

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Fachbereich Ökotrophologie

Master of Public Health

Privatisierung von Krankenhäusern

Eine Analyse von Begründungsstrategien
für Zustimmung und Ablehnung

Master Thesis

Bettina von Falck
Maria-Louisen-Stieg 3
22299 Hamburg

Matrikelnr. 1440685

August 2004

Ref.
Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp
HAW Hamburg

Prof. Heinz Lohmann
LBK Hamburg

Privatisierung von Krankenhäusern

Eine Analyse von Begründungsstrategien für Zustimmung und Ablehnung

Zusammenfassung

Die derzeitige Entwicklung im Gesundheitswesen ist von tiefgreifenden Veränderungen geprägt. Verkauf und Privatisierung von öffentlich getragenen Krankenhäusern nehmen zu.

Die vorliegende Arbeit erhebt, analysiert und diskutiert Argumente für Zustimmung und Ablehnung dieser Entwicklung. Es wurden Experteninterviews mit Meinungsbildnern des Gesundheitsmarktes geführt, deren Standpunkte aufgezeigt und auf Plausibilität geprüft. Zusätzlich wurde eine Literaturlauswertung durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass im Krankenhausbereich zum Teil ineffiziente strukturelle Organisationsformen existieren, die ein professionelles Management hemmen und ein Handeln nach erwerbswirtschaftlichen Regeln erschweren. Diese organisationsstrukturellen Probleme treten sowohl bei Unternehmen öffentlicher wie auch privater Trägerschaft auf.

Die abnehmende Finanzkraft der staatlichen Sozialsysteme hat innerhalb der letzten Jahre zu einem erheblichen Rückgang der staatlichen Investitionstätigkeit im Krankenhausbereich geführt und ist ein Grund der mangelnden Wettbewerbsfähigkeit einiger Kliniken. Die fehlenden Finanzmittel der öffentlichen Krankenhäuser sind im Rahmen der Untersuchung das einzige Argument, das einen Trägerschaftswechsel begründen kann.

Die Gründe für eine Ablehnung von Privatisierung halten der Prüfung nicht stand. Oberstes Ziel muss sein, die Organisationsstruktur soweit zu verbessern, dass unternehmerisches Handeln gewährleistet werden kann. Eine Rechtsform-

änderung, die mehr Selbstständigkeit in gesellschaftsrechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unterstützt, wird als eine wichtige Voraussetzung gesehen. Als Alternative zu einem Verkauf werden partnerschaftliche Lösungen mit privaten Anbietern genannt, die die Vorteile beider Unternehmensformen verbinden und eine zukunftssträchtige Perspektive bieten.

Schlüsselwörter

Krankenhausmarkt · Privatisierung · Finanzierung · Public Private Partnership

Einleitung

Die vorliegende Arbeit erhebt und analysiert Argumente für und gegen eine Privatisierung öffentlicher Kliniken in Deutschland. Ihr Ziel ist es, durch Experteninterviews und Literaturlauswertung Klarheit in die Debatte um die Privatisierung öffentlich getragener Krankenhäuser zu bringen, Gründe für oder gegen entsprechende Standpunkte aufzuzeigen und diese systematisch auf Plausibilität zu überprüfen. Im Rahmen der Experteninterviews werden die Hauptargumente von mehreren Meinungsbildnern gesammelt. Bei der Auswahl der Interviewpartner wurde darauf geachtet, Repräsentanten verschiedener am Gesundheitssystem beteiligter Institutionen aus dem norddeutschen Raum zu befragen, um ein umfassendes Meinungsbild zu erhalten. Die Argumentationen werden im Sinne einer kritischen Inhaltsanalyse beurteilt.

Die Privatisierung von Krankenhäusern als Umwandlung von einer öffentlichen in eine private Trägerschaft gewinnt zunehmend an Bedeutung. Es ist zu einem bedeutenden Wandel innerhalb des Krankensektors gekommen. Im Zeitraum von 1990 bis 2001 ist der Anteil öffentlich getragener Krankenhäuser von 47% auf 36% zurückgegangen [1], während sich der Prozentsatz der Krankenhäuser in privater Trägerschaft innerhalb des gleichen Zeitraums von 15 auf 23 erhöhte. Die Studie „Krankenhaus 2015“ [2] rechnet mit einem weiteren

Anstieg der Privaten auf bis zu 35% im Jahre 2015 zu Lasten der öffentlichen Krankenhäuser.

Als Hauptargument für diesen Privatisierungstrend wird die abnehmende Finanzkraft der öffentlichen Haushalte genannt [*„Entreichung der öffentlichen Hände“* Gewerkschaftsvertreter 2004, *„... weil der Staat das nicht mehr finanzieren kann ...“* Vertreter eines öffentlichen Krankenhausunternehmens 2004; *„Die öffentliche Hand hat schlichtweg kein Geld, um beispielsweise den Krankenhäusern das an Finanzvolumen ... zuzuführen, was Krankenhäuser brauchen, um zukunftsfähig zu sein“* Vertreter eines freigemeinnützigen Krankenhausunternehmens 2004].

Die für die vorliegende Arbeit entscheidende Kernfrage ist daher, ob tatsächlich ein privatisierender Eigentümerwechsel und die anschließende Restrukturierung die einzige Überlebenschance für öffentliche Kliniken ist, oder ob und welche Alternativen bestehen. Die Arbeit untersucht, welche neuen Möglichkeiten der sich wandelnde Gesundheitsmarkt einerseits für eine private Trägerschaft bietet und welche – berechtigten oder unberechtigten – Befürchtungen dem andererseits gegenüberstehen. Schließlich wird analysiert, welche Mitspracherechte der öffentlichen Hand in diesem sensiblen Versorgungsbereich vernünftigerweise gesichert werden sollten und können und dennoch einen Ausweg aus der ungünstigen Finanzsituation finden.

Diese Fragen werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit thematisiert und sollen einen Beitrag zu einer differenzierten Analyse der Problemlage um die Veränderungen im Krankenhaussektor leisten.

Kontext der Arbeit

Die Privatisierung von Krankenhäusern erfolgt vor dem Hintergrund der gegenwärtigen sozialpolitischen Umgestaltungen und der veränderten Rolle des Staates in der Gesellschaft. In nahezu allen postindustriellen Gesellschaften ist aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts eine steigende Nachfrage nach zugleich immer teureren Gesundheitsdienstleistungen zu erkennen [3]. Gleichzeitig werden die Ressourcen der staatlichen

Sozialsysteme durch die sinkende solidarische Finanzkraft immer knapper. Diese Entwicklung geht mit dem Versuch einher, das Gesundheitswesen zunehmend von einem reinen "Kostenapparat" in einen wirtschaftlich prosperierenden "Gesundheitsmarkt" zu überführen. Daraus folgt eine neu zu definierende Beziehung zwischen Leistungserbringer und Patient, der zunehmend als "Kunde" oder "Konsument" bezeichnet wird. Vermehrter Wettbewerb als ein Mittel zur Steigerung der Produktivität ist ein durchaus politisch gewolltes Element dieses im Umbruch befindlichen Marktes. Unterstützend im Sinne des Wettbewerbs wirkt hier das veränderte Abrechnungssystem im Krankenhaussektor. Durch eine Abkehr von der Abrechnung nach der Verweildauer hin zur Fallgruppenpauschale (DRG = diagnosis related groups), verbindlich ab 2004, werden Leistungen bundesweit vergleichbar und transparent, was den Krankenhausbereich für Investoren interessant macht.

Die Politik versucht zunehmend, die Finanzierung über kollektive Systeme zu verringern und stattdessen eigenverantwortliches Handeln der Bürger einzufordern. Der Begriff der „Eigenverantwortung“ steht in eine Spannungsfeld zwischen der Kürzung sozialer Leistungen in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem und dem erkannten Bedarf nach zeitgemäßer Prävention und Gesundheitsförderung auf dem Stand der Technik.

Gewerkschaftsvertreter sehen den Staat weiterhin als den wesentlichen Anbieter von Leistungen der Gesundheitsfürsorge [*„Ist es heute eine staatliche Aufgabe, sich um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu sorgen? Da sagen wir natürlich ja.“* Gewerkschaftsvertreter 2004], während wettbewerbsorientierte Stimmen die staatliche Aufgabe eher im Setzen von Rahmenbedingungen und dem Verbraucherschutz sehen [*„Er [der Staat] soll Verbraucherschutz betreiben“* Vertreter eines kommunalen Krankenhausunternehmens 2004, *„Ich glaube tatsächlich, dass der Wettbewerb besser geeignet ist, eine bessere Wohlfahrt zu generieren, als eben eine staatliche gelenkte Krankenhauswirtschaft...“* Vertreter eines freigemeinnützigen Krankenhausunternehmens 2004].

Im Rahmen dieser gesellschaftspolitischen Veränderungen steht die Diskussion um die Privatisierung von Krankenhäusern heute.

Material und Methode

Anhand eines Interviewleitfadens wurden im Rahmen der Untersuchung sieben Gespräche mit Meinungsbildnern des norddeutschen Gesundheitsmarktes geführt.

Ferner wurde eine Literaturlauswertung durchgeführt, die aufgrund der thematischen Aktualität zum großen Teil auf Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und im Internet basiert. Es stellte sich heraus, dass die Literaturstimmen mehrheitlich den Aussagen der Interviewpartner entsprechen und diese durch tiefer gehende Analyse bereits bekannter Gesichtspunkte bestätigen.

Die Auswahl der Gesprächspartner spiegelt stellvertretend die Positionen wider, die innerhalb des Diskussionsprozesses um die Privatisierung von Kliniken vertreten werden. Die Interviewpartner, die im weiteren Verlauf der Arbeit mit IP1 bis IP7 bezeichnet werden, lassen sich wie folgt beschreiben:

- zwei Vertreter der obersten Führungsebene jeweils eines kommunalen (IP1) und eines freigemeinnützigen (IP2) Krankenhausunternehmens
- zwei Unternehmensberater: ein Partner einer international tätigen Unternehmensberatung/Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (IP3) und ein selbstständiger Unternehmensberater (IP4)
- ein Arzt, Leiter eines Dienstleistungszentrums OP (IP5)
- ein Bereichsleiter der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di (IP6)
- zwei Vertreter einer gesetzlichen Krankenkasse, Abteilung Verträge, stationäre Versorgung (IP7)

Die Kontaktaufnahme erfolgte entweder über persönliche Verbindungen, Vermittlung Dritter oder über eine schriftliche Gesprächsanfrage. Alle Befragten waren sehr kooperativ und interessiert, an dieser Arbeit mitzuwirken.

Die Interviews hatten jeweils eine Dauer von 60 bis 90 Minuten, fanden am Arbeitsplatz der Befragten statt und wurden stichwortartig mitgeschrieben. Dabei

konnten fünf Interviews auf Tonband aufgezeichnet werden. Anschließend wurden die Tonbandaufnahmen transkribiert und kategorisiert. Somit wurden die zentralen Aussagen der Befragten herausgearbeitet, um eine differenzierte Analyse der Standpunkte zu erhalten. Die Befragung in Form von Interviews wurde gewählt, weil sich die grundlegenden Fragen der Untersuchung nur durch ein qualitatives Studiendesign befriedigend beantworten lassen.

Es wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der durch folgende Fragen, die situationsbedingt vertieft oder differenziert wurden, gekennzeichnet ist:

- Ursachen der vermehrten Privatisierung?
- Chancen und Risiken von Privatisierungen für das einzelne Krankenhaus und das Gesundheitssystem?
- Was machen Kliniken in privater Trägerschaft anders, besser und/oder schlechter als diejenigen in öffentlicher Trägerschaft?

Die Auswertung der erhobenen Daten wurde durch eine qualitative Inhaltsanalyse erstellt [4, 5]. Die Inhaltsanalyse will *„Kommunikation analysieren, dabei systematisch vorgehen;; mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen“* [5].

Ergebnisse

In der Ergebnisdarstellung werden zunächst einzelne Argumente für Zustimmung und Ablehnung der Privatisierung genannt, um sie im weiteren Verlauf einer Plausibilitätsprüfung zu unterziehen.

Unter Privatisierung wird im Rahmen dieser Arbeit die Umwandlung von öffentlicher in private Trägerschaft verstanden. Es wird unterschieden zwischen formaler und materieller Privatisierung. Unter formaler Privatisierung wird eine reine Rechtsformänderung verstanden, bei der die öffentliche Hand weiterhin alleiniger oder mehrheitlicher Gesellschafter bleibt. Bei der materiellen Privatisierung geht dagegen auch die Trägerschaft von einer öffentlichen in eine

private über. Bei der folgenden Ergebnisdarstellung ist mit Privatisierung die materielle Privatisierung gemeint.

Zustimmung

Pro-Argument 1: Ökonomische Ausrichtung einer privaten Trägerschaft (Finanzierung, Gewinnerzielung, Wettbewerb)

Im Rahmen der Dualen Finanzierung der Krankenhäuser (d.h. die Krankenkassen finanzieren die Betriebskosten der Krankenhäuser und die Ländern fördern die Investitionen) kann der Staat seiner Investitionsverpflichtung nicht mehr in ausreichendem Maße nachkommen [*„Die öffentliche Hand hat schlichtweg kein Geld, um beispielsweise den Krankenhäusern das an Finanzvolumen auch zuzuführen, was Krankenhäuser brauchen, um zukunftsfähig zu sein, Investitionsstau als Schlagwort.“* IP2, *„Ressourcenknappheit in allen Systemen.“* IP1, *„Die Belastung der öffentlichen Haushalte ist aus meiner Sicht die treibende Kraft ... wenn es solche Privatisierungsbestrebungen gibt.“* IP7]. Die Investitionsquote als prozentualer Anteil der Investitionen am Gesamtbetrag der Benutzer- und Investitionskosten aller zugelassenen Krankenhäuser ist im Zeitraum von 1973 bis 2001 im Bundesdurchschnitt von 17% auf 9% gesunken [6], so dass unter den gegebenen Umständen schon fast von einer monistischen Finanzierung durch die Krankenkassen gesprochen werden kann [7]. Es wurden sowohl Re-Investitionen zur Instandhaltung als auch Neu-Investitionen unterlassen, die erforderlich wären, um die Medizintechnik auf dem neuesten Stand zu halten und die Prozessabläufe an die veränderten Anforderungen im Fallpauschalensystem anzupassen [IP2]. Private Krankenhausträger sind hier deutlich im Vorteil, weil sie die Möglichkeit haben, am Kapitalmarkt dringend benötigtes Geld für Investitionen zu beschaffen, um die organisatorische und bauliche Struktur der Einrichtung den Anforderungen anzupassen [8], soweit potentiellen Investoren zufriedenstellende Renditen zugesagt werden können.

Das Inkrafttreten des Fallpauschalengesetzes und die Veränderung des gesamten Systems zu sektorenübergreifender und prozessorientierter Veränderung der Angebots- und Ablaufstruktur (z.B. integrierte Versorgung) erfordern hohe Investitionen, um im Wettbewerb bestehen zu können. Die öffentlichen Haushalte werden zu diesen Investitionen nicht in der Lage sein, was aufgrund der dargestellten Verringerung der Investitionsquote innerhalb der letzten 30 Jahre und der weiterhin ökonomisch angespannten volkswirtschaftlichen Situation (nachhaltig hohe Arbeitslosigkeit führt zu geringeren Einnahmen der Krankenkassen und dadurch steigenden Spardruck) abzusehen ist.

Moderne Betriebe weisen eine Investitionsquote von 20% auf, was unter den gegebenen Umständen durch die duale Finanzierung im Krankenhaussektor kaum erreichbar sein wird. Daher sind die Krankenhäuser zunehmend gezwungen, die Finanzmittel für infrastrukturelle Investitionen selbst zu erwirtschaften, was zur Folge hat, dass Gewinne erzielt werden müssen; eine reine Kostendeckung bzw. anhaltende Verluste reichen nicht aus bzw. sind schädlich. Allerdings hat der Staat als Eigentümer öffentlicher Krankenhäuser *„kein so großes Interesse daran, Gewinne zu erwirtschaften, wie die Erfahrung gezeigt hat. Es war gar nicht seine Aufgabe“* [IP1].

Diese Situation ist für viele Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft eigenständig nicht zu lösen und wird zunehmend von finanzkräftigen und innovativen Leistungsanbietern in Angriff genommen. Diese sind in der Lage, durch Flexibilität und schnelles Handeln (Unabhängigkeit von langsamen Verwaltungsapparaten) sowie durch die Nutzung von Synergieeffekten (z.B. durch Ausnutzung von Mengeneffekten, z.B. Zentralisierung des Einkaufs und von Stabsfunktionen) in Klinikkonzernen oder anderen Verbundstrukturen Wettbewerbsvorteile zu sichern [6].

Diese Verbünde und Kooperationen werden insbesondere von den befragten Unternehmensberatern befürwortet [*„Ich glaube, dass es für die Gesundheit, die Mengeneffekte, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit eben größerer Verbünde bedarf.“* IP3] und als eine Möglichkeit zur Schaffung von Synergien gesehen. Die Kooperationsfähigkeit sei, nach Meinung des Partners einer

Unternehmensberatung [IP3], allerdings bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft eingeschränkt, könne aber besser umgesetzt werden.

Große private Klinikkonzerne haben eine weit verzweigte Verbundstruktur, die eine Integration von Akutkrankenhäusern, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen möglich macht, so dass Synergieeffekte weitere Kosteneinsparungen ermöglichen, die in dieser Höhe für einzelne Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft nicht erreichbar sind [9]. Für einzelne Kliniken (öffentliche wie auch freigemeinnützige) wird es daher schwieriger werden, auf dem Markt zu bestehen. Entweder werden sie Teil eines Verbundes, suchen sich einen starken externen Partner [*„Der Ausbau zu einem wachsenden Gesundheitsunternehmen muss sich mit strategischen Partnern vollziehen. ...über starke Partner die Kapitalstruktur ... stärken.“* 10] oder sie nutzen die Chance, als Spezialist in einer Marktnische tätig zu sein [*„... entweder groß oder aber klein und dafür aber eine absolute Spezialität haben.“* IP2].

Aufgrund der aufgezeigten Entwicklung im Krankenhausbereich ergibt sich für viele Häuser eine deutlich verengte Perspektive hinsichtlich der weiteren Finanzierungsmöglichkeiten, die nicht selten mit der Frage nach der weiteren Existenz verbunden werden. Diese Situation spielt gerade für die öffentlichen Krankenhäuser eine große Rolle. Die finanzielle Situation ist ein Kriterium, das stark trägerabhängig ist und durch einen Trägerschaftswechsel verbessert werden könnte.

Pro-Argument 2: Flexiblere Organisationsstruktur in privaten Trägerschaft (gesellschaftsrechtlich und interne Organisation)

Für alle Interviewpartner steht außer Frage, dass die öffentlich getragenen Krankenhäuser Selbstständigkeit und Flexibilität im wirtschaftlichen Handeln durch eine Ausgliederung aus den entsprechenden Behörden erhalten müssen [*„Darum spricht für eine Privatisierung letzten Endes vor allem diese größere Flexibilität der Entscheidungsträger ...“* IP2, *„Mit der Strukturveränderung ... ist natürlich verbunden, dass man akzeptiert, dass es nach ganz bestimmten Kriterien geführt wird.“*

Und diese Kriterien sind natürlich anders in der Führung, als ... der Landrat das bisher empfunden hat. ... Wir reden über Betriebswirtschaft, ... Qualität, ... Investitionsfähigkeit, ... Wettbewerb.“ IP4, „... da hat die Senatorin oder der Senator den totalen Durchgriff. Das halte ich ... für hochriskant.“ IP6, „... der Grund war immer, dass man versucht hat, Entscheidungswege abzukürzen und ihnen einen gewissen Freiraum in der wirtschaftlichen Kompetenz zu geben.“ IP7]. Dieser Ausgliederungsprozess geht regelmäßig mit einer Rechtsformänderung einher (z.B. Umwandlung in eine GmbH), wobei die Kommune alleiniger Gesellschafter bleibt. In diesem Fall wird von öffentlichen Unternehmen gesprochen, bei denen es zu einer Strukturveränderung kommt, die eine organisatorische und rechtliche Abkoppelung von der Kommune nach sich zieht [„verschiedene Formen der Privatisierung... ein quasi öffentliches Unternehmen und nicht mehr das direkte Durchregieren der Behörde, diese Abkoppelungen werden auch zwangsläufig kommen.“ IP2, „Historisch gesehen entstanden solche öffentlichen Unternehmen oft als Ausgliederung aus den staatlichen oder Kommunalen Verwaltungen. Man wählte eine unternehmerische Form, um wirksamer und rascher als mit Verwaltungsmitteln auf das Marktgeschehen reagieren sowie das betriebswirtschaftliche Ergebnis ermitteln und kontrollieren zu können.“ 13]. Das Ziel ist also die Verantwortungsallokation auf einer spezialisierten, sachnäheren Ebene in einer flacheren Organisationsstruktur. Die Kommune behält ihre Einflussmöglichkeit durch die Besetzung des Aufsichtsrates/Beirates und der Gesellschafterversammlung. Hierdurch ist die Flexibilität der Unternehmensführung deutlich erhöht, im operativen Bereich kann freier agiert werden, da eine geringere Anzahl von gesellschaftsrechtlichen Organen vorhanden ist und die Vertretungsmacht durch den Geschäftsführer eindeutig ist [8]. Diese Rechtsformänderung ist eine erste Möglichkeit, das Unternehmen selbstständiger am Markt agieren zu lassen. Eine Garantie für ein wirtschaftlicheres Arbeiten wird hierdurch nicht gegeben, es werden „lediglich die Strukturen für effizienteres und effektiveres Handeln“ geschaffen [8].

In den Metropolregionen sind diese Ausgliederungen aus den Behörden, d.h. eine Rechtsformänderung - formale Privatisierung - größtenteils schon vollzogen.

Allerdings ist die Eingliederung in die Behörde in der Fläche noch verbreitet [*„Wir gehen davon aus, dass es schon GmbHs sind. Das ist in der Fläche gar nicht der Fall ... Das ist mit Sicherheit auch ein Hinderungsgrund für Wettbewerbsfähigkeit, aber es ist ja auch ziemlich einfach zu ändern: Professionelles Management und politikfern ... Politikfern, nicht Eigentümer-fern.“* IP4].

Der weiterhin bestehende Einfluss von politischen Interessen bei ausschließlich formaler Privatisierung wird als ein entscheidender Nachteil gesehen, da die (partei-) politischen Interessen der entsprechenden Vertreter öffentlicher Krankenhäuser und die strategische Ausrichtung eines Krankenhausmanagements durchaus stark voneinander abweichen können [IP3, *„... wenn zwei Krankenhäuser zusammengelegt werden und öffentlicher Druck entsteht und Sie haben einen Aufsichtsratsvorsitzenden, der gleichzeitig Senator in Hamburg ist, was es dann erst mal alles zu beachten gibt.“* IP1]. Durch diese möglichen Interessenkonflikte werden Prozesse verlangsamt [*„Bevor da mal eine Entscheidung für ein einzelnes Krankenhaus getroffen wird ... ist die schon gar nicht mehr relevant.“* IP7, *„... die öffentlichen Gesellschafterstrukturen führen dazu, dass Verlangsamungsprozesse eintreten.“* IP1], Investitionen erschwert [*„...die öffentlichen Gesellschafterstrukturen führen dazu, dass Verlangsamungsprozesse eintreten, Investitionen viel schwieriger sind, dass Entscheidungen nicht so aggressiv getroffen werden, dass viel mehr Interessen berücksichtigt werden (müssen).“* IP1], und im Ergebnis ist die Handlungsgeschwindigkeit stark eingeschränkt. Dieses wird von allen Befragten in dieser Deutlichkeit unterstrichen, allerdings von Gewerkschafterseite nicht immer negativ bewertet [*„Sie haben ständig eine Gegenkontrolle, sie müssen ständig austarieren, das ist mühsam, das dauert manchmal lange, manchmal sicher auch zu lange, das will ich gar nicht in Abrede stellen, das Risiko steckt darin, aber es ist das deutlich sicherere System.“* IP6].

Diese Handlungs- und Investitionsgeschwindigkeit ist es jedoch, die die privaten Klinikkonzerne positiv auszeichnet und von den Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft vermehrt gefordert wird. Handlungsgeschwindigkeit wird der wichtigste strategische Unternehmensfaktor. Das medizinische Wissen vervielfacht sich in immer kürzerer Zeit, und dementsprechend müssen die

Organisationen auf die veränderten Anforderungen reagieren [11]. Der befragte Vertreter eines kommunalen Krankenhausunternehmens sieht diese erhöhte Handlungsgeschwindigkeit ebenso als entscheidendes Managementinstrument, aber ist für ihn mit einem „dem Gemeinwohl verpflichteten Träger“ nicht realisierbar [*„Ein aggressiver werdender Markt wie die Gesundheitsbranche ist mittelfristig nicht mit einem dem Gemeinwohl verpflichteten Gesellschafter, als Hauptgesellschafter, zu betreiben!“* IP1].

Die Forderung nach einem professionellen Management wird insgesamt deutlich [*„... an den Managementstrukturen ließe sich bestimmt was machen.“* IP6, *„Was man natürlich bei Privaten eben erhofft, sind andere Entscheidungswege, andere Managementformen, mit denen man vielleicht auch besser und schneller zusammenarbeiten kann und die auch vielleicht für das wirtschaftliche Ergebnis was bringen und uns dann damit auch bessere Preise ...“* IP7]. Der befragte Partner der Unternehmensberatung meint, dass Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft eher als Krankenhäuser in privater Trägerschaft ein Management haben, dessen Auswahl nach parteipolitischen Präferenzen statt nach Management-Kompetenz selektiert. Auch bei der Besetzung des Aufsichtsrates oder des Krankenhaus-Ausschusses spiegelt sich die politische Vermischung wider; fachlich qualifizierte Entscheidungsträger seien nicht zwangsläufig Mitglieder dieser Gremien [IP3, *„Es gibt drei Dinge, die die Privaten von der Voraussetzung her besser können. Das ist mit Sicherheit das Management, die Investitionskraft/die Kapitalfähigkeit und die entscheidungsfreudigeren, unternehmerischen Strukturen.“* IP4].

Grundsätzlich wird von keinem der befragten Vertreter weiterhin das Drei-Säulen-Modell mit Ärztlichem und Kaufmännischem Direktor und der Pflegedienstleitung favorisiert [*„... dass wir für jeden Standort sagen, ein Geschäftsführer oben reicht. ... Wenn der Geschäftsführer meint, er braucht noch das Direktorium mit den bekannten drei Säulen, ok.“* IP2, *„... Strukturen in öffentlicher Hand unterliegen überwiegend der ‚Dreifaltigkeit‘ ...“* IP3, *„Ich glaube nicht, dass man diese dreigeteilte feudale Struktur in der Führungsstruktur noch braucht.“* IP4, *„Die organisatorische Kompetenz muss bei einer Person liegen. Die Meinungen müssen allerdings im Team gebildet werden, aber einer muss die Entscheidung im Endeffekt fällen und*

verantworten“ IP5]. Die Strukturen im öffentlichen Dienst werden überwiegend als „verkrustet“ [IP3] bezeichnet [*... es scheint zumindest bei den Öffentlichen so zu sein, dass die Strukturen dort mehr tradiert sind, dass die fester sitzen als bei den anderen Formen.*“ IP7]. Hier gelingt es den Kliniken in privater Trägerschaft offensichtlich besser, modernere Strukturen zu implementieren, die effektiver und effizienter arbeiten können. Es stellt sich die Frage, wieso bzw. wodurch diese Optimierung der personellen Ressourcen zustande kommt? [*Wie kann ein stärkeres Kostenbewusstsein und ein entsprechendes Handeln mit einem höheren Verantwortungsgefühl erreicht werden?*“, IP5] Diese Handlungsmaxime scheint bei privaten Trägern schneller in die Organisationsstruktur eingebunden werden zu können, denn es wird weder das gesamte Personal ausgetauscht, noch werden völlig neue Managementkonzepte eingeführt [*... die privaten Gesellschaften übernehmen häufig das Management, haben ein Management, das aus dem öffentlichen Sektor kommt, also haben keine anderen Konzepte.*“ IP1]. Wenn diese optimierte Arbeitsorganisation als ein wesentliches Element des „Überlebens“ den öffentlichen Kliniken ebenso gelänge wie den privaten, so die Meinung des befragten Arztes aus dem Bereich des OP-Managements [IP5], dann entfielen ein entscheidender Vorteil, den eine Privatisierung brächte.

Die klassische sektorale Gliederung nach Medizin, Pflege und Verwaltung scheint einem professionellen Managementprozess eher hinderlich zu sein und wird in modernen Unternehmen überwiegend durch interdisziplinäre Zentrenbildung und Teamorientierung abgelöst [*Die Diskussion über Zentrenbildung ist bei uns in vollem Gange. ... klassische Abteilungen zu Zentren zu bereden, und wir kommen auch zu völlig anderen Führungsstrukturen ... braucht man an der Spitze ... keinen ärztlichen Direktor mehr, braucht man auch keine Pflegedirektorin mehr, braucht keinen Verwaltungsdirektor. Sondern Geschäftszentren, Leitungen, ..., das kann ein Kollegial-Organ sein, da muss auf jeden Fall ein Arzt mit dabei sein...*“ IP2].

Nach der Darstellung der genannten organisationsstrukturellen Veränderungen, die von allen Befragten für ein professionelleres Management als unerlässlich erachtet werden, ist zu prüfen, ob diese Veränderungen ausschließlich in privater

Trägerschaft umgesetzt werden können. Die internen Organisationsstrukturen der Teambildung und dreigeteilten Führungsstruktur lassen sich keiner Trägerschaft zuordnen und werden zu einem großen Teil in öffentlichen wie auch privaten Unternehmen umgesetzt. Die wichtigste Voraussetzung für effiziente Unternehmensführung liegt wie beschrieben in einer hohen Handlungs- und Investitionsgeschwindigkeit, welche sehr wohl an die Trägerschaft gebunden ist. Die berichteten Erfahrungen lassen den Schluss zu, dass eine Optimierung der Strukturen durchaus in einer öffentlichen Trägerschaft machbar sein kann, aber insgesamt private Unternehmen freier, schneller und unabhängiger agieren können.

Pro-Argument 3: Verbessertes Personalmanagement in privater Trägerschaft

Die Schwierigkeit in einer „dreigeteilten Führungsmannschaft“ liegt nach Meinung des Unternehmensberaters [IP3] darin, dass jede Profession vor allem ihre eigenen Interessen vertritt und nicht dem definierten Gesamtziel des Unternehmens Priorität einräumt. Seiner Meinung nach wird hierdurch Erfolg verhindert. Eine Veränderung der Personalpolitik sollte dahingehend umgesetzt werden, dass auch Chefärzte in ihrer Freiheit beschränkt werden und nach dem Kostenverursachungsprinzip abrechnen sollten. Diese Veränderung wird in privaten Krankenhausunternehmen zügig eingeführt, und die Gehälter von Chefärzten werden zunehmend erfolgsabhängig vergütet [*„Ein fixer und ein variabler, vom Erfolg der Abteilung oder des Hauses abhängiger Anteil, und eine Zielvereinbarung strukturieren in etlichen Kliniken nun das Einkommen“* 7; *„Anreize setzen, wirtschaftlicher zu werden...“* 12].

Die eigentlichen Reserven, und somit die Herausforderung eines effektiven Personalmanagements, liegen nach Meinung des befragten Vertreters des freigemeinnützigen Krankenhausunternehmens *„zwischen den Berufsgruppen, da liegen die eigentlichen Wirtschaftlichkeitsreserven, und zwischen den Abteilungen“*. Innerhalb der Abteilungen und innerhalb der Berufsgruppen seien die Reserven

schon abgebaut worden und die Grenzen der Möglichkeiten erreicht, so der o.g. Vertreter weiter. Diese Aussagen beruhen überwiegend auf der Einschätzung, dass zwischen ärztlichem bzw. medizinischem und kaufmännischem Personal Kommunikations-, Akzeptanz- und Kooperationsprobleme in erheblichem Ausmaße vorhanden sind. Die Ursache hierfür liegt zum großen Teile in den Umgestaltungsprozessen der letzten Jahre, die für das medizinische Personal als bedrohlich und belastend erlebt werden. Die Verwaltungs- und Wirtschaftsfachkräfte haben einen ständigen Machtzuwachs erhalten, was zu einer eher passiven und misstrauischen Haltung der Ärzte und Pflegekräfte geführt hat [13].

Hier wird eine verbesserte Bereitschaft zur Zusammenarbeit aller Beteiligten sowie eine Orientierung am Gesamterfolg des Unternehmens statt der Fixierung auf die eigene Abteilung bzw. den eigenen Bereich gefordert, wie in den Gesprächen mit IP3 und IP5 deutlich wurde. Der Vertreter des freigemeinnützigen Krankenhausunternehmens hat mit seinen oben genannten Aussagen [*„zwischen den Berufsgruppen und zwischen den Abteilungen, da sehen wir eine Chance.“* IP2] deutlich gemacht, dass diese Veränderungen gewünscht sind, aber auch Zeit benötigen. Die Modernisierung des Unternehmens erfordert Transparenz zwischen allen beteiligten Professionen, nachvollziehbare Entscheidungen und verstärkte Bemühungen um Produktivitätsverbesserung im eigenen Unternehmen [14].

Ein Merkmal des Personalmanagements öffentlicher Krankenhäuser ist die Bindung an den Bundesangestelltentarif (BAT). Dieses Entlohnungssystem, das allein durch die Alterung der Mitarbeiter eine jährliche Kostensteigerung um ca. 2,5% verursacht, wird von allen Befragten als ein hemmendes, unflexibles und nachteiliges Element öffentlicher Krankenhäuser beurteilt [*„... er [der Staat] schafft es ... nicht, hier herauszukommen aus diesen Fesseln ... viel zu hohe Barrieren zu überwinden. Er hat ... nach wie vor BAT-entlohnte ... Menschen.“* IP2, *„BAT-Tarife sind ein Hauptproblem, sie sind alters- und nicht leistungsbezogen, d.h. es ist kein Anreiz für ehrgeizige junge Angestellte vorhanden.“* IP3, *„Es wird und muss einen neuen BAT geben*

...“ IP4, *„Ich will nicht in Abrede stellen, dass der BAT ein eher schwerfälliges Instrument ist.“* IP6, *„Ich bin in privater Trägerschaft dann einfach flexibler in der Gestaltung im Tariffeld. Ein entscheidender Vorteil.“* IP7]. Gerade in Krankenhäusern, deren Gesamtkosten zu zwei Dritteln aus Personalkosten bestehen, ist der BAT wiederkehrend eine Diskussionsgrundlage. Der befragte Arzt [IP5] sieht zwar innerhalb des BAT Möglichkeiten, mit Arbeitszeitkonten und Arbeitszeitmanagement zu arbeiten, verweist aber darauf, dass es eine „gewisse BAT-Mentalität“ in den Köpfen der Mitarbeiter gebe, die nur schwer zu verändern sei und sich durch mangelnde Flexibilität, fehlendes Verantwortungsbewusstsein und wenig Innovationsbereitschaft auszeichnet. Weiterhin sieht er das Problem, dass qualifizierte und engagierte jüngere Mitarbeiter, die viel leisten, nicht ihrer Leistung entsprechend bezahlt werden könnten. Hierdurch sieht auch er die nicht an den BAT gebundenen Unternehmen im Vorteil, vor allem im Hinblick auf die Bemühungen, qualifiziertes medizinisches Personal anzuziehen. Private Unternehmen können Entlohnungssysteme zielgerechter und flexibler gestalten, leistungsbezogene Anreize schaffen und durch ihre zusätzlich häufig attraktivere Infrastruktur und mögliche Karrierechancen eher motiviertes Personal an sich binden [IP5, 8, 15].

Neben der BAT-Problematik sieht die Literatur im Personalmanagement einen weiteren Vorteil der privaten Klinikkonzerne im Vergleich zu einzelnen Krankenhäusern. Konzernstrukturen können auch hier Synergieeffekte schaffen, indem bundesweite Schulungsprogramme und bundesweite Rotationsmöglichkeiten innerhalb des Konzerns angeboten werden können. Es besteht die Möglichkeit zentraler interner Fortbildungen z.B. für Ärzte in betriebswirtschaftlichen Problemstellungen. Solche Fortbildungen können auf der einen Seite einen hohen Ausbildungsstandard sichern und auf der anderen Seite die Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter stärken [8, 16].

Gerade bei der derzeit angespannten Arbeitsmarktsituation kann die Bindung an ein Unternehmen (unabhängig von der Trägerschaft) und ein Stamm von qualifizierten und motivierten Mitarbeitern einen erheblichen Wettbewerbsvorteil bedeuten [16].

Zusammenfassend für dieses dritte Argument lässt sich sagen, dass die Schwierigkeit bei der Optimierung der Organisationsstruktur in dem mangelnden Veränderungswillen der Mitarbeiterschaft und der (politisch) Verantwortlichen liegt. Die diskutierten leistungsbezogenen Elemente eines innovativen Personalmanagements werden eher in privaten Unternehmensstrukturen umgesetzt, sind aber nicht per se trägerabhängig.

Im Gegensatz zu o.g. Aspekten des Personalmanagements, die als trägerunabhängig betrachtet werden können, ist der BAT ein bestimmendes Kennzeichen der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, das zu einer erheblichen jährlichen Kostensteigerung beiträgt. Diese Tarifbindung kann als ein Argument für die Privatisierung betrachtet werden, um die beschriebenen Vorteile eines flexibleren Entlohnungssystems zu realisieren.

Pro-Argument 4: Produktivitäts- und Qualitätssteigerung durch mehr Wettbewerb

Durch die Umstellung der Abrechnungsart im stationären Sektor nach Fallpauschalen zu Beginn dieses Jahres hat der Wettbewerb bei der Leistungserstellung einen hohen Stellenwert bekommen. So führt *„bei einer Entlohnung über Fallpauschalen jede Verschwendung beim Einsatz der Produktionsfaktoren zu einer Verringerung der beim Erbringer der Leistungen verbleibenden Gewinne“* [17]. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch diesen Anreiz eine effizientere Leistungserstellung umgesetzt werden wird.

Einerseits kann argumentiert werden, dass versucht wird, in diesem System durch möglichst geringe Kosten und mindere Qualität möglichst hohe Gewinne zu erzielen (*„quick and dirty“* [IP6]). In diesem Fall führt das Fallpauschalensystem keinesfalls zu einer Qualitätsverbesserung sondern erreicht das Gegenteil, eine Verschlechterung der Versorgung. Andererseits kann dagegen gehalten werden, dass das Ziel sein sollte, besser, d.h. bei gegebener Qualität günstiger als der bundesweite Durchschnitt zu sein, der den Fallpreis bildet. Wann kann dieses erreicht werden? Hier greifen die zuvor genannten Argumente: Ein

professionelles und erfolgreiches Management schafft durch Gewinnerzielung eine potenziell höhere Investitionsquote. Mit zunehmender Investitionstätigkeit - auch in Innovationen - können Prozessabläufe optimiert werden. Hierdurch können Voraussetzungen für hohe Fallzahlen geschaffen werden. Eine Konzentration auf Behandlungen mit hoher Fallzahl ermöglicht den Aufbau und schließlich die Nutzung von Erfahrungswerten der operierenden Ärzte, was die Operationsdauer merklich senken und den Operationserfolg steigern kann [18]. Eine kürzere Operationszeit wiederum bedeutet für die Patienten eine geringere Belastung und dadurch eine Qualitätsverbesserung. Die Kosten pro Fall können ebenfalls verringert werden, was bei gleichen Erträgen einen höheren Gewinn nach sich ziehen würde.

Die Fallpauschale ist transparent, weil die Kosten vergleichbar und kalkulierbar werden. Auf diese Weise wird Wettbewerb gefördert, der die Produktivität des Systems erhöhen soll, um der Ressourcenknappheit entgegenzuwirken [IP1]. Ein vermehrter Wettbewerb kann auch bei einzelnen Krankenhäusern zu Produktivitäts- und somit auch Gewinnsteigerungen führen. Entscheidend ist hierbei, inwieweit die Behandlungsqualität das Ansehen eines Krankenhauses bei Patienten und anderen Leistungserbringern beeinflusst [17]. Ein Hilfsmittel werden zukünftig öffentlich zugängliche Qualitätsberichte sein, die als Informationsmaßnahme zur Qualitätstransparenz beitragen sollen. Bisher werden diese Berichte schon von einem privaten Krankenhauskonzern frei zugänglich angeboten [„Helios sind da Pioniere“ IP7]. Die Frage nach der Reaktion des Patienten auf medizinische Qualität wird abhängig sein von den o.g. Qualitätsberichten und weiterführenden Informationen einzelner Krankenhäuser über Erfolgsquoten, Infektion- und Sterberaten. Eine Erfüllung der Wettbewerbsfunktion wird dann erreicht, wenn Patienten entsprechend unterschiedlich auf angebotene, unterschiedliche Qualitätsniveaus reagieren [17]. Theoretisch führt auf diese Weise vermehrter Wettbewerb zu einer Qualitätssteigerung.

Das Fallpauschalensystem begünstigt die Markttransparenz, was nach Meinung des Vertreters des freigemeinnützigen Krankenhausunternehmens eine wichtige Kontrollinstanz erfüllt und dadurch insgesamt die Qualität erhöhen könnte [„Wenn

beide im Wettbewerb zueinander stehen, dann wird ... genau angeschaut, wie das private Unternehmen auch im Vergleich zu freigemeinnützigen Unternehmen und zu sonstigen Unternehmen im Preiswettbewerb abschneidet. Und auch im Qualitätswettbewerb ... da bin ich ... überzeugt, dass hier die Markttransparenz so weit geht, dass das nur eine Frage von sehr kurzer Dauer ist, dass ein privates Unternehmen dem entweichen könnte.“ IP2].

Die Voraussetzungen für das Anbieten einer hohen Qualität liegen, wie oben dargestellt, in erster Linie in strukturellen Aspekten der Krankenhausorganisation. Dieses Argument ist nicht zwangsläufig an die Trägerschaft gebunden. Insgesamt ist zu beobachten, dass sich private Träger schneller auf die veränderten Anforderungen an ein DRG-gerechtes Krankenhaus einstellen können. Der Zusammenhang zu den oben genannten Argumenten wird deutlich, die Handlungsgeschwindigkeit und vor allem die Investitionsfähigkeit spielen hier die entscheidende Rolle.

Ablehnung

Contra-Argument 1: Risikoselektion und Rationierung treten ein und führen zu Unterversorgung

Durch die Förderung des Wettbewerbs innerhalb des Krankenhausesektors treten Bedenken auf, die vorher in dieser Art nicht existierten. Eine, vor allem von Gewerkschaftsseite, häufig genannte Gefahr der vermehrt auf Gewinnerzielung ausgerichteten Krankenhäuser ist die der Risikoselektion und Rationierung von Leistungen. Langfristig würde diese Entwicklung zu einer Unterversorgung der Bevölkerung führen [IP6]. Ein nach Gewinnmaximierung strebendes Unternehmen würde entsprechend nur noch lukrative Behandlungen durchführen und die „unwirtschaftlichen“ Patienten nicht mehr versorgen, so die Argumentation [*„Da (in einem privaten System) kommt erst der Profit und dann alles andere. Wenn gelegentlich behauptet wird, es fände keine Risikoselektion bei privaten Krankenhäusern statt, dann halte ich das für schlicht und einfach gelogen.... es*

widerspricht jeder wirtschaftlichen Logik und weil es wirtschaftlicher Logik widerspricht, wird es stattfinden.“ IP6, „... ein privates Krankenhausunternehmen ..., was eine bestimmte Zielrendite aufbringen muss und wenn die Zielrendite nicht dadurch zu erreichen ist, dass auch die schlechteren Risiken behandelt werden, dann glaube ich, dann kann man diese Gefahr einmal nicht so ganz wegdrücken. ... Denn wenn das Unternehmen wirklich nach maximalem Gewinn strebt, dann kümmert es sich nicht um flächendeckende Versorgung in erster Linie, sondern es wird sich, wie jedes andere nach Gewinnmaximierung strebende Unternehmen, sein optimales Produktionsprogramm und optimales Absatzprogramm ... selektieren. Diese Tendenz wird es auch geben an der Stelle... . Nun ist das sehr theoretisch.“ IP2].

Bei der Begründung dieses Contra-Arguments der Risikoselektion treffen sehr ideologisierte Einschätzungen der Situation aufeinander, die sich beidseitig auf Vermutungen stützen und wenig auf repräsentativen empirischen Daten basieren.

Der befragte Arzt (IP5) berichtete aus seiner eigenen Erfahrung von einzelnen Fällen, bei denen Patienten, deren Behandlungsfall im DRG-System eher wirtschaftlich ungünstig bewertet wird (z.B. polytraumatisierte Patienten), von anderen Kliniken nicht mehr aufgenommen wurden und an seine Klinik verwiesen wurden. Der befragte Vertreter der Gewerkschaft [IP6] spricht von „übelsten Entwicklungen“ bei Privatisierungserfahrungen in den USA und Großbritannien.

Die Frage ist, ob diese Entwicklungen ohne weiteres auf den deutschen Markt übertragen werden können. Die europäische Tradition, die auf christlichen und humanistischen Wurzeln basiert, wird von dem Vertreter des kommunalen Krankenhausunternehmens als Grund genannt, dass Rationierungsmaßnahmen nicht die Lösung des Finanzierungsproblems sein können und seiner Meinung nach auch nicht eintreten werden. Ebenso sehen die Krankenkassenvertreter [IP7] dieses Problem als nicht realistisch an. Durch den gesetzlich verankerten Versorgungsauftrag müssen einerseits die Krankenhäuser eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sichern, andererseits sind die Krankenkasse dazu verpflichtet, ihren Versicherten alle Leistungen anzubieten [*... jeder der ein (Kranken-)Haus kauft und übernimmt oder in eine private Trägerschaft überführt, der*

nimmt immer auch den Versorgungsauftrag des Hauses mit ... solange sie diesen Sicherstellungsauftrag haben auf der Landesebene ... kommt auch ein privater Träger nicht aus seiner Verpflichtung heraus. Er hat dann im Rahmen dieser Planung die Sicherstellung in seiner Region zu gewährleisten. Wenn er das nicht tut, verschwindet er vom Markt, auch wenn er privat ist.“ IP7].

Wettbewerbsverfechter, wie der Vertreter des freigemeinnützigen Krankenhausunternehmens, sehen den Markt als regulierendes Element, der eine Unter-versorgung verhindern wird [*„Wenn beide im Wettbewerb zueinander stehen, dann wird von den oberen Kontrollinstanzen her wie auch vom Markt her, wird natürlich ganz genau angeschaut, wie das private Unternehmen auch im Vergleich zu freigemeinnützigen Unternehmen und zu sonstigen Unternehmen im Preiswettbewerb abschneidet. Und auch im Qualitätswettbewerb. Und da bin ich für HH, wenn wir nur mal HH als Probemarkt nehmen, da bin ich zutiefst davon überzeugt, dass hier die Markttransparenz so weit geht, dass das nur eine Frage von sehr kurzer Dauer ist, dass ein privates Unternehmen dem entweichen könnte. Sondern da wird die Aufsicht, letzten Endes auch durch den Markt, aber auch durch Behörden, nach wie vor vorgenommen werden. ... ansonsten gibt es genügend empirische Beispiele ... wir haben ja Sana, Rhön-Klinikum und sonstige private Unternehmungsgruppen, die andernorts, sogar im Flächenstaat, wo monopolartige lokale Verhältnisse sind, ... den gesamten Versorgungsauftrag ... bearbeiten und das auch zu guten Qualitäten.“ IP2]. Weiterhin sei es, nach Meinung des Partners einer Unternehmensberatung [IP3], Aufgabe der Vertragsparteien bei einer Privatisierung, diese Gefahren im Rahmen des Kaufvertrages zu minimieren.*

Dieses Contra-Argument der Rationierung ist ein umstrittenes und ein stark ideologisch geprägtes Argument. Zur Prüfung dieser Frage wäre der Forderung Nachdruck zu verleihen, die der befragte Unternehmensberater [IP4] formulierte: *„Da bin ich der Meinung, dass es mal schön wäre, wenn man da mal ein oder zwei Uni-Projekte draufsetzen würde. Denn wir haben ja inzwischen einen Anteil an Privaten, bei dem man das empirisch untersuchen könnte. Da wird in Deutschland ideologisch argumentiert, anstatt da mal ein Projekt drauf zu setzen und zu sagen, wir gucken uns das jetzt mal ein Jahr an.“* Eine nicht-repräsentative und nicht mehr öffentlich

zugängliche Fallstudie der Gewerkschaft ver.di zur Privatisierung von Krankenhäusern kam zu dem Ergebnis, dass die vielfach befürchteten Risiko-selektionen, Leistungseinschränkungen und Rationierungen nicht eintraten. In einem von vier befragten privaten Klinikunternehmen wurde von Leistungseinschränkungen berichtet.

Zu diskutieren bliebe, ob eine empirische Untersuchung neben den privaten Krankenhäusern auch öffentliche einschließen sollte, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen.

Zum aktuellen Zeitpunkt bleibt festzuhalten, dass dieses Contra-Argument ohne ergänzende Empirie nicht überzeugend ist, weil es keine belastbare Diskussionsgrundlage mit objektiv messbaren Ergebnissen gibt. Es sind keine repräsentativen empirischen Daten zugänglich, die diese Befürchtungen bestätigen oder widerlegen. Die Diskussionsteilnehmer spielen mit Ängsten und Szenarien, die für Deutschland von den befragten Experten, auch aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen, in überwiegender Anzahl als unrealistisch eingeschätzt werden.

Contra-Argument 2: Kapitalmarktinteresse verändert das System zum Nachteil der Patienten

Die Privatisierung eines öffentlichen Unternehmens verschiebt dessen geschäftspolitische Interessen deutlich. Der sinkende öffentliche Einfluss und die Zunahme der notwendigen Orientierung an Kapitalmarktinteressen sind für dieses Argument entscheidend.

Der befragte Vertreter der Gewerkschaft ver.di [IP6] fordert ein Mindestmaß an öffentlicher Kontrolle über Kernbereiche der Daseinsfürsorge [*„... es gibt sozusagen Bereiche, die sind so existentiell, dass sie der öffentlichen Kontrolle und zwar der wirkungsvollen öffentlichen Kontrolle vorbehalten bleiben müssen. Dazu gehört (dass) Gesundheitsversorgung. ... (und die) Möglichkeit der Marktkorrektur durch öffentliche Hände einfach aufrecht erhalten bleiben muss. Es muss sozusagen einen gesicherten Mindesteinfluss an dieser Stelle geben.“* IP6]. Die öffentliche Hand verliert

bei der materiellen Privatisierung die Einflussnahme auf die Gestaltung und Ausführung ihres jeweiligen Leistungsauftrages [11]. Sie gibt bei einem Verkauf die Möglichkeit ab, korrigierend auf das Marktgeschehen einzuwirken. Schwierigkeiten werden vor allem in den Bereichen gesehen, in denen private Leistungserbringer aufgrund ihrer Rentabilitätsanforderungen die Versorgung nicht entsprechend anbieten können [11]. Als Folge wird eine Unterversorgung befürchtet (siehe Contra-Argument 1).

Während die öffentliche Kontrolle durch Privatisierung verringert wird, erhöht sich das Interesse des Kapitalmarktes. Gewinnorientiertes Wirtschaften wird von allen befragten Personen begrüßt, einzig die ausschließliche Orientierung an der Rendite wird kritisch betrachtet [*„Wir erheben nur den Anspruch, dass es nicht einfach dem Selbstlauf der Kapitalinteressen überlassen wird, sondern dass es auch noch ein an der Lösung von Sachproblemen orientierten Einfluss gibt. ... Es darf nicht dem Selbstlauf des Kapitalinteresses überlassen werden. Das ist der entscheidende Punkt, weil dieses sich mit Gesundheitsversorgung nicht verträgt. ... Niemand kann den Beweis antreten, dass das private Kapital Lust hat, ausgerechnet in diesen Bereichen zu investieren, weil das tun die nur mit Blick auf die Profitrate.“* IP6]. Diese Aussagen lassen den Schluss zu, dass sehr viele Ängste mit der Öffnung des Marktes verbunden sind. Es werden durch die Hereinnahme privaten Kapitals veränderte Ausrichtungen der Unternehmenspolitik vermutet, die sich ausschließlich nach den Regeln des Kapitalmarktes richten.

IP1 sieht demgegenüber eine Chance für den Krankenhausmarkt in der Öffnung für privates Kapital. Er betrachtet den Krankenhausbereich als einen stabilen Markt, der durch eine starke und beständige Nachfrage gute Investitionsmöglichkeiten bietet. Er sieht dieses Risiko durch privatwirtschaftliche Orientierung nicht [*„Wir zahlen ja z.B. erhebliche Schuldzinsen. Ob sie das in Schuldzinsen stecken oder in Renditen stecken, ich würde es lieber in Renditen stecken, die Investition ist besser.“* IP1].

Bei der Privatisierung verändern sich die Marktgegebenheiten sehr schnell. Aus einem dem Allgemeinwohl verpflichtetem Leistungserbringer wird ein nach Gewinn strebender Marktteilnehmer, der nach Möglichkeit Konkurrenz vom Markt

verdrängen möchte. Hier sieht der überwiegende Teil der Befragten die Notwendigkeit einer Kontrollinstanz, die private Monopole verhindert [*„Ich möchte das private Monopol noch stärker begrenzen als das öffentliche Monopol. Das ist bestimmt kein Vorzug, aus einem öffentlichen Monopol, einem staatlichen Monopol, ein privates Monopol zu machen. Das kann nicht der Vorteil sein. Sondern das ist genau die Gefahr für die Wettbewerbsvielfalt.“* IP2, *„... man hätte nur noch private Krankenhäuser und die sind möglicherweise alle in einer Kette, wir haben einen Monopolisten am Markt oder wir haben einen Monopolisten in der Region. Das wäre für mich dann aus Sicht der Krankenkasse schon problematisch... Monopole funktionieren nicht.“* IP7, *„... man muss wählen können als Endverbraucher, als Patient zwischen verschiedenen Angeboten in regionalen Zusammenhängen.“* IP1]. Private Monopole werden von allen Befragten als eine Entwicklung gesehen, die verhindert werden sollte.

Der Gesundheitsmarkt befindet sich in einer Umbruchphase, die sowohl Chancen und als auch Risiken bietet. Die vermehrte erwerbswirtschaftliche Orientierung soll dazu führen, ausbleibende Investitionen der öffentlichen Hand durch Gewinnerzielung auszugleichen, wettbewerbsfähig zu werden und den Wert des Unternehmens zu steigern. Als ein hartes Argument gegen eine Privatisierung sind die o.g. Begründungen nicht ausreichend. Als eine elementare Voraussetzung für das Funktionieren des Marktes wird eine Trägervielfalt gesehen (vor allem in den Metropolregionen, in der Fläche ist dies nicht zu realisieren). Diese Trägervielfalt kann durch private Monopole gefährdet sein. Monopole sollen, so die einstimmige Meinung der befragten Personen, durch ein Kontrollorgan verhindert werden. Hier greift allerdings das Kartellrecht in seiner Anwendung durch die Kartellbehörden regelnd ein, so dass sich das Problem der Monopolbildung praktisch nicht stellen dürfte. Die Befürchtungen der Interviewten dürften eher auf fehlende mangelnde Kenntnisse in diesem Bereich zurückzuführen sein.

Contra-Argument 3: Entlohnung der Beschäftigten verschlechtert sich

Der BAT wird im Rahmen des Pro-Arguments 3 von allen Befragten als unflexibles, kostenintensives und verbesserungswürdiges Merkmal des öffentlichen Dienstes genannt. Zur gleichen Zeit dient es dem Vertreter der Gewerkschaft als ein Argument gegen eine Privatisierung. Es käme bei einem Gehalt für eine Pflegekraft (im Vergleich zum Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg) zu Einbußen von 300 bis 400 Euro pro Monat. Ärzte hingegen würden deutlich mehr verdienen, was als „die privatwirtschaftliche Systementscheidung“ bezeichnet wird. Einschränkend heißt es, *„dass es (nicht) in allen (Kliniken) passiert ist, weil es in vielen Krankenhäusern eine Festschreibung gegeben hat, dass der BAT weiter angewendet werden wird oder da gibt es Überleitungstarifverträge. Aber dort, wo diese Fesseln nicht mitgegeben wurden, da ist genau das eingetreten, was ich ... beschrieben habe“* [IP6].

Ein Vergleich zwischen Entlohnungssystemen privater Krankenhäuser und dem BAT ist ohne Einbeziehung weiterer Kriterien nicht zweckmäßig. Wie unter Pro-Argument 3 genannt, werden gerade flexible Modelle, die u.a. leistungsbezogen vereinbart werden, in privaten Unternehmen favorisiert, die im BAT keine Anerkennung finden. Zusätzlich werden dort u.U. Fort- und Weiterbildungen angeboten und Aufstiegschancen ermöglicht. Diese flexiblen Elemente können nur schwer beziffert werden und halten einem Vergleich aufgrund der reinen Gehaltsstruktur nicht stand. Weiterhin werden häufig, wie oben von IP6 benannt, Überleitungstarifverträge angewendet, sodass nicht von einer grundsätzlichen Schlechterstellung der Beschäftigten in privaten Krankenhäusern gesprochen werden kann.

Contra-Argument 4: Wettbewerb verursacht Qualitätsverlust

Wettbewerbsverfechter sehen in vermehrtem Wettbewerb eine Möglichkeit zur Qualitätssteigerung. Es gibt gleichermaßen Stimmen, die eine Gefahr des Qualitätsverlustes bei vermehrter erwerbswirtschaftlicher Orientierung sehen [*„... ich behaupte, dass das Profitinteresse dazu führt, dass ich hinterher eine schlechtere Qualität habe als vorher. ... die Breite und Tiefe geht verloren. Sie kriegen sozusagen eine ‚Fast-Foodisierung‘ des Gesundheitssystems. ... quick and dirty!“* IP6]. Als Grundlage für diese Aussage dienen dem Vertreter der Gewerkschaft *„übelste Entwicklungen“* bei Privatisierungserfahrungen in den USA und Großbritannien. In Contra-Argument 1 (Risikoselektion) wurde diese Befürchtung bereits diskutiert.

Wie in Pro-Argument 4 zur Produktivitäts- und Qualitätssteigerung schon diskutiert, lässt sich die Gefahr eines Qualitätsverlusts bei einer vermehrten Orientierung an betriebswirtschaftlichen Kennzahlen nicht vollständig widerlegen. Grundsätzlich bergen *„Fallpauschalen zweifellos die Gefahr einer Reduktion der Behandlungsqualität in sich. So basiert die Hoffnung auf eine Steigerung der Behandlungsqualitäten alleine auf der Annahme, dass die Patienten die erbrachte Behandlungsqualität zuverlässig bewerten können und sie sich auf dieser Basis im Krankheitsfall für ein bestimmtes Krankenhaus oder für einen bestimmten Arzt entscheiden“* [17]. Die Frage nach Qualitätssteigerung oder Qualitätsverlust durch vermehrte Gewinnorientierung lässt sich an dieser Stelle nicht endgültig beantworten. Hier wären empirische Studien empfehlenswert, um auf der Grundlage *„harter Daten“* diese Frage entsprechend weiter zu diskutieren.

Im Gegensatz zu IP6 sieht IP7 keine unmittelbaren Auswirkungen der privaten oder öffentlichen Trägerschaft auf die Qualität der Leistungserbringung [*„Hinter der Qualität hängen einfach medizinische Prozesse, die vernünftig organisiert sein müssen. ... Prozessoptimierung oder Ablauforganisationsoptimierung hat sicher auch auf eine Qualität eine Auswirkung, keine Frage, aber das kann man privat organisieren als auch in einer anderen Trägerschaft.“* IP7].

Diskussion und Abschlussbetrachtung

Zustimmungsargumente	Ablehnungsargumente
Pro-Argument 1: Ökonomische Ausrichtung einer privaten Trägerschaft	Contra-Argument 1: Risikoselektion und Rationierung treten ein und führen zu Unterversorgung
Pro-Argument 2: Flexiblere Organisationsstruktur in privater Trägerschaft	Contra-Argument 2: Kapitalmarktinteresse verändert das System zum Nachteil der Patienten
Pro-Argument 3: Verbessertes Personalmanagement in privater Trägerschaft	Contra-Argument 3: Entlohnung der Beschäftigten verschlechtert sich
Pro-Argument 4: Produktivitäts- und Qualitätssteigerung durch mehr Wettbewerb	Contra-Argument 4: Wettbewerb verursacht Qualitätsverlust

Nach Prüfung der verschiedenen Argumente steht außer Frage, dass es durch die veränderten politischen Rahmenbedingungen zu einer stärkeren Orientierung an Wirtschaftlichkeit kommen muss.

Die Unzufriedenheit bzw. die hemmenden Elemente in den Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft liegen in ineffizienten Strukturen (vor allem im Wahren von Besitzständen und unkooperativem Verhalten) und Prozessabläufen, die allerdings auch in der derzeit bestehenden Trägerschaft verändert werden könnten, wenn der Wille aller Beteiligten vorhanden wäre [*„Das können doch die öffentlichen auch, dass können wir doch auch wie Rhön oder sonst wer. Wieso soll das ein öffentliches Haus nicht können?“* IP4].

Die hohe Frustration bei den beteiligten Professionen ist verständlich und nachvollziehbar, liegt aber nicht unmittelbar im erhöhten Wettbewerbsdruck, dem die Krankenhäuser ausgesetzt werden, sondern viel eher in den unzureichenden gesetzlichen Rahmenbedingungen, die den Wettbewerb nicht in

dem Maße zulassen, wie er ökonomisch sinnvoll wäre und die den Wettbewerb nicht zu den Ergebnissen kommen lassen, die er aus ökonomischer Sicht erzielen könnte [17].

Die Frage der Investitionsfähigkeit ist das einzige „harte“ Argument, das tatsächlich in der Trägerschaft begründet ist. Hier kann ein öffentlicher Träger aufgrund der nachteiligen finanziellen Situation der öffentlichen Haushalte nicht die geforderten Investitionen tätigen, die einem privaten Träger möglich wären. Fehlende Investitionen und die Tatsache, dass durch die Gewährträgerhaftung öffentliche Krankenhäuser ihre Defizite stets „von oben“ ausgeglichen bekommen, könnten in der Vergangenheit zu einer resignierenden und einer nicht an Wirtschaftlichkeit interessierten Handlungsweise der Beschäftigten geführt haben (fehlendes Kostenbewusstsein, wenig Veränderungswillen, mangelnde Innovationsanreize/-fähigkeit). Gerade vermehrte Investitionen in Infrastruktur und verbesserte Ausstattung der Arbeitsplätze bei privaten Klinikbetreibern gestalten die Arbeitsorganisation attraktiver und können eine Motivationssteigerung der Mitarbeiter erzielen.

In Dienstleistungsunternehmen bilden die Mitarbeiter die tragende Säule des Unternehmenserfolgs. Es kann entscheidend sein, wie schnell es einer Organisation gelingt, Offenheit und Begeisterung für neue Prozesse zu wecken, und die Frustration und Resignation vieler Beteiligten hinter sich zu lassen. Diejenigen, die es mit einem innovativen Management schaffen, Lust auf Veränderung zu wecken und die – aus Sicht der Verfasserin überwiegenden – Chancen in den Vordergrund zu stellen, die Umstrukturierungsprozesse mit sich bringen, werden, losgelöst von der Frage der Trägerschaft, erfolgreich sein.

Die Hintergründe, die öffentliche Unternehmen nicht gewinnorientiert arbeiten lassen, liegen im System begründet. Öffentliche Unternehmen haben andere, in ihrem öffentlich-rechtlichen Auftrag begründete Primärziele (flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen, Sicherung der Daseinsfürsorge als Selbstzweck) als private Träger (primäres Ziel:

Gewinnerzielung durch Gesundheitsfürsorge), deren Bewertung nicht Ziel dieser Arbeit ist. Es sollte beachtet werden, dass bei öffentlichen Unternehmen andere politische Ziele verfolgt werden, die eher sozial- und arbeitsmarktpolitisch zu beurteilen sind. Wie auch in den Interviews genannt wird, „kann es sich kein Landrat leisten, während seiner Legislaturperiode ein Krankenhaus zu schließen.“ Das zeigt die enorm unterschiedliche Interessenlage und Diskussionsgrundlage am Beispiel der im Krankenhausesektor involvierten Parteien, bei der aber ganz andere Gesichtspunkte von Bedeutung sind als die Trägerschaft.

Es ist festzustellen, dass in der Diskussion um eine Privatisierung von öffentlichen Unternehmen eine Vermischung eben dieser sozial- und arbeitsmarktpolitischen Ziele der öffentlichen Träger mit denen eines zunehmend wettbewerbsorientierten Gesundheitswesens stattfindet. In dieser Frage ist Transparenz und Ehrlichkeit über unterschiedliche Zielsetzungen gefordert, um der öffentliche Diskussion die emotionale und ideologische Komponente zu nehmen und stattdessen konstruktiv an partnerschaftlichen Lösungen zu arbeiten.

Es werden allerdings immer mehr innovative Wege der Finanzierung von Investitionen und der Kapitalbeschaffung für öffentliche Krankenhäuser gesucht, ohne den unmittelbaren Gang in die materielle Privatisierung zu gehen. Hier werden partnerschaftliche Zusammenschlüsse zwischen privaten und öffentlichen Trägern (Public Private Partnership [19, 20]) als zukunftsweisend gesehen. Durch diese Partnerschaften und anderweitige Kooperationen, Verbünde oder Holdingstrukturen verringern sich die Gründe, öffentliche Krankenhäuser zu privatisieren [IP2, IP3]. Es werden dadurch Finanzierungsprobleme verringert und unternehmerische Impulse sowie Management- und Branchenkenntnisse in das Unternehmen integriert. Ineffizienzen sind zu beseitigen, um Krankenhäusern eine effiziente und wettbewerbsfähige Organisationsstruktur zu geben. Es sind qualitative Stellhebel, die unabhängig von den Eigentümerverhältnissen geregelt werden können und müssen, um langfristig erfolgreich am Markt zu bestehen. Nur aus einer marktfähigen Lage heraus ist

eine gute Verhandlungsposition für kooperative und konstruktive Gespräche über Partnerschafts- oder Kaufverträge zu sichern.

Konstruktiv bedeutet, dass mit einem privaten Investor eine Lösung gefunden werden kann, die auf einer langfristigen Partnerschaft in beider Interesse gründet und die im Kaufvertrag z.B. die Verteilung von Risiko und Einfluss und den Mehrwert für beide Parteien regelt, damit es zu einer Aufrechterhaltung des Versorgungsauftrages kommt und die befürchtete Unterversorgung der Bevölkerung nicht eintritt. Auch die Kommune muss großes Interesse daran haben, dass der private Träger diese Aufgaben erfüllt und nicht dieser Sicherstellungsauftrag bei Nicht-Einhaltung an das Land zurückfällt, was hohe Kosten verursachen kann. Deshalb ist der Verhandlung des Verkaufs- oder Partnerschaftsvertrages hohe Aufmerksamkeit zu widmen. So kann die Kommune sich aus ihrer Sicht notwendige Einflussmöglichkeiten sichern, Vetorechte bei Substanzentscheidungen aushandeln und Vereinbarungen über Ziele und Konsequenzen für eine Nichterfüllung zu vereinbaren. Ein Verkauf aus ausschließlich finanzieller Not bringt den Anbieter in eine schlechte Verhandlungsposition und sollte verhindert werden [*„Eine schlechte Entscheidung, nur aus der finanziellen Situation heraus eine Privatisierung anzustreben.“* IP3].

An dieser Stelle wird dafür plädiert, die vorgefertigten Argumentationsmuster (privat vs. öffentlich) zu verlassen und partnerschaftliche Lösungen in Betracht zu ziehen sowie die Diskussion auf eine sachlich orientierte Basis zu stellen. Ein Ziel dieser Arbeit ist es, der Diskussion die hohe Emotionalität zu nehmen, die von verschiedenen Seiten mit angstbesetzten Szenarien in der Öffentlichkeit geprägt wird und stattdessen die vorgebrachten Argumente inhaltlich zu prüfen.

Bei allen Befürchtungen und Risiken, die im Rahmen der Interviews genannt wurden, muss beachtet werden, dass das Gesundheitssystem auch bei vermehrter Privatisierung des Krankenhaussektors kein privatwirtschaftliches System darstellt, das ausschließlich auf Wettbewerb basiert. Es findet eine hohe staatlichen Reglementierung statt (z.B. durch das Festlegen von Fallpauschalen), die rein privatwirtschaftliches Handeln verhindert (z.B. freie Preisbildung). Der Staat wird weiterhin über gesetzliche Rahmenbedingungen den Wettbewerb

steuern und durch kartellrechtliche Bestimmungen die befürchtete Monopolbildung verhindern.

Staatliche Zielsetzung sollte sein, Rahmenbedingungen zu schaffen, die effektives und effizientes Handeln unterstützen und tagespolitische Entscheidungen einem professionellen Management innerhalb privatrechtlich organisierter Einheiten zu überlassen.

Danksagung

Ich möchte allen danken, die durch ihren Beitrag diese Master-Thesis unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp von der Hochschule für angewandte Wissenschaften für die Betreuung der Master-Thesis und die Unterstützung bei der Konzeption. Ebenso gilt mein Dank Prof. Heinz Lohmann vom LBK Hamburg für die spontane Zusage der Zweitkorrektur.

Weiterhin bedanke ich mich ausdrücklich bei allen Interviewpartnern. Ohne ihre Kooperation wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Es waren interessante und spannende Gespräche, die den Kern dieser Arbeit bilden.

Referenzen

Interviews

- IP1: Gespräch mit einem Vertreter eines kommunalen Krankenhausunternehmens am 12. Mai 2004
- IP2: Gespräch mit einem Vertreter eines freigemeinnützigen Krankenhausunternehmens am 5. Juli 2004
- IP3: Gespräch mit einem Partner einer Unternehmensberatung am 6. Mai 2004
- IP4: Gespräch mit einem selbstständigen Unternehmensberater am 21. Juni 2004
- IP5: Gespräch mit einem Arzt, Leiter eines Dienstleistungszentrums OP, am 23. Mai 2004
- IP6: Gespräch mit einem Vertreter der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di am 16. Juni 2004
- IP7: Gespräch mit zwei Vertretern einer gesetzlichen Krankenkasse, Abteilung Verträge, stationäre Versorgung am 23. Juni 2004

Literatur

- ¹ Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2004, Krankenhäuser und Betten 1960 bis 2001, www.dkgev.de (10.07.2004)
- ² Spemann, T.F., Wandschneider, U., Viering, S., Boehlke, R. (2000) Krankenhaus 2015, Wege aus dem Paragraphenschlingen. Stuttgart und Eschborn: Arthur Andersen
- ³ Lohmann, H. (2002) Zukunftsmarkt Gesundheit, Von der Stände- zur Unternehmergesellschaft. In: Bayreuther Gesundheitswissenschaften Vorträge. Bayreuth: Verlag P.C.O.
- ⁴ Bortz, J. & Döring, N. (2002) Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (3. Auflage). Berlin: Springer
- ⁵ Mayring, P. (2000) Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken (7. Auflage). Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- ⁶ Bruckenberg, E. (2002) Investitionsoffensive für Krankenhäuser? Download als PDF-Dokument <http://www.bruckenberg.de> (10.06.2004)
- ⁷ Schmitz, R. (2004) in: Die Säkularisierung des Chefarztgehaltes, Trends in einem sich wandelnden Krankenhausmarkt. Sonderbeilage der Krankenhaus-Umschau 6/2004, S. 3
- ⁸ Schmidt, C., Gabbert, T., Engler, F., Möller, J. Krankenhausmarkt im Umbruch - Welche Kliniken profitieren von der aktuellen Situation? Gesundh ökon Qual manag 2003; 8: 294-299
- ⁹ Schmidt, C., Gabbert, T., Engler, F., Fischer, F., Breinlinger O'Reilly, J., Möller, J. Investoren im Gesundheitsmarkt. Dtsch Med Wochenschr 2003; 128:1551-1556
- ¹⁰ Seidel-Kwem, B. Sanierung und Modernisierung im LBK Hamburg - Ein Unternehmenskonzept mit Zukunft. In: Lohmann, H., Becker, K., Seidel-Kwem, B. Vision Gesundheit, Band 1: Gesundheit unternehmen: Das LBK-Modell. Klinik Management Reader. Wegscheid: Wikom, 2002: 19-24
- ¹¹ Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft. Privatisierungsdogma widerspricht Sozialer Marktwirtschaft. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft, Beiträge zur öffentlichen Wirtschaft Heft 13
- ¹² Müller-Bellingrodt, T. (2004) in: Die Säkularisierung des Chefarztgehaltes, Trends in einem sich wandelnden Krankenhausmarkt. Sonderbeilage der Krankenhaus-Umschau 6/2004, S. 3
- ¹³ Wehkamp, K.-H. (2004) Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie. Berlin: Humanitas-Verlag
- ¹⁴ Pfeiffer, R. Change Management, Ethik und Interessen. In: Seidel-Kwem, B., Pfeiffer, R. Vision Gesundheit, Band 2: „Der Weg der Veränderung - Krankenhäuser im Umbruch“. Klinik Management Reader. Wegscheid: Wikom, 2003: 42-59
- ¹⁵ von Eiff, W. (2003) in: Der Kampf ums Personal hat begonnen. Personalmanagement wird zum Erfolgsfaktor im Krankenhaus. Krankenhaus Umschau 8/2003
- ¹⁶ De Meo, F. (2003) Unternehmensstrategien im Personalmanagement. Das Krankenhaus 6/2003: 454-458

- ¹⁷ Mörsch, M. Die ökonomischen Funktionen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen: Anspruch, Realität und wirtschaftspolitischer Handlungsbedarf. *Gesundh ökon Qual manag* 2002; 7:155-160
- ¹⁸ Augurzky, B. et al. Strukturreform im deutschen Gesundheitswesen. RWI-Materialien Heft 8. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen 2004. www.rwi-essen.de (10.06.2004)
- ¹⁹ Bertelsmann Stiftung, Clifford Chance Pünder, Initiative D21 (Hg.): Prozessleitfaden Public Private Partnership. 2003 Download als PDF-Dokument www.initiaved21.de (17.06.2004): „Public Private Partnership (PPP) bezeichnet das partnerschaftliche Zusammenwirken von öffentlicher Hand und Privatwirtschaft mit dem Ziel einer besseren wirtschaftlichen Erfüllung öffentlicher Aufgaben als bisher. PPP-Projekte erfassen das gesamte Spektrum zwischen der rein hoheitlichen Realisierung öffentlicher Aufgaben einerseits und der vollständigen Privatisierung öffentlicher Aufgaben andererseits. ... PPP-Projekte sind charakteristisch durch eine langfristige vertragliche Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und Privatwirtschaft mit einer sachgerechten Risikoverteilung und umfassenden Verantwortlichkeiten auf der privaten Seite.“
- ²⁰ Schmid, R. Öffentliche Krankenhausträgerschaft und privates Kapital: Voraussetzungen, Möglichkeiten, Grenzen. Vortrag am 3.06.2004 beim Hauptstadtkongress 2004 Medizin und Gesundheit, Krankenhaus Klinik Rehabilitation, Berlin

Eidesstattliche Erklärung

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

Hamburg, 31. August 2004

Bettina von Falck