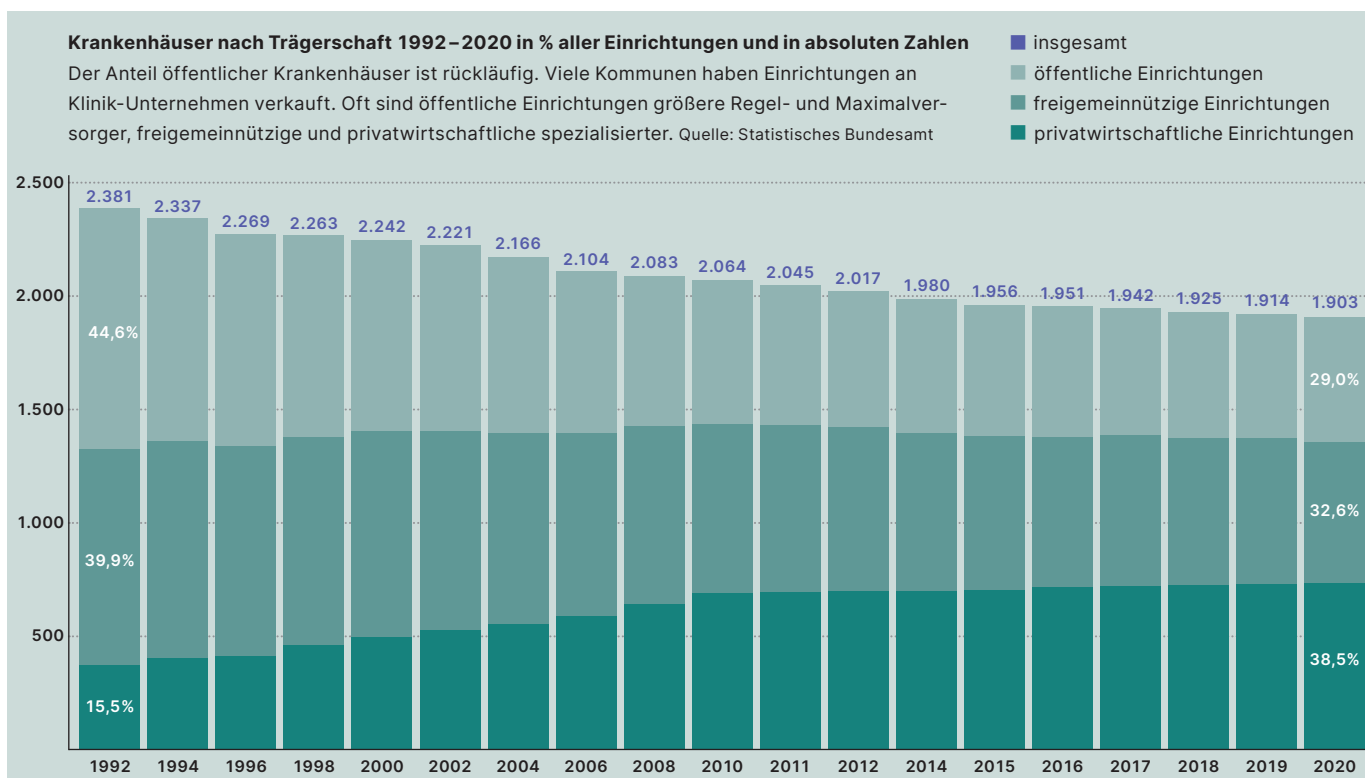
»Von 1995 bis 2015 hat die Privatisierung kommunaler Kliniken stark zugenommen und der Trend hält in verlangsamtem Maße an,« sagt Jörg Schlüchtermann, Professor für Betriebswirtschaftslehre an der Universität Bayreuth. »Die Verluste eines kommunalen Krankenhauses können viele Kommunen irgendwann nicht mehr tragen. Die privaten Träger sind finanziell erfolgreicher – auch wenn dies nicht allein auf Gewinnorientierung, sondern auch auf Größe fußt.« Laut Statistischem Bundesamt hat sich der Anteil von Kliniken in privater Trägerschaft zwischen 1992 und 2020 von 15,5 auf 38,5 Prozent mehr als verdoppelt. Trotzdem hadern viele Bürger mit diesen Häusern.

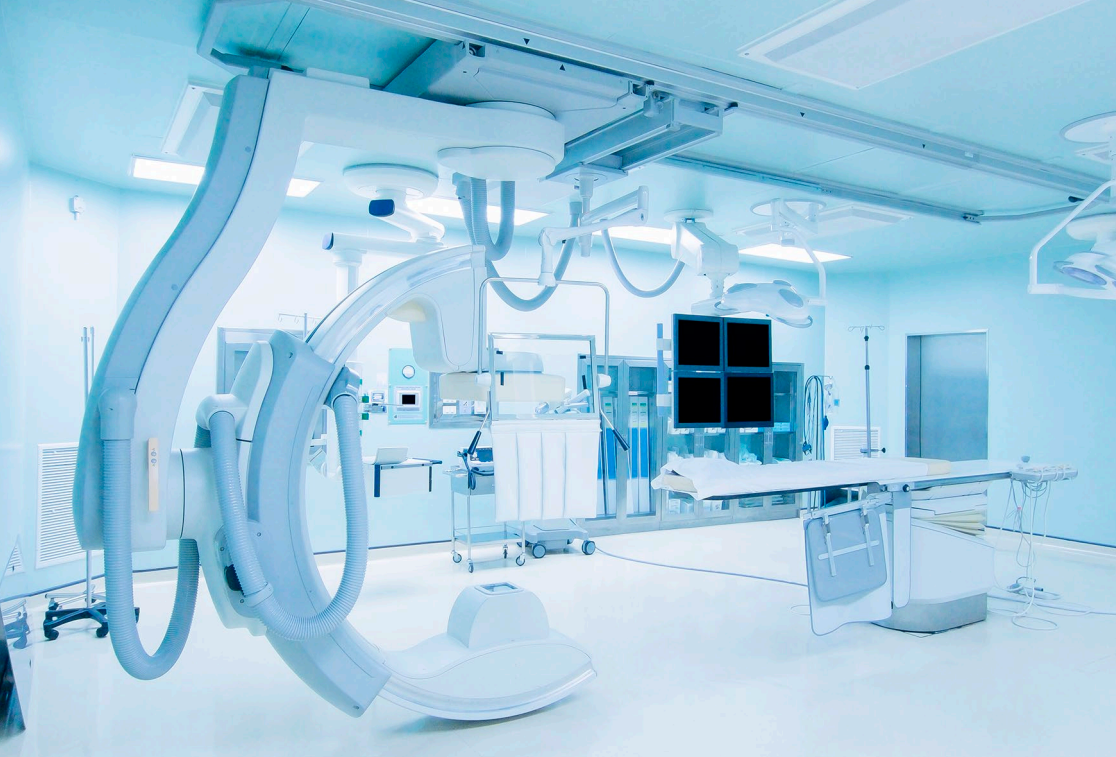
»Man hört oft: Die privaten Träger wollen Profite machen, was schlecht ist, die kommunalen das Gemeinwohl erhalten, was gut ist,« sagt Ingo Mehner, Bürgermeister von Bad Tölz. »Doch greift

das zu kurz. Denn Profite sowie Gemeinwohl gibt es nur, wenn die Qualität der Gesundheitsversorgung stimmt – in dem Fall sind die Interessen von Privatwirtschaft und Öffentlichkeit gleich.« Er weiß, wovon er spricht: Vor 20 Jahren hat die Stadt ihr Stadtklinikum den Asklepios Kliniken verkauft. Aus einem defizitären kommunalen Haus wurde ein profitables privates. »Es folgten Investitionen, die sich Bad Tölz nie hätte leisten können, Qualität und Leistungsspektrum wuchsen stark.«

Mit seinen 270 Betten zählt das Stadtklinikum Bad Tölz laut FAZ-Institut zu den 20 besten Krankenhäusern mit 150 bis 300 Betten. Zudem misst der AOK-Gesundheitsnavigator mit einer Weiterempfehlungsrates von 84 Prozent eine überdurchschnittliche Patientenzufriedenheit. Asklepios hat seit 2002 insgesamt 67,1 Millionen Euro in den Standort Bad Tölz investiert und weitere 27,5 Millionen Euro für Instandhaltung aufgewendet. Dadurch wurde das Leistungsspektrum von acht auf 12 Fachabteilungen erweitert, etwa um die Gefäßchirurgie. Infolgedessen ist auch die Anzahl der Krankenhaus-Mitarbeiter von 491 im Jahr 2002 auf derzeit 827 gestiegen.

»Gewinne schaffen Freiräume, ein Krankenhaus weiterzuentwickeln,« sagt Guido Lenz, Geschäftsführer der Asklepios Klinik Birkenwerder, der auch lange für Kliniken in kommunaler Trägerschaft gearbeitet hat. Durch das wirtschaftliche Agieren sei es für ein privatgeführtes Krankenhaus normal, fünf bis sechs Jahre im Voraus Investitionen und Versorgung zu planen und umzuset-





Ein moderner hybrider Operationsaal für minimalinvasive Herzchirurgie: Die Gesundheitsversorgung profitiert von technologiegetriebenen Innovationen – und erfordert somit laufend Investitionen.

zen. »Wenn ich die Gefäßchirurgie ausbauen, hybride Operationen anbieten oder hochwertige CT-Geräte kaufen möchte, reichen nette Parolen wie »nach vorne blicken« nicht«, sagt er. »Ich brauche echtes Geld für konkrete Modernisierungsschritte – und das kommt eben am ehesten von privaten Trägern.«

Kliniken in privater Trägerschaft wiesen nach Angaben des Beratungsunternehmens PwC 2019 eine Investitionsquote von über 15 Prozent aus, öffentliche Häuser (ohne Uni-Kliniken) und freigemeinnützige nur rund 12 Prozent. Gründe lieferte der »Krankenhausvergleich 2020« gleich mit: Bei den privaten Kliniken lag die operative Marge bei über sieben Prozent und die Eigenkapitalquote bei 30 Prozent, bei den öffentlichen lag die EBITDA-Quote 5 Punkte im Minus und das Eigenkapital bei nur 10 Prozent. Auch hierfür hatte PwC eine Erklärung: Private Häuser schienen »am effizientesten zu arbeiten«, etwa kämen auf jede Vollkraft 30,1 Krankheitsfälle, fast 4,5 mehr als in öffentlichen Kliniken.

»Wir liefern hohe Qualität bei relativ geringen Kosten,« sagt Lenz. Das liege zum einen am privatwirtschaftlichen Leistungsprinzip und zeige sich in Form von stringenteren Strukturen und besserer Führung. Es liege aber auch an den Verbundeffekten eines großen Konzerns. Durch einen gebündelten Einkauf könnten alle Häuser zu besseren Konditionen einkaufen. Dank Experten wie Baufachleuten und Juristen in der Konzernzentrale käme bei Projekten oder Problemen schneller Rat. Ein Qualitätsmanagement mit konzernweit einheitlichen Standards sei Garant der guten Versorgung vor Ort. »Wir geben dem gesamten Kliniksystem Impulse in Sachen Fortschritt und Innovation.«

Das wussten auch die Bundestagsabgeordneten, die 1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz verabschiedeten. »Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser«, heißt es gleich zu Beginn, wobei auch »die Vielfalt der Krankenträger zu beachten« sei. Nach Angaben Schlüchtermanns wusste der Gesetzgeber, dass das Gesundheitssystem auch privates Kapital brauchen würde. »Die Politik wusste private Träger nicht als gierige Geldmacher zu verpönen, sondern als Impulsgeber für das System zu nutzen. Sie wusste aber auch, dass die Privaten nicht alles machen könnten – ein Uni-Klinikum kommt ohne staatliche Zuschüsse nicht aus.«

Auch der Bürgermeister von Bad Tölz spricht sich für das dreigliedrige System aus – aus eigener Erfahrung. Wegen Personalmangel und Qualitätssorgen schloss Asklepios 2017 die Tölzer Geburtshilfe, die von drei niedergelassenen Ärzten als Belegabteilung geführt worden war. »Ein kritischer Punkt«, sagt Mehner. »Viele dachten, der Private macht einfach dicht, womit er kein Geld verdient.« Da zeitgleich die Geburtshilfe in der benachbarten Kreisklinik Wolfratshausen auch nicht mehr als Belegabteilung geführt werden konnte, entschied sich der Landkreis, dort mit kommunalen Mitteln eine Hauptabteilung einzurichten. Die Bürger vor Ort haben also wieder ein Stück Kontrolle. Nur – wie lange noch?

Gerrit Wiesmann schreibt als freier Journalist unter anderem für den »Economist«. Zuvor war er Korrespondent der »Financial Times« und der »Financial Times Deutschland«.

Impressum

Herausgeber: Asklepios Kliniken GmbH & Co. KGaA | Rübenkamp 226, 22307 Hamburg | E-Mail: rune.hoffmann@asklepios.com | www.asklepios.com
V.i.S.d.P.: Rune Hoffmann | Redaktion: Brunswick Group, Berlin | Gestaltung: berndt & fischer, berlin gbr
Bildnachweis: Heiko Sakurai (S.1), Shutterstock (S. 3, 4), privat (S.4)

WAS KOSTET EIGENTLICH ...

Multiple Sklerose (MS) ist eine chronische, nicht ansteckende Entzündung des zentralen Nervensystems, also von Gehirn und Rückenmark. MS ist eine Fehlsteuerung des Immunsystems, eine sogenannte Autoimmunerkrankung, die Nerven-Strukturen zerstört und dadurch unterschiedlichste Symptome verursacht. Die Krankheit ist unheilbar und verläuft oft in Schüben, die aber meist mit Medikamenten gebremst werden können.

... DIE FRÜHREHABILITATION BEI MULTIPLER SKLEROSE?

| | |
|---------------------------------------|------------------|
| Personalkosten Ärzte | 1.642 € |
| Erstattung durch Krankenkassen | 1.183 € |
| Personalkosten Pflegedienst | 5.336 € |
| Erstattung durch Krankenkassen | 2.338 € |
| Medizinisch-technischer Dienst | 1.654 € |
| Erstattung durch Krankenkassen | 1.370 € |
| Sachkosten | 861 € |
| Erstattung durch Krankenkassen | 545 € |
| Kosten Infrastruktur | 3.252 € |
| Erstattung durch Krankenkassen | 3.820 € |
| <hr/> | |
| Gesamtkosten Klinik | 12.745 € |
| Erstattung durch Krankenkassen | 9.256 € |
| Gesamtverlust Klinik | - 3.489 € |

Quelle: AK Harburg

Gastbeitrag von Günter Neubauer

PRIVATE ALS RETTER

Die Diskussion, ob und inwieweit in Deutschland private Unternehmen in der Gesundheitsversorgung allgemein und in der Krankenhausversorgung im Speziellen mitwirken sollen, verkennt, dass in den letzten 25 Jahren etwa 500 wirtschaftlich bedrohte Plankrankenhäuser von privaten Klinikunternehmen übernommen wurden.

Nahezu alle diese Häuser wiesen Defizite aus, welche die früheren Eigentümer weder übernehmen wollten noch beseitigen konnten. Als Retter erwiesen sich private Träger, die sich zutrauten, die Defizite zu beseitigen und in Überschüsse umzuwandeln. Da in Deutschland die Entgelte für Leistungen von Plankrankenhäusern pro Bundesland einheitlich reguliert sind, können private Krankenhausbetreiber nicht durch höhere Preise Überschüsse erzielen, sondern lediglich durch Kostensenkungen. Um diese realisieren zu können, sind aber in der Regel Investitionen in die Leistungsprozesse erforderlich. Die Mittel, mit denen sich die Länder an Investitionen beteiligen, sind jedoch insgesamt so niedrig, dass damit kaum Rationalisierungsinvestitionen finanziert werden können. Es ist der große Vorteil der privaten Krankenhausgruppen, dass sie Überschüsse größtenteils in die interne Kostensen-

kung reinvestieren. Ein kleinerer Teil der Überschüsse fließt als Lohn für das unternehmerische Risiko und das eingesetzte Kapital an die Eigentümer. Die privaten Träger haben somit die Kostenführerschaft übernommen und sind für alle anderen Krankenhäuser Vorbild geworden. Viele öffentliche Häuser schlagen nun ähnliche Wege ein: Hilfsdienste wie Reinigung und Lebensmittelversorgung werden an Spezialisten extern vergeben, unterstützende Leistungen wie Medikamentenversorgung oder Diagnostik zusammengelegt, um Kosten zu senken.

Häufig ist aber zum Beispiel kommunalen Krankenhäusern die Möglichkeit genommen, ihre Beschäftigten flexibel einzusetzen, weil Tarifverträge dies nicht zulassen. Auf dem Umweg über eine Privatisierung gelingt es, alte, erstarrte Strukturen aufzubrechen.

Schließlich waren es auch die privaten Betreiber, die das Management der Kliniken weiterentwickelt haben. Zu Beginn der Privatisierungswelle Anfang der 1990er-Jahre waren Geschäftsführer meist Verwaltungsleiter mit geringen Befugnissen, die in erster Linie die Zahlungsströme zu registrieren hatten – Eigenverantwortung war die Ausnahme. Die privaten Kliniken setzten hingegen Geschäftsfüh-

rer ein, die ihr Betriebsergebnis zu verantworten hatten. Dies ist nun an fast allen Kliniken Usus, auch weil es ein Brain-Drain weg von den privaten gab. Viele Führungskräfte in öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern waren davor im mittleren Management bei privaten Kliniken.

Eine wichtige organisatorische Innovation der Privaten ist die Krankenhausgruppe. Die Vorteile der Unternehmensgröße haben die Privaten von vorneherein konsequent genutzt. Vorteile liegen nicht nur in den Beschaffungsvorgängen, sondern auch im Management. Eine Krankenhausgruppe kann zum Beispiel die Digitalisierung oder Ökologisierung der Versorgung viel professioneller angehen als kleine Krankenhäuser.

So bleibt die Frage: Sollten also alle Krankenhäuser privatisiert werden? Die Antwort: Nein. Dann ginge nämlich der Wettbewerb der verschiedenen Unternehmensformen als wichtiger Impuls für Veränderungen verloren.

Günter Neubauer ist seit 1991 Direktor des IfG – Institut für Gesundheitsökonomik in München und seit 2010 Vorstand von Health Care Bayern e.V.. Von 1976 bis 2006 war er Professor für Volkswirtschaftslehre an der Universität der Bundeswehr, München, mit dem Forschungsschwerpunkt Gesundheitsökonomie.