



Materialien

Boris Augurzky
Andreas Beivers
Rosemarie Gülker

Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft

2012

Impressum

Vorstand des RWI

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Henning Osthues-Albrecht; Dr. Rolf Pohlig; Reinhold Schulte
(stellv. Vorsitzende);

Manfred Breuer; Dr. Hans Georg Fabritius; Prof. Dr. Justus Haucap; Hans Jürgen
Kerkhoff; Dr. Thomas Köster; Dr. Thomas A. Lange; Martin Lehmann-Stanislawski;
Andreas Meyer-Lauber; Hermann Rappen; Reinhard Schulz; Dr. Michael H.
Wappelhorst

Forschungsbeirat

Prof. Dr. Claudia M. Buch; Prof. Michael C. Burda, Ph.D.; Prof. Dr. Lars P. Feld;
Prof. Dr. Stefan Felder; Prof. Nicola Fuchs-Schündeln, Ph.D.; Prof. Timo Goeschl,
Ph.D.; Prof. Dr. Justus Haucap; Prof. Dr. Kai Konrad; Prof. Dr. Wolfgang Leininger;
Prof. Regina T. Riphahn, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht; Prof. Dr. Paul Klemmer †; Dr. Dietmar Kuhnt

RWI Materialien Heft 72

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2012

Schriftleitung:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktionelle Bearbeitung:

Joachim Schmidt

Konzeption und Gestaltung:

Julica Marie Bracht, Daniela Schwindt, Benedict Zinke

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-382-5

Materialien

Boris Augurzky, Andreas Beivers und Rosemarie Gülker

Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft

2012

Heft 72

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

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

Die vorliegende Arbeit basiert auf einem Projekt für den BDPK – Bundesverband deutscher Privatkliniken e.V.

Dr. Boris Augurzky ist Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI in Essen.

Prof. Dr. Andreas Beivers ist Studiendekan für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius in München.

Rosemarie Gülker ist Wissenschaftlerin am RWI in Essen.

Das RWI ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft.
Es wird vom Bund und vom Land Nordrhein-Westfalen gefördert.

ISSN 1612-3573

ISBN 978-3-86788-382-5

Vorwort

Die Privatisierung von Krankenhäusern, d.h. der Trägerwechsel von kommunalen und privat-freigemeinnützigen¹ hin zu privat-gewinnorientierten² Trägern wird seit Beginn dieser Entwicklung Anfang der 1990iger Jahre kontrovers diskutiert. Zur Versachlichung der Debatte wurde im Jahr 2009 das Faktenbuch „Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft“ mit Daten aus dem Jahr 2006 erstellt. Ziel war eine wissenschaftlich fundierte Bewertung der Krankenhausprivatisierung in Deutschland durch Darstellung und Auswertung relevanter Kennziffern zum Krankenhausmarkt, differenziert nach Trägerschaft.

Das vorliegende, aktualisierte Faktenbuch hat sich zum Ziel gesetzt, erstens die bereits mit Daten aus dem Jahr 2006 durchgeführten Analysen auf die aktuelle Datenbasis aus dem Jahr 2009 zu stellen, zweitens zusätzliche Themen zu beleuchten und drittens die Stichprobe nur auf die Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag zu beschränken. Universitätskliniken werden dabei herausgerechnet, weil sie neben der Krankenversorgung auch der Forschung und Lehre nachgehen, sodass ihre Kennzahlen nicht direkt mit nicht-universitären Krankenhäusern verglichen werden können. Ebenso werden rein psychiatrische oder psychotherapeutische sowie reine Tages- und Nachtkliniken aus der Analyse entfernt. Die Untersuchung beschränkt sich dabei auf empirisch beobachtbare Einflussfaktoren der Krankenhausprivatisierung. Es kann sich daher naturgemäß nur um einen Teil aller denkbaren Einflussfaktoren handeln.

Wir danken Corinna Hentschker und Adam Pilny für wertvolle Unterstützung bei der Erstellung der Studie. Dem Statistischen Bundesamt danken wir für die Bereitstellung von amtlichen Daten und Anette Hermanowski, Julica Bracht, Ailine Lingnau, Claudia Lohkamp, Lutz Morgenroth, Daniela Schwindt und Benedict Zinke für die organisatorische Hilfe. Die Verantwortung für den Inhalt und für eventuelle Fehler tragen allein die Autoren.

¹ Im Folgenden freigemeinnützig genannt.

² Im Folgenden privat oder auch die „Privaten“ genannt.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Inhalt

- **Vorwort 3**
- 1. Einleitung 9**
- 2. Besonderheiten von Krankenhäusern
in privater Trägerschaft 11**
- 3. Datengrundlage 15**
- 4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser 19**
 - 4.1 Marktanteile 19
 - 4.2 Wirtschaftlichkeit 21
 - 4.3 Ertragskraft und Investitionsfähigkeit 24
 - 4.4 Beteiligung an der medizinischen Versorgung 28
 - 4.5 Qualität 32
 - 4.6 Sicherstellung der regionalen Versorgung 34
- 5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser 37**
 - 5.1 Wirtschaftlichkeit 38
 - 5.2 Personal 42
 - 5.3 Medizinische Behandlung 46
 - 5.4 Gesellschaftliche Aspekte 49
 - 5.5 Vorhalteleistung 51
- 6. Ausblick 52**
- **Glossar 55**
- **Literatur 57**

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Verzeichnis der Schaubilder

Schaubild 1	Marktvolumen im Gesundheitswesen	9
Schaubild 2	Zahl der stationären Fälle und der ambulanten Operationen	10
Schaubild 3	Mindest-EBITDA-Marge der Krankenhäuser	12
Schaubild 4	Ableitung der Mindest-EBITDA-Marge für private Trägerschaft	13
Schaubild 5	KHG-Fördermittel	15
Schaubild 6	Datenbasis der empirischen Untersuchungen	16
Schaubild 7	Vergleich der Stichprobe und der Selektion Versorgungskrankenhäuser	19
Schaubild 8	Marktanteil	20
Schaubild 9	Bereinigte Kosten	21
Schaubild 10	Sachkosten	22
Schaubild 11	Personalkosten	22
Schaubild 12	Case-Mix-Punkte je Vollkraft	23
Schaubild 13	Zahl der Fälle je Vollkraft	24
Schaubild 14	EBITDA-Margen	25
Schaubild 15	Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser	25
Schaubild 16	Anteil Investitionen an Gesamterlösen	26
Schaubild 17	Sonderpostenquote	26
Schaubild 18	Gewinnsteuern	27
Schaubild 19	Gewinnsteuern und sonstige Steuern je Bett	27
Schaubild 20	Durchschnittsalter der Patienten	28
Schaubild 21	Durchschnittlicher CMI	29
Schaubild 22	Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel	30
Schaubild 23	Kosten der Arzneimittel je Case-Mix-Punkt	30
Schaubild 24	Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte je Bett	31
Schaubild 25	Zahl der Intensivbetten je 100 Betten	32
Schaubild 26	Krankenhäuser mit qualitativen Auffälligkeiten	32
Schaubild 27	Zu prüfende Krankenhäuser	33
Schaubild 28	Anteil der zufriedenen Patienten	33
Schaubild 29	Zahl der Krankenhäuser nach Ländlichkeit	35
Schaubild 30	Ausfallwahrscheinlichkeit nach Versorgungstyp	37
Schaubild 31	Trägerspezifische Ausfallwahrscheinlichkeit nach Versorgungstyp	38
Schaubild 32	Projektion der Zahl der Fälle	52
Schaubild 33	Erwarteter Personalbedarf	53
Schaubild 34	Erwartete Kosten je Vollkraft	54

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	Selektionsszenarien Versorgungskrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser	18
Tabelle 2	Präsenz privater Krankenhäuser auf deutschen Inseln 2010	35
Tabelle 3	Verteilung der Zahl der Betten nach Grund-, Spezial und Großversorger sowie Ländlichkeit	36
Tabelle 4	Case-Mix-Punkte je Vollkraft	38
Tabelle 5	Zahl der Fälle je Vollkraft	39
Tabelle 6	Zahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst	39
Tabelle 7	Zahl der Fälle je Vollkraft im Pflegedienst	40
Tabelle 8	Zahl der Fälle je Vollkraft im nicht-ärztlichen Dienst	40
Tabelle 9	Zahl der Pflegekräfte je Arzt	41
Tabelle 10	Bilanzdaten allgemeiner Krankenhäuser	41
Tabelle 11	Investitionen in allgemeinen Krankenhäusern	42
Tabelle 12	Zahl der Vollkräfte insgesamt	43
Tabelle 13	Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst	43
Tabelle 14	Zahl der Vollkräfte im nicht-ärztlichen Dienst	44
Tabelle 15	Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst	44
Tabelle 16	Zahl der Vollkräfte im medizinisch-technischen Dienst	45
Tabelle 17	Anteil der Personalkosten an Bruttokosten	45
Tabelle 18	Anteil Kosten des ärztlichen Dienstes an Bruttokosten	46
Tabelle 19	Anteil Kosten des Pflegedienstes an Bruttokosten	46
Tabelle 20	Anteil der Zahl der Kaiserschnittentbindungen an allen Entbindungen	47
Tabelle 21	Anteil Zahl der Totgeburten an allen Geborenen	47
Tabelle 22	Anteil Zahl der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V an allen stationären Fällen	48
Tabelle 23	Anteil Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel an den Bruttokosten	48
Tabelle 24	Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel je Case-Mix-Punkt	48
Tabelle 25	Anteil Kosten der Arzneimittel an den Bruttokosten	49
Tabelle 26	Anteil Kosten der Arzneimittel je Case-Mix-Punkt	49
Tabelle 27	Anteil der Ausbildungskosten an den Bruttokosten	50
Tabelle 28	Zahl der Intensivbetten je 100 Betten	50
Tabelle 29	Zahl medizinisch-technischer Großgeräte je 1 000 Betten	51

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

1. Einleitung

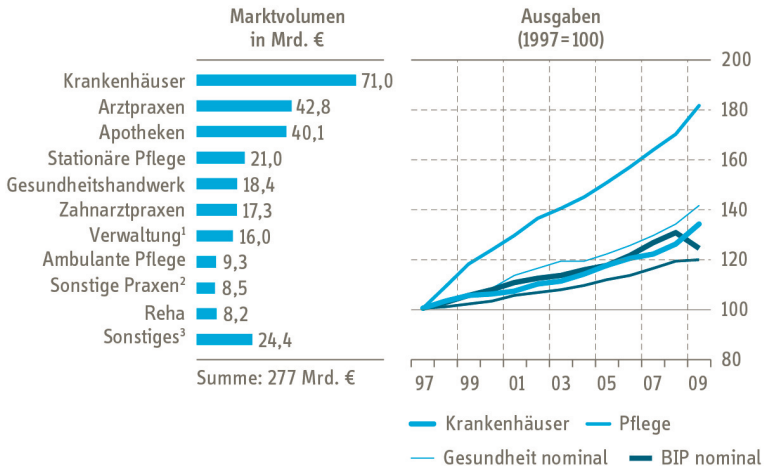
1. Einleitung

Immer wieder wird die herausragende Bedeutung des Gesundheits- und Krankenhausmarkts nicht nur bei der Versorgung der Bevölkerung mit hochqualitativen und wohnortnahen medizinischen Leistungen, sondern auch in seiner volkswirtschaftlichen Dimension als wichtiger Arbeitgeber angeführt (Beivers, Minartz 2011b). Wie Schaubild 1 zeigt, erreichte der deutsche Gesundheitsmarkt im Jahr 2009 ein Volumen von rund 277 Mrd. €. Dies impliziert ein Wachstum von 14 Mrd. € bzw. 5,2% gegenüber 2008. Bemerkenswert ist, dass es sich dabei um das größte Wachstum in den vergangenen 15 Jahren handelt. Gleichzeitig brach das Bruttoinlandsprodukt in Folge der Finanzkrise stark ein, sodass die Gesundheitsausgaben 2009 erstmals 11,5% des BIP ausmachten – nach 10,5% im Vorjahr (Augurzky et al. 2011). Der Krankenhausmarkt alleine weist mit rund 71 Mrd. das größte Volumen von allen Sektoren des Gesundheitswesens auf, was einem Anteil von 25,6% am gesamten Gesundheitsmarkt entspricht. Berücksichtigt man die

Schaubild 1

Marktvolumen im Gesundheitswesen

1997 bis 2009

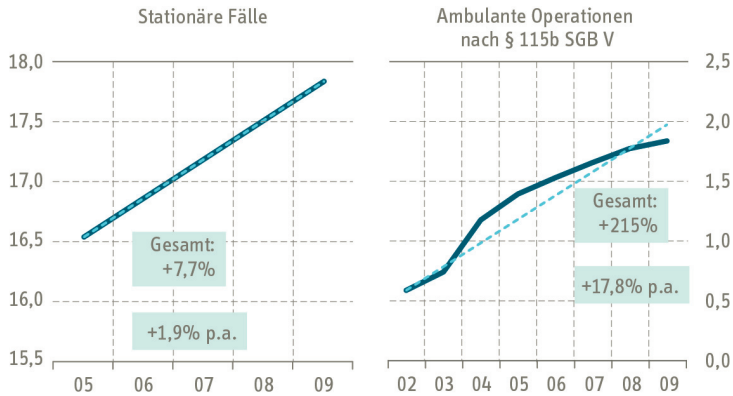


Quelle: Statistisches Bundesamt (2011); RWI. – Gesamtkosten ohne Kosten für das Ausland. – ¹Davon vor allem Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. – ²Praxen sonstiger medizinischer Berufe: physio-, sprach-, ergo- und musiktherapeutische Praxen, Massagepraxen, Praxen von Hebammen, Heilpraktikern oder medizinischen Fußpflegern. – ³Investitionen (Krankenhausfördermittel, Mittel für Pflegeheime u.a.), Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, sonst. Einrichtungen und private Haushalte.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Schaubild 2

Zahl der stationären Fälle und der ambulanten Operationen
2005 bis 2009; in Mill.



Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

rund 1,1 Mill. Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt 2011: Grunddaten), wird darüber hinaus die herausragende beschäftigungspolitische Bedeutung offensichtlich.

Das Marktvolumen spiegelt sich am eindrucksvollsten im Leistungsgeschehen der Krankenhäuser wider. Die Zahl stationärer Fälle nahm zwischen 2005 und 2009 um 7,7% von 16,5 auf 17,8 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 32%, seit 2002 sogar um 215% (Augurzky et al. 2011).

Wie schon im ersten Faktenbuch dargestellt, befindet sich der Krankenhausmarkt in einem Wandel, dessen Ende noch nicht absehbar ist. So ist die Zahl der Krankenhäuser von 1991 bis 2010 um rund 14% zurückgegangen. Vergleichbares ist bei der Zahl der Betten (-25%) und der Verweildauer (-44%) zu beobachten (Statistisches Bundesamt 2011: Grunddaten). Spiegelbildlich dazu ist es zu einem merklichen Anstieg der Zahl der vollstationär behandelten Fälle gekommen (+24%) – ein Zeichen einer Effizienzsteigerung. Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalenvergütung in Krankenhäusern (DRGs) hat diese Veränderungen

2. Besonderheiten privater Krankenhäuser

unterstützt. Seit Beginn dieses Wandels ist außerdem ein vermehrter Trägerwechsel von Krankenhäusern hin zu privaten, gewinnorientierten Unternehmen zu beobachten.

Diese oftmals als „Privatisierung des Krankenhausmarktes“ bezeichnete Dynamik 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. Diese mit Hilfe von detaillierten empirischen Analysen zu untersuchen, ist zentrale Aufgabe des vorliegenden Faktenbuches.

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.¹ Daraus leiten sich die Vor- und Nachteile gegenüber anderen Krankenhäusern ab. Einerseits sind die privaten Mittel nicht kostenlos. 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 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 stärkt. 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.² Ohne ausreichende Investitionen fällt es aber häufig schwer, Betriebsabläufe zu optimieren.

¹ Privates Fremdkapital nutzen dagegen Krankenhäuser jeglicher Trägerschaft.

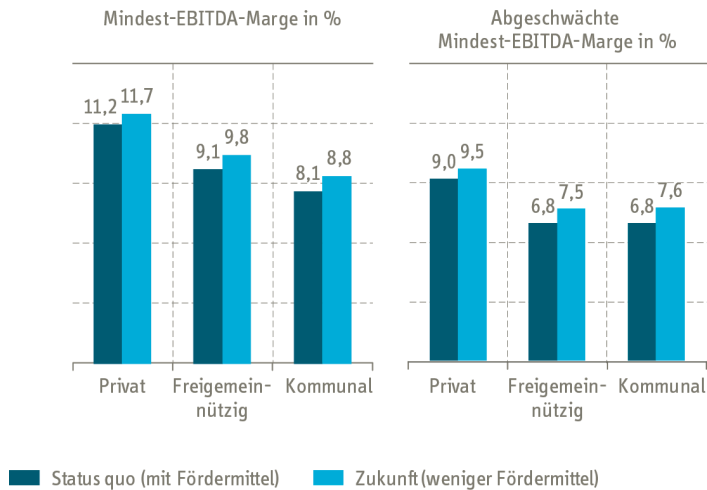
² Hier sei angemerkt, dass Fremdkapital, häufig Bankkredite, auch verzinst werden muss. Dadurch werden dem Krankenhaus ebenfalls Mittel entzogen. Weiter werden durch die Vergütung des Personals dem Krankenhaus Mittel entzogen. In einem Produktionsprozess ist dies jedoch ein normaler Vorgang. Es werden Produktionsfaktoren, insbesondere Arbeit und Kapital, eingesetzt, um das gewünschte Produkt erzeugen zu können. Es versteht sich, dass die Produktionsfaktoren dabei Kosten verursachen.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Schaubild 3

Mindest-EBITDA-Marge der Krankenhäuser

Beispielrechnung; in %



Quelle: HCB, RWI. – Annahme: in Zukunft beträgt die Sonderpostenquote nur zwei Drittel ihres heutigen Werts; abgeschwächte Variante: niedrigere Abschreibungsraten und EK-Verzinsung privat = 5% und fgn. = 0%.

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 ein unternehmerisches Risiko ein. Die marktübliche Kapitalverzinsung enthält daher auch einen Risikoaufschlag, der umso höher ausfällt, je höher die Wahrscheinlichkeit eines Verlusts des eingesetzten Kapitals ist.

In einer Beispielrechnung nehmen wir an, dass das private Eigenkapital inklusive des Risikoaufschlags mit 8% jährlich verzinst werden muss, das Eigenkapital der freigemeinnützigen Krankenhäuser dagegen nur mit 3% und das der kommunalen mit 0%, ferner das Fremdkapital mit 4% und öffentliche Fördermittel mit 0%. Unter diesen Annahmen lässt sich je Trägerschaft eine mindestens notwendige Gesamtkapitalverzinsung ableiten. Wir unterstellen dabei eine durchschnittliche Kapitalstruktur je Trägerschaft. Nimmt man außerdem typische Abschreibungsraten des Anlagevermögens an sowie eine durchschnittliche Anlagenstruktur, lassen

2. Besonderheiten privater Krankenhäuser

Schaubild 4

Ableitung der Mindest-EBITDA-Marge für private Trägerschaft

Beispielrechnung

Aktiva	Anteil	€ / Fall	Abschr.	GuV	€ / Fall	
Anlagevermögen	70%	2 625		Umsatz	3 000	100%
Immaterielles Anlageverm.	4%	150	25%	Operative Kosten	2 664	88,8%
Sachanlagevermögen	64%	2 400		EBITDAR	336	11,2%
Grundstücke und Bauten	54%	2 025	3%	Miete	0	0%
Technische Anlagen und Maschinen	2,5%	94	25%	EBITDA	336	11,2%
Betriebs- und Geschäftsausstattung	7,5%	281	25%	Abschreibungen insges.	192	6,4%
Finanzanlagen	2%	75	0%	- davon KHG-Mittel	90	3%
Umlaufvermögen	30%	1 125	0%	Zinsen	66	2,2%
Rest	0%	0	0%	Jahresüberschuss v. St.	78	2,6%
Bilanzsumme		3 750				

Passiva	€ / Fall	Zins
Eigenkapital	26%	975 8%
Sonderposten	30%	1 125 0%
Fremdkapital (Rest)	44%	1 650 4%
Bilanzsumme		3 750

Quelle: ADMED, HCB, RWI. – Bei sinkenden Fördermitteln (Reduktion der Sonderpostenquote um ein Drittel) sind langfristig sogar 11,7% EBITDA nötig.

sich die jährlichen Abschreibungen berechnen und insgesamt ein mindestens notwendiges Betriebsergebnis (EBITDA-Marge³) je Trägerschaft bestimmen (Schaubild 3). Schaubild 4 zeigt ihre Ableitung für das Beispiel eines Krankenhauses in privater Trägerschaft. Analog erfolgt die Ableitung für die anderen Trägerschaften.

Ein weiterer wichtiger Vorteil von Krankenhäusern mit privatem Träger ist, dass häufiger ein professionelles Aufsichtsgremium und ein erfolgsorientiertes Management anzutreffen sind. 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 darüber im Wettbewerb mit anderen

³ 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

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 einer spürbaren Investitionslücke 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, Minartz 2011a; Neubauer 2007). Zumindest haben die Krankenhäuser gemäß KHG 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 die Krankenhausplanung der Bundesländer unterliegen (Neubauer 2007). Mithin kommt es im Bereich der Investitionsfinanzierung durch die seit mehreren Jahren erkennbare Reduktion der Fördermittel zu einer Schieflage (Schaubild 5).

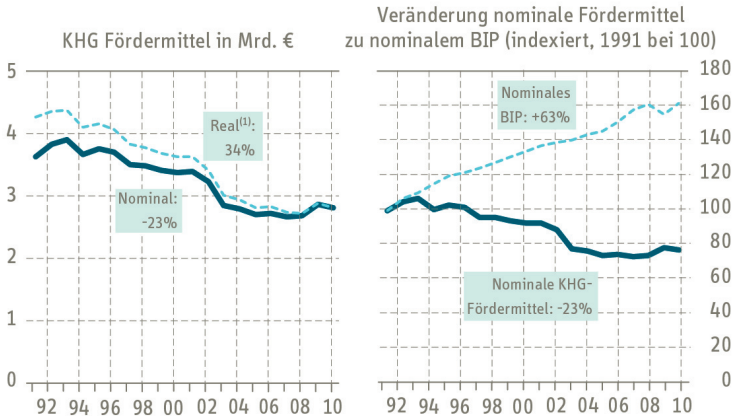
Legt man einen als notwendig erachteten jährlichen Investitionsbedarf von 10% des Krankenhausumsatzes zugrunde, beläuft sich nach Berechnungen des RWI die seit 1991 kumulierte Investitionslücke auf 30 Mrd. € (Augurzky et al. 2011). Allerdings füllen die Krankenhäuser einen wachsenden Teil dieser Lücke durch Investitionen aus Eigenmitteln, sodass der tatsächliche investive Nachholbedarf nur mit

3. Datengrundlage

Schaubild 5

KHG-Fördermittel

1991 bis 2010; in Mill. €



Quelle: RWI; DKG (2011). ⁻¹Deflationiert mit Investitionsgüterpreisindex.

rund 14 Mrd. € beziffert werden kann. Die sinkende Fördermittelquote lässt sich auch in den Krankenhausbilanzen erkennen. Tatsächlich fällt die durchschnittliche Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser schlecht aus. Die EBITDA-Marge inkl. der Fördermittel lag 2009 im Durchschnitt bei 8%. Um ausreichend investieren zu können, sollte der Wert je nach Trägerschaft jedoch darüber liegen. In diesem Sinne sind nur rund 36% aller Krankenhäuser voll investitionsfähig (Augurzky 2012).

3. Datengrundlage

Datengrundlage dieses Faktenbuchs bilden die amtlichen Krankenhausdaten des Statistischen Bundesamts (Schaubild 6). Genutzt werden die (i) Grunddaten zum stationären Leistungsgeschehen von 1996 bis 2009 (Statistisches Bundesamt: Grunddaten). Auf der Kostenseite liefert der (ii) Kostennachweis der Krankenhäuser vergleichbare Daten der Personal- und Sachmittelkosten für die Jahre 2002 bis 2009 (Statistisches Bundesamt: Kostennachweis). In aggregierter Form liegen diese Daten öffentlich vor. Zur Darstellung von längeren Zeitreihen in Abschnitt 5 greifen wir darauf zurück. Wir beschränken uns allerdings stets auf Allgemein-

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Schaubild 6
Datenbasis der empirischen Untersuchungen

Amtliche Statistik	Jahresabschlussdaten	Qualitätsdaten und Patientenzufriedenheit	BDPK-Datenerhebung	Wissenschaftliches Institut der AOK
Grunddaten 1996 bis 2009	Bilanzen und GuV von 1.035 Krankenhäuser im Zeitraum 2005 bis 2009	Qualitätsdaten des BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit aus 2008	Datenerhebung des Anteils der gesetzlich Versicherten behandelten Patienten in privaten Krankenhäusern	CMI's nach Trägerschaft 2009 aus dem Krankenhausreport 2010 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)
Kostendaten 1996 bis 2009	(RWI-Stichprobe)	Patientenbefragungen der Techniker Krankenkasse für die Jahre 2006, 2008 und 2010	Mitgliederbefragung des Bundesverbandes deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)	
Diagnosedaten 1996 bis 2009			Datenbasis: 16 Privatkliniken und -ketten (Mitglieder des BDPK) mit insgesamt knapp 30 000 Betten	
Zugriff auf Originaldaten im Forschungszentrum Düsseldorf (FDZ)				

Quelle: RWI.

krankenhäuser⁴, d.h. schließen ausschließlich psychiatrische oder psychotherapeutische Krankenhäuser sowie reine Tages- und Nachtkliniken aus, weil ihr Outcome nicht näherungsweise in Case-Mix-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

⁴ 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 2011: Grunddaten).

3. Datengrundlage

ebenfalls nicht näherungsweise in Case-Mix-Punkten erfasst werden kann.⁵ Für 2009 liegen Daten von 1 780 allgemeinen Krankenhäusern vor (inklusive 34 Universitätskliniken), darunter 563 in privater, 661 in freigemeinnütziger und 522 in öffentlicher Trägerschaft (Tabelle 1).

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. Es werden nur Plankrankenhäuser⁶ oder solche mit Versorgungsvertrag⁷ berücksichtigt, die DRG-Leistungen erbringen, im Folgenden kurz als „Versorgungskrankenhäuser“⁸ bezeichnet. Nachteil ist dabei, dass Analysen deutlich aufwändiger sind und Kennzahlen nur für 2005 und für das aktuell zur Verfügung stehende Jahr 2009 durchgeführt werden. Abschnitt 4 bezieht sich auf diese Daten. Zeitreihenanalysen sind damit aber nicht möglich.

Dieser Selektion folgend liegen für das Jahr 2009 Daten von insgesamt 1 663 Versorgungskrankenhäusern vor, davon 412 in privater, 702 in freigemeinnütziger und 549 in öffentlicher Trägerschaft und für 2005 Daten von 1 762 Krankenhäusern. Tabelle 1 stellt dar, wie sich die Grundgesamtheit durch die Selektion der Vertragskrankenhäuser für die Jahre 2005 und 2009 verändert (Tabelle 1).

5 *Universitätskliniken können in den aggregierten Daten jedoch nur approximativ herausgerechnet werden, weil seit 2006 nicht mehr alle Universitätskliniken in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft sind, sodass ihre Zahlen nicht 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.*

6 *Plankrankenhäuser sind Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (§ 6 Abs. 1 KHG); im Jahr 2009 gab es 1 481 allgemeine Plankrankenhäuser (Statistisches Bundesamt 2011).*

7 *Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V sind aufgrund eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen zur Krankenhausbehandlung gesetzlich Versicherter zugelassen; im Jahr 2009 gab es 87 Allgemeinkrankenhäuser mit Versorgungsvertrag (Statistisches Bundesamt 2011).*

8 *Bei den Versorgungskrankenhäusern wurden, in Analogie zu den Allgemeinkrankenhäusern, die reinen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken herausgerechnet. Da die detaillierte Datenbasis des FDZ es ermöglicht, die psychiatrisch-neurologischen Kliniken gesondert zu erfassen, wurden diese jedoch nicht herausgerechnet, weil deren Leistungen zum Teil mit Fallpauschalen vergütet werden. Dies erklärt, warum die Zahl der freigemeinnützigen und kommunalen Versorgungskrankenhäuser in Tabelle 1 größer ist als die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser.*

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Tabelle 1

Selektionsszenarien Versorgungskrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser

Krankenhäuser	Privat (ohne Uni)	Fgn.	Kommunal (ohne Uni)	Uni- kliniken	Gesamt
2005					
Grundgesamtheit	570	818	725	34	2 147
Selektion „Versorgungskrankenhäuser“	362	757	643	-	1 762
Selektion „Allgemeinkrankenhäuser“	487	712	613	34	1 846
2009					
Grundgesamtheit	664	769	618	34	2 085
Selektion „Versorgungskrankenhäuser“	412	702	549	-	1 663
Selektion „Allgemeinkrankenhäuser“	563	661	522	34	1 780

Quelle: RWI; FDZ (2011); Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

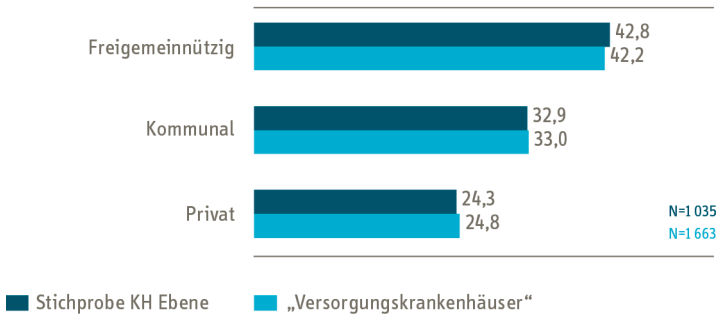
Für einige, v.a. auf ökonomischen Kennzahlen basierende Analysen wird auch auf (iii) Jahresabschlussdaten des RWI zurückgegriffen. Diese Stichprobe umfasst 687 Jahresabschlüsse aus 2008 und 366 aus 2009. Sie decken dabei 1 035 Krankenhäuser ab und erlauben Analysen zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser nach Trägerschaft. Die Trägerstruktur wird durch die vorliegenden Jahresabschlüsse sehr gut abgebildet (Schaubild 7). Zur Gewichtung der Zahl der Fälle wurden darüber hinaus die vom WIdO zur Verfügung gestellten (iv) CMI's je Krankenhaus verwendet. Damit lässt sich über den Case-Mix der Outcome eines Krankenhauses deutlich besser abbilden als nur über die reine Zahl der Fälle. Weiter ermöglicht die (v) BDPK-Erhebung die Darstellung des GKV-Anteils der in privaten Krankenhäusern behandelten Patienten. Für die Untersuchung der Patientenzufriedenheit wurde auf (vi) Patientenbefragungen der Techniker Krankenkasse aus den Jahren 2006, 2008 und 2010 zurückgegriffen.

Für die Untersuchung der trägerspezifischen Qualität der Leistungserstellung wurde auf die (vii) Qualitätsdaten der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) aus dem Datenjahr 2008 zurückgegriffen. Diese Daten beziehen sich auf über 3,5 Mill. Patientenfälle aus mehr als 1 700 Krankenhäusern (BQS 2009). Für unsere Analysen konnten wir auf die BQS-Bewertungen von 32 Einzelindikatoren zurückgreifen. Sie können auf verschiedene Weise verwendet werden: jeweils einzeln, zusammengefasst zu drei Kategorien (Prozess-, Indikations- und

4. Detailanalysen für Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 7

Vergleich der Stichprobe und der Selektion Versorgungskrankenhäuser
2009; Anteil in % an allen Krankenhäusern



Quelle: RWI; FDZ (2011).

Ergebnisqualität) oder zusammengefasst zu einer Kategorie. Für unsere Analysen wurden die Einzelindikatoren für jedes Krankenhaus zu einem Qualitätsmaß mit drei Kategorien zusammengefasst: (1) „qualitativ auffällig“, d.h. der Anteil der Indikatoren mit qualitativen Auffälligkeiten ist größer als 5%; (2) „unter Beobachtung“, d.h. die Summe des Anteils der Indikatoren mit Auffälligkeiten sowie des Anteils der Indikatoren unter Beobachtung ist größer als 5% und das Krankenhaus ist nicht qualitativ auffällig; oder (3) „qualitativ unauffällig“ für alle anderen Krankenhäuser.⁹

4. Detailanalysen der Versorgungskrankenhäuser

4.1 Marktanteile

Schaubild 8 zeigt die Veränderungen der Marktanteile der Versorgungskrankenhäuser zwischen 2005 und 2009. Bezogen auf die Zahl der Krankenhäuser hat sich in diesem Zeitraum der Anteil der privaten Krankenhäuser um 4,8%-Punkte, bezogen auf die Zahl der Betten um 3,7%-Punkte und bezogen auf die Zahl der Fälle um 3,9%-Punkte erhöht. Offenbar haben die Privaten im Durchschnitt mehr kleinere Krankenhäuser übernommen. Es zeigt sich auch, dass private Krankenhäuser einen überproportional hohen Anteil an Intensivbetten vorhalten. Weiterhin ist im

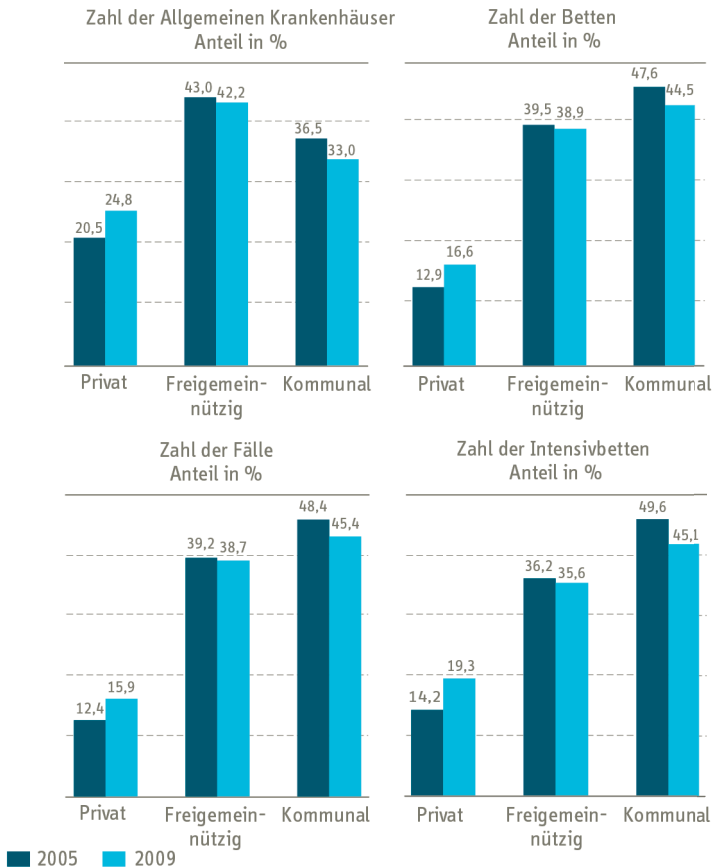
⁹ BQS (2010); weitere Informationen: <http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de>.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Schaubild 8

Marktanteil

2005 und 2009; in %



Quelle: RWI; FDZ (2011).

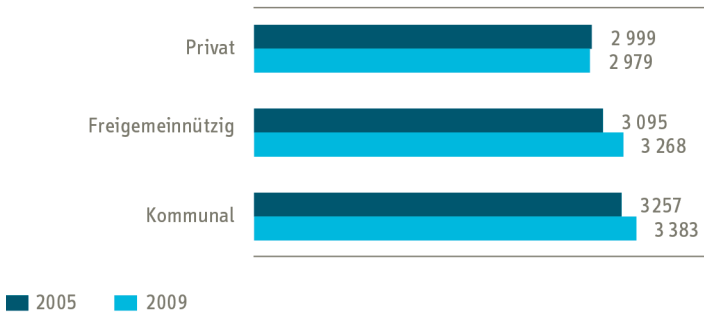
Krankenhausmarkt eine anhaltende Marktkonzentration, d.h. Zusammenschlüsse von Krankenhäusern zu beobachten (Augurzky et al. 2011) – vorangetrieben insbesondere durch die Klinikketten in privater, aber auch zunehmend in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft.

4. Detailanalysen für Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 9

Bereinigte Kosten

2005 und 2009; in € je Case-Mix-Punkt



Quelle: RWI; FDZ (2011); WIdO (2011).

4.2 Wirtschaftlichkeit

Private Krankenträger 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 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. Der Zusammenschluss zu einem Konzern kann darüber hinaus Verbundpotenziale, so genannte „economies of scope“ (Skalenerträge), heben. Dass hier die Privaten Vorreiter sind, zeigt sich u.a. bei den bereinigten Kosten je Case-Mix-Punkt¹⁰ (Schaubild 9).

Private Krankenhäuser weisen anteilig höhere Sachkosten auf als die anderen Träger (Schaubild 10). Der Anteil hat sich jedoch bei allen Trägern im Vergleich zwischen 2005 und 2009 erhöht. Die Unterschiede zum vorigen Faktenbuch ergeben sich deswegen, weil hier die Kosten als Anteil der Bruttokosten und nicht, wie zuvor, als Anteil des Umsatzes dargestellt werden. Dies ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit. 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 arbeitstei-

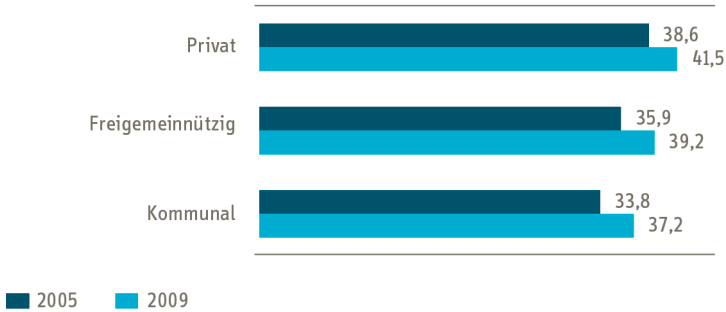
¹⁰ Der Case-Mix stellt im DRG-System die mit der Behandlungsschwere gewichtete Fallzahl eines Krankenhauses dar. Er misst also das Leistungsvolumen eines Krankenhauses.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Schaubild 10

Sachkosten

2005 und 2009; Anteil in % der Bruttokosten

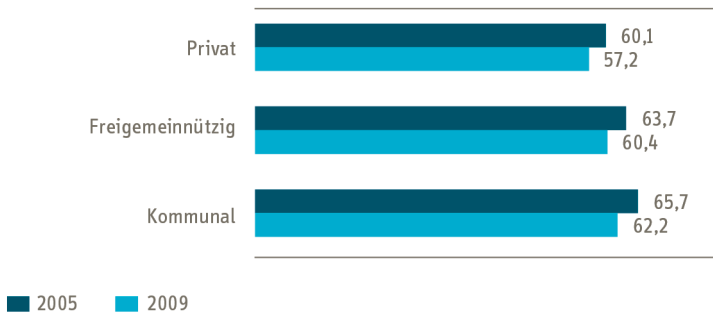


Quelle: RWI; FDZ (2011).

Schaubild 11

Personalkosten

2005 und 2009; Anteil in % der Bruttokosten



Quelle: RWI; FDZ (2011).

ligen Produktionsprozesses. Bei der Betrachtung der detaillierteren Kostenstruktur (z.B. Anteil des medizinischen Bedarfes an den Sachkosten) unter 4.4 zeigt sich insbesondere, dass die Privaten für die medizinische Infrastruktur nicht weniger Geld ausgeben als die anderen Träger.

4. Detailanalysen für Versorgungskrankenhäuser

Die Personalkosten fallen bei den privaten Anbietern mit rund 57% der Bruttokosten entsprechend geringer aus (Schaubild 11). 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 ist es das Spiegelbild des angesprochenen, möglicherweise stärkeren Outsourcings der Privaten.

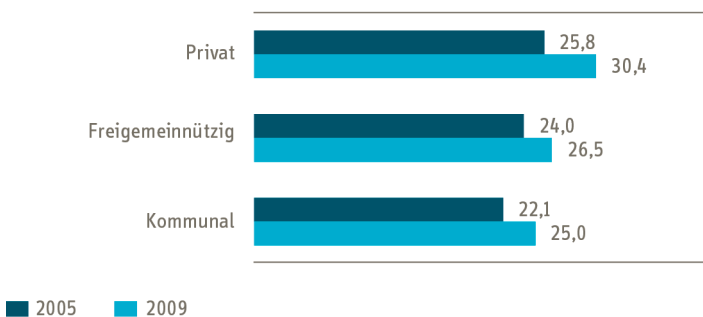
Die höhere (Arbeits-)Produktivität der Privaten drückt sich auch durch die Kennzahl Case-Mix-Punkte je Vollkraft (Schaubild 12) aus. Mit 30,4 liegen die Privaten deutlich vor den anderen. Dies kann die geringeren Kosten je Case-Mix-Punkt erklären. Denkbar ist, dass damit eine höhere Arbeitsbelastung des Personals einhergeht. 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 außerdem die Zahl der Fälle je Vollkraft, d.h. näherungsweise die Zahl der zu betreuenden Patienten je Vollkraft, ist die Betreuungsrelation bei Privaten sogar kleiner (Schaubild 13).

Eine höhere Produktivität bedeutet nicht zwangsläufig eine höhere Arbeitsbelastung, wenn die Arbeitsabläufe intelligent gestaltet sind und Ineffizienzen dadurch reduziert werden. Zudem kann eine leistungsorientierte Vergütung zu einer höhe-

Schaubild 12

Case-Mix-Punkte je Vollkraft

2009



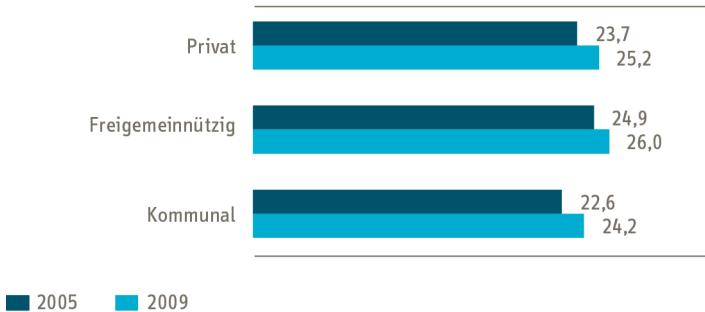
Quelle: RWI; FDZ (2011); WIdO (2011).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Schaubild 13

Zahl der Fälle je Vollkraft

2009



Quelle: RWI; FDZ (2011).

ren Produktivität führen und produktivere Arbeitskräfte eher binden. Außerdem ist zu vermuten, dass zum Beispiel die Bereiche Reinigung, Catering, Röntgen, Labor, Hol- und Bringdienste, Sterilisation als sogenannte Sekundärdienste bei den Privaten häufiger durch externe Dienstleister (Outsourcing) übernommen werden, was die Zahl der Vollkräfte reduziert.

4.3 Ertragskraft und Investitionsfähigkeit

Die Wirtschaftlichkeit der privaten Krankenhausträger spiegelt sich in ihrer Ertragskraft wider. So betrug ihre durchschnittliche EBITDA-Marge (inkl. Fördermittel) im Jahr 2009 rund 10,6% der Erlöse¹¹ und ist damit deutlich höher als bei nicht-privaten Krankenhäusern (Schaubild 14). 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.

Aus dem EBITDA wird das eingesetzte Kapital finanziert. Einerseits können daraus die Re-Investitionen getätigt werden, die dem Substanzerhalt dienen. Andererseits werden daraus die Kapitalverzinsungen zur Finanzierung des Fremd- und Eigenkapitals für Investitionen erbracht. Es bildet damit relativ gut die Investitionsfähigkeit eines Unternehmens ab. Auf Grundlage der in Abschnitt 2 beispielhaft

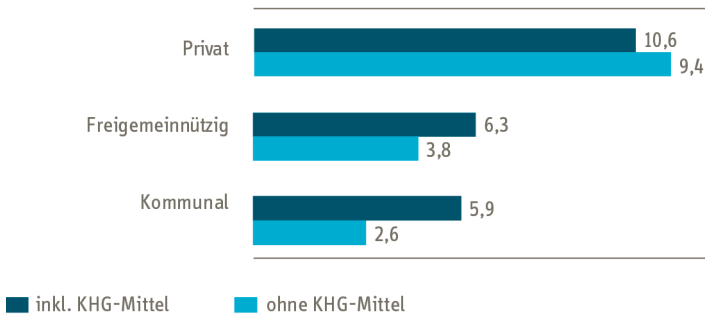
¹¹ Nach den vorliegenden HGB-Bilanzen, Erlöse entsprechen dabei dem Umsatz zuzüglich sonstiger betrieblicher Erlöse.

4. Detailanalysen für Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 14

EBITDA-Margen

2009; in % der Gesamterlöse

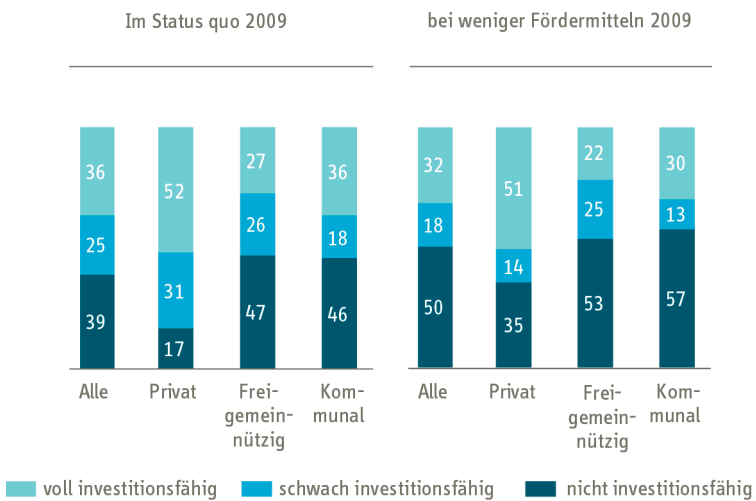


Quelle: RWI; FDZ (2011).

Schaubild 15

Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser

2009; Anteile in %



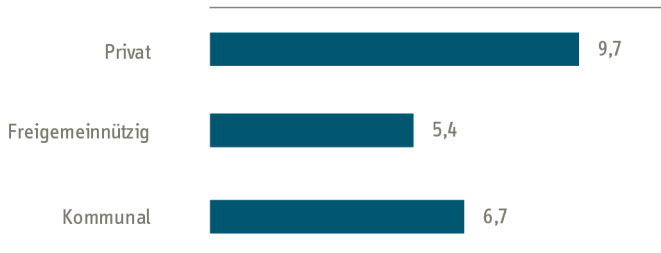
Quelle: HCB, RWI; FDZ (2011).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Schaubild 16

Anteil Investitionen an Gesamterlösen

2009; in %



Quelle: RWI.

Schaubild 17

Sonderpostenquote

2009; in % der Bilanzsumme



Quelle: RWI.

bestimmten Mindest-EBITDA-Marge erlaubt es eine Einschätzung zur durchschnittlichen Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser nach Trägerschaft (Schaubild 15). Nur 17% der privaten Krankenhäuser waren 2009 nicht investitionsfähig, während der Wert bei den kommunalen bei 46% lag. Tatsächlich verwenden die Privaten einen größeren Anteil ihrer Erlöse für Investitionen (9,7%) gegenüber 5,4% bei freigemeinnützigen und 6,7% bei kommunalen (Schaubild 16).¹²

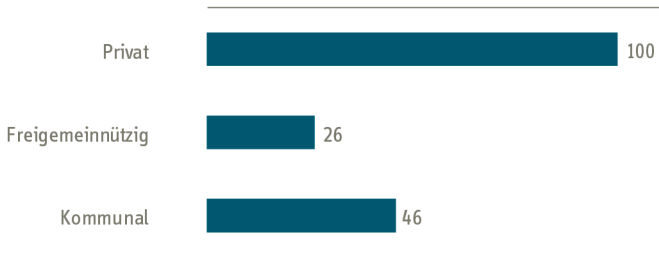
¹² Die Investitionen wurden aus der Veränderung des Anlagevermögens über zwei Jahre abgeleitet. Investitionen zum Erwerb einer Klinik wurden näherungsweise heraus gerechnet, sodass sich die Investitionen tatsächlich auf die Verbesserung der Unternehmenssubstanzsubstanz be-

4. Detailanalysen für Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 18

Gewinnsteuern

2009; in Mill. €

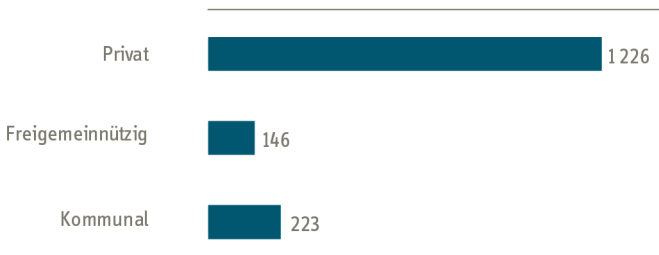


Quelle: RWI. – Bei der Berechnung der Steuern wurden sowohl die Steuern von Einkommen und Ertrag und die sonstigen Steuern berücksichtigt.

Schaubild 19

Gewinnsteuern und sonstige Steuern je Bett

2009; in €



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

Während die Privaten deutlich weniger öffentliche Ressourcen in Form von Fördermitteln in Anspruch nehmen und damit den Steuerzahler vergleichsweise schonen, leisten sie durch Steuerzahlungen auf ihre Gewinne umgekehrt sogar einen Beitrag zur Finanzierung der gesellschaftlichen Aufgaben des Staates. Ein Vergleich der Sonderpostenquote (Schaubild 17) verdeutlicht dies. Bei den Sonderposten handelt es sich um die erhaltenen kumulierten öffentlichen Förder-

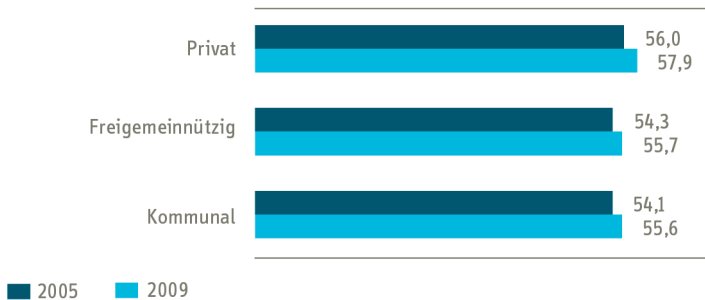
ziehen. Bei den vier großen privaten Klinikketten Rhön-Klinikum, Helios Kliniken, Asklepios und Sana konnten die Investitionen (ohne Erwerb von Kliniken) aus den Geschäftsberichten extrahiert werden.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Schaubild 20

Durchschnittsalter der Patienten

2005 und 2009; in Jahren



Quelle: RWI; FDZ (2011).

mittel (nach Abschreibungen). Die Privaten greifen weniger auf öffentliche Gelder zurück. Zugleich erzielen sie einen höheren Jahresüberschuss, auf den sie 2009 rund 100 Mill. Gewinnsteuern zahlten, deutlich mehr als die anderen Träger (Schaubild 18). Noch deutlicher wird dies bei der Betrachtung der Steuern je Bett (Schaubild 19).

4.4 Beteiligung an der medizinischen Versorgung

Von Kritikern der Krankenhausprivatisierung wird vermutet, dass es einen Zielkonflikt zwischen der Gewinnorientierung auf der einen Seite und der Beteiligung an der medizinischen Versorgung auf der anderen Seite gibt. Im vorigen Faktenbuch wurde dargestellt, dass Gewinnorientierung nicht auf Kosten der medizinischen Versorgung der Patienten geht und dass sich private Anbieter nicht die „Rosinen herauspicken“ und verlustreiche Geschäfte den öffentlichen Wettbewerbern überlassen. Aktuelle Analysen des medizinischen Leistungsgeschehens bestätigen diese Aussagen.

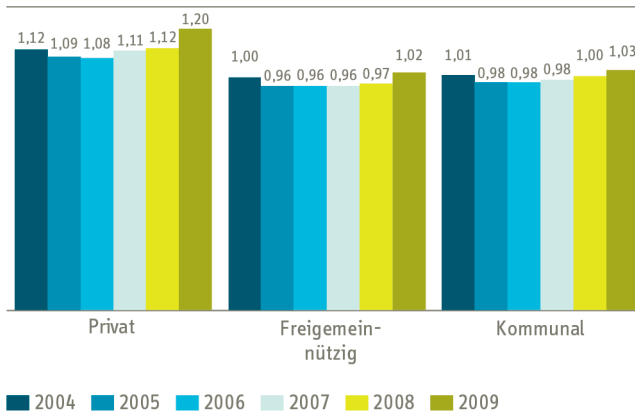
Das Durchschnittsalter der behandelten Patienten in privaten Krankenhäusern liegt höher als bei anderen (Schaubild 20), was mit ihrem höheren Case-Mix Index (CMI) zusammenhängen kann (Schaubild 21). Die vermutlich größere Zahl

4. Detailanalysen für Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 21

Durchschnittlicher CMI

2004 bis 2009



Quelle: RWI; Wido (2005-2010); Statistisches Bundesamt (Grunddaten; Verzeichnis). – Anmerkung: CMI-Werte 2004-2006 unterscheiden sich vom letzten Factbook aufgrund einer jetzt besseren Datenverfügbarkeit und damit höheren Grundgesamtheit.

von Nebendiagnosen bei älteren Patienten¹³ führt der DRG-Systematik folgend zu einem höheren CMI. Weiterer Grund für den höheren CMI kann eine stärkere Spezialisierung der Privaten sein.

Was die Kosten pro Case-Mix-Punkt für den medizinischen Bedarf und die Arzneimittel angeht, unterscheiden sich Private nicht nennenswert von den anderen Krankenhäusern (Schaubild 22 und 23). Die Zahlen geben keinen Hinweis darauf, dass private Krankenhäuser am medizinischen Bedarf zu Lasten ihrer Patienten sparen würden. Niedrigere Kosten für Arzneimittel der Privaten können sich u.a. durch bessere Einkaufskonditionen durch Verbundeffekte erklären lassen.

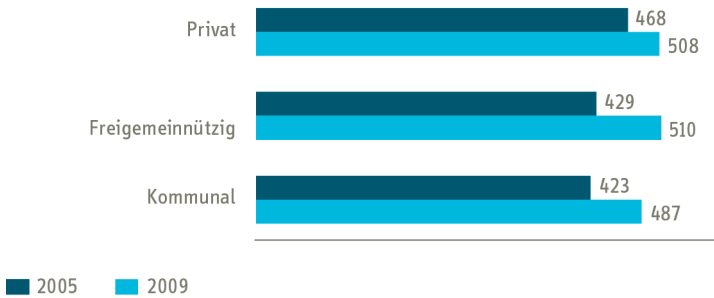
¹³ Aktuelle Untersuchungen des Statistischen Bundesamtes zeigen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Patientenalter und der Anzahl Nebendiagnosen im Krankenhaus. Wohingegen 45-64jährige im Durchschnitt 3,6 Nebendiagnosen aufweisen, sind es bei den Über-85jährigen mit durchschnittlich 7,1 Nebendiagnosen fast doppelt so viele (Statistisches Bundesamt 2009; Verzeichnis).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Schaubild 22

Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel

2005 und 2009; in € je Case-Mix-Punkt

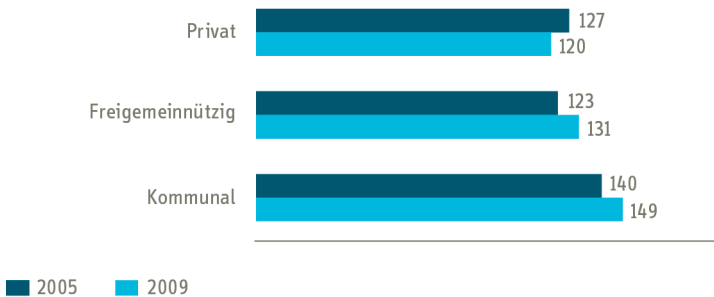


Quelle: RWI; FDZ (2011); Wido (2011).

Schaubild 23

Kosten der Arzneimittel je Case-Mix-Punkt

2005 und 2009; in € je Case-Mix-Punkt



Quelle: RWI; FDZ (2011); Wido (2011).

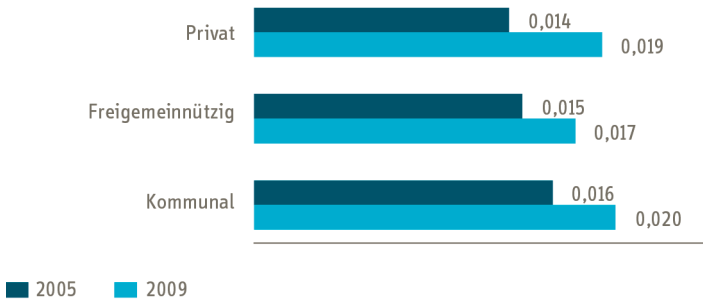
Bei der Vorhaltung der medizinisch-technischen Infrastruktur gemessen an der Zahl der medizinischen Großgeräte (Schaubild 24) sind kaum trägerspezifische Unterschiede festzustellen.¹⁴ Im Bereich der Intensivbetten leisten die Privaten sogar einen überdurchschnittlichen Beitrag zur Behandlung von schwer erkrank-

¹⁴ Da hier die Vorhalteleistung untersucht wird, wird Bezug auf die vorgehaltenen Betten statt auf den Case-Mix genommen.

4. Detailanalysen für Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 24

Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte je Bett
2005 und 2009



Quelle: RWI; FDZ (2011).

ten Patienten und somit auch zur Sicherstellung der (Notfall-)Versorgung (Schaubild 25). Schließlich ist festzuhalten, dass private Krankenhäuser nicht mehr und nicht weniger privat versicherte Patienten behandeln als andere Krankenhäuser (Kasten 1). Die Verteilung der gesetzlich und privat versicherten Patienten ist bei den Mitgliedskrankenhäusern des BDPK nahezu identisch mit der bundesweiten Verteilung aller Krankenhäuser.

Kasten 1:

Krankenhäuser in privater Trägerschaft behandeln genauso viele GKV-Patienten

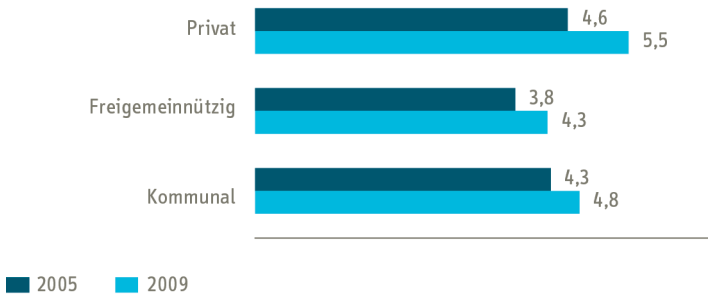
Gelegentlich wird privaten Krankenhäusern unterstellt, dass sie aufgrund ihrer Gewinnorientierung v.a. an der Behandlung von privat versicherten Patienten interessiert seien, weil sie eine höhere Vergütung versprechen. 2009 waren rund 89% der deutschen Bevölkerung gesetzlich (rund 70 Mill. Menschen) und rund 11% privat (8,9 Mill. Menschen) krankenversichert (GKV-Spitzenverband 2011). Bezogen auf die Zahl der Patienten waren aufgrund ihrer geringeren Prävalenzrate aber nur rund 7% bis 8% privat versichert. Eine Mitgliederumfrage des BDPK, bei der Einrichtungen mit insgesamt 30 000 Betten teilnahmen, hat ergeben, dass im Jahr 2009 rund 93% ihrer behandelten Patienten gesetzlich versichert waren (ebenso 2005) und die Privaten diesbezüglich im bundesweiten Durchschnitt liegen.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Schaubild 25

Zahl der Intensivbetten je 100 Betten

2005 und 2009



Quelle: RWI; FDZ (2011).

4.5 Qualität

Ein weiteres wichtiges Thema ist die trägerspezifische Qualität der Leistungserstellung, die auf Grundlage der Qualitätsdaten der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) aus dem Jahr 2008 untersucht wird. Generell zeigen Analysen im Rahmen des Krankenhaus Rating Reports (z.B. Augurzky et al. 2011), dass Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht in einem Zielkonflikt zueinander stehen, sondern vielmehr in einer Zielharmonie. Bei der trägerspezifischen Auswertung der qualitativen Auffälligkeiten der Krankenhäuser (Schaubild 26) und des Anteils zu prüfender Krankenhäuser (Schaubild 27) im Rahmen dieses Faktenbuchs zeigen

Schaubild 26

Krankenhäuser mit qualitativen Auffälligkeiten

2008; Anteil in % aller Krankenhäuser



Quelle: RWI; BQS (2009). – Qualitativ auffällig, wenn Anteil der Indikatoren im KH mit einem Wert von 3, 4 oder 5 (lt. BQS-Definition) 5% übersteigt.

4. Detailanalysen für Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 27

Zu prüfende Krankenhäuser

2008; Anteil in % aller Krankenhäuser



Quelle: RWI; BQS (2009). – Zu prüfendes Haus, wenn die Summe des Anteils der Indikatoren mit Auffälligkeiten und des Anteils der Indikatoren unter Beobachtung (Wert 2 lt. BQS-Definition) größer als 5% ist und das KH nicht qualitativ auffällig ist.

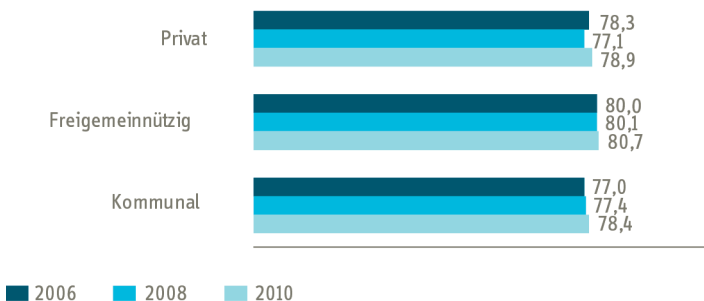
sich daher auch keine Nachteile von Krankenhäusern in privater Trägerschaft. Tatsächlich weisen die Privaten sogar weniger häufig qualitative Auffälligkeiten auf und finden sich seltener unter den zu prüfenden Krankenhäusern als die anderen.

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

Schaubild 28

Anteil der zufriedenen Patienten

2006 bis 2010; in %



Quelle: RWI; TK (2010). – Die Zahl gibt den Prozentsatz der Patienten an, die zufrieden sind.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

aus den Jahren 2006 bis 2010. Schaubild 28 zeigt, dass diesbezüglich keine signifikanten trägerspezifischen Unterscheide bestehen. Für alle Träger liegt die durchschnittliche Patientenzufriedenheit bei rund 77% bis 80%.

4.6 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 Krankenhäuser darum kümmern müssen und infolgedessen in ihrer Wirtschaftlichkeit im Durchschnitt schlechter abschneiden.

Schaubild 29 zeigt den Anteil ländlicher Krankenhäuser nach Trägerschaft für 1995 und 2009. Zunächst ist festzustellen, dass der Anteil ländlicher Krankenhäuser bei privaten Trägern ähnlich hoch ist wie bei den nicht-privaten zusammen. Höher ist der Anteil bei den öffentlich-rechtlichen und niedriger bei den freigemeinnützigen. Zwar ist der Anteil bei den privaten und den freigemeinnützigen Krankenhäusern rückläufig, dagegen bei den öffentlich-rechtlichen steigend, die Änderungen sind jedoch nicht signifikant. Insbesondere findet sich unter den seit 1995 neu hinzugekommenen privaten Häusern auch ein großer Teil ländlicher. Es sei ferner darauf hingewiesen, dass sich zwei Drittel der Krankenhäuser auf deutschen Inseln in privater Trägerschaft befinden (Tabelle 2).¹⁵ Sie leisten damit dort einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung sowohl der einheimischen Bevölkerung als auch der Touristen und tragen dazu bei, die Regionen insgesamt attraktiver zu machen.

Im Folgenden unterteilen wir die ländlichen und städtischen¹⁶ Krankenhäuser weiter nach Grund-, Spezial- und Großversorger. Als Grundversorger wird dabei das Krankenhaus definiert, das vor allem die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung sicherstellen soll, ein Plankrankenhaus ist und zwischen 50 und 300 Betten besitzt (Beivers, Spangenberg 2008). Konkret soll es mindestens die Chirurgie und

¹⁵ Bei der Analyse der Krankenhäuser auf deutschen Inseln wurden alle Inseln betrachtet, auf denen sich – nach derzeitigem RWI vorliegenden Datenbestand – Krankenhäuser befinden.

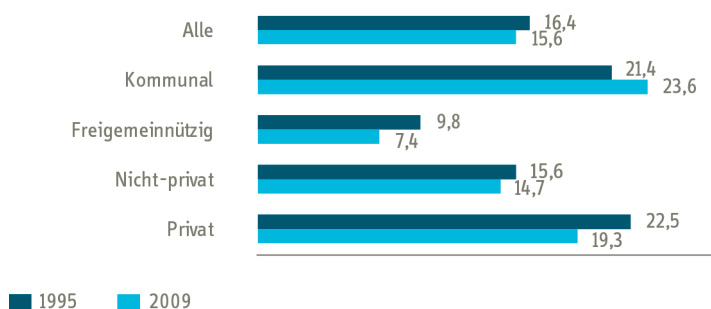
¹⁶ Je nach Bevölkerungsdichte und Zentralität einzelner Orte werden die Regionen in Deutschland vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) einzelnen siedlungsstrukturellen Regions- und Kreistypen zugeordnet. Diese dienen hier zur Einteilung in die Variablen „Land“ und „Stadt“. Im Detail siehe Augurzky et al. (2011: 123ff.).

4. Detailanalysen für Versorgungskrankenhäuser

Schaubild 29

Zahl der Krankenhäuser nach Ländlichkeit

1995 und 2009; Anteil in %



Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (Verzeichnis); BBR (2010). – 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.

Tabelle 2

Präsenz privater Krankenhäuser auf deutschen Inseln 2010

Klinikname	Ort	Trägerschaft	Betten	Einwohner	Betten je 1 000 Einwohner
Klinikum Nordfriesland gGmbH	Wyk auf Föhr	kommunal	23	4 421	5,2
Paracelsus-Nordseeklinik Helgoland	Helgoland	privat	39	1 127	34,6
Krankenhaus Borkum GmbH	Norderney	fgn	81	5 816	13,9
Krankenhaus Borkum GmbH	Borkum	privat	8	5 133	1,6
SANA Krankenhaus Rügen GmbH	Bergen auf Rügen	privat	240	14 030	17,1
SANA Krankenhaus Fehmarn	Fehmarn	privat	30	12 942	2,3

Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (2011: Verzeichnis); BDPK (2012). – SANA Krankenhaus Fehmarn wurde 2012 neu eröffnet.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Tabelle 3
**Verteilung der Zahl der Betten nach Grund-,
 Spezial und Großversorger sowie Ländlichkeit**
 2009; Anteile in %

	Grund		Spezial		Groß		Summe
	Ländlich	Städtisch	Ländlich	Städtisch	Ländlich	Städtisch	
Kommunal	5,4	16,4	1,0	2,7	11,9	62,6	100
Fgn.	2,0	30,4	0,8	9,7	4,1	53,0	100
Nicht-Privat	3,8	22,9	0,9	6,0	8,2	58,2	100
Privat	3,5	18,1	4,5	18,9	11,1	43,9	100

Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (2011: Verzeichnis); BBR (2010).

Innere Medizin vorhalten. Darüber hinaus gibt es einige größere ländliche Krankenhäuser mit über 300 Betten („Land, Groß“), die ebenfalls die ländliche Versorgung sicherstellen. Spezialkliniken („Spezial“) dagegen sind Krankenhäuser mit bis zu 300 Betten, die nicht in die Klassifikation „Grund“ fallen.

Tabelle 3 zeigt die Verteilung der Zahl der Betten sowohl nach Ländlichkeit als auch nach Versorgungstyp. Es fällt auf, dass die Privaten zwar einen höheren Anteil an Betten in Spezialkliniken aufweisen. Dennoch beteiligen sie sich in ähnlichem Maße an der ländlichen Grundversorgung wie die Nicht-Privaten: 3,5% der privaten Betten finden sich bei ländlichen Grundversorgern und 3,8% bei den Nicht-Privaten. 11,1% der privaten Betten lassen sich den ländlichen Großversorgern zuordnen und 8,2% der nicht-privaten. Aber auch der direkte Vergleich privater und kommunaler Grund- und Großversorger offenbart keinen besonders großen Unterschied. Die kommunalen Krankenhäuser verfügen über einen leicht höheren Anteil an Betten in ländlichen Grundversorgern. In Bezug auf ländliche Großversorger gibt es praktisch keinen Unterschied zu den Kommunalen.

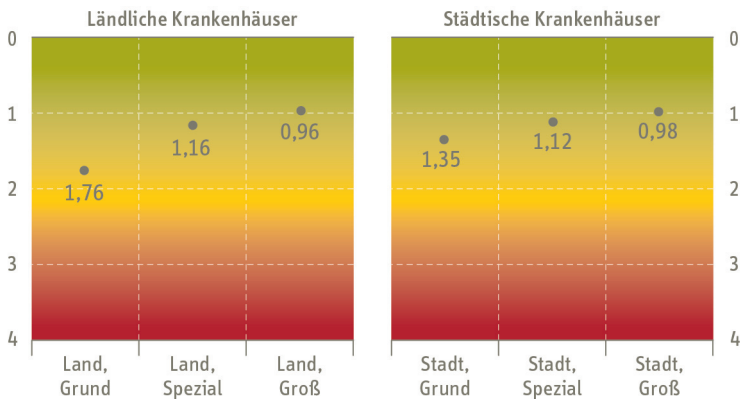
Untersucht man die wirtschaftliche Lage der ländlichen Grundversorger zeigt sich im Durchschnitt, dass sie deutlich schlechter ausfällt als die anderer Krankenhäuser (Schaubild 30). Grundversorger auf dem Land haben eine um 0,4%-Punkte höhere Ein-Jahres-Ausfallwahrscheinlichkeit als städtische Grundversorger. Ländliche Spezialkliniken haben dagegen die gleiche Ausfallwahrscheinlichkeit wie städtische Spezialkliniken. Gleiches gilt für ländliche und städtische Großversorger.

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Schaubild 30

Ausfallwahrscheinlichkeit nach Versorgungstyp

2009; in %



Quelle: Admed, HCB, RWI. – Selektionskriterium: Grund: 50 bis 300 Betten; Groß: über 300 Betten; Große Spezialversorger liegen bei dieser Selektion praktisch nicht vor.

Differenziert man bei dieser Analyse jedoch weiter nach Trägerschaft, zeigt sich ein erstaunliches Bild. Um die Stichprobe an Jahresabschlüssen durch die weitere Unterteilungen nicht zu klein werden zu lassen, fassen wir hier aus statistischen Gründen freigemeinnützige und private Krankenhäuser („nicht-kommunal“) zusammen, weil sich ihre Ausfallwahrscheinlichkeit kaum unterscheiden. Es zeigt sich nun, dass nicht-kommunale ländliche Grundversorger in Bezug auf ihre Ausfallwahrscheinlichkeit genauso gut abschneiden wie die Spezialisten und die Großversorger auf dem Land. Offenbar muss die ländliche Grundversorgung nicht per se unwirtschaftlich sein (Schaubild 31).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

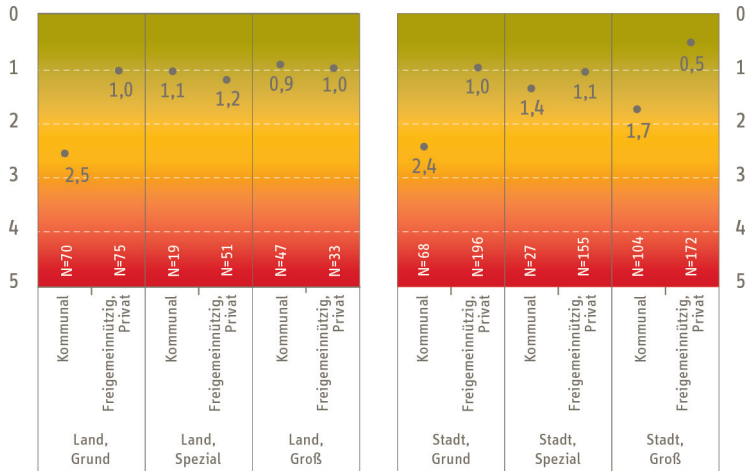
In diesem Abschnitt werden Kennzahlen soweit möglich im Zeitablauf dargestellt. Grundlage dafür bilden die öffentlich zugänglichen Daten des Statistischen Bundesamts und die Jahresabschlüsse von Krankenhäusern. Eine Selektion nach „Versorgungskrankenhäusern“ ist daher nicht möglich. Infolgedessen fällt die hier zu Grunde liegende Krankenhausstichprobe etwas größer aus als in Abschnitt 4. Alle Kennzahlen beziehen sich aber stets auf Allgemeinkrankenhäuser. Rein psychiatrische Kliniken, reine Tages- und Nachtkliniken sowie Universitätskliniken sind nicht enthalten.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Schaubild 31

Trägerspezifische Ausfallwahrscheinlichkeit nach Versorgungstyp

2009; in %



Quelle: Admed, HCB, RWI. – Selektionskriterium: Grund: 50 bis 300 Betten; Groß: über 300 Betten; Große Spezialversorger liegen bei dieser Selektion praktisch nicht vor.

5.1 Wirtschaftlichkeit

Kennzahlen zur Wirtschaftlichkeit (Tabelle 4 bis 11) weisen auf eine höhere Rentabilität und eine signifikant höhere Investitionstätigkeit hin. Dies zeigt sich insbesondere bei der Analyse der Finanzkennzahlen (Tabelle 10 und 11). Darüber hinaus ist eine höhere Arbeitsproduktivität privater Anbieter zu beobachten, v.a. bei der Betrachtung der Case-Mix-Punkte je Vollkraft (Tabelle 4). Hier sei darauf hinge-

Tabelle 4

Case-Mix-Punkte je Vollkraft

2009

	Privat	Fgn.	Kommunal
Insgesamt	31,9	26,4	25,3
Ärztlicher Dienst	192,0	166,0	154,9
Pflegedienst	78,1	66,1	66,2
Nicht-ärztlicher Dienst	38,3	31,4	30,2

Quelle: RWI; WIdO (2011); Statistisches Bundesamt (2011: Grunddaten).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 5

Zahl der Fälle je Vollkraft

1996 bis 2009

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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; WIdO (2010); Statistisches Bundesamt (2011: Grunddaten).

Tabelle 6

Zahl der Fälle je Vollkraft im ärztlichen Dienst

1996 bis 2009

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Tabelle 7

Zahl der Fälle je Vollkraft im Pflegedienst

1996 bis 2009

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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).

Tabelle 8

Zahl der Fälle je Vollkraft im nicht-ärztlichen Dienst

1996 bis 2009

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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 2009; in Vollzeitäquivalenten

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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).

Tabelle 10

Bilanzdaten allgemeiner Krankenhäuser

2009

	Privat	Fgn.	Kommunal
Eigenkapitalquote, in % der Bilanzsumme	25,9	28,7	21,9
Sonderposten, in % der Bilanzsumme	30,2	38,2	44,8
EBITDA-Marge (ohne KHG-Mittel), in % Gesamterlöse	9,4	3,8	2,6
EBITDA-Marge (mit KHG-Mittel), in % Gesamterlöse	10,6	6,3	5,9
Umsatzrentabilität (v. St., EBT), in %	5,6	2,1	0,8
Gesamtkapitalrentabilität, in %	5,2	1,9	0,8
Steuern/Umsatz	0,7	0,1	0,2
Steuern, in Mill. €	100	26	46

Quelle: RWI. – Hochgerechnet über Betten.

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Tabelle 11
Investitionen in allgemeinen Krankenhäusern
2009

	Privat	Egn.	Kommunal
Investitionen/ Anlagevermögen, in %	9,2	9,2	9,4
Investitionen/Umsatz, in %	10,3	6,3	8,0
Investitionen/Gesamterlöse, in %	9,7	5,4	6,7
Anlagevermögen je Bett, in €	171 000	92 000	119 000
Sachanlagevermögen aktuell ggü. zu Anschaffungs- und Herstellungskosten in %	72,0	49,1	49,0
Investitionen je Bett, in €	15 700	8 400	11 200

Quelle: RWI.

wiesen, dass im Durchschnitt eine Vollkraft in Krankenhäusern in privater Trägerschaft zwar mehr Umsatz, d.h. mehr Case-Mix-Punkte generiert, gleichzeitig jedoch kaum mehr Patienten zu betreuen hat. Tabelle 7 zeigt auch für Pflegekräfte, dass diese bei Privaten nicht höher belastet werden. Die höhere Zahl an Case-Mix-Punkte pro Vollkraft resultiert aus dem im Durchschnitt höheren CMI der privaten Krankenhausträger.

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 18).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 12

Zahl der Vollkräfte insgesamt
1996 bis 2009

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2009	95 828	233 249	286 098
2008	91 905	231 419	286 740
2007	89 607	227 167	289 728
2006	88 099	229 969	290 245
2005	78 280	229 804	302 610
2004	70 409	233 309	313 105
2003	60 700	243 633	327 061
2002	54 400	246 723	337 816
2001	52 442	255 721	339 658
2000	47 492	255 740	346 326
1999	46 041	260 781	351 735
1998	44 492	258 193	362 279
1997	39 389	260 852	372 661
1996	41 206	270 210	374 989

Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Tabelle 13

Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst
1996 bis 2009

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2009	15 947	37 112	46 674
2008	15 129	36 551	46 064
2007	14 482	35 465	45 973
2006	13 615	35 182	45 220
2005	11 538	34 343	46 208
2004	9 892	33 318	45 524
2003	7 905	33 192	44 899
2002	6 845	32 631	45 023
2001	6 345	32 939	44 483
2000	5 537	32 317	44 637
1999	5 297	32 336	44 477
1998	4 968	31 359	45 085
1997	4 062	30 925	44 823
1996	4 109	30 552	43 885

Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Tabelle 14

Zahl der Vollkräfte im nicht-ärztlichen Dienst
1996 bis 2009

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2009	79 881	196 137	239 424
2008	76 777	194 868	240 676
2007	75 125	191 702	243 756
2006	74 484	194 787	245 026
2005	66 742	195 461	256 402
2004	60 517	199 991	267 581
2003	52 795	210 441	282 162
2002	47 555	214 092	292 793
2001	46 097	222 782	295 175
2000	41 955	223 423	301 689
1999	40 744	228 445	307 258
1998	39 524	226 834	317 194
1997	35 327	229 927	327 838
1996	37 097	239 658	331 104

Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Tabelle 15

Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst
1996 bis 2009

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2009	39 190	93 172	109 262
2008	37 422	92 588	109 805
2007	36 082	91 223	111 380
2006	34 427	92 636	113 041
2005	31 223	93 173	117 464
2004	27 770	95 475	122 759
2003	24 369	100 779	129 813
2002	22 129	103 373	135 323
2001	21 562	108 607	138 291
2000	19 789	109 061	140 506
1999	18 879	110 765	142 586
1998	18 394	109 555	146 576
1997	16 137	110 681	150 914
1996	17 112	115 049	151 708

Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 16

Zahl der Vollkräfte im medizinisch-technischen Dienst
1996 bis 2009

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2009	12 233	31 254	40 720
2008	11 743	30 863	40 457
2007	11 391	30 198	40 591
2006	12 559	30 533	39 223
2005	10 776	30 518	41 663
2004	9 461	30 961	42 552
2003	7 980	32 132	44 279
2002	7 070	32 522	45 301
2001	7 167	33 560	45 805
2000	6 450	33 440	46 435
1999	6 220	33 953	46 529
1998	5 979	33 291	47 457
1997	5 272	33 230	48 339
1996	5 548	34 132	48 443

Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (Grunddaten).

Tabelle 17

Anteil der Personalkosten an Bruttokosten
2002 bis 2009; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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 (Kostennachweis).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Tabelle 18

Anteil Kosten des ärztlichen Dienstes an Bruttokosten
2002 bis 2009; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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 (Kostennachweis).

Tabelle 19

Anteil Kosten des Pflegedienstes an Bruttokosten
2002 bis 2009; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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 (Kostennachweis).

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 Häuser bei der Behandlung der Patienten keinesfalls schlechter ab. Auf der einen Seite behandeln die Privaten ein älteres und komplexeres Patientengut, was sich durch einen höheren CMI zeigt. Auf der anderen Seite gibt es im Vergleich zu anderen Krankenhausträgern keine signifikanten Unterschiede in der medizinischen Behandlung, beispielsweise beim Anteil der Entbindungen mit Kaiserschnitt (Tabelle 20) oder beim Anteil totgeborener Kinder (Tabelle 21). Dieses Ergebnis ergibt sich auch bei der auf Basis von FDZ-Daten durchgeführten Selektion der *Versorgungskrankenhäuser*.

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 20

Anteil der Zahl der Kaiserschnittentbindungen an allen Entbindungen
1996 bis 2009; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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).

Tabelle 21

Anteil Zahl der Totgeburten an allen Geborenen
1996 bis 2009; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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

Tabelle 22

Anteil Zahl der ambulanten Operationen nach § 115b SGB V an allen stationären Fällen

2002 bis 2009; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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).

Tabelle 23

Anteil Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel an den Bruttokosten

2002 bis 2009; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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 (Kostennachweis).

Tabelle 24

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

2004 bis 2009; in €

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2009	522	525	503
2008	506	514	501
2007	490	489	479
2006	499	468	452
2005	471	438	429
2004	447	401	404

Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (Kostennachweis), WIdO (2005-2011).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 25

Anteil Kosten der Arzneimittel an den Bruttokosten

2002 bis 2009; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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 (Kostennachweis).

Tabelle 26

Anteil Kosten der Arzneimittel je Case-Mix-Punkt

2004 bis 2009; in €

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2009	115	135	156
2008	126	136	158
2007	126	137	158
2006	135	131	149
2005	127	125	141
2004	118	115	135

Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (Kostennachweis); WIdO (2004–2011).

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 (Tabelle 10). Bei den Ausbildungskosten (Tabelle 27) weisen die Privaten einen geringeren Anteil an den Bruttokosten auf als die anderen Träger. Dieser hat sich jedoch seit 2002

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Tabelle 27

Anteil der Ausbildungskosten an den Bruttokosten

2002 bis 2009; Anteil in %

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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 (Kostennachweis).

erkennbar erhöht, während er bei den anderen konstant blieb. Er dürfte – bei fortanhaltender Dynamik und zunehmenden Fachkräftemangel – in Zukunft das Niveau der anderen Träger erreichen.

Tabelle 28

Zahl der Intensivbetten je 100 Betten

1996 bis 2009

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
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).

5. Zeitreihen der Allgemeinkrankenhäuser

Tabelle 29

Zahl medizinisch-technischer Großgeräte je 1 000 Betten
1996 bis 2009

Jahr	Privat	Fgn.	Kommunal
2009	19	18	21
2008	18	17	20
2007	17	16	19
2006	16	15	18
2005	14	15	17
2004	13	14	16
2003	13	13	15
2002	12	12	14
2001	5	4	5
2000	4	4	4
1999	4	3	4
1998	3	3	4
1997	3	3	3
1996	3	2	3

Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (Grunddaten). – Ab 2002 wurden folgende Großgeräte erstmals erfasst: Digitale Subtraktions-Angiographiegeräte, Gamma-Kameras, Herz-Lungen-Maschinen und Dialysegeräte.

5.5 Vorhalteleistung

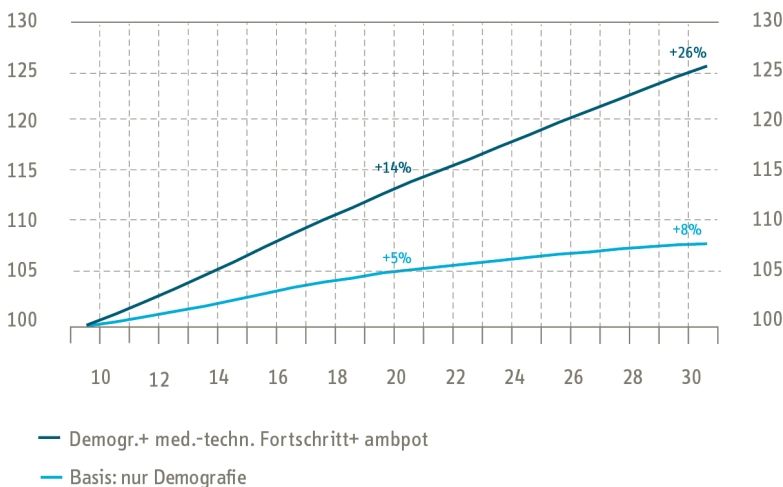
Die Abschnitte 4.4 und 4.6 haben bereits eindrucksvoll aufgezeigt, dass sich die Krankenhäuser in privater Trägerschaft an der Bereitstellung der medizinischen Infrastruktur zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Krankenhausversorgung beteiligen. Die folgende Darstellung der Anzahl Intensivbetten je 100 Betten (Tabelle 28) und die Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte je 1 000 Betten (Tabelle 29) im Zeitablauf stellen dies noch einmal eindrucksvoll dar. Schließlich zeigt die höhere Investitionsquote der privaten Klinikbetreiber, dass sie deutlich mehr in die Infrastruktur investieren als andere Träger (Tabelle 11).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

6. Ausblick

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird das Potenzial des deutschen Krankenhausmarktes weiter wachsen. Wie sich die Zahl der Fälle bis zum Jahr 2030 entwickeln wird, ist dabei schwer zu prognostizieren. Das RWI hat sich im Rahmen des Krankenhaus Rating Reports 2011 dieser Fragestellung angenommen. Auf Basis der demografischen Entwicklung auf Kreisebene, Trends in den Prävalenzraten in den vergangenen Jahren und unter Annahmen zum ambulanten Potenzial wurde die Zahl der stationären Fallzahl bis 2030 fortgeschrieben. Hierzu wurden ausgehend von der regionalen Krankenhausanspruchnahme im Jahr 2008 die regionalen Prävalenzraten (stationäre Fälle je Einwohner) je ICD, Alter und Geschlecht bestimmt. Unter Berücksichtigung des Trends der Prävalenzraten, möglicherweise verursacht durch medizinisch-technischen Fortschritt, und dem ambulanten Potenzial rechnet das RWI bundesweit bis 2020 mit etwa 14% mehr Fällen als 2009. Dies entspricht einer jahresdurchschnittlichen Zunahme um rund 1,2%. Bis 2030 belief sich die Zunahme insgesamt auf 26%. Bei konstanten Prävalenzraten würde der Anstieg bis 2020 rund 6% bzw. 0,5% p.a. betragen (Schaubild 32).

Schaubild 32
Projektion der Zahl der Fälle
2009 bis 2030; 2009=100



Quelle: ADMED, HCB, RWI; FDZ (2011).

6. Ausblick

Dies zeigt, dass der Krankenhausmarkt auch zukünftig nachfrageseitig ein Wachstumsmarkt sein wird. Zunehmend dürften aber nicht nur die stationären Fälle, sondern auch die ambulante Leistungserbringung in und am Krankenhaus eine bedeutende Rolle bekommen. Dies zeigt umso mehr, dass es für die Krankenhausträger von entscheidender Bedeutung sein wird, sich rechtzeitig an neue Rahmenbedingungen anzupassen und sich mit Hilfe von Investitionen, Prozessoptimierungen sowie Leistungsstrukturanpassungen auf die veränderte Nachfrage einzustellen. Das erfordert viel unternehmerisches Geschick, ein gutes Management und Investitionskapital.

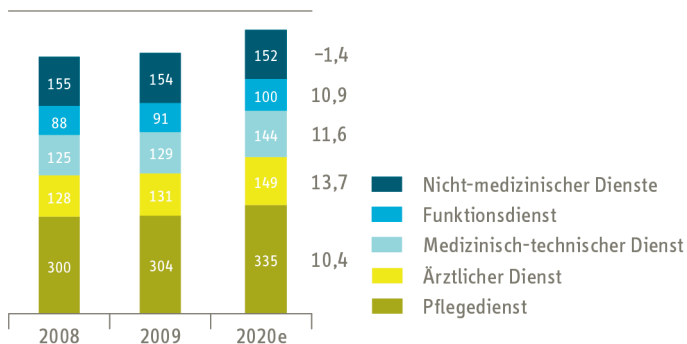
Daneben wird eine der großen Herausforderungen für alle Krankenhausträger die Gewinnung von qualifiziertem Fachpersonal sein. So führt der demografische Wandel zu einer höheren Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen. Dabei wird auf der einen Seite die Bevölkerung durchschnittlich älter und auf der anderen Seite sind weniger Erwerbstätige zu erwarten. Auch hier hat das RWI im Rahmen des Krankenhaus Rating Reports 2011 den Personalbedarf bis zum Jahr 2020 abgeschätzt (Schaubild 33).

Die Prognose basiert auf Grundlage der erwarteten Zahl der Fälle im Szenario mit demografischem Wandel, wachsenden Prävalenzraten und ambulantes Potenzial, der Änderung der Verweildauer und einem konstanten Grad an Outsourcing. Das RWI schätzt im Jahr 2020 insgesamt einen um 9% höheren Personalbedarf als 2009, der allerdings für die medizinischen Dienste deutlich höher ausfällt und für

Schaubild 33

Erwarteter Personalbedarf

2008 bis 2020; in 1 000 Vollkräften



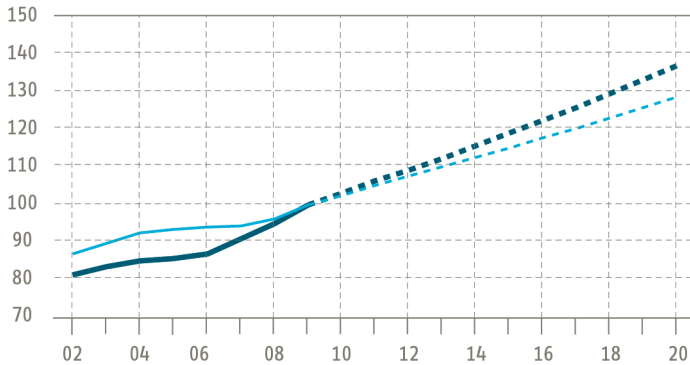
Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (Grunddaten); Werblow/Schoffer (2010).

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

Schaubild 34

Erwartete Kosten je Vollkraft

2002 bis 2020; 2009 = 100



Quelle: RWI; Statistisches Bundesamt (2011: Verzeichnis).

die nicht-medizinischen Dienste rückläufig ist. Diese zukünftig sich verstärkende Personalknappheit wird die Krankenhausträger vor enorme Herausforderungen stellen, sowohl im Bereich der Personalgewinnung als auch in Bezug auf die zu erwartende Zunahme der Personalkosten insgesamt.

Für den ärztlichen und nicht-ärztlichen Dienst wird von beachtlichen Lohnsteigerungen ausgegangen. Grundsätzlich dürften diese für den ärztlichen Dienst aufgrund seiner größeren Knappheit höher ausfallen als für den nicht-ärztlichen. Für den ärztlichen Dienst wurde in Augurzky et al. (2011) für 2010 und 2011 von Lohnsteigerungen in Höhe von jährlich 3,0% und ab 2012 jährlich 2,8% ausgegangen. Für die nicht-ärztlichen Dienste wurde für 2010 und 2011 ein Lohnanstieg von je 2,5% und ab 2012 von jährlich 2,2% erwartet. Ferner wurden auch die Änderungen in den Lohnnebenkosten, die 2010 38,7% betragen und bis 2020 auf 40,6% steigen könnten berücksichtigt. Unter diesen Annahmen erhöhen sich die Gesamtkosten je Vollkraft für Ärzte mit 37% am stärksten, für nicht-ärztliche Dienste um 29% (Schaubild 34). Kombiniert man die Mengen- und Preiseffekte, steigen die gesamten Personalkosten zwischen 2009 und 2020 um 44% bzw. 3,4% p.a.

Zweierlei wird vor diesem Hintergrund deutlich: Zum einen wird es für Krankenhausträger zukünftig wesentlich darauf ankommen, Arbeitsplätze attraktiv zu gestalten, um Personal gewinnen und halten zu können. Zum anderen wird es

entscheidend sein, mit der teuren Ressource Personal äußerst sparsam umzugehen. Hier scheinen die Privaten den Nicht-Privaten bereits einen Schritt voraus zu sein.

Glossar

Ausfallwahrscheinlichkeit	Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Kreditausfalls, in der Regel bezogen auf einen 1-Jahres-Horizont
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
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	Case-Mix - Summe aller Relativgewichte der in einem Krankenhaus erbrachten DRG
CMI	Case-Mix Index - Durchschnittliches Relativgewicht eines Krankenhauses oder Fachabteilung: Case-Mix 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
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

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

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
FDZ	Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter
Fgn.	Freigemeinnützig
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung - Aufstellung der Aufwendungen und Erträge eines Unternehmens für einen bestimmten Zeitraum, normalerweise für ein Wirtschaftsjahr
HGB	Handelsgesetzbuch
HGB-Bilanzen	Erlöse entsprechen dem Umsatz zuzüglich sonstiger betrieblicher Erlöse
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 bankeigenen 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
TK	Techniker Krankenkasse
VK	Vollkraft
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Literatur

Augurzky, B., A. Beivers, G. Neubauer und Ch. Schwierz (2009), Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. RWI Materialien 52. Essen.

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

Augurzky, B. (2012), Investitionsfähigkeit: Abhängigkeit von der Rechtsform und Unternehmensgröße? In: Den Wandel steuern, Personal und Finanzen als Erfolgsfaktoren, 7. Kongress der Sozialwirtschaft, NOMOS.

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

BDPK – Bundesverband Deutscher Privatkliniken (Hrsg.) (2011 und 2012), Mitgliederumfrage. Berlin, unveröffentlicht.

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

Krankenhäuser in privater Trägerschaft

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

Beivers, A. und M. Spangenberg (2008), Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung. *Informationen zur Raumentwicklung* 2008 (1): 91-99.

BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (Hrsg.) (2009), *Qualitätsdaten 2008*. Düsseldorf.

BQS – Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (Hrsg.) (2010), Institut für Qualität und Patientensicherheit, BQS-Bundesauswertung 2008 – Gesamtübersicht über alle Leistungsbereiche, Vollständigkeit der Bundesdaten (Dokumentationsraten), Vollständigkeit der Krankenhäuser. Internet: www.bqs-qualitaetsindikatoren.de.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2011), *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern*. Berlin.

FDZ – Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter (2011), *Nutzung von Mikrodaten der Krankenhausstatistik im Rahmen der kontrollierten Datenfernverarbeitung*. Projektnummer: 1852-2011.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2011), *Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung*. Zuletzt aktualisiert: März 2011. Berlin. Internet: www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Kennzahlen_Booklet_Q4_2011-03_02_15951.pdf.

Neubauer, G. (2007), Neuorientierung in der Krankenhausversorgung: Von der Selbstkostendeckung zu Wettbewerbspreisen. In V. Ulrich 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, 365-378.

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

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

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

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

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

TK – Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2010), *Daten zur Patientenzufriedenheit 2006, 2008 und 2010*. 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/.