

# **hochschule für angewandte wissenschaften hamburg**

Fachbereich Ökotoxikologie  
Studiengang Gesundheit

## **Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland als Thema der Fach- und Tagespresse**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 01.06.2005

Vorgelegt von:

Britta Lambers-Awizus

Bahrenfelder Steindamm 62

22761 Hamburg

Matrikel-Nr.: 1584877

Ref.

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp

HAW Hamburg

Prof. Heinz Lohmann

HAW Hamburg

## **Danksagung**

Mein herzlicher Dank gilt Hubert L. Lambers, der mir dieses Studium ermöglicht hat.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Dr. Karl H. Wehkamp von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg für die Betreuung der Diplomarbeit und seine Art der Lehre.

Ebenso gilt mein Dank Prof. Heinz Lohmann von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften für seine spontane Zusage der Zweitkorrektur.

## Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	5
2	Einleitung .....	7
3	Kontext der Arbeit .....	9
4	Material und Methoden .....	13
4.1	Material .....	13
4.2	Methoden.....	14
5	Ergebnisse.....	16
5.1	Teil 1: Begriffe, Einstellungen, Argumentationen und Begründungen zu Krankenhausprivatisierungen in Fach- und Tagespresse.....	16
5.1.1	Begriffe, Begründungen, Sichtweisen, Einstellungen und Argumentationen zu Krankenhausprivatisierungen .....	16
5.1.2	Zusammenhang zwischen fachlicher Ausrichtung der Autoren der Fach- und Tagespresse und eingenommenem Blickwinkel.....	24
5.1.3	Nennungen 'erfolgreicher privater' und 'erfolgreicher öffentlicher' Krankenhausträger.....	25
5.1.4	Wissenschaftliche Fundierung und Quellenangaben der Artikel in der Fachpresse, Quellenangaben in der Tagespresse .....	25
5.2	Teil 2: Krankenhausmarkt .....	28
5.2.1	Ökonomische Perspektive der Berichterstattung.....	28
5.2.2	Begründungen der ökonomischen Perspektive: Finanzierung, Investitionsbedarf, Börsengang und Basel II .....	31
5.2.3	Begründungen der ökonomischen Perspektive: Marktentwicklung, Marktanteile, Wettbewerb, Käufermarkt .....	32
5.2.4	Räumliche Verteilung privater und anderer Krankenhausbetreiber.....	33
5.2.5	Trend zu Krankenhausprivatisierungen .....	33
5.2.6	Internationalisierung, Europäisierung und Privatisierung von Krankenhäusern .....	34
5.3	Teil 3: Ethik / Moral .....	35
5.3.1	Wertehaltungen und Aspekte geforderten Wertewandels in Zusammenhang mit Krankenhausprivatisierungen .....	36
5.3.2	Wertewandel .....	37
5.3.3	Ansätze zu ethischen und moralischen Abwägungen von Krankenhausprivatisierungen.....	37
5.3.4	Widerstand gegen die Privatisierung von Krankenhäusern .....	41
5.3.5	Umgang mit Widerstand gegen Krankenhausprivatisierungen .....	42
5.3.6	Konsequenzen nicht gelungener Privatisierungsversuche.....	43

6	Diskussion der Ergebnisse, Empfehlungen und kritische Abschlussbetrachtung.....	44
6.1	Begriffe zur Privatisierung von Krankenhäusern.....	44
6.2	Wissenschaftlichkeit in der Fachpresse.....	44
6.3	Darstellung öffentlicher und privater Krankenhausbetreiber in Fach- und Tagespresse.....	46
6.4	Investitionsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und weitere Ziele von Krankenhausträgern.....	48
6.5	Wirtschaftlichkeit als übermächtiges Thema – Wirtschaftlichkeit zuende denken.....	49
6.6	Halbierte Diskurse und Managerism .....	51
6.7	Die Rolle von Unternehmensberatern und Banken.....	52
6.8	Rolle der Krankenhäuser in der Zukunft.....	53
6.9	Vertrauen – kein Thema?.....	54
6.10	Fehlender ethischer Diskurs zur Privatisierung von Krankenhäusern.....	56
6.11	Good ethical practise .....	57
6.12	Internationalisierung des Krankenhausmarktes.....	58
6.13	Widerstände gegen Krankenhausprivatisierungen und Partizipation .....	58
6.14	Kritische Abschlussbetrachtung der Arbeit.....	60
	Anmerkungen .....	61
	Tabellenverzeichnis .....	65
	Literatur .....	65
	Anhang.....	A-1

## 1 Zusammenfassung

Die Veränderungen der Sozialsysteme ändern die Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen. Krankenhäuser sind als Teil des Gesundheitswesens betroffen und befinden sich im Umbruch. Sie werden zunehmend in privater Trägerschaft betrieben.

Die vorliegende Arbeit ermittelt mit Methoden der qualitativen Sozialforschung Aussagen darüber, **wie** die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland thematisiert wird. Es liegt bisher wenig wissenschaftliche Literatur zum Thema vor. Hinweise aus anderen wissenschaftlichen Arbeiten deuten darauf hin, dass die Meinungsbildung zur Privatisierung von Krankenhäusern auch auf Basis von Veröffentlichungen der *Fach- und Tagespresse* stattfindet.

Die Ergebnisse zeigen, dass Privatisierungen von Krankenhäusern für unvermeidbar und positiv gehalten werden. Zwei Drittel der untersuchten Artikel aus der Fachpresse sind nicht wissenschaftlich fundiert, sondern geben die Meinungen von Interessenvertretern, v. a. privater Krankenhausbetreiber wieder. Krankenhausprivatisierungen werden vor allem ökonomisch begründet und mit wettbewerblichen Argumenten untermauert. Weitgehend wird dabei aus der Perspektive der Unternehmensleitungen diskutiert (Managerismus). Die Darstellung der Marktteilnehmer ist stark polarisiert: Private Krankenhausbetreiber werden als positiv und wirtschaftlich erfolgreich dargestellt, während kommunale und frei-gemeinnützige Krankenhausbetreiber als negativ, unwirtschaftlich und ineffektiv gelten. Eine betriebswirtschaftliche Handlungsorientierung und zukünftige Investitionsfähigkeit wird privaten Krankenhausbetreibern zugesprochen. Die öffentliche Diskussion um Krankenhausprivatisierungen wird von privaten Krankenhausbetreibern, Unternehmensberatungsgesellschaften und Banken zu Marketingzwecken genutzt. Die ökonomisch dominierte öffentliche Diskussion führt zu einer Vernachlässigung anderer relevanter Aspekte z. B. Organisationsentwicklung und Ethik im Krankenhaus und der zukünftigen Auswirkungen von Krankenhausprivatisierungen (halbierter Diskurs). Eine ethische Diskussion zu Krankenhausprivatisierungen in Deutschland fehlt bisher. Ebenso scheint ein Forschungsdefizit zu den Auswirkungen von Krankenhausprivatisierungen vorhanden zu sein.

Auf Basis der Untersuchung werden u. a. folgende Empfehlungen abgeleitet:

- Die internationale Dimension von Krankenhausprivatisierungen sollte vor dem Hintergrund von Machtmonopolen großer Krankenhausketten und deren Werteorientierungen umfassend in *Fach- und Tagespresse* im Blick behalten werden.
- Die Rückkehr zu einer wissenschaftlich fundierten Arbeitsweise in der Fachpresse könnte die Qualität der öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion steigern.
- Öffentliche und kommunale Krankenhausbetreiber sollten aufgrund ihres negativen Bildes in *Fach- und Tagespresse* auf ein gutes Marketing achten und bemüht sein, die gegen sie herrschenden Vorurteile zu widerlegen.
- Grundlegende Werte und Ziele der Krankenhausversorgung und die gesellschaftlich erwünschte Rolle von Krankenhäusern werden nicht ausreichend diskutiert und sollten für die Zukunft in einem öffentlichen ethischen Diskurs festgelegt werden.
- Bei der Diskussion der Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsinteressen von Krankenhäusern sollte das Thema Vertrauen als 'harter Faktor' in *Fach- und Tagespresse* thematisiert werden, bisher wird es nicht ausreichend beachtet.
- Nicht-ökonomische Themen sollten in Zukunft verstärkt in die öffentliche und wissenschaftliche Diskussion um Krankenhausprivatisierung einbezogen werden.
- Die vorhandene Emotionalisierung der Diskussion und Widerstände gegen Krankenhausprivatisierungen sollten ernst genommen werden. Positionen von Bürgern, Krankenhausnutzern und patientennahen Berufsgruppen werden aufgrund einer fehlenden Lobby und Managern, die diese Gruppen nicht wahrnehmen, nicht ausreichend berücksichtigt.
- Ethiker in Deutschland und Europa sind aufgerufen, eine ethische Diskussion zu Krankenhausprivatisierungen und den damit verbundenen Werten zu initiieren. Diese Arbeit benennt Themen als Ansatzpunkte für eine solche ethische Diskussion.
- Zusammenhängend mit der Privatisierung von Krankenhäusern sollte in Zukunft unabhängig von deren Trägerschaft die Einhaltung guter ethischer Praxis (good ethical practise) besprochen werden.

Stichwörter: Privatisierung, Krankenhaus, Krankenhausprivatisierung, Vertrauen, halbierter Diskurs, Managerism, Werte, Ethik, Wirtschaftlichkeit, Internationalisierung, Krankenhausmarkt, ethische Diskussion, Internationalisierung, Good Ethical Practise

## 2 Einleitung

Privatisierung von Krankenhäusern ist in Deutschland ein aktuelles Thema, da sich der Krankenhausbereich im Gesundheitswesen mit den derzeitigen Veränderungen der Sozialsysteme im Umbruch befindet. Im Rahmen verschiedener Projekte des Studiums Gesundheit (Public Health) und einem Praxissemester in einem Ethikprojekt im Krankenhaus erschloss sich der Autorin der Blick auf Veränderungs- und Privatisierungsprozesse im Krankenhaus und die damit verbundenen Fragestellungen. Diese Erfahrungen waren Motivation, 'Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland als Thema der *Fach- und Tagespresse*' zu untersuchen. Diese Arbeit erhebt mit Methoden der qualitativen Sozialforschung Aussagen darüber, **wie** die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland in der *Fach- und Tagespresse* thematisiert wird. Die Recherchen zeigten, dass nur eingeschränkt aktuelle Literatur (aus Büchern) zum Thema Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland vorliegt. Deshalb ist davon auszugehen, dass Diskurs und Meinungsbildung zum Thema "Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland" vorrangig über einschlägige *Fach- und Tagespresse* stattfinden. Bettina von Falck stellte 2004 in einer Master Thesis Public Health dazu fest, dass sich Aussagen aktueller Literatur (aus Fachzeitschriften) mit den Aussagen von Meinungsbildnern im Gesundheitswesen decken; (vgl. <sup>[7]</sup>). Michael Simon kam 2001 in einer Studie zur Ökonomisierung des Krankenhauses für Handlungen von Ärzten zu ähnlichen Ergebnissen. (vgl. <sup>[23]</sup>).

Die Frage, wie die in den letzten Jahren fortschreitende Privatisierung von Krankenhäusern - zum Teil durch große Krankenhausketten - zu bewerten ist, stellt sich auch für die *Fach- und Tagespresse*. Unklar blieb nach Sichtung der Literatur zu dieser Arbeit, ob und wie öffentliche und ethische Diskurse über Privatisierung von Krankenhäusern stattfinden. Ebenfalls unklar war, wie die Meinungsbildung zum Thema Krankenhausprivatisierung bei Entscheidern, Krankenhausmitarbeitern und Krankenhausnutzern abläuft. Es liegt nahe, dass *Fach- und Tagespresse* zur Meinungsbildung beitragen und auch die Diskussionsinhalte beeinflussen.

Im Rahmen dieser empirischen Untersuchung werden mithilfe eines Fragensets (vgl. Anhang A) Aussagen zu folgenden drei Themenbereichen festgehalten:

- Teil 1: Begriffe, Einstellungen, Argumentationen und Begründungen zu Krankenhausprivatisierung und deren wissenschaftliche Fundierung in *Fach- und Tagespresse*.
- Teil 2: Krankenhausmarkt. Aus welcher Sichtweise wird über Krankenhausprivatisierung berichtet? Wird eine ökonomische Perspektive eingenommen? Ist Krankenhausprivatisierung ein Trend? Wie werden private und andere Krankenhausbetreiber in der *Fach- und Tagespresse* dargestellt?
- Teil 3: Ethik, Moral. Wie werden Wertehaltungen und Wertewandel in *Fach- und Tagespresse* thematisiert? Finden sich moralische und ethische Aussagen in der *Fach- und Tagespresse*? Wird über Widerstände gegen Krankenhausprivatisierungen in *Fach- und Tagespresse* berichtet?

Diese drei Themenbereiche werden als Orientierungshilfe in der Arbeit weiter verwendet. Zitate aus dem empirischen Material sind mit der Materialnummer gekennzeichnet: (M...); M1-99 betreffen Material aus der *Tagespresse*, M100-199 betreffen Material aus der *Fachpresse*.

Der Zusammenfassung und Einleitung folgt im dritten Abschnitt eine Darstellung der gegenwärtigen Situation der Krankenhausprivatisierung und ihrer Begleitumstände in Deutschland. Anschließend folgt unter Abschnitt vier eine Beschreibung des empirischen Materials und des verwendeten Methodenmixes. Im fünften Abschnitt werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung dargestellt. Eine Diskussion und Abschlussbetrachtung der Ergebnisse mit Empfehlungen und eine kritische Abschlussbetrachtung der Arbeit folgen unter Abschnitt sechs.

Aufgrund der Vielzahl der insgesamt verwendeten Quellen (empirisches Material und wissenschaftliches Material) wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit, Lesbarkeit und Einheitlichkeit weitgehend auf eine Zitation von Quellen als Kurzbelege im Text oder in Fußnoten verzichtet. Literaturhinweise befinden sich in eckigen Klammern [...], Hinweise auf Anmerkungen in runden Klammern (...). Seitenzahlen zu Quellenangaben wurden nur bei wörtlichen Zitaten verwendet; sonst finden sich Seitenzahlen im Literaturverzeichnis bzw. in den Materiallisten für das empirische Material. Internetbasierte Quellen verfügen nicht über Seitenzahlen; deswegen muss für diese Materialien bei wörtlichen Zitaten auf die Angabe von Seitenzahlen verzichtet werden.

### 3 Kontext der Arbeit

Am Ende des 20. Jahrhunderts gab es in Deutschland ca. 2000 Krankenhäuser, davon 40% in öffentlicher, 40% in frei-gemeinnütziger und ca. 20% in privater Trägerschaft. Der Krankenhausbereich erlebt in Deutschland seit den 1990er Jahren einen verschärften Wettbewerb unter den Krankenhausanbietern mit einer Zunahme des Anteils der privaten Krankenhausbetreiber; (vgl.<sup>[8]</sup>).

Kritiker der Ökonomisierung im Krankenhausbereich argumentieren, die Gesundheitssysteme in der EU würden durch Kommerzialisierung angegriffen. Neben der Privatisierung rentabler öffentlicher Einrichtungen zeigen sich Leistungsausgliederungen aus der sozialen Finanzierung, Rationalisierungen und Budgetierungen nicht nur in Deutschland; (vgl.<sup>[4]</sup>).

Die Veränderungen in Deutschland durch Wettbewerb und zunehmende Wirtschaftlichkeitsforderungen betreffen Trägerschaft, Finanzierung, Entgeltabrechnung, Einführung der DRG<sup>1</sup>, innere Gestaltung der Organisation Krankenhaus und ihre Wahrnehmung durch die umgebende Gesellschaft. Die fortschreitende Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat Auswirkungen auf das Verständnis des Krankenhauses und seiner Rolle. Von Nutzern, Mitarbeitern und Gesellschaft traditionell als Ort der Caritas und der Daseinsfürsorge verstanden, wandelt sich das Bild von Krankenhäusern. Krankenhausmanager versuchen, 'gute Medizin zu bezahlbaren Preisen' in ihren Krankenhausunternehmen für die solidarfinanziert versicherte Bevölkerung zu verwirklichen. Ein neues Verständnis des Krankenhauses als Wirtschaftsunternehmen, das wettbewerbsorientiert im europäischen oder internationalen Markt agiert, setzt sich immer mehr durch. Private, national und international agierende Krankenhauskonzerne könnten bereits in wenigen Jahren den Krankenhausmarkt neu gestaltet haben. Damit ist Krankenhausprivatisierung kein deutsches, sondern ein europäisches und internationales Thema; (vgl.<sup>[13]</sup>). Bereits jetzt gilt das Gesundheitswesen als einer der Motoren des nächsten Kondratieff (d.h. langer Wirtschaftszyklus); Krankenhäuser sind ein bedeutender Teil dieses Gesundheitswesens; (vgl.<sup>[18]</sup>).

Krankenhäuser verkaufen Gesundheitsdienstleistungen zur Krankenbehandlung an Kunden, z.B. Krankenkassen oder Endverbraucher. Patienten werden als Kunden (vgl. <sup>[6]</sup>)

---

<sup>1</sup> diagnosis related groups = diagnosebezogene Fallpauschalen

oder health-care-consumers (vgl. <sup>[9]</sup>) gesehen, die souverän über die gewünschte Behandlung entscheiden und Steuerungsfunktionen im Gesundheitswesen wahrnehmen sollen. Eigenverantwortung der Bürger bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen wird eingefordert. Die Veränderungen des Sozialstaates aufgrund verminderter Einnahmen, demografischer Entwicklung und der steigenden Nachfrage postindustrieller Gesellschaften nach teuren Gesundheitsdienstleistungen verändern die Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen und damit für die Krankenhäuser. Politisch wird mehr Wettbewerb im Krankenhausbereich eingefordert, immer in der Hoffnung, damit zu einem effizienterem Umgang mit knappen Finanzmitteln zu kommen und keine Wählerstimmen durch dieses sensible Thema zu verlieren. Damit soll der Zugang zu Krankenhausdienstleistungen als Aspekt der Grundversorgung gesichert werden. Die Privatisierung von Krankenhäusern, in Form eines Rückzugs von kommunalen, frei-gemeinnützigen und caritativen Krankenhausträgern aus dem Markt zugunsten privater Krankenhausträger soll für eine verbesserte Wirtschaftlichkeit sorgen; (vgl. <sup>[5]</sup>).

Der aufgebaute Kostendruck im Gesundheitswesen betrifft auch den Krankenhausbereich. In den letzten Jahren entstand der Eindruck, deutsche Krankenhäuser seien bei der Leistungserstellung zu teuer und müssten als einer der größten Kostenverursacher im Gesundheitswesen sparen und wirtschaftlicher werden; (vgl. <sup>[10]</sup>). Wie eine wissenschaftliche Untersuchung der Deutschen Krankenhausgesellschaft jedoch zeigt, sind deutsche Krankenhäuser im internationalen und europäischen Vergleich nicht teuer; (vgl. <sup>[22]</sup>). Trotz dieser Tatsache ziehen sich Kommunen und andere Krankenhausträger des öffentlichen und frei-gemeinnützigen Bereichs aufgrund von Finanzproblemen aus ihrem Teil der Finanzierung der Krankenhäuser zurück. Zunehmend sollen Krankenhäuser nötige Investitionen selbst erwirtschaften, sich selbst tragen und Gewinne für ihre Träger erzielen.

Krankenhausfinanzierung wird nicht überall ausschließlich monistisch<sup>2</sup> nur über Einnahmen aus DRG geregelt; in vielen Ländern gibt es separate Budgets für laufende Kosten und Investitionskosten (duale Krankenhausfinanzierung)<sup>3</sup>, (vgl. ebd. <sup>[22]</sup>; vgl. <sup>[31]</sup>, sowie (I)).

Während *Fach- und Tagespresse* über die Privatisierungen von Krankenhäusern berichten, sind Mitarbeiter und Patienten zunehmend verunsichert und befürchten eine 'Ameri-

---

<sup>2</sup> Monistische Krankenhausfinanzierung ist eine Finanzierung der Krankenhäuser aus selbst erwirtschafteten Einnahmen; vgl. <sup>[31]</sup>.

<sup>3</sup> Duale Krankenhausfinanzierung ist eine gemeinsame Finanzierung von Krankenhäusern aus öffentlichen Fördermitteln der Länder (Deckung der Investitionskosten) und Einnahmen des Krankenhauses (Deckung der Betriebskosten); vgl. <sup>[31]</sup>.

kanisierung der Zustände'; (vgl. <sup>[34]</sup>). Darunter wird eine nicht mehr allgemein zugängliche Krankenhausversorgung verstanden. Ängste vor einer 'zwei-Klassen-Medizin' machen die Runde, doch werden sie von Gesundheitsmanagern und Interessenvertretern im Gesundheitswesen oft nicht ernst genommen; (vgl. <sup>[21]</sup>). Widerstand gegen die dringend nötigen Veränderungen in Richtung einer verbesserten Effizienz und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern verbindet sich mit der Angst vor Privatisierung von Krankenhäusern und macht sich in Form von Volksabstimmungen gegen Privatisierung und Veränderungswiderständen<sup>4</sup> (vgl. <sup>[26]</sup>) im Krankenhaus breit. Innerhalb der Krankenhäuser sorgt offener oder verdeckter Veränderungswiderstand für einen erhöhten Bedarf an ethischer Kompetenz im Management und bei patientennahen Berufen; (vgl. <sup>[32]</sup>). Veränderungswiderstände sind ein bekanntes Phänomen im Management; zum guten Umgang mit solchen Widerständen gehören unter anderem Beteiligung der Betroffenen; (vgl. <sup>[26]</sup>). Selbst gut informierte Patienten geraten in Verunsicherung, weil sie u. U. nicht mehr sicher sind, ob ihre Behandlung nach ärztlichem Rat oder ökonomischer Notwendigkeit des Krankenhausträgers erfolgt; (vgl. <sup>[4]</sup>).

Vertrauen scheint als 'harter Faktor' bei der Erstellung von Gesundheitsdienstleistungen unabdingbar. Eine Dienstleistung, bei der die Kunden an der Leistungserstellung mitwirken müssen ist ohne Vertrauen nicht möglich. Vertrauen bezieht sich dabei nicht nur auf die individuelle, sondern auch auf die Organisationsebene. Es kann als Querschnittsfunktion Wettbewerbsvorteile generieren; (vgl. <sup>[26]</sup>).

Managementspezialist Reinhard K. Sprenger sieht Vertrauen als einzigen Erklärungsansatz für wirtschaftlichen Unternehmenserfolg – besonders in schnellen, zunehmend globalisierten Märkten; (vgl. <sup>[25]</sup>). Ärzte und Patienten geraten zunehmend unter Druck drohender Rationierungen, weil strukturelle und politische Veränderungen im Gesundheitswesen fehlen. Medizin und Pflege laufen Gefahr, in Konflikte zwischen wirtschaftlichen Anforderungen ihrer Arbeitgeber und den Bedürfnissen ihrer Patienten nach einer hochwertigen und menschlichen Behandlung zu geraten. Diese Konfliktlagen benennt und beschreibt auch die qualitative Studie von Michael Simon zum Thema Ökonomisierung des Krankenhauses (vgl. <sup>[23]</sup>). Die Ergebnisse dieser Studie benennen Hinweise darauf, dass patientenbezogene Entscheidungen zunehmend von ökonomischen Zielen der Krankenhäuser beeinflusst werden. Dabei spielt die Trägerschaft der Krankenhäuser keine Rolle. Ärzte, die den Eindruck haben, zum Rationieren gezwungen zu sein, werden als Folge der

---

<sup>4</sup> Mit Veränderungswiderständen sind hier lt. Staehle (S. 977-982) Widerstände auf Ebene von Individuen oder Organisationen gegen einen (geplanten) Wandel gemeint.

Vermittlung ökonomischer Zusammenhänge durch Verbandsexperten, Fachzeitschriften und Krankenhausmanagement dargestellt.

Dringender Handlungsbedarf wird bezüglich des Umgangs mit Ethik im Krankenhaus benannt. Vermehrte und verstärkte Durchführungen eines ethischen Diskurses werden eingefordert (ebd.).

Aus den USA wurde bereits in den 1990er Jahren berichtet, dass Krankenhausmitarbeiter in gewinnorientierten Unternehmen vor dem Hintergrund unruhiger Arbeitsmarktlagen in Konflikte zwischen der Profitorientierung ihres Arbeitgebers und der Einhaltung berufsethischer Richtlinien geraten; (vgl. <sup>[15]</sup>). Karl H. Wehkamp weist deswegen drauf hin, dass ethische Kompetenzen in den Bereichen Organisationsethik, Medizin- und Pflegeethik und Ethik im Gesundheitswesen den Prozess der Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland idealerweise begleiten sollten; (vgl. <sup>[32]</sup>). Stattdessen wird zwischen Caritas und Humanität einerseits und andererseits gesamtgesellschaftlichen Zwängen, politischen Befindlichkeiten und ökonomischen Notwendigkeiten polarisiert. Die Fronten der Ökonomisierungsbefürworter (vgl. <sup>[19]</sup>) und der Ökonomisierungsgegner (vgl. <sup>[3]</sup>) verhärten sich.

Eine einseitige und fast ausschließliche Thematisierung von ökonomischen Themen, sogenannte 'halbierte Diskurse' zulasten anderer Themen sind aus Managementzeitschriften und Krankenhausbroschüren bekannt.

Ein anderes bekanntes Problem aus dem Krankenhausmanagement ist, dass sich die Manager nicht mehr für die öffentliche Gesundheit, Mitarbeiter und Patienten verantwortlich fühlen, sondern sich als Agenten der wirtschaftlichen Zahlen verstehen. Im englischen Sprachraum wird dieses Phänomen als "Managerism"<sup>5</sup> bezeichnet; (vgl. hierzu <sup>[32],[33]</sup> und (VIII)).

Die Frage, wie die in den letzten Jahren laufende Privatisierung von Krankenhäusern – zum Teil durch große Krankenhausketten – zu bewerten ist, stellt sich auch für *Fach- und Tagespresse*. Unklar bleibt nach Sichtung der Literatur, ob und wie öffentliche und ethische Diskurse über die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland stattfinden. Ebenfalls unklar ist, wie die Meinungsbildung zum Thema Krankenhausprivatisierung bei Entscheidern, Patienten, Krankenhausmitarbeitern und Krankenhausnutzern abläuft. Es liegt nahe, dass *Fach- und Tagespresse* zur Meinungsbildung beitragen und auch die Diskussionsinhalte beeinflussen.

---

<sup>5</sup> Khushf, George, Prof. (University of South Carolina) in einem unveröffentlichten Vortrag (Thema: Organisationsethik im Krankenhaus) an der Evangelischen Akademie Arnoldshain, 2002

## 4 Material und Methoden

In diesem Teil wird das empirische Material, einschließlich der Materialrecherche und des im Rahmen dieser Arbeit verwendeten Methodenmixes aus Grounded Theory und Qualitativer Inhaltsanalyse, beschrieben. Abschließend werden die angewandten Arbeitsschritte in Form einer Tabelle aufgeführt.

### 4.1 Material

Die Materialrecherche zu dieser Arbeit zeigte, dass Literatur aus Büchern und wissenschaftlich fundiertem Material zum Thema 'Privatisierung von Krankenhäusern' bzw. 'hospital privatization' nur sehr eingeschränkt vorliegt. Die Verschlagwortung des hier verwendeten empirischen Materials aus der *Fachpresse* ist oft unzureichend oder gar nicht vorhanden. Journalartikel sind oft unpräzise und selektiv verschlagwortet, d.h. die Verschlagwortung wird nur einem Teil des Inhalts gerecht. Zur Krankenhausfachpresse im weitesten Sinne fehlen elektronische Suchmöglichkeiten mit wenigen Ausnahmen, (z. B. Deutsches Ärzteblatt) fast vollständig. Für die *Tagespresse* liegt oft keine Verschlagwortung vor. Online-Recherchen und persönliche Gespräche der Autorin mit Bibliothekaren und Handrecherchen in Bibliotheken bestätigten diesen Eindruck (II). Zur Überprüfung der Literaturlage wurden darüber hinaus Online-Recherchen in den gängigen Datenbanken wie z.B. IDEM, DIMDI, ETHMED, EUROETHICS, DRZE, PubMed und Medline durchgeführt. Eine Recherche in Google wurde mit den genannten Stichwörtern (vgl. (III)) ebenfalls durchgeführt. Nach Sichtung des empirischen Materials aus der *Fachpresse* wurde deutlich, dass dieses Material nicht ausreichen würde, um zu deutlichen Aussagen zu kommen. Daraufhin wurden zusätzlich empirische Materialien aus der *Tagespresse* aufgenommen. Die Materialien sollten elektronisch oder im Bestand von Bibliotheken zugänglich sein. An das empirische Material wurden weitere Anforderungen ('*formale Charakteristika*', vgl. 4.2) gestellt, um zu einer Materialeingrenzung zu kommen:

- *Fachpresse* aus folgenden Bereichen: Krankenhausfachpresse, Journals für Public Health, Journals für Ethik, Fachpresse aus dem Bereich der im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen.
- *Tagespresse*: Material aus deutschen Tages- und Wochenzeitungen.
- Vorhandensein von Stichwörtern (vgl. III). Um der Aktualität des Themas gerecht zu werden, ein Erscheinen im Zeitraum zwischen Januar 2000 und Dezember 2004 in gedruckter oder elektronischer Form.

Nach Abschluss der Materialrecherche und dem Ausschluss einiger Artikel wegen Fehlen der verwendeten Stichworte stand das empirische Material fest. Genutzt wurden 58 Artikel aus der *Fachpresse* und 66 Artikel aus der *Tagespresse*, damit insgesamt 124 Artikel. Diese für eine qualitative Untersuchung grosse Anzahl war notwendig, um zu ausreichenden Ergebnissen zu allen Teilen des verwendeten Fragensets zu kommen und dem Problem der unzureichenden Verschlagwortung entgegenzuwirken.

## 4.2 Methoden

Da zum Thema Privatisierung von Krankenhäusern nicht viel Literatur aus Büchern vorliegt, wurde eine qualitative Untersuchung von empirischem Material aus *Fach- und Tagespresse* durchgeführt. Ziel der Untersuchung ist es, Aussagen darüber zu erhalten, wie die Privatisierung von Krankenhäusern in den untersuchten Medien thematisiert wird. Es wurde mit Methoden der qualitativen Sozialforschung gearbeitet, die folgend beschrieben werden.

Für die vorliegende Arbeit wurde eine Methode mit einem Arbeitsstil der Qualitativen Sozialforschung kombiniert: Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. <sup>[14]</sup>) und Grounded Theory nach Glaser und Strauss (vgl. <sup>[29]</sup>). Qualitative Inhaltsanalyse wird von Strauss als Arbeitsstil verstanden, aber z.B. von Lamnek (vgl. <sup>[11]</sup>) als Methode beschrieben. Diese scheinbare Widersprüchlichkeit konnte nicht aufgelöst werden. Deswegen wird den Formulierungen der Autoren gefolgt und lt. Strauss die Grounded Theory als Arbeitsstil bezeichnet; die Qualitative Inhaltsanalyse lt. Mayring wird als Methode bezeichnet. Der Arbeitsstil der Grounded Theory wurde während der gesamten Arbeit beibehalten, d.h. es wurden bereits in frühen Stadien der Arbeit *Theoriememos* erstellt und laufend überarbeitet. Sie dienen der Weiterentwicklung der gewonnenen Erkenntnisse und zur Formulierung eigener, über *Kategorien* hinausgehender Ergebnisse.

Am Beginn der Arbeit nach Grounded Theory steht, '*generative Fragen*' an das Material zu stellen um Erkenntnisse zu generieren; (vgl. <sup>[29]</sup>). Die im Rahmen dieser Untersuchung verwendeten '*generativen Fragen*' wurden in einem Fragenset (vgl. Anhang A) gebündelt.

Die Qualitative Inhaltsanalyse geht bis auf die Erstellung von *Theoriememos* ähnlich wie die Grounded Theory vor. Beide Ansätze gehen bis zur Erstellung von *Kategorien* und beim *Kodieren* einen sich nur geringfügig unterscheidenden, fast gemeinsamen Weg. In der Grounded Theory heißt der Kodiervorgang '*offenes Kodieren*'. Dabei werden Dokumente nach auffälligen Textpassagen, Phänomenen und Wörtern durchgesehen. Im Verlauf der Arbeit verdichten sich die Interpretationsversuche zu *Kategorien*, die dann als

'gesättigt' gelten können, wenn sich Redundanzen ergeben und keine neue Erkenntnis zu einer Kategorie mehr aus dem empirischen Material zu gewinnen ist. Abschließend ergeben sich *Schlüsselkategorien* aus den vorhandenen *Kategorien*, die sich zueinander in Verbindung bringen lassen. Dieser Vorgang führt zu neuen Erkenntnissen aus dem Material und theoretisch günstigstenfalls zu der Entwicklung neuer Theorien; (vgl. <sup>[29]</sup>).

Innerhalb der Qualitativen Inhaltsanalyse heißt dieser Kategorienbildungsprozess 'induktive Kategorienbildung'. Mayring folgt der Regel, dass *Kategorien* direkt aus dem Material abgeleitet werden; (vgl. <sup>[14]</sup>). Hier sind auch quantitative Analysen erlaubt, sofern sie Ergebnisse verdeutlichen. In dieser Arbeit werden quantitative Elemente genutzt um Aussagen zu unterstreichen oder sie dem Leser zu verdeutlichen; z.B. Nennung von absoluten Zahlen oder Mengenangaben wie ‚ca. zwei Drittel‘. Abschließend kann das Kategoriensystem im Sinne der Fragestellung interpretiert werden. Als weiteres Element der Qualitativen Inhaltsanalyse wurde die Begrenzung des empirischen Materials durch 'formale Charakteristika' genutzt, (vgl. ebd.<sup>[14]</sup>)

Lamnek (vgl. <sup>[11]</sup>) beschreibt als Problem der Grounded Theory, dass unter Umständen eine nicht mehr zu verarbeitende Datenfülle auftritt, wenn Daten nicht eingegrenzt werden. Diesem Problem konnte mit der Materialeingrenzung aus der Qualitativen Inhaltsanalyse entgegengewirkt werden, da mit der vorhandenen Eingrenzung zumindest eine Auswahl relevanter Artikel getroffen werden konnte. Die ausgewählten empirischen Materialien liefern auf den größten Teil der generativen Fragen Antwortmaterial.

Zusammenfassend kann das methodische Vorgehen im Rahmen dieser Arbeit mit folgenden Arbeitsschritten beschrieben werden (Tabelle 1):

1.	Materialrecherche und Literatúrauswahl zu Kontextwissen.
2.	Materialrecherche in der Fachpresse nach Suchbegriffen und Anpassung bzw. Erweiterung der Suchbegriffe. Aufnahme von Material aus der Tagespresse in das empirische Material.
3.	Erste Durchsicht des empirischen Materials ( <i>Fachpresse, Tagespresse</i> ) und erste Nachrecherche.
4.	Zweite Nachrecherche zu empirischem Material aus der <i>Fachpresse</i> , intensive Nachrecherche zu Material aus der <i>Tagespresse</i> (z.B. im Pressearchiv des Hamburger Weltwirtschafts Archivs, Gespräche mit Bibliothekaren). Entwurf eines Fragensets zur Bündelung von generativen Fragen.
5.	Pretest des Fragensets am empirischen Material mit Zufallsstichprobe aus dem Material. Überprüfung der generativen Fragen und Suche nach weiteren möglichen Fragestellungen.
6.	Anpassung der generativen Fragen und endgültige Erstellung des Fragensets mit den Themenbereichen: Teil 1) Begriffe / Einstellungen / Argumentationen / Begründungen zu Krankenhausprivatisierung, Teil 2) Krankenhausmarkt, Teil 3) Ethik / Moral.
7.	Auswertung des Materials mit Kennzeichnung von Zitaten aus Textstellen - Auswertung z.B. immer der unter einer Kategorie gesammelten Textstellen; 'offene Kodierung' lt. Strauss, 'induktive Kategorienbildung' lt. Mayring.
8.	Kategorienbildung und Kategorienanpassung.
9.	Beschreibung der Kategorien und Ergebnisse anhand der drei Themenbereiche des Fragensets.
10.	Kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Untersuchung.

Tabelle 1: Methodisches Vorgehen im Rahmen dieser Arbeit

## 5 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung des empirischen Materials entsprechend der Systematik des Fragensets in drei Teilen dargestellt.

### 5.1 Teil 1: Begriffe, Einstellungen, Argumentationen und Begründungen zu Krankenhausprivatisierungen in Fach- und Tagespresse

Im ersten Teil werden die im empirischen Material vorgefundenen Begriffe zum Thema Privatisierung von Krankenhäusern dargestellt. Sichtweisen, Einstellungen, Argumentationen und Begründungen zu Krankenhausprivatisierungen werden vorgestellt. Die Darstellung öffentlicher und privater Krankenhausbetreiber in *Fach- und Tagespresse* wird aufgegriffen. Abschließend werden die Ergebnisse der Untersuchung zu Wissenschaftlichkeit in der *Fachpresse* und zum Umgang mit Quellenangaben in *Fach- und Tagespresse* vorgestellt.

#### 5.1.1 Begriffe, Begründungen, Sichtweisen, Einstellungen und Argumentationen zu Krankenhausprivatisierungen

##### Begriffe

Die verschiedenen Strategien der Privatisierung von Krankenhäusern werden in der *Fach- und Tagespresse* unter 19 verschiedenen Begriffen thematisiert, die nicht einheitlich gebraucht werden. In der *Fachpresse* werden vielfältigere Privatisierungsvarianten diskutiert als in der *Tagespresse*.

Die Unterscheidung zwischen den verschiedenen Formen der Privatisierung kann über die Berechtigung, bzw. Verpflichtung eines Trägers, z. B. einer Kommune kategorisiert werden, weiterhin im Krankenhausgeschäft mitzuwirken. Mitwirkung kann passive Teilhabe an Geschäftsanteilen aber auch aktive Mitarbeit im Tagesgeschäft oder nur Mitspracherechte bedeuten (Tabelle 2).

	Kommune / frei-gemeinnütziger Träger hat <i>keinen Einfluss</i> mehr und zieht sich aus dem Geschäft zurück:	Kommune / frei-gemeinnütziger Träger bleibt <i>Miteigentümer</i> des Krankenhauses:	Kommune / frei-gemeinnütziger Träger gliedert Betriebsteile des Krankenhauses aus:
Begriffe	materielle Privatisierung	unechte Privatisierung	Outsourcing
	Vollprivatisierung	Scheinprivatisierung	Vertragsprivatisierung
	IPO= Börsengang	Organisationsprivatisierung	funktionelle Teilprivatisierung
	echte Privatisierung	GmbH-Lösung (Änderung der Gesellschaftsform)	funktionelle Privatisierung
	Aufgabenprivatisierung	formelle Privatisierung	
	volle inhaltliche Privatisierung	formale Privatisierung	
		Fusion	
		buy-and built-Strategien	

Tabelle 2: Begriffe in der *Fachpresse* für 'Privatisierung von Krankenhäusern'

Die Begriffe für Privatisierungsvarianten werden nicht einheitlich benutzt, d. h. der erzielte Effekt einer Privatisierungsform wird unter verschiedenen Begriffen besprochen. Ein Beispiel begrifflicher Konfusion ist Public-Private-Partnership. Gemeint ist eine Kooperation zwischen öffentlicher Verwaltung als Krankenhausträger und privaten Krankenhausbetreibern. Es findet entweder kein Rechtsformwechsel, eine Art Teilprivatisierung mit starken Steuerungsmöglichkeiten für die Kommune oder eine 'materielle Privatisierung', d. h. ein Verkauf statt; (vgl. (IV)). Ein Autor setzt Public-Private-Partnership mit materieller Privatisierung gleich, weil die öffentliche Hand Geschäftsanteile an eine Privatperson oder Privatgesellschaft veräußert oder mit ihm gemeinsam eine neue Gesellschaft gründet (M 144). Das Beispiel zeigt auch den großen Spielraum, der für Käufer und Verkäufer bei einer beabsichtigten Privatisierung oder Kooperation hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung ihrer Zusammenarbeit besteht.

Die *Tagespresse* verwendet weniger präzise Begriffe für die Privatisierung von Krankenhäusern. Hier wurden fünf Begriffe im empirischen Material gefunden,

(Tabelle 3):

Begriffe	Zitat, Beispiel
echte Privatisierung	"...völlige oder partielle [sic] Eigentumsübertragung an privatwirtschaftliche Gesellschafter" (M18, S. B6)
Änderung der Rechtsform	meist eines kommunalen Krankenhauses in eine GmbH (M10)
formale Privatisierung	"...formale Umwandlung in eine private Rechtsform, zum Beispiel eine GmbH..." (M18, S. B6)
weiche Privatisierung	Benutzt im Zusammenhang mit der Privatisierung von Universitätskliniken: Ein privater Klinikbetreiber übernimmt die Krankenversorgung, Forschung und Lehre bleiben staatlich.
Krankenhaus im Wettbewerb	Einfluss von Wettbewerb auf das Krankenhaus

Tabelle 3: Begriffe in der *Tagespresse* für 'Privatisierung von Krankenhäusern'

Eine Sonderform in der *Tagespresse* bildet der Begriff 'Krankenhaus im Wettbewerb'. Er benennt statt Rechtsform oder Vertragsverhältnissen den Einfluss von Wettbewerb auf Krankenhaus, Nutzer und Mitarbeiter, z. B. "*Krankenhäuser im globalen Wettbewerb*" (M1, S.3; M2, S.3; M5, S. V2/3 ). Inhaltlich werden unter diesem Begriff Aspekte der Privatisierung von Krankenhäusern und Auswirkungen des damit verbundenen Wettbewerbs auf Krankenhäuser diskutiert (M1).

### Begründungen

Die Begründungen in *Fach- und Tagespresse* für die Privatisierung von Krankenhäusern gliedern sich nach Art des Krankenhausträgers: a) frei-gemeinnützig und kommunal oder b) privat. Es dominieren insgesamt wirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Begründungen. Als Begründungen für die Privatisierung seitens der potenziellen Verkäufer, d.h.

öffentlich-rechtlichen, kommunalen und frei-gemeinnützigen Krankenhausträgern werden angegeben:

- Mangelnde Investitionsfähigkeit aufgrund von Finanzproblemen der Träger.
- Unwirtschaftliche Betriebsabläufe in Kombination mit langsamen Entscheidungsstrukturen (oft kommunal).
- Bindung an den BAT (Bundesangestellten-Tarif).

Diese Begründungen münden in der generellen Feststellung der *Fach- und Tagespresse*, dass frei-gemeinnützige und kommunale, z. T. auch caritative Krankenhäuser unter finanziellen Defiziten leiden und deswegen nicht in der Lage zu Rationalisierungs- und anderen Investitionen seien. Die finanziellen Defizite seien generell so gravierend, dass sie die Träger zu Privatisierungen zwingen würden.

Eine weitere Begründung für die Privatisierung von Krankenhäusern lautet:

- Druck zur Wirtschaftlichkeit durch Einführung der DRG.

Durch die Einführung der DRG würde der Privatisierungsprozess auf dem Krankenhausmarkt beschleunigt, weil unwirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser zunehmend unter Kostendruck geraten. Diese Begründung wird in *Fach- und Tagespresse* uneinheitlich diskutiert; es gibt Befürworter und Gegner.

Folgende Begründungen für Privatisierungen werden seitens der potenziellen Käufer, d. h. privaten Krankenhausträgern angegeben:

- Investitionen können von den Krankenhaus-Betreibern selbst finanziert werden.
- Organisatorisch verbesserte und wirtschaftlichere Betriebsabläufe.
- Verhandlungsmacht durch Größe und Nutzung von Synergie-Effekten u.a. beim Einkauf, u.U. auch beim Zukauf von Krankenhäusern.
- Geringere Personalkosten durch Ausstieg aus dem BAT.

Generell wird in *Fach- und Tagespresse* unterstellt, dass Investitionen eher von privaten Krankenhausbetreibern erbracht werden können, weil sie wirtschaftlicher arbeiten als freigemeinnützige, kommunale und caritative Krankenhäuser.

### Sichtweisen

Die Sichtweise beschreibt die Sicht eines Autors, die eine eher empathische Fokussierung auf eine bestimmte Interessengruppe vornimmt. In der *Fachpresse* wird überwiegend aus der Sicht der Geschäftsleitung der Krankenhausträger berichtet. Inhaltlich geht es oft um Handlungsanweisungen zu einer gelingenden Krankenhausprivatisierung mit den dazu relevanten Themen. Dabei wird häufiger die Sichtweise privater Krankenhausbetreiber

als die öffentlicher oder frei-gemeinnütziger Träger eingenommen. Folgende Zuschreibungen bezogen auf die Träger finden sich im empirischen Material:

- Kommunale, frei-gemeinnützige Träger: unwirtschaftliche Überbleibsel aus vergangenen Zeiten der Caritas, schlecht wirtschaftend und mit veralteten, hierarchischen Strukturen (M100, M104). Unfähigkeit zu Konfliktmanagement und vorhandene Finanzierungsprobleme (M102, M105).
- Private Träger: Wirtschaftlicher als öffentliche Träger, Fähigkeit zu unternehmerischem Handeln (M102, M100).

Bezüglich der Sichtweisen zu Krankenhausprivatisierungen liegen fünf Beiträge mit wissenschaftlichem Hintergrund in der *Fachpresse* vor; zwei Diplomarbeiten und drei Arbeiten einer Autorengruppe in wechselnder Besetzung aus den Bereichen Bank- und Finanzwesen, Public Health, Consulting. (M137, M149, M155). Zwei Beiträge nehmen die Sicht berufsständischer Vertretung von Ärzten ein. Ethische Sichtweisen finden sich in drei Beiträgen (M120, M128, M131).

Kein Beitrag nimmt sich der Sicht der Berufsgruppe Pflege und der Sicht der Krankenhausnutzer an. Um eine umfassende, neutrale Sichtweise bemüht sich ein Artikel mit zwei Fallbeispielen (M159).

In der *Tagespresse* sind die eingenommenen Sichtweisen vielfältiger als in der *Fachpresse*. Die Mehrheit der 29 Artikel, die sich dazu äußern, nehmen die Sichtweise der Geschäftsleitung bzw. Krankenhausbetreiber ein. Dabei dominiert die Perspektive privater Träger. Die Zuschreibungen für private und öffentliche / frei-gemeinnützige Träger sind, wie auch bei anderen Punkten der Ergebnisse, polarisiert: *"Der Aufstieg der Privaten scheint unaufhaltsam. Während der gesamte Klinikmarkt in den vergangenen zehn Jahren um magere 4 Prozent wuchs, konnten die privaten Kliniken ihren Umsatz verzehnfachen."* (M59, S. 29).

Die Sichtweise kommunaler, frei-gemeinnütziger und öffentlich-rechtlicher Krankenhausträger wird vernachlässigt; Zuschreibung: *"Die öffentlich-rechtlichen Kliniken werden sich schwer tun, die Kurve zu kriegen."* (M59, S. 29). Allein acht Artikel in der *Tagespresse* nehmen eine Sicht zur Privatisierung des kommunalen Landesbetriebes Krankenhaus in Hamburg ein - ein Hinweis darauf, wie groß das Interesse an diesem Thema in der Öffentlichkeit ist. Einige Artikel nehmen die Sichtweise der Mitarbeiter des Krankenhauses ein (M1, M37, M50, M57, M61). Zwei Artikel nehmen sich des Themas Qualität aus Patientensicht an (M1, M8). Argument ist die für Laien schwierige Beurteilbarkeit medizinischer Qualität:

*"Qualität definiert sich aus Sicht des Kunden ... als ein nicht intellektuell sondern emotional wahrgenommenes Bündel von Empfindungen... . Spürbar wird Qualität besonders bei Hotelleistungen ... oder der menschlichen Zuwendung und Freundlichkeit des Personals sowie bei der Organisation." (M8, S. V2/4).*

Wenige Artikel nehmen eine Sicht auf politische Aspekte im Krankenhausbereich ein. Hier wird die politische Einmischung in den bedeutsamen Krankenhausbereich bemängelt (z. B.M3).

### Einstellungen

In der *Fachpresse* wird die Einstellung zur Privatisierung von Krankenhäusern überwiegend als 'unvermeidbar' und 'positiv' beschrieben. Als 'vermeidbar' oder 'negativ' wird Privatisierung nur in wenigen Artikeln angesehen. Eine neutrale Darstellung, in insgesamt sieben Artikeln, erfolgt eher selten.

In der *Tagespresse* ist die Einstellung zur Privatisierung von Krankenhäusern überwiegend 'positiv'. Eher selten findet sich die Einstellung Krankenhausprivatisierung sei 'unvermeidbar'. Ebenso selten wird sie für 'vermeidbar' gehalten. Negative und neutrale Einstellungen zur Privatisierung von Krankenhäusern finden sich gleich oft. Begründungen zu den Einstellungen 'unvermeidbar', 'positiv', 'vermeidbar' und 'negativ' liegen vor. Auf ihre Darstellung wird hier verzichtet, weil sie nicht gefragt waren und Ergebnisse anderer Punkte dieser Arbeit wiederholen würden, z. B. Zuschreibungen für private, öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhausträger oder eine vorrangig ökonomische Sicht und Begründung der Privatisierung von Krankenhäusern.

### Argumentationen

Die Argumentationen zum Thema Krankenhausprivatisierung in *Fach- und Tagespresse* sind vielfältig: Bezüge zu Mitarbeitern, Patienten, Public Health und Versorgung, Betriebswirtschaft, juristischen Argumentationen und Organisationsentwicklung werden hergestellt. Wegen der Fülle der Argumentationen sind hier nur die wichtigsten Ergebnisse beschrieben. Eine Diskussion verschiedener Argumente innerhalb eines Artikels findet nur in einem knappen Zehntel aller Artikel statt, vorrangig in der *Fachpresse*.

Folgende Argumentationen mit Mitarbeiterbezug werden in der *Fachpresse* verwendet. Mitarbeiter werden vorrangig von Unternehmerseite aus gesehen. Hierbei werden zwei Hauptargumente verwendet: Mitarbeiter als Kostenfaktor und Mitarbeiter als Faktor für den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens (M108, M112, M132, M146, M149). Diese Sicht ist wegen hoher Personalintensität im Krankenhausesektor nachvollziehbar (M128).

Rationalisierungsbestrebungen durch Einsparung von Personalkosten werden enge Grenzen zugeschrieben. Krankenhauspersonal gilt in Form von Humankapital als Garant für wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens (M112). Die aktuell knappe Personalsituation auf dem Arbeitnehmermarkt im Krankenhausbereich wird berücksichtigt.

Die *Tagespresse* berichtet eher aus der Arbeitnehmerperspektive. Ängste der Mitarbeiter werden beschrieben. Interessenvertreter berufsständischer Verbände befürchten, dass Pflege und Medizin als Verlierer der Privatisierung in Form von Leistungsverdichtung und schlechterer Bezahlung dastehen könnten (M11, M13, M16, M21). Auch auf Konflikte im Umgang von Mitarbeitern untereinander wird hingewiesen. Konflikte können durch schlechte Personalführung und hierarchische Strukturen entstehen (M11, M13): " *'Ein junger, menschlich unerfahrener Betriebswirt scheitert bereits an der Oberschwester', ... . Klappt es menschlich, schätzen viele Mitarbeiter die Dynamik, die eine Privatisierung entfesseln kann.*" (M52, S. 25).

Folgende Argumentationen mit Patientenbezug finden sich in *Fach- und Tagespresse*: Privatwirtschaftlich wird der Patient als Kunde gesehen, den es zu umwerben gilt (M6, M37). Der Wettbewerb der Krankenhäuser um den Kunden findet im regionalen Einzugsgebiet statt. Das " *...Gesundheitssystem entwickelt sich zunehmend als 'customer-driven'...*" (M125, S.44). Dies bedeutet eine Steuerung durch den Kunden, der sich Leistungen gezielt aussucht oder kauft. Qualität im Krankenhaus muss daher transparent gemacht werden, so die Argumentation. Privatisierungskritische Argumentationen vermuten: " *...Gefahr, dass medizinische Versorgung und Professionalität von ökonomischen Zielvorstellungen verdrängt werden, mit entsprechenden Auswirkungen ... für den Patienten ... für die Berufe des Gesundheitswesens.*" (M109). Problematisiert wird das gleichzeitige Anstreben von Markt und staatlicher Regulierung, dass dazu führen könne, dass Verwaltungsaufwand zu Lasten " *...der Beschäftigten (Leistungsverdichtung) und der Patienten (Rationierung) geht.*" (M120, S. A261).

Argumentiert wird auch mit Bezug zu Public Health und der Versorgung mit Krankenhausdienstleistungen. Aufgrund der demografischen Entwicklung würde ein vermehrter Bedarf für wohnortnahe, integrierte Versorgung entstehen (M41, M120, M104, M155). Mit integrierter Versorgung wird in *Fach- und Tagespresse* die Verbindung von ambulanter und stationärer Versorgung gemeint. Dies wird mit Finanzierungsproblemen auf der Einnahmenseite des Gesundheitswesens begründet. Durch integrierte Versorgung wird eine gezieltere Verwendung von solidarfinanzierten Mitteln erhofft (M26). Diese veränderten Nutzerbedürfnisse würden die Versorgung zu einem Wachstumsmarkt machen (M1).

Dennoch generiert die Privatisierung von Krankenhäusern im öffentlichen und kommunalen Bereich Ängste um den freien Zugang zu Krankenhausdienstleistungen (M15). Das Krankenhaus wird von Bürgern traditionell als zentraler, kommunaler Ort angesehen:

*"Ein Krankenhaus gehört zu einer Gemeinde wie ihre Schule, die Kirche, der Friedhof, das Schwimmbad, der Bahnhof. Für manche - je nach Gesundheitszustand - ist das Krankenhaus sogar der wichtigste solcher öffentlichen Orte. ... Kein Wunder also, wenn eine Gemeinde empfindlich auf die Nachricht reagiert, das kommunale Krankenhaus solle verkauft werden. Mit 'Privatisierung' verbindet man gemeinhin den Ausschluss der nicht zahlungskräftigen Bürger von einer Dienstleistung, die zuvor der Staat für alle bezahlt hat."* (M159, S. 26).

Als besonders bedrohlich nehmen viele Bürger die Privatisierungen im Krankenhausbereich wahr, weil das stationäre Gesundheitswesen im Mittelpunkt der Strukturveränderungen und Reformbemühungen des deutschen Gesundheitswesens steht, so die Argumentationen.

Argumentationen mit Bezug zu Betriebswirtschaft werden am häufigsten genannt. Die Fähigkeit zu betriebswirtschaftlichem Handeln im Krankenhaus wird vorrangig in Zusammenhang mit der Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser diskutiert. Die Fähigkeit zu wirtschaftlich kompetentem Handeln wird in *Fach- und Tagespresse* fast ausschließlich privaten Krankenhausbetreibern zugesprochen. Wettbewerbsvorteile privater Krankenhausträger bestehen lt. empirischem Material in: Kettenbildung, Betriebsgröße, Angeboten von Gesundheit als Markenprodukt, Angebote zu integrierter Versorgung durch Zukauf von Betriebsteilen und Verbesserung der Kundenzufriedenheit. Öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausbetreibern wird die Fähigkeit zu betriebswirtschaftlich orientiertem Handeln i.d.R. nicht zugetraut. Insgesamt werden öffentlichen, freigemeinnützigen und v.a. kommunalen Krankenhausbetreibern defizitäre Strukturen und mangelnde Finanzkraft zugeschrieben. Die mangelnde Finanzkraft ist Argument dafür, dass sich steigende Verluste ergeben, die in der Konsequenz zu Verkäufen an private Träger führen.

Die Argumentationen zur Wirtschaftskraft sind i. d. R. mit der Vorstellung verbunden, dass städtische, kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser aufgrund fehlender Finanzkraft ihrer Träger vielfach Gefahr laufen, kurz vor einer 'Pleite' zu stehen (M7). Zusätzlich wird unterstellt, dass diese Krankenhäuser wegen der Erfüllung des gesetzlichen

Versorgungsauftrages auf 'teuren'<sup>6</sup> Patienten sitzen bleiben. Nachdenklich stimmt bei dieser Art Argumentation, die Absicht eine gemeinnützige Orientierung verlassen zu wollen: " *Wir wollen und werden Geld verdienen. Darum müssen wir raus aus der Gemeinnützigkeit.* " [Geschäftsführer einer städtischen Krankenhaus-GmbH], (M102, S. 484). Als besonders problematisch werden Betriebsgrößen von unter 200 Betten angesehen. Bezüglich DRG wird für private und öffentliche Krankenhäuser unterschiedlich argumentiert: Bei privaten Krankenhausbetreibern sollen DRG die Rentabilität der Unternehmen fördern. Bei öffentlichen, kommunalen und frei-gemeinnützigen Krankenhausbetreibern würden DRG zu wirtschaftlichen Problemen führen, da der Versorgungsauftrag erfüllt werden müsse.

Argumente mit juristischem Bezug werden vor allem in der *Fachpresse* als eigenständiges Themengebiet diskutiert. Die *Tagespresse* greift ebenfalls Argumente mit juristischem Bezug auf. Rechtliche Hürden seien nicht zu unterschätzen, so die Argumentationen in *Fach- und Tagespresse* (M110). Viele Rechtsgebiete sind bei einem Krankenhausverkauf betroffen. Uneinheitliche Landesgesetze erschweren Krankenhausverkäufe (M100). Der Verkäufer muss ein Auswahlverfahren der potenziellen Käufer durchführen, denn ein Krankenhaus darf nur an einen fachkundigen, leistungsfähigen und zuverlässigen Käufer verkauft werden (M110). Der Verkäufer sei gehalten, einen Wirtschaftlichkeitsvergleich in Form einer Ausschreibung und öffentlichen Bekanntmachung der Vollprivatisierung durchzuführen (M116).

Argumente mit Bezug zur Organisationsentwicklung im Krankenhaus werden eher selten genannt, hier aber wegen ihrer Bedeutung für die zukünftige innere Entwicklungsfähigkeit von Krankenhäusern aufgeführt.

*"Wir dürfen nicht verkennen, dass die Kliniken heute in vielen Fällen noch so organisiert sind wie ein Betrieb des 19. Jahrhunderts."* [Vorstandssprecher eines großen Klinikums, 2000] (M2, S. 23).

Die Annäherung von Pflege und Medizin und die Fähigkeit zur Konfliktbewältigung wird von einigen Autoren und Interessenvertretern privater Krankenhausbetreiber als zentraler Schlüssel zum wirtschaftlichen Erfolg gesehen (M102, M146). Kooperation und Teamarbeit biete die Basis für eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Patientenbetreuung. Die Einführung eines kooperativen, integrierenden Führungsstils von Ärzten sei wichtig

---

<sup>6</sup> Unter 'teuren' Patienten werden in *Fach- und Tagespresse* solche Patienten verstanden, deren Behandlung kostenintensiv und aufwendig ist. Befürchtet wird, dass die eingenommene Fallpauschale die Behandlungskosten nicht deckt und das Krankenhaus so einen Verlust erwirtschaftet.

(M109). Ein Beitrag regt an, Unternehmen als lebende Organismen zu sehen: *"...Unternehmen sind lebende Organismen. ... Im medizinischen Bereich - dem Kernbereich der Leistungserbringung im Krankenhaus - stoßen Kooperationen und Fusionen im Vergleich zu anderen Bereichen auf wesentlich mehr Emotionen, ..."* (M128, S. 534).

### **5.1.2 Zusammenhang zwischen fachlicher Ausrichtung der Autoren der Fach- und Tagespresse und eingenommenem Blickwinkel**

Der Zusammenhang zwischen fachlicher Ausrichtung der Autoren und den von ihnen eingenommenen Blickwinkeln wurde untersucht; hier finden sich keine deutlichen Ergebnisse. Die fachlichen Ausrichtungen der Autoren vieler Artikel in der *Fachpresse* lassen nur sehr eingeschränkt etwas über den Zusammenhang mit dem in Artikeln eingenommenen Blickwinkeln erkennen.

Die fachlichen Ausrichtungen der Autoren lassen sich in Gruppen unterteilen. Autoren aus dem Bereich Ökonomie, Banken und Unternehmensberatung kommen zwölfmal zu Wort; hier wird überwiegend ein ökonomischer Blickwinkel eingenommen. Autoren aus dem juristischen Bereich kommen insgesamt zehnmal zu Wort. Dabei wird sechsmal ein juristischer Blickwinkel und dreimal ein ökonomischer Blickwinkel eingenommen. Ein Autor aus dem juristischen Bereich hebt sich deutlich von allen anderen Artikeln ab und führt als einziger innerhalb des Artikels eine ethische Diskussion durch (M120). Autoren mit unklarer fachlicher Ausrichtung / Qualifikation kommen neunmal zu Wort, ein Blickwinkel lässt sich bei dieser Gruppe nicht erkennen. Autoren aus dem Bereich Public Health, Soziologie, öffentliche Verwaltung kommen in sieben Artikeln zu Wort; hier lässt sich ebenfalls kein Zusammenhang zwischen Qualifikation und eingenommenem Blickwinkel innerhalb des Artikels herstellen. Die restlichen sieben Autoren verteilen sich auf die Bereiche öffentliche, kommunale, frei-gemeinnützige Krankenhäuser, berufsständische Interessenvertreter und private Krankenhausbetreiber. Die fachliche Ausrichtung der restlichen zwölf Autoren wird nicht genannt.

Die *Tagespresse* macht keine Aussagen über fachliche Qualifikationen ihrer Autoren, hier lässt sich aus diesem Grund kein Zusammenhang zum eingenommenen Blickwinkel herstellen.

### 5.1.3 Nennungen 'erfolgreicher privater' und 'erfolgreicher öffentlicher' Krankenhaussträger

In der *Fachpresse* finden sich in 14 Artikeln Nennungen 'erfolgreicher privater' Krankenhausbetreiber. Am häufigsten werden folgende Krankenhausbetreiber genannt: Rhön (elfmal), Helios (zehnmal), Asklepios (siebenmal), Sana (siebenmal). Medica, Paracelsus und Euromed Clinic werden je viermal genannt. Die restlichen Nennungen verteilen sich auf 19 verschiedene Klinikunternehmen mit je unter fünf Nennungen.

Die *Tagespresse* bietet in 34 Artikeln Nennungen 'erfolgreicher privater' Krankenhausbetreiber. Am häufigsten werden genannt: Rhön (neunzehnmal), Helios (vierzehnmal), Asklepios (elfmal), Euromed Fürth (fünfmal). Die restlichen Nennungen verteilen sich auf 19 andere private Krankenhausbetreiber.

In der *Fachpresse* wird das Klinikum Nürnberg als 'erfolgreicher kommunaler' Krankenhausbetreiber zweimal genannt. Andere 'erfolgreiche frei-gemeinnützige / öffentliche' Krankenhausbetreiber werden nicht genannt. In der *Tagespresse* werden folgende 'erfolgreiche kommunale, frei-gemeinnützige / öffentliche Krankenhausbetreiber' genannt: Robert-Bosch-Stiftung, Frankfurter Klinik-Allianz, kommunale Klinikette Nordhessen Holding mit Klinikum Kassel, Verbund der Münchner Krankenhäuser.

### 5.1.4 Wissenschaftliche Fundierung und Quellenangaben der Artikel in der Fachpresse, Quellenangaben in der Tagespresse

Von Veröffentlichungen in der *Fachpresse* sollte die Leserschaft erwarten dürfen, wissenschaftlich fundierte Inhalte vorzufinden. Auch bei Themen, zu denen wenig Forschung und Literatur vorliegt, sollten die Leser eine wissenschaftliche Vorgehensweise der Autoren erwarten dürfen. Dazu gehören die vorwiegende Verwendung von wissenschaftlichen Materialien und die Angabe von Quellen, um die intersubjektive Überprüfbarkeit zu gewährleisten. Die Leserschaft hat so die Chance, die Ergebnisse der Autoren vertiefend zu studieren. Autoren sollten gehalten werden, ihre Artikel wissenschaftlich und nicht nur mit Artikeln aus anderen Fachzeitschriften und Artikeln aus Tages- und Wochenzeitungen zu belegen. Fehlt wissenschaftliches Material als Grundlage, sollte dieser Mangel benannt werden.

Von den gesichteten 58 Artikeln aus der deutschen *Fachpresse* beziehen sich ungefähr zwei Drittel der Artikel aus den Jahren 2000-2004 **nicht** auf Quellen; fünf davon sind Interviews. Quellenangaben fehlen also vollständig im größten Teil des Materials in der *Fachpresse*. In einem Fall wird die Studie der Unternehmensberatungsgesellschaft Arthur

Andersen 'Krankenhaus 2015 - Wege aus dem Paragraphenschwungel' (vgl.<sup>[24]</sup>), angegeben. Die wissenschaftliche Basis dieser unternehmensberaterischen Untersuchung ist fraglich, da sowohl in der Lang- als auch der Kurzversion keine Quellenangaben der Autoren auf wissenschaftliches Material gemacht werden (vgl. 6.2).

Der Umgang mit Quellenangaben in der *Fachpresse*: Von 58 gesichteten Artikeln ist bei 12 Artikeln ein Bezug auf empirische Materialien angegeben. Hier liegen jeweils zwischen 8 und 62 Quellenangaben auf wissenschaftliches Material, aktuelle Internetseiten und Artikel aus der *Fach- und Tagespresse* vor.

Vier der 12 Artikel verarbeiten vor allem juristische Fachliteratur. Auf Daten in Form von Zahlen bezieht sich nur einer der 12 Artikel mit Bezug auf empirische Materialien (M108). Zwei der 12 Artikel sind Ergebnisse von Diplomarbeiten zu denen jedoch keine Quellenangaben in der *Fachpresse* wiedergegeben werden (M132, M136). Die Tatsache, dass diese Diplomarbeiten erfolgreich abgeschlossen wurden, lässt auf das Vorhandensein von wissenschaftlichem Material schließen. Es ist schwer nachvollziehbar, dass hier kein Material genannt wird. Drei Artikel von 12 mit Quellenangaben auf wissenschaftliches Material stammen von einer Autorengruppe, die sich aus den Bereichen Wirtschaftswissenschaft, Public Health, Medizin, einer Landesbank und zwei Beratungsunternehmen zusammensetzt. In zwei der drei gefundenen Artikel dieser Autorengruppe findet sich folgende Autorenerklärung:

*"Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma haben, deren Produkt in dem Beitrag eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt)."* (M137, S. 1556; M155, S. 1214).

Die Autorengruppe hatte z. B. über potenzielle Investoren im Gesundheitsmarkt und über den Krankenhausmarkt in Deutschland berichtet. Die Hälfte der für den Artikel angegebenen Quellen waren Internetseiten der führenden privaten deutschen und europäischen Krankenhausunternehmen. Fraglich ist, ob die Ergebnisse dieser Autorengruppe objektiv bleiben, wenn sie als Quellen auf die Internetseiten nur einer Gruppe der Marktteilnehmer als Informationsgrundlage zurückgreift und sich zur Abgabe einer solchen Erklärung veranlasst sieht.

Meinungen von Interessenvertretern werden gern als Quelle genutzt. In 22 der Artikel in der *Fachpresse*, also knapp der Hälfte, kommen die Meinungen von Interessenvertretern zum Ausdruck. Die Interessenvertreter sind in Gruppen zu unterteilen. Die Gruppe Wirtschaft kommt in 10 dieser Artikel zu Wort: Gesundheitsökonomie, Organisationswissenschaften, Bankwesen, Deutsche Industrie- und Handelskammer, Unternehmensberatungen. Die Gruppe Krankenhaus kommt in allen 22 Artikeln zu Wort: Öffentliche / kommunale

le Krankenhäuser neunmal, private Krankenhäuser zehnmal, Deutsche Krankenhaus Gesellschaft dreimal, Bund Deutscher Privatkrankenanstalten einmal. Die Gruppe der berufsständischen Vereinigungen kommt durch den Marburger Bund viermal zu Wort. In einigen Artikeln gibt es Mehrfachnennungen. Bemerkenswert ist, dass aus dem Bereich Pflege, Public Health und Patientenvertreter gar keine Interessenvertreter zu Wort kommen.

Auf Erfahrungswissen und Praxiserfahrung als Quelle berufen sich sieben Artikel in der *Fachpresse*. Hier werden Erfahrungsbeispiele mit Krankenhausprivatisierungen und eigene Tätigkeit in diesem Feld als Quellen verwendet.

Von der *Tagespresse* ist keine wissenschaftliche Fundierung ihrer Artikel zu erwarten, weil es sich um journalistische Veröffentlichungen handelt. Die *Tagespresse* nutzt aber ebenfalls Quellen für ihre Recherchen, deswegen wurden die Quellenangaben dieser Artikel untersucht. Berufungen auf Interessenvertreter oder wörtliche Zitate von Interessenvertretern in 52 von 66 Artikeln sind die am häufigsten genannten Quellen in der *Tagespresse*. In der *Tagespresse* sind 14 von 66 Artikeln ohne Bezug auf Quellen veröffentlicht. Weiterführende Links im Internet zum Thema Krankenhausprivatisierung im weiteren Sinne bieten zwei Artikel an. Die bei der Untersuchung der *Fachpresse* zu dieser Frage getroffene Unterteilung der Interessenvertreter wird beibehalten. Interessenvertreter der Gruppe Wirtschaft werden zwölfmal als Quelle angegeben. Sechs Artikel berufen sich auf die Studie der Unternehmensberatung Arthur Andersen 'Krankenhaus 2015 - Wege aus dem Paragraphendschungel', (vgl. <sup>[24]</sup>). Zwei Artikel berufen sich auf eine Marktstudie der Sal. Oppenheim Bank zum Thema Entwicklung des Krankenhausmarktes in Deutschland, die sich hauptsächlich auf den Akutklinikmarkt bezieht (vgl. <sup>[16]</sup>). Ein Artikel beruft sich auf eine von der Gewerkschaft verdi bei der Unternehmensberatung PLS Rambøll in Auftrag gegebene Studie (vgl. <sup>[5]</sup>) zum Thema Krankenhausprivatisierung. In der Gruppe Wirtschaft werden Interessenvertreter von Banken und Unternehmensberatungen neunmal als Quelle angegeben. Die Gruppe der Interessenvertreter aus dem Krankenhausbereich kommt als Quelle in den 66 untersuchten Artikeln aus der *Tagespresse* 54-mal vor. Präsenteste Gruppe der Interessenvertreter sind private Krankenhausbetreiber mit 40 Nennungen als Quelle. Interessenvertreter kommunaler und freigemeinnütziger Krankenhäuser kommen mit sechs Nennungen als Quelle zu Wort. Interessenvertreter von Krankenhausvereinigungen kommen achtmal als Quelle vor.

Interessenvertreter vom Marburger Bund, wissenschaftliche Vertreter aus dem Bereich Gesundheit, Krankenkassen und Gewerkschaften werden je dreimal als Quelle genannt. Weitere Interessenvertreter mit je einer oder zwei Nennungen sind Juristen, die Patientenbeauftragte des Bundes und Kommunalpolitiker.

## **5.2 Teil 2: Krankenhausmarkt**

Dieser Teil der Ergebnisse betrachtet die von *Fach- und Tagespresse* eingenommene ökonomische Perspektive zur Krankenhausprivatisierung. Diese ökonomische Perspektive begründet sich durch zwei Hauptthemenbereiche im Krankenhausmarkt. Erstens: Aspekte der Finanzierung, Investitionsbedarf, Börsengang und 'Basel II' (vgl. 5.2.2). Zweitens: Marktentwicklung, Marktanteile, Wettbewerb und Käufermarkt (d. h. es stehen mehr Krankenhäuser zum Verkauf als gekauft werden können). Abschließend wird die Internationalisierung im Krankenhausmarkt aufgegriffen.

### **5.2.1 Ökonomische Perspektive der Berichterstattung**

Bei der Berichterstattung über Krankenhausprivatisierung wird überwiegend eine ökonomische Perspektive eingenommen: in der *Fachpresse* 34-mal, in der *Tagespresse* 41-mal. Käufer- und Verkäuferperspektive werden dabei sehr unterschiedlich gehandhabt. Die Perspektive der potenziellen Käufer (privater Krankenhausbetreiber) überwiegt nach Häufigkeit und der Anzahl der Argumente deutlich vor der Perspektive der potenziellen Verkäufer (öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhausbetreiber).

Die ökonomische Perspektive der Käufer steht damit bei *Fach- und Tagespresse* im Vordergrund und ist in einer klaren Mehrheit vor anderen möglichen Perspektiven. Privaten Krankenhausbetreibern wird die Kompetenz zur langfristigen Erhaltung der Krankenhausbranche zugetraut. Von ihnen wird sich versprochen, dass sie den nötigen Investitionsbedarf als private Investoren decken (M137). In einigen Artikeln (z. B. M24, M117, M130, M141) ist aufgrund der finanziellen Schwierigkeiten kommunaler und frei-gemeinnütziger Krankenhausträger von einer 'Privatisierungswelle' die Rede. Fast stereotyp wird wiederholt, dass private Träger über das notwendige Know-how in den Bereichen Management, Investitionen und Unternehmensentwicklung verfügen, um Veränderungen zu erzeugen und um Krankenhäuser mit Gewinn arbeiten zu lassen. Vereinzelt Skepsis ist in der *Fachpresse* zu finden: "Die von Experten prognostizierte Privatisierungswelle wird allerdings überschätzt. Finanzkraft und Managementressourcen begrenzen nämlich die Übernahmekapazitäten der Privaten." (M152, S. 35).

Die am häufigsten vertretene Meinung in der *Fach- und Tagespresse* ist, dass private Krankenhausbetreiber selbst dort noch Gewinne erwirtschaften können, wo kommunale oder frei-gemeinnützige Träger aufgrund ihrer Strukturen und ihrer finanziellen Ausstattung mehr oder weniger zum Verkauf ihrer Krankenhäuser gezwungen sind (M59). Zum einen durch strategische Ausrichtung am Markt und Bildung von Unternehmensketten, zum anderen durch Marketing gelingt es privaten Krankenhausbetreibern scheinbar, große Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Private Krankenhausbetreiber profitieren von der Verhandlungsmacht gegenüber Lieferanten, mehrstufigen Pflegekonzepten, Nutzung von Synergieeffekten, Kooperation von Pflege und Medizin, Outsourcing patientenferner Leistungen, Know-how im Bereich Management und Einführung von Controlling-Instrumenten (M10, M104, M113). Erste private Krankenhausbetreiber bemühen sich um Börsengänge, um so ihre Wettbewerbsfähigkeit auszubauen und weitere Krankenhauskäufe zu finanzieren (M117, M123). Öffentliche Krankenhäuser werden als Verlierer der Entwicklung auf dem Krankenhausmarkt, private Krankenhäuser als Gewinner dargestellt (M10).

Die privaten Krankenhausbetreiber haben das Krankenhaus mit ökonomischen Zusammenhängen wie mit Gewinnmaximierung in Verbindung gebracht. Sie konnten auf diese Weise einen solchen wirtschaftlichen Erfolg verbuchen, dass die *Fach- und Tagespresse* damit dem kleineren Teil der Marktteilnehmer zutraut, den Markt mittelfristig zu dominieren (M10, M130, M24). Die Angaben über den Marktanteil privater Krankenhausbetreiber variieren stark:<sup>7</sup>

*"Die genaue Zahl privatisierter oder privat geführter Akutkrankenhäuser in Deutschland ist leider nicht überschaubar. Der Anteil dürfte derzeit bei etwa 10 bis 14 Prozent liegen ... Nach Meinung vieler Experten wird sich die Privatisierungswelle grundsätzlich fortsetzen und zu einem Anteil der privaten Träger von 20 bis 25 Prozent am Gesamtaufkommen der Krankenhäuser bzw. der Betten entwickeln. Aus Sicht des BDPK [Bund Deutscher Privatkanneanstalten] kann jedoch nicht nachvollzogen werden, ob diese Aussagen zutreffend sind."* (M157, S. 523).

*"Alle privaten deutschen Krankenhausbetreiber zusammen genommen repräsentieren knapp 10% der Krankenhausbetten in Deutschland und erreichen einen Marktanteil von etwa 7%."* (M137, S. 1552).

---

<sup>7</sup> In einer Studie von Sal. Oppenheim geben Mues und Krämer 2001, (S. 6) den Marktanteil der privaten Krankenhausbetreiber mit 7% der Krankenhausbetten an; in einer Studie des RWI geben Augurzky et.al. 2004, (S. 10) den Marktanteil privater Krankenhausbetreiber für das Jahr 2001 mit 21% an.

Damit werden privaten Krankenhausbetreibern Marktanteile zwischen 7 und 25 Prozent zugeordnet. Die privaten Krankenhausbetreiber betonen in der *Fach- und Tagespresse* stets, dass ihnen mehr Krankenhäuser zum Kauf angeboten würden, als sie kaufen können. Dieses sei weniger aufgrund ihrer finanziellen Möglichkeiten so, als vielmehr eine Folge davon, dass man *"...keine Häuser [kaufe], die nicht in kurzer Zeit die cash-flows erwirtschafteten, um die Zukunftsinvestitionen aus eigener Kraft sicherzustellen."* (M53, S. 10).

Generell entsteht der Eindruck, dass die privaten Krankenhausbetreiber sich als 'Retter' des deutschen Krankenhauswesens sehen, dabei aber sehr wohl auswählen, was sie auf dem Markt einkaufen: *"...Heute bekommen wir die Angebote bisweilen regelrecht aufgedrängt. ... Von zehn Angeboten, die wir prüfen, mündet in der Regel eins in einem Kauf."* (M33, S. 18).

Äußerungen aus der ökonomischen Perspektive der Verkäufer sind in der Minderheit, jedoch werden einzelne potenzielle Krankenhausverkäufer zunehmend skeptischer gegenüber Krankenhausprivatisierungen. Es wird bezweifelt, dass nötige Schritte hin zu wirtschaftlichem Handeln allein privaten Klinikbetreibern vorbehalten sind.

Durch die Marktentwicklung zum Käufermarkt wird es immer unattraktiver, ein Krankenhaus gegen einen geringen oder gar keinen Verkaufserlös für den Träger zu veräußern oder trotz Veräußerung auf Defiziten aus dem Krankenhausgeschäft sitzen zu bleiben, z. B. wenn der Käufer bei einer materiellen Privatisierung nach Abschluss des Kaufvertrages nicht alle Verbindlichkeiten mit übernimmt. Unter Umständen seien solche Krankenhausverkäufe auch mit einem Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot der Kommunen verbunden (M100). Bei Verkaufsabsichten - so die Begründung - gilt es: *"...systematisch Leistungen mit: 'strategischem Mehrwert' zu entwickeln, ... gleichzeitig Prozessoptimierung [zu] betreiben sowie Kostensenkungsprogramme [zu] beginnen."* (M125, S. 49). Dieser Notwendigkeit gehorchend gibt es vereinzelt Autoren, die dafür plädieren, auf den Verkauf zu verzichten und die erforderlichen Veränderungen seitens des Trägers selbst einzuleiten (M145). Zu diesen Veränderungen gehören: *"...eigenständiges Wirtschaften, unabhängig von politischen Einflüssen im Tagesgeschäft, Investitionsfähigkeit relativ unabhängig von der Misere der öffentlichen Haushalte, Kooperationsfähigkeit zur Erschließung von Know-how und Kapital..."* (M158, S. 740). Vereinzelt finden sich Hinweise auf gelingende Geschäfte kommunaler Krankenhausbetreiber. Das Klinikum Nürnberg konnte z. B. mithilfe einer eigenen Neugründung einer Privatklinik Erlöse erwirtschaften, die dem kommunalen Klinikum direkt zu Gute kommen (M131). Die Krankenhäuser der Robert-Bosch-Stiftung erwirtschaften z. B. durch 'Insourcing', d. h. Versorgung anderer Kranken-

häuser und eines Gefängnisses mit Medikamenten, gute Umsätze und planen die Gründung eines regionalen Krankenhausverbundes (M26). Schleswig-Holstein hat als erstes Bundesland die psychiatrischen Fachkliniken in Kooperation mit einem privaten Klinikbetreiber privatisiert. Durch die gemeinsame Neugründung versprechen sich die Betreiber einen wirtschaftlichen Auftrieb für die gesamte strukturschwache Region (M66). Die Stadt Schwerin hat ihr Medizinisches Zentrum zwar an einen privaten Betreiber verkauft, hat aber die Mitarbeiter über die Auswahl des zukünftigen Betreibers mitentscheiden lassen (M50). Andere kommunale Träger sehen aufgrund ihrer Haushaltslage kaum eine Alternative zur Privatisierung ihrer Kliniken, selbst wenn das zu Bürgerprotesten führt (M59).

Begründungen für die überwiegend eingenommene ökonomische Perspektive von Krankenhausprivatisierungen sind in *Fach- und Tagespresse* ähnlich und ergeben hauptsächlich zwei Bereiche auf die im Folgenden eingegangen wird:

- Finanzierung, Investitionsbedarf, Börsengang, Basel II<sup>8</sup> und Marktentwicklung,
- Marktanteile, Wettbewerb, Käufermarkt.

### **5.2.2 Begründungen der ökonomischen Perspektive: Finanzierung, Investitionsbedarf, Börsengang und Basel II**

Die Notwendigkeit, im Bereich kommunale, öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhäuser zu investieren wird deutlich. Begründet wird diese Notwendigkeit aus dem fehlenden Investitionsvolumen der letzten Jahre. Es wird vielfältig beschrieben, dass viele Krankenhausträger aus diesem Bereich nicht mehr in der Lage seien, die erforderlichen Investitionen in die Krankenhäuser zu tätigen und es daher zu einem 'Investitionsstau' gekommen sei: *"Das Investitionsloch liegt nach Schätzungen der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft zwischen 25 und 50 Milliarden Euro."* (M52, S. 25). Großen privaten Krankenhausbetreibern wird die Fähigkeit zugesprochen, entsprechendes Kapital über Börsengänge in Zusammenarbeit mit privaten Finanzinvestoren oder anderweitig am Kapitalmarkt zu beschaffen. Mit weiteren Börsengängen privater Krankenhausbetreiber wird gerechnet, da diese so Kapital für weitere Investitionen und Krankenhauskäufe akquirieren können (M113, M115, M117, M123, M141). Öffentlichen, kommunalen und frei-gemeinnützigen Krankenhausträgern wird die Kompetenz der Kapitalakquisition über Börsengänge oder andere Finanzierungsquellen vom Kapitalmarkt eher nicht zugetraut. Begründet wird dies mit starren Strukturen der Träger, z. B. Kommunen und starker, anhal-

<sup>8</sup> Ab 2007 verbindliches Regelwerk zur Bankenaufsicht des Baseler Komitees, kurz: Basel II, das die Richtlinien zur Kreditvergabe von Banken neu gestaltet; vgl. Augurzky et.al., S. 11-12, vgl.(VI)

tender Abhängigkeit von öffentlichen Geldern (M52). Die dualistische Krankenhausfinanzierung wird als Problem dargestellt und die mit monistischer Krankenhausfinanzierung zusammenhängenden Vorteile wie z. B. Investitionsautonomie betont. Die geringe Investitionsautonomie öffentlicher Krankenhäuser gilt als Wettbewerbsnachteil (M123). Die neue Kreditvergaberichtlinie der EU für Banken kurz, 'Basel II', dagegen wird für Krankenhauträger mit guter Bonität nicht als Problem angesehen. Sofern das Management gut mit Investoren, Banken und Finanziers kommuniziert und einen regen Informationsaustausch pflegt, werden keine Probleme aus Basel II erwartet (M136, M142). Nur in einem Artikel wird den mittelständisch geprägten privaten Betreibern bezüglich Basel II auf der Fremdkapitalseite und auch eigenkapitalseitig nur begrenzter Handlungsspielraum zugesprochen (M36). Insgesamt wird Basel II in der *Fach- und Tagespresse* nur in drei Artikeln thematisiert, deshalb schätzt die Autorin die Aussagen des empirischen Materials bezüglich Basel II nicht als zuverlässig ein.

### **5.2.3 Begründungen der ökonomischen Perspektive: Marktentwicklung, Marktanteile, Wettbewerb, Käufermarkt**

Der Begriff 'Gesundheitswirtschaft' ist in der *Fach- und Tagespresse* eingeführt und wird als wichtiger Markt gesehen:

*"Die Gesundheitswirtschaft bildet...eine bedeutende Branche der deutschen Volkswirtschaft. Im Jahre 2002 wurden dort mehr als 4,7 Millionen Arbeitnehmer... beschäftigt, ein Gesamtumsatz von fast 220 Milliarden Euro erzielt und ein Ausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 10,7% erreicht. ...Innerhalb der Gesundheitswirtschaft stellt der Krankenhausmarkt mit einem Marktvolumen von 80 Milliarden Euro ... den ... Sektor dar, der über 5 % des BIP erwirtschaftet."* (M155, S. 1209).

Die Branche wird als Wachstumsmarkt dargestellt, der durch einen Verdrängungswettbewerb privater Krankenhausbetreiber zulasten der Marktanteile von öffentlichen, kommunalen und frei-gemeinnützigen Trägern geprägt sei (M8, M18, M21).

Aussagen über die Marktanteile privater Krankenhausbetreiber sprechen vor allem privaten Krankenhausbetreibern Wettbewerbsvorteile zu. Vor allem solchen privaten Krankenhausbetreibern, die flexibel auf Veränderungen im Versorgungsbedarf reagieren können. Als Beispiel wird der Zukauf von Unternehmensteilen genannt, um integrierte Versorgung bereitstellen zu können. Ein weiteres Beispiel dieses flexiblen Reagierens auf den Markt sind Einzelverträge, die Krankenhausbetreiber mit Krankenkassen zur medizinischen Komplettversorgung deren Versicherten abschließen können.

Der Markt hat sich nach Auffassung der *Fach- und Tagespresse* zu einem Käufermarkt gewandelt (M135, M152). Die Kaufpreise für Krankenhäuser oder private Krankenhausbeteiligungen gingen zurück, inzwischen erzielen Krankenhäuser mit finanziellen oder managementbedingten Schwierigkeiten nur noch geringe Kaufpreise oder den symbolischen Euro (M34).

Höhere Preise erzielen Kliniken, die für Käufer in strategisch günstigen Regionen liegen, um durch räumliche Konzentration Wettbewerbsvorteile zu erreichen. Dieses 'Clustermodell' der privaten Anbieter könnte zu Schwierigkeiten führen, sobald das Bundeskartellamt dieses Expansionsmodell beanstandet (M64, M65).<sup>9</sup>

#### **5.2.4 Räumliche Verteilung privater und anderer Krankenhausbetreiber**

Zur räumlichen Verteilung privater und anderer Krankenhausbetreiber wurden folgende Aussagen gefunden: In Ostdeutschland stieg der Anteil der privater Krankenhausbetreiber aufgrund der Übernahmemöglichkeiten nach der Wende mehr an als im Westen. Ein Autor gibt an, dass sich Kommunen in Regionen mit protestantischer Bevölkerung aufgeschlossener für Krankenhausprivatisierungen zeigen. In katholisch geprägten Regionen wie Bayern, dem Rheinland oder dem Emsland gäbe es weniger Krankenhausprivatisierungen (M152).

#### **5.2.5 Trend zu Krankenhausprivatisierungen**

Die Untersuchung des empirischen Materials kommt in diesem Punkt nicht zu deutlichen Ergebnissen. Die *Tagespresse* zeigt keinen Trend zur Privatisierung von Krankenhäusern auf, das Thema kommt nicht vor. Die *Fachpresse* nimmt mit vier Erwähnungen sehr wenig Bezug auf einen möglichen Trend zur Krankenhausprivatisierung. Angegebene, mögliche Begründungen wären: Mangelnde Verdienstmöglichkeiten öffentlicher Krankenhäuser und Marktanalysen von Banken, Beratungsgesellschaften und Verbänden, die einen drastischen Rückgang öffentlicher Krankenhausträger in Deutschland prognostizieren (M121, M133).

<sup>9</sup> Das Bundeskartellamt hat inzwischen der Rhön-Klinikum AG in Eisenhüttenstadt und Bad Neustadt an der Saale die Übernahme von Krankenhäusern untersagt, damit eine marktbeherrschende Stellung des Unternehmens in diesen Regionen vermieden wird. Vgl. Autor: HB: Kartellamt brems Rhön Klinikum aus, in: Handelsblatt vom 29.03.2005, Frankfurt; <http://www.handelsblatt.com/pshb?fn=tt&sf=go&id=1012904>

### 5.2.6 Internationalisierung, Europäisierung und Privatisierung von Krankenhäusern

Die *Fachpresse* greift das Thema Internationalisierung / Europäisierung in Zusammenhang mit Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland öfter auf als die *Tagespresse*. Die Argumentationen sind dabei uneinheitlich und teilweise kontrovers. Inhaltlich spielen bei *Fach- und Tagespresse* zwei Hauptbegründungen für einen internationalen Kontext von Krankenhausprivatisierung eine Rolle und werden folgend erläutert:

- Ausländische Patienten als zusätzliche Einnahmequelle,
- Internationalisierung des Krankenhausmarktes.

'Ausländische Patienten als zusätzliche Einnahmequelle' ist ein Hauptthemenbereich zur Diskussion der Internationalisierung des Krankenhausmarktes. Europäische und internationale Patienten bedeuten für Krankenhäuser eine zusätzliche Einnahmequelle, die genutzt werden kann. Möglichkeiten bietet die innereuropäische und grenznahe Versorgung laut einer Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes, die seit 2001 die Übernahme von Krankenhauskosten innerhalb von Europa regelt (M115, M119). Weitere Möglichkeiten ergeben sich aus der Versorgung bei fehlenden Behandlungskapazitäten im Ausland und gezielter Akquisition von Patientengruppen aus dem Ausland, z. B. Kooperationen zur Versorgung von Patienten aus Norwegen oder England in Deutschland (M113, M108).

Bezüglich der Kosten für eine Behandlung ausländischer Patienten in Deutschland verweist ein Artikel darauf, dass Deutschland im europäischen Vergleich von Krankenhauskosten im Mittelfeld liegt und die Kosten bezogen auf das Leistungsniveau eher als niedrig einzuschätzen sind (M108).

Die Internationalisierung des Krankenhausmarktes ist der andere Hauptthemenbereich für einen internationalen Kontext: *"Die Internationalisierung des Krankenhausmarktes hat begonnen."* (M115, S. 616). Befürworter dieser Annahme argumentieren, dass eine Globalisierung des Gesundheits- und damit auch des Krankenhausmarktes zu erwarten ist (M104, M137, M154). Es wird die Entstehung von multinational oder international agierenden Krankenhausketten erwartet, die grenzübergreifende Versorgungsangebote machen. Bezüglich DRG wird argumentiert, dass diese das Vordringen international agierender Unternehmen auf den deutschen Krankenhausmarkt fördern würden, weil sie zu mehr Transparenz im komplizierten deutschen Gesundheitswesen beitragen (M135). Die erwarteten Engagements großer privater Krankenhausketten auf dem nationalen deutschen

Markt scheinen bisher klein zu sein, könnten aber durch Kooperationen großer deutscher privater Klinikbetreiber mit ausländischen Partnern an Bedeutung gewinnen, z. B. durch die private schwedische Capio-Gruppe die sich nach geeigneten Objekten in Deutschland umsieht (M5, M119, M154, M137). Erste deutsche private Krankenhausanbieter zeigen internationales Engagement, z.B. Asklepios die sieben Kliniken in den USA betreibt (M141, M38). Die Rhön-Klinikum AG überlegte den Kauf einer börsennotierten französischen Klinikette (M38). Die norddeutsche Damp Holding AG behandelt bereits dänische Patienten und ist zuversichtlich bezüglich weiterer Engagements in Skandinavien (M66). Skeptiker einer Internationalisierung des deutschen Krankenhausmarktes argumentieren, der deutsche Krankenhausmarkt sei kompliziert und rechtlich schwer durchschaubar, daher eher begrenzt und lokal (M104, M128, M129).

Eine "...Amerikanisierung der Verhältnisse'..." (M159, S. 22) i. S. einer internationalen Angleichung der Verhältnisse wird für den deutschen Krankenhausmarkt bezweifelt, weil im Vergleich zu den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) in Deutschland "...99,998 Prozent..." (M159, S. 22) der Bevölkerung einen umfassenden Krankenversicherungsschutz genießen.

In den USA sei die Versorgung der Bevölkerung trotz integrierter Versorgung mit Krankenhausdienstleistungen schwieriger, da "...15,6 Prozent..." (M159, S. 22) der US-amerikanischen Bevölkerung ohne Versicherungsschutz für teure Operationen seien. Deutsche Krankenhäuser seien zudem profitabler als börsennotierte US-amerikanische Konkurrenten (M115).

### **5.3 Teil 3: Ethik / Moral**

Dieser Teil der Ergebnisse betrachtet Wertehaltungen, Forderungen nach Wertewandel, moralische und ethische Abwägungen zur Privatisierung von Krankenhäusern. *Fach- und Tagespresse* enthalten zwar Ansätze für moralische und ethische Argumentation, aber eine vollständige ethische Diskussion einzelner Ansätze findet nur in einem Artikel statt (M120). In der *Tagespresse* finden sich mehr Inhalte zu Moral und Ethik als in der *Fachpresse*. Da im empirischen Material die Haltungen von Krankenhausnutzern, Bürgern und der Berufsgruppe Pflege nicht direkt abgebildet werden, wurde im Rahmen dieser Arbeit versucht, diese indirekt durch die Betrachtung von Widerständen gegen Krankenhausprivatisierung zu ermitteln.

### 5.3.1 Wertehaltungen und Aspekte geforderten Wertewandels in Zusammenhang mit Krankenhausprivatisierungen

*Fach- und Tagespresse* vermitteln Wertehaltungen und eingeforderte Wertewandel, die folgend mit einzelnen Aspekten genannt und beschrieben werden.

#### Wirtschaftlichkeitsprinzip, Humanität und Ökonomie

Wirtschaftlichkeit wird als Basis für das Fortbestehen von Krankenhäusern verstanden. Die Wertehaltung 'Wirtschaftlichkeit' als Grundlage des Unternehmens oder der Institution Krankenhaus wird in *Fach- und Tagespresse* so vehement gefordert, dass sie bereits als Prinzip beschrieben wird. Dabei wird von den Krankenhausträgern Wirtschaftlichkeit als Voraussetzung für Humanität verstanden:

*"Humanität setzt Ökonomie voraus. (...) Nur wenn Gewinne erwirtschaftet bzw. das Wirtschaftlichkeitsprinzip beachtet werden, können die Patienten gut versorgt werden."* (M128, S. 535). Das Wirtschaftlichkeitsprinzip wird nur vereinzelt kritisch gesehen, wenn es um die Vereinbarkeit von Humanität und Gewinnmaximierung geht: *"Beide Unternehmen ... wollen bald an die Börse. Spätestens dann wird es mit der frohgemut verkündeten freiwilligen Profitabstänze vorbei sein: Wer Aktien verkaufen will, muss Gewinne vorweisen, die unter Anlegern verteilt werden können."* (M49, S. V). Ein Arzt bringt exemplarisch für seinen Berufsstand den damit verbundenen Konflikt ins Blickfeld: *"...ein Krankenhaus sei, ... zu allererst den Menschen, nicht der Wirtschaftlichkeit verpflichtet."* (M31, S.20).

#### Machtmonopole

Eine Wertehaltung zu möglichen Machtmonopolen großer Krankenhausträger wird nur einmal im gesamten empirischen Material in der *Tagespresse* genannt. Es wird darauf hingewiesen, dass durch Fusionen von Krankenhäusern Trägergesellschaften entstehen, deren große wirtschaftliche Macht häufig nicht mehr kontrolliert werden kann: *"Durch den Zusammenschluss von Krankenhäusern sind Gesundheitskonzerne entstanden, deren Macht heute nur selten problematisiert und kontrolliert wird"* (M9, S. 8).

#### Rolle des Krankenhauses in Zukunft

Die Philosophie eines Krankenhausträgers, so die Wertehaltung, würde in Zukunft nur noch in der Außendarstellung eine Rolle spielen. Die gesamte Wohlfahrtspflege hätte ähnliche Managementstrukturen entwickelt, wie gewinnmaximierende Unternehmen und sei so genauso zu Konzernen mit erheblicher Wirtschaftsmacht geworden (M8). Das Krankenhaus habe sich in seinem Selbstverständnis von einem Ort der Nächstenliebe über eine Einrichtung der staatlichen Daseinsversorgung zu einem modernen Konzern gewan-

delt. Es wird darauf hingewiesen, dass sich die innerbetrieblichen Hierarchie- und Führungsstrukturen sich oftmals nicht mitentwickelt haben (M102). Der traditionelle Wert des Krankenhauses sei damit von einer modernen Unternehmensform abgelöst worden.

### **5.3.2 Wertewandel**

Wertewandel wird in den Bereichen Partizipation und Selbsthilfe eingefordert: Bei der Modernisierung des Sozialstaates müssten eine Stärkung der Bürgerrechte, Stärkung der Selbsthilfekräfte und Partizipation des Einzelnen an gesellschaftlichen Entwicklungen gefordert werden (M9). Weiterhin wird ein Wertewandel bezüglich Kooperation von Pflege und Medizin gefordert: Einerseits um hierarchisch begründeten Schwierigkeiten zu begegnen, andererseits weil eine gute Kooperationsfähigkeit zwischen Pflege und Medizin der Schlüssel zu wirtschaftlichem Erfolg sein kann (M102, M131). Der Berufsstand der Ärzte müsse sich um einen kooperativen Führungsstil bemühen (M102).

Wertewandel wird auch bei der Qualitätssicherung und Pflichten von Krankenhausnutzern bei flächendeckender Krankenhausversorgung gefordert. Qualitätssicherung im Krankenhaus wird von einem Vertreter der Industrie eingefordert, indem er einen Hinweis auf die Kontrolle der geltenden Regeln gibt: *"...die Good Manufacturers Practise, die 'guten Manieren beim Produzieren'. Im Krankenhaus sollte man die Good Treatment Practise oder die Good Diagnosis Practise einführen."* (M111, S. 150). Die Krankenhausnutzer sollen nicht nur Qualität erwarten dürfen, sondern auch Pflichten übernehmen, z. B. bei der Erreichbarkeit von Krankenhäusern bei flächendeckender Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen. Es sei gerechtfertigt zu erwarten, dass Landbewohner nicht nur zum nächsten Shoppingcenter sondern auch zum nächsten Krankenhaus 20 Kilometer fahren (M52).

### **5.3.3 Ansätze zu ethischen und moralischen Abwägungen von Krankenhausprivatisierungen**

Ansätze zu moralischen und ethischen Abwägungen finden sich in *Fach- und Tagespresse* wieder. Eine vollständige ethische Diskussion, die sich bemüht möglichst viele Argumente, Moralvorstellungen und Wertehaltungen miteinander zu verbinden und zu einer ethischen Entscheidungsfindung zum Vorgehen bei Krankenhausprivatisierungen zu kommen, fehlt bis auf einen Artikel (M120). Die in *Fach- und Tagespresse* aufgefundenen Ansätze zu ethischen und moralischen Abwägungen werden nachfolgend in Themen unterteilt dargestellt.

### Ethik und Ökonomie

Die im empirischen Material eher als konträr empfundene Koexistenz von Ethik und Ökonomie im Krankenhausbereich wird vereinzelt aufgegriffen.

Die Krankenhauswirtschaft würde in das Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie geraten. Dabei würde ineffizient eingesetztes Geld der Versicherten bedürftigen Personen entgehen (M102, M120). Seitens eines privaten Krankenhausbetreibers wird eine Moralvorstellung geäußert: *"... 'nicht wirtschaftlich zu handeln [ist] unethisch'." [Prokurist der Sana 2000], (M102, S. 482).* Ein bei einem privaten Klinikkonzern angestellter Arzt weist auf die Bedeutung einer funktionierenden Ethik im Krankenhaus hin: *"Heute wird ein Arzt häufiger damit konfrontiert, dass er Therapien empfehlen muss, die die Kosten für das Krankenhaus nicht decken.*

*Da braucht man eine gute Ethik, die Kostenhürde zu nehmen und dem Patienten die optimale Behandlung zukommen zu lassen."* (M37). Eine vorrangig ökonomische Sichtweise bei der Privatisierung von Krankenhäusern wird vereinzelt kritisiert: *"Dominanz der Ökonomie. ... die Gesellschaft, das scheint die systemimmanente Vorgabe, hat der Ökonomie zu dienen - und nicht umgekehrt."* (M120, S. 261).

### Kommunikation und Ethik

Ein Artikel berichtet über den Stellenwert eines gelingenden Miteinanders im Krankenhaus. Beispielhaft wird darin über ein Ethikprojekt im Klinikum Nürnberg berichtet, das Aspekte guter Führungskultur, Kommunikation und Transparenz in einem *"...Ethik-Code als generelle Richtschnur des gesamten Handelns am Klinikum..."* (M131, S.14) festlegt. Diesem Ethik-Code folgend wird ein Verhaltenskodex für Mitarbeiter verbindlich, der den Umgang mit Patienten und den Umgang der Mitarbeiter untereinander regelt. Ergänzend wurde dort eine Vereinbarung zur Konfliktvermeidung zwischen Vorstand und Personalvertretung geschlossen. Der Artikel zeigt einen möglichen konstruktiven Umgang mit aktuellen Problemen der Krankenhausprivatisierung auf und beschreibt, durch welche Schritte u. U. Alternativen zu Privatisierungen gefunden werden können (M131).

### Vereinbarkeit von Ökonomie und Humanität

*"Ökonomie und Humanität im Kampf um den Kunden."* (M7, S. V2/1) Diese Aussage zeigt, dass Ökonomie und Humanität als einerseits konträr eingeschätzt werden, sich andererseits gegenseitig bedingen: *"Humanität im Krankenhaus setzt ökonomisches Verhalten voraus."* (M128, S. 535). Es wird davor gewarnt, das Krankenhaus nur als Profitcenter zu sehen und seine gesamtgesellschaftliche Bedeutung zu vergessen (M1). Ein Vorstandsvorsitzender eines großen kommunalen Krankenhausbetreibers ist zuversichtlich, dass sich Ökonomie und Humanität durch einen Paradigmenwechsel in Zukunft im Kran-

kenhaus vereinbaren lassen: " *'Humanität lässt sich nur dann als allgemeines Prinzip verteidigen, wenn die knappen Ressourcen ökonomisch optimiert eingesetzt werden.'* "(M7, S. V2/1). Hier wird die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsprinzips als Grundlage für einen Handlungsspielraum in Richtung Humanität verstanden.

Kritisiert wird, dass der traditionelle Sinn des Krankenhauses verloren geht: "*Deregulierung und Privatisierung verwandeln alle Formen von Institutionen - auch Krankenhäuser - tendenziell in Gewinn maximierende Unternehmen. Sicher wird dadurch ihre Wirtschaftlichkeit verbessert werden, ihr essenzieller Sinn, das ist die Humanität, wird jedoch deformiert.*" (M120, S. A261)

#### Verwendung solidarfinanzierter Mittel und Rolle des Krankenhauses

Die Verwendung solidarfinanzierter Mittel wird kritisch überprüft: "*Die Kassenbeiträge aber werden eigentlich nur für die Patientenversorgung gezahlt, nicht dafür, dass Krankenhäuser Gewinn abwerfen, mit dem man dann andere Krankenhäuser kaufen kann.*" (M49, S. V). Es wird eingefordert, die Versicherungsgemeinschaft darüber entscheiden zu lassen, ob sich aus den Krankenkassenbeiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung jemand "*...an der Börse eine goldene Nase verdienen...*" (M49, S. V) darf oder das zu verhindern, wenn es nicht gewollt wird. Die Rolle des Krankenhauses birgt neuen Zündstoff für Konflikte zwischen wohnortnaher Versorgung und Konzentration des Angebotes aus wirtschaftlichen und wettbewerblichen Gründen. Es wird dafür plädiert, diese Konflikte im Interesse der betroffenen Patienten in Grenzen zu halten (M120).

Ein Dilemma des Krankenhausverkaufs wird benannt:

*"Wenn die Klinikketten die kommunalen Häuser schlucken, dann mag dies eine Kommune zunächst kränken, denn Krankenhäuser gehören zur Identität einer Stadt, und die Bewohner betrachten die Kliniken meist als 'ihres'. Solange die kommunalen Häuser aber nicht beweisen, dass sie besser sind als die privaten, gibt es kaum eine politische Handhabe, um eine Privatisierung zu verhindern."* (M49, S. V).

#### Rationierung

Durch die Privatisierung von Krankenhäusern wird verdeckte Rationierung befürchtet: "*Die schleichende Rationierung hat viele Gesichter. Da bekommen Hüftgeschädigte Billigprothesen eingesetzt, erfahrene Ärzte werden durch Mediziner in der Ausbildung ersetzt, [und] junge Ärzte [müssen] 32-Stunden-Schichten schieben.*" (M11, S. 29). Es wird die Befürchtung geäußert, dass gleichzeitiges Anstreben von Marktmechanismen und staatlicher Regulierung im Krankenhaus zu Leistungsverdichtung bei den Beschäftigten und Rationierung für die Patienten führt (M120). Die DRG erzeugen weitere

Rationierung für die Patienten führt (M120). Die DRG erzeugen weitere Transparenz im Krankenhausbereich. Die Diskussion würde deswegen weiter emotionalisiert und die Rationierungsdiskussion neu angefacht werden. Konflikte zwischen Leistungsanbietern und Krankenkassen würden verstärkt (M120).

#### Warnungen vor einer ausschließlich ökonomischen Sicht von Krankenhäusern

Ein Artikel warnt vor reinem Kostendenken: *"...Ein rein kostenorientiertes Krankenhausmanagement gerät dort an seine Grenzen, wo der medizinische Fortschritt oder die Personalintensität der Behandlung leiden. Diese haben ihren Preis."* (M16, S. 14). Bezüglich der gesellschaftlichen und der ökonomischen Sicht von Krankenhäusern gibt es eine skeptische Anmerkung: *"Der Gewinn einer Klinik ist auch ökonomisch zu messen. Wer sie aber nur als Profit-Center sieht wird zwar betriebswirtschaftliche Erfolge haben, gesamtgesellschaftlich aber letztendlich draufzahlen."* (M1, S. 3).

#### Emotionalisierung

Privatisierung von Krankenhäusern führt zur Emotionalisierung der Beteiligten. Dafür werden einerseits unbegründete Ängste von Patienten, Beschäftigten und Gewerkschaften verantwortlich gemacht (M142). Andererseits werden als Grund der Ängste Unsicherheiten darüber angegeben, was Privatisierung für den Einzelnen bedeutet.

Mögliche Ängste wären: Verlust des Arbeitsplatzes, weite Anreise zu Operationen oder 'amerikanische Verhältnisse' im Sinne einer nicht mehr allgemein zugänglichen Krankenhausversorgung bei der wohlhabende Patienten bevorzugt behandelt werden (M133, M12), *"...kurz, daß [sic] bald weniger die medizinischen als vielmehr ausschließlich die ökonomischen Kriterien zählen."* (M12, S. 25). Ein Gewerkschaftler bedient sich des Begriffs der 'amerikanischen Verhältnisse' - der Autor des Artikels in der *Tagespresse* bringt auf den Punkt, was den Bürger nach einer solchen Andeutung wohl bewegen mag. Problematisch sei, dass die Diskussionsqualität darunter leide: *"Vom geistigen Auge des Publikums wandern verkrüppelte Menschen mit schwärenden Wunden durch die finstere ... Nacht; sie erhalten keinen Zutritt zu den hell erleuchteten Kliniken, wo Spitzenmediziner gegen bares Geld Schönheits-OPs an Blankeneser Notars-Gattinnen vornehmen. Dadurch aber wird die Qualität der Debatte um Krankenhaus-Privatisierungen ruiniert."* (M159, S. 21).

#### Vertrauen

Vertrauen wird nicht thematisiert, sondern eher nebenbei in nur einem Artikel im gesamten empirischen Material als wichtiges Element für ein Krankenhaus erwähnt: *"Da Gesundheit ein Vertrauensgut ist, kommt der subjektiven Patientenzufriedenheit und dem*

*Image eines Krankenhauses eine wettbewerbsentscheidende Bedeutung zu." (M132, S. 21). Der Zusammenhang von Vertrauen und Wettbewerbsfähigkeit wird nur in dieser Äußerung hergestellt. Das Thema Vertrauen wird weder in der *Fachpresse* noch in der *Tagespresse* weiter aufgegriffen.*

#### **5.3.4 Widerstand gegen die Privatisierung von Krankenhäusern**

Da im empirischen Material die Haltungen von Krankenhausnutzern, Bürgern und der Berufsgruppe Pflege nicht direkt abgebildet sind, wurde versucht diese Haltungen indirekt durch die Betrachtung von Widerständen zu ermitteln.

In *Fach- und Tagespresse* wird Widerstand gegen Krankenhausprivatisierungen beschrieben. Nachfolgend werden exemplarisch Orte genannt, an denen es lt. empirischem Material zu Widerstand gegen Krankenhausprivatisierung kam.

Gruppen, die Widerstände gegen die Privatisierung von Krankenhäusern leisten sind: Mitarbeiter, Patienten und Politik. Der Umgang mit Widerständen und die Konsequenzen nicht gelungener Privatisierungsversuche werden in *Fach- und Tagespresse* beschrieben.

Beispiele aus dem empirischen Material für Widerstand gegen Krankenhausprivatisierungen: In Berlin sorgte die Privatisierung der städtischen Kliniken in die stadteigene GmbH Vivantes für Protest (M14, M50). In Hamburg wurde über zwei Jahre um die Privatisierung des Landesbetriebes Krankenhaus Hamburg (LBK) gestritten, letztendlich vor dem Verwaltungsgericht. Es kam zu einer Volksentscheidung, die keine jedoch bindende Wirkung für den Senat der Freien und Hansestadt Hamburg (als Eigentümerin) hatte. Letztlich wurde der LBK Hamburg mehrheitlich an Asklepios verkauft - gegen das Votum der Bürgerinnen und Bürger, die mit ca. 70% gegen eine materielle Privatisierung von Mehrheitsanteilen des LBK Hamburg gestimmt hatten (M67, M25, M53, M57, M46, M48, M49, M152).

In Kiel sorgte bereits die geplante Privatisierung des Kieler Städtischen Krankenhauses für erhebliche Diskussionen und Unruhe bei den Mitarbeitern; in der Öffentlichkeit und Politik (M42). In Nordfriesland gab es eine Volksabstimmung gegen die Privatisierung von nordfriesischen Kliniken (M52). In Stuttgart regte sich Widerstand gegen die Umwandlung der Kliniken in eine GmbH (M60). Diese Beispiele aus dem empirischen Material bilden wahrscheinlich nur einen Bruchteil des Widerstandes gegen die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland ab (vgl. (V)).

Widerstand von Mitarbeitern und Patienten wird im empirischen Material beschrieben. Verunsicherte Mitarbeiter und Patienten, die nicht selten im Unklaren über die Konsequenzen einer Privatisierung sind, formieren sich vielerorts mit Unterstützung von Gewerkschaften zu Widerstand und Protestaktionen bis hin zum Volksentscheid.

Gewerkschaften fürchten bei Privatisierungen von Krankenhäusern um das Fortbestehen der Beschäftigungsverhältnisse, während private Krankenhausbetreiber bestrebt sind, öffentlich zu versichern, dass Mitarbeiter keine Nachteile aus der Privatisierung haben werden (M60, M110, M130, M159, M152). Dieser Form des Widerstandes gilt die Aufmerksamkeit der *Tagespresse* in zwölf Artikeln.

Widerstand von Mitarbeitern und Bürgern wird auch auf Kommunikationsfehler bei Krankenhausprivatisierung zurückgeführt: *"...häufigste Kommunikationsfehler: ...Informationsbedürfnis ...Reaktionsmöglichkeit von Patienten und Mitarbeitern [werden] unterschätzt. Ängste [werden] nicht...Ernst genommen. ...Folge: Organisierter Widerstand, der ein Projekt...völlig scheitern lässt wie die Beispiele aus Zwickau und Nordfriesland zeigen. ...politische Diskussion erschwert den Privatisierungsprozess. ...weiterer Faux-pas:... Ein Teil des Verkaufsprozesses wird sowohl in der parteipolitischen als auch in der allgemeinen Öffentlichkeit diskutiert und ausgetragen."* (M133, S. 132-134).

Ebenfalls finden sich Berichte über Widerstand der Politik, dieser Widerstand kommt aus dem Bereich der Kommunalpolitik; weil *"...Gesundheitseinrichtungen ... in jeder Kommune ein politisch hochsensibler Bereich [sind]..."* (M29, S. 16) Oppositionsparteien, die Wählerstimmen für sich gewinnen möchten, nehmen sich gerne der anstehenden Krankenhausprivatisierungen an (M17).

### **5.3.5 Umgang mit Widerstand gegen Krankenhausprivatisierungen**

Das Beispiel der Privatisierung des LBK Hamburg zeigt deutlich, dass das Ignorieren von Widerstand beachtliche öffentliche Konsequenzen für Regierungen haben kann. *"Dass die Hamburger dieses Vorhaben in einer Volksabstimmung ...mit einer Dreiviertel-Mehrheit ablehnten, kümmert [den Bürgermeister] nicht. Dies hat nun dazu geführt, dass die Volkstimmer,... eine Klage beim Hamburger Verfassungsgericht [sic] eingereicht haben: Die Entscheidung, ob das Stadtoberhaupt sich an den Volkentscheid halten und den Verkauf stoppen muss, wird Mitte Dezember [2004] erwartet. Das hat es noch nie gegeben. So ist ein Streit um eine Krankenhaus-Privatisierung noch nie eskaliert."* (M159, S. 21) Der Bürgermeister geriet in Hamburg anschließend in die Kritik, und musste eingestehen,

*"... die Ängste und Befürchtungen der Wähler vor dem Verkauf unterschätzt und über die Notwendigkeit sowie die Ziele der Veräußerung ‚zu wenig aufgeklärt‘ zu haben." (M48).*

Ein gelungener Umgang mit Widerständen gegen Krankenhausprivatisierungen wird in einer transparenten Öffentlichkeitsarbeit gesehen (M12). Dazu gehören: *"... internes Kommunikationssystem inklusive Mitarbeiterzeitschriften. ... Aktion und Bürgernähe. ... [eine] spezielle Hotline mit geschulten Mitarbeitern..., alle wesentlichen Informationen ... an zentraler Stelle im Internet verfügbar [machen]..., Kommunikationsberater [hinzuziehen], Gespräche mit potentiellen Investoren."* (M133, S. 132-134).

### **5.3.6 Konsequenzen nicht gelungener Privatisierungsversuche**

Nicht gelungene Privatisierungen von Krankenhäusern ergeben Probleme für das Krankenhaus und seine Mitarbeiter. Politische Diskussionen beeinflussen den Verkauf und die Privatisierungsdebatte mitunter über mehrere Monate. Das betroffene Krankenhaus bleibt mit den Belastungen der eventuellen Privatisierung allein und kann keine strukturellen Entscheidungen mehr treffen. Mitarbeiter und Patienten bleiben verunsichert zurück (M145, M156).

Während der Zeit der Privatisierungsdiskussionen ist *"Der Betrieb in den Stationen ... geprägt von der ‚demotivierenden Unsicherheit‘ was als nächstes geschieht, ..."* (M159, S.22).

## 6 Diskussion der Ergebnisse, Empfehlungen und kritische Abschlussbetrachtung

Im letzten Teil der Arbeit werden die wichtigsten Ergebnisse der empirischen Untersuchung diskutiert. Die Wissenschaftlichkeit in der *Fachpresse*, die Darstellung öffentlicher und privater Krankenhausbetreiber, Ziele von Krankenhausträgern, Wirtschaftlichkeit, halbierte Diskurse und Managerism werden angesprochen. Die Rolle von Beratern und die Rolle der Krankenhäuser in Zukunft werden diskutiert. Weiter werden die fehlende ethische Diskussion zum Thema Privatisierung von Krankenhäusern, Vertrauen, good ethical practise und die Internationalisierung des Krankenhausmarktes angesprochen. Abschließend werden Widerstände gegen Krankenhausprivatisierungen in Zusammenhang mit Partizipationsmöglichkeiten besprochen. Dabei werden Empfehlungen für *Fach- und Tagespresse* und andere Betroffene hinsichtlich des Umgangs mit dem Thema der Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland benannt; die Empfehlungen sind umrandet.

### 6.1 Begriffe zur Privatisierung von Krankenhäusern

Die Verwendung von 19 verschiedenen Begriffen, unter der die Privatisierung von Krankenhäusern stattfindet, ist unübersichtlich und verkompliziert die Diskussion vor allem in der *Fachpresse*. Eine Vereinfachung der benutzten Begrifflichkeiten wäre i. S. einer besseren Verständlichkeit wünschenswert. Eine Vereinfachung und Reduzierung der Begriffe wäre hilfreich, um Verwirrung vorzubeugen.

Die Anzahl der Begriffe, unter denen Krankenhausprivatisierung diskutiert wird, sollte reduziert werden. Eine Vereinfachung der verwendeten Begriffe könnte zu einer besseren allgemeinen Verständlichkeit der Inhalte beitragen.

### 6.2 Wissenschaftlichkeit in der Fachpresse

Die gesichtete *Fachpresse* verarbeitet zum großen Teil keine wissenschaftlichen Materialien, Quellenangaben fehlen in zwei Dritteln der Artikel, (siehe auch 5.1.4). Nur ein Drittel der Artikel in der *Fachpresse* bezieht sich auf wissenschaftliches Material, bzw. macht überhaupt Angaben zu Quellen.

Achtsamkeit ist besonders in Hinblick auf die Quellen angebracht, denn wo die *Fachpresse* als Wissensbasis benutzt wird, trägt sie Verantwortung zu Objektivität. *Fach- und Tagespresse* berufen sich als Quellen inhaltlich vorrangig (74-mal) auf die Meinungen von Interessenvertretern. Interessenvertreter privater Krankenhausbetreiber sind dabei die dominierende Gruppe. Mit 40 Nennungen in der *Tagespresse* und 10 Nennungen in der

*Fachpresse* beziehen sich die Autoren 50-mal auf die Meinungen von Interessenvertretern privater Krankenhausbetreibern. Der gegenwärtige Zustand des wissenschaftlichen Arbeitens, besonders in der Krankenhausfachpresse, ist nicht förderlich für die Qualität der öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion. Mögliche Ursache für die überwiegend nicht wissenschaftliche Fundierung der Artikel in der *Fachpresse* könnten Forschungsdefizite zum Thema Krankenhausprivatisierung sein. Forschung über die Auswirkungen der angestrebten Privatisierung von Krankenhäusern fehlt der Literaturlage nach zu urteilen, bis auf wenige Ausnahmen und sollte intensiviert werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Wissenschaftsbereiche Pflege, Public Health und andere nicht-ökonomische Disziplinen mehr Beachtung finden.

Wissenschaftlichkeit in der *Fachpresse* sollte dringend eingehalten werden und deutlich nachvollziehbar sein um die Qualität der öffentlichen und fachlichen Diskussion zu heben. Wissenschaftliches Arbeiten bei der Artikelrecherche sollte die Regel, nicht die Ausnahme sein. Ein Bezug auf Materialien, die den Anschein wissenschaftlicher Arbeiten vermitteln, aber allgemeinen Kriterien für wissenschaftliche Materialien nicht genügen, sollten vorsichtig genutzt werden. Zumindest sollte für die Leser nachvollziehbar sein, dass keine wissenschaftliche Fundierung der Ergebnisse vorliegt.

Ein Beispiel für den Umgang mit Wissenschaftlichkeit ist die Studie 'Krankenhaus 2015 - Wege aus dem Paragraphenschwengel' von Arthur Andersen Unternehmensberatung (vgl. <sup>[24]</sup>). Das Beispiel betrifft sowohl die Wissenschaftlichkeit innerhalb der Studie selbst als auch den Umgang der *Fach- und Tagespresse* mit dieser Quelle. Kritik an der Studie übte die Deutsche Krankenhausgesellschaft in punkto methodisch wissenschaftlicher Zuverlässigkeit und kommt zum dem Ergebnis, dass die Schlussfolgerungen aus der Studie Krankenhaus 2015 nach eingehender Überprüfung nicht haltbar sind.

Die Studie war für März 2000 vorangekündigt und zahlende Gäste konnten sich auf Vorab-Präsentationen 'sensationelle' Neuheiten anhören. In den Medien fand die Studie große Resonanz, obwohl sie im Juni 2000 immer noch nicht erschienen war. Journalisten, die den Vorab-Informationen glaubten, streuten die Nachrichten. Die Kritik der Deutschen Krankenhausgesellschaft, diese Studie sei ein Beispiel für gelungenes Marketing einer Unternehmensberatungsgesellschaft scheint damit berechtigt: "*Arthur-Andersen-Studie: Mangelnde methodische Sorgfalt führt zu unrealistischen Ergebnissen. ... Ein perfekt inszeniertes Marketing.*" (vgl. <sup>[32]</sup>, S. 492). Trotzdem wird die Studie in *Fach- und Tagespresse* als Informationsgrundlage genutzt und sogar im British Medical Journal als Quelle zitiert, (vgl. <sup>[30]</sup>) was zu wissenschaftlichen Missverständnissen und Fehlinterpretationen führen könnte.

### 6.3 Darstellung öffentlicher und privater Krankenhausbetreiber in Fach- und Tagespresse

Die Darstellung privater und öffentlicher Krankenhausbetreiber differiert stark und lässt darauf schließen, dass private Krankenhausbetreiber es verstehen, sich in *Fach- und Tagespresse* gut zu präsentieren. Mittels funktionierender Öffentlichkeitsarbeit und Marketing in eigener Sache gelingt es so dem kleineren Teil der Marktteilnehmer, sich als 'Retter' der Krankenhausbranche darzustellen. Warum es öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern nicht gelingen soll, die notwendigen Veränderungen vorzunehmen um am Markt zu bestehen, wird vorrangig mit ökonomischen Argumenten, v. a. fehlender Investitionsfähigkeit begründet. Bemerkenswert ist auch an dieser Stelle, dass sich nur ein Drittel der Artikel in der *Fachpresse* auf wissenschaftliches Material bezieht, sondern sich hauptsächlich auf die Meinungen von Interessenvertretern stützen, v. a. aus dem Bereich privater Krankenhausbetreiber; (siehe dazu auch 5.1.4 und 6.2). Insgesamt wird in *Fach- und Tagespresse* ein negatives Bild öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhausbetreiber gezeichnet. Von diesem großen Teil der Anbieter im Krankenhausmarkt werden sehr wenige als erfolgreiche öffentliche oder freigemeinnützige Unternehmen genannt. Ein professionelles Marketing, das die Präsenz in *Fach- und Tagespresse* berücksichtigt, ist aus dem empirischen Material bei kommunalen und frei-gemeinnützigen Krankenhausbetreibern nicht ersichtlich; (vgl. (VII)). Es gibt allerdings vereinzelte Ausnahmen, z. B. den LBK Hamburg oder das Klinikum Nürnberg, die sich in den letzten Jahren um etwas Präsenz in den gesichteten Printmedien bemüht haben. Folglich ergibt sich ein polarisiertes Bild mit folgenden Zuschreibungen: Freigemeinnützigen und kommunalen Krankenhausbetreibern wird weitgehend die Fähigkeit zu unternehmerischem Handeln und wirtschaftlicher Orientierung abgesprochen. Nach Darstellung in *Fach- und Tagespresse* seien Krankenhäuser in kommunaler, öffentlicher und frei-gemeinnütziger Trägerschaft chancenlos, die verpassten Investitionen wieder aufzuholen. Eine unzureichende unternehmerische Handlungsorientierung wird v. a. öffentlichen und kommunalen Krankenhausträgern unterstellt. Zur Begründung werden starre oder veraltete Unternehmensstrukturen und hohe Personalkosten durch den BAT herangezogen.

Konträr zur negativen Darstellung der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträger werden private Krankenhausträger überwiegend positiv dargestellt. Private erfolgreiche Krankenhausträger werden ungleich mehr genannt, als erfolgreiche öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhausträger. *Fach- und Tagespresse* behaupten überwiegend, private Krankenhausbetreiber könnten in den Bereichen Management und Finanzierung

besser Probleme lösen. Privaten Krankenhausträgern werden gute Wirtschaftlichkeit, unternehmerische Handlungsorientierung und bessere Entscheidungsstrukturen zugeschrieben. Die Argumentation, mittelständische Unternehmerpersönlichkeiten 'regieren' die Firmen wie Patriarchen und sorgen so für schnelle, einfachere Entscheidungsstrukturen ist in Frage zu stellen (M 132). Es ist unklar, ob diese Schnelligkeit nach Börsengängen erhalten bleibt; dann müssten Vorstand und Aufsichtsrat gemeinsam entscheiden. Es wird nicht ausreichend deutlich, für welche Werte private Krankenhausbetreiber stehen. Die Frage bleibt offen, was allein private Krankenhausbetreiber so wirtschaftlich macht. Die Erzielung von Synergieeffekten, allmähliche Ablösung von BAT und Clusterbildung (regionale Anbieterkonzentration) allein können es nicht sein - theoretisch müssten das auch öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhausträger können. Es bleibt fraglich, wie sehr eine Art 'politische Bremse' die kommunalen und frei-gemeinnützigen Häuser beeinträchtigt – oder ob z. B. die Kommunalpolitik ein Krankenhaus auch fördern kann.

In *Fach- und Tagespresse* bleibt die Frage offen, was die privaten Krankenhausträger so grundlegend anders machen, als öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhausträger um erfolgreich zu sein. Eine wirtschaftliche Handlungsorientierung steht theoretisch allen Marktteilnehmern offen. Nutzen private Betreiber günstige Gelegenheiten, eigentlich intakte Krankenhausbetriebe mit einem Investitionsdefizit der bisherigen Träger für einen geringen Kaufpreis zu erstehen und einen kurzfristig erwirtschafteten Erfolg als den eigenen zu verkaufen? Diese Frage kann im Rahmen dieser Arbeit nicht geklärt werden, wäre aber ein möglicher Ansatz für neue Untersuchungen über die Folgen von Krankenhausprivatisierungen.

Die gegenwärtig stark polarisierten Zuschreibungen privater Krankenhausbetreiber als positiv einerseits und öffentlicher / frei-gemeinnütziger als negativ andererseits sind nicht belegte Vorurteile und damit weder angebracht noch nachvollziehbar.

Öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhausbetreiber sollten verstärkt auf ein gutes Marketing mit Präsenz in *Fach- und Tagespresse* achten, da in diesen Medien Meinungsbildung betrieben wird. Dabei sollten überregionale Medien und auch andere Medien als Printmedien einbezogen werden, da diese von Mitarbeitern und Kunden als Informationsgrundlage genutzt werden. *Fach- und Tagespresse* sollten auf die Objektivität ihrer Berichterstattung achten und sich nicht als Marketinginstrument einer Gruppe oder Transporteur von Polarisierungen benutzen lassen.

#### 6.4 Investitionsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und weitere Ziele von Krankenhaus-trägern

Investitionsfähigkeit wird in einer aktuellen wissenschaftlichen Arbeit als einziges 'hartes' Argument für die Privatisierung von Krankenhäusern benannt; (vgl.<sup>[7]</sup>). Im empirischen Material werden private Klinikbetreiber meistens mit mittelständischer Organisationsstruktur und den damit verbundenen Möglichkeiten der Kapitalbeschaffung dargestellt. Fraglich bleibt aus dem empirischen Material, warum privaten Krankenhausbetreibern eine höhere Investitionskraft nachgesagt wird, als öffentlichen und frei-gemeinnützigen. Eine gültige Begründung könnte der Rückzug von kommunalen und frei-gemeinnützigen Trägern aus dem Krankenhausgeschäft und der Rückzug der öffentlichen Hand aus der Finanzierung sein. Für öffentliche, kommunale und frei-gemeinnützige Krankenhäuser würden Kredite nach Basel II u.U. teurer; s.g. Basel II-Effekt (vgl. dazu auch (VI)). Könnte die höhere Investitionskraft privater Krankenhausbetreiber mit einem besseren Kontakt zur Hausbank zusammenhängen, mit der bereits gemeinsame Projekte größeren Umfangs realisiert wurden? Die Aussagen zu Basel II aus dem empirischen Material konnten dazu keine Hinweise liefern. Investitionen können nicht nur durch Rationalisierungen getätigt werden, sie benötigen ebenso Kapital. Wäre es möglich, dass es mit der viel beschriebenen finanziellen Potenz privater Klinikbetreiber nicht so weit her ist, wie in *Fach- und Tagespresse* behauptet wird? Sofern private Krankenhausbetreiber nicht einem finanzkräftigen und investitionsbereiten Eigentümer wie z. B. einer Versicherung oder Bank gehören, sind auch sie auf Kreditmittel angewiesen, die sich nach Bonitäts- und Risikoabschätzungen zu Basel II richten werden. Zwei Argumente aus dem empirischen Material liefern Hinweise auf eine finanzielle Beschränkung privater Krankenhausbetreiber. Zum einen werden von privaten Krankenhausbetreibern Börsengänge erwartet, die der Kapitalbeschaffung dienen. Zum anderen erhalten private Krankenhausketten durch den günstigen Kauf von kommunalen oder frei-gemeinnützigen Krankenhäusern eine Art Quersubvention: Die aufgekauften Kliniken mit bestehendem Betrieb, Geräten, Humankapital und Know-how. Sie haben ein wirtschaftliches Potenzial, das relativ gut sein muss. Sonst würde es den privaten Betreibern nicht innerhalb weniger Jahre gelingen, die aufgekauften Krankenhäuser in die Gewinnzone zu führen.

Nach Auffassung der Autorin ist Skepsis bei der Behauptung der *Fach- und Tagespresse* angebracht, nur private Krankenhausbetreiber könnten langfristig für einen funktionierenden und prosperierenden deutschen Krankenhausmarkt sorgen. Nur durch Rationalisierungen und Managementinnovationen kann kein Krankenhaus ohne die Basis von guten Mitarbeitern und Vertrauen der Kunden in 'ihr' Krankenhaus am Markt bestehen. Es ist

erforderlich, die Bedürfnisse der Kunden in den Unternehmensfokus zu bringen und die Mitarbeiter als Transporteure von guten, preislich und fachlich hochwertigen Dienstleistungen zu verstehen.

Daneben vermitteln die Mitarbeiter die nicht-materiellen Ziele eines Krankenhauses, z. B. Humanität oder Wohltätigkeit in Form von Unternehmenskultur direkt an die Kunden. Dabei sollten alle Krankenhausmitarbeiter von Seiten des Krankenhausmanagements unterstützt werden.

Diese Unterstützung beinhaltet ein umsichtiges und konstruktives Umgehen mit ethischen Fragestellungen, die durch die Veränderungen im Krankenhausmarkt auf ein Krankenhaus zukommen und nicht nur medizinethische, sondern auch Fragen der Organisations- und Wirtschaftsethik betreffen. Krankenhäuser können sich auf diese Weise von ihren Mitbewerbern unterscheiden.

Die Werte, die Krankenhausbetreiber ihrer Arbeit zugrunde legen, sollten für Kunden und Mitarbeitern transparent sein. Werte können dazu dienen, sich von Mitbewerbern in der Konkurrenz um Mitarbeiter und Kunden zu unterscheiden.

## **6.5 Wirtschaftlichkeit als übermächtiges Thema – Wirtschaftlichkeit zuende denken**

Wirtschaftlichkeit ist in *Fach- und Tagespresse* das übermächtige Thema, dem andere Themen untergeordnet werden und das andere Themen verdrängt. Wirtschaftlichkeit ist ein wichtiger Wert im Krankenhaus, doch muss die Frage gestellt werden, wo andere Werte bleiben. Werte wie die Prinzipien der biomedizinischen Ethik, Menschenrechte, Gerechtigkeitsprinzipien und 'Care'<sup>10</sup> dürfen nicht vernachlässigt werden. Dabei schließen sich Wirtschaftlichkeit und andere Werte nicht aus, sondern sollten einander ergänzen. Wirtschaftlichkeit muss unbestritten mit einer wirtschaftlichen Handlungsorientierung einhergehen, damit ein Unternehmen dauerhaft Bestand hat.

Unter Wirtschaftlichkeit ist auch ein angemessener Umgang mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen zu verstehen. Damit ist nicht zwingend nur das Erwirtschaften von

---

<sup>10</sup> 'Care' wird oft mit dem deutschen Wort 'Fürsorge' übersetzt. Da diese Übersetzung den Sinn des englischen Begriffs 'care' nur unzureichend wiedergibt, wurde auf die Übersetzung verzichtet. 'Care' bedeutet eher eine zugewandte, Anteilnehmende Sorge mit menschlicher Interaktion. Care betrifft auch gesellschaftliche Interaktionen und bedarf der Achtsamkeit der Beteiligten. Vgl. <sup>[2]</sup>

Gewinnen für das Unternehmen, bzw. seinen Eigentümer gemeint. Ein Gewinn muss nicht materiell begründet sein, sondern kann auch eine Begründung in den Werten des Unternehmensbetreibers haben, z. B. bei einem kommunalen Krankenhaus eine gute Versorgung vulnerabler Bevölkerungsteile einer Kommune. Bleibt bei wirtschaftlicher Unternehmensführung ein materieller Gewinn, kann dieser im Falle eines Krankenhauses für eine verbesserte Versorgung der Kunden in Form von Wohltätigkeit z. B. durch mehr Zeit für Zuwendung durch das Pflegepersonal, Verwendung länger haltbarer Implantate oder für die Behandlung nicht versicherter oder nicht zahlungsfähiger Patienten verwendet werden. Es wird im empirischen Material zu Recht in Frage gestellt, ob private Krankenhausbetreiber aus solidarfinanzierten Mitteln an der Börse mit diesen Mitteln Gewinne machen dürfen (M49).

Die *Fachpresse* sollte eine Diskussion darüber anregen, was mit Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus gemeint ist: Wirtschaftliches Handeln als Basis für wohltätiges Handeln im Sinne der Bevölkerung oder wirtschaftliches Handeln als Basis von Gewinnmaximierung. Falls Gewinnmaximierung mit solidarfinanzierten Mitteln stattfindet, sollten *Fach- und Tagespresse* dies ansprechen.

Ein Wertediskurs betreffend ökonomischer, materieller und nicht-materieller Ziele von Krankenhäusern sollte in *Fach- und Tagespresse* stattfinden.

Beachtlich ist, dass bei allen Forderungen nach mehr Wirtschaftlichkeit und marktwirtschaftlicher Orientierung im Krankenhausbereich in der Diskussion selten alle Kosten beachtet werden. Im empirischen Material wurden die Kosten, die aufgrund von Widerstand, gestörten Informationsflüssen und verspäteten Anpassungen der Unternehmen an den Markt anfallen, nicht berücksichtigt. Zum Thema Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern wurde keine dieser Kostenarten beschrieben oder genannt. Soll die Effizienz eines Unternehmens - also auch eines Krankenhauses - gesteigert werden, müssen auch Kosten der dispositiven und strategischen Arbeit berücksichtigt werden. Relevant wären für diese Überlegungen folgende Kosten:

- Interaktionskosten, d. h. Kosten, die durch vermeidbare Reibungsverluste mit der inneren und äußeren Umwelt entstehen. Darunter fallen z. B. auch Demotivationskosten (durch Fehlzeiten, Fluktuation der Mitarbeiter, schlechte Verhältnisse zu Vorgesetzten) und Kosten die durch Reibungsverluste mit politischer, kultureller, sozialer und ökonomischer Umwelt entstehen.

- Informationsflusskosten, d. h. die Kosten die entstehen, wenn in einem Unternehmen die Informationsflüsse blockiert sind oder Informationen nicht optimal fließen.
- Anpassungskosten, d. h. Kosten, die entstehen, wenn Unternehmen nicht rechtzeitig ihre Entscheidungen an veränderte Umwelterwartungen oder Umweltentwicklungen anpassen.

Aus moralischer Verantwortung Kunden, Mitarbeitern und Eigentümern eines Unternehmens gegenüber fordert der Philosoph Rupert Lay die Mitarbeiter der strategischen und dispositiven Unternehmensbereiche auf, ihre eigene Arbeit durch Einsparungen an den genannten Kostenarten zu finanzieren (vgl. <sup>[12]</sup>). Für Krankenhausträger ist die Überlegung von Lay besonders wichtig, da sie den Umgang mit Konflikten und Widerständen im Krankenhaus selbst und im Umfeld des Krankenhauses betreffen. Der vielfach vorhandene Managerismus würde sich auf diese Art fast selbstständig eindämmen, da seitens des Managements alle Unternehmensebenen und die Beziehungen des Unternehmens zur Umwelt beachtet werden müssten.

Es wäre sinnvoll, in die Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit von Krankenhausunternehmen alle relevanten Kostenarten einzubeziehen. Durch die Beachtung von Interaktionskosten, Informationsflusskosten und Anpassungskosten könnte zu einer umfassenderen Sicht von Krankenhäusern v. a. seitens des Managements beigetragen werden.

## 6.6 Halbierte Diskurse und Managerismus

In *Fach- und Tagespresse* sind 'halbierte Diskurse' die Regel, die Diskussion um Krankenhausprivatisierung ist weitgehend von ökonomischen Themen dominiert. Unter einem halbierten Diskurs wird im Rahmen dieser Arbeit die Dominanz von wirtschaftlichen Aspekten gegenüber anderen Aspekten bei der Diskussion von Krankenhausprivatisierung in Deutschland verstanden; (vgl. <sup>[33]</sup>, und (VIII)). In *Fach- und Tagespresse* überwiegen wirtschaftliche Ziele und Argumente vor Themen der Entwicklung von Pflege und Medizin. Themen der grundlegenden Werteorientierung zur Krankenversorgung und Fragen nach dem Selbstverständnis von Krankenhäusern kommen zu kurz. Pflege, Patienten, Bürger und Mitarbeiter kommen nicht ins Gespräch mit Entscheidungsträgern und Meinungsbildnern. Ein Austausch zwischen den Gruppen findet oft erst beim Auftreten von Veränderungswiderständen statt. Ökonomische Argumentationen dominieren die Diskussion um Krankenhausprivatisierung in *Fach- und Tagespresse*; meist ohne wissenschaftliche Fundierung der Arbeiten. Andere relevante Themen bei der Privatisierung von Krankenhäusern werden nicht oder in nicht ausreichendem Maße in der öffentlichen Diskussion be-

achtet. Relevante Aspekte der Gesellschafts- und Sozialpolitik, der Pflegewissenschaft, der Public Health, der Nutzer- und Bürgerpartizipation werden nicht aufgegriffen.

In der *Fachpresse* und in vielen Beiträgen der *Tagespresse* wird Privatisierung von Krankenhäusern als Thema der Unternehmens- und Verbandsleitungen verstanden. Unternehmensleitungen ihrerseits thematisieren die Privatisierung von Krankenhäusern oft eindimensional aus ökonomischer Sicht und nehmen damit den halbierten Diskurs auf. Hier sind Mitarbeiter aus den Bereichen Banken, Unternehmensberatungen, Krankenhausmanagement und leider auch der gesetzlichen Krankenkassen gemeint. Besonders Mitarbeiter von Krankenkassen sollten sich an der Diskussion um die Privatisierung von Krankenhäusern aktiver beteiligen und die Interessen ihrer Versicherten engagiert vertreten; eine aktive Beteiligung der Krankenkassen an diesem Thema war aus dem empirischen Material nicht ersichtlich. Berichte aus der Perspektive der Mitarbeiter und Krankenhausnutzer kommen in der *Fachpresse* zu kurz. Das Phänomen der Manager, die sich vorrangig für Zahlen, Daten, Fakten und weniger für Kunden und Mitarbeiter interessieren - Managerism - findet sich in *Fach- und Tagespresse* wieder.

Der halbierte Diskurs in *Fach- und Tagespresse* ist ungünstig zur Weiterentwicklung des Themas und für die Wahrnehmung von Krankenhausprivatisierungen von Mitarbeitern und Bürgern destruktiv.

Neben wirtschaftlichen Themen sollten auch andere relevante Themen diskutiert werden. Vor allem die Werte, auf denen die Dienstleistungen eines Krankenhauses begründet sind, sollten transparent und nachvollziehbar in *Fach- und Tagespresse* diskutiert werden.

Aspekte der Organisationsentwicklung und der Mitarbeiterbezogenheit könnten als Kontrapunkte zu Managerism dienen und sollten unbedingt in Zusammenhang mit der Privatisierung von Krankenhäusern in der *Fachpresse* besprochen werden.

## **6.7 Die Rolle von Unternehmensberatern und Banken**

Die Rolle der Unternehmensberater und Banken ist besonders kritisch zu betrachten. Offensichtlich wird der Krankenhausmarkt für Unternehmensberater und Banken mit beratender Funktion ein lukratives Geschäft. Es besteht ein vermehrter Bedarf an Beratung, wenn die Ökonomisierung des Krankenhauses im Sinne privater Krankenhausbetreiber

voranschreitet – jeder potenzielle Verkäufer ist schließlich an einem guten Verkauf interessiert. Banken könnten zusätzliches Interesse der Bildung von Aktienfonds und der Vergabe von Krediten haben, um diese Produkte profitabel zu verkaufen und zu verwalten. Beschreibt die Berater- und Finanzbranche in eigenen Veröffentlichungen öffentliche und frei-gemeinnützige Krankenhausbetreiber schlechter als sie tatsächlich sind, sichert sie sich damit die momentan finanziell erfolgreicherer Kunden und dürfte die Marktentwicklung in deren und im eigenen Sinne beeinflussen. Private Krankenhausbetreiber und Berater nutzen *Fach- und Tagespresse* geschickt als Marketinginstrument. Es scheint offensichtlich, dass bereits grosse Teile der öffentlichen Diskussion betreffend Krankenhausprivatisierung in *Fach- und Tagespresse* im Sinne von privaten Krankenhausbetreibern, Unternehmensberatungs-Gesellschaften und Banken dominiert werden. Die öffentliche Diskussion ist damit offenbar für die Zwecke von Banken, Unternehmensberatern und privaten Krankenhausbetreibern instrumentalisiert worden. Die Rolle von Banken und Unternehmensberatern bedarf einer kritischen Überprüfung; hier wäre Selbstkontrolle gefragt.

Banken und Unternehmensberater sollten aufgrund ihrer eigentlich unabhängigen Funktion gut abwägen, inwieweit sie in *Fach- und Tagespresse* Partei für eine Art der Marktteilnehmer ergreifen.

## 6.8 Rolle der Krankenhäuser in der Zukunft

Im empirischen Material wird darauf hingewiesen, dass die Art des Krankenhausträgers in Zukunft keine große Rolle mehr spielen würde – alle Krankenhausträger hätten inzwischen Managementstrukturen in ihren Unternehmen entwickelt. Die Rolle des Krankenhauses in der Zukunft sollte in einer öffentlichen ethischen Diskussion unter Einbeziehung der relevanten beteiligten Gruppen neu definiert werden. Ein interdisziplinärer Austausch zum Thema kann für die zukünftige Diskussion in *Fach- und Tagespresse* hilfreich sein. Eine Diskussion zu Krankenhausprivatisierungen muss auf Makro-, Meso- und Mikroebene des Gesundheitswesens geführt werden, um eine Verlagerung der Diskussion von einer Ebene zur anderen ohne greifbare Ergebnisse zu vermeiden.

Erforderlich wäre ein öffentlicher Diskurs des Selbstverständnisses von Krankenhäusern, die a) von solidarfinanzierten Mitteln oder b) von privat finanzierten Mitteln leben. Hier treffen zwei Vorstellungen von Krankenhaus aufeinander: Die 'alte Vorstellung' von Krankenhaus als Ort der Caritas, Nächstenliebe und Wohlfahrtspflege vs. der 'neuen Vorstel-

lung' des Krankenhauses als Wirtschaftsunternehmen, das Profite abwirft und Motor eines neuen Wirtschaftszyklus ist. Offen bleibt die Frage, wie beide Vorstellungen in ein neues Verständnis von Unternehmen oder Institution Krankenhaus integriert werden können. Festzustellen ist zunächst, dass hier zwei Kulturen aufeinander treffen: Traditionell, moralisch geprägte Vorstellungen über ein Recht der Nutzer auf Krankenbehandlung und eine zunehmend betriebswirtschaftliche Sicht des Krankenhauses, verbunden mit der Notwendigkeit die vorhandenen Ressourcen sparsam einzusetzen. Es wäre nach Auffassung der Autorin wünschenswert, die beide Vorstellungen von Krankenhaus so zu integrieren, dass die 'alte Vorstellung' erhalten bleibt und um die guten Aspekte der 'neuen Vorstellung' erweitert wird – Wirtschaftlichkeit hat in diesem Zusammenhang gute Seiten. Wichtig wäre ein Diskurs aller betroffenen Gruppen: Bürger, Patienten, Krankenversicherer, Krankenhausträger, Mitarbeiter des Krankenhauses, Politik. Es sollte eine konstruktive Diskussion angestrebt werden, bei der die vorhandenen Kontroversen um Krankenhausprivatisierung zum Nutzen der Beteiligten zu allgemein akzeptierten Lösungen beitragen können.

Wird die Rolle der Krankenhäuser in der Zukunft diskutiert, müssen ebenfalls die mit lokalen Anbieterdominanz verbundenen Machtstrukturen thematisiert werden. Entscheidungen über lokale Machtdominanz sollten nicht allein einer marktlichen Betrachtung und Regulierungen durch das Bundeskartellamt unterliegen, sondern müssten in der Kommune unter Beteiligung der betroffenen Bürger ausgehandelt werden. Eine Beteiligung der *Fach- und Tagespresse* an dieser Diskussion wäre hilfreich, um öffentliche Aufmerksamkeit für diese Themen zu erzeugen.

Die zukünftige Rolle der Krankenhäuser in der Gesellschaft und Kommune sollte in Zukunft kontinuierlich diskutiert werden, da Privatisierungen von Krankenhäusern sensible Bereiche des menschlichen Lebens im Krankheitsfall betreffen. Lokale Machtstrukturen von Krankenhaus-Anbietern sollten unter Beteiligung der betroffenen Bürger diskutiert werden.

## 6.9 Vertrauen – kein Thema?

Vertrauen wird im gesamten empirischen Material nur einmal eher nebenbei erwähnt: *"Da Gesundheit ein Vertrauensgut ist, kommt der subjektiven Patientenzufriedenheit und dem Image eines Krankenhauses eine wettbewerbsentscheidende Bedeutung zu."* (M132). Weiter wird das Thema Vertrauen nicht aufgegriffen. Wo Investitionsfähigkeit als 'harter Faktor' beschrieben wird, bedarf es auch Vertrauen um zu einem fairen Umgang im Markt

und mit Kunden und Mitarbeitern und letztlich auch um zu guten Beurteilungen für die Kreditfähigkeit von Krankenhäusern zu kommen. Damit sind nicht nur Unternehmenswerte verbunden, sondern auch die Zugewandtheit der Mitarbeiter und Kunden der Krankenhäuser. Im Krankenhaus werden Dienstleistungen zur Gesundung oder zum Umgang mit Krankheit erbracht. Basis dieser Dienstleistung ist Vertrauen des Kunden / Patienten in die Mitarbeiter, mit denen der Kunde zu tun hat; Vertrauen in das Krankenhaus als Institution oder Firma und Vertrauen in den Träger des Krankenhauses.

Vertrauen bildet für Kunden, die sich u. U. in einer Situation von Hilfebedürftigkeit oder Schwäche befinden, die Basis für das Gelingen einer Behandlung, weil sie i. d. R. bei der Erstellung der Dienstleistung aktiv oder passiv mitwirken müssen. Ein Krankenhauskunde hat nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten, die Qualität der Pflege und der medizinischen Dienstleistung festzustellen. Zuwendung, Fürsorglichkeit, respektvoller Umgang des Personals, Hotelleistungen und Vertrauen in die Fähigkeiten der 'Firma' oder 'Institution' Krankenhaus stellen für Kunden die zentralen Beurteilungskriterien für die Güte ihrer Krankenhausbehandlung und des damit verbundenen Aufenthaltes im Krankenhaus dar. Patientennahe Berufe wie Pflege und Medizin benötigen ebenfalls Vertrauen in das Krankenhaus als Basis ihrer Arbeit. Sie müssen ihre Berufe in einem geschützten, den Bedürfnissen der Kunden angemessenen Rahmen leisten können. Sie sollten sicher darauf vertrauen können, dass ökonomische Zielsetzungen ihres Arbeitgebers, traditionelle Werte des Krankenhauses und berufsethische Richtlinien gleichermaßen berücksichtigt werden. Vertrauen der Mitarbeiter in das Krankenhausunternehmen ist unbedingt erforderlich, um sie als Transporteure von Qualität und Werten des Unternehmens zu gewinnen und so den ökonomischen Erfolg zu unterstützen.

Vertrauen wird in *Fach- und Tagespresse* vor dem Hintergrund von Krankenhausprivatisierungen als Voraussetzung für funktionierende Krankenhäuser nicht thematisiert. Plausibel wäre, dass das Vertrauen in Krankenhäuser als Institution vor dem Hintergrund der Dominanz von ökonomischen Argumenten so leidet, dass Krankenhausträger insgesamt einen Vertrauensverlust ihrer Kundschaft und ihrer Mitarbeiter erleben. Das wäre unwirtschaftlich und könnte zu einem erheblichen Schaden am jeweiligen Unternehmensimage führen.

Bei beabsichtigten Börsengängen und der Einführung von Markenbehandlungen wäre eine weitere Missachtung von Vertrauen als Basis des Handelns im Krankenhaus – unabhängig von der Trägerschaft – u. U. schädlich für die Wertentwicklung des Unternehmens.

Vertrauen sollte ebenfalls als 'harter Faktor' beim Umgang mit dem Thema und dem gegenwärtigen Vorgang der Krankenhausprivatisierungen betrachtet werden. Vertrauen hat u.U. eine wettbewerbsentscheidende Funktion und ist wichtig für die Wertentwicklung von Krankenhausunternehmen – unabhängig von der Trägerschaft.

### **6.10 Fehlender ethischer Diskurs zur Privatisierung von Krankenhäusern**

Ansätze zu einer ethischen Argumentation in der *Fach- und Tagespresse* sind vorhanden. Eine ethische Diskussion kommt jedoch nur in einem von über 120 Artikeln vor (M120). Bereits bei der Materialrecherche zum Thema Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland wurde deutlich, dass sich im Bereich der Ethik hierzulande erschreckend wenig mit diesem Thema befasst wird. Mittlerweile warnen vereinzelte US-amerikanische Autoren, z. B. Warren T. Reich (vgl. (IX)) vor der ausschließlichen Kommerzialisierung der europäischen Gesundheitssysteme, besonders auch im Krankenhausbereich. Ein ethischer Diskurs über die derzeit stattfindenden Privatisierungen von Krankenhäusern sollte auch in *Fach- und Tagespresse* stattfinden. Mögliche ethische Themen um die Privatisierung von Krankenhäusern wurden in dieser Arbeit benannt und beschrieben.

Die Problematik der sich nicht entwickelnden Hierarchie- und Führungsstrukturen gehören als Thema in die *Fachpresse*. Emotionalisierungen und Polarisierungen der Diskussion um Privatisierungen von Krankenhäusern sollte in der *Fach- und Tagespresse*, angesprochen werden. Hilfreich wäre dabei, eine Verstärkung der Emotionalisierung der Diskussion und weitere polarisierte Zuschreibungen einzelner Interessengruppen zu vermeiden.

Eine ethische Diskussion könnte zur Klärung grundlegender Werte in Zusammenhang mit der Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland beitragen. Die emotionalisierte öffentliche Diskussion ist ein Ausdruck für den Bedarf, Werte und Moralvorstellungen zu ermitteln und in einem ethischen Diskurs zu klären.

Die Ethiker versäumen offensichtlich mit wenigen Ausnahmen, eine wichtige öffentliche Diskussion zu Krankenhausprivatisierungen zu begleiten. Im Sinne einer angewandten Ethik sollten sich europäische Ethiker der Diskussion annehmen und sie aktiv begleiten. Besonders sensible ethische Themen wie z. B. Rationierung sollten öffentlich besprochen werden.

## 6.11 Good ethical practise

'Good treatment practise'<sup>11</sup> wie aus dem empirischen Material als Vorschlag aus der Wirtschaft übernommen wird, kann mehr sein, als z. B. das Einhalten von Behandlungspfaden. Wenn 'good treatment practise' als Standard in die Krankenhausbehandlung eingeht, d. h. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung Bestandteile z. B. eines Zertifizierungsprogramms sind - sollte 'good ethical practise' ein weiterer, mit Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung kooperierender Bestandteil sein. Denkbar und sinnvoll wäre z. B. 'good ethical practise'. Sie könnte folgende Punkte beinhalten: Bed-side-ethics<sup>12</sup> mit ethischen Fallbesprechungen, Organisationsethik und Wirtschaftsethik. Die Durchführung von ethischen Salons, Ethikstammtischen, Ethik in Fort- und Weiterbildung als offenes Angebot für alle Berufsgruppen und Ethikcodes könnten als Qualitätsmerkmale eines Krankenhauses Beachtung finden und ein Standard der 'good ethical practise' sein. Ergänzend sollten Angebote zur Unternehmenskultur, Kommunikation und Konfliktbehandlung innerhalb des Krankenhauses enthalten sein.

Denkbar wären Ethik-Zertifizierungen als Grundlage für die Zulassung von Krankenhäusern, die Patienten aus solidarfinanzierten Mitteln behandeln dürfen. Die Chancen und Risiken solcher Zertifizierungen wären wissenschaftlich zu klären. Mögliche Zertifizierungen sollten international geltende Standards beachten, z. B. die Menschenrechte, Grundsätze der internationalen Ärzte- und Pflegeverbände und ethische Standards wie die Prinzipien der biomedizinischen Ethik oder berufsspezifische Ethikrichtlinien. Zertifizierungen sind u.U. ein schwieriges Instrument, um angewandte Ethik zu etablieren – zumindest wären sie ein Anstoß für Krankenhäusern sich mit ethischen Themen zu beschäftigen; (vgl. <sup>[32]</sup>).

Ethische Standards sollten in Zusammenhang mit Privatisierungen von Krankenhäusern, die solidarfinanzierte Mittel verwenden dürfen, in *Fach- und Tagespresse* thematisiert werden. Ein Fernziel wäre, 'good ethical practise' als Thema aufzugreifen.

<sup>11</sup> Ludwig Georg Braun (B. Braun Melsungen AG) verweist auf die GMP, 'good manufacturers practise' als 'gute Manieren beim Produzieren' und regt an, für den Krankenhausbereich eine 'good treatment practise' einzuführen (vgl. M111; vgl. 5.3.2).

<sup>12</sup> Angewandte Ethik direkt am Krankenbett.

## 6.12 Internationalisierung des Krankenhausmarktes

Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland sollte immer im europäischen und internationalen Zusammenhang betrachtet werden, weil Europäisierung und Globalisierung den deutschen Krankenhausmarkt genauso betreffen werden, wie andere Branchen, besonders wenn politisch immer mehr Marktwirtschaftlichkeit in diesem Bereich eingefordert wird.

Die Internationalisierung des Krankenhausmarktes sollte weiterhin aktiv in *Fach- und Tagespresse* verfolgt werden, um relevante Informationen zum Geschehen öffentlich zu machen.

Beabsichtigt das deutsche Krankenhauswesen in Zukunft, sich für internationale Patienten zu öffnen, ist die *Fachpresse* gefragt, transkulturelle Kompetenzen des Personals und Marketingfragen zu behandeln.

## 6.13 Widerstände gegen Krankenhausprivatisierungen und Partizipation

Privatisierung von Krankenhäusern ist ein Bereich, der den Bürgern bzw. Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung so wichtig ist, dass sie Widerstandsaktionen gegen Krankenhausprivatisierung initiieren.

Die Diskussion um Krankenhausprivatisierung sollte die moralischen und emotionalen Argumente der Bürger wahrnehmen und aufgreifen. Dabei sollte eine Polarisierung zwischen privaten Krankenhausanbietern mit positiven Zuschreibungen und der Verurteilung kommunaler, frei-gemeinnütziger Träger vermieden werden. Die Zuschreibungen führen nicht zu Lösungen, sondern behindern das Krankenhaus in seiner Funktion der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen.

Der halbierte Diskurs, bei dem neben ökonomischen Argumentationen kein Raum für andere wichtige Argumentationen aus anderen relevanten Wissenschaftsbereichen bleibt, führt nicht zu Lösungen. Die Diskussion sollte sachorientiert und wissenschaftlich fundiert sein um Lösungsvorschläge unterbreiten zu können.

Die Frage, warum Bürger, Versicherte und Patienten und die Berufsgruppe Pflege aus der öffentlichen Diskussion um Privatisierung von Krankenhäusern ausgeschlossen sind, bleibt unbeantwortet und sollte wissenschaftlich untersucht werden. Dabei ist zu bedenken, dass Bürger und Versicherte diejenigen sind, die den Krankenhausbereich in Deutschland als Versicherte oder Steuerzahler finanzieren.

Die Probleme, die im Krankenhaus als Veränderungswiderstände von Mitarbeitern gegen eine Krankenhausprivatisierung vorgetragen werden, spiegeln sich außerhalb des Krankenhauses bei der Gruppe der Krankenhausnutzer wider. In der Organisationsentwicklung sind Veränderungswiderstände ein bekanntes Phänomen, das auch im Krankenhaus auftritt. Außerhalb des Krankenhauses treten ebensolche Veränderungswiderstände gegen ein neues Verständnis des Krankenhauses auf, wie die öffentlichen Widerstände gegen Krankenhausprivatisierungen deutlich zeigen.

Vor dem Hintergrund der politischen Forderung nach mehr Eigenverantwortung für Bürger müssen diese im Sinne eines empowerment<sup>13</sup> <sup>[28]</sup> dazu befähigt sein, an aktuellen Entscheidungen im Gesundheitswesen teilzuhaben oder diese zumindest gleichberechtigt zu diskutieren. Das gilt besonders, wenn von Bürgern erwartet wird, sich wie Kunden zu verhalten und Steuerungsfunktionen zu übernehmen.

Wo Bürger direkt betroffen sind, z. B. durch die materielle Privatisierung des kommunalen Krankenhauses ihrer Stadt oder Kommune, müssen sie ein Mitspracherecht bekommen, weil ihre gesundheitliche Versorgung im Krankheitsfall davon abhängt.

Kommt es zu Widerstand gegen Privatisierungen von Krankenhäusern ist das nicht nur ein Kommunikationsfehler im Prozess der Krankenhausprivatisierung seitens der Träger, Eigentümer und Krankenhauskäufer. Widerstände gegen Krankenhausprivatisierung sind u. U. auch Ausdruck eines fehlenden ethischen Diskurses auf breiter gesellschaftlicher Basis.

Warum sollte aus Krankenhausprivatisierungen nicht auch ein gesellschaftlicher Veränderungswiderstand resultieren? Das gilt besonders, wenn gesellschaftlich akzeptierte Werte, wie z. B. solidarfinanzierte umfassende Krankenhausbehandlung, Humanität und Care betroffen sind. Bürger, Patienten und potenzielle Krankenhausnutzer haben keine Lobby,

<sup>13</sup> Empowerment bedeutet soviel wie Beteiligung und Befähigung zur Teilhabe, Machtumverteilung und Stärkung der Rechte von Bürgern, sich an Selbsthilfe und Partizipation aktiv beteiligen zu können, vgl. <sup>[28]</sup>

um sich an der Diskussion um Krankenhausprivatisierung zu beteiligen. Die derzeit einzige Möglichkeit dieser Gruppe, ihre Meinung zum Ausdruck zu bringen, ist Widerstand. Widerstände gegen Krankenhausprivatisierungen sollten weiterhin in *Fach- und Tagespresse* thematisiert werden. Dabei sollte eine sachliche und objektive Form einhalten werden, um zu Lösungen der den Widerständen zugrundeliegenden Konflikte, bzw. Emotionalisierungen und zur Vermittlung bei Wertefragen zu kommen.

#### **6.14 Kritische Abschlussbetrachtung der Arbeit**

Das Ziel der Arbeit, mit Methoden der qualitativen Sozialforschung Aussagen darüber machen zu können, wie die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland in der *Fach- und Tagespresse* thematisiert wird, wurde erreicht. Das verwendete empirische Material war für eine qualitative Untersuchung im Rahmen einer Diplomarbeit umfangreich, dennoch hätte eine kleinere Materialauswahl nicht zu allen generativen Fragen klare Ergebnisse liefern können. Zu der Frage, ob die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland ein Trend ist oder nicht, konnte kein Beleg gefunden werden. Aufgrund der angewendeten Methoden konnten über die Beschreibung der Inhalte der *Fach- und Tagespresse* hinaus weiterführende Erkenntnisse gewonnen und beschrieben werden. Aus der vorliegenden Arbeit ergeben sich für die betroffenen Gruppen u. U. verwertbare Hinweise bezüglich eines weiteren Umgangs mit dem Thema Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland - nicht nur in *Fach- und Tagespresse*. Es konnte deutlich aufgezeigt werden, wie die betroffenen Interessengruppen *Fach- und Tagespresse* zu Meinungsbildung und Marketingzwecken nutzen und die Inhalte dieser Medien beeinflussen. Zu den Auswirkungen der Privatisierungen von Krankenhäusern in Deutschland besteht Forschungsbedarf, um diesem gesellschaftlich relevanten Thema eine wissenschaftlich fundierte Diskussionsgrundlage liefern zu können. Dabei sollte insbesondere das Thema Vertrauen aufgegriffen werden.

Schwierig im Rahmen dieser Arbeit war es, aufgrund der Vielzahl der verwendeten Quellen eine angemessene Form der Zitation zu finden; (siehe dazu auch 2).

## Anmerkungen

(I) Die Finanzierung von Krankenhäusern wird in Deutschland im Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 geregelt. Es wird als öffentliche Aufgabe angesehen, Krankenhäuser vorzuhalten – daher ist eine *‘duale Krankenhausfinanzierung’* vorgesehen. Dabei werden die Investitionskosten von der öffentlichen Hand aus Steuermitteln getragen; die Betriebskosten aus den (laufenden) Einnahmen der Krankenhäuser. Seit 1972 wurden immer mehr große Instandhaltungsmaßnahmen nicht mehr von den Ländern getragen. Der Anteil der öffentlichen Fördermittel ist von 27% (1973) auf 7% (2002) zurückgegangen. Folge: Seit vielen Jahren sind zu geringe Investitionen geflossen, so dass von einem *‘Investitionsstau’* gesprochen wird. Im Jahre 2000 wurde versucht, eine *‘monistische Krankenhausfinanzierung’* einzuführen, bei der die Krankenhäuser sich selbst komplett aus Einnahmen finanzieren sollten. Der Vorschlag war politisch nicht durchsetzbar. Durch die angespannte Finanzsituation der Länder, der gesetzlichen Krankenversicherung und neuen ökonomischen Zwängen durch DRG wächst der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser. Es wird erwartet, dass die Krankenhäuser in Zukunft nicht mehr jahrelang auf die ihnen zustehenden Fördermittel warten können. Damit z. B. Rationalisierungsinvestitionen geleistet werden können wird damit gerechnet, dass Krankenhäuser versuchen werden, ihre Investitionen aus laufenden Einnahmen zu decken (*‘verdeckte monistische Krankenhausfinanzierung’*); (vgl. <sup>[31]</sup>).

(II) Gespräche wurden mit Bibliothekaren folgender Bibliotheken im Zeitraum September 2004 bis Februar 2005 geführt: Bibliothek des Ärztlichen Vereins Hamburg, Bibliotheken der HAW Hamburg, Staats- und Universitätsbibliothek, Bibliothek der Bundeswehr-Universität Hamburg, Bibliothek des Hamburger Weltwirtschaftsinstituts, Bibliothek der Medizinischen Fakultät Universität Hamburg. Ergänzend erfolgten in diesen Bibliotheken immer Recherchen in den jeweiligen Haus- und angeschlossenen Online-Katalogen. Ergänzende Online-Recherchen wurden durchgeführt in: Norddeutscher Katalog, Katalog der HAW Hamburg, Katalog der Niedersächsischen Staats- und Universitätsbibliothek, Kataloge der Medizinischen Hochschule Hannover, OPAC, online-contents. Abschließend erfolgte telefonische Kontaktaufnahme zur Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin um zu einer bibliothekarischen Abschätzung des Literaturangebotes zu gelangen. Nach Auskunft der für die Verschlagwortung des relevanten Materials zuständigen Bibliothekarin hat das Thema *‘Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland’* noch keinen ausreichenden Eingang in die Literatur in Buchform gefunden, Journalartikel liegen sehr wenig vor, z.T. fehlt die Verschlagwortung oder ist unzureichend oder unpräzise. Im Bereich der ethischen Literatur würde das Thema *‘Privatisierung von Krankenhäu-*

sern in Deutschland' i.S. von Konsequenzen der zunehmenden Privatisierung von Krankenhäusern noch nicht zusammenhängend diskutiert. Zur Zeit würden eher Allokationsfragen und beginnend Gerechtigkeitsfragen diskutiert. Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die aktuellen Ereignisse mit einer Verspätung von günstigstenfalls ein bis zwei Jahren Eingang in die Literatur – auch in Journals – finden. (Telefonische Auskunft von Frau Susanne Raphael, Bibliothekarin, Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin, Göttingen vom 17.02.2005)

(III) Weitere verwendete Suchstichwörter: 'Krankenhausprivatisierung', 'Privatisierung Krankenhaus', 'hospital privatisation', 'Klinik Privatisierung', 'Krankenhaus Wettbewerb', 'Kommunales Krankenhaus', 'Zusammenschluss? Krankenhaus?', 'Fusion? Krankenhaus?', 'Übernahme? Krankenhaus?', 'Internationalisierung? Krankenhaus?', 'Unternehmensverbindung? Krankenhaus?', 'Private Krankenhausträger / Krankenhausbetreiber', 'Veräußerung? Krankenhäuser?', 'Verdrängungswettbewerb? Klinik?', 'Krankenhaus? International? Vergleich?', 'Klinik? Privat?', 'Krankenhausversorgung? International?', 'Krankenhausmarkt', 'Privat? Klinik?', 'Krankenhausmarkt', 'Global / international Gesundheitsmarkt', 'Privatisierung? Ethik? Krankenhaus?')

(IV) Unter einer materiellen Privatisierung wird meistens der Verkauf an einen privaten Krankenhausträger verstanden – entweder gegen Geld, Ablösung von Verbindlichkeiten oder um den weiteren Betrieb des Krankenhauses nebst Investitionen weiterhin zu sichern. Offensichtlich ist diese Sicht bisher nicht immer der Fall gewesen, wie eine Arbeit von Peter A. Karl zeigt. Dort heißt es sinngemäß, dass unter einer materiellen Privatisierung verstanden wird, dass sich der Staat aus der Gesellschafterstellung des Krankenhauses zurückzieht. Die Stellung des Gesellschafters wird durch einen privaten Gesellschafter, z.B. eine juristische Person übernommen.

Der eigentliche Sinn einer materiellen Privatisierung bestünde darin, bestimmte Aufgaben in private Hand zu übergeben, nicht zusätzliches Kapital in Reichweite des Staates zu bringen; (vgl. <sup>[10]</sup>).

(V) Im Internet finden sich zahlreiche private und institutionell betriebene Internetseiten gegen die Privatisierung von Krankenhäusern, z.B. folgende:  
<http://www.ungesundleben.de/privatisierung/argumentefrdieprivatisierung.html>,  
<http://region-uckermark-barnim.dgb.de/article/articleview/3150/1/148/>,  
<http://www.labournet.de/branchen/dienstleistung/gw/privat.html>,  
<http://www.rettet-die-klinika.de/?id=Info.Allgemein>, alle 08.05.2005

(VI) Eine Studie des RWI Essen kommt bezüglich Basel II zu dem Ergebnis, dass die Chancen bei der Kreditvergabe mit der Bonitätsbeurteilung der Krankenhäuser zusammenhängen. Kreditzinsen für Krankenhäuser mit einer schlechten Risikoprognose sind höher als die Kreditzinsen für Krankenhäuser mit einer guten, d.h. geringen Risikoabschätzung. Öffentlich-rechtliche Krankenhäuser stellten in der Vergangenheit nach Erkenntnissen des RWI ein geringes Risiko dar, weil die öffentliche Hand - beispielsweise eine Kommune - eine Sicherheit geben konnte. Öffentlich-rechtliche Krankenhausbetreiber waren durch die Gewährträgerhaftung vor einem Insolvenzrisiko geschützt. Kommunen konnten so für ihr Krankenhaus bürgen. Das RWI kommt weiterhin zu dem Ergebnis, dass sich die öffentliche Hand aus den Bürgschaften und der Investitionsfinanzierung zurückziehen wird. Die Studie kommt daher zu dem Schluß, dass vor allem private Käufer kommunaler Krankenhäuser eine höhere Investitionstätigkeit entfalten werden, als andere Krankenhausträger. Laut RWI erhielten private Krankenhausträger in letzter Zeit nur Bonitätsbeurteilungen im mittleren bis unteren Bereich; es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass alle Krankenhäuser eine gute Kommunikation mit ihren Banken pflegen sollten. Insgesamt, so das Ergebnis der Studie, werden sich die Finanzierungskosten der Krankenhäuser für Kredite durch Basel II insgesamt erhöhen (Basel II-Effekt). Die Banken sollen sich laut RWI um eine faire Risikobeurteilung der Krankenhäuser bemühen; (vgl. <sup>[1]</sup>).

(VII) Diesen Eindruck bestätigt eine Meldung über eine Studie der Fachhochschule Münster von Prof. Dr. Roland Multhaup und Peer Cornelßen. Im Rahmen der Studie wurden die Verwaltungschefs von deutschen Krankenhäusern über ihre Marketingaktivitäten befragt. Den Ergebnissen der Studie nach haben nur 50 % der deutschen Krankenhäuser ein Marketingkonzept. Das betreffe vor allem grosse Krankenhäuser mit über 300 Betten. Das Marketingkonzept sollte sich nicht nur auf Patienten beziehen, sondern auch Mitarbeiter, Angehörige von Patienten und Verwaltungsmitarbeiter mit einbeziehen. Es herrscht lt. der Studie ein Nachholbedarf der Kliniken an Marketing; (vgl. <sup>[17]</sup>).

(VIII) Der Begriff 'halbierter Diskurs' wurde im Zusammenhang mit der Erfahrung mit einem Forschungs- und Entwicklungsprojekt im Krankenhausbereich zum Thema Ethik-Kommunikation-Kultur verwendet: *"Damit meinen wir, daß der Diskurs über die Themen der Unternehmensentwicklung derzeit von wirtschaftlichen Zielen dominiert ist, während Themen der Medizinentwicklung zu wenig repräsentiert sind. Damit finden sich große Teile der Mitarbeiterschaft in den Diskursen und Dokumenten ... kaum wieder. Deren Befürchtung, daß durch eine Privatisierung des Unternehmens die vorhandenen Probleme noch verschärft statt gelöst werden könnten und daß aus wirtschaftlichen Gründen wesentliche Aspekte guter Medizin- und Pflegequalität verloren gehen, sollte ernst genommen werden."*; (vgl. <sup>[33]</sup>).

(IX) Diskussionen um Reformen der Gesundheitssysteme sind nach Warren T. Reich nicht zuende gedacht, wenn sie nur Finanzierungs- und Wettbewerbsfragen ansprechen. Viel entscheidender ist, welche Werte die Gesundheitssysteme formen und bestimmen; diese Werte haben nach Reich langfristig die stärksten Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme. Grundlegendes Prinzip eines Gesundheitswesens muss nach Reich 'care' sein. Er vergleicht das wettbewerbsorientierte US-Gesundheitssystem mit dem allgemeinen sozialen Gesundheitssystem in Europa. Seine Schlussfolgerung: Nur ein allgemeines soziales Gesundheitssystem kann ein ethischer und ökonomischer Gewinn sein. Reich warnt davor, gewinnorientierte Gesundheitsversorgung auch in Europa einzuführen, weil es erniedrigend für die menschliche Würde sei, Fürsorgesysteme aufzubauen die a) auf der Macht kranker Konsumenten oder b) auf dem Beweis des Individuums beruhen, dass es Fürsorge (besser: care) verdient. Aus Gerechtigkeitsgründen plädiert Reich für eine 'öffentliche Achtsamkeit'. Sie soll sicherstellen, dass die Bedürfnisse vulnerabler Bevölkerungsteile im öffentlichen Gesundheitssystem sichergestellt und befriedigt werden. Die Leistungen aus diesem öffentlichen Gesundheitssystem sollen in einem öffentlichen Diskurs festgestellt werden. *"It would be a great mistake, as Reich states, if Europe hands over its health care systems to profit-seeking firms because this would cause a loss of care in health care."*; (vgl. <sup>[20]</sup>; zum Begriff 'care' vgl. <sup>[2]</sup>).

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Methodisches Vorgehen im Rahmen dieser Arbeit.....	15
Tabelle 2: Begriffe in der <i>Fachpresse</i> für "Privatisierung von Krankenhäusern".....	16
Tabelle 3: Begriffe in der <i>Tagespresse</i> für "Privatisierung von Krankenhäusern".....	17

## Literatur

- [1] Augurzky, Boris, et.al.: Das Krankenhaus, Basel II und der Investitionsstau, RWI Materialien Heft 13 (Hrsg.: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung) Essen, 2004, S. 9-34
- [2] Conradi, Elisabeth: Take Care: Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit, Frankfurt und New York (Campus Verlag), 2001, S.44-60
- [3] Deppe, Hans-Ulrich: Kommerzialisierung oder Solidarität? Zur grundlegenden Orientierung von Gesundheitspolitik, in: Solidarische Gesundheitspolitik (Hrsg.: Deppe, Hans-Ulrich; Burkhardt, Wolfram), Hamburg (VSA-Verlag), 2002, S. 10-23
- [4] Deppe, Hans-Ulrich: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems: Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, Frankfurt/Main (VAS Verlag), 2000, S. 96; S.216-254
- [5] Dick, Gislher; Bøggild, Nikolaj: Fallstudie: Privatisierung von Krankenhäusern, (Hrsg.: Gewerkschaft Verdi, PLS Rambøll Unternehmensberatung), 2004
- [6] Eiff, Wilfried, von: Krankenhaus-Management, in: Handbuch Gesundheitswissenschaft (Hrsg.: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich), Weinheim und München (Juventa Verlag), 3. Aufl. 2003, S. 799-821
- [7] Falck, Bettina, von: Privatisierung von Krankenhäusern. Eine Analyse für Begründungsstrategien für Zustimmung und Ablehnung, Master Thesis, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, 2004, S.8 und S. 33-34; S. 28

- [8] Gagzow, Wolfgang: Das Krankenhauswesen in Deutschland an der Schwelle zum 3. Jahrtausend, in: (Hrsg.: Heiß, Günter), Wie Krank ist unser Gesundheitswesen?: Das Gesundheitswesen in Deutschland und Europa an der Schwelle zum 21. Jahrhundert, Mainz (Merz), 2000, S.643-654
- [9] Herzlinger, Regina E.: Market-Driven Health Care, Cambridge (Perseus Books), 1997, p. ix
- [10] Karl, Peter A.: Varianten der Privatisierung kommunaler Allgemeinkrankenhäuser, Lohmar und Köln, (Eul-Verlag), 1999, S. 1-7; S.192-193
- [11] Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung, Weinheim (Beltz, Psychologische Verlags Union) Bd.1 Methodologie- 3., korrigierte Aufl. 1995, S. 93-129
- [12] Lay, Rupert: Die Macht der Moral: Unternehmenserfolg durch ethisches Management; Düsseldorf und Wien (ECON Taschenbuchverlag), 1993, S. 272-276
- [13] Lohmann, Heinz: Gesundheitsbranche im Umbruch – Spitzenmedizin für alle sichern, in: Gesundheit unternehmen: Das LBK Hamburg- Modell (Hrsg.: Lohmann, H.; Becker, K.; Seidel-Kwem, B., Dr.) Buchreihe: Vision Gesundheit, Band 1 (Hrsg.: Lohmann, Heinz; Wehkamp, Karl-Heinz), Wegscheid (Wikom Verlag), 2002, S. 13-16
- [14] Mayring, Phillip: Qualitative Inhaltsanalyse, Weinheim (Beltz, UTB) 8. Aufl. 2003, S. 46-76
- [15] Mohr, WK.; Mahon MM.: Dirty hands: the underside of marketplace health care, in: ANS. Advances in nursing science; Vol: 19 (1); (09/1996), p. 28-37
- [16] Mues, Ludger; Krämer, Markus, Dr.: Life Science: Healthy Profits (Hrsg. Oppenheim Research GmbH) Frankfurt, 2001
- [17] Multhaupt, Roland, Prof. Dr.; Cornelßen, Peer: Marketingaktivitäten deutscher Krankenhäuser, Studie des Fachbereichs Wirtschaft der Fachhochschule Münster, (Münster), 2004, auch: <http://www.medizin.de/gesundheit/deutsch/511.htm>, 07.05.2005  
Die Studie konnte nicht beschafft werden, da sie nur gegen einen Kaufpreis von 200 € bei den Autoren zu beziehen ist, vgl. <http://www.fh-muenster.de/fb9/person/multhaupt/verkaufsanschreiben2.shtm>, 07.05.2005

- [18] Nefiodow, Leo A.; im Interview von Bergmann, Jens: Heilsamer Boom, in: brand eins Wirtschaftsmagazin, 4. Jahrgang Heft 05 (2002), S. 62-66
- [19] Pföhler, Wolfgang: Krankenhäuser im Wettbewerb: Zur Fundierung strategischer Entscheidungen, in: Werteorientiertes Management in Gesundheitswesen, (Hrsg.: Eichhorn, Peter; Knoke, Martin) 1. Aufl. Baden-Baden, (Nomos-Verlagsgesellschaft), Beiheft 32, 2004, S. 32-43; Reihe Beiheft zu: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen: zugleich Organ der Gesellschaft für Öffentliche Wirtschaft = Journal for public and nonprofit services, (Hrsg.: Eichhorn, Peter; Püttner, Günter), Baden-Baden (Nomos-Verlagsgesellschaft), 2004
- [20] Reich, Warren, T.: Wer verdient Fürsorge?: Gesundheitsreform und die Werte, die unsere Gesundheitssysteme formen, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 50 (2004), S. 247-261
- [21] Schmacke, Norbert: Welche Bündnisse für Gesundheit haben Zukunft?, in: Solidarische Gesundheitspolitik (Hrsg.: Deppe, Hans-Ulrich; Burkhardt, Wolfram), Hamburg (VSA-Verlag), 2002, S. 75-86
- [22] Schölkopf, Martin; Stapf-Finé, Heinz: Die Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich, in: Journal of Public Health (2004) 12:185-198
- [23] Simon, Michael: Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen, in: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, (Hrsg.: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung), Berlin, 2001, S. 19-21; S. 79-86
- [24] Spemann, Thomas, F.; et.al.: Krankenhaus 2015, Wege aus dem Paragraphendschungel, Stuttgart und Eschborn: Arthur Andersen, 2000
- [25] Sprenger, Reinhard, K.: Vertrauen führt, Frankfurt / New York, (Campus Verlag), 2. Aufl. 2002, S. 7-18; S. 25-53
- [26] Staehle, Wolfgang H.: Management: eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive – 8. Aufl., München (Verlag Vahlen), 1999, S. 409-413; 977-982

- [27] Stapf-Finé, Heinz, Dr.: Arthur-Andersen-Studie: Mangelnde methodische Sorgfalt führt zu unrealistischen Ergebnissen, in: Das Krankenhaus (6/2000), S.492-493
- [28] Stark, Wolfgang: Empowerment; Partizipation /BürgerInnenbeteiligung, in: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, (Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), 2. Aufl., Schwabenheim an der Selz, (Verlag Peter Sabo), 1999, S. 17-18
- [29] Strauss, Anselm, L.: Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung, München (Fink), 2. Aufl. 1998, 25-71
- [30] Tuffs, Annette: Germany expects more hospital privatisation, in: British Medical Journal, Vol. 320 (April 2000), p.1030
- [31] Tuschen, Karl Heinz; Trefz, Ulrich: Krankenhausentgeltgesetz, Stuttgart, (Verlag W. Kohlhammer), 2004, S. 6-11
- [32] Wehkamp, Karl H.: Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie, in: Berliner Medizinethische Schriften (Hrsg. Körner, Uwe), Heft 49, (Humanitas Verlag), 2004, S. 4-30
- [33] Wehkamp, Karl; Keitel, Hilma in: Projektbericht und Empfehlungen Ethik-Kommunikation-Kultur am LBK Hamburg, Januar 2003, S. 17-18
- [34] Wiegmann, Daniela: Nur die Stärksten kommen durch, in: stern-online, (Erscheinungsdatum: 03.02.2005)  
<http://www.stern.de/wirtschaft/unternehmen/index.html?id=536099>, 15.02.2005

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 01. Juni 2005

---

Britta Lambers-Awizus

## **Anhang**

### **Inhalt:**

Anhang A) Fragenset – generative Fragen.....	A-2
Anhang B) Materialliste empirisches Material Tagespresse .....	A-4
Anhang C) Materialliste empirisches Material Fachpresse .....	A-6

## **Anhang A) Fragenset – generative Fragen**

### Teil 1) Begriffe / Einstellungen / Argumentationen / Begründungen zu Krankenhausprivatisierung:

1. Unter welchen anderen, sinngemäß gleichen Begriffen wird über Privatisierung von Krankenhäusern berichtet?
2. Wie ist die Einstellung zum Thema "Privatisierung von Krankenhäusern" in der Tagespresse / Fachpresse?
3. Wie sind die Argumentationen zum Thema Krankenhausprivatisierung? Zusatz: Findet eine Diskussion verschiedener Argumente betreffend Krankenhausprivatisierung innerhalb des Artikels statt ?
4. Werden Begründungen für Krankenhausprivatisierung gesucht / angegeben? Wenn ja, welche?
5. Wissenschaftliche Fundierung (Quellenangaben) der Artikel in der Fachpresse?
6. Fachliche Ausrichtung / Position des Autors im Zusammenhang mit eingenommenem Blickwinkel?

### Teil 2) Krankenhaus-Markt:

7. Berichtet der Artikel über das Thema "Krankenhausprivatisierung" aus ökonomischer Perspektive? Wenn ja, aus welcher Perspektive? Begründungen?
8. Aus welcher Sichtweise wird über das Thema "Krankenhausprivatisierung" berichtet?
9. Wird "Privatisierung von Krankenhäusern" in einem internationalen / europäischen Kontext erläutert? Begründungen?
10. Handelt es sich bei der Privatisierung von Krankenhäusern lt. Aussage im Artikel um einen Trend? Wenn ja, wie wird dieser Trend beschrieben / begründet?
11. Darstellung oder Nennung "erfolgreicher privater" Krankenhausbetreiber oder erfolgreicher öffentlicher, kommunaler oder frei-gemeinnütziger Krankenhausbetreiber im Artikel? Welche?

### Teil 3) Ethik / Moral:

12. Werden Werthaltungen zu "Privatisierung von Krankenhäusern" vermittelt? Wenn ja, welche?
13. Wird ein Wertewandel gefordert? Welcher?
14. Finden sich moralische / ethische Abwägungen (Aussagen/ Diskussion) im Artikel? Wenn ja, welche? Argumentationen?
15. Werden Widerstände gegen "Privatisierung von Krankenhäusern" beschrieben? Wenn ja: Wie werden die Widerstände beschrieben? Welche Widerstände werden beschrieben?

## Anhang B) Materialliste empirisches Material Tagespresse

Nr.	Erscheinungsdatum	Autor Titel Zeitung
M1	14.01.2000	Emmrich, Michael: Krankenhaus im Wettbewerb, in: Frankfurter Rundschau Nr. 11, vom 14.01.2000, Frankfurt, S. 3
M2	17.03.2000	Stürmlinger, Angelika: Hamburg: Das neue Krankenhaus. Wie die Stadt ihre Kliniken fit für den Wettbewerb macht, in: Hamburger Abendblatt Nr. 65 vom 17.03.2000, Hamburg, S.23
M3	07.06.2000	Hoch, Angelika: Nicht alles Geld, was glänzt, in: Süddeutsche Zeitung Nr. 130 vom 07.06.2000, München, S. V2/5
M4	07.06.2000	Kautz, Hanno: Wir managen wie Profis. Die Politiker arbeiten wie Amateure, in: Süddeutsche Zeitung Nr. 130 vom 07.06.2000, München S. V2/3
M5	07.06.2000	Mayring, Eva-Maria: Krankenhäuser im globalen Wettbewerb, in: Süddeutsche Zeitung Nr. 130 vom 07.0.2000, München, S. V2/6
M6	07.06.2000	Mayring, Eva-Maria; Der Patient als Kunde, in: Süddeutsche Zeitung Nr. 130 vom 07.0.2000, München, S. V2/7
M7	07.06.2000	Schultz, Ole: Ökonomie und Humanität im Kampf um den Kunden in: Süddeutsche Zeitung Nr. 130 vom 07.06.2000, München, S. V2/2- V2/2
M8	07.06.2000	Autor NN.: Wie Qualität und Kostenreduzierung zusammengehen, Interview in: Süddeutsche Zeitung Nr. 130 vom 07.06.2000, München, S. V2/4
M9	14.06.2000	Gerster, Florian: Zu viel unkontrollierte Wirtschaftskraft, in: Frankfurter Rundschau Nr. 136 vom 14.06.2000, Frankfurt, S. 8
M10	26.07.2000	Müller, Claus Peter: Wie Krankenhäuser gesund werden, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 171 vom 26.07.2000, Frankfurt, S. 13
M11	31.08.2000	Spiewak, Martin: OP ohne Betäubung, in: Die Zeit Nr. 36, vom 31.08.2000 vom 31.08.2000, Hamburg, S. 29
M12	04.09.2000	Autor: gdo, Helios kuriert marode Krankenhäuser, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 04.09.2000, Frankfurt, S. 25
M13	07.09.2000	Kirbach, Roland: Gesundheit vom Fließband, in: Die Zeit Nr. 37 vom 07.09.2000, Hamburg, S. 38
M14	12.09.2000	Autor: DW: Senatorin Schöttler setzt sich gegen Bezirke durch, in: <a href="http://www.welt.de/daten/2000/09/12/0912b01190483.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.welt.de/daten/2000/09/12/0912b01190483.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> 30.11.04
M15	31.10.2000	Schütte, Gisela: Wer schläft, verliert, in: <a href="http://www.welt.de/daten/2000/10/31/1031h1199643.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.welt.de/daten/2000/10/31/1031h1199643.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04
M16	01.11.2000	Tutt, Cordula: Kliniken stehen vor Privatisierung oder Schiebung, in: Financial Times Deutschland vom 01.11.2000, Hamburg, S. 14
M17	17.11.2000	Holl, Thomas: Deutschlands größter Klinikkonzern startet, in: <a href="http://www.welt.de/daten/2000/11/17/1117b01203155.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=130">http://www.welt.de/daten/2000/11/17/1117b01203155.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=130</a> , 30.11.04
M18	18.11.2000	Fröhlich, Edmund: Private gefragt, in: Frankfurter allgemeine Zeitung Nr. 269 vom 18.11.2000, Frankfurt, S. B6
M19	22.11.2000	Müller, Claus Peter: Die Zeit für die kommunalen Krankenhäuser läuft ab, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 272 vom 22.11.2000, Frankfurt, S. 32
M20	10.12.2000	Autor: pet: Rhön-Kliniken mit Pioniervorteil, in: Der Tagesspiegel Nr. 17 258 vom 10.12.2000, Berlin, S. 24 Beilage
M21	10.12.2000	Brönstrup, Carsten: Notfall Krankenhaus, in: Der Tagesspiegel Nr. 17 258 vom 10.12.2000, Berlin, S. 24 Beil.
M22	21.01.2001	Seidler, Anett: CDU und Grüne nehmen Sozialsenatorin ins Visier, in: <a href="http://www.welt.de/daten/2001/01/21/0121b01216942.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.welt.de/daten/2001/01/21/0121b01216942.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04
M23		ausgeschlossen
M24	24.09.2001	Autor: ami: Studie: Immer mehr Kliniken werden privatisiert, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 222 vom 24.09.2001, Frankfurt, S. 16
M25	15.10.2001	Sewig, Claudia: Private wollen Kliniken kaufen, in: Hamburger Abendblatt Nr. 240 vom 15.10.2001, Hamburg, S. 12
M26	21.11.2001	Frenkel, Rainer: Da schlägt das Industrielle in uns durch, in: Die Zeit 47/2001 vom 21.11.2001, S. 34 <a href="http://www.zeit.de/archiv/2001/47/200147_gesundheit_repor.xml">http://www.zeit.de/archiv/2001/47/200147_gesundheit_repor.xml</a> ;17.01.05
M27	13.11.2001	Gall, Insa: Private Firma soll Rissener Klinik retten, in: <a href="http://www.welt.de/daten/2001/11/13/1113h1295449.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.welt.de/daten/2001/11/13/1113h1295449.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04

Nr.	Erscheinungsdatum	Autor Titel Zeitung
M28	30.11.2001	Kotlorz, Tanja: Klinikkonzern Vivantes hat 400 Millionen Mark Schulden, in: <a href="http://www.welt.de/daten/2001/11/30/1130b01299117.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.welt.de/daten/2001/11/30/1130b01299117.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04
M29	18.12.2001	Autor: lid: Immer mehr Krankenhäuser werden privatisiert, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 294 vom 18.12.2001, Frankfurt, S. 16
M30	10.01.2002	Kotlorz, Tanja: Drei private Klinikbetreiber wollen Steglitz übernehmen, in: <a href="http://www.welt.de/daten/2002/01/10/0110b02307029.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.welt.de/daten/2002/01/10/0110b02307029.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04
M31	27.03.2002	Autor: bog: Privatisierung ist das Ziel, in: Kieler Nachrichten Nr. 73 vom 27.03.2002, Kiel, S. 20
M32	21.04.2002	Autor: ohe: Helios will Berlins Kliniken sanieren, in: <a href="http://www.welt.de/daten/2002/04/21/0421b02327567.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.welt.de/daten/2002/04/21/0421b02327567.htx?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04
M33	09.09.2002	Trömmel, Anna: Klinik- und Lehrbetrieb müssen getrennt sein, Interview in: Handelsblatt Nr. 173 vom 09.09.2002, Hamburg, S. 18
M34	09.09.2002	Trömmel, Anna: Private Betreiber umgarnen die Uni-Kliniken, in: Handelsblatt Nr. 173 vom 09.09.2002, Hamburg, S. 18
M35	12.09.2002	Autor: os: Peiner stellt Modell zur LBK-Privatisierung vor, in: Die Welt Nr. 213 vom 12.09.2002, S. 33
M36	16.11.2002	Bracklo, Marcus: Kapital und Kliniken, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 267 vom 16.11.2002, S. B4
M37	20.11.2002	Röbke, Thomas: Ein Beruf – drei Welten, Interviews in: Die Zeit 47/2002 vom 20.11.2002: <a href="http://zeus.zeit.de/text/archiv/2002/47/C-Med-3rzte">http://zeus.zeit.de/text/archiv/2002/47/C-Med-3rzte</a> , 17.01.05
M38	06.12.2002	Trömel, Anna: Klinikketten schielen über die Ländergrenzen, in: Handelsblatt Nr. 236 vom 06.12.2002, Hamburg, S. 18
M39	31.01.2003	Autor: gs: Hamburg auf dem Weg zum europäischen Gesundheitszentrum, in: Die Welt <a href="http://www.welt.de/data/2003/01/31/37756.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.welt.de/data/2003/01/31/37756.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04
M40	16.02.2003	Kotlorz, Tanja: Not-OP für Berlins Uni-Medizin, in: <a href="http://www.wams.de/data/2003/02/16/42417.html?s=1">http://www.wams.de/data/2003/02/16/42417.html?s=1</a> , 30.11.04 Kotlorz, Tanja: Not-OP für Berlins Uni-Medizin (2), in: <a href="http://www.wams.de/data/2003/02/16/42417.html?s=2">http://www.wams.de/data/2003/02/16/42417.html?s=2</a> , 30.11.04
M41	26.03.2003	Engeler, Frank; Gabbert, Thomas: Krankenhauslandschaft in Deutschland – ein Markt im Umbruch, in; Börsen-Zeitung Nr. 59 vom 26.03.2003, Frankfurt/M., S.B6
M42	28.08.2003	Metschies, Ulrich: Damp-Kliniken interessiert am Städtischen, in: Kieler Nachrichten Nr. 200 vom 28.08.2003, Kiel, S. 1
M43	28.10.2003	Schirg, Oliver: FDP gibt Widerstand gegen Klinikverkauf auf, in: <a href="http://www.welt.de/data/2003/10/28/188876.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.welt.de/data/2003/10/28/188876.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04
M44	13.11.2003	Mellenthin, von, Ira: Asklepios Kliniken wollen LBK übernehmen, in: <a href="http://www.welt.de/data/2003/11/14/196949.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.welt.de/data/2003/11/14/196949.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04
M45	19.11.2003	Mellenthin, von, Ira; Größter Hamburger Arbeitgeber privatisiert, in: <a href="http://www.welt.de/data/2003/11/19/199282.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.welt.de/data/2003/11/19/199282.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04
M46	03.12.2003	Wiegand, Ralf: Schnell und schmutzig, in: Süddeutsche Zeitung Nr. 278 vom 03.12.2003, München, S. 9
M47	15.02.2004	Issig, Peter: Wer muss was können?, in: <a href="http://www.wams.de/data/2004/02/15/237490.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.wams.de/data/2004/02/15/237490.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , <a href="http://www.wams.de/data/2004/02/15/237490.html?s=2">http://www.wams.de/data/2004/02/15/237490.html?s=2</a> , 30.11.04
M48	22.02.2004	Mellenthin, von, Ira: Erhoffter Selbstgänger wird zum Gegenwind, in: <a href="http://www.wams.de/data/2004/02/22/241407.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.wams.de/data/2004/02/22/241407.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04
M49	28.02.2004	Winkelmann, Ulrike: Kränkung und Hoffnung, in: Die Tageszeitung / TAZ-Hamburg Nr. 7296, vom 28.02.2004, Seite V
M50	21.03.2004	Kotlorz, Tanja: Ein Lehrstück aus Mecklenburg, in: <a href="http://www.wams.de/data/2004/03/21/253887.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.wams.de/data/2004/03/21/253887.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04
M51	17.04.2004	Autor: jar: Gewerkschaft Verdi befürchtet eine Privatisierung der Charité-Kliniken, in: <a href="http://www.welt.de/data/2004/04/17/265976.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1">http://www.welt.de/data/2004/04/17/265976.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILL=1</a> , 30.11.04

Nr.	Erscheinungsdatum	Autor Titel Zeitung
M52	07.04.2004	Kreutz-Arnold, Heike: Operation Betriebswirtschaft* in: Die Zeit Nr.16 vom 07.04.2004, Hamburg, S. 25
M53	09.04.2004	Wadewitz, Sabine: Im Krankenhausmarkt wächst der Privatisierungsdruck, in: Börsen-Zeitung Nr.70 vom 09.04.2004, Frankfurt/M., S. 10
M54	03.05.2004	Trömel, Anna: Klinikbetreiber investieren im Osten, in: Handelsblatt Nr. 85/19 vom 03.05.2004, Düsseldorf, S. 16
M55	14.06.2004	Schütte, Gisela: Entscheidung über Zukunft des LBK fällt, in: <a href="http://www.welt.de/data/2004/06/14/291255.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILI=1">http://www.welt.de/data/2004/06/14/291255.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILI=1</a> , 30.11.04
M56	21.06.2004	Autor: gs: Immer mehr Konkurrenten für Asklepios, in: <a href="http://www.welt.de/data/2004/06/21/294536.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILI=1">http://www.welt.de/data/2004/06/21/294536.html?search=Krankenhaus+Privatisierung&amp;searchHILI=1</a> , 30.11.04
M57	14.07.2004	Autor: od: Kampf ums Krankenhaus, in: Altonaer Wochenblatt Nr. 29 vom 14.07.2004, Hamburg, S. 1
M58	25.09.2004	Grünwald, Andreas: Schaumgebremster Protest in: junge Welt: <a href="http://www.jungewelt.de/2004/09-25/016.php">http://www.jungewelt.de/2004/09-25/016.php</a> ; 30.01.2005
M59	07.10.2004	Förster, Nikolaus: Operatives Geschäft, in: Financial Times Deutschland Nr. 196/41 vom 07.10.2004, Hamburg, S. 29
M60	08.10.2004	Hummel, Thomas: Wie man mit Krankenhäusern Geld verdienen kann, in: Süddeutsche Zeitung Nr. 234 vom 08.10.2004, München, S. 24
M61	12.10.2004	Behruzi, Daniel: Die Bevölkerung verliert jede Einflussmöglichkeit, Interview in: junge Welt: <a href="http://www.jungewelt.de/2004/10-12/022.php">http://www.jungewelt.de/2004/10-12/022.php</a> ; 30.01.2005
M62	12.11.2004	Autor: jfr: Jährlich werden in Deutschland bis zu dreißig Kliniken privatisiert, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 265 vom 12.11.2004, Frankfurt, S. 43
M63	19.11.2004	Autor: std: Land verkauft Kliniken, Kieler Nachrichten Nr. 272 vom 19.11.2004, Kiel, S. 5
M64	23.11.2004	Rössing, Sabine: Deutsche Krankenhäuser stehen vor einer Fusionswelle, in: Financial Times Deutschland Nr. 229/48 vom 23.11.2004, Hamburg, S.B1
M65	25.11.2004	Rössing, Sabine: Private Klinikkonzerne fürchten um Geschäftsmodell, in: Financial Times Deutschland Nr. 231/48 vom 25.11.2004, Hamburg, S. 33
M66	08.12.2004	Müller, Cornelia: Großklinik für Schleswig, in: Kieler Nachrichten Nr. 288 vom 08.12.2004, Kiel, S.6
M67	16.12.2004	Schirg, Oliver: Richter geben grünes Licht für LBK-Verkauf, in: Die Welt vom 16.12.2004, Hamburg, S.33

## Anhang C) Materialliste empirisches Material Fachpresse

Nr.	Erscheinungsmonat / -jahr	Autor Titel Zeitung
M100	4/2000	Rittberg, F.-W.; Graf von, Dr. : Verfahrensfragen bei der Privatisierung von Krankenhäusern, in: f&w, Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 4/2000 (2000), S. 409-412
M101	4/2000	Eberle, Sibylle, Dr.: Steter Tropfen höhlt den Stein, in: Ärztliche Nachrichten 05/2000, 07.04.2000 (2000), in: <a href="http://marburgerbund.de/bundesverband/aerztlichenachrichten/ausgaben/0005/03_zursache/ausgabe1.html">http://marburgerbund.de/bundesverband/aerztlichenachrichten/ausgaben/0005/03_zursache/ausgabe1.html</a> , 30.01.2005
M102	5/2000	Müller von der Grün, Claus Peter: Die Geschichte des Krankenhauses, in: f&w, Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 5/2000, (2000) S. 481-484
M103		ausgeschlossen
M104	7/2000	Bracklo, Marcus: Krankenhäuser im Visier der M&A-Spezialisten, in: Finance Juli 2000, (2000) S. 58-59
M105	7/2000	Schrappner, Dietrich, Dr. : Neues Geschäft Krankenhaus in: Finance 7/2000, (2000) S. 60-61
M106	7/2000	Schmidt, Hartmut: Gesundheit an die Börse, in: Finance Juli 2000, (2000) S.64
M107	11/2000	Steimer Schmid, Angelika: Offensiv in die Zukunft. Wie überleben die Krankenhäuser, in: Ärztliche Nachrichten 16/2000, (2000)10.11.2000; <a href="http://marburgerbund.de/bundesverband/aerztlichenachrichten/ausgaben/0016/02_kommentar/ausgabe1.html">http://marburgerbund.de/bundesverband/aerztlichenachrichten/ausgaben/0016/02_kommentar/ausgabe1.html</a> , 30.01.2005
M108	11/2000	Schölkopf, Martin, Dr.; Stapf-Finé, Heinz, Dr.: Stationäre Versorgung im europäischen Vergleich, in: Das Krankenhaus 11/2000, (2000) S. 870-874
M109	12/2000	Eberle, Sibylle, Dr.: Krankenhaus im Verbund, in: Ärztliche Nachrichten 17/2000; 01.12.2000 2000, in: <a href="http://marburgerbund.de/bundesverband/aerztlichenachrichten/ausgaben/0017/11/ausgabe1.html">http://marburgerbund.de/bundesverband/aerztlichenachrichten/ausgaben/0017/11/ausgabe1.html</a> , 30.01.2005
M110	1/2001	Quaas, Michael, Dr., M.C.L.: Zur Zukunft kommunaler Krankenhäuser, in: Das Krankenhaus 1/2001, (2001), S. 40-45
M111	2/2001	"Freiheit und Verantwortung Markt und 'Good Treatment Practise' ", Interview, in: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2/2001, (2001), S. 148-150
M112	3/2000	Retzlaff, Lutz, Dr.: Privatisierung von Krankenhäusern, in: Ärztliche Nachrichten 03/2001; 09.03.2001, in: <a href="http://marburgerbund.de/bundesverband/aerztlichenachrichten/ausgaben/0103/09/ausgabe1.html">http://marburgerbund.de/bundesverband/aerztlichenachrichten/ausgaben/0103/09/ausgabe1.html</a> , 30.01.2005
M113	5/2001	Weismann, Thomas; Friesen, Alexander von: Der Markt für Krankenhausversorgung wird international, in: f&w, Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 5/2001, (2001), S. 468-470
M114		ausgeschlossen
M115	6/2001	Schmidt, H.: Die Krankenhäuser brauchen privates Kapital, in: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 6/2001, (2001), S. 616-621
M116	6/2001	Zuck, Rüdiger, Prof. Dr.: Die Wahrung des Besitzstandes gleicht dem Warten auf den sicheren Tod, in: f&w, Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 6/2001, (2001), S. 637-640
M117	10/2001	Thier, Uwe, Dr.: Privatisierung – kommt nach der Krankenhaus-GmbH die Krankenhaus-AG und dann der Gang an die Börse?, in: Das Krankenhaus 10/2001, (2001), S. 875-886
M118	11/2001	Clade, Harald, Dr.: Kaum brauchbar für die Praxis in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 45, vom 09.11.2001, (2001), S. A2918-A2919
M119	12/2001	Kühnle, Silke, Dr.: Strategischer Handlungsbedarf für kommunale Träger im Gesundheitswesen, in: Sparkasse 12/2001, (2001), S. 567-569
M120	2/2002	Bruckenberg, Ernst, Dr.: Die neue Dimension der Marktwirtschaft, in: Deutsches Ärzteblatt 2002 vom 01.02.2002, (2002), 99: A261-264,
M121	2/2002	Clade, Harald, Dr.: Privatisierungswelle prognostiziert, in: Deutsches Ärzteblatt 99, 15.02.2002, (2002), S. A400-401
M122	2/2002	Reif, Martina: Auslaufmodell Krankenhaus?, in: Krankenhaus Umschau 2/2002, (2002), S. 123-124
M123	2/2002	Oberender, Peter, Prof.Dr.; Hacker, Jan; Schommer, Rainer: Krankenhäuser und Kapitalmarkt in: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2/2002, (2002), S. 130-132

Nr.	Erscheinungsmonat / -jahr	Autor Titel Zeitung
M124	4/2002	Müller, Lutz; Buchholz, Wolfgang: Die formale Privatisierung kommunaler Krankenhäuser allein... , in: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 4/2002, (2002), S. 344-347
M125	5/2002	Eiff, von, Wilfried: Von der Konkurrenz zur 'Coopetition' , in: Klinik-Markt Mai 2002, (2002),S. 44-49
M126	7/2002	Eiff, von, Wilfried: Der Erfolg von Unternehmensverbindungen: Den M+A-Prozess zielführend managen, in: Klinik-Markt Juli 2002, (2002), S. 38-42
M127	7/2002	Hosemann, Manfred: Buy-and Build-Strategien für das Gesundheitswesen: Alter Wein in neuen Schläuchen oder ein 'Königsweg' zum Überleben am Gesundheitsmarkt?, in: Das Krankenhaus 7/2002, (2002), S. 532
M128	7/2002	Rocke, Burghard, Dr.: Zur Theorie und Praxis der Kooperationen und Fusionen im Krankenhausbereich, in: Das Krankenhaus 7/2002, (2002), S. 531und 533-535
M129	10/2002	Ossen, Peter: Privatisierung auf dem Klinikmarkt, Interview, in: Das Krankenhaus 10/2002, (2002), S. 784-786
M130	1/2003	Die Zukunft der Kliniken, Interview, in: mit: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 1/2003, (2003), S.5-9
M131	1/2003	Wambach, Klaus: Neue Wege auf dem Krankenhausmarkt, in: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 1/2003, (2003), S. 10-14
M132	1/2003	Schlüchtermann, J., Prof. Dr.: Erfolgsfaktoren der privaten Klinikketten, in: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2/2003, (2003), S. 120-127
M133	2/2003	Weyand, Christian; Hildebrandt, Helmut: Klinikverkauf ist ein Thema, das emotionalisiert, in: f&w, Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2/2003; (2003), S. 132-134
M134	4/2003	Meurer, Uta: Kooperation, Integration, Fusion – Alternativen zur Privatisierung, in: f&w, Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 4/2003, (2003), S. 389-390
M135	4/2003	Hildebrandt, Helmut: Fiebrig, in: Finance, April 2003, (2003), S. 24-26
M136	4/2003	Busmann, Michael; Maerz, Philipp M.: Unternehmenszusammenschlüsse deutscher Krankenhäuser, in: M&A 4/2003, (2003), S. 156-160
M137	4/2003	Schmidt, Christan, Dr. MPH, et.al.: Investoren im Gesundheitsmarkt, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2003, (2003),128: S.1551-1556
M138	5/2003	Quaas, Michael, Prof.Dr.: Privatisierung von Krankenhausleistungen durch Plankrankenhäuser, in: f&w, Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 5/2003, (2003), S. 500-506
M139	5/2003	Ahsen, von, Helge Bernd, Dr.; Grasshoff, Dietrich, Dr.: Der Zusammenschluss kommunaler Krankenhäuser in einer gemeinnützigen GmbH in: Das Krankenhaus 5/2003, (2003), S. 369-377
M140	5/2003	Raupach, Gerrit; Rieger, Thomas: Beamtenstube ade in: Finance-Sonderbeilage 5/2003, (2003), S. 24
M141	6/2003	Clade, Harald, Dr.: Gute Umsatzerwartungen, rasche Marktanpassungen, in: Deutsche Ärzteblatt, Jg.100, Heft 26, 27.06.2003, (2003), S. A1794-A1798
M142	6/2003	Oberender, Peter, Univ.-Prof. Dr.Dr.h.c. :Privates Kapital ist für öffentliche Kliniken eine ökonomische Notwendigkeit, in: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 6/2003, (2003), S. 582-584
M143		ausgeschlossen
M144	9/2003	Bohle, Thomas, Dr.; Grau, Ulrich, Dr.: Verschmelzung oder Veräußerung öffentlicher Krankenhäuser?, in: Das Krankenhaus 9/2003, (2003), S. 698-706
M145	11/2003	Strohe, Claudia; Meyer-Wyk, Claus Ludwig; Köhler, Thomas: Chancen und Risiken der Privatisierung öffentlicher Krankhäuser I, in: Das Krankenhaus 11/2003; (2003), S. 882-888
M146	12/2003	Strohe, Claudia; Meyer-Wyk, Claus Ludwig; Köhler, Thomas: Chancen und Risiken der Privatisierung öffentlicher Krankhäuser II, in: Das Krankenhaus 12/2003; (2003), S. 991-998
M147	12/2003	Knorr, Gerhard, Dr.: Kommunale Krankenhäuser – mit oder ohne Zukunft?, in: Das Krankenhaus 12/2003, (2003), S. 986-990
M148	2003	Scriba, Peter, C., Prof.Dr.: Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2003, (2003), 128: S. 1181-1182
M149	2003	Schmidt, Christan, Dr. MPH, et.al.: Krankenhausmarkt im Umbruch – Welche Kliniken profitieren von der aktuellen Situation?, in: Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement 2003, (2003), 8: S. 294-299
M150	1/2004	Petereit, Axel; Boehmer, von, Thilo: Gleich und Gleich gesellt sich gern, in: Krankenhaus-Umschau, 1/2004, (2004), S. 18-21

Nr.	Erscheinungsmonat / -jahr	Autor Titel Zeitung
M151	1/2004	Strohe, Claudia; Meyer-Wyk, Claus Ludwig; Köhler, Thomas: Chancen und Risiken der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser III, in: Das Krankenhaus 1/2004, (2004), S. 19-23
M152	2/2004	Raupach, Gerrit; Rieger, Thomas: Patient Krankenhaus, in: Zeitschrift Finance, Februar 2004, (2004), S. 34-35
M153	4/2004	Autor NN.:Die Privaten machen Boden gut, in: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 4/2004, (2004), S. 334 - 335
M154	4/2004	Meurer, U.: Europas Krankenhausmarkt, in: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 4/2004, (2004), S. 386-387
M155	?2004	Schmidt, Christan, Dr. MPH, et.al.: Krankenhauslandschaft in Deutschland – Ein Markt im Umbruch, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004, (2004), 129: S. 1209-1214
M156	5/2004	Autor: NN.: Größte Herausforderung am europäischen Krankenhausmarkt, Interview, in: f&w – Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 5/2004, (2004), S. 448-450
M157	7/2004	Finanzschwäche der Kommunen bleibt Hauptursache der Privatisierungswelle, Interview in: Das Krankenhaus 7/2004, (2004), S. 523-524
M158	9/2004	Reif, Martina: Die Privaten kochen auch nur mit Wasser, Interview in: Krankenhaus Umschau 9/2004, (2004), S. 738-740
M159	11-12/2004	Winkelmann, Ulrike: Krankenhäuser im Veränderungsstress, in: Dr. Med. Mabuse 11/12-2004, (2004), S. 21-24