

Research Report

März 2019

Die Bedeutung der Spitalsträgerschaft in Gesundheitssystemen

Endbericht

Monika Riedel, Thomas Czypionka

Unter Mitarbeit von

Christoph Stegner

Studie im Auftrag

der Superiorenkonferenz der Männerorden



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

AutorInnen

Monika Riedel, Thomas Czypionka

Titel

Die Bedeutung der Spitalsträgerschaft in Gesundheitssystemen

Kontakt

T +43 1 59991-229

E riedel@ihs.ac.at

©2019 Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS)

Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien

T +43 1 59991-0

F +43 1 59991-555

www.ihs.ac.at

ZVR: 066207973

Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund und Aufbau der Studie	1
1.1	Aufbau des Berichts	3
1.2	Kurzer Überblick über das österreichische Spitalswesen	5
2	Spitalsträgerlandschaft in Europa	8
3	Trägerlandschaft in ausgewählten europäischen Ländern	15
3.1	Dänemark	15
3.1.1	Überblick über das Gesundheits- und Spitalswesen	15
3.1.2	Historische Entwicklung	16
3.1.3	Trägerstruktur im Spitalsbereich	17
3.1.4	Finanzierung	18
3.1.5	Diskussion	19
3.2	Deutschland	20
3.2.1	Überblick über das Gesundheits- und Spitalswesen	20
3.2.2	Historische Entwicklung	21
3.2.3	Trägerstruktur im Spitalsbereich	26
	Exkurs: Marktkonzentration in Deutschland	28
3.2.4	Finanzierung	29
3.2.5	Kapitalflüsse	30
3.2.6	Diskussion	42
3.3	Frankreich	44
3.3.1	Überblick über das Gesundheits- und Spitalswesen	44
3.3.2	Jüngere historische Entwicklung	45
3.3.3	Trägerstruktur im Spitalsbereich	45
3.3.4	Finanzierung	47
3.3.5	Diskussion	48
3.4	Niederlande	49
3.4.1	Überblick über das Gesundheits- und Spitalswesen	49
3.4.2	Historische Entwicklung	50
3.4.3	Trägerstruktur im Spitalsbereich	51
3.4.4	Finanzierung	53
3.4.5	Diskussion	54
3.5	Schweiz	56
3.5.1	Überblick über das Gesundheits- und Spitalswesen	56
3.5.2	Historische Entwicklung	57
3.5.3	Trägerstruktur im Spitalsbereich	57
3.5.4	Kapitalflüsse	60
3.5.5	Finanzierung	64

3.5.6	Diskussion	64
3.6	Gesamtbetrachtung zur Trägervielfalt.....	68
4	Wettbewerb und Gesundheitsmärkte.....	70
4.1	Interner Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten auf der Nachfrageseite.....	71
4.2	Marktein- und -austritt	72
4.3	Innovationsförderung durch Wettbewerb	75
4.4	Effizienz und Managementqualität	78
4.5	Zugang zu Investitionsmitteln.....	81
4.6	Behandlungsqualität.....	83
5	Ordnungspolitische Steuerung des Wettbewerbs.....	87
5.1	Die Rolle der Trägertypen und des Wettbewerbs	87
5.2	Transparenz	88
5.3	Finanzierung und Bezahlung.....	89
5.4	Regulierungsdichte und Innovationsmöglichkeiten	89
6	Literaturverzeichnis	91

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie untersuchen wir die Rolle der unterschiedlichen Typen von Trägerschaft im Spitalswesen und des Wettbewerbs zwischen diesen im internationalen Vergleich. In diesem Zusammenhang wird zwischen öffentlicher, privat-gemeinnütziger und privat-gewinnorientierter Trägerschaft unterschieden. Nicht in allen europäischen Gesundheitssystemen finden sich alle Typen (Kapitel 2). Die Gründe hierfür liegen häufig in der geschichtlichen Entwicklung des Spitalswesens, der allgemeinen Tradition des jeweiligen Gesundheitssystems sowie in kulturellen Einflussfaktoren. Dort, wo Trägertypenvielfalt existiert, wird diese dazu genutzt, durch Wettbewerb Anreize für Effizienz, Innovation und Qualität zu setzen (Kapitel 3). Die einzelnen Trägertypen spielen dabei unterschiedliche Rollen, wie sie auch in der theoretischen und empirischen Literatur zu finden sind (Kapitel 4).

Die unterschiedlichen Stärken und Schwächen der einzelnen Trägertypen können und werden von Ländern mit Trägervielfalt miteinander positiv im Wettbewerb genutzt. Voraussetzung dafür sind aber die richtigen Rahmenbedingungen (Kapitel 5). Transparenz nach innen zum Zwecke der kontinuierlichen Verbesserung, und Transparenz nach außen, damit Patientinnen und Patienten von ihrer Wahlfreiheit Gebrauch machen können, sind die Grundvoraussetzungen. Wir finden außerdem, dass in den betrachteten Ländern die Trägertypen (mit Ausnahme der Investitionsfinanzierung) weitgehend gleiche Wettbewerbsbedingungen haben, inklusive eines gleichen Bezahlungssystems. Für Österreich stellen wir fest, dass die Trägervielfalt noch mehr genutzt werden könnte, indem ordnungspolitische Maßnahmen Wettbewerb unter gleichen Voraussetzungen zwischen den Trägertypen ermöglichen.

1 Hintergrund und Aufbau der Studie

Die Superiorenkonferenz der Männerorden beauftragte im August 2018 das IHS zu einer Studie, die die Bedeutung der Spitalsträgerschaft im Rahmen einer zukunftsgerichteten Gesundheitsversorgung beleuchten soll. In weiterer Folge wurde die Zielsetzung genauer konkretisiert: Im Fokus des Interesses steht die Frage, wie sich verschiedene Formen von Spitalsträgerschaft auswirken können in Verbindung mit der Frage, wie sich Wettbewerb und Anbietervielfalt im Krankenhausbereich auswirken. Schlussendlich soll herausgearbeitet werden, welche ordnungspolitischen Rahmenbedingungen das Wirken von Wettbewerb in eine gesundheits- und sozialpolitisch gewünschte Richtung lenken.

Der vorliegende Bericht stellt auf Unterschiede in der faktischen Trägerschaft von Krankenanstalten ab, nicht auf Unterschiede in der Versorgungswirksamkeit oder im öffentlichen Auftrag der Krankenanstalten. Unterschiede in der Trägerschaft können, müssen aber nicht mit Unterschieden in der Rechtsform der Trägerin einhergehen. Dementsprechend unterscheidet der Bericht im Wesentlichen drei Arten von Spitalsträgerschaft:

Öffentliche Trägerschaft: Gemeint sind jene Formen, in denen Gebietskörperschaften unmittel- oder mittelbar die Eigentümerinnen von Krankenanstalten sind. Hierunter fallen somit nicht nur Krankenhäuser, deren Trägerin eine Gebietskörperschaft ist, sondern auch jene Krankenhäuser, deren Trägerin eine Holding oder eine Gesellschaft ist, die ganz oder überwiegend in Eigentum von Gebietskörperschaften steht, bzw. für die öffentliche Hand haftet.¹

Gemeinnützige oder privat-nichtgewinnorientierte Trägerschaft meint jene Formen, in denen private Organisationen unmittel- oder mittelbar die Eigentümerinnen von Krankenanstalten sind, der Eigentümerin aber keine Gewinnausschüttung erlaubt ist. Trägerinnen sind hier häufig religiöse oder andere caritative Organisationen, aber auch Sozialversicherungen oder Stiftungen.

Privat-gewinnorientierte Trägerschaft umfasst jene Formen, in denen die privatrechtlichen Trägerorganisationen mit Gewinnerzielungsabsicht Krankenhausleistungen anbieten, und denen Gewinnausschüttung rechtlich erlaubt ist.

Daher sind im Rahmen dieses Berichtes unter „öffentlichen Krankenhäusern“ in Abweichung von der in Österreich in Hinblick auf die öffentliche Versorgung öfter

¹ Dies entspricht im Übrigen auch der Abgrenzung, wie sie seit 2010 in der EU für die Zuordnung von Defiziten und Schulden der öffentlichen Hand verwendet wird.

verwendeten Diktion Krankenhäuser unter öffentlicher Trägerschaft, und nicht (sämtliche Arten von) Krankenhäusern mit öffentlichem Versorgungsauftrag gemeint.

Soweit möglich, bezieht sich der Bericht auf Krankenhäuser für die Akutversorgung, schließt also Anstalten für Rehabilitation, Vorsorge und Langzeitpflege aus. Allerdings sind nach Trägerschaft abgegrenzte Informationen, insbesondere statistische Daten, häufig nicht in dieser Definition verfügbar, und es muss bei der Darstellung auf leicht abweichende Definitionen zurückgegriffen werden.

Die Begriffe Krankenhaus, Krankenanstalt, Spital und Klinik werden im Rahmen dieses Berichtes synonym verwendet.

In einzelnen Fragen sind die in der Literatur dargestellten Informationen nicht eindeutig oder lückenhaft. Freundlicherweise standen uns einige Personen aus den jeweiligen Ländern für Informationen zur Verfügung, denen an dieser Stelle herzlicher gedankt sei. Diese sind (in alphabetischer Reihenfolge): Terkel Christiansen (University of Southern Denmark), Matthias Maurer (ZHAW School of Management and Law, Schweiz) und Carine Milcent (Paris School of Economics).

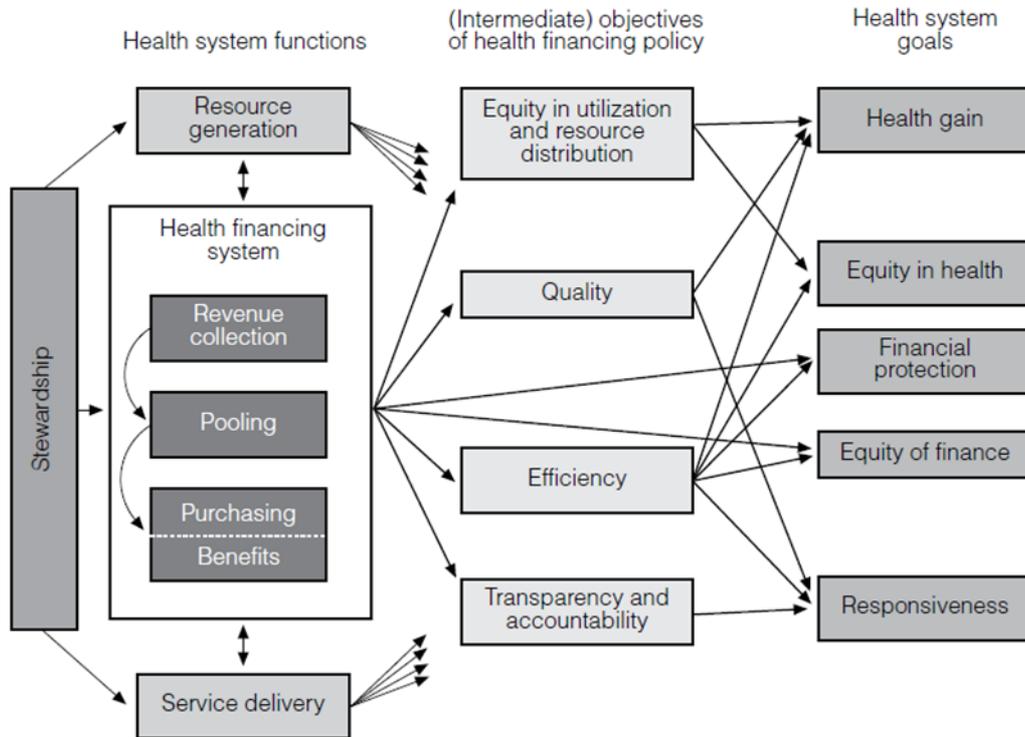
1.1 Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht analysiert die Trägerschaft von Krankenanstalten im Rahmen des WHO-Modelles, das im World Health Report 2000 zur Untersuchung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen vorgestellt und später näher beschrieben und weiter entwickelt wurde (Kutzin 2001; Kutzin et al. 2010). Das Modell zielt auf die systemunabhängige (also länderübergreifende) Analyse der Schlüsselfunktionen und Ziele eines Gesundheitssystems und etwaiger Reformoptionen ab (Kutzin 2001: 171). Demnach sind unabhängig von der traditionellen Einteilung der Gesundheitssysteme in „Sozialversicherungstradition“ und „staatliche Systeme“ bestimmte Elemente immer vorhanden. Eine Strukturierung nach diesen Elementen kann daher internationale Vergleiche erleichtern.

Kutzin et al. (2010) nennen als Ziele des Gesundheitswesens neben einer allgemeinen Verbesserung der Gesundheit, einer Erhöhung der Bedarfsgerechtigkeit und der gesundheitlichen Chancengleichheit auch den Schutz vor finanziellen Risiken und eine gerechte Verteilung der Finanzierungslast, vgl. Abbildung 1. Diese normativen Ziele werden der positiven Beschreibung eines Gesundheitssystems gegenübergestellt. In den europäischen Gesundheitssystemen entsprechen die politischen Zielformulierungen weitgehend diesen normativen Empfehlungen, und gelten ebenso bei isolierter Bezugnahme auf den Krankenanstaltensektor.

Gemäß diesem Modell dienen Zwischenziele als Anhaltspunkte am Weg zur Erreichung der „eigentlichen Ziele“. Zu ersteren zählen Qualität und Effizienz der Leistungserbringung, effiziente Verwaltung, eine gerechte Verwendung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen, aber auch eine Verbesserung der Transparenz und Rechenschaftspflichten („accountability“) gegenüber der Bevölkerung. Die ökonomische Theorie zeigt für vollkommene Märkte mit vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf Angebots- und Nachfrageseite, dass sich Wettbewerb im Leistungsangebot positiv auf die Effizienz auswirkt, da Wettbewerb als Innovationsmotor wirkt. Gleichzeitig belegt eine umfangreiche Literatur, dass das Gesundheitswesen im Allgemeinen und der Krankenhaussektor im Besonderen gerade eben keine vollkommenen Märkte darstellen (Rice et al. 1998). Daher ist Regulierung gefordert, um den Wettbewerb auf Märkten für Gesundheitsgüter in jene Richtung zu lenken, die die gesamtgesellschaftlichen Zielsetzungen am besten erfüllt. Im WHO-Modell erfolgt diese Regulierung im Rahmen der „Stewardship“-Funktion, die als eine der vier Schlüsselfunktionen von Gesundheitssystemen identifiziert wurde, neben bzw. übergeordnet zur Gesundheitsfinanzierung („health financing system“), der Erschließung von Ressourcen („resource generation“) und der Erbringung von Gesundheitsleistungen („service delivery“).

Abbildung 1: Verbindungen zwischen Zielen, Zwischenzielen und Funktionen eines Gesundheitssystems



Quelle: Kutzin et al. (2010).

Im Folgenden Kapitel 2 wird ein Überblick über die Spitalsträgerlandschaft in europäischen Staaten gegeben. Daraus werden im folgenden Kapitel 3 einige Staaten herausgegriffen und näher analysiert. In Kapitel 4 werden die Länderbeispiele vor dem Hintergrund theoretischer und empirischer Literatur zu Unterschieden zwischen den Trägertypen insbesondere in Hinblick auf die Wirkungen von Trägerwettbewerb näher betrachtet. In der Realität treffen die einzelnen Trägertypen auf unterschiedliche ordnungspolitische Rahmenbedingungen, welche schließlich in Kapitel 5 diskutiert werden.

1.2 Kurzer Überblick über das österreichische Spitalswesen

Das österreichische Krankenanstaltenrecht kennt einen sehr weiten Begriff der Krankenanstalt (§2 KaKuG). So sind auch Ambulatorien Krankenanstalten, die eben nicht bettenführend sind. Im internationalen Vergleich beschränken wir uns daher auf den Bereich der bettenführenden Krankenanstalten und verwenden wie hierzulande üblich die Begriffe Krankenanstalt, Krankenhaus und Spital synonym.

In Österreich gab es 2017², dem letzten Berichtsjahr, 271 bettenführende Krankenanstalten mit insgesamt 64.805 „tatsächlich aufgestellten Betten“. Letzterer Begriff bezieht sich darauf, dass die Bettenverfügbarkeit über das Jahr schwankt und von den systemisierten Betten dadurch letztlich abweicht. Die Krankenanstalten werden weiter unterteilt in solche der **Akutversorgung** und solche der **Nicht-Akutversorgung**. Letztere sind in erster Linie Rehabilitationseinrichtungen, Genesungsheime und Langzeiteinrichtungen (z.B. Langzeitpsychiatrie). Mit dem landläufigen Begriff „Spital“ ist also meist der Akutversorgungsbereich gemeint, also eine bettenführende Einrichtung, in der Menschen über einen kurzen Zeitraum stationär zur Behandlung bzw. einen Eingriff aufgenommen werden. Dementsprechend sind Spitäler mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von unter 18 Tagen dem Akutversorgungsbereich zugeordnet. Dieser besteht im Wesentlichen aus drei großen Bereichen. Zum einen sind hier die Unfallspitäler zu finden, welche von den Unfallversicherungsträgern direkt finanziert werden. Der zweite und mengenmäßig bedeutendste Bereich sind die Krankenanstalten, die über den Landesgesundheitsfonds (LGF) des jeweiligen Bundeslandes finanziert werden. Wir nennen sie kurz „Fondskrankenanstalten“. Der letzte Bereich sind die 45 Krankenanstalten, die Anspruch auf Finanzierung aus dem Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds (PRIKRAF) haben.

Diese **PRIKRAF-Krankenanstalten** können auch gewinnorientiert sein und sind dies in fast allen Fällen auch. Der PRIKRAF wird dabei von den Sozialversicherungsträgern dotiert. Die Erstattung von Leistungen an sozialversicherten PatientInnen erfolgt wie im LGF auf Basis des österreichischen Fallpauschalensystems LKF. PatientInnen, die sich in einem PRIKRAF-Spital behandeln lassen möchten, wählen ihren Arzt in der Regel privat (Belegarztsystem), das Honorar sowie erhöhter Komfort werden daher ebenfalls privat oder von der Zusatzversicherung beglichen.

² Die Zahlen im Folgenden stammen von der Website „Krankenanstalten in Zahlen“ des BMASGK. [Zugriff 7.3.2019]

Die **landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten** (114 im Jahr 2017) bilden das Herzstück der öffentlich finanzierten Akutversorgung und stellen auch den größten Anteil an Spitalsbetten in Österreich (44.738 der insgesamt 64.805 Betten). Spitäler im Landesgesundheitsfonds müssen gemeinnützig nach §16 KaKuG sein. Dementsprechend gibt es zwei große Gruppen. Mit fast 80% der Bettenkapazität stellen **öffentliche Träger** den größten Teil. Die meisten Spitäler stehen dabei entweder direkt im Eigentum des jeweiligen Bundeslands, oder werden indirekt über eine privatrechtliche Gesellschaft im Eigentum des jeweiligen Bundeslandes gehalten. Nur ein kleiner Teil der Fondspitäler gehört heute noch den Gemeinden oder Bezirken.

Mit etwas über 20% stellen die **privat-gemeinnützigen** Träger die zweite große Gruppe unter den Fondsspitalern. Hierbei stehen wiederum die meisten Spitäler im Eigentum religiöser Orden.

Der Landesgesundheitsfonds jedes Bundeslandes wird über eine komplexe Mischfinanzierung dotiert, welche in der Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz über die Organisation und Finanzierung des Spitalwesens festgelegt und alle fünf Jahre neu verhandelt wird. Größter singulärer Zahler sind die Sozialversicherungsträger, gefolgt von Ländern, Bund und Gemeinden.

Die Bezahlung der Spitäler durch den jeweiligen Landesgesundheitsfonds erfolgt durch ein vom BMASGK gewartetes Fallpauschalensystem mit der Bezeichnung Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Dabei werden die Mittel die für den stationären Bereich bzw. den ambulanten Bereich im Landesgesundheitsfonds vorgesehen sind, auf die im Rahmen dieses Systems erbrachten Punkte verteilt.

Da die Dotierung in den meisten Bundesländern nur mindestens 50% der Kosten decken muss, wird über das LKF-System in den meisten Bundesländern keine vollständige Kostendeckung auf Ebene der Spitäler erreicht. Es entsteht der sogenannte Betriebsabgang, vereinfacht gesagt der Überschuss der Kosten über die Einnahmen. Auf landesgesetzlicher Ebene ist die Abdeckung dieses Betriebsabgangs länderweise unterschiedlich geregelt und erfolgt über das jeweilige Bundesland und seine Gemeinden. Was nicht über die Betriebsabgangsdeckung bezahlt wird, verbleibt beim Rechtsträger, auch wenn dieser effizient wirtschaftet. Während dieser Rechtsträgeranteil der Kosten bei öffentlichen Spitalern wiederum von der öffentlichen Hand getragen wird, müssen privat-gemeinnützigen Träger, allerdings nicht auf gesetzlicher sondern auf privatrechtlicher Basis, um weitere Subventionsmittel ansuchen.

Abbildung 2: Übersicht über die österreichische Spitallandschaft

Alle Krankenanstalten							
Standort	Anzahl Krankenanstalten	Tatsächlich aufgestellte Betten	Tbett in %	Belagstage	BT in %	Personal (VZÄ)	Personal (VZÄ) in %
Öffentliche Träger	147	45.235	69,8	12.713.321	69,2	110.909	78,9
Bund	6	263	0,4	31.350	0,2	419	0,3
Land	88	36.119	55,7	10.059.788	54,7	96.452	68,6
Gemeinde	10	2.487	3,8	671.194	3,7	4.950	3,5
Krankenkassen und Fürsorgeverbände	9	1.400	2,2	408.061	2,2	2.643	1,9
Unfall- und Pensionsversicherungsanstalt	34	4.966	7,7	1.542.928	8,4	6.445	4,6
private Träger	124	19.570	30,2	5.663.924	30,8	29.684	21,1
Geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften/Gesellsch	35	10.156	15,7	2.839.522	15,5	21.198	15,1
Vereine/Stiftung	4	357	0,6	104.423	0,6	261	0,2
Privatgesellschaften	85	9.057	14,0	2.719.979	14,8	8.224	5,8
gesamt	271	64.805		18.377.245		140.593	

Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (LGF)							
Standort	Anzahl Krankenanstalten	Tatsächlich aufgestellte Betten	Tbett in %	Belagstage	BT in %	Personal (VZÄ)	Personal (VZÄ) in %
Öffentliche Träger	80	35.612	79,6	9.685.437	79,3	99.195	83,0
Land	71	32.962	73,7	8.970.227	73,5	93.043	77,8
Gemeinde	8	2.279	5,1	608.397	5,0	4.743	4,0
Krankenkassen und Fürsorgeverbände	1	371	0,8	106.813	0,9	1.408	1,2
private Träger	34	9.126	20,4	2.526.464	20,7	20.353	17,0
Geistliche Orden und Glaubensgemeinschaften/Gesellsch	28	8.421	18,8	2.319.457	19,0	19.145	16,0
Vereine/Stiftung	1	85	0,2	26.971	0,2	112	0,1
Privatgesellschaften	5	620	1,4	180.036	1,5	1.097	0,9
gesamt	114	44.738		12.211.901		119.548	

Quelle: BMASGK 2019, zusätzliche Berechnungen IHS

2 Spitalsträgerlandschaft in Europa

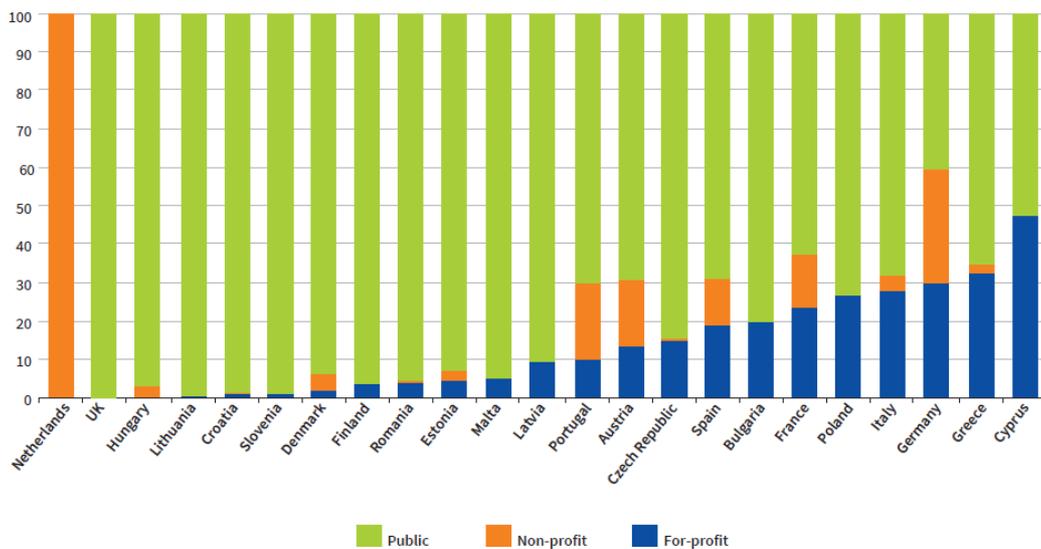
Die Literatur zur Spitalsträgerschaft wird sehr stark von Erkenntnissen aus dem US-amerikanischen Gesundheitswesen dominiert. Erkenntnisse sind von dort jedoch nur bedingt auf Österreich übertragbar, da das Weltbild und die Wertvorstellungen von Bevölkerung sowie Trägerorganisationen nur eingeschränkt vergleichbar sind. In diesem Bericht legen wir daher mehr Gewicht auf Erkenntnisse aus Europa und anderen Ländern mit einem Gesundheitswesen, dessen Wertvorstellungen stärker mit der in Österreich bestehenden Sicht überlappen. Erkenntnisse aus den USA berücksichtigen wir bei Themen, für die uns keine Evidenz aus besser vergleichbaren Ländern vorliegt. Um die Erkenntnisse aus der empirischen Literatur besser einordnen zu können, beschränken wir den quantitativen Blick auf die Trägerstruktur in ausgewählten europäischen Ländern.

Exkurs: Trägerschaft in den USA

In den USA bestehen die bekannten Unterschiede im Vertrauen gegenüber Marktkräften und der Verantwortung der Individuen für das eigene Wohlergehen. Darüberhinaus bestehen auch weitere, unseres Erachtens berücksichtigungswerte Unterschiede bei der Trägerstruktur: Wie in etlichen europäischen Ländern, sind privat-gemeinnützige Spitäler ein sehr bedeutender Teil der gesamten Spitallandschaft; laut Daten der Kaiser Family Foundation waren im Jahr 2016 59% aller US Spitäler privat-gemeinnützig, 21% privat-gewinnorientiert und 20% unter öffentlicher Trägerschaft (<https://www.kff.org/other/state-indicator/hospitals-by-ownership/>). In Europa werden privat-gemeinnützige Spitäler vor allem (wenn auch nicht ausschließlich) von religiösen Gemeinschaften betrieben. In den USA sind häufig auch Stiftungen Betreiberinnen von zum Teil weltweit bekannten Krankenhäusern bzw. Gesundheitsketten, deren bekannteste vermutlich das non-profit-Unternehmen *Mayo Clinic* ist. Auch in den USA werden einige Kliniken von religiösen Gemeinschaften betrieben, diese vertreten jedoch häufiger ein calvinistisch angelehntes denn ein katholisches Wertegerüst, was sich ebenfalls in Managementzielen und Gebarung niederschlagen kann. In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass die Steuerbefreiung der privat-gemeinnützigen Krankenhäuser in den USA immer wieder Gegenstand öffentlicher Diskussion ist. Zur Erklärung trägt hier vermutlich bei, dass die privat-gemeinnützigen Krankenhäuser in den USA oft zu den größten Landbesitzern und Arbeitgebern der Gemeinde gehören, und dass zu den 10 Krankenhäusern, die die höchsten Überschüsse pro versorgter PatientIn erzielten, sieben privat-gemeinnützige und drei privat-gewinnorientierte Krankenhäuser gehörten. (Bai, Andersen 2016)

Die Trägerstruktur in Europa unterscheidet sich zwischen den einzelnen europäischen Ländern beträchtlich (Abbildung 3). In fast allen Ländern steht die Mehrheit der Betten in Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft. Die einzigen Ausnahmen sind einerseits die Niederlande, die ausschließlich auf privat-gemeinnützige Träger setzen, unseres Wissens nach auch außerhalb Europas als einziges Land. Und zweitens stehen in Deutschland inzwischen nur noch rund 40% der Betten unter öffentlicher Trägerschaft, und die verbleibende Bettenkapazität zu in etwa gleichen Teilen unter privat-gemeinnütziger und privat-gewinnorientierter Trägerschaft. Nur in Zypern und Griechenland ist der privat-gewinnorientierte Anteil an der Bettenkapazität höher als in Deutschland. Im Vereinigten Königreich, Skandinavien und einigen neuen EU-Mitgliedsländern erreicht der privat-gewinnorientierte Anteil weniger als 10% der Bettenkapazität. Der Anteil der privat-gemeinnützigen Krankenhäuser ist nach den Niederlanden in Deutschland, Portugal, Österreich, Frankreich und Spanien am höchsten.

Abbildung 3: Verteilung der Krankenhausbetten nach Trägerschaft, 2014, in %



Anmerkungen: Daten für öffentliche Träger in Dänemark für 2015, Ungarn für 2011 und Italien für 2013.
Quelle: Eurofound (2017).

Tabelle 1 fasst einige Kennzahlen der Trägerstruktur in den ausgewählten Ländern zusammen. In Ländern mit überwiegend staatlichem Gesundheitssystem (Griechenland, Italien, Portugal, Spanien), aber auch in Österreich und Frankreich stehen rund zwei Drittel der Krankenhausbetten unter staatlicher Trägerschaft, bei unterschiedlicher Aufteilung des restlichen Drittels auf privat-gemeinnützige und privat-gewinnorientierte Träger. In Italien und Griechenland stehen weniger als 4% aller Krankenhausbetten unter gemeinnütziger Trägerschaft. In den anderen

vorwiegend steuerfinanzierten Ländern ist der Anteil zwar geringer als in Österreich, aber doch im zweistelligen Bereich. Der Tabelle ist außerdem zu entnehmen, dass die Bettendichte in Deutschland und Österreich rund doppelt so hoch wie in den meisten Vergleichsländern ist; lediglich die französische Bettendichte liegt nur ein wenig unter jener in Deutschland und Österreich.

Zu beachten ist in der Tabelle und den nachfolgenden Abbildungen, dass diese Daten neben der Akut-Versorgung auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen umfassen; internationale Bettenzahlen nach Trägerschaft, aber beschränkt auf Akut-Krankenhäuser sind leider nicht verfügbar. Daher weist die Tabelle in der letzten Spalte die Akutbettendichte (ohne Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, ohne Gliederung nach Trägern) aus. Der Vergleich der letzten beiden Spalten verdeutlicht, dass zwar auch im rehabilitativen Bereich die drei Sozialversicherungsländer über eine höhere Bettendichte verfügen als die Niederlande und Länder mit stärker staatlich dominierten Systemen. Eine im internationalen Vergleich überdurchschnittliche Bettendichte ist in Österreich und Deutschland aber trotz des in den letzten Jahren erfolgten Bettenabbaus auch in der Akutversorgung noch immer vorhanden.

Die darauf folgenden Abbildungen zeichnen die zeitliche Entwicklung der Bettenstruktur seit 2008 nach (erster gemeinsam verfügbarer Zeitpunkt der Datenquelle) und weisen nochmals auf die internationalen Unterschiede in der Bettendichte hin. Demnach reduzierte sich die Bettendichte im Bereich der öffentlichen Träger in einigen Ländern, hier sind besonders Frankreich, Griechenland und Italien zu nennen.

Tabelle 1: Verteilung der Krankenhausbetten nach Trägerschaft, 2016

	Öffentlich ¹	privat-gemeinnützig ²	privat-gewinnorientiert ³	Betten / 1000 EW, gesamt	Betten / 1000 EW, akut ⁴
Deutschland	40,5%	29,1%	30,3%	8,1	6,1
Österreich	69,3%	17,3%	13,5%	7,4	5,5
Frankreich	61,9%	14,1%	24,0%	6,0	3,1
Griechenland	65,3%	1,9%	32,8%	4,2	3,6
Niederlande	0%	100%	0%	3,6	3,2
Portugal	68,1%	20,4%	11,5%	3,4	3,3
Italien ⁵	67,6%	3,9%	28,5%	3,2	2,6
Spanien	68,6%	12,3%	19,0%	3,0	2,4
Dänemark	93,6%	4,2%	2,1%	2,6	2,5

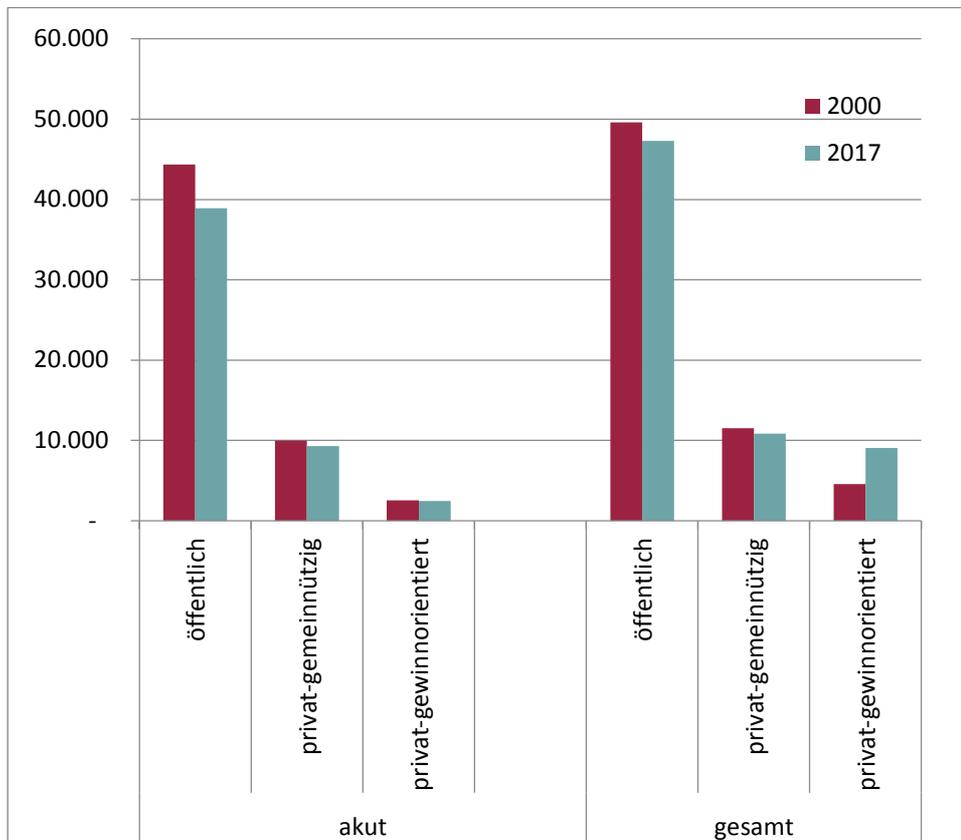
Quelle: Eurostat – Hospital beds by ownership type³.

Anmerkungen: Alle außer der letzten Spalte: Betten in Allgemeinen Krankenhäusern plus Betten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. (1) vom Staat oder anderen öffentlichen Einrichtungen kontrolliert (2) Zweck der Einrichtung ist das Anbieten von Gütern und Dienstleistungen, Profit darf nicht erwirtschaftet werden (3) Zweck ist das Anbieten von Gütern und Dienstleistungen, die Erwirtschaftung von Profiten ist erlaubt (4) Betten in Akut-Krankenhäusern. (5) 2015.

Der Rückgang in Österreich war weniger markant und von einem gleichzeitigen Anstieg bei privat-gewinnorientierten Einrichtungen begleitet, der sich aber kaum in der akutstationären Versorgung abspielt. Diese Entwicklung in Österreich wird in Abbildung 4 verdeutlicht. Dargestellt sind hier gemäß Einteilung des BMASGK die Trägertypen in Akutsektor und gesamt. Der Akutversorgungssektor umfasst dabei neben den Landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten die Unfallkrankenanstalten, die Krankenanstalten des PRIKRAF und dergleichen. Die Darstellung „gesamt“ enthält auch den Nicht-Akutversorgungsbereich, also inklusive Langzeitversorgungseinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen und Genesungsheime.

³ http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_bds2&lang=en

Abbildung 4: Entwicklung der Bettenzahl nach Trägertyp, Österreich, 2000 und 2017



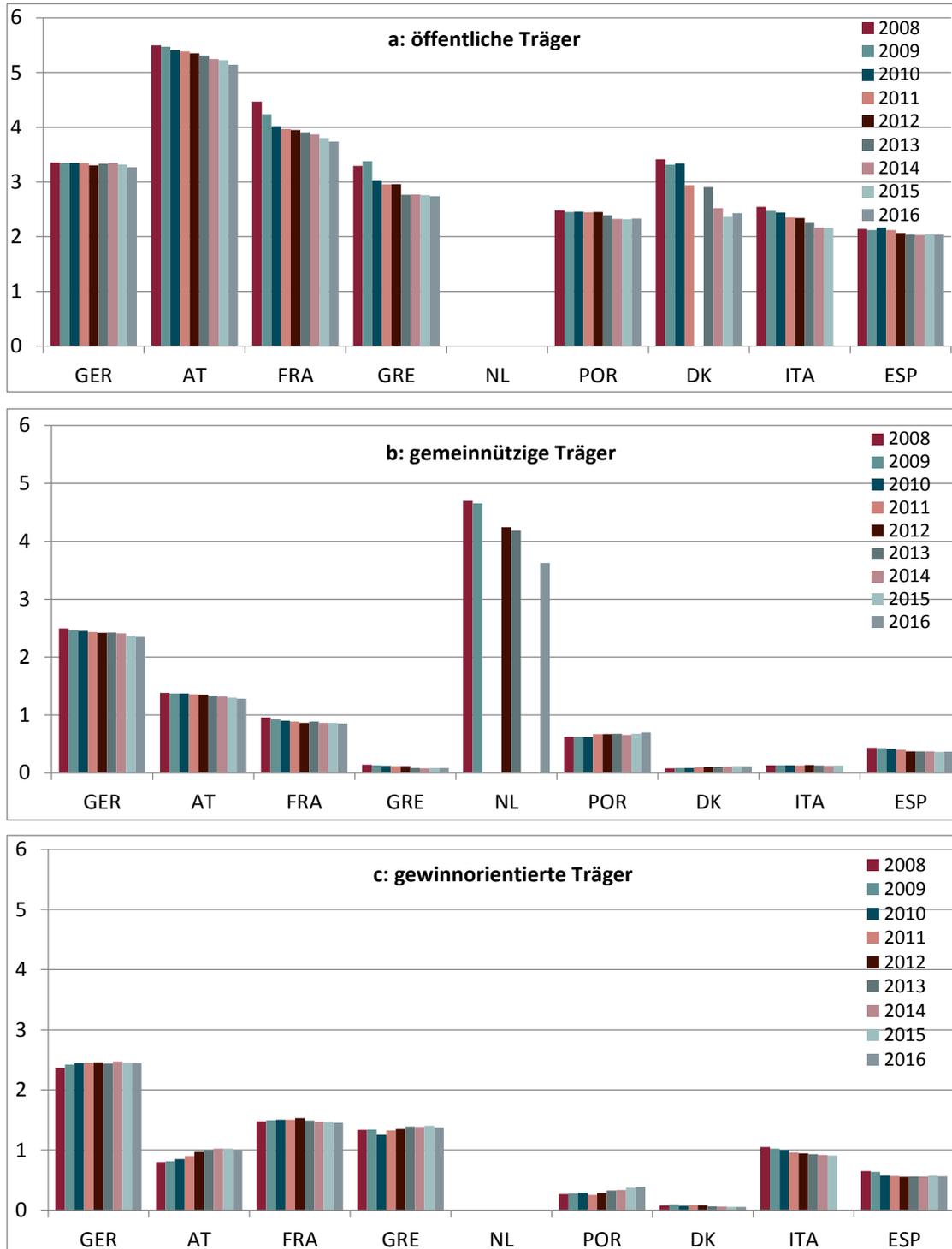
Quelle: BMASGK, Krankenanstalten in Zahlen, lfd. Jg.

Anmerkung: „gesamt“ inkludiert zusätzlich die Versorgungssektoren Genesung/Prävention, Langzeitversorgung, Rehabilitation.

Der in Abbildung 5 dargestellte Zeitraum zeigt für Deutschland eine relativ konstante Trägerstruktur, die aber vor dem Hintergrund der großen Umschichtungen in den Jahren davor zu sehen ist: Bereits im Zeitraum 1991 bis 2008 sank der Anteil der Betten in öffentlicher Trägerschaft von 54% auf 41%, bei gleichzeitigem Anstieg des privat-gewinnorientierten Bettenanteils von 15% auf 29%. Die Veränderung des privat-gemeinnützigen Anteils machte in diesem Zeitraum weniger als einen Prozentpunkt aus. Die Anteilsverschiebungen in den folgenden Jahren behielten zwar die Richtung bei, waren aber nur noch vergleichsweise marginal. Die detaillierten deutschen Daten erlauben zudem eine isolierte Darstellung des akut-stationären Bereiches, die im Länderkapitel über Deutschland enthalten ist (Abbildung 7a).

Für Österreich muss beachtet werden, dass der Anstieg der Betten im Bereich der privat-gewinnorientierten Träger in erster Linie nicht im Akutversorgungsbereich stattfand. Nach tatsächlich aufgestellten Betten nahm der Akutversorgungsbereich um 8% zwischen 2008 und 2017 ab, während der Nicht-Akutsektor im gleichen Zeitraum um 45% an Betten gewann (BMASGK 2019).

Abbildung 5: Krankenhausbetten je 1000 EW nach Trägerschaft



Quelle: Eurostat.

Anmerkungen: siehe Tabelle 1. Länderreihenfolge nach absteigender gesamter Bettenzahl je 1000 EW.

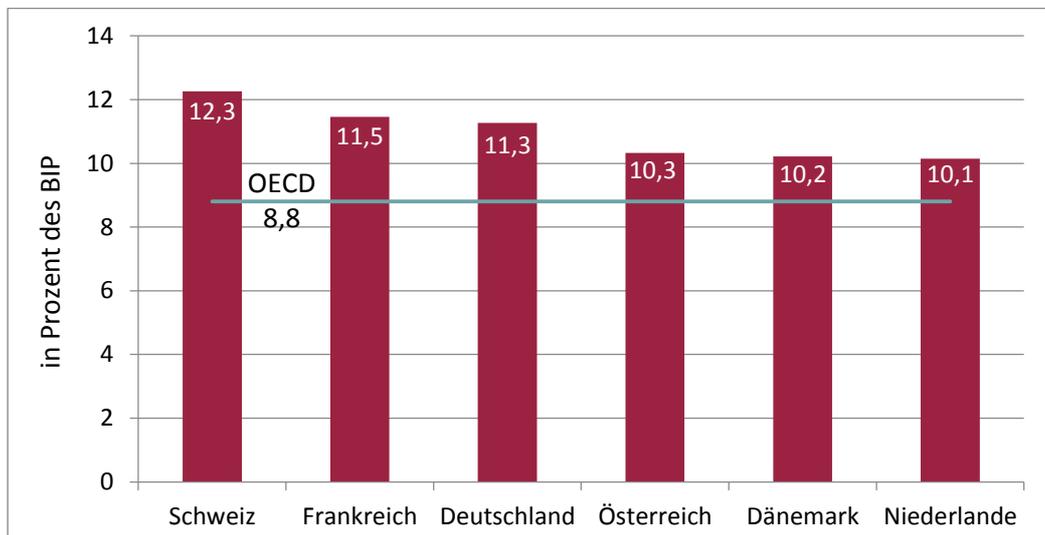
Die Struktur der Trägerschaft ist nicht nur mit den gegenwärtigen Präferenzen der Bevölkerung, sondern sehr stark auch mit der historischen Entwicklung eines Landes verknüpft. Um diese Aspekte exemplarisch anhand einiger Länder herauszuarbeiten, treffen wir eine Auswahl, die einerseits vielfältige Möglichkeiten aufzeigen und andererseits für Österreich interessante Vergleiche ermöglichen soll:

Die Niederlande und Dänemark werden herangezogen, um zu hinterfragen wie sich eine (nahezu) einheitliche Trägerschaft entwickelt hat, die aber in beiden Ländern auf verschiedene Trägertypen bezogen ist. Deutschland, Frankreich und als einziges Nicht-EU-Land in unserem Sample die Schweiz dienen als Beispiele für einen Trägermix, in dem wie in Österreich alle drei Trägertypen relevante Anteile halten. In allen drei Ländern waren jedoch in den letzten Jahren stärkere Kapazitätsgewinne der privatgewinnorientierten Träger zu verzeichnen als in Österreich. Im folgenden Kapitel werden ausgewählte Aspekte der Krankenhauslandschaft und der jeweiligen Trägerstruktur in den genannten Ländern vorgestellt.

3 Trägerlandschaft in ausgewählten europäischen Ländern

Im Folgenden werden einzelne Länder genauer betrachtet. Auf eine kurze Übersicht über das Gesundheits- und Spitalswesen folgt ein historischer Überblick über die Entwicklung sowie eine detaillierte Darstellung der Spitalsträgerlandschaft. Exemplarisch sind für Länder, in denen private Träger eine große Bedeutung haben, Kennzahlen zur Gebarung dargestellt. Abgeschlossen wird jedes Länderkapitel mit einer Diskussion, um die Informationen einzuordnen. Die hier ausgewählten Länder weisen durchwegs, gemessen am Durchschnitt der OECD-Länder, überdurchschnittlich hohe Ausgaben für Gesundheit aus, wie Abbildung 6 zeigt.

Abbildung 6: Laufende Ausgaben für Gesundheit in Prozent des BIP, 2017



Quelle: OECD Health Statistics 2018.

3.1 Dänemark

3.1.1 Überblick über das Gesundheits- und Spitalswesen

Dänemark ist ein unitärer Staat mit 5,6 Mio. Einwohnern und hat ein staatliches, steuerfinanziertes Gesundheitswesen (Beveridge-System). Hauptverantwortlich für die Vollziehung sind die 5 Regionen mit ihren gewählten Vertretungen, die jedoch über finanzielle Zuweisungen vom Zentralstaat an Ziele gebunden werden. Diese Struktur ist das Ergebnis einer umfassenden Staatsreform im Jahr 2007, welche auch die Zahl der Spitäler um rund die Hälfte reduziert hat. Dänemark hat dementsprechend eine geringe Akutbettendichte von nur 2,5 Betten je 1.000 EW. Das Spitalswesen wird von

öffentlichen Trägerinnen, namentlich den Regionen, dominiert. Nur 4,2% aller Krankenhausbetten im Jahr 2016 standen in gemeinnützigen Einrichtungen bzw. 2,1% in gewinnorientierten. Private Krankenanstalten beider Typen kommen im Rahmen der öffentlichen Versorgung vor allem dann zum Zug, wenn das öffentliche System Wartezeitgarantien nicht einhalten kann.

3.1.2 Historische Entwicklung

In Dänemark waren Krankenhäuser seit ihrer Entstehung im 19. Jahrhundert vor allem im Besitz der lokalen Gebietskörperschaften – Gemeinden oder Bezirke – und wurden zu einem Teil von Steuern, aber auch durch Selbstbehalte finanziert. Die vor der Reformation 1536 bestehenden katholischen – also privat-gemeinnützigen – Spitäler verschwanden schon im Zuge der Reformation und hinterließen ein gewisses Vakuum. Um Selbstbehalte in der Behandlung abzudecken, entwickelten sich Versicherungen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, welche ab 1892 auch staatliche Förderungen erhielten und die kostenlose Inanspruchnahme von Spitalsleistungen ermöglichten. Obwohl diese Versicherungen über die Zeit einen immer höheren Abdeckungsgrad erreichten, wurden sie 1973 abgeschafft und ein staatliches, steuerfinanziertes (Beveridge-) System eingeführt. Die damals noch 14 Regionen übernahmen die Rolle als Versicherer.

Eine tiefgreifende Umwälzung im gesamten Staat, dem Gesundheitswesen sowie dem Spitalwesen stellte die Strukturreform von 2007 dar. Die Zahl der Regionen wurde von 14 auf fünf reduziert, die Zahl der Gemeinden von 271 auf 98, die Zahl der Spitäler von 40 auf 21 halbiert (Christiansen, Vrangbæk 2017). Seither fungieren die Regionen als Trägerinnen und Betreiberinnen der öffentlichen Krankenhäuser. Außerdem sind sie für die Verträge für die hausärztliche und weitere extramurale gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zuständig. Durch die alleinige Trägerschaft und ihre umfangreiche Entscheidungsbefugnis (innerhalb des nationalen Rahmens) können die Regionen die Krankenhäuser hinsichtlich Spezialisierung, Standort und Einbindung in die jeweilige regionale Versorgungsstruktur gut koordinieren. Die Regionen hatten nach der Reform durchaus Interesse daran, die nationalen Planungsvorgaben einzuhalten, da die Finanzierung der Restrukturierung daran geknüpft war, und sie im Zuge der Reform – die ja mehr als nur den Gesundheitssektor betroffen hatte – auch die Befugnis für regionale Steuereinhebung verloren hatten. (Christiansen, Vrangbæk 2018).

Pro Region dient ein Krankenhaus als Universitätsspital, und insgesamt gibt es 21 Krankenhäuser für eine Bevölkerung von 5,6 Millionen Personen. Die Reform zielte darauf ab, vor allem aus Qualitäts- aber auch aus Effizienzgründen spezialisierte Behandlungen auf wenige Standorte zu konzentrieren, um somit höhere Fallzahlen zu

erreichen. Daher werden einige Behandlungen (beispielsweise bei Lungenkrebs oder schweren Verbrennungen) nur an ein bis drei Standorten angeboten, was vom gesamten Spitalssektor die Bereitschaft zur Kooperation verlangt. Mit der Konzentration auf weniger Standorte ging auch ein Ausbau im Rettungswesen einher, der Rettungsfahrzeuge, Hubschrauber und auch die Kommunikation zwischen Transport und Ziel-Krankenhaus betraf.

Die akute Krankenversorgung macht einen großen Teil der Spitalsaktivitäten aus, im Jahr 2015 72% aller Spitalsfälle. 17 der 21 Krankenhäuser haben eine gemeinsame Aufnahmestation eingerichtet, in die auch die Notfallambulanz integriert ist. Diese gemeinsamen Aufnahmestationen sollen dazu dienen, die Patientinnen und Patienten schneller an die passenden Abteilungen weiterzuleiten, und die Aufnahme neuer Fälle an einem Ort je Krankenhaus zu konzentrieren. (Christiansen, Vrangbæk 2018).

3.1.3 Trägerstruktur im Spitalsbereich

Wie einleitend erläutert, agieren traditionell Gebietskörperschaften als Trägerinnen der dänischen Krankenhäuser. Überdies wurden einzelne zuvor privat-gemeinnützige Häuser in der Reform von 2007 von den jeweiligen Regionen übernommen. Die wenigen verbliebenen privat-gemeinnützigen Häuser konzentrieren sich auf Rehabilitation, zwei sind Hospize; damit spielt der privat-gemeinnützige Sektor in der Akut-Versorgung keine Rolle. Seit dem Gesetz für die freie Wahl der Krankenhausversorgung (ebenfalls Teil der Reform 2007) darf zwischen den Krankenhäusern der Regionen und einigen privat-gemeinnützigen Krankenhäusern derselben Versorgungsstufe gewählt werden.

Seit den 1990er Jahren bis zum Einsetzen der Finanzkrise haben Krankenhäuser in privat-gewinnorientierter Trägerschaft an Bedeutung gewonnen, die meisten konnten aber erst ca. 2002 die Gewinnzone erreichen. Es dauerte für viele privat-gewinnorientierte Krankenhäuser aber nur wenige Jahre, bis sie wieder in die Verlustzone abglitten. Die Kapazität der gewinnorientierten erreichte nur rund 2,5% der gesamten Bettenkapazität. Im dänischen Parlament wurde wiederholt und kontrovers diskutiert, ob privat-gewinnorientierte Kliniken im Sinne einer innovativen und guten Ergänzung zu begrüßen, oder als Bedrohung für allgemeinen und gerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen abzulehnen sind. (Olejaz et al. 2012:29)

Privat-gewinnorientierte Krankenhäuser kann nur in Anspruch nehmen, wer über eine Privatversicherung verfügt, oft mit Unterstützung durch die Arbeitgeberin oder den Arbeitgeber. Diese Krankenhäuser werden vor allem dann aufgesucht, wenn die Wartezeit auf Behandlung im öffentlichen Sektor zu lang wird; für Qualitätsunterschiede in der Behandlung durch öffentliche bzw. private Krankenhäuser liegen keine Belege vor. Eine seriöse Untersuchung bezüglich allfälliger

Qualitätsunterschiede ist auch schwer durchführbar, da private Krankenhäuser quantitativ unbedeutend sind und ihre Rolle kaum mit der der öffentlichen Einrichtungen vergleichbar ist.

Private Krankenhäuser erfüllen damit eine Funktion als Kapazitätspuffer, wenn öffentliche Kapazitäten nicht ausreichen, um die Wartezeit-Garantien zu erfüllen. Kurze Wartezeiten genießen hohe politische Priorität. Im Allgemeinen besteht das Recht auf eine Diagnose innerhalb von 30 Tagen nach der hausärztlichen Überweisung (sofern professionell machbar), und das Recht auf Behandlung innerhalb von weiteren 30 Tagen ab Diagnoseerstellung; bei lebensbedrohlichen Diagnosen bestehen kürzere Wartezeitengarantien. Kann ein regionales Krankenhaus die Wartezeitengarantie nicht erfüllen, so erweitert sich die Wahlmöglichkeit für Patientinnen und Patienten und schließt auch jene privaten Kliniken ein, die mit der Region oder dem Regionsverbund einen Vertrag abgeschlossen haben. Diese Politik wird von allen Parlamentsparteien unterstützt.

3.1.4 Finanzierung

Bis 1999 erfolgte die Finanzierung der Krankenhäuser über Globalbudgets. Diese waren mit dem Erreichen von Zielvorgaben verbunden, die sich auf Outputindikatoren (wie Fallzahlen), aber auch z.B. auf bestimmte Wartezeiten bezogen. Eine Veröffentlichung dieser Indikatoren und die Erzeugung von Wettbewerbsdruck standen nicht im Fokus der Politik, da befürchtet wurde, dass hierdurch der gleiche Zugang zu Krankenhausleistungen leiden könnte. Dementsprechend wurde auch kein einheitlicher Satz von Indikatoren entwickelt, sondern es wurden je nach Region, oder sogar Krankenhaus, unterschiedliche Indikatoren verwendet. In einem mehrjährigen Prozess wurde die Krankenhausfinanzierung sukzessive von einem Globalbudget auf ein Mischsystem mit einem DRG-Anteil umgestellt. Im Jahr 2008 erreichte der DRG-Anteil 50% des jeweiligen Budgetvolumens, bis 2010 hatten zwei Regionen den Anteil freiwillig auf 70% ausgedehnt. (Birk, Smith-Jervelund 2017) Interessant ist die nicht unumstrittene „2-Prozent-Regel“: es wird gefordert, dass der Leistungsumfang jedes Jahr um 2% zunehmen darf, und dieser Zuwachs ohne zusätzliches Budget durch Produktivitätssteigerungen aufzufangen ist. (Christiansen, Vrangbæk 2018) Im Oktober 2017 entschied das dänische Parlament, diese „2-Prozent-Regel“ wieder abzuschaffen, um den Regionen mehr Anpassungsspielraum zu lassen. (Birk 2017)

Die Finanzierung von Investitionen wird hiervon getrennt zwischen der dänischen Regierung und den Regionen ausverhandelt.

In den 2000er Jahren wurde die Finanzierung privater Krankenhäuser als (zu) großzügig angesehen, und eine Reihe privater Einrichtungen entstand. Als Ursache dafür, dass die Regierung die Entstehung privater Einrichtungen unterstützte, werden ideologische

Gründe und einfach der Wunsch nach Wettbewerb genannt. Auch der dänische Rechnungshof schloss sich der Kritik einer nicht gerechtfertigten Tariffhöhe an.

Inzwischen werden die Tarife ausverhandelt, und das Ergebnis wird offenbar als gerechter empfunden, da die Kritik im Parlament daran verstummt ist. Weil die öffentlichen Tarife je DRG für private aber jene für öffentliche Krankenhäuser unterschritten, mussten einige Krankenhäuser wieder schließen. Die niedrigeren Tarife werden damit argumentiert, dass private Krankenhäuser weder zur ärztlichen Ausbildung noch zur 24/7 Aufnahme von AkutpatientInnen verpflichtet sind.

3.1.5 Diskussion

Fast alle dänischen Krankenhäuser sind in Besitz der Gebietskörperschaften, die sie auch betreiben. Die historische Wurzel für die Abwesenheit von kirchlichen Organisationen als Trägerinnen von Krankenhäusern reicht bis zur Reformation zurück. An der globalen Entwicklung, den privat(gewinnorient)en Anteil an der Gesundheitsversorgung zu erhöhen, hat Dänemark insofern teilgenommen, als dass nunmehr einige wenige private Spitäler existieren. Diese sind aber kein Bestandteil der Regelversorgung, sondern dienen in erster Linie als Kapazitätsreserven.

In dieser Entwicklung spiegelt sich ein großes Vertrauen der Bevölkerung in den Staat wider. Dieses kann als eine Voraussetzung dafür angesehen werden, dass die Versorgung von so sensiblen Bedürfnissen wie jenen nach Gesundheits- und Bildungsleistungen durch staatliche Stellen erbracht werden, und staatliche Stellen auch mehrheitlich als zufriedenstellende AnbieterInnen akzeptiert werden. Gehen wir davon aus, dass private KrankenhausbetreiberInnen wie Krankenkassen oder religiöse Gemeinschaften vor allem als Alternative zu ungewollten staatlichen Angeboten von der Bevölkerung gewünscht werden, so ist dieses Motiv offenbar in den nordischen Ländern weit weniger ausgeprägt als in vielen anderen europäischen Ländern.

Dieses Vertrauen ist aber kein „Selbstläufer“. Bezogen auf die große Reform im Jahr 2007 ist ersichtlich, dass diese ein durchdachtes Konzept, zu einem großen Anteil auf wissenschaftlich unterlegter Basis darstellt. Die Reduktion der Krankenhäuser basiert auf Analysen zur optimalen Größe von Spitälern sowie deren Einzugsbereichen, Finanzierungs- und Leistungsverantwortlichkeiten wurden auf einander abgestimmt und finanzieller Druck für Compliance der untergeordneten Gebietskörperschaften mit den Reformzielen in mehrfacher Hinsicht in das Konstrukt eingebaut. Hiermit ist einerseits die Verknüpfung von Investitionskapital mit der Anpassung der regionalen Versorgungskapazität angesprochen, und andererseits die Verknüpfung von Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung mit finanzieller Beteiligung an der (höheren) Inanspruchnahme von akuten Leistungen. Die Planung für die Reform war umfassend genug, um in logischer Konsequenz auf die Vergrößerung der

Einzugsbereiche des Rettungswesens auszubauen und ein Kommunikationssystem zwischen Transport und Zielspital aufzubauen.

Zu guter Letzt ist anzumerken, dass das Gesundheits-Informationssystem für die Bevölkerung, sundhed.dk, international vorbildlich ist, und von Terminbuchung über Einsicht in eigene Befunde sehr viel Information bietet. Dies ist einerseits nur möglich, wenn von Seiten der Bevölkerung das Vertrauen in die Institutionen hoch genug ist, um die „gläsernen PatientInnen“ mehrheitlich zu akzeptieren. Andererseits wird diese gelebte Transparenz aber auch dazu beitragen, das Vertrauen in die staatlichen Institutionen zu pflegen und / oder zu erhalten.

3.2 Deutschland

3.2.1 Überblick über das Gesundheits- und Spitalwesen

Deutschland ist ein föderaler Staat mit 16 Bundesländern und fast 83 Mio. Einwohnern. Das Gesundheitswesen steht in Bismarck'scher (Sozialversicherungs-) Tradition, jedoch wurden die gesetzlichen Krankenversicherungen ab 1996 in Wettbewerb zueinander gestellt. Neben dem gesetzlichen Krankenversicherungssystem gibt es auch ein bedeutendes (8,75 Mio. Versicherte⁴) privates Vollversicherungssystem für Personen mit hohem Einkommen sowie bestimmten Berufen.

Im Spitalwesen herrscht eine duale Finanzierung in dem Sinne, dass der Aufenthalt von der Krankenversicherung über ein DRG-System, wesentliche Anteile an der Investitionsfinanzierung hingegen von den Ländern zu tragen sind. Die Spitalsträgerlandschaft ist gekennzeichnet durch einen hohen Bettenanteil privat-gemeinnütziger (30%, 2016) und privat-gewinnorientierter (30%) Träger gegenüber den öffentlichen Trägern (40%). Dies reflektiert Bestrebungen der Politik zur Gleichstellung bzw. Förderung der Trägervielfalt sowie wiederholter Finanzierungsprobleme insbesondere im öffentlichen Bereich.

U.a. um PatientInnen die Klinikwahl zu erleichtern, sind seit 2013 alle zugelassenen⁵ Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen, davor galt noch ein zweijähriger Rhythmus. Eine Arbeitsgruppe im Gemeinsamen Bundesausschuss, in der die gesetzlichen Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und Patientenorganisationen vertreten sind, gibt die Gestalt der Berichte vor. Die Veröffentlichung der Berichte bzw. der Berichtsdaten erfolgt über

⁴ Stand Dezember 2018, Verband der Privaten Versicherungen (<https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>)

⁵ Gemeint sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, also all jene, für die die Krankenkassen die Behandlungskosten übernehmen.

die Krankenversicherungen und ihre Verbände zum 31. Januar des dem Erstellungsjahr folgenden Jahres, in der Regel über eigene Internetportale.⁶

3.2.2 Historische Entwicklung⁷

Bis zum frühen 19. Jahrhundert waren die sozial- und gesundheitspolitischen Aufgaben von Spitälern weit breiter und unspezifischer gefasst als die eines modernen Krankenhauses, manche Institutionen fungierten gleichzeitig als „Krankenspital, Irrenhaus und Versorgungshaus“. Erst mit fortschreitendem medizinischen Wissen verbesserten die steigenden Heilungschancen den Ruf der Krankenhäuser und schufen daher auch für wohlhabendere Erkrankte den Anreiz, Krankenhäuser aufzusuchen anstatt sich zu Hause pflegen zu lassen. Unterschiedliche Abteilungen mit unterschiedlichen Komfortniveaus wurden geschaffen (die Vorläufer der Pflegeklassen), und einzelne Häuser spezialisierten sich speziell auf wohlhabendere Kranke. (Labisch, Spree 1996:36ff)

Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts waren, vor allem in Norddeutschland, auch proprietäre Kliniken (private Kliniken meist ohne Anbindung an religiöse Gemeinschaften) verbreitet. Diese hatten um die 30 Betten, siedelten sich oft bei größeren städtischen Krankenhäusern an und standen selbst meist im Eigentum von Ärztinnen und Ärzten, die wohlhabende Familien behandelten. Diese Kliniken verzeichneten gegen Ende des 19. Jahrhunderts ein rapides Wachstum. Parallel führte Reichskanzler Bismarck die weltweit erste gesetzliche Krankenversicherung ein, die für viele Versicherte auch die Kosten für Krankenhausaufenthalte abdeckte. Aufgrund dieser Vorreiterrolle der gesetzlichen Versicherungen blieb der private Versicherungssektor relativ klein.

In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts belasteten Weltkrieg, hohe Inflation und Wirtschaftskrisen die Rahmenbedingungen für die Finanzierung allgemein, und das revolutionäre Klima (1919) schürte Animositäten gegenüber dem Kapitalismus im Allgemeinen, einschließlich der privaten Kliniken. Bemerkenswert war auch der hohe gewerkschaftliche Organisationsgrad der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte, der ihnen zu Vorteilen gegenüber Krankenversicherungen und Krankenhauspersonal verhalf. Dies führte 1931 auch zu einer Beschränkung des Spitalswesens auf stationäre Pflege, also einem rechtlichen Monopol auf ambulante Behandlungen für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte. Die Anzahl der Betten in öffentlicher Trägerschaft stieg innerhalb von 6 Jahren von ca. 367.000 (1931) auf ca. 390.000 (1937) an

⁶ <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaetsberichte/qualitaetsberichte.jsp>

⁷ Dieses Kapitel basiert, sofern nicht anders angegeben, auf Jeurissen (2010).

(gemeinnützig: 186.000 bzw. 201.000; proprietär: 42.000 bzw. 37.000; Mayntz & Rosewitz, 1988).

In der Zeit des Nationalsozialismus sank die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, schließlich waren etwa 12% von ihnen jüdischer Abstammung gewesen. Diese arbeiteten überproportional häufig in privaten Praxen und ärztlichen Krankenhäusern. Nach dem 2. Weltkrieg war der Krankenhaussektor bankrott, die Infrastruktur größtenteils zerstört und kein Geld für die Modernisierung unbeschädigter Einrichtungen vorhanden. Auch in den 50ern und 60ern bekamen die Krankenhäuser noch nicht ausreichende Mittel, um die Infrastruktur zu modernisieren; implizit wurde angenommen, dass sich die TrägerInnen an den Krankenhauskosten beteiligten. Signifikante Verluste der Krankenhäuser waren die Folge.

Generell spielte in Deutschland das Subsidiaritätsprinzip eine zentrale Rolle. Dies kam vor allem gemeinnützigen und gewinnorientierten Trägern zu Gute und begünstigte ein pluralistisches Krankenhaussystem. Ein staatliches Eingreifen war demnach nur möglich (und gleichzeitig auch notwendig), wenn keine privaten Alternativen existierten. Öffentliche Krankenhäuser waren meist große Einrichtungen im Besitz verschiedener Gebietskörperschaften. Gemeinnützige Krankenhäuser standen hauptsächlich im Besitz religiöser Organisationen, teilweise aber auch anderer Stiftungen. Die gewinnorientierten Spitäler waren die kleinsten und am stärksten spezialisierten Krankenhäuser. Sie hatten ihre Hauptstandorte im Süden Deutschlands.

Die schwierige finanzielle Situation der 1950er und 1960er Jahre traf die verschiedenen Träger unterschiedlich. Gemeinnützige Träger hatten bis in die 1970er Jahre Kostenvorteile durch günstige Arbeitskräfte aus den Orden sowie Zugriff auf (abnehmende) Spendenmittel, waren aber auch oft auf die staatliche Unterstützung angewiesen. Die Verluste der öffentlichen Träger belasteten zunehmend öffentliche Budgets auf verschiedenen Ebenen, die laut Gesetz für die Verluste der Spitäler aufkommen mussten. Die größten Probleme hatte allerdings der privatgewinnorientierte Sektor, der nur durch gezieltes Fokussieren auf wohlhabende Klientel profitabel bleiben konnte. Dadurch und durch Spezialisierung vor allem auf planbare Bereiche konnte dieser Sektor den Bettenabbau eindämmen, der Anteil des gewinnorientierten Sektors fiel aber dennoch auf rund die Hälfte.

Aufgrund der Kapitalknappheit stellten die Länder zwischen 1950 und 1966 4,3 Mrd. DM für Neubauten bereit, die von allen Trägern beantragt werden konnten. Dieser Betrag stellte aber die nachhaltige Finanzierung noch nicht sicher.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 verankerte die Trägervielfalt in der deutschen Krankenhauslandschaft. Weiters schrieb es die duale Finanzierung fest, sodass die Finanzierungsverantwortung für Investitionen bei den Ländern, jene für

laufende Kosten bei den Versicherungen lag. Kostenbegrenzung sollten die Länder durch die Erstellung von Krankenhausplänen erreichen, die nur die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser berücksichtigten, und in weiterer Folge nur für diese Investitionen finanzierten. Außerdem mussten Versicherungen nur Vergütungen für die in der Krankenhausplanung enthaltenen Krankenhäuser zahlen. Zustimmung fand die Reform bei allen Stakeholdern mit Ausnahme der Krankenhäuser, die steigende politische Einflussnahme fürchteten. Große öffentliche, aber auch gemeinnützige Krankenhäuser, erhielten dadurch Zugriff auf „kostenloses“ Kapital im Sinne einer Investitionsfinanzierung, während die Länder das finanzielle Risiko trugen. Das KHG ebnete den Weg für Steigerungen der Krankenausgaben; im folgenden Jahrzehnt stiegen die realen durchschnittlichen Ausgaben jährlich um 13%. Aufgrund ungleicher Finanzierungsbedingungen konnten gewinnorientierte Krankenhäuser aber nur durch Spezialisierungen und geringere Lohnkosten ihr Fortbestehen sichern. In fast allen Bundesländern sank der privat-gewinnorientierte Bettenanteil zwischen 1969 und 1989 (Ausnahme: Rheinland-Pfalz).

Es folgten Regulierungen der privaten Versicherungen mit dem Ziel, klassenlose Krankenhäuser zu schaffen. Zuvor waren die Krankenhaustarife für privat Versicherte deutlich höher als jene für gesetzlich Versicherte gewesen. Als Reaktion darauf gründeten 18 private Versicherungen die Assoziation privater Krankenhäuser mit dem Ziel, ein Gegengewicht zum klassenlosen Krankenhaus zu bilden. Unter dem Namen Sana wurden ab 1976 graduell Kliniken gekauft, anfangs noch als gemeinnützige Organisation. Heute ist die Sana Kliniken AG mit 53 Krankenhäusern und einem Umsatz von ca. 2,5 Mrd. Euro die drittgrößte Klinikette in Deutschland⁸.

Die restriktivere Budgetpolitik im Zuge der Ölpreis-Schocks 1973 und 1979/80 reduzierte die Ausgaben für Krankenhausinvestitionen weiter. Marktbasierte Reformen und Dezentralisierung zu Anfang der 1980er brachten schrittweise Verbesserungen für gewinnorientierte Träger, unterstützt u.a. durch Berichte von Thinktanks.

Das Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNG) von 1984 betonte den Grundsatz der Trägervielfalt weiter durch die Bestimmung, dass „nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger zu gewährleisten“ ist. Diese Formulierung soll Wettbewerbsnachteile der privat-gewinnorientierten und freigemeinnützigen Krankenhäuser gegenüber den kommunalen Krankenhäusern vermeiden, die insbesondere darin liegen, dass beide Typen privater Krankenhäuser im Gegensatz zu Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft zumeist nicht auf zusätzliche Betriebs- und

⁸ <https://www.sana.de>

Investitionszuschüsse ihrer Träger zurückgreifen können. (Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags 2014:46) Damit wurde die öffentliche Förderung auch für privat-gewinnorientierte Krankenhäuser geöffnet, soweit es dem Ausgleich ansonsten bestehender Wettbewerbsnachteile dient. In den 1980er Jahren kam es zwar noch zu keinem Anstieg der Bettenzahl in gewinnorientierter Trägerschaft, aber der Rückgang wurde gestoppt. Aufgrund der finanziell schlechten Situation der Länder und Krankenhäuser wurden Privatisierungen immer mehr als mögliche Alternative gesehen. Die erste Privatisierung fand 1984 statt, dank der besseren wirtschaftlichen Situation in der zweiten Hälfte der 1980er blieben materielle Privatisierungen aber vorerst noch rar. Allerdings erfolgten bereits in einigen Kommunen formale Privatisierungen der Krankenhäuser, oder ein Outsourcing der Krankenhausleitung.

Das 1992 beschlossene Gesundheitsstrukturgesetz orientierte sich zwar immer noch am dualen System der Finanzierung, erhöhte aber die Finanzierung für kleinere Investitionen im tagesbasierten Vergütungssystem. Das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 beschränkten schließlich die Relevanz der dualen Finanzierung auf den Neubau von Krankenhäusern. Ab dem Regierungswechsel 1998 standen hauptsächlich Reformen bei Krankenversicherung und Qualitätssicherung im Fokus, und kaum Änderungen für die Krankenhäuser.

Damit hatte sich der Zugang zu Investitionskapital nach Trägerschaft sukzessive verändert: öffentliche Krankenhäuser in den neuen Bundesländern profitierten zwar von einem großen Investitionsprogramm der Bundesregierung, und die südlichen Bundesländer konnten aufgrund der besseren wirtschaftlichen Voraussetzungen noch ein gewisses Investitionsniveau halten. Im Allgemeinen aber waren Investitionsquoten für öffentliche und gemeinnützige Krankenhäuser auf einen Bruchteil früherer Werte gefallen, während gewinnorientierte Krankenhäuser verbesserte Voraussetzungen vorfanden. In Summe bewirkten die rechtlichen wie politischen Veränderungen eine rapide Anteilsverschiebung von kommunalen zu privat-gewinnorientierten Trägern. Im Jahr 1991 befanden sich lediglich 4% aller Betten in Akutkrankenhäusern in gewinnorientierter Trägerschaft, im Jahr 2006 bereits knapp 14%. Der Bettenanteil unter gemeinnütziger Trägerschaft blieb relativ konstant, jener in öffentlicher Trägerschaft sank naturgemäß um ca. 10 Prozentpunkte (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2018, vgl. auch Abbildung 7). Das Wachstum war in erster Linie durch Privatisierungen und nicht durch Neubauten getrieben. Aufgrund der marktfreundlichen Ideologie gepaart mit hohen Modernisierungsnotwendigkeiten in den meisten neuen Bundesländern häuften sich die Privatisierungen dort und wurden auch gesetzlich verankert. In Sachsen wurden öffentliche Krankenhäuser etwa nur zugelassen, sofern es kein privates Alternativangebot gab. Nur in Sachsen-Anhalt

sollten Krankenhäuser öffentlich bleiben, solange sie ihre Ziele in einem akzeptablen Maß erreichen.

Durch den zunehmenden fiskalischen Druck in den westlichen Bundesländern im Verein mit der Hoffnung auf Effizienzsteigerungen wurden auch dort Privatisierungen immer attraktiver. Die Privatisierungen verursachten vor allem anfangs heftige öffentliche Debatten, mit Sorgen der Gewerkschaften um ArbeitnehmerInnenrechte einerseits, und andererseits Unterstützung von Seiten des Managements und der Ärzteschaft, deren Gehälter zwar tendenziell stiegen, die im Gegenzug aber einen Autonomieverlust hinnehmen mussten. Die öffentliche Zustimmung zu Privatisierungen drehte sich erst relativ spät, als sich in den 1990er Jahren die Finanzierung durch öffentliche Defizite zunehmend schwieriger gestaltete.

Die Privatisierung von Universitätskliniken ist bis heute stark umstritten und der einzige solche Fall ist die Universitätsklinik Marburg/Gießen, die sich nun im Eigentum der Rhön Klinikum AG befindet. Der Deutsche Hochschulverband beurteilte die Privatisierung 2013 als klar gescheitert und merkte an, dass

„die von dem privaten Unternehmen geforderten Renditeerwartungen mit den Aufgabenfeldern eines Universitätsklinikums nicht in Einklang zu bringen sind. Ein Universitätsklinikum besteht nicht nur aus der Behandlung schwersterkrankter Patienten, sondern hat dienende Aufgaben in Forschung und Lehre.“ (Pressemitteilung, Juli 2013)⁹

Vor allem Ende der 1990er und zu Beginn des neuen Jahrhunderts wurden viele Krankenhäuser privatisiert, vor allem jene, die mit hohen Defiziten kämpften. Das Angebot an zu privatisierenden öffentlichen Krankenhäusern überschritt dabei die Nachfrage, was zu den oft sehr niedrigen Verkaufspreisen und schlechten Verkaufsbedingungen beitrug, die dann öffentlich häufig kritisiert wurden.

Durch den steigenden Anteil gewinnorientierter Träger entwickelte sich auch eine Konvergenz der Casemixes und der Kostenstruktur. Vor der Privatisierungswelle hatten noch die gewinnorientierten Träger den „leichtesten“ Casemix aller Träger, für das Jahr 2006 berichten Augurzky et al. (2009:18) aber einen höheren Casemix-Index und ein höheres Durchschnittsalter der PatientInnen gewinnorientierter Träger, verglichen mit den beiden anderen Trägertypen (aber nicht Universitätskliniken). Unklar ist allerdings, inwieweit bei letzterem auch Upcoding eine Rolle spielen könnte.

⁹ Deutscher Hochschulverband, Pressemitteilung Juli 2013:

https://www.hochschulverband.de/pressemitteilung.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=165&cHash=d64f6a7f30ab7e8a762b5e35344a7f8e#_

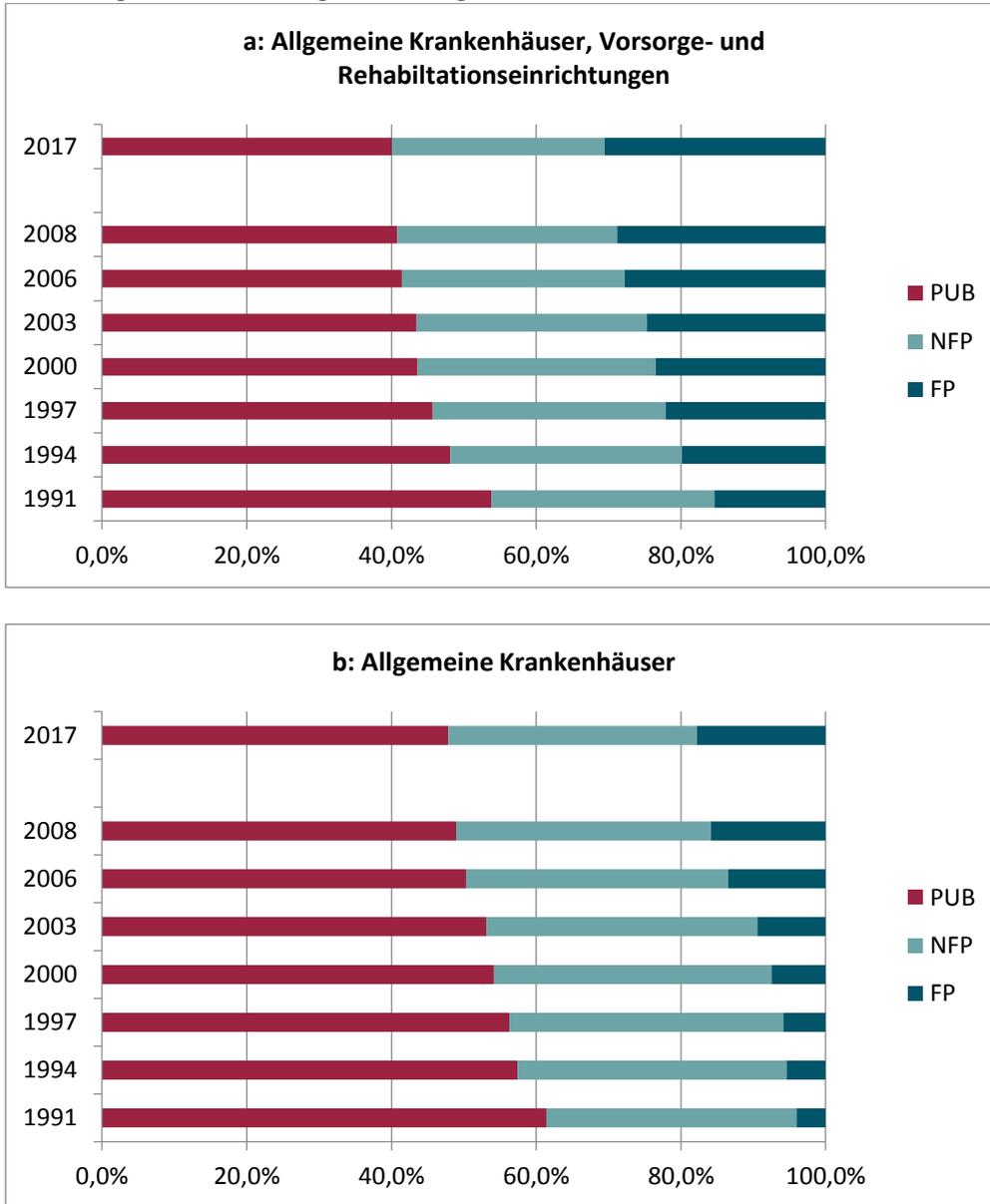
3.2.3 Trägerstruktur im Spitalsbereich

Die Trägerschaft deutscher Krankenhäuser zeichnet sich dadurch aus, dass alle drei Trägertypen – öffentlich, privat-gemeinnützig, privat-gewinnorientiert – jeweils über mehr als ein Viertel der Bettenkapazität verfügen, wenn der Krankenhausbegriff wie in der internationalen Überblicksdarstellung in Kapitel 2 einschließlich Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen abgegrenzt wird. Die deutsche Krankenhausstatistik erlaubt auch die Darstellung eingeschränkt auf Akutversorgung, vergleiche hierzu Abbildung 7.

In beiden Abgrenzungen war ein Anwachsen des privat-gewinnorientierten Sektors zu verzeichnen, auf Kosten vor allem der Kapazität in öffentlicher Trägerschaft. In Allgemeinkrankenhäusern erfolgte die Anteilsverschiebung zwar in ähnlicher Dynamik und Richtung wie beim weiter gefassten Krankenhausbegriff, aber bei insgesamt höherem öffentlichen und deutlich kleinerem privat-gewinnorientierten Anteil. Im Jahr 1991 befanden sich noch 61% der Bettenkapazität im öffentlichen Sektor, im Jahr 2017 nur noch 48%. Im gleichen Zeitraum steigerte der privat-gewinnorientierte Sektor seinen Bettenanteil an den „allgemeinen Krankenhäusern“ von 4% auf knapp 18%. Die Veränderung des privat-gemeinnützigen Anteils machte bei der Akutversorgung weniger als einen Prozentpunkt aus und liegt konstant bei 34% (Abbildung 7). Dem Anteil der privat-gewinnorientierten Träger an der Gesamtheit der Betten entsprechen in etwa auch die Anteile bei Umsatz und PatientInnenzahl, aber verteilt auf mehr Krankenhäuser: Privat-gewinnorientierte Einrichtungen sind häufig kleiner als öffentliche oder gemeinnützige Krankenhäuser (aber i.d.R. in Form von Klinikketten zusammengeschlossen). (Augurzky et al. 2009)

Zu den Ursachen dieser doch sehr deutlichen Privatisierungstendenz zählte der damals viel diskutierte „Investitionsstau“: Die öffentliche Hand, konkret die Bundesländer, sind seit der Verabschiedung des deutschen Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Jahr 1972 für die Finanzierung der Investitionskosten zuständig, während die Betriebskosten durch die behandelten Personen bzw. deren Krankenversicherungen aufgebracht werden (dualistische Finanzierung). Die meisten Bundesländer hatten jedoch als Folge der Verschlechterung ihrer Haushaltslage die Investitionsquoten in den Krankenhäusern deutlich gesenkt, beispielsweise im Zeitraum 1991 bis 2003 von 12,5% auf 6% (Abel et al. 2005). Immer mehr Bundesländer verweigerten sich dem gesetzlichen Auftrag, die betriebswirtschaftlich erforderlichen Investitionen voll zu finanzieren, bzw. sahen sich budgetär nicht in der Lage dazu. Die Haushaltslage bestimmte die Förderhöhe stärker als betriebswirtschaftlich sinnvolle Rationalisierungsüberlegungen zur Senkung der Betriebskosten.

Abbildung 7: Verschiebung in der Trägerstruktur, Deutschland, 1991-2017



Quelle: Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Darstellung IHS.

Anmerkung: PUB = Öffentlich (Public), NFP = gemeinnützig (not for-profit), FP = gewinnorientiert (for-profit)

Schätzungen für den Investitionsstau in deutschen Krankenhäusern beliefen sich je nach Studie auf 20-50 Mrd. Euro. (Augurzky et al. 2009:11) Eine (Teil)Privatisierung der Krankenanstalten wurde somit als eine der Möglichkeiten angesehen, „neues Kapital“ für Investitionen zu gewinnen.

Exkurs: Marktkonzentration in Deutschland

Augurzky et al. (2009) halten fest, dass nicht nur der wachsende Marktanteil privatgewinnorientierter Krankenhäuser und somit vermehrte Trägerwechsel bemerkenswert sind, sondern auch die Marktkonzentration, d.h. die zunehmende Bedeutung von Zusammenschlüssen von Krankenhäusern, insbesondere zu Klinikketten in gewinnorientierter Trägerschaft. Die steigende Marktkonzentration drückt sich beispielsweise darin aus, dass im Zeitraum 2000-2007 der jährliche Rückgang der Anzahl an Krankenhäuserträgern stets höher war als jener der Krankenhäuser. (Schmid, Ulrich 2012) Der in der Krankenhausstatistik aufscheinende Rückgang von 9% im Zeitraum 2000 – 2007 überschätzt somit den Rückgang an Krankenhaus-Standorten (weil zwei fusionierende Krankenhäuser auch bei Beibehaltung von zwei Standorten nur noch als ein Krankenhaus aufscheinen), und der Rückgang an Trägern von 18% im selben Zeitraum stellt möglicherweise ein aussagekräftigeres Bild dar. Gemessen am Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) stellten Schmid & Ulrich (2012) einen Anstieg der Marktkonzentration fest, von im Mittelwert 0,14 (2000) auf 0,17 (2007), und damit nur noch knapp unter dem gemeinhin als Grenzwert für stark konzentrierte Märkte angesehenen Wert von 0,18. Nach den 1982 „US FTC merger guidelines“¹⁰ entsprechen Werte im Bereich 0,10-0,18 einer moderaten Marktkonzentration; Werte über 0,18 einer starken Marktkonzentration.

Neben den Klinikketten gibt es in gewinnorientierter Trägerschaft auch eine Reihe kleiner Krankenhäuser ohne öffentlichen Versorgungsvertrag; diese spielen für die breite Gesundheitsversorgung aber nach Augurzky et al. (2018) keine Rolle.

Anders als in der Schweiz spielen in Deutschland Trägertyp-übergreifende Zusammenschlüsse noch keine größere Rolle. Seit 2014 bildet das Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein den ersten Zusammenschluss von kommunalen und kirchlichen Krankenhäusern, mit inzwischen 5 Krankenhäusern, sowie Einrichtungen für Rehabilitation, ärztlichen Praxen (bzw. MVZs) und SeniorInnenhäusern.¹¹

¹⁰ Die „Federal Trade Commission (FTC) merger guidelines“ definieren die Marktkonzentration anhand des HHI. In der neuen Version von 2010 werden Märkte mit einem HHI zwischen 0,15 und 0,25 als „moderat konzentriert“ und Märkte mit einem HHI von über 0,25 als „stark konzentriert“ angesehen.

¹¹ <https://www.gk.de/>

3.2.4 Finanzierung

In allgemeinen Krankenhäusern werden voll- und teilstationäre Leistungen über das DRG-System (Diagnosis Related Groups) nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) bezahlt. Für die Vergütung voll- und teilstationärer Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen gelten separate Regelungen. Damit unterscheidet das Finanzierungssystem in Deutschland nach dem Leistungsbereich (somatisch vs. psychiatrisch, psychosomatisch), aber nicht nach Trägertyp: Bereits in §1 Abs. 2 KHG ist der Grundsatz festgehalten, dass die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten ist, und „insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten“ ist.

Die Einführung des deutschen DRG-Systems erfolgte im Jahr 2004 verpflichtend für allgemeine (somatische) Krankenhäuser. Von 2005 bis 2009 dauerte die sogenannte Konvergenzphase, um den Krankenhäusern den Übergang von Tagsätzen auf DRGs zu erleichtern. Seit dem 1. Januar 2010 rechnen grundsätzlich alle allgemeinen Krankenhäuser in einem Bundesland ihre Leistungen zu einem landeseinheitlichen Preisniveau ab. Nur wenige Einrichtungen vereinbarten weiterhin krankenhaushausindividuelle Entgelte und sind als besondere Einrichtung zeitlich befristet von der DRG-Abrechnung ausgenommen, beispielsweise Einrichtungen mit Spezialisierung auf Querschnittslähmung oder Schädel-Hirn-Traumata.

Die Selbstverwaltung auf der Bundesebene ist zuständig für die (Weiter)Entwicklung der Entgeltsysteme, also Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung und Verband der privaten Krankenversicherungen. Letzterer ist einbezogen, weil – anders als im ambulanten Bereich – die Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen für alle Versicherten in gesetzlicher wie privater Krankenversicherung einheitlich sind.

Wie in Österreich, wurde auch in Deutschland eine duale Krankenhausfinanzierung eingerichtet. Laut § 9 Abs. 1 KHG haben die Bundesländer aus Steuermitteln die Investitionskosten zu tragen. Gemäß § 8 Abs. 1 KHG haben Krankenhäuser einen Anspruch gegen die Bundesländer auf Finanzierung ihrer Investitionskosten, vorausgesetzt, sie sind in den Krankenhaus- bzw. Investitionsplan aufgenommen. Laufende Betriebskosten werden hingegen über Fallpauschalen, Zusatzentgelte¹² und tagesbezogene Pflegesätze abgerechnet. Diese Entgelte enthalten keine Investitionskostenanteile.

¹² Der DRG-Katalog für das Jahr 2018 weist 1.292 Fallpauschalen und 204 Zusatzentgelte - überwiegend für teure Medikamente und Medizinprodukte - aus, die in eng begrenzten Ausnahmefällen zusätzlich zu den Fallpauschalen abgerechnet werden können. (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>)

Ein Anspruch auf die Aufnahme in den Krankenhaus- bzw. den Investitionsplan eines Bundeslandes besteht für Krankenhäuser nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist. (§ 8 Abs. 2 KHG)

Damit wirken gleichzeitig zwei unterschiedliche Steuerungssysteme mit nicht notwendigerweise gleichen Zielsetzungen. Während das Vergütungssystem gesamtdeutschen Regelungen unterliegt, sind die einzelnen Bundesländer für die Krankenhausplanung (laut §6 Abs.1 KHG) und eben die Investitionsfinanzierung zuständig. Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 (also die Errichtung von Krankenhäusern, die Erstausrüstung mit den notwendigen Anlagegütern, und die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit über drei Jahren Nutzung) eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren. Die Fördermittel für Investitionen wurden dann auch wie bereits erwähnt von den Bundesländern sehr restriktiv gehandhabt: Für den Zeitraum 1991-2015 berichten Augurzký et al. (2018:16) einen Rückgang der Fördermittel laut KHG um nominell 23%.

Klenk (2011:269f) spricht in diesem Zusammenhang von einem Übergang der dualen zu einer Triple-Finanzierung: Die Einnahmen gemäß KHG werden zunehmend durch Ressourcen aus dem Kapitalmarkt ergänzt. Dies ist nicht allein auf eine Zunahme privater Träger beschränkt, sowie deren Kreditaufnahmen und Ausgabe von Aktien oder Anteilsscheinen, sondern kommt auch bei der Finanzierung von kommunalen Krankenhäusern zum Einsatz. Klenk (2011) nennt hier insbesondere Cross-Border Leasing als ein Finanzierungsinstrument, mit dem Kommunen zum Teil auf sehr langfristiger Basis-Infrastruktur – einschließlich Krankenhäusern – finanziert haben, was sich dann im Rahmen der Finanzkrise ab 2008 für einige Kommunen als sehr teure Variante herausgestellt hat.

3.2.5 Kapitalflüsse

3.2.5.1. Gesamtschau über den deutschen Krankenhausmarkt

Augurzký und Ko-Autoren veröffentlichen im Dreijahresrhythmus einen Überblick über Bilanzdaten privater, gemeinnütziger und öffentlicher Akutkrankenhäuser (ohne Universitätskrankenhäuser) im Auftrag des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken.

Der aktuellste Bericht (Augurzky et al. 2018) vergleicht Daten aus dem Jahr 2016 (Tabelle 2).

Tabelle 2: Auswahl ertragsrelevanter Kennzahlen nach Trägerschaft

Kennzahl	Privat	Gemeinnützig	Kommunal
Eigenkapitalquote, in % der Bilanzsumme	29,8	33,2	23,9
Förderquoten, in % des Sachanlagevermögens	35,0	51,4	59,8
EBITDA-Marge (mit KHG-Mitteln), in % der Gesamterlöse	13,7	7,0	6,8
EBITDA-Marge (ohne KHG-Mittel), in % der Gesamterlöse	12,9	4,8	3,8
Gesamtkapitalrentabilität, in %	9,3	3,2	1,6
Steuern/Erlöse, in %	1,3	0,1	0,1
Steuern, in Mill. €	181,8	19,4	28,4
Investitionen/Gesamterlöse, in %	7,4	5,8	5,4
Investitionen je Bett, in €	15.933	12.915	12.318
Durchschnittlicher Casemix-Index	1,30	1,05	1,07

Quelle: Augurzky et al. (2018): 40-42.

Aus den Zahlen geht hervor, dass gewinnorientierte Betreiber mit knapp 14% eine ca. doppelt so hohe EBITDA-Marge vorweisen können wie die beiden anderen Trägertypen. Bezogen auf die EBITDA-Marge ohne Fördermittel verschiebt sich das Verhältnis weiter zu Gunsten der Gewinnorientierten. Der Grund dafür liegt offensichtlich in der höheren Abhängigkeit von Fördermitteln bei gemeinnützigen und öffentlichen Trägern. Das spiegelt sich auch in den Förderquoten wider; machen bei den letztgenannten die Fördermittel 51% bzw. 60% des Sachanlagevermögens aus, sind es bei gewinnorientierten Betreibern lediglich 35%. Auch die Gesamtkapitalrentabilität ist bei gewinnorientierten mit 9,3% deutlich höher als bei gemeinnützigen (3,2%) oder öffentlichen (1,6%) Trägern. Die höheren Erträge der gewinnorientierten Krankenhäuser korrelieren auch mit ihrer stärkeren Investitionstätigkeit.

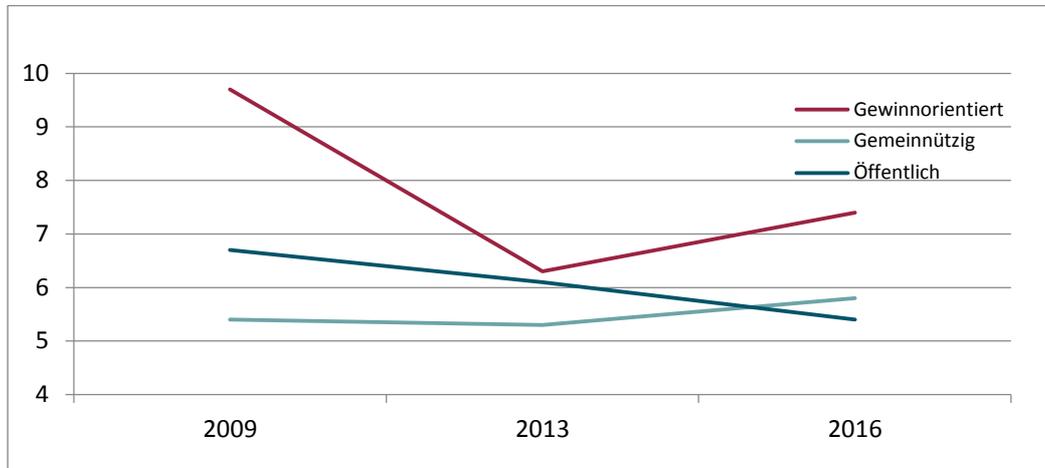
Bezogen auf die Gesamterlöse, ist der Umfang der Investitionen bei gewinnorientierten Trägern mit 7,4% um 1,6 Prozentpunkte (gemeinnützig) bzw. 2 Prozentpunkte

(öffentlich) größer als bei konkurrierenden Trägern. Bezogen auf Betten belaufen sich die Gesamterlöse auf 15.933€ bzw. 12.915€ und 12.318€ pro Bett. Weiters ist das gesamte Steueraufkommen gewinnorientierter Betreiber fünf- bis sechsmal so hoch wie bei gemeinnützigen und öffentlichen Trägern. Folglich ist auch der Anteil der Steuern an den Erlösen bei gewinnorientierten Betreibern höher als bei nicht-gewinnorientierten Trägern (1,3% bzw. 0,1%).

Interessant ist der im internationalen Vergleich unüblich hohe Casemix-Index (Schweregrad-Index) bei gewinnorientierten Trägern, der über dem öffentlicher Träger liegt¹³. Eine mögliche Erklärung hierfür ist der Spezialisierungsgrad. In diesem Kontext ist die Entwicklung der Kosten des medizinischen Bedarfs¹⁴ ohne Arzneimittel je Casemix-Punkt und Kosten der Arzneimittel je Casemix-Punkt auffallend. Während die Kosten des medizinischen Bedarfs ohne Arzneimittel bei gemeinnützigen und öffentlichen Spitälern stark anstiegen, war der Anstieg bei gewinnorientierten Trägern vergleichsweise sehr gering. Zwischen 2006 und 2015 stiegen diese Kosten bei gemeinnützigen Trägern um 128€ (+28%), bei öffentlichen Trägern um 108€ (+24%) und bei gewinnorientierten Trägern um 25€ (+5%). Bei den Kosten der Arzneimittel je Casemix-Punkt verzeichneten gemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser einen moderaten Anstieg (+12€, +9% bzw. +10€, +7%) während gewinnorientierte Spitäler ihre Kosten senken konnten (-28€, -22%). Augurzky et al. (2018:43) erklären diese Entwicklung „durch bessere Einkaufskonditionen und einen höheren Grad an Standardisierung in größeren Verbänden“. Andererseits wird auf eine Verbesserung der Tarifkonditionen mit Versicherungen bei öffentlichen Krankenhäusern hingewiesen. So konnten diesbezüglich die öffentlichen Krankenhäuser in den letzten Jahren zu den gewinnorientierten Krankenhäusern aufschließen. Eine alternative These wäre ein zunehmendes „Rosinenpicken“ innerhalb der DRG-Gruppen, das den durchschnittlichen Schweregrad der Erkrankung, gemessen am Behandlungsaufwand, bei den Gewinnorientierten unter jenen anderer Träger drücken würde.

¹³ Siehe z. B. für England Cooper, Gibbons und Skellern (2018) oder für die Schweiz die vom Gesundheitsministerium veröffentlichten Daten.

¹⁴ Nach der Definition des Statistischen Bundesamtes setzt sich der medizinische Bedarf zusammen aus: Arzneimitteln, Blut/Blutkonserven/Blutplasma, Verband-/Heil- und Hilfsmitteln, ärztlichem und pflegerischem Verbrauchsmaterial/ Instrumenten, Narkose- und sonstigem OP-Bedarf, Laborbedarf, Implantaten, Transplantaten, Dialysebedarf, Kosten für Krankentransporte und sonstigem medizinischen Bedarf.

Abbildung 8: Anteil der Investitionen an den Gesamterlösen, in Prozent

Quellen: Augurzky, et al. (2012, 2015, 2018), Darstellung: IHS

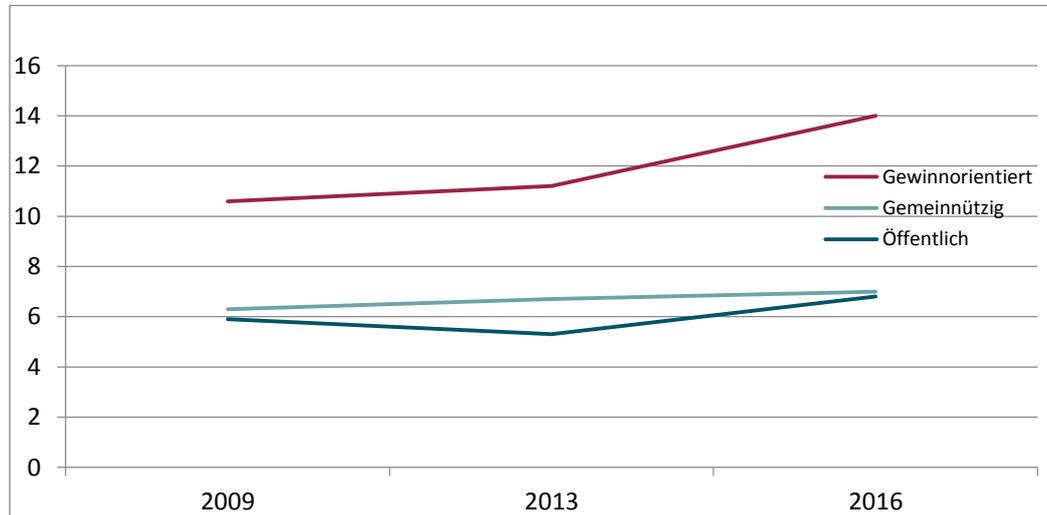
Sieht man sich die Entwicklung der Investitionen im Jahresverlauf an, ist auffallend, dass sie 2009 um einiges höher waren als 2013 und es 2016 zu einer leichten Erholung kam (Abbildung 8). Der durchschnittliche Anteil der Investitionen sank von 7,3% zuerst auf 5,9% und lag 2016 schließlich bei 6,2%. Weiters waren die Unterschiede zwischen den Trägern 2013 am geringsten, stiegen 2016 aber wieder an. Dabei überholten die Gemeinnützigen mit 6,1% erstmals die Öffentlichen um 0,7 Prozentpunkte. Der Rückgang von Beginn der Zeitreihe bis Ende lag bei Gewinnorientierten bei 2,3 Prozentpunkten und bei Öffentlichen bei 1,3 Prozentpunkten. Gemeinnützige Spitäler konnten ihre Investitionen als Anteil an den Gesamterlösen hingegen um 0,4 Prozentpunkte steigern. Während Gewinnorientierte – um 24% – und Öffentliche – um 19% – also 2016 weniger von ihren Gesamterlösen investierten als noch 2009, konnten sich Gemeinnützige dabei leicht – um 7% – steigern.

Pilny (2017) untersucht den Einfluss verschiedener Faktoren auf den Anteil der Förderhöhe an den Investitionen (= facilitation rate oder Förderquote). Die relevanteste Charakteristik hierfür ist die EBITDA-Marge¹⁵. So ist ein Anstieg von einem Prozentpunkt der EBITDA-Marge, ceteris paribus, mit einem Sinken der Förderquote von 1,77 Prozentpunkten bei öffentlichen Krankenhäusern assoziiert. Bei Gemeinnützigen beträgt der Effekt 1,15 Prozentpunkte und bei Gewinnorientierten 2,06 Prozentpunkte. Profitable Krankenhäuser erhalten demnach weniger Förderungen. Dafür gibt es zwei mögliche Erklärungen. Entweder suchen profitable

¹⁵ EBITDA = Earnings before interest, taxes and depreciation = Ergebnis vor Steuern, Zinsen und Abschreibungen. Bei der EBITDA Marge wird das Verhältnis von EBITDA zu den Umsatzerlösen dargestellt.

Krankenhäuser seltener um Fördermittel an, oder Bundesländer gewähren vorzugsweise den weniger profitablen Krankenhäusern Förderungen.

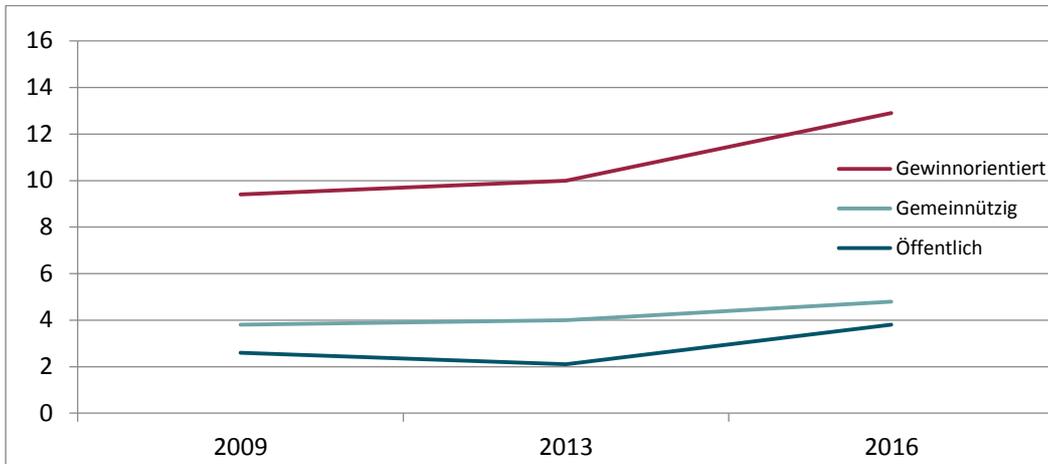
Abbildung 9: EBITDA-Margen mit KHG-Mitteln, in Prozent der Gesamterlöse



Quelle: Augurzky, et al. (2012, 2015, 2018), Darstellung: IHS.

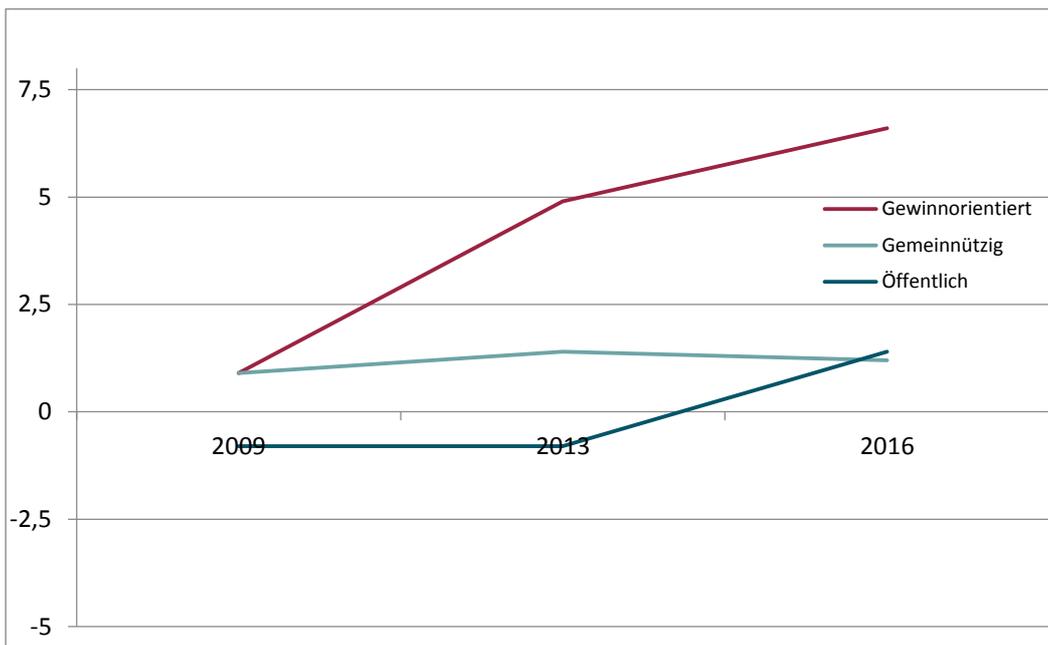
Der Trend der EBITDA-Margen mit KHG-Mitteln – also den Förderungen gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz - zeigt über alle Träger hinweg im Zeitraum 2009 bis 2016 nach oben (Abbildung 9). So konnten Gewinnorientierte ihre EBITDA-Marge um knapp ein Drittel steigern, während Gemeinnützige mit 11% und Öffentliche mit 20% geringere Zuwächse verbuchten. Besonders 2016 war für die Gewinnorientierten ein erfolgreiches Jahr; 2,8 Prozentpunkte des gesamten Anstiegs der EBITDA-Marge von 3,4 Prozentpunkten entfallen auf diese Periode. Auch Öffentliche konnten ihr Ergebnis 2016 leicht verbessern, nachdem 2013 die EBITDA-Marge geringfügig zurückgefallen war. EBITDA-Margen ohne KHG-Mittel fallen entsprechend geringer aus als EBITDA-Margen mit KHG-Mitteln, die Berücksichtigung der KHG-Mittel ändert nicht den generellen Trend (Abbildung 10).

Abbildung 10: EBITDA-Margen ohne KHG-Mittel, in Prozent der Gesamterlöse



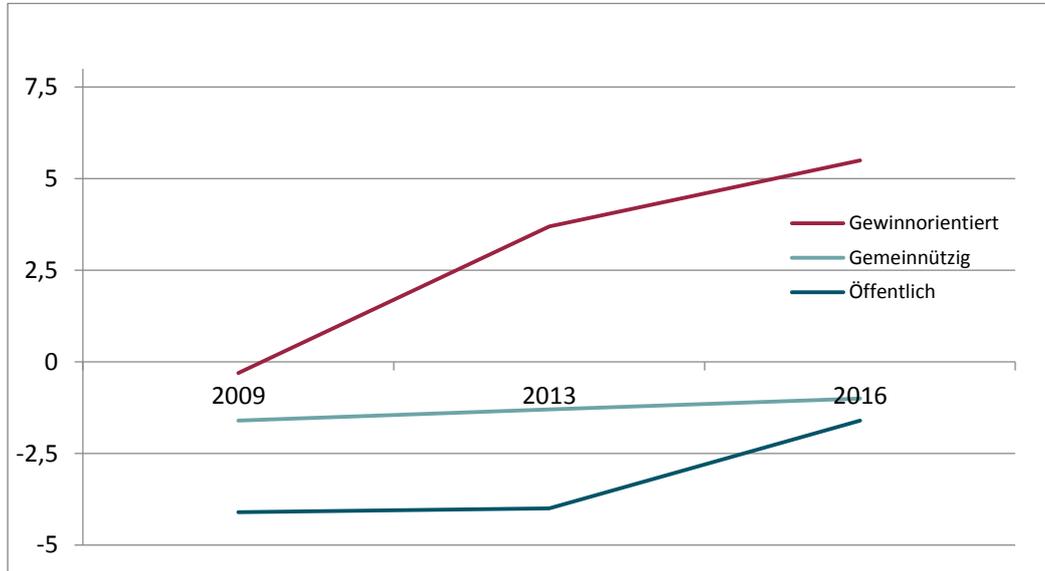
Quelle: : Augurzky, et al. (2012, 2015, 2018), Darstellung: IHS.

Abbildung 11: Differenz zwischen EBITDA-Margen und Investitionen/Gesamterlöse (mit KHG-Mitteln), in Prozent der Gesamterlöse



Quelle: : Augurzky, et al. (2012, 2015, 2018), Darstellung: IHS.

Abbildung 12: Differenz zwischen EBITDA-Margen und Investitionen/Gesamterlöse (ohne KH-Mittel), in Prozent der Gesamterlöse



Quelle: : Augurzky, et al. (2012, 2015, 2018), Darstellung: IHS.

Das unterschiedliche Investitionsverhalten im Vergleich zur EBITDA-Marge verdeutlicht sich in der Differenz der beiden Kennzahlen in einer Grafik (Abbildung 11, Abbildung 12). Die beiden nicht-gewinnorientierten Trägertypen ähneln einander stärker als andere Trägertyp-Kombinationen, die Differenz zwischen der EBITDA-Marge und den auf die Gesamterlöse bezogenen Investitionen ist bei diesen beiden Trägern negativ. Gewinnorientierte verzeichnen ab 2013 eine positive Differenz, die EBITDA Margen übersteigen die „Investitionsquoten“. Die durchschnittliche Differenz über alle Jahre hinweg beträgt bei Gewinnorientierten 3, bei Gemeinnützigen -1,3 und bei Öffentlichen -3,2 Prozentpunkte. Mit KHG-Mitteln steigt die EBITDA-Marge bei gleichbleibendem Investitionsanteil, weshalb sich die Unterschiede in dieser Betrachtungsweise auf höherem Niveau darstellen. Die trägerspezifischen Förderhöhen ändern den zeitlichen Verlauf vor allem bei gemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern, aber kaum bei den Gewinnorientierten. Die relevanten Daten für diese Abbildungen sind in **Tabelle 3** und **Tabelle 4** dargestellt.

Tabelle 3: EBITDA-Margen mit und ohne KHG-Mittel (in %)

Jahr	Gewinnorientiert		Gemeinnützig		Öffentlich	
	mit	ohne	mit	ohne	mit	ohne
2009	10,6	9,4	6,3	3,8	5,9	2,6
2013	11,2	10,0	6,7	4,0	5,3	2,1
2016	14,0	12,9	7,0	4,8	6,8	3,8

Quelle: Augurzky, et al. (2012, 2015, 2018), Darstellung: IHS.

Tabelle 4: Investitionen/Gesamterlöse (in %)

Jahr	Gewinnorientiert	Gemeinnützig	Öffentlich
2009	9,7	5,4	6,7
2013	6,3	5,3	6,1
2016	7,4	5,8	5,4

Quelle: Augurzky, et al. (2012, 2015, 2018), Darstellung: IHS.

3.2.5.1. Finanzkennzahlen ausgewählter Träger

Informationen über Gewinnausschüttungen liegen uns nicht in gesammelter Form vor, sondern konnten nur aus öffentlich verfügbaren Geschäftsberichten gewonnen werden. Soweit nicht anders angegeben, beziehen sich die im Folgenden dargestellten Kennzahlen auf das Jahr 2017.

Die Auswahl der dargestellten Krankenhausbetreiber erfolgte pragmatisch, indem die jeweils größten herangezogen wurden, deren Dokumente einer Desktoprecherche zugänglich waren. Der Fokus liegt auf gewinnorientierten Klinikgruppen, weil Gewinnausschüttungen in Deutschland nur für diesen Trägertyp relevant sind und gemeinnützige sowie öffentliche Krankenhäuser seltener in großen Klinikverbänden aktiv sind. Konkret betrachten wir fünf große gewinnorientierte Klinikketten (Fresenius-Helios, Asklepios, Rhön-Klinikum AG, MediClin AG und Sana Kliniken AG), zwei gemeinnützige Krankenhausbetreiber (SRH Kliniken und Agaplesion) und ein öffentliches Krankenhausunternehmen, die Vivantes GmbH, die im Alleinbesitz der

Stadt Berlin ist. Fresenius-Helios ist zusätzlich zum deutschen auch auf dem spanischen Krankenhausmarkt unter dem Namen Quirónsalud bzw. Helios Spanien aktiv, alle hier erwähnten Zahlen beziehen sich jedoch ausschließlich auf die Geschäfte in Deutschland. Alle Daten stammen aus den Geschäftsberichten für das Jahr 2017 oder den Homepages der Unternehmen.

Gemessen an der Bettenzahl umspannt unsere Auswahl einen Größenbereich von 5.370 (Rhön-Klinikum) bis zu 34.610 (Fresenius-Helios). Insgesamt besitzen die Krankenhausgruppen in unserem Sample rund 100.000 oder über 15% der knapp 650.000 Betten in Deutschland. Die genannten fünf gewinnorientierten Krankenhauskonzerne betreiben ca. 86.000 oder ca. 43% der rund 200.000 Betten in gewinnorientierten Häusern, mit jeweils durchschnittlich 17.270 Betten. Die Bettenzahl von Vivantes (5.782 Betten) liegt deutlich niedriger, und damit auf einem ähnlichen Niveau wie jene von Agaplesion und SRH-Kliniken.¹⁶

Durchschnittlich beschäftigen die Kliniken 1,7 MitarbeiterInnen pro Bett, wobei zwei Krankenhausketten (Rhön-Klinikum und Sana) mit 2,5 MitarbeiterInnen pro Bett an der Spitze liegen. Die MediClin AG bildet mit 0,8 MitarbeiterInnen pro Bett das Schlusslicht. In dieser Kategorie ist Asklepios mit 1,3 MitarbeiterInnen pro Bett ebenfalls unterdurchschnittlich. Die geringe Beschäftigtenzahl dieser Kliniken könnte im Falle MediClin auf das Geschäftsmodell mit stärkerer Spezialisierung auf den stationären Bereich und im Fall Asklepios auf die oft kritisierten Arbeitsbedingungen zurückzuführen sein.¹⁷ Zu beachten ist jedoch, dass für Sana, Agaplesion und SRH Kliniken keine Vollzeitäquivalente bekannt sind, was die Vergleichbarkeit der Angaben mit den anderen Kliniken beeinträchtigt. Außerdem sind die Krankenhausabteilungen von Fresenius, Agaplesion und SRH Kliniken nur (wichtige) Sparten der Konzerne. Um für diesen Umstand zu korrigieren, wurden manche Kennzahlen, die nur konzernweit verfügbar waren, für die Darstellung in diesem Bericht verhältnismäßig nach Umsatz der Sparten gewichtet. Diese Korrekturen stellen lediglich eine Approximation dar und treffen in verschiedenem Ausmaß bei Fresenius-Helios, Agaplesion und SRH Kliniken zu.

Zu größeren Unterschieden kommt es bei der Anzahl der behandelten PatientInnen pro Bett, bei der abermals die MediClin AG mit 14,8 PatientInnen pro Bett das Schlusslicht bildet. Außerdem ist MediClin mit weniger als 7.000 Beschäftigten und einem Umsatz

¹⁶ Zu beachten ist, dass sich die Bettenzahlen unseres Samples auf 2017 beziehen, die letzten aktuellen Bettenzahlen für ganz Deutschland aber aus 2016 stammen, was zu kleineren Unterschieden führen könnte. Da die Bettenzahl in den letzten Jahren allerdings relativ konstant blieb, sollte das Gesamtbild dadurch nicht signifikant verzerrt werden.

¹⁷ Siehe Medienberichte: <http://www.spiegel.de/spiegel/asklepios-klinikonzern-der-krank-konzern-a-1126679.html>
<https://www.welt.de/regionales/hamburg/article163089092/Die-steigende-Belastung-schlaegt-auf-die-Psyche.html>

von knapp über 600 Mio. Euro auch die kleinste Kette in unserer Auswahl. Die höchste Anzahl an PatientInnen pro Bett liegt in der Sana Kliniken AG mit 47,4 vor. Vivantes und Agaplesion befinden sich mit 42,5 und 44,5 PatientInnen pro Bett über dem Durchschnitt von 37,4.

Bemerkenswert sind auch die teils sehr komplexen Eigentumsverhältnisse der verschiedenen Ketten. So ist die Asklepios GmbH auch größte Aktienbesitzerin der Medioclin AG mit 52,73% und der Rhön-Klinikum AG mit 25,1%. Wie bereits erwähnt, ist die Sana Kliniken AG im Besitz privater Krankenversicherungen, wobei die Deutsche Krankenversicherung AG und die Signal Iduna Krankenversicherung a. G.¹⁸ mit 22,4% bzw. 19,4% die größten Aktienbesitzerinnen sind, die restlichen 58,2% teilen sich auf 23 weitere Krankenversicherungen auf. Fresenius befindet sich mehrheitlich (57,63%) im Streubesitz; weitere EigentümerInnen sind die Else Kröner-Fresenius-Stiftung mit 26,29% und auch BlackRock, Inc. mit 5,15%.

Im Vergleich der finanziellen Daten fällt die hohe Variabilität verschiedener betriebswirtschaftlicher Kennzahlen auf. So beträgt die Eigenkapital-Rentabilität zwischen 2,1% (Medioclin) und 13,7% (Asklepios). Bemerkenswert daran ist, dass Asklepios auch Mehrheitseigentümer (52,7%) von Medioclin ist. Außerdem ist Asklepios mit 25,1% größter Eigentümer von Rhön-Klinikum, die mit 3,3% ebenfalls eine unterdurchschnittliche Eigenkapital-Rentabilität aufweisen. Man erkennt auch, dass es hier bei den mit Asklepios assoziierten Unternehmen keinen positiven Zusammenhang zwischen höher Rentabilität und Investitionen gibt. Tatsächlich ist der Anteil der Nettoinvestitionen am Umsatz bei Asklepios mit 1,7% am geringsten. Bei den weniger rentablen Unternehmen Medioclin und Rhön-Klinikum liegt er mit 4,3% bzw. 5,2% mehr als doppelt so hoch. Diese Tendenz ist bei Agaplesion am deutlichsten zu sehen. Der gemeinnützige Träger Agaplesion hat eine der geringeren Eigenkapital-Renditen, liegt aber mit 6,7% an Nettoinvestitionen pro Euro an Umsatz bei den Investitionen an der Spitze. Auch die andere gemeinnützige Kette, SRH-Kliniken, befindet sich mit 5,1%¹⁹ über dem Durchschnitt von 4,7%. Allerdings kann Fresenius-Helios mit 13,8% eine überdurchschnittliche Eigenkapital-Rentabilität vorweisen und investiert auch überdurchschnittliche 6,2% ihres Umsatzes. Sana befindet sich mit einer hohen Eigenkapital-Rentabilität von 12,2% und geringen Nettoinvestitionen von 3,2 Cent pro Euro Umsatz am unteren Ende. Die öffentliche Krankenhausgruppe Vivantes besitzt sowohl eine eher durchschnittliche Eigenkapital-Rentabilität (5,3%) als auch durchschnittliche Nettoinvestitionen pro Euro an Umsatz (4,9 Cent). Insgesamt beläuft

¹⁸ Abkürzung für Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

¹⁹ Rechnet man die Investitionen und Umsätze aus Unternehmensübergreifenden Sparten wie Holding anteilmäßig dazu, ergibt sich stattdessen ein Wert von 6,5%.

sich die durchschnittliche Eigenkapital-Rentabilität auf 7,5% (Median: 6,6%) und die Nettoinvestitionen pro Euro an Umsatz betragen durchschnittlich 4,8 Cent (Median: 5,1 Cent). Anstelle der Nettoinvestitionen pro Euro an Umsatz, wäre es auch interessant gewesen die Eigeninvestitionen pro Euro an Umsatz zu betrachten. Aufgrund der historisch vermutlich nicht gleichverteilten Fremdfinanzierungsquoten wären derartige Zahlen aber nicht aussagekräftig. Betrachtet man die Eigeninvestitionsquoten (Anteil Eigeninvestitionen an Bruttoinvestitionen) kann man allerdings einige Trends erkennen. Wie zu erwarten, werden die Investitionen von Vivantes zum geringsten Teil eigeninvestiert (67,1%). Die höchste Eigeninvestitionsquote besitzt Rhön-Klinikum mit 87,3%, und Agaplesion befindet sich mit 74,7% knapp am Durchschnitt (76,9%, Median: 75,3%). Die hohen Eigeninvestitionsquoten bei Rhön-Klinikum und auch bei Mediclin (84,7%) sowie die niedrigeren Eigeninvestitionsquoten bei Asklepios (70,9%) und Fresenius-Helios (78,4%) legen nahe, dass größere Ketten (gemessen am Umsatz) leichteren Zugang zu Investitionsförderungen besitzen. Wird die Größe aber anhand der Bettenanzahl gemessen, steht diese jedoch in keinem Zusammenhang mit der Förderquote, wie Pilny (2017) zeigt.

Für SRH-Kliniken liegen keine entsprechenden Daten vor, was eine Interpretation bezüglich gemeinnütziger Krankenhausgruppen erschwert.

Auffallend sind die hohen Anteile des Gewinns, die die kleineren Krankenhausgruppen Mediclin und Rhön-Klinikum ausschütten, in beiden Fällen über 60%. Interessant ist auch die Höhe der Vorstandsbezüge. Werden diese zu den Gewinnausschüttungen addiert, beträgt diese erweiterte Quote bei Mediclin über 100%. Im Jahr 2017 hat Asklepios keine Gewinne ausgeschüttet, verzeichnete jedoch eine „Entnahme“ in Höhe von 200 Millionen Euro, was sie mit den anderen Krankenhausketten diesbezüglich unvergleichbar macht. Diese Entnahme ist laut Geschäftsbericht der Konzernumstrukturierung und Refinanzierung zuzurechnen.

Die höchsten Vorstandsbezüge zahlt Rhön-Klinikum mit 4,7 Millionen Euro, gefolgt von Fresenius-Helios mit 4,1 Millionen Euro. Das ist insbesondere interessant, weil Rhön-Klinikum eine der kleineren Ketten in unserer Auswahl darstellt und 2017 auch keine überdurchschnittlichen Gewinne erzielt hat, die eine solche Diskrepanz erklären könnten. Der Umsatz von Fresenius-Helios ist hingegen rund fünfmal so hoch wie der von Rhön-Klinikum und auch die Eigenkapitalrendite ist mit 13,3% überdurchschnittlich. Der private Krankenhauskonzern mit den geringsten Vorstandsbezügen ist Mediclin mit 1,8 Millionen Euro. Vivantes und SRH-Kliniken zahlen für Vorstandsbezüge rund 900.000 Euro bzw. 400.000 Euro bei einem Umsatz von 1,2 Milliarden Euro bzw. 670 Millionen Euro, was in beiden Fällen relativ stark unter dem Verhältnis bei gewinnorientierten Unternehmen liegt. Für Sana und Agaplesion liegen keine Daten zu den Vorstandsbezügen vor.

Tabelle 5: Kennzahlen ausgewählter Klinikgruppen, Deutschland, 2017

	Rhön- Klinikum	Mediclin	Fresenius- Helios	Sana	Asklepios	Vivantes	Agaplesion	SRH-Kliniken
Umsatz, in 1000 €	1.211.077	609.083	6.074.000	2.569.900	3.261.900	1.241.000	969.852	673.300
Jahresergebnis, in 1000 €	37.135	3.890	522.959	100.622	1.417	21.400	5.679	36.100
EK-Rentabilität	3,3%	2,1%	13,3%	12,2%	13,7%	5,3%	2,1%	10,6%
Nettoinvestition pro € Umsatz, €	0,052	0,043	0,062	0,032	0,017	0,049	0,067	0,051
Ausschüttungen, €	23.436.865	2.375.000	75.315.438	28.000.000	(*)	öffentlich	gemeinnützig	gemeinnützig
Bezüge Vorstand, €	4.760.000	1.800.000	4.107.916	keine Daten	2.500.000	912.000	keine Daten	389.000

Quelle: IHS-Zusammenstellung nach Geschäftsberichten der jeweiligen Klinik(gruppe).

Anmerkung: (*) im Geschäftsbericht sind keine Gewinnausschüttungen, aber nicht näher erläuterte „Entnahmen“ in Höhe von 200 Millionen Euro angeführt.

Den Geschäftsberichten der fünf gewinnorientierten, einem öffentlichen und zwei gemeinnützigen Krankenhausbetreibern zufolge bestehen die Vorstände aus insgesamt 26 Personen. Nur vier davon sind Frauen, was einer Frauenquote von 15% entspricht. Zwei dieser Frauen gehören mit 17 männlichen Kollegen dem Vorstand einer privatgewinnorientierten Klinikette an, und zwei gemeinsam mit einem männlichen Kollegen dem Vorstand der öffentlichen Klinikette. Im Vorstand der beiden gemeinnützigen Ketten finden sich ausschließlich Männer. Klarerweise kann aufgrund des nicht repräsentativen Samples aus dieser Aufstellung keine Verallgemeinerung abgeleitet werden, der in Deutschland (und auch Österreich) bestehende Gender-Bias in hohen Positionen bestätigt sich aber dennoch.

3.2.6 Diskussion

Die Situation des deutschen Krankenhausmarktes unterscheidet sich von der des österreichischen in zwei wesentlichen Grundvoraussetzungen: Erstens, im Laufe der Jahrzehnte hat sich eine wettbewerbsfreundliche Grundhaltung etabliert, die sich auch in entsprechender Gesetzgebung niederschlägt: Wettbewerb ist nicht nur aus Sicht der Versicherten im Hinblick auf Versicherungsoptionen garantiert, sondern auch in Hinblick auf Krankenhäuser, die sich aufgrund der 1972 im KHG verankerten und 1984 bekräftigten Trägervielfalt nicht nur auf Häuser, sondern auch auf Trägertypen bezieht. Zweitens, hat die Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten im Jahr 1991 dazu geführt, dass staatliche Investitionsmittel überproportional stark in dortige Strukturen geflossen sind, und dementsprechend weniger in die alten Bundesländer. Diese Schwerpunktsetzung erfolgte in einer Situation, als die Kommunen der alten Bundesländer bereits Zurückhaltung bei Investitionstätigkeiten geübt hatten, und somit schon der Grundstein für den viel beklagten „Investitionsstau“ gelegt worden war. Die nach den Jahren strikter Planwirtschaft bestehende privatisierungsfreundliche Haltung in den neuen Bundesländern begünstigte überdies die Entstehung privatwirtschaftlich geführter Krankenhäuser.

Auch heute kommen die Bundesländer ihrem gesetzlichen Auftrag der Investitionsförderung nicht in ausreichendem Maße nach, weshalb die Krankenhäuser ihre Investitionskosten oft zumindest teilweise selbst finanzieren (müssen). Die Erlöse für Krankenhausbehandlungen sehen inzwischen einen kleinen Investitionsbeitrag vor, und privatwirtschaftlichen Betrieben steht überdies die Mittelaufnahme über den Kapitalmarkt zur Verfügung. (Augurzky et al. 2018:60)

Das Zusammenspiel von stark belasteten öffentlichen Haushalten mit einer wettbewerbsfreundlichen Gesetzgebung und trägertyp-unabhängigen Finanzierungsvoraussetzungen für den laufenden Betrieb der Krankenhäuser haben

dazu geführt, dass in einzelnen Gegenden - zum Beispiel im Hamburger Raum – die Krankenhausversorgung praktisch ausschließlich durch private Träger erfolgt. In Österreich hingegen ist eine rein unter privat-(gemeinnützig)er Trägerschaft stehende Versorgung untypisch, wenn die Gewährleistung der Versorgung für die Bevölkerung mehr als ein lokales Krankenhaus verlangt.

Bereits rund 30 Prozent der gesamten Bettenkapazität, und fast ein Fünftel der Akut-Bettenkapazität in Deutschland werden von gewinnorientierten Einrichtungen betrieben. In vielen Fällen gelingt es dem Management der entsprechenden Einrichtungen auch, die durch diese Bezeichnung erweckten Erwartungen zu erfüllen, indem eben Gewinne erzielt und ausgeschüttet werden. So ist die EBITDA-Marge, bezogen auf die Gesamterlöse, bei privat-gewinnorientierten Krankenhäusern doppelt so hoch wie bei gemeinnützigen oder kommunalen. Die Gesamtkapitalrentabilität liegt sogar fast beim dreifachen des Vergleichswertes der gemeinnützigen, und kommunale Häuser liegen diesbezüglich noch tiefer.

Ob daraus geschlossen werden kann, dass im gleichen Ausmaß der Gewinnerzielung auch dem (größtenteils öffentlich finanzierten) Gesundheitswesen Geld entzogen wird, ist jedoch nicht unmittelbar festzumachen: Zum einen werden erwirtschaftete Gewinne auch für Investitionen in die eigene Infrastruktur herangezogen, was den Umfang des „entzogenen“ Kapitals jedenfalls schmälert. Dies spiegelt sich darin wieder, dass gerade profitablere Kliniken auch niedrigere öffentliche Investitionsförderungen erhalten. Bezogen auf das Sachanlagevermögen erhalten gewinnorientierte Krankenhäuser rund 35% Förderungen (sogenannte KHG-Mittel), verglichen mit über 50% bei gemeinnützigen und besonders kommunalen Häusern bzw. Gruppen.

Zum anderen ist zu fragen, ob getreu den ökonomisch argumentierten Wettbewerbseffekten die Gesundheitsleistungen in den privaten Kliniken nicht ressourcenschonender erbracht werden, als es in einer Umgebung ohne Wettbewerbsdruck der Fall wäre, und somit gerade erst der Anreiz der Gewinnerzielung zum wirtschaftlichen Erfolg geführt hat. Freilich könnte dem entgegengehalten werden, dass auch gemeinnützige und kommunale Kliniken diesem Wettbewerbsdruck ausgesetzt wären. Jedenfalls für letztere ist aber festzustellen, dass in diesen zumindest ein wettbewerblicher „Effizienzmotor“ häufig fehlt, nämlich die Gefahr, bei schlechter Wirtschaftlichkeit den Markt verlassen zu müssen (siehe Kapitel 4). Solange Kommunen oder Landesregierungen eine mehr oder weniger deutliche Bestandsgarantie abgeben – wie es gelegentlich noch der Fall ist – kann dieser Anreiz nicht wirken. Im gegenteiligen Fall, bei der Privatisierung ehemals kommunaler Krankenhäuser (die in der Regel nur schlechte Wirtschaftlichkeit aufwiesen), stellte die Statistik tendenziell Effizienzverbesserungen nach der Privatisierung fest.

Bei Abwägung aller Argumente liegt die Einschätzung nahe, dass privat-gewinnorientierte Kliniken in Deutschland zwar Gewinne erwirtschaften, die zum Teil an die Kapitaleigner abgeführt werden. Diesen sind aber schwierig zu quantifizierende Vorteile gegenüberzustellen, wie eine höhere Investitions- und wohl auch Innovationsbereitschaft (Kapitel 4.3), die dem öffentlichen Sektor gewisse Lernkosten abnehmen kann.

3.3 Frankreich

3.3.1 Überblick über das Gesundheits- und Spitalswesen

Frankreich ist ein unitärer Staat mit rund 67 Mio. Einwohnern. Das Gesundheitswesen steht in Bismarck'scher (Sozialversicherungs-) Tradition, wobei es wie in Österreich keinen Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungsträgern gibt, sondern berufsständische Pflichtmitgliedschaft.

Die Versorgung im niedergelassenen ärztlichen Bereich wird vor allem durch private Praxen, und jene im Krankenhausbereich durch einen Mix von öffentlichen, privat-gemeinnützigen und privat-gewinnorientierten Häusern bestritten. In Frankreich werden die privat-gemeinnützigen Krankenhäuser hierbei im allgemeinen Verständnis dem öffentlichen Bereich zugordnet, während man unter einem „privaten Krankenhaus“ üblicherweise ein privat-gewinnorientiertes versteht. Der private Bereich in diesem engen Verständnis ist mit 1.030 der insgesamt 2.660 Krankenhäuser vergleichsweise gut ausgebaut. In diesem Bereich finden beispielsweise rund 60% aller chirurgischen Einweisungen statt. (Choné 2017)

Die Wahl des Krankenhauses steht den Betroffenen im Behandlungsfall seit langem frei. Finanzielle Überlegungen dürften diese Wahl eher wenig beeinflussen, da 91% der Krankenhausaufgaben durch die soziale Krankenversicherung und 5,5% durch die in Frankreich sehr verbreiteten privaten Zusatzversicherungen abgedeckt werden; direkte private Zahlungen machen rund 3% aus. Die Krankenhauswahl wird durch öffentliche Informationen unterstützt. Seit 2013 betreibt eine unabhängige wissenschaftliche Organisation (*Haute Autorité de Santé*) eine Website, auf der Information über mehr als 4.000 Krankenhäuser angeboten werden (<https://www.scopesante.fr>). Hierzu zählen 230 aktivitätsbezogene Indikatoren (Fallzahl, durchschnittliche Verweildauer, Kaiserschnitttrate...) und 231 Indikatoren mit Bezug auf die Prozessqualität. Inzwischen wird die Website nicht nur von Klinikpersonal für den Vergleich mit anderen Krankenhäusern, sondern auch von der Bevölkerung genutzt. Es wurde aber noch nicht ausgewertet, inwieweit die Nutzung der Website die Krankenhauswahl tatsächlich beeinflusst (Choné 2017:112)

Auch in Frankreich bereitet das Ausgabenwachstum im Krankenhausbereich der Gesundheitspolitik Sorgen. Zudem wird eine mit 76% eher niedrige Auslastung der Krankenhäuser sowie ein niedrigerer Anteil der tagesklinischen Behandlungen als in Vergleichsländern berichtet.

3.3.2 Jüngere historische Entwicklung

Im Krankenhausbereich zeichnet sich eine Dezentralisierungstendenz ab. Seit den 1990er Jahren zielen Reformen auf eine Machtverschiebung von der nationalen auf die regionale Ebene ab, vor allem im planerischen Bereich. Mit dem Territorialgesetz von 2009 (*Loi No. 2009–879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*) wurden regionale Gesundheitsbehörden (*agence régionale de santé; ARS*) geschaffen, die die fragmentierten Zuständigkeiten regional bündeln und auf die Bevölkerung abstimmen sollen (Chevreul et al. 2015). Obwohl diese ARS für strategische Planung und Aufsicht über den Spitalssektor verantwortlich zeichnen, haben sie nur geringen Zugriff auf das Spitalsbudget: Von einer Gesamtsumme von 42 Mrd. Euro (2010) konnten sie nur über die Verwendung von 2,9 Mrd. Euro tatsächlich entscheiden. (Chevreul et al. 2015:82).

Das Gesetz von 2009 hat auch die Autonomie und die organisatorische Flexibilität öffentlicher Krankenhäuser gestärkt und mehr Klarheit in interne Entscheidungsabläufe gebracht. Es zieht mehr Entscheidungsmöglichkeiten von der übergeordneten auf die Ebene des Krankenhausmanagements, indem die Rolle des Aufsichtsgremiums (*conseil d'administration*) auf Strategieerstellung und Aufsicht über die Implementierung beschränkt wurde und seine exekutiven Aufgaben auf die Krankenhausdirektion übertragen wurden. Entscheidungen, die direkt die Qualität und die Behandlungssicherheit betreffen, werden von Direktion und ärztlicher Leitung des Krankenhauses wahrgenommen.

3.3.3 Trägerstruktur im Spitalsbereich

In Frankreich bestehen parallel Krankenhäuser unter öffentlicher, privat-gemeinnütziger und privat-gewinnorientierter Trägerschaft. Privat-gemeinnützige Krankenhäuser stehen meist in Beziehung zu Stiftungen, religiösen Organisationen oder Versicherungen, während sich privat-gewinnorientierte Krankenhäuser zunehmend bei großen internationalen Gruppen konzentrieren. (Chevreul et al. 2015:34)

Akute Spitalsbehandlung wird vor allem von öffentlichen Krankenhäusern erbracht, die rund zwei Drittel der Kapazitäten auf sich vereinen (67% der stationäre Betten, 50% der tagesklinischen Betten) und für rund 65% der stationären Aufenthalte und 42% der tagesklinischen Fälle verantwortlich zeichnen. Das Behandlungsspektrum ist breiter als

das der privaten Krankenhäuser; rund zwei Drittel der obstetrischen Fälle werden in öffentlichen Krankenhäusern versorgt.

Privat-gewinnorientierte Krankenhäuser verfügen über 25% der stationären Betten und 40% der tagesklinischen Betten; sie versorgen 27% der stationären und 50% der tagesklinischen Fälle. Rund die Hälfte der akutmedizinischen Behandlung durch privat-gewinnorientierte entfällt auf Chirurgie, wobei die Tagesklinik einen weit größeren Anteil als bei anderen Trägern einnimmt. Privat-gewinnorientierte Krankenhäuser sind auf eine eingeschränkte Anzahl eher technischer Eingriffe spezialisiert, die sehr standardisiert erbracht werden können, relativ gut kalkulierbar sind, und die größere Gewinnaussichten bieten. Hierzu zählt invasive Diagnostik wie Endoskopie oder koronare Angiographie.

Zu den medizinischen Bereichen, die vor allem von privat-gemeinnützigen Häusern versorgt werden, zählt die Onkologie. (Chevreul et al. 2015:130)

Qualitätsunterschiede der Behandlung nach Trägertyp wurde in einer Reihe von Untersuchungen analysiert. Milcent (2005) findet im Vergleich französischer Krankenhäuser zwar auf den ersten Blick je nach Trägertyp unterschiedliche Mortalitätsraten nach akutem Myokardinfarkt, diese Unterschiede verschwinden aber, wenn Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen den jeweils behandelten Personen berücksichtigt werden. Allerdings findet sie einen Zusammenhang mit der Investitionstätigkeit, den sie mit den Finanzierungsbedingungen verbindet: Privat-gewinnorientierte Krankenhäuser wurden im Analysezeitraum als einziger Trägertyp einzelleistungsfinanziert, gemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser aber über Globalbudgets, die teurere Behandlungsformen finanziell nicht berücksichtigten. Damit zahlten sich innovative Eingriffe auch für gewinnorientierte Krankenhäuser am meisten aus, und wurden dort öfter durchgeführt.

Eine weitere Untersuchung²⁰ konzentriert sich auf die Rolle der Innovationen²¹ in einem etwas geänderten Analysesetting, das zwischen gewinnorientierten Krankenhäusern, Universitätsspitalern und nicht-lehrenden öffentlichen Krankenhäusern unterscheidet: gewinnorientierte Krankenhäuser sind nur dann – gemessen an der Sterbewahrscheinlichkeit nach Herzinfarkt – gleich gut wie Universitätsspitäler, wenn sie hohe Innovationsraten haben. Konterfaktorielle Berechnungen zeigen, dass die Sterbewahrscheinlichkeit 7 Tage nach Herzinfarkt um 1,8 Punkte gesenkt werden könnte, wenn nicht-lehrende öffentliche Krankenhäuser

²⁰ Die Daten stammen weiterhin aus einer Zeitperiode, in der gemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser über Globalbudgets finanziert wurden (1998-2004).

²¹ Katheter, teilweise mit Angioplastie, Stent.

nach gleichen Kriterien wie gewinnorientierte Krankenhäuser innovative Behandlungstechniken anwenden würden. (Gobillon, Milcent 2016).

3.3.4 Finanzierung

Die französische Variante einer Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen (*Tarification à l'activité* - T2A) wurde etappenweise ab dem Jahr 2004 eingeführt, mit den klaren Zielen der Stärkung des Wettbewerbs und der Ausgabendämpfung. Eine Revision im Jahr 2009 verdreifachte die Zahl der codierbaren Gruppen von 800 auf 2200, im Wesentlichen durch die Einführung von bis zu vier Schweregraden je Gruppe, zu dokumentieren nur über Komorbiditäten, nicht über die Behandlungsart (Milcent 2016). T2A ist das Finanzierungsinstrument für öffentliche, gemeinnützige wie gewinnorientierte Krankenhäuser, es werden aber für gewinnorientierte Krankenhäuser separate Tarife berechnet: Da Ärztinnen und Ärzte in privat-gewinnorientierten Krankenhäusern nicht nach dem Gehaltsschema der öffentlichen Krankenhäuser entlohnt werden, sind die ärztlichen Leistungen für diese in den Tarifen nicht inkludiert, sondern werden separat ausbezahlt, im Unterschied zu den öffentlichen und privat-gemeinnützigen Krankenhäusern. Weitere Anpassungsfaktoren sollen auf zusätzliche kostenrelevante Besonderheiten Rücksicht nehmen: ein Anpassungsfaktor für den Übergang vom „alten“ auf das T2A Finanzierungssystem, ein Faktor für den Einsatz von High-Tech Leistungen, Faktoren für regionale Kostenunterschiede, sowie ein Faktor, um in Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte die niedrigen Fallzahlen auszugleichen (Chevreul et al. 2015:93ff).

Ursprünglich war eine Konvergenz in der Remuneration der einzelnen Trägerarten bis zum Jahr 2012 geplant gewesen (und in weiterer Folge auf 2018 verschoben), wurde nach einem Regierungswechsel aber wieder aufgegeben. Diesem Sinneswandel lag wohl die Annahme zu Grunde, dass Produktivitätsunterschiede zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern bestehen, die nach einem Wegfallen der Honorierungsunterschiede nicht mehr genutzt werden könnten. (Dormont, Milcent 2012)

Die Festsetzung der T2A Tarife erfolgt national durch eine Stelle innerhalb des Gesundheitsministeriums, die dabei von einer technischen Agentur (*Agence technique de l'information sur l'hospitalisation* - ATIH) unterstützt wird. Da die Tarife sich unmittelbar auf die Wirtschaftlichkeit und die Investitionsfähigkeit der Krankenhäuser auswirken, ist ihre unabhängige Gestaltung wesentlich für funktionierenden Wettbewerb. Kritik an der Unabhängigkeit von ATIH führte 2015 dazu, dass die Leitung nunmehr von einer Person aus der Wissenschaft, und nicht wie vorher aus dem Gesundheitsministerium, besetzt wird, und dass ein wissenschaftlicher Beirat

eingesetzt wurde, um eine zeitgemäße und unabhängige Arbeitsweise sicher zu stellen (Choné 2017:113).

Eine Untersuchung der Verfeinerung des Finanzierungssystems im Jahr 2009 zeigte, dass privat-gewinnorientierte Krankenhäuser sowie Universitätsspitäler signifikant stärker auf die Umstellung reagierten als gemeinnützige und nicht-lehrende öffentliche Krankenhäuser: Das beobachtete Upcoding war dort ausgeprägter. Aufgrund der Begrenzung des französischen gesamten Krankenhausbudgets resultierte dies in einer Mittelumverteilung zugunsten der privat-gewinnorientierten Krankenhäuser. In diesem Zusammenhang wurde auch beobachtet, dass privat-gewinnorientierte Krankenhäuser bereits sehr schnell Softwareunterstützung für die Codierung einsetzten, eine Praxis, mit der Universitätsspitäler erst später nachzogen. (Milcent 2016)

3.3.5 Diskussion

Die Aufteilung in die drei Trägergruppen hat Tradition und geht mit unterschiedlicher Spezialisierung der drei Trägertypen einher, die deren unterschiedliche Stärken ausnutzt: komplexe und eher prozessorientierte Onkologie vor allem in den privat-gemeinnützigen Krankenhäusern, die stärker standardisierbare Tagesklinik in den privat-gewinnorientierten Kliniken, die im Jahr 2011 70% aller tagesklinischen Eingriffe bestritten.

Trägervielfalt als solche wurde in den letzten Reformen nicht in Frage gestellt: die Reform 2016 widmete sich der verbesserten Kooperation in den einzelnen Gesundheitsregionen, wobei sich die Krankenhäuser im Laufe des Jahres 2016 zu rund 150 sogenannten *groupements hospitalier de territoire* (GHTs) zusammenschließen sollten. Öffentliche Krankenhäuser *mussten* einem GHT beitreten, private Krankenhäuser *können* einem GHT beitreten. (Or 2016)

In der Finanzierung der Krankenhäuser bestehen nach wie vor gewisse Unterschiede, auch noch seit der sogenannten Konvergenz im Jahr 2008, seit dem alle Krankenhäuser – zumindest teilweise - nach der französischen Variante eines DRG Systems abrechnen. Die Privatspitäler legten daher vor der Europäischen Kommission eine Beschwerde aufgrund einer wettbewerbsverzerrenden Preisverzerrung zu Gunsten der staatlichen Spitäler ein. Laut dieser sind Krankenhausleistungen als Leistungen von allgemeinem ökonomischen Interesse anzusehen, und diese dürfen nicht aus öffentlichen Geldern überzahlt werden. Um dem Vorwurf der Überzahlung entgegenzutreten, muss die Gesundheitsbehörde über ausreichend genaue Kostendaten verfügen. Somit hat die Beschwerde vor der Kommission zu einem Gesetz geführt, das von allen öffentlichen wie privaten Krankenhäusern seit Januar 2016 die Vorlage entsprechender Daten verlangt (Choné 2017:113)

In der öffentlichen Diskussion wird die Trägervielfalt nicht in Frage gestellt, und es sind keine aktiven staatlichen Bemühungen um Verschiebungen in der Struktur bekannt. Eine offizielle Begründung für die Beibehaltung oder die Vorteilhaftigkeit der bestehenden Trägerstruktur liegt uns nicht vor. Ein beobachteter Vorteil aus der Existenz der privat-gewinnorientierten Krankenhäuser ist, dass diese manche medizinische Innovationen früher einführen als Krankenhäuser des öffentlichen Sektors, in dem Entscheidungen länger bis zu ihrer Realisierung brauchen. Somit werden Innovationen erst im kleineren Rahmen „ausprobiert“, bevor sie in größerem Umfang, und gelegentlich wohl auch in ausgereifterer Form, vom öffentlichen Sektor übernommen werden. Ein gut ausgebauter öffentlicher Krankensektor hingegen kann damit begründet werden, dass die in Frankreich bestehende Pflichtmitgliedschaft in der Krankenversicherung die Finanzmittel stark im öffentlichen Bereich bündelt, und daraus eine Verpflichtung zur Bereitstellung von gut ausgebauten öffentlichen Krankenhäusern abgeleitet wird. Die Trägervielfalt wiederum bietet Wahlmöglichkeiten, entsprechend der individuellen Präferenzlage: Wer auf größeren Komfort und schönere Infrastruktur im Krankheitsfall Wert legt, kann sich über den Abschluss einer entsprechenden Zusatzkrankenversicherung bei ausreichender Zahlungsfähigkeit und –bereitschaft diesen Zugang sichern. Ein sehr großer Bevölkerungsanteil verfügt in Frankreich über eine Zusatzkrankenversicherung, freilich inkludiert nicht jede auch den Aufenthalt im Privatkrankenhaus.

3.4 Niederlande

3.4.1 Überblick über das Gesundheits- und Spitalswesen

Die Niederlande sind ein unitärer Staat mit rund 17 Mio. Einwohnern. Das Gesundheitswesen steht in Bismarck'scher (Sozialversicherungs-) Tradition, allerdings stehen die Krankenversicherungsträger im Wettbewerb zueinander und werden nicht durch Arbeitnehmer/Arbeitgeberorganisationen getragen. Sie heben anders als in Österreich oder Deutschland nicht-einkommensabhängige Prämien ein.

Das niederländische Gesundheitssystem hat eine lange Tradition privater Initiativen im Gesundheitsbereich, es ist zusammen mit der Schweiz wohl das am meisten wettbewerbsorientierte System in Europa. Immer noch sind alle Krankenhäuser privat-gemeinnützig, allerdings sind nicht mehr alle strikt konfessionell. (den Exter et al. 2004: 6) Diese Tradition in Kombination mit dem sozialversicherungsbasierten Finanzierungssystem ist für die relativ geringe Rolle des Staats im niederländischen Gesundheitswesen verantwortlich. Eine Reihe regulativer Aufgaben wurden an unabhängige Institutionen delegiert. So kann der Staat kaum autonom Entscheidungen

treffen; eine gut koordinierte Abstimmung, mit den verschiedenen und gegenseitig voneinander abhängenden Akteurinnen und Akteuren, nimmt eine zentrale Rolle ein.

3.4.2 Historische Entwicklung

Eine Besonderheit des niederländischen Gesundheitswesens ist die hohe Konzentration sowohl im Krankenhaus- als auch im Versicherungsmarkt. Diese Konzentration hat vielfältige Gründe und wird für ersteren Fall detailliert in Roos (2018) dargestellt. Demnach hat die niederländische Regierung lange Zeit Krankenhauszusammenschlüsse aktiv gefördert, um Effizienz- und Qualitätsvorteile von größeren Krankenhäusern stärker zu nutzen. Im Jahr 1978 bestanden in den Niederlanden je nach Definition zwischen 233 und 240 Krankenhäuser. Von 1978 bis August 2017 waren davon 174 in Merger involviert worden. Zusätzlich verließen 30 Krankenhäuser den Markt und es wurden nur sehr wenige neue Krankenhäuser geöffnet. Chronologisch betrachtet waren Merger in den 1980er Jahren am häufigsten – rund 40 Zusammenschlüsse –, wurden dann deutlich seltener und sind mit 25 Mergern im Zeitraum 2010-2017 nun wieder häufiger geworden (Roos 2018: 87).

Die Zusammenschlüsse verstärkten die Konzentration am niederländischen Krankenhausmarkt. 1978 betrug der durchschnittliche Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) aller regionalen Krankenhausmärkte in den Niederlanden bereits 0,25, was nach den 1982 „US FTC merger guidelines“ bereits einer starken Marktkonzentration entsprach. 2012 lag der HHI dann schon bei 0,42 (Roos 2018).

Interessant ist, dass die niederländische Regierung nur relativ wenig Spielraum bei Intervention auf Ebene der Krankenhäuser hat, eben weil sie in privat-gemeinnützigem Besitz sind. Ein Plan des Gesundheitsministeriums von 1982 sah die Schließung von 25 Krankenhäusern und die Reduktion der Betten in 75 Krankenhäusern vor, scheiterte aber an ebendieser Problematik. Nichtsdestotrotz haben viele Krankenhäuser auf die Planung und die Anreizpolitik der Regierung reagiert, womit das Ziel einer Reduktion der Bettenzahl zumindest teilweise erreicht werden konnte. Der sogenannte „*merger bonus*“ von 1985 setzte abermals für kleinere Krankenhäuser Anreize, sich zusammenzuschließen, weil man großen Krankenhäusern höhere Zahlungen zusprach.

Zusätzlich wirkten sich auch Reformen mit eigentlich anderen Zielsetzungen, quasi als Nebeneffekt, auf die Wahrscheinlichkeit von Mergern aus. So konnten die notwendigen Voraussetzungen für ein neues Finanzierungssystem von Investitionen (*Exploitatie Verlagende Investerings*, EVI), das die Reduktion von Betriebskosten durch Reduktion der Bettenzahl anvisierte, leichter von großen Krankenhäusern erreicht werden. Ein weiterer Punkt ist die lange Phase der Antizipation des Dekker-Plans, der 1987 vorgestellt wurde und marktorientierte Reformen vorsah, aber erst 2006 umgesetzt wurde. Merger waren, vor allem in den 1990er Jahren, zumindest

teilweise dadurch motiviert, die Verhandlungsposition der Spitäler mit den Versicherungen für den Zeitpunkt zu verbessern, wenn die neuen Liberalisierungen am Versicherungsmarkt in Kraft treten würden. 1992 wurde vom Gesundheitsministerium das erste Mal deklariert, dass Merger nun nicht mehr gefördert würden. Es dauerte allerdings bis 2003, bis der „*merger bonus*“ offiziell aus dem Finanzierungssystem der Krankenhäuser gestrichen wurde. Die Situation wurde außerdem von den rechtlichen Rahmenbedingungen noch weiter verschärft. Weil der Wettbewerb auf Krankensebene noch nicht offiziell eingeführt worden war, durfte die niederländische Wettbewerbsbehörde noch nicht Merger unterbinden. Sie konnte ihre Arbeit erst 2004 aufnehmen, hat seitdem bis September 2017 aber nur eine einzige Fusion abgelehnt.

3.4.3 Trägerstruktur im Spitalsbereich

Die Niederlande sind in unserem Sample das einzige Land mit einem Anstieg der Akutbettenzahl. Während 2008 noch 3,1 Betten pro 1000 EW in Akutkrankenhäusern zur Verfügung standen, waren es 2013 bereits 3,6. Der allgemeine Trend für diesen Zeitraum zeigt für die meisten Länder entweder eine Stagnation oder einen Rückgang; zu beachten ist aber, dass das niederländische Niveau gemessen in Betten je EW weit unter dem im deutschsprachigen Raum liegt.

Alle Krankenhäuser in den Niederlanden haben privat-gemeinnützige TrägerInnen, die meisten Stiftungen. Nach aktueller Rechtslage sind Krankenhäuser private Organisationen, denen es aber nicht erlaubt ist, Profite zu erzielen. Die NZA (*Nederlandse Zorgautoriteit*) will Wettbewerb und das Erzielen von Profiten nur in solchen Marktsegmenten erlauben, in denen ein konkreter Nutzen für die Bevölkerung entsteht.

Die historische Entstehung dieser im internationalen Vergleich doch einzigartigen Trägerstruktur schildert Jeurissen (2010: 161ff). 1924 gab es in den Niederlanden 40 Krankenhäuser in öffentlicher, und 221 Krankenhäuser in religiöser, gemeinnütziger Trägerschaft. Die Existenz privater Krankenhäuser war dadurch gefördert, dass die Niederlande bis in die 1950er eines der ungleichsten westlichen Länder waren, was philanthropische Bestrebungen begünstigte. Zusätzlich zum Einkommen aus Spenden konnten die privat-gemeinnützigen Krankenhäuser auf kostengünstige, aber qualitativ hochwertige Arbeit durch ihre Ordensleute zurückgreifen. Krankenkassen zahlten niedrigere als kostendeckende Krankenhaustarife für ihre Versicherten, die wohlhabendere Bevölkerung war von den Krankenkassen ausgeschlossen und musste höhere Krankenhaustarife zahlen. Da diese Quersubventionierung selten die nicht kostendeckenden Tarife der Mehrheitsbevölkerung ausglich, war die Finanzierung der Krankenhäuser selten gesichert und Defizite, vor allem bei Häusern in öffentlicher

Trägerschaft, häufig. Die Gebietskörperschaften trachteten danach, mehr Krankenhausversorgung in den privat-gemeinnützigen Bereich zu verschieben, besonders in wirtschaftlich angespannten Zeiten.

In privat-gemeinnützigen Krankenhäusern konnten Fachärztinnen und -ärzte, im Gegensatz zu jenen in öffentlichen Krankenhäusern, auch ihre PrivatpatientInnen versorgen, was sie von der Notwendigkeit einer eigenen Praxis außerhalb des Krankenhauses befreite. Die hohe Bevölkerungsdichte in den Niederlanden ließ kein mit Österreich vergleichbares Problem von Landkrankenhäusern mit geringer zu versorgender Bevölkerung entstehen. Dies ließ eine Motivation für Ärztinnen und Ärzte, ein privates Spital aufzubauen, wegfallen. Weiters sprach sich die Ärztesgesellschaft aus Qualitätsgründen dezidiert für eine Krankenhausmindestgröße von 100 Betten aus, was ebenfalls den Anreiz für Ärztinnen und Ärzte verminderte, private Krankenhäuser zu gründen. Bereits seit 1912 war der Zugang zu fachärztlicher Versorgung an Überweisungen durch Gatekeeper gekoppelt, eine Regelung, mit der die allgemeinmedizinisch dominierte Ärztesgesellschaft die Einkommen der AllgemeinmedizinerInnen schützen wollte. Überdies war die Ärztesgesellschaft stark in den Krankenversicherungsmarkt involviert, sodass auch hier ihre (Einkommens)Interessen durch gewinnorientierte Privatkliniken gelitten hätten. (Jeurissen 2010:164)

In den Nachkriegsjahren wurde zwar anfangs die unter deutscher Besatzung eingeführte staatliche Preis- und Tariffestsetzung fortgesetzt, aber ab 1954 durch Preisverhandlungen zwischen (gemeinnützigen) Versicherungen und (gemeinnützigen) Krankenhäusern vorbereitet. Eine Verordnung von 1965 erhöhte die Macht von gemeinnützigen Betreibern, indem die Finanzierung individuell an jedes Krankenhaus angepasst wurde und Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand ausschließlich für gemeinnützige und öffentliche Träger vorsah. Bei gemeinnützigen Krankenhäusern wurde somit die rückläufige Finanzierung über Spenden durch staatliche Finanzierung ersetzt. Das Erzielen von Profiten wurde im Zusammenhang des Gesundheitswesens als nicht nützlich betrachtet und dementsprechend auch nicht öffentlich unterstützt. Der Zugang zu quasi kostenlosem Kapital gepaart mit einer guten wirtschaftlichen Situation führte zu vielen Krankenhausneubauten durch gemeinnützige Träger in der zweiten Hälfte der 1960er. Währenddessen waren die Rahmenbedingungen für gewinnorientiertes Wirtschaften nicht gegeben. 1971 wurden gewinnorientierte Betreiber in Artikel 10 des Krankenhausversorgungsgesetzes (*Wet Ziekenhuisvoorzieningen*) schließlich auch rechtlich vom Erhalten von Lizenzen zum Bau neuer Krankenhäuser ausgeschlossen. Erlaubt waren nur noch Umwandlungen in gewinnorientierte Unternehmen, was aber (zu der Zeit) lediglich eine theoretische Möglichkeit war, die nicht wahrgenommen wurde. Stattdessen fanden in den 1970ern

viele Umwandlungen von öffentlichen Krankenhäusern zu gemeinnützigen Krankenhäusern statt, bis diese schließlich den Krankenhausmarkt, bezogen auf die Trägerschaft, monopolisierten.

Somit hatten weder die Versicherungen noch die Ärztinnen und Ärzte Interesse an einem Aufkommen gewinnorientierter Krankenhäuser. Nachdem sich gemeinnützige Krankenhäuser schon auf Sonderleistungen (wie etwa Einzelzimmer) für wohlhabendere Personen eingestellt hatten, unterstützten deren Versicherungen – anders als in Großbritannien und Deutschland – nicht die Etablierung eines gewinnorientierten Sektors. Ärztinnen und Ärzte hingegen hatten einen hohen Grad an Autonomie, den sie unter Beteiligung privaten Kapitals zu verlieren drohten. Gleichzeitig waren es aber auch Ärztinnen und Ärzte, die gegen Mitte der 1980er die Grenzen des gesetzlichen Rahmens austesteten. Technologische Neuentwicklungen ermöglichten die Errichtungen von ambulanten Operationszentren (ambulatory surgery centers, ASCs), in denen mit nur vergleichsweise geringerer Kapitalinvestition Behandlungen außerhalb der Spitäler durchgeführt werden konnten. Die Regierung war der Meinung, dass ASCs als Krankenhäuser gelten sollten und somit nicht erlaubt sind. 1990 entschied der Hohe Rat der Niederlande jedoch anders, und folglich gestattete die Regierung den ASCs, in einer rechtlichen Grauzone zu operieren. Weitere institutionelle Anpassungen und ein Anstieg der Wartezeiten verbesserten das Ansehen der ASCs, konnten jedoch nicht den Weg zu gewinnorientierten Trägern bei Krankenhäusern ebnen. Der Anteil aller ASCs am gesamten ambulanten Umsatz betrug 2006 lediglich 1%.

2006 und 2008 traten dann erstmals gewinnorientierte Eigentümer in den Krankenhausmarkt, die allerdings – in der Hoffnung später Gewinne ausschütten zu dürfen – vorerst keine Dividenden zahlten. Nach anfänglichen Erfolgen konnten sich die privat-gewinnorientierten Träger jedoch nicht am niederländischen Markt behaupten. (Jeurissen 2010)

3.4.4 Finanzierung

Die gesamten Ausgaben der Niederlande für Gesundheit betragen 2013 knapp 13% des BIPs und davon sind knapp 80% dem Staat zuzuordnen. (Kroneman et al. 2016:60)

Das Gesundheitssystem selbst wird hauptsächlich über private Sozialversicherungen finanziert. Seit der Reform von 2006 müssen alle Personen, die 18 Jahre oder älter sind, eine Versicherung abschließen. Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren wird ein Beitrag vom Staat geleistet. Es besteht ein Selbstbehalt für die ersten 385€ aller medizinischen Gesundheitsausgaben im Jahr, erst danach wird der Versicherungsschutz wirksam. Für Personen mit geringen Einkommen besteht die

Möglichkeit, Sozialhilfe zu erhalten, was unter die Verantwortung der Gemeinden fällt (Kroneman et al. 2016).

Zur Finanzierung von Leistungen in Krankenhäusern kommen seit 2005 DBCs (*Diagnose-Behandeling-Combinaties*), eine angepasste DRG-Variante, zum Einsatz. Der Unterschied zu DRGs besteht u.a. in der Möglichkeit, mehrere DBCs pro PatientIn zu registrieren. Dies soll zu einer erhöhten Flexibilität bei Multimorbidität führen (Kroneman et al. 2016). In den DRG-Zahlungen inkludiert sind Kosten für stationäre und ambulante Behandlung und Behandlungen in Tageskliniken. Kosten für Forschung und Lehre und teure Medikamenten sind nicht in den DBC-Zahlungen enthalten, dafür aber Kapitalkosten. Außerdem sind auch psychiatrische und rehabilitative Dienstleistungen im DBC enthalten. Der Anteil der gesamten Kosten, die über DBC finanziert werden liegt bei 84% (Tan et al. 2014).

Investitionen werden weder zentral geplant noch zentral finanziert. Initiativen zu Renovierungen oder Neubauten müssen aber dem WTZi (*Wet Toelating Zorginstellingen*), worin die genauen Bedingungen erläutert werden, entsprechen. Zur Finanzierung selbst können Kredite bei Banken aufgenommen werden. Privatgewinnorientierte Investitionen sind zurzeit nicht erlaubt (Ausnahme: Langzeitpflege), eine Gesetzesänderung, die solche Investitionen unter strengen Bedingungen erlauben würde, wurde aber zwischenzeitlich (2015) diskutiert.

3.4.5 Diskussion

In den Niederlanden treten ausschließlich gemeinnützige Organisationen als Trägerinnen von Krankenhäusern auf. Das ist einerseits traditionell-historisch bedingt und andererseits vom Gesetzgeber so gewollt. Das Verweigern von profit-orientiertem Wettbewerb auf Krankenhausebene ist insbesondere aufgrund des Kontrasts zu dem stark wettbewerbsorientierten Markt auf anderen Ebenen, wie etwa dem Versicherungsmarkt, interessant. Der Versicherungsmarkt ist zwar ebenso von gemeinnützigen Unternehmen dominiert, unter den vier größten Versicherungsgruppen, die gemeinsam 90% des Marktes kontrollieren, befindet sich aber auch eine gewinnorientierte Versicherung (Kroneman et al. 2016: 33). Zu betonen ist hier, dass die Niederlande sehr wohl dem Wettbewerb zwischen Krankenhäusern positiv gegenüber stehen, nicht aber privat-gewinnorientierten Trägern.

Ein Grund für die mangelnde Bereitschaft, Krankenhaus-Trägerschaften zu diversifizieren könnte die von Roos (2018) erörterte hohe Konzentration im Spitalsbereich sein. So lag 2012 der durchschnittliche HHI im niederländischen Spitalsmarkt bereits bei über 0,42. Im Vergleich dazu beträgt er im gleichen Jahr in Polen über 0,15 (Rój 2016) und 2007 in Deutschland 0,17 (Schmid, Ulrich 2012). Mehr Wettbewerb kann nur dann Effizienz, Qualität und Zugänglichkeit steigern, wenn

KonsumentInnen zwischen mehreren Alternativen wählen können. Diese Grundvoraussetzung ist in einem hoch konzentrierten Markt wie in den Niederlanden nicht zwingenderweise gegeben. Eine Ausweitung des Wettbewerbs auf profitorientierte Krankenhäuser würde möglicherweise Anreize zu weiteren Mergern setzen und somit kontraproduktiv bei der Reduktion der Marktkonzentration sein.

Selbst in der zur Debatte stehenden Reform zur Liberalisierung sind strenge Voraussetzungen für die Ausschüttung von Gewinnen vorgesehen. Investoren dürfen sich erst drei Jahre nach der Investition, einer positiven Evaluierung durch eine unabhängige Aufsichtsbehörde nach im Vorhinein definierten Qualitätsindikatoren und einer Genehmigung der Finanzierungsreserven Gewinne erhoffen. (Kroneman et al. 2016: 109)

Abschließend ist in Erinnerung zu rufen, dass die niederländische Krankenhauslandschaft im Vergleich zu anderen Sozialversicherungsländern durch eine zweite Besonderheit auffällt, neben der Dominanz der Gemeinnützigen: Bezogen auf die Bevölkerungsgröße, beträgt die niederländische Bettendichte nur zwei Drittel des Vergleichswertes in Österreich. Möglicherweise ist es in Ländern Bismarck'scher Prägung die völlige Abwesenheit einer staatlichen Krankenhauslandschaft, die zur niedrigen Bettendichte beiträgt, möglicherweise aber auch der regulierte Wettbewerb zwischen den Klinikketten gleichen Trägertyps. Zudem herrscht in den Niederlanden striktes Gatekeeping. Immerhin implementiert das niederländische Regelwerk „echten“ Preiswettbewerb²², der zwischen Kliniken einerseits und Versicherungen andererseits innerhalb des gesetzlichen Rahmens und der damit festgelegten Tarifstruktur gelebt wird. Eine dritte Möglichkeit wäre freilich schlicht die gut ausgebaute Primärversorgungsstruktur mit striktem Gatekeeping in der hausärztlichen Versorgung, sowie die umfangreiche Versorgung im Bereich der Langzeitpflege. Beides ist geeignet, den Druck auf die akutstationäre Versorgung erheblich zu reduzieren, und in beiden Bereichen ist Österreich weniger gut ausgestattet als die Niederlande es sind.

²² Bezogen auf die Tatsache, dass Preise verhandelt werden und sowohl Marktein- als auch Marktaustritt realistische Möglichkeiten sind. Bezüglich der Zahl der Marktteilnehmer wird jedoch kein „echter“ Wettbewerb gelegt, wie die angesprochene Marktkonzentration zeigt.

3.5 Schweiz

3.5.1 Überblick über das Gesundheits- und Spitalswesen

Die Schweiz ist eine föderale Republik mit 26 Kantonen und fast 8,5 Mio. Einwohnern. Das Schweizer Gesundheitssystem ist hoch komplex und vereint Aspekte von *Managed Competition* und Korporatismus in einem dezentral regulierten Rahmen, der zudem durch direkte Demokratie mitgestaltet wird. Wesentlich ist die geteilte Entscheidungsmacht zwischen einer ganzen Reihe von Beteiligten: (1) drei Regierungsebenen (Bund, 26 Kantone, 2.352 Kommunen); (2) legitimierte zivilgesellschaftliche (korporatistische) Organisationen, wie die TrägerInnen der verpflichtend abzuschließenden Krankenversicherungen, aber auch die Vertretungen von Ärzteschaft, Krankenhäusern etc.; und (3) die Bevölkerung, die über öffentliche Referenda Reformen verlangen oder auch beeinspruchen kann. (De Pietro et al. 2015:19)

Die Bundesebene ist nur in jenen Bereichen zuständig, in denen die Verfassung diese Zuständigkeit explizit einräumt. Zu diesen Zuständigkeiten im Gesundheitsbereich gehören die Ausgestaltung der Finanzierung, Medikamenten- und Medizinproduktesicherheit sowie –qualität, Public Health sowie Ausbildung und Forschung. (De Pietro et al. 2015:19) Damit ist die akutsomatische Spitalversorgung eine kantonale Verantwortlichkeit, es besteht auch keine nationale Rahmengesetzgebung. Wohl aufgrund dessen werden einige versorgungsrelevante Belange national durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) geregelt. So bestimmt das KVG, dass der Kanton für eine bedarfsgerechte, kosteneffiziente und qualitativ angemessene Spitalversorgung zu sorgen hat. Er ist unter anderem dazu verpflichtet, zur Sicherung von Qualität und Kontinuität der Leistungserbringer die Zulassung zu prüfen, und hat weiters die Leistungsaufträge zu tätigen. Außerdem ist der Kanton zur Mitfinanzierung aufgefordert (in Ergänzung der Finanzierung durch die Krankenversicherungsträger). (Widmer et al. 2016:11) Eine größere Reform des KVG trat 2012 in Kraft und zielte einerseits auf ein Einbremsen der Ausgabenentwicklung, aber explizit auch auf die Stärkung des Wettbewerbs ab. Aus letzterem Grund wurden insbesondere ein DRG System zur Finanzierung und freie Krankenhauswahl für Versicherte eingeführt. Im Zuge dessen wurde auch festgeschrieben, dass Spitäler unabhängig von Trägerschaft und Rechtsform gleichen finanziellen Arbeitsbedingungen unterliegen müssen: Artikel 39 des KVG hält fest, dass „private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind“.

3.5.2 Historische Entwicklung

Bis ins späte 19. Jahrhundert lag die gesamte legislative Verantwortung im Bereich Gesundheit bei den Kantonen. Erst als Reaktion auf eine Typhusepidemie im Jahr 1866 wurden der Bundesebene einzelne Kompetenzen zugeteilt. Im Jahr 1890 erhielt die föderale Regierung per Verfassung das Mandat, Gesetze bezüglich einer Kranken- und Unfallversicherung zu erlassen. Jedoch erst nach einem gescheiterten Versuch im Jahr 1900 und mehrfachen Revisionen wurde schließlich im Jahr 1912 das KUVG (Kranken- und Unfallversicherungsgesetz) per Referendum angenommen. Das KUVG bildete bis ins Jahr 1995 die Grundlage der Krankenversicherung, basierte auf Freiwilligkeit und sah vor, dass Versicherte unter gewissen Bedingungen die Kasse wechseln konnten. Kassen, die sich der Bundesaufsicht unterstellten, waren zum Erhalt von Bundesbeiträgen berechtigt, sofern sie gewisse Minimalleistungen (wie ärztliche Versorgung, Medikamente, akute stationäre Versorgung) garantierten. (De Pietro et al. 2015:22f)

Im Laufe des 20. Jahrhunderts expandierte das Gesundheitswesen, was mit stetigen Steigerungen bei Ausgaben und Versicherungsprämien verbunden war. Die Kantone bauten die stationäre Versorgung aus, wobei eine Gesamtschweizer Koordination praktisch fehlte. Auch die Zahl der in den Gesundheitsberufen Tätigen stieg zwar in allen Kantonen, aber in sehr unterschiedlichem Ausmaß und resultierte in einer ungleichen Verteilung der Fachkräfte. Wie auch in anderen europäischen Ländern führten steigende Spezialisierung, medizin-technische Innovationen und steigender Medikamentenverbrauch zu ständig wachsenden Gesundheitsausgaben. Die folgenden Revisionen des KUVG konzentrierten sich daher, nur teilweise erfolgreich, darauf, das Ausgaben- und Prämienwachstum einzudämmen, eine höhere Abdeckung der Bevölkerung mit Versicherungsschutz und eine gerechtere Verteilung der Ressourcen zu erreichen. Jedoch erst seit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) von 1996 gilt für (fast) die gesamte Bevölkerung eine Versicherungspflicht. Neben Versicherungsbelangen regelt das KVG auch, dass Kantone zur Spitals- und Pflegeheimplanung verpflichtet sind. (De Pietro et al. 2015:23f)

3.5.3 Trägerstruktur im Spitalsbereich

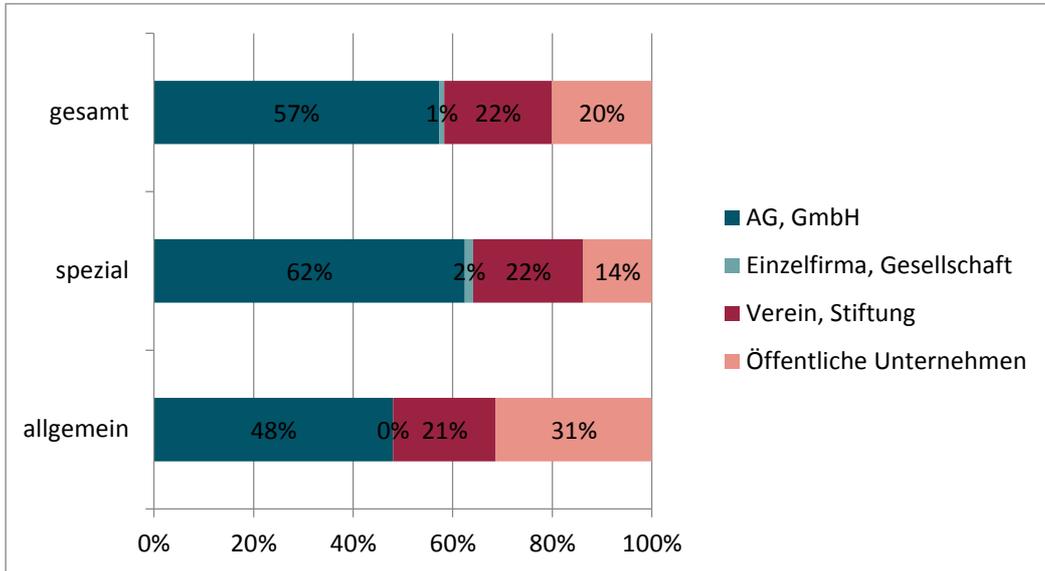
Die Schweizer Krankenhausstatistik unterscheidet bis inklusive 2012 zwischen „privaten“ und „öffentlichen oder subventionierten“ Krankenanstalten bzw. Trägern und seitdem zwischen AG/GmbH, Verein/Stiftung, Einzelfirma/Gesellschaft und öffentlichen Unternehmen. Diese Trennung lässt sich nicht ausschließlich nach rechtlichen oder wirtschaftlichen Kriterien vollziehen. Aktiengesellschaften, Vereine oder Stiftungen, denen rechtlich gesehen ein privater Status zukommt, können der öffentlichen Hand angegliedert sein und dadurch Anspruch auf Subventionen haben.

Andererseits gibt es private Betriebe, deren Aktivitäten teilweise subventioniert werden. Als „öffentlich oder subventioniert“ gelten Betriebe, die sich als öffentlich-rechtlich bezeichnen, die über eine Betriebsbeitragsgarantie und/oder über eine durch die öffentliche Hand garantierte Defizitdeckung verfügen. Als „privat“ gelten hingegen Betriebe, die sich als privatrechtlich bezeichnen und weder über eine Subventionsgarantie noch über eine Defizitdeckungsgarantie verfügen. Auf dieser Basis wurden für das Jahr 1999 64% (249 Krankenhäuser) als öffentlich oder subventioniert, und 36% (143 Krankenhäuser) als privat eingestuft; eine Einstufung als „unbekannt“ musste nicht vergeben werden. (Bundesamt für Statistik 2001)

Die Träger der sogenannten „öffentlichen oder subventionierten“ Spitäler sind zwar generell Kantone, die aber oft die Verantwortung an die Gemeinden delegieren. Seit der Finanzierungsumstellung im Jahr 2012 (s.o.) wollen viele Gemeinden ihre Spitäler ausgliedern, zum einen um die Gemeindebudgets nicht mit allfälligen Defiziten zu belasten²³, zum anderen um einem privatrechtlich geführtem Haus mehr Flexibilität und Reaktionsgeschwindigkeit und schlussendlich Wirtschaftlichkeit zu ermöglichen. Der Trägerwechsel geht z.T. auch mit Fusionen oder Mergern einher, sodass eine gewisse Konzentrationstendenz auf Trägerebene feststellbar ist (Angerer et al. 2016).

²³ Es ist allerdings rechtlich noch umstritten, ob die Ausgliederung gegebenenfalls die Gemeinde tatsächlich vor der Verantwortung für Verluste schützt.

Abbildung 13: Trägerschaft der Krankenhäuser in der Schweiz, 2016



Quelle: IHS-Darstellung nach Zahlen des Schweizer Bundesamts für Statistik .

Anmerkung: „Spezialkliniken“ umfassen psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken und andere Spezialkliniken inkl. Geburtshäusern, „Krankenhäuser für allgemeine Pflege“ sowohl Grund- als auch Zentrumsversorgung. Prozenzte beziehen sich auf die Zahl der Krankenhäuser, nicht auf die Bettenzahl.

Spezialkliniken, z.B. für Chirurgie, Gynäkologie oder Pädiatrie, sowie ganz allgemein für standardisierbare Chirurgie und elektive Behandlungen, haben meist private Träger. Standardversorgung liegt meist in vollständiger oder teilweiser öffentlicher Trägerschaft. (de Pietro et al. 2015)

Kantone könnten ihre Aufgaben in der Spitalsversorgung wahrnehmen, ohne eigene Spitäler zu betreiben, indem sie als reine Leistungseinkäufer auftreten und die Versorgung privaten Institutionen übertragen. Die meisten Kantone sind jedoch gleichzeitig auch Leistungserbringer, und nehmen als Träger sowie Planer, Leistungseinkäufer, Schiedsrichter und Mitfinancier eine Mehrfachrolle ein (Widmer et al. 2016:11). Dies wirkt einerseits ähnlich wie es auch in der österreichischen Spitalslandschaft für die Bundesländer bekannt ist, andererseits ist die Struktur insofern komplexer, da Gebietskörperschaften in der Schweiz eine anteilige Miteigentümerschaft mit oder ohne Gewinnanteil an Spitälern halten können, und auch ihre Vertretung in den Aufsichtsgremien keineswegs selbstverständlich ist.

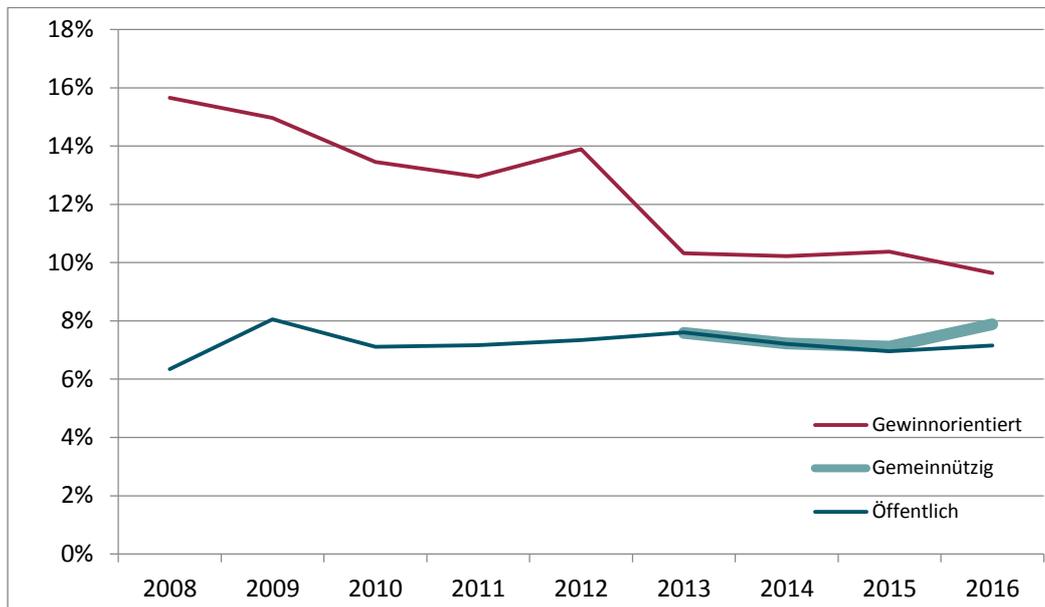
Wie die Kantone konkret ihre Aufgaben wahrnehmen, unterscheidet sich beträchtlich, und führt dementsprechend auch je nach Kanton zu unterschiedlich stark ausgeprägter Wettbewerbsfreundlichkeit der Regulierungen. Eine Analyse dieser

Wettbewerbsfreundlichkeit ergab für die Regelungen der Finanzierung in einem Kanton den maximal möglichen Wert von 1, im am niedrigsten bewerteten Kanton den Wert 0,35 (Widmer et al. 2016). Kantonale Unterschiede wurden in allen vier berücksichtigten Teilbereichen der Finanzierung festgestellt (Betriebskosten, Investitionen, gemeinwirtschaftliche Leistungen, Kreditvergabe), wobei der Umgang mit der Abgeltung von gemeinwirtschaftlichen Leistungen besonders stark zur Variation beiträgt.

3.5.4 Kapitalflüsse

Das schweizerische Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht jährlich eine Vielzahl an Kennzahlen aller Spitäler²⁴. Aktuell bildet die Website den Zeitraum 2008 bis 2016 ab und schließt dabei neben allgemeinen Daten zu den Krankenhäusern auch Daten über das Personal, Leistungen und Behandlungen sowie Finanz- und Betriebsdaten mit ein. Anders als im Beispiel Deutschlands werden hier allerdings weder Abschreibungen noch EBITDA ausgewiesen, sondern EBIT. Anzumerken ist, dass es 2013 zu einer Änderung der Kennzeichnung der Rechtsformen kam, die auch die Zahl der Standorte erhöhte. Bis 2013 wurde lediglich zwischen privaten und öffentlichen oder teilsubventionierten Krankenhäusern unterschieden. Ab 2013 erfolgte eine feinere Unterteilung der Unternehmen. Aus dieser Gliederung betrachten wir in weiterer Folge AGs/GmbHs als gewinnorientierte und Vereine/Stiftungen als gemeinnützige Krankenhäuser. Einzelfirmen kommen kaum vor und werden in unseren weiteren Darstellungen nicht berücksichtigt.

²⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler.html>

Abbildung 14: Investitionen in Prozent der Gesamterlöse, Schweizer Spitäler

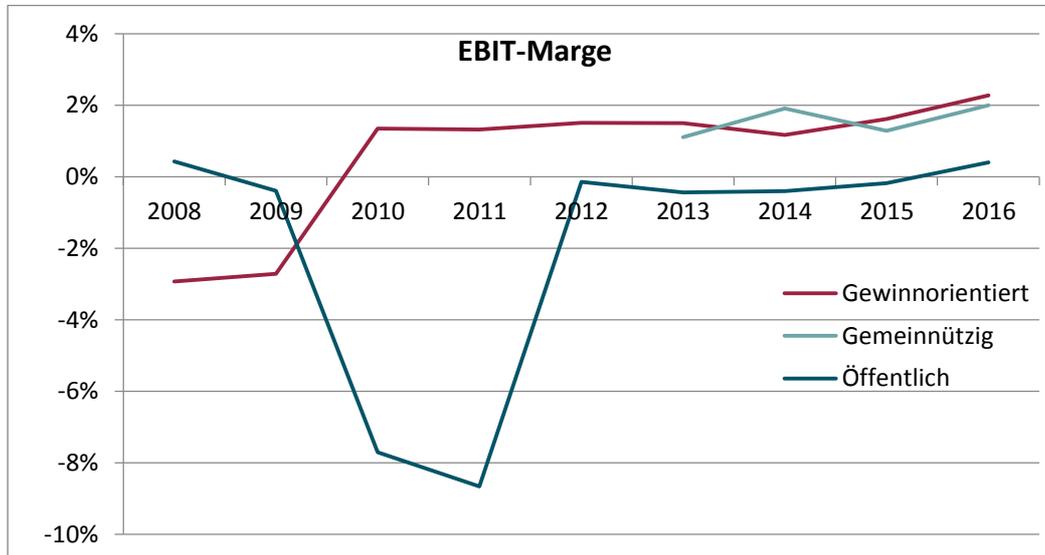
Quelle: Daten des Bundesamts für Gesundheit, Darstellung: IHS.

Abbildung 14 zeigt die Höhe des Investitionsvolumens, ausgedrückt in Prozenten der Gesamterlöse. Im Vergleich investieren die schweizerischen gemeinnützigen Krankenhäuser ungefähr gleich viel wie die deutschen gemeinnützigen Krankenhäuser. Prozentuell investierten die öffentlichen und gemeinnützigen Spitäler in der Schweiz im Zeitraum 2013 bis 2015 nahezu gleich viel; erst 2016 überstieg der Wert bei Gemeinnützigen leicht jenen der Öffentlichen. Das Reformjahr 2012 zeichnet sich in den Kennzahlen der Gewinnorientierten weit deutlicher ab als in jenen der beiden anderen Trägertypen: Bezogen auf die Gesamterlöse, waren die Investitionen bis zum Reformjahr 2012 weit höher als danach, mit einem Einbruch von knapp 14% auf ca. 10%. Zu beachten ist aber, dass ab 2013 auch die Bezeichnung der Rechtsformen in der Statistik geändert wurde, was ebenfalls Auswirkungen gehabt haben könnte. Selbst in dieser Phase ist der Anteil der Investitionen an den Gesamterlösen allerdings immer noch ungefähr gleich hoch wie in den investitionsstärksten Jahren in Deutschland (Vergleich siehe Abbildung 8).

Da Abschreibungen erfolgsmindernd verbucht werden und beim EBIT – allerdings nicht dem EBITDA – berücksichtigt werden, fällt die EBIT-Marge logischerweise geringer aus als die EBITDA-Marge, dargestellt in Abbildung 15. Deswegen ist ein Vergleich mit Deutschland kaum möglich. Nichtsdestotrotz sind die stärkeren Fluktuationen sowohl bei den Gewinnorientierten als auch bei den Öffentlichen bemerkenswert. Besonders beachtlich sind die stark negativen EBIT-Margen bei Öffentlichen in den Jahren 2010

und 2011 und der rapide Rückgang der negativen Zahlen direkt im Folgejahr – dem Jahr der KVG-Reform.

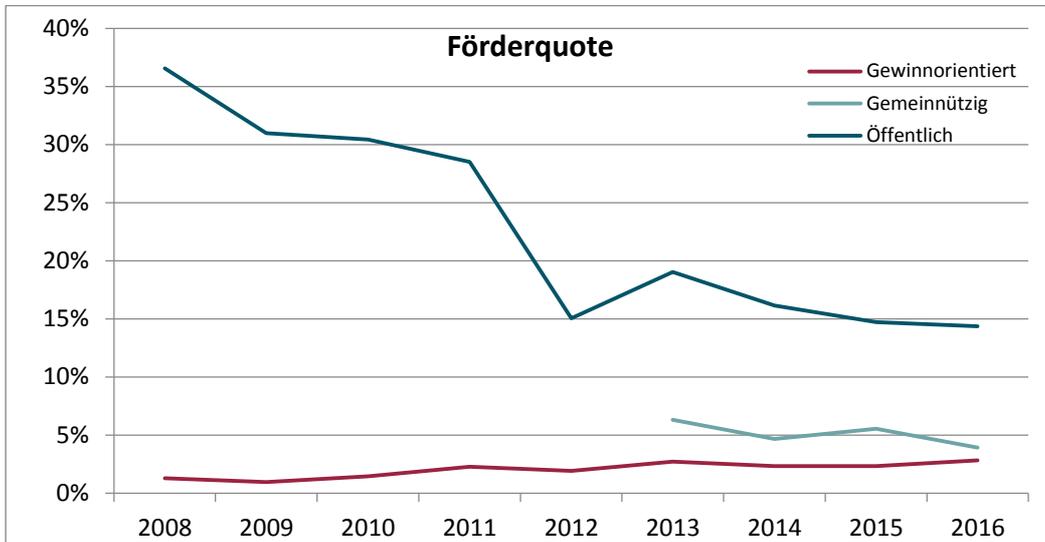
Abbildung 15: EBIT-Marge



Quelle: Daten des Bundesamts für Gesundheit, Darstellung: IHS

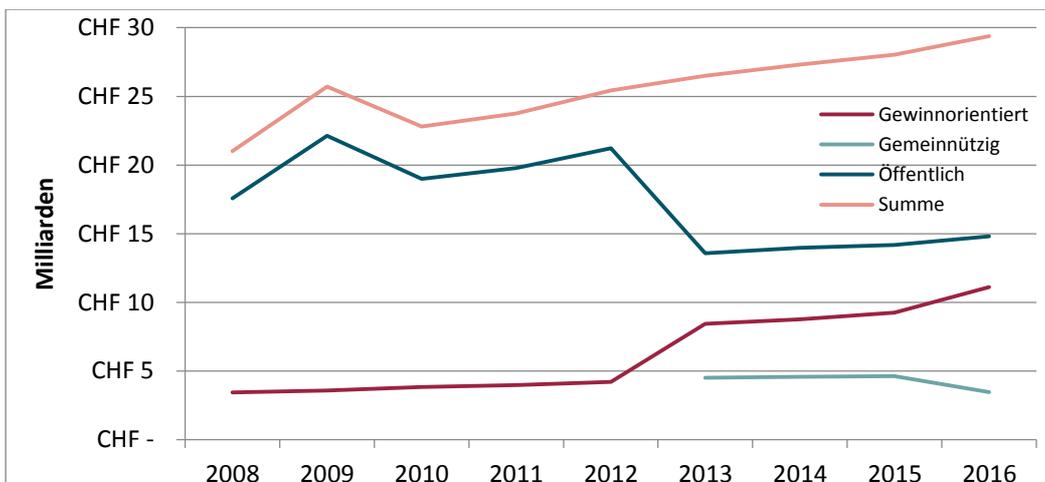
Auch bei der Förderquote (Abbildung 15Abbildung 16) kommt es zu Unterschieden in der Definition im Vergleich zu Deutschland. Für Deutschland als Förderungen in Prozent des Sachanlagevermögens definiert, bezieht sich die Förderquote hier auf den Anteil der Erträge aus Subventionen an den Gesamterträgen. Auch hier zeigt sich der Einfluss der Reformen im Jahr 2012 am stärksten bei den öffentlichen Krankenhäusern. Die Förderquote sinkt in den Jahren vor der Reform sukzessive und scheint sich seit 2015 auf einem Wert von knapp 15% zu stabilisieren, also auf weniger als der Hälfte des Wertes der Jahre 2009-2011. Die Schwankungen der Förderquote bei beiden anderen Trägergruppen fallen vergleichsweise unauffällig aus. Das Niveau der Förderquote liegt bei beiden Trägergruppen deutlich niedriger als bei öffentlichen Krankenhäusern, und bei den gewinnorientierten am niedrigsten. Im Gegensatz zu Deutschland besteht in der Schweiz bei der Höhe der Förderquote größere Ähnlichkeit zwischen beiden privaten Trägertypen (gemeinnützig, gewinnorientiert), während sich in Deutschland die gewinnorientierten besonders deutlich von den beiden anderen Trägertypen unterscheiden.

Abbildung 16: Anteil der Erträge aus Subventionen an den Gesamterträgen



Quelle: Daten des Bundesamts für Gesundheit, Darstellung: IHS

Abbildung 17: Gesamterlöse nach Trägertypen und Summe aller Gesamterlöse



Quelle: Daten des Bundesamts für Gesundheit, Darstellung: IHS

Um die Änderungen der Rechtsformbezeichnungen im Jahr 2013 besser zu veranschaulichen, inkludiert Abbildung 17 auch den Summenwert der Erlöse in die Darstellung der Gesamterlöse aller Träger. In Folge der Reklassifikation verloren Öffentliche knapp 8 Mrd. CHF an Gesamterlösen, etwas mehr als ein Drittel ihrer Gesamterlöse im Jahr 2012. Im Gegenzug stiegen die Gesamterlöse der beiden anderen Träger um jeweils mehr als 4 Mrd. CHF. Der Abgang der Öffentlichen ging also beinahe 50:50 zu Gewinnorientierten und Gemeinnützigen über. Eine ähnliche

Verschiebung kann bei der Entwicklung der Beschäftigung nach Trägertypen beobachtet werden, wird in diesem Bericht aber nicht dargestellt.

3.5.5 Finanzierung

Konkret dürfen Spitäler, die in die kantonale „Spitalliste“ aufgenommen werden, also in der Spitalsplanung berücksichtigt werden, den Krankenkassen und den Kantonen im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) ihre Leistungen verrechnen (Art. 49a KVG). Für alle Listenspitäler – privat oder öffentlich – gelten bezüglich OKP-Leistungen die gleichen Finanzierungsregeln. Als Aufnahmekriterium für die Spitalliste gelten seit 2012 auch die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung. Spitäler, die auf keiner Spitalliste stehen, jedoch einen Vertrag mit einer Krankenkasse abgeschlossen haben (sog. «Vertragsspitäler»), dürfen hingegen nur den Krankenkassen, und nicht den Kantonen, OKP-Leistungen verrechnen. (Cosandey et al. 2018:20)

Seit 2012 erfolgt die Finanzierung auf nationaler Ebene zu festen Anteilen mit Fallpauschalen (Swiss DRG), die die Spitäler für bestimmte Leistungen mit einem festen Preis vergüten. Anders als in Österreich, bildet eine Kostenkalkulation basierend auf **allen** Spitälern die Berechnungsgrundlage für die Fallpauschalen. In der neuen Spitalsfinanzierung beteiligen sich die Kantone an den stationären Kosten mit mindestens 55%, höchstens 45% der Kosten tragen die Krankenversicherungen. Die vergüteten Fallpauschalen dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten, wozu die regionalpolitisch erwünschte Aufrechterhaltung von Kapazitäten, aber auch Forschung und Lehre gezählt werden. Kantone sind allein für die Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen verantwortlich, die zudem nicht abschließend definiert wurden. (Cosandey et al. 2018:21)

Auch die Investitionskosten sollten seit 2012 mit einer fixen Pauschale je DRG vergütet werden. Damit setzte die Finanzierungsreform– zumindest theoretisch –der expliziten Investitionsfinanzierung durch Kantone als wesentliche Spitalsträger ein Ende. Praktisch wurde anfangs mangels konkreter Information über Investitionskosten eine Investitionsabgeltung aber nur durch einen Aufschlag von 10% umgesetzt, und Kantone nutzen in unterschiedlichem Ausmaß die Investitionsfinanzierung als Mittel zur Förderung eigener Spitäler.

3.5.6 Diskussion

In der Schweiz besteht weitgehend eine relativ wettbewerbsfreundliche Einstellung in Bevölkerung und Politik. Die Existenz unterschiedlicher Trägergruppen hat Tradition, ist gesetzlich verankert und die Spitalsfinanzierungsreform 2012 sollte zu trägerunabhängig gleichen finanziellen Rahmenbedingungen führen. Dadurch und

durch die gleichzeitige Einführung der Spitalswahl sollte der Wettbewerb gestärkt werden.

In den einzelnen Kantonen bestehen große Unterschiede, wie diese Wettbewerbsfreundlichkeit gelebt und interpretiert wird. In 7 der 24 in der Krankenhausstatistik unterschiedenen Gebiete gibt es inzwischen gar keine Allgemeinspitäler mehr, die als öffentliche Unternehmen eingestuft wurden. In den 10 Gebieten ohne Spital in der Rechtsform einer AG oder GmbH besteht meist nur ein einziges Spital, und zwar als öffentliches Unternehmen. Durch die stark ausgeprägte direkte Demokratie spiegelt diese Trägerstruktur auch durchaus die Einstellung der Bevölkerung wieder: Bei Überführung von Kantons- oder Gemeindegospitälern in eine andere Rechtsform wurden Abstimmungen durchgeführt, in denen sich die Bevölkerung in einigen Fällen für, in anderen Fällen gegen den Wechsel der Rechtsform ausgesprochen hat. Sogar in einem kleinen Land wie der Schweiz weisen die Unterschiede einen starken kulturellen Gradienten auf. So ist der Westen nicht nur sprachlich, sondern auch kulturell durch die Nähe zu Frankreich stärker geprägt und öffentliche Trägerschaft spielt dort nach wie vor eine größere Rolle als in anderen Landesteilen.

Aufgrund der rechtlichen Situation sind Angaben im Sinne der Unterteilung öffentliche/gemeinnützige/privat-gewinnorientierte Trägerschaft im Schweizer Kontext problematisch. Gebietskörperschaften sind in unterschiedlichem Ausmaß Miteigentümerinnen von Spitälern und es wurden unterschiedliche Regelungen bezüglich Gewinnausschüttung und Durchgriffsrechten implementiert.

Die Finanzierungsreform 2012 sollte einheitliche finanzielle Rahmenbedingungen für die Spitäler schaffen, unabhängig von ihrer Trägerschaft. Auch drei Jahre nach Inkrafttreten der Reform wurden jedoch diverse Kanäle zur zusätzlichen finanziellen Unterstützung und Bevorzugung von (kantonseigenen) Spitälern identifiziert. Beispiele sind die zusätzliche Abgeltung von Geräten oder Immobilien oder Unterstützung bei der Kreditaufnahme durch kantonale Darlehen oder Bürgschaften, die seit der Finanzierungsumstellung sogar tendenziell zugenommen haben. (Widmer et al. 2016:35) Nehmen Versicherte Spitalsbehandlungen außerhalb ihres Kantons in Anspruch, erstatten nicht alle Kantone den Versicherten einen gleich hohen Betrag der Spitalskosten wie bei Spitalsbehandlung im Heimatkanton; dies soll wohl die „eigenen“ Spitäler unterstützen. Auch die Aufnahme in die Spitalsliste ist eine Möglichkeit, einzelne Häuser zu bevorzugen, indem die Spitalsplanung des Kantons Berechtigungen für bestimmte (lukrativere) Bereiche nur selektiv vergibt.

Widmer et al. (2016:46) fassen die jüngeren Entwicklungen damit zusammen, dass ein Trend zur Verselbständigung der Spitäler besteht, der sich parallel auf mehreren Ebenen abspielt:

- Bezogen auf die **Rechtsform** wird eine Verschiebung in Richtung privater Organisationen beobachtet, insbesondere in Richtung Aktiengesellschaften. An diesen sind z.T. die Gebietskörperschaften mit einem Minderheitsanteil beteiligt. Im Sinne eines gleichberechtigten Wettbewerbs werden an die Gebietskörperschaften Dividenden ausbezahlt, allerdings nicht in allen Konstruktionen.
- Fast alle kantonalen Spitäler haben ein **strategisches** Aufsichtsgremium, das in unterschiedlichem Maße von der Kantonsregierung unabhängig ist. Vermehrt verzichtet die Kantonsregierung auf einen Sitz (oder die Stimme) im Aufsichtsgremium, bringt ihre Interessen aber über formelle Eigentümerstrategien in ihre Spitäler ein.
- Kantonale Vorschriften zur Reservebildung oder zur Eigenkapitalquote nehmen zu.
- Die Übertragung des Eigentums an Spitalsimmobilien und **Infrastruktur** wird unterschiedlich gehandhabt. Die Wettbewerbsposition wird insbesondere dadurch bestimmt, ob die Bewertung bei der Übertragung des Eigentums marktkonform erfolgt, bzw. ob das Risikokapital, das ja aus Steuermitteln der Bevölkerung stammt, angemessen durch Zinsen oder Dividenden vergütet wird.

Die hier zum Ausdruck gekommene Pro-Wettbewerbs-Haltung in der Schweiz soll nicht signalisieren, dass privat-gewinnorientierte Krankenhäuser kritiklose Unterstützung erfahren. Es besteht beispielsweise rege Diskussion zur Frage, ob für die Aufnahme in die Spitalsliste ein Mindestanteil an obligatorisch Versicherten unter der versorgten Patientinnen und Patienten verlangt werden sollte, um auch der sozial schwächer gestellten Bevölkerung den Zugang zu Spitalsversorgung zu gewährleisten.

Als Schlussfolgerung lässt sich ableiten, dass der Krankenhausmarkt in der Schweiz als ein Bereich gesehen wird, in dem sich Wettbewerb sinnvoll umsetzen lässt, wenn einige Rahmenbedingungen eingehalten werden. In der Schweiz ist man am Wege, diese Voraussetzungen herzustellen, aber noch nicht am Ziel angelangt. Zu den Voraussetzungen gehören wesentlich

- Gleiche Finanzierungsvoraussetzungen in allen Bereichen, bei Betriebskosten, Investitionen, gemeinwirtschaftlichen Leistungen und Kreditmöglichkeiten.

- Gleiche Voraussetzungen für die Teilnahme am Markt, also für die Bereitstellung von Versorgungsleistungen ohne Bevorzugung einzelner Trägerstrukturen
- Funktionsfähiges, professionelles Management, also klare Trennung zwischen Klinikmanagement einerseits und andererseits Regional- und Gesundheitspolitik
- Transparenz, sowohl über die Finanzierung, über die Qualität der Leistungen als auch über die Personalpolitik insbesondere auf Führungsebene

3.6 Gesamtbetrachtung zur Trägervielfalt

Die quantitative Darstellung der Bettenstruktur im internationalen Vergleich zeigt, dass zwischen den europäischen Ländern keine Einigkeit darüber herrscht, ob ein Trägermix oder eine einheitliche Trägerschaft bei Krankenhäusern vorzuziehen ist, und in letzterem Fall, bei welchem Trägertyp diese anzusiedeln wäre. Diese Uneinigkeit hat zumindest zwei Gründe: Erstens, die empirischen Untersuchungen zu den bekannten (intermediären) Zielen der Gesundheitspolitik (hohe Effizienz, Qualität, Zugänglichkeit und Transparenz), inzwischen wohl auch gekoppelt mit dem relativ neueren Ziel der nachhaltigen Versorgung, liefern derzeit noch kein „one size fits all“ Ergebnis. Vielmehr deuten sie einerseits darauf hin, dass die einzelnen Trägertypen bei unterschiedlichen Aspekten Vor- bzw. Nachteile aufweisen, wie in Kapitel 4 und 0 ausgeführt. Andererseits üben die jeweils unterschiedlichen Rahmenbedingungen auch unterschiedliche Anreize aus, sodass die theoretischen Vor- und Nachteile der einzelnen Trägertypen nicht in jedem Kontext in gleicher Richtung und Stärke wirken (Czypionka et al. 2014). Weiters ist nicht zu unterschätzen, dass kulturelle Unterschiede sich auch in der generellen Einstellung der Bevölkerung – einschließlich ihrer demokratisch gewählten Vertretung – niederschlagen, wenn es um das Vertrauen in staatliche Institutionen und Wahlmöglichkeiten bei der Befriedigung hochsensibler Bedürfnisse geht, wie eben jenen für die eigene gesundheitliche Versorgung. Als Beispiel für den kulturellen Faktor bietet sich die Schweiz an. Innerhalb eines kleinen, aber in einzelnen Landesteilen unterschiedlich kulturell geprägten Landes unterscheidet sich auch die Trägerstruktur: die frankophone Westschweiz setzt stärker auf staatliche Krankenhäuser, im Raum Zürich gibt es diese kaum noch.

Auffällig ist, dass in jenen Ländern, wo ein Mix der Trägertypen besteht, die Schwerpunktsetzung der einzelnen Trägertypen Parallelen aufweist. Als Beispiel kann hier Frankreich herangezogen werden, wo die staatlichen Krankenhäuser das breiteste Behandlungsspektrum bieten, wo aber im Übrigen trägerspezifische Tendenzen zu sehen sind: privat-gewinnorientierte Krankenhäuser haben einen weit überproportionalen Anteil an Chirurgie und Tagesklinik, und Onkologie findet sich vor allem in privat-gemeinnützigen Krankenhäusern. Somit sind die privat-gewinnorientierten Krankenhäuser in jenen Bereichen spezialisiert, die eher mit Routine und Standardisierung in Verbindung gebracht werden können, und privat-gemeinnützige in Bereichen, die stärker komplexe chronische Betreuung und weniger den als Einzelereignis behandel- und abschließbaren Krankheitsfall im Fokus haben.

Die Niederlande stechen im europäischen Vergleich durch ihren Verzicht auf den Mix von Trägertypen heraus. Gleichzeitig wird gerade dort generell hohes Vertrauen in das Wirken von Marktkräften gesetzt. Im Gesundheitsbereich, und im speziellen bei Akut-Spitälern, wird jedoch der durch Gewinnorientierung erwartete Einfluss als nicht

wünschenswert angesehen. Eine Reihe von Maßnahmen haben dazu geführt, dass gewinnorientierter Wettbewerb unterbleibt, sehr wohl aber Wettbewerb zwischen den einzelnen privat-gemeinnützigen Krankenhäusern erwünscht und gefördert wird. In dem stark wettbewerblichen Gesundheitswesen der Niederlande wird also offenbar die gemeinnützige Trägerschaft als mitigierender Faktor für unerwünschte Effekte dieses Wettbewerbs gesehen. Das Vertrauen in diese Form der Trägerschaft gepaart mit Marktkräften ist so weitgehend, dass sich mittlerweile sogar die staatliche Krankenhausplanung nunmehr auf die Vorgabe von Rahmenbedingungen zurückgezogen hat, und keine Bettenzahlen mehr vorgibt. Anzumerken ist hier freilich, dass die Umsetzung einer marktgesteuerten Krankenhausplanung in einem Land mit den geographischen Voraussetzungen der Niederlande (sehr hohe Bevölkerungsdichte, kaum geographische Hindernisse auf Transportwegen wie Gebirge) eine andere Ausgangsbasis hat als ein Land mit alpin bedingt stark variierender Bevölkerungsdichte und Transportwegen.

Bekanntlich vertritt auch das niederländische Wettbewerbsmodell nicht ungesteuerten Wettbewerb, sondern *Managed Competition*. Eine Reihe von regulatorischen Aufgaben werden von ausgelagerten Institutionen wahrgenommen, die sich in der Regel auf wissenschaftlich erarbeitete Entscheidungsgrundlagen stützen. Um diese zu erstellen, ist wiederum eine entsprechende Datenbasis, also Transparenz, vonnöten. Weiters muss das Wirken der Marktkräfte von regulatorischer Seite auch glaubhaft akzeptiert werden, wenn es um Marktzugang und insbesondere –austritt geht. Werden Krankenhäuser, die sich zu den gegebenen Marktbedingungen nicht wirtschaftlich halten können, politisch aufgefangen und mit öffentlichen Geldern in Betrieb gehalten, so ist der Anreiz für tatsächliche Effizienzverbesserungen gering. In den Niederlanden hat man die Ernsthaftigkeit bereits unter Beweis gestellt. Bereits vor der wettbewerbsfreundlichen Reform 2012 wurden in finanzielle Bedrängnis gekommene Krankenhäuser zwar nicht geschlossen, aber je nach Ursache der Finanznot umstrukturiert oder an neue Betreiber verkauft. (Kocsic et al. 2011) So meldete Dutchnews beispielsweise am 25.10.2018, dass zwei Krankenhäuser wegen Bankrotts so abrupt schließen mussten, dass PatientInnen vor Beendigung ihres Aufenthalts in andere Kliniken transportiert werden mussten, und weder Krankenversicherungen noch Gesundheitsministerium äußerten die Absicht, die zahlungsunfähigen Krankenhäuser finanziell aufzufangen²⁵.

²⁵ <https://www.dutchnews.nl/news/2018/10/slotervaart-hospital-stops-new-admissions-lelystad-hospital-may-have-buyer/>

4 Wettbewerb und Gesundheitsmärkte

Aus ökonomischer Sicht genießt der Wettbewerb aus Gründen der Effizienzsteigerungen durch freien Marktzugang und Austritt und der pareto-optimalen Eigenschaften kompetitiver Märkte (Arrow, Debreu 1954) ein hohes Ansehen. Kritik daran und Rechtfertigungen für staatliche Eingriffe im Gesundheitsbereich wurden seit Arrow (1963) immer wieder befochten. Die Frage, ob und wenn ja, inwiefern Wettbewerb im Gesundheitswesen anders zu beurteilen ist, wurde inzwischen Thema eigener Lehrbücher (z.B. Rice 1998). Schließlich wird das Thema des „richtigen“ Ausmaßes an staatlichen Eingriffen in die Gesundheitsmärkte international durchaus kontrovers gesehen, und dementsprechend sind die Gesundheitssysteme in unterschiedlichem Maße wettbewerbsorientiert ausgestaltet.

Allgemein betrachtet stellt Wettbewerb ein Instrument zur Allokation von Ressourcen, unter Berücksichtigung der Präferenzen auf der Nachfrageseite, dar. Der Preismechanismus ist dabei das Instrument, über das Nutzen und Kosten aufeinander abgestimmt werden: Solange für nachfragende Personen der erzielbare Nutzen die zu zahlenden Preise übersteigt oder zumindest erreicht, wird konsumiert. Fällt der Grenznutzen unter den zu zahlenden Preis, findet das Produkt keine Nachfrage mehr. Wollen Firmen zusätzliche Einheiten des Gutes absetzen, müssen sie Wege finden, den Preis und dementsprechend die Kosten zu senken oder den erzielbaren Nutzen (z.B. durch ein besseres Produkt oder Service) zu erhöhen: Damit ist ein steter Anreiz für Innovationen gegeben.

Gesundheitsmärkte funktionieren in der Regel jedoch anders. Zum einen kennen PatientInnen als KonsumentInnen meist nicht die verrechneten Preise für jene Leistungen, zu denen sie via Krankenversicherungsschutz Zugang haben, und zum anderen hängt es von der konkreten Regulierungsstruktur ab, ob Krankenhäuser die Versicherten selbst, deren betreuende Ärztin oder Arzt, oder die zuständige Krankenversicherung überzeugen müssen, damit eine Behandlung in genau diesem Krankenhaus stattfinden kann. Zudem funktioniert der Wettbewerb – ebenfalls je nach Gesetzeslage – häufig nicht über den Preis, sondern über die Qualität. Denn werden die Preise vom Versicherer oder einer Regulierungsstelle gesetzt, wie dies beispielsweise in den meisten DRG-Systemen der Fall ist, so können die AnbieterInnen sich nur über die gebotene Qualität von ihrer Konkurrenz abheben.

Kritische Stimmen, die gegen Konkurrenzmärkte für Gesundheitsgüter argumentieren, führen einerseits Gerechtigkeitsargumente, und andererseits unterschiedliche Formen von Marktversagen ins Treffen. Bei letzteren geben die speziellen Eigenschaften der Gesundheitsgüter Anlass für verschiedenste Formen von Marktversagen, von Externalitäten, öffentlichen Gütern, Informationsasymmetrien und Unsicherheiten bis

zur Marktmacht, beispielsweise bei medizinischen Innovationen oder regionalen Versorgungsstrukturen.

Gerechtigkeitsargumente basieren darauf, dass selbst ein pareto-optimales Marktgleichgewicht nicht notwendigerweise mit einer Allokation gleichzusetzen ist, die soziale Bedürftigkeit berücksichtigt. In den europäischen Ländern besteht jedoch aus ethischen Gründen weitgehend Einigkeit in der Auffassung, dass Personen nicht allein aufgrund ihrer zu geringen Zahlungsfähigkeit vom Konsum jener Gesundheitsgüter ausgeschlossen werden sollten, die sie in ihrem jeweiligen Gesundheitszustand benötigen. Dieses Argument wiegt gerade bei der tendenziell kostenintensiven Krankenhausversorgung noch schwerer als etwa bezüglich hausärztlicher Versorgung. Es ist somit gerade in den europäischen Gesundheitssystemen von großer Bedeutung, durch die richtige Setzung der Rahmenbedingungen sowohl dem Bedürfnis nach Chancengleichheit für die Menschen als auch der Notwendigkeit für hinreichende Triebkräfte für Innovation und Effizienz nachzukommen.

Kapitel 2 legt dar, dass auf den jeweiligen nationalen Krankenhausmärkten die unterschiedlichsten Kombinationen in der Trägerstruktur vorzufinden sind. Die Frage, welche Trägerschaft der Krankenhäuser nun schlussendlich die optimale ist, wird international demnach nicht einheitlich beantwortet. Der folgende Abschnitt widmet sich daher jenen Effekten, die in Zusammenhang mit Wettbewerb am Krankenhausmarkt empirisch beobachtet wurden. Im Anschluss daran diskutieren wir, wie sich die unterschiedlichen Typen von Trägerschaft – öffentlich, privat-gemeinnützig und privat-gewinnorientiert – idealtypisch verhalten und welche Vor- und Nachteile mit diesen Trägerschaftstypen daher am Krankenhausmarkt verbunden sind.

4.1 Interner Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten auf der Nachfrageseite

Um die Auswirkungen einer kompetitiven Komponente auf Krankenhausmärkten besser analysieren zu können, wird zunächst zwischen verschiedenen Arten des Wettbewerbs in der Leistungserbringung unterschieden. So besteht in der Regel ein Wettbewerb innerhalb des Marktes, d.h. es gibt mehrere Anbieter und entsprechende Wahlmöglichkeiten für die Nachfrageseite, die Güter und Dienstleistungen sind weitgehend substituierbar. Die Existenz von Wahlmöglichkeiten stellt aus PatientInnen-sicht unmittelbar einen Vorteil dar, solange davon ausgegangen wird, dass (zumindest einige) PatientInnen sehr wohl Präferenzen zwischen alternativen Angeboten, in unserem Fall zwischen Krankenhäusern oder auch Krankenhäusern unterschiedlicher Trägerschaft, haben. Empirisch zeigt sich hierbei, dass sowohl Charakteristika der PatientInnen, aber auch Charakteristika auf der Angebotsseite von

Bedeutung für die schlussendlich getroffene Wahl sind. „Den“ Patienten gibt es nicht, unterschiedliche Personen messen den einzelnen Merkmalen unterschiedlich hohes Gewicht in ihrer Entscheidungsfindung zu. Dabei stellen Informationen über den „Outcome“ der Behandlung in unterschiedlichen Häusern nur eine von mehreren Entscheidungsgrundlagen dar (Victoor et al. 2012).

Für Österreich lässt sich dabei festhalten, dass auf Nachfrageseite durchaus Wahlmöglichkeiten gegeben sind. Gerade die staatlichen Gesundheitssysteme in der internationalen Betrachtung fanden hingegen erst nach und nach zu mehr Wahlfreiheit. Doch selbst das englische NHS, das sich lange Zeit nur auf seine eigenen Einrichtungen verließ, öffnete die öffentliche Versorgung privaten Anbietern, ebenso wie Dänemark seine Regionen zwingt, Behandlungen in privaten Spitälern zu bezahlen, wenn die eigenen Einrichtungen die Wartezeitvorgaben nicht einhalten können. Demgegenüber steht aber eine im internationalen Vergleich nur wenig ausgeprägte Transparenz in Österreich in Hinblick auf Angebot und Qualität. Transparenz stellt jedoch eine wichtige Voraussetzung für den Wettbewerb dar.

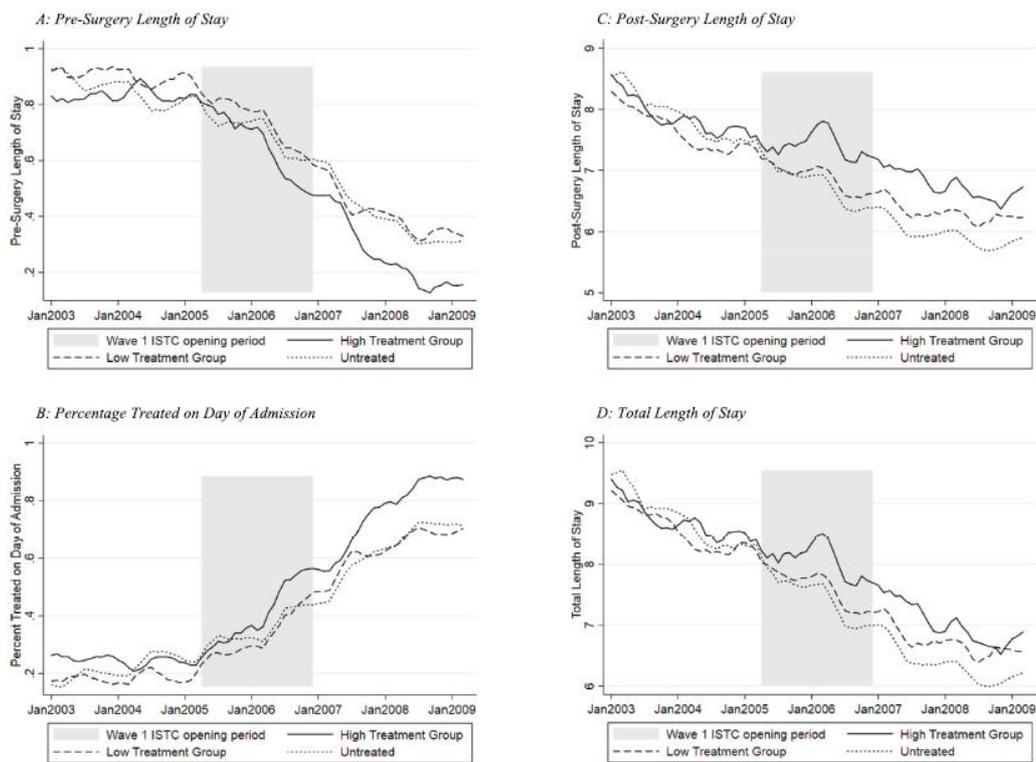
4.2 Marktein- und -austritt

Ein wesentlicher Teil des Wettbewerbs entsteht aus dem freiem Eintritt und Austritt, also dem (potenziellen) Markteintritt weiterer, unter Umständen innovativerer Firmen und dem „drohenden“ eigenen Ausscheiden aus dem Markt bei fehlender Wirtschaftlichkeit. Dabei kommt es auf den tatsächlichen Eintritt oder Austritt nicht an. Die Akteure, in dem Fall die Spitalsträger, wissen, dass zu geringe Effizienzbemühungen zu Margen führen, die einen Markteintritt interessant machen, was aber ihren Anteil am Markt verkleinern würde. Daher spricht man in diesem Zusammenhang auch von der *contestability of markets* (Baumol et al. 1986).

In England wurde beobachtet, dass folgend auf die Etablierung von ISTCs (Independent Sector Treatment Centres) als neuer Versorgungsform die Effizienz der öffentlichen Krankenhäuser in räumlicher Nähe zu ISTCs tatsächlich stieg (Cooper et al. 2016). Das NHS hatte ISTCs gezielt in Gegenden mit langen Wartezeiten in den lokalen Krankenhäusern errichtet, daher fokussierte die Untersuchung auch auf den Faktor Zeit als Effizienzmaß, konkret bei Knie- und Hüftoperationen. Die Untersuchung verwendete die durchschnittliche Verweildauer, gesplittet in die Zeit zwischen Aufnahme und Operation (die stark von der Effizienz des Hauses abhängt), sowie die Zeit zwischen Operation und Entlassung (die zusätzlich stark durch den Casemix beeinflusst wird). Die Krankenhäuser wurden einer von drei Gruppen zugeteilt: Häuser ohne ISTC in relevanter Entfernung (Control group), Häuser bei denen in weiterer Umgebung ISTCs errichtet worden waren (Low treatment group) und Häuser mit

räumlich näher liegenden, neu errichteten ISTCs (High treatment group). Abbildung 18 verdeutlicht, dass die Länge der ersten Phase (vor Operation) stärker bei Häusern in größerer Nähe zu ISTCs abnimmt als in den beiden anderen Gruppen. Die durchschnittliche Zeit bis zur Entlassung hingegen nimmt deutlich weniger ab. Die Krankenhäuser verzeichneten bei gleichbleibender Bezahlung einen Anstieg in der Schwere des Fallmixes, was einerseits nahelegt, dass ISTCs tendenziell leichtere Fälle übernahmen, und andererseits die Effizienzsteigerung der öffentlichen Krankenhäuser umso bemerkenswerter macht: im Management der Zeit vor dem Eingriff werden die Effizienzbemühungen unabhängig vom Fallmix sichtbar.

Abbildung 18: ISTC Eröffnung und Effizienzmaße umliegender Krankenhäuser



Quelle: Cooper et al. (2016).

Anmerkung: Schattierte Flächen kennzeichnen die Eröffnungsphase der ISTCs.

In Österreich existiert der wichtige Mechanismus des (potenziellen) Markteintritts de facto nicht. Sowohl im Bereich der landesgesundheitsfondsfinanzierten Spitäler als auch den PRIKRAF-Spitälern bestehen extrem hohe Eintrittshürden. In diesem Zusammenhang spielt die mehrfache Rolle der Länder im Spitalswesen eine große Rolle. Sie sind sowohl Betreiber der größten Bettenkapazität (Anbieterrolle), als auch dominierend im Landesgesundheitsfonds (Zahlerrolle) und bestimmen über das Zulassungsverfahren und den Landeskrankenanstaltenplan (Regulatorrolle) sowie die

Krankenanstaltengesetze auf Basis des KaKuG (Gesetzgeberrolle) das Angebot. Sie nehmen überdies auf diese Weise auch Einfluss auf die Mitbewerber (Nicht-Landesspitäler), nicht zuletzt über den Betriebsabgang und seine Deckungsregeln (siehe auch Czypionka et al. 2008). Auch im internationalen Vergleich ist dieser Regulationsgrad gerade für ein Land in Sozialversicherungstradition besonders hoch. Der „Gegenentwurf“ dazu ist Deutschland, das sich sogar gesetzlich dazu verpflichtet, Trägervielfalt zu pflegen. Die Rolle des Zahlers fällt hier den Krankenversicherungen zu, denen es auch freisteht, mehr oder weniger Volumina bei einzelnen Anbietern „einzukaufen“. Die Anbieterrolle wird auch viel stärker durch privat-gemeinnützige und privat-gewinnorientierte wahrgenommen. Selbst in den staatlichen Gesundheitssystemen wurde versucht, mit dem Markteintritt den Wettbewerb zu fördern, indem beispielsweise das englische NHS seit den 2000er-Jahren privaten Anbietern die Möglichkeit bot, unter gleichen Bedingungen wie die eigenen Einrichtungen Leistungen im öffentlich finanzierten System anzubieten. Auch in den skandinavischen Staaten sehen wir dazu Ansätze.

Auch der Marktaustritt als Wettbewerbselement fehlt weitgehend. Die meisten Reduktionen in der Zahl der Krankenanstalten bestanden lediglich aus einer Zusammenfassung bestehender Standorte. Dies wiederum wird durch das Finanzierungssystem begünstigt. Das LKF-System ist nicht kostendeckend ausgestaltet, oft wird nur etwas mehr als 50% der stationären Kosten dadurch gedeckt. Der Rest der Kosten wird (neben anderen kleineren Quellen wie Privatversicherungen) als Betriebsabgang mit einer nicht leistungsorientiert ausbezahlten Summe gedeckt. Sollte dies nicht ausreichen, so verbleibt ein Teil der Kosten beim Spitalsträger, der direkt oder indirekt im Fall der Landesspitäler wieder das Land ist. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer „soft budget constraint“ (Kornai et al. 2003).

Selbstverständlich sind ständige Marktein- und Marktaustritte ökonomisch nicht wünschenswert, da auch immer mit *sunk costs* gerechnet werden muss. In Österreich wird aber auch auf das Steuerungsinstrument *potenzieller* Marktein- und Marktsaustritte verzichtet. Die zuständige Regulationsinstanz „Bundesland“ ist in einem Zielkonflikt, da sie zwar die Abgangsdeckung zusammen mit den Gemeinden stemmen muss, aber zum einen wenig Interesse hat, ihre eigenen Spitäler durch neue Wettbewerber zu konkurrenzieren. Zum anderen kann genausowenig politischer Nutzen von einer Spitals- bzw. Standortschließung erwartet werden, da Spitäler mächtige regionale Wirtschaftsfaktoren und auch wichtige Arbeitgeber sind. Hinzu kommt, dass das Land die unpopuläre Maßnahme einer Steuererhöhung, wenn die Betriebsabgänge steigen, nicht unmittelbar selbst verantworten muss, da die Länder keine Steuerhoheit besitzen und das benötigte Geld im Verhandlungsweg (15a-Vereinbarung) Erlösen können.

4.3 Innovationsförderung durch Wettbewerb

Im Allgemeinen stimuliert Wettbewerb den Einsatz von Innovationen und die Investitionstätigkeit. Ein Anbieter muss neue Wege finden, seine Kosten zu senken oder die Angebotsqualität zu erhöhen, um gegenüber den Mitbewerbern im Vorteil zu sein (die Schumpeter'sche „schöpferische Zerstörung“). Ist dies erreicht, muss die Konkurrenz nachziehen, die Innovation verbreitet sich auf dem Markt. Im Spitalswesen gibt es aber hemmende Einflüsse auf die Innovation. Die hohe Regulationsdichte, aber auch eine enge Verbindung von Politik, Administration/Spitalsmanagement und Interessensgruppen, die zusammen eher am Erhalt des Status quo interessiert sind, hemmen die Innovationsfreude (genannt „iron triangle“, siehe Buse et al. 2005). Private Leistungserbringer, die diesem „iron triangle“ nicht angehören, werden als Störfaktor empfunden, haben aber das Potenzial, Innovation zu stärken.

Der schnellere bzw. häufigere Einsatz von medizinischen Innovationen in privat-gewinnorientierten Krankenhäusern (Sloan et al. 2003; Horwitz et al. 2018) und in Gegenden mit ausgeprägterem Krankenhauswettbewerb (Wright et al. 2016) wurde international bereits öfter dokumentiert. Besonders im Bereich der Herzkrankheiten wurden Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Krankenhausträgerschaft und Innovation durchgeführt. Die französischen Erfahrungen (Milcent 2005; Gobillon, Milcent 2016) zeigen den Einfluss auf die Behandlungsqualität auf, den unterschiedliche Innovations- bzw. Investitionsmöglichkeiten ausüben können. Führen die unterschiedlichen Investitionsmöglichkeiten nach Trägertyp zu unterschiedlich hohem Einsatz von innovativer Medizintechnik, so kann dies im Gesamtergebnis auch eine höhere Sterblichkeit ausgleichen.

Wright et al. (2016) fragen, ob Innovationen in gewinnorientierten Krankenhäusern auch manchmal eingesetzt werden, noch bevor ihr medizinischer Nutzen ausreichend klar belegt ist. Gehen wir davon aus, dass diese Zeitspanne dazu genutzt wird, zusätzliche Informationen über den adäquaten Einsatz der Innovation zu generieren, so wäre dies eine sinnvolle Strategie aus Sicht der öffentlichen Häuser: Diese verwenden das ihnen anvertraute öffentliche Geld erst dann für die Investition in Innovationen, wenn ihr Wert sich belegen lässt. Am deutschen Krankenhausmarkt wurde eine schnellere Verbreitung der Innovation TAVI (transcatheter aortic valve implementation) bei privaten als bei öffentlichen Spitälern beobachtet. Die steigende Verbreitung wurde insofern als verantwortungsbewusst eingestuft, als dass der Einsatzbereich erst dann auch auf „heiklere“ PatientInnen erweitert wurde, als bereits größere Erfahrungen mit dem Einsatz von TAVI vorlagen (Schneider et al. 2018). Ebenso plastisch erscheint das US-Beispiel der Diffusion des heutigen Goldstandards bei Akutem Myokardinfarkt, der PTCA (perkutane transluminale Coronarangiographie)

mit Stent, welche durch den Wettbewerb zwischen Spitälern gefördert wurde (Karaca-Mandic et al. 2017).

Andererseits kann dies den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen anheizen. So wurde beobachtet, dass sich Innovationen schneller auch in Häusern anderer Trägerschaft verbreiten, sobald sie in einigen Krankenhäusern angewandt werden (Horwitz et al. 2018). In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass hoher Wettbewerb auch negative Folgen haben kann, wenn keine perfekte Information herrscht. Das Spital hat gegenüber den PatientInnen mehr Wissen über die medizinische Sinnhaftigkeit einer Prozedur. Es kann aber durch Anschaffung neuester Geräte und Techniken signalisieren, eine potenziell bessere Leistung anzubieten als die Konkurrenz, ohne dass der Zusatznutzen die Kosten rechtfertigen würde (im Gegensatz zum Optimum, bei dem der Nutzenzuwachs mindestens dem Kostenzuwachs entspricht). Die PatientInnen werden bei der Entscheidung unter Unsicherheit in der Regel risikoavers reagieren, insbesondere, da sie in europäischen Gesundheitssystemen bei der Inanspruchnahme kaum an den Kosten beteiligt werden. Dies führt dazu, dass auch ohne Nachweis maßgeblich höheren Nutzens für die PatientInnen die Behandlung in einem technisch besser ausgestatteten Krankenhaus bevorzugt wird. In diesem Zusammenhang spricht man von einem *medical arms race*, welches insbesondere bei hohem Wettbewerbsdruck und geringer Transparenz entsteht. (Trinh et al. 2008)

Aggarwal et al. (2017) werten die Rolle von PatientInnenwahlfreiheit und Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt für Prostatakrebs-Operationskliniken in England aus. Als Ursachen für die steigende Zahl von Einheiten mit robotisch unterstützten Operationen aber der gesamt rückläufigen Zahl an Kliniken sehen sie nicht koordinierte Politikmaßnahmen, sondern eben Wahlfreiheit und Wettbewerb als hauptverantwortlich. Weil es derzeit keinen Nachweis für die medizinische Überlegenheit der robotisch unterstützten Chirurgie in diesem Bereich gibt, wird diese Entwicklung als finanziell schädigend und als potenzielle Gefährdung der sozialen Fairness des Gesundheitssystems interpretiert.

Auffällig ist, dass aus unterschiedlichen Ländern mit dementsprechend unterschiedlichen Finanzierungsstrukturen Befunde vorliegen, die privat-gewinnorientierten Krankenhäusern einen Vorsprung beim Einsatz neuer Methoden zusprechen. Dieser Vorsprung wird durchaus in finanziellem Kontext interpretiert. In Frankreich nahm die Finanzierung bei öffentlichen Krankenhäusern weniger Rücksicht auf Innovationskosten bzw. den Einsatz neuer Technologie. Auch in den USA und Deutschland dürfte die Ausgabenbremse bei öffentlich finanzierten Investitionen den Hauptgrund darstellen, warum privat-gewinnorientierte Krankenhäuser einen Innovationsvorsprung haben.

Der gegenständliche Abschnitt verdeutlicht mehrere Punkte sehr eindrücklich:

Zum ersten ist Wettbewerb wichtig, um bei neuen Therapieverfahren eine schnellere Diffusion zu ermöglichen und damit Menschen schneller in den Genuss verbesserter Behandlung kommen zu lassen. Dies kann zum zweiten aber auch ins Gegenteil umschlagen als *medical arms race*, welches in erster Linie die Kosten im Gesundheitswesen erhöht, ohne den entsprechenden Zusatznutzen zu erzeugen. Zum dritten wird die Bedeutung von Information und Transparenz deutlich. Sie entscheidet wesentlich darüber, ob gesellschaftlich erwünschte Ergebnisse (rasche Diffusion überlegener Technologie) oder aber hohe Zusatzkosten ohne Zusatznutzen resultieren.

Die Transparenz ist im österreichischen Gesundheitswesen traditionell gering ausgeprägt. PatientInnen können sich nur eingeschränkt über den Servicelevel oder die Behandlungsqualität informieren. Hier wäre beispielsweise die verpflichtende Erhebung von PROMs (*patient reported outcome measures*) und PREMs (*patient reported experience measures*) und eine angemessene Qualitätsdarstellung nach außen notwendig. Solche Systeme finden in mehreren europäischen Ländern zunehmend Anwendung (siehe weiterführend z.B. Czypionka, Achleitner 2018).

Ebenso sollte eine Nutzenbewertung auch von im Spital angebotenen Therapien nach internationalem Vorbild (z.B. England: NICE, Deutschland: IQWiG) erfolgen, um sowohl Spitalsbetreibern als auch PatientInnen die Unterscheidung von tatsächlichen und scheinbaren Innovationen zu erleichtern. Ein Fortschritt in dieser Richtung stellt die Spitals-HEK (Spitals-Heilmittlevaluierungskommission) dar.

Auch im regulatorischen Bereich bestehen Innovationshemmnisse. So sehen sich die Spitäler in Österreich mit sehr engmaschigen Strukturqualitätsvorgaben aus dem Österreichischen Strukturplan konfrontiert. Ebenso zieht die LKF-Finanzierung erst mit einiger Verzögerung nach. Gerade im Sinne der Innovation wäre es förderlich, wenn hier ein Regelwerk zur Anwendung käme, welches begründete Abweichungen von diesen Vorgaben und der Bezahlung ermöglichen würde. Das Gesamtsystem würde davon profitieren, dass in einem frühen Stadium bereits Erfahrungen mit Innovationen gemacht werden können und diese Daten als Entscheidungsgrundlage in Hinblick auf eine Regelversorgung verwendet werden können.

4.4 Effizienz und Managementqualität

Produktionstheoretische Betrachtung

Effizienz ist das Verhältnis zwischen Output und Input. Dabei kann bei gegebenem Input ein Maximum an Output angestrebt werden (Outputorientierung), oder bei gegebenem Output (zu behandelnde Personen) diesen mit dem geringstmöglichen Input zu erreichen. Für die Quantität an Personen wird wohl eher die Inputorientierung eine Rolle spielen (eine gegebene Krankheitslast zu behandeln), bei der Qualität der Behandlung hingegen eher die Outputorientierung (mit den vorhandenen Mitteln die größte Qualität zu ermöglichen). Die Literatur beschäftigt sich intensiv mit der Frage der Effizienz in Abhängigkeit von der Trägerschaft. In der neoklassischen ökonomischen (Produktions-)Theorie wird der öffentlichen Leistungserbringung geringere Effizienzbemühung unterstellt: Die handelnden Personen sind nicht „*residual claimants*“, erhalten also nicht den „Lohn ihrer Mühen“, und setzen auch nicht ihr persönliches Kapital ein. Private Leistungserbringung wird hier eher mit Effizienz in Verbindung gebracht: Der private Unternehmer erhält den Überschuss der Einnahmen über die Kosten. Dieser Gewinn kann wiederum nur erreicht werden, wenn die Kosten minimiert werden (Varian 2014:363ff).

Theorie der Eigentumsrechte und Principal-Agent Theorie

Auch andere, erweiternde theoretische Zweige der Ökonomie beschäftigen sich mit der Frage. Die Theorie der Eigentumsrechte erweitert die neoklassischen Prinzipien um die Ausübung von Eigentumsrechten: Läuft eine privatwirtschaftliche Firma nicht, kann diese bankrott gehen, die Eigentümer können Anteile verkaufen, oder deren Wert sinkt und es droht eine Übernahme, zudem befinden sich das Management im privaten Sektor auf einem kompetitiven Arbeitsmarkt, auf dem vorangegangene Performance eine große Rolle spielt (Jacobs 1974; Villalonga 2000).

Die Principal-Agent Theorie problematisiert die Trennung von Eigentum und Management, was in größeren Einheiten wie Krankenanstalten durchaus von Bedeutung ist. Durch diese Trennung kann das Management aus Eigennutz andere Ziele verfolgen als die es anstellenden Eigentümer. Im privatwirtschaftlichen Setting kann dies jedoch besser überwunden werden, da zum einen für die Eigentümer Gewinne ein Signal für die Bemühungen des Managements sind, und zum anderen die arbeitsvertragliche Ausgestaltung z.B. über Bonuszahlungen oder Gewinnbeteiligung eine Kongruenz der Ziele von Eigentümern und Management herbeiführen kann. (Breyer, Zweifel 1997:341)

Politökonomische Theorien

Auch die politökonomische Theorie hat zu diesem Thema Beiträge. Hier geht es insbesondere um die unterschiedlichen Zielfunktionen öffentlicher und privater Betreiber. Auf der Ebene der Politik werden Entscheidungen zur Maximierung der Gunst der WählerInnen getroffen. Diese können, müssen aber nicht mit betriebswirtschaftlich optimalen Entscheidungen übereinstimmen. Insbesondere kann eine Personalreduktion oder Outsourcingentscheidung betriebswirtschaftlich Sinn machen. Für stimmenmaximierende PolitikerInnen spielt aber auch die Arbeitsmarktsituation oder eine gewerkschaftliche Anbindung eine Rolle. Auch auf der Managementebene kommt eine politökonomische Theorie, die Bürokratietheorie, zum tragen (Tullock 1965; Niskanen 1971). Hier werden dem „Bürokraten“, in diesem Fall dem Management eines Betriebs, Eigeninteressen unterstellt, indem dieser das von ihm zu verfügende Budget maximieren will – was dementsprechend mit Kostenreduktionen in Widerspruch steht. In Verbindung mit den vorgenannten Theorien liegt auf der Hand, dass dieses Verhalten im privatwirtschaftlichen Bereich leichter kontrolliert und beeinflusst werden kann als im öffentlichen Bereich.

Die internationale empirische Literatur zu Effizienz- (und Qualitäts)unterschieden nach Trägerschaft ist jedoch nicht so eindeutig wie die theoretische. Fest steht aber, dass Effizienzunterschiede nach Trägerschaft für einige Länder belegt wurden (Italien: Berta et al. 2010; Daidone, D’Amico, 2009. Österreich: Czypionka et al. 2014; Portugal: Barros et al. 2013).

Die Richtung des empirischen Effizienzvorteils hat sich im deutschen Fall im Lauf der Zeit „gedreht“: Untersuchungen aus Zeiten der Finanzierung via Tagsätzen sprachen noch privat-gewinnorientierten Trägern Nachteile bei Kosteneffizienz und technischer Effizienz zu (Herr 2008). Herr, Schmitz und Augurzky (2011) kommen für den Zeitraum 2002 bis 2006 (also über den Wechsel im Finanzierungsregime hinweg) zu keinem signifikanten Ergebnis. Die technische Effizienz und die Kosteneffizienz sind zwar nach wie vor in öffentlichen und privat-gemeinnützigen höher als in privat-gewinnorientierten Krankenhäusern, aber insignifikant. Tiemann und Schreyögg (2009) kommen für den gleichen Zeitraum, aber unter Verwendung einer anderen Methodik auf das Resultat, dass öffentliche Krankenhäuser ihre Mittel signifikant effizienter einsetzen als privat-gewinnorientierte Krankenhäuser. Privat-gemeinnützige Krankenhäuser wirtschaften ebenfalls effizienter als privat-gewinnorientierte Krankenhäuser, allerdings zu einem niedrigeren Grad und statistisch insignifikant.

Lindlbauer und Schreyögg (2014) bestätigen anhand neuer Daten ebenfalls die höhere Effizienz bei öffentlichen Krankenhäusern.

Czypionka et al. (2014) argumentieren zu diesen Länderunterschieden, dass das Finanzierungssystem und die regulatorischen Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit der Trägerschaft eine wichtige Rolle spielen. So findet sich in Österreich eine unterschiedliche Behandlung von privat-gemeinnützigen und öffentlichen Trägern, während in Deutschland die Träger unter viel ähnlicheren Bedingungen arbeiten müssen. Es findet sich zudem ein Selbstselektionseffekt in Deutschland: Wie im Länderkapitel dargestellt, wurden viele ehemals öffentliche Spitäler privatisiert, weil sie nicht effizient waren.

Eine mögliche Interpretation des im Zeitablauf „gedrehten“ Befundes für Deutschland ist ein professionelleres Management in privaten als in öffentlichen Krankenanstalten(verbänden). Privat-gewinnorientierte Krankenhäuser konnten sich offenbar schneller und/oder stärker auf die geänderten Finanzierungsbedingungen sowie auf Änderungen in der Nachfrage einstellen als Krankenhäuser unter öffentlicher Trägerschaft. Diese Auffassung wird durch den Befund gestützt, dass ehemals öffentliche Kliniken nach ihrer Umwandlung in den privat-gewinnorientierten Status signifikant höhere Effizienzzuwächse als nicht privatisierte Krankenhäuser aufwiesen (Tiemann, Schreyögg 2012).

Einen Hinweis hierauf liefert die Beobachtung, dass gewinnorientierte Krankenhäuser in Deutschland meist nicht als einzelne Häuser agieren, sondern sich zu großen miteinander verwobenen Klinik-Konzernen zusammengeschlossen haben. Damit erlangen einzelne Merkmale eines monopolistischen oder oligopolistischen Wettbewerbs Bedeutung. Synergien – etwa im Einkauf – können weit besser genutzt werden, und gesamthafte Planung kann Spezialisierung ermöglichen und Doppelgleisigkeiten abbauen helfen. All dies kann zu einer effizienten Krankenhausinfrastruktur beitragen (Tiemann, Schreyögg 2009)

Während die Arbeiten zu Deutschland im Kontext von Management-Unterschieden nach Trägerschaft interpretiert werden, beschäftigen sich andere Arbeiten direkt mit dem Zusammenhang von Wettbewerb(sintensität) und Managementqualität²⁶. Bezogen auf die marktorientierten Reformen im englischen NHS befinden Bloom et al. (2015), dass diese mit steigender Qualität des Managements einhergingen. Demnach steigerten zusätzliche Krankenhäuser am regionalen Markt tendenziell die

²⁶ Managementqualität wurde mithilfe eines speziellen Fragebogens erfasst durch das Centre for Economic Performance at the London School of Economics, ergänzt durch administrative Daten des NHS.

Managementqualität und ein zusätzliches Haus steigerte die Überlebensrate nach Herzinfarkt im Schnitt um fast 10 Prozent.

Es sind mehrere Ansatzpunkte für höhere Managementqualität in marktnahen Institutionen denkbar: Die „Zielfunktion“ für das Management ist in privatgewinnorientierten Unternehmen definitionsgemäß primär auf die Erzielung von Gewinn ausgerichtet, während gemeinnützige und öffentliche Einrichtungen in der Regel Versorgungs- und Gerechtigkeitsaspekten höheren Stellenwert einräumen. Bei der Besetzung der Managementposten kann und wird auf eine dementsprechende Ausrichtung Rücksicht genommen werden, während insbesondere in öffentlichen Einrichtungen immer wieder neben betriebswirtschaftlichen auch politische Aspekte eine Rolle spielen mögen. Zudem sind öffentliche Einrichtungen oft stark hierarchisch geprägt, und der vorgesehene Instanzenzug bei Entscheidungen sieht mehrere Stationen und damit einhergehend längere Zeitabläufe vor, während private Einrichtungen – je nach konkreter Organisationsstruktur – hier oft flexibler agieren können.

Die politökonomische Problematik multipler Zielsetzungen im öffentlichen Bereich zeigt Dittmann (2018). Das zum 1. Januar 2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz verfolgt als wesentliches Ziel die Schaffung von Strukturen, die auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten. Daher wird seit dem Jahr 2017 die Krankenhausqualität sowohl in die Vergütungssätze als auch in die Landesbedarfsplanung einbezogen. Auf die Bezahlung der laufenden Kosten sollten Zuschläge für überdurchschnittlich hohe Qualität und Abschläge bei Qualitätsdefiziten eingeführt werden. Überdies sollten Krankenhäuser, die in zwei aufeinanderfolgenden Jahren ihre Qualitätsziele nicht erfüllten, aus der Landesbedarfsplanung ausgeschlossen werden können. Diese Entscheidung wurde jedoch auf landespolitischer Ebene konterkariert: Trotz überdurchschnittlicher Bettendichte beschlossen die Landtagsparteien eine Bestandsgarantie für alle an der Notfallversorgung beteiligten Kliniken, also 38 der 44 Thüringer Kliniken. Die bundespolitisch angestrebte qualitätsfördernde Disziplinierungswirkung durch die Exit-Möglichkeit wurde damit weitgehend ausgeschaltet, und die Überkapazität gewahrt.

4.5 Zugang zu Investitionsmitteln

Investitionen sind unabdingbar, um mit der gerade im Gesundheitswesen sehr dynamischen Innovationstätigkeit Schritt halten zu können. Dabei geht es sowohl um die Erneuerung von technischem Anlagekapital als auch von neuen Prozeduren im Sinne von Humankapital. Für die betrachteten Trägertypen ist die Verfügbarkeit von Kapital für Investitionen jedoch grundsätzlich verschieden. Bei der öffentlichen Hand

stellen Steuermittel die wesentliche Quelle dar. Dabei besteht die Gefahr, dass gerade bei den in vielen europäischen Staaten vorherrschenden Verschuldung und Defiziten der öffentlichen Hand mit Investitionen zurückhaltend umgegangen wird: Die Kosten entstehen im Jetzt, die Wirkungen erst über die Zeit, oder werden bei mangelnder Transparenz kaum gewürdigt. Eine Ausnahme bilden aus politökonomischer Sicht solche, die einen maßgeblichen Effekt auf die Wählergunst haben, beispielsweise Neubauten. Auch der umgekehrte Weg wird nur selten beschritten. Desinvestitionen an Standorten sind unbeliebte Maßnahmen bei Personal und Bevölkerung, wären aber unter Umständen hilfreich, um an anderen Standorten ausreichende Investitionsmittel zur Verfügung zu haben.

Privat-gemeinnützige Träger müssen großteils ihr eigenes Kapital zur Verfügung stellen. Investitionen finden aber auch in das private Eigentum (also das gemeinnützige Krankenhaus) statt, mehren oder erhalten dieses somit.

Privat-gemeinnützige Träger können nicht nur aus den Margen, die sie unter anderem durch ihre hohe Spezialisierung und geringe Breitenversorgungsverpflichtung erhalten, Investitionen decken, sondern können auch durch die erzielten Renditen privates Kapital mobilisieren.

Solche Effekte sind dementsprechend auch in vielen europäischen Staaten zu beobachten, wie die Länderdarstellungen zeigen. In den Niederlanden und in Deutschland ist der Anstieg des privaten Anteils an der Spitalsversorgung zum Teil mit einem Bestreben der Gebietskörperschaften einhergegangen, die finanzielle Belastung durch die Gesundheitsversorgung gering zu halten. Die Existenz ausschließlich privat-gemeinnütziger Krankenhäuser in den Niederlanden wird damit begründet, dass privat-gemeinnützige Krankenhäuser die Leistungen effizienter erbringen können, sodass diesen Häusern günstige Möglichkeiten zur Investitionsfinanzierung geboten wurden. In Deutschland hingegen war die Entwicklung weniger von privat-gemeinnützigen Krankenhäusern als von privat-gewinnorientierten getragen. Im deutschen Krankenhausbereich wurde in den frühen 2000er Jahren intensiv der „Investitionsstau“ aufgrund knapper Haushaltsmittel der Länder und Kommunen beklagt. Private Krankenhäuser hatten und haben Zugang zum Kapitalmarkt, öffentliche nicht; damit stehen den Privaten andere Investitions- und Modernisierungsmöglichkeiten offen. Diese Investitionstätigkeit steht in positivem Zusammenhang zu Effizienzsteigerungen, sodass auch die notwendige Verzinsung des eingesetzten Kapitals erwirtschaftet wird. So vermerken Karmann und Rösler (2018) im langfristigen Bundesländervergleich in Ostdeutschland höhere Effizienzgewinne als in Westdeutschland; in Ostdeutschland wurde schließlich nach der Wende im Zuge der Restrukturierung deutlich intensiver investiert als im Westen.

Auch Augurzky et al. (2018) weisen auf die höheren Investitionsmöglichkeiten bei deutschen privat-gewinnorientierten im Vergleich zu privat-gemeinnützigen und kommunalen Krankenhäusern hin. Im Jahr 2016 waren nach dieser Analyse nur 6% der privat-gewinnorientierten, im Vergleich zu 21% der privat-gemeinnützigen und 34% der kommunalen Krankenhäuser in Deutschland *nicht* investitionsfähig.²⁷

4.6 Behandlungsqualität

Bezogen auf den Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Qualität knüpfen die theoretischen Modelle an Informationsasymmetrien an und erwarten daher für privat-gewinnorientierte Krankenhäuser höhere Effizienz in Verbindung mit geringerer Qualität, um so Profite zu maximieren. Dies ist dann der Fall, wenn Qualität nicht beobachtbar ist. Andererseits kann argumentiert werden, dass gewinn-orientierte Träger sehr wohl auf Qualität Wert legen, um im Wettbewerb damit mehr „Kundschaft“ anzusprechen wenn die Qualität beobachtbar ist. Analoge Überlegungen in beide Richtungen können auch unabhängig von der Trägerschaft auf den Zusammenhang zwischen Wettbewerbsintensität und Qualität angestellt werden: Höherer Wettbewerb steigert die Kosteneffizienz zu Lasten der Qualität, wenn diese nicht beobachtbar ist, oder (sicht- und messbare) Qualität wird als Motor zur Steigerung der Fallzahl eingesetzt, insbesondere in den lukrativeren Behandlungssegmenten.

In der empirischen Literatur ist - ebenso wie bei der Effizienz - der Zusammenhang zwischen Trägertyp und Qualität nicht einheitlich. Viele Studien sehen private Träger im Vorteil, andere sprechen öffentlichen Trägern eine bessere Qualität zu und wieder andere erkennen keine signifikanten Unterschiede. Angesichts der Komplexität des Qualitätsbegriffes sollte dies nicht verwundern; schließlich wird Qualität empirisch anhand verschiedener Indikatoren gemessen. Sowohl unterschiedliche klinische Parameter (wie Wiederaufnahmeraten oder Kaiserschnittsraten) als auch PatientInnenbefragungen werden verwendet, um Qualitätsmaße abzuleiten, messen aber tendenziell unterschiedliche Qualitätsaspekte.

Wie bei internationaler Betrachtung der Effizienz muss der jeweilige nationale Kontext beachtet werden: Privat-gemeinnützigen Krankenhäusern, die auf eine religiöse Gemeinschaft zurückgehen, wird häufig eine andere Zielfunktion zu unterstellen sein

²⁷ Die Investitionsfähigkeit wurde aufgrund eines Vergleichs der tatsächlich realisierten EBITDA-Marge mit der Mindest-EBITDA-Marge beurteilt. Auf Basis der vorliegenden Bilanzstruktur eines Krankenhauses lässt sich ableiten, wie hoch die EBITDA-Marge mindestens sein sollte, um die Abschreibungen auszugleichen und Kapitalkosten finanzieren zu können. Diese „Mindest-EBITDA-Marge“ hängt dabei außerdem von den Marktzinsen, von der Art und von der Nutzungsdauer des Anlagevermögens und vom Leistungsportfolio des Krankenhauses ab.

als Gemeinnützigen, die diese Form aus steuerlichen Gründen wählen. Auch das jeweilige nationale Krankenanstalten-Finanzierungssystem kann zu unterschiedlichen Anreizen für einzelne Trägertypen führen, beispielsweise je nachdem, ob die Finanzierung auch die Erfüllung höherer Qualitätsbenchmarks in gleichem Maße belohnt oder nicht.

Ein weiterer Faktor, der zur PatientInnensicherheit und somit der Qualität in Krankenhäusern beitragen kann ist die Anzahl vermeidbarer adverser Ereignisse. Bezogen auf unterschiedliche Trägerschaft der Krankenhäuser liefern US-amerikanische Arbeiten diesbezüglich bisher keinen klaren Befund: Thomas et al. (2000) finden Trägerunterschiede, Thornlow und Stukenborg, (2006) hingegen nicht. Einen klaren Effekt auf adverse Ereignisse hat hingegen die Arbeitszeit. Längere Arbeitszeiten bzw. Schichten erhöhen das Risiko adverser Effekte sowohl bei ärztlichem Personal (Barger et al. 2006; Landrigan et al. 2004) als auch bei Krankenpflegekräften (Rogers et al. 2004). Unerwarteter Weise entdecken Mache et al. (2009), dass Ärztinnen und Ärzte in Deutschland in privat-gewinnorientierten Krankenhäusern weniger Überstunden leisten und auch insgesamt weniger Stunden arbeiten als Ärztinnen und Ärzte in öffentlichen oder privat-gemeinnützigen Krankenhäusern. Gleichzeitig behandeln sie in kürzerer Zeit aber auch mehr PatientInnen, was weniger Kommunikation zwischen ärztlichem Personal und PatientInnen bedeutet. Während die höhere Anzahl behandelter PatientInnen durch Anreize im Finanzierungssystem – höhere Einnahmen für mehr behandelte PatientInnen pro Zeiteinheit – erklärt werden kann, sind erhöhte administrative Anforderungen für Ärztinnen und Ärzte in öffentlichen Krankenhäusern für die Unterschiede bei Überstunden ausschlaggebend. Diese Befunde sind auch in Zusammenhang mit den oben genannten Überlegungen zu Trägerunterschieden im Management interessant.

Etwas einheitlicher – wenn auch noch nicht völlig eindeutig (Chalkidou 2017) – stellen sich die Befunde bezüglich Qualität und Wettbewerb (trägerunabhängig) dar. Regelmäßig geäußerte Befürchtungen sind, dass Wettbewerb zwischen Krankenhäusern zu Kosteneinsparungen und diese zu Lasten der Qualität gehen könnten, oder dass qualitativ hochwertige Versorgung nur in reicheren Regionen oder für wohlhabendere Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen würde. Die Untersuchung von Cookson et al. (2013) über Auswirkungen der wettbewerbsfreundlichen Reformen kommt diesbezüglich zu keinem eindeutigen Ergebnis. Ihrer Meinung nach könnte die „Wettbewerbsdosis“ zu gering gewesen sein, um zu signifikanten Änderungen zu führen. Eine eher vorsichtige Position in Bezug auf Wettbewerb übernehmen Bevan und Skellern (2011), die vor allem Bedenken über die Effekte des Wettbewerbs in ländlichen Gebieten haben.

Die Einführung der wettbewerbsstimulierenden Reformen im englischen NHS 2006 wurde mehrfach mit Qualitätsverbesserungen in Verbindung gebracht. Die analysierte Reform des NHS im Jahre 2006 bestand darin, dass PatientInnen nunmehr eine Auswahl zwischen fünf Spitälern angeboten werden musste, sowie in Änderungen in der Spitalshonorierung. Statt wie zuvor anhand historischer Budgets und verhandelter Preise kamen nunmehr einheitliche regulierte Preise zur Anwendung, und lokale Gesundheitsbehörden mussten nicht mehr selbst Preise und Mengen für die Bevölkerung in ihrer Region ausverhandeln. Aus Sicht der Spitäler war damit der Anreiz gegeben, sich um ein größeres PatientInnenaufkommen zu bemühen, um damit höhere Einnahmen generieren zu können. Gaynor et al. (2013) verwenden ein Difference-in-Difference Modell, in dem sie den Zusammenhang zwischen Marktkonzentration (gemessen anhand des HHI) und verschiedenen Maßen der Sterblichkeit (als Proxy für Qualität) schätzen. Demnach geht ein um 10% höherer HHI (höhere Marktkonzentration) mit einer um 2,91% gestiegenen Mortalität nach AMI einher. Es wird gezeigt, dass innerhalb von zwei Jahren nach Implementierung sowohl die Mortalität als auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer signifikant gesenkt werden konnten. Die AutorInnen kommen zu dem Schluss, dass durch die Reformen Leben gerettet wurden, ohne die Kosten erhöht zu haben.

Tabelle 6: Regressionsergebnisse für drei Mortalitätsmaße

Abhängige Variable: Mortalitätsmaße, erklärende Variable: Difference-in-Difference Koeffizient

Abhängige Variable (Mortalitätsrate)	30-Tage AMI (bei oder nach Entlassung, Altersgruppe 35-74) (1)	28-Tage alle Ursachen (im Spital) (2)	28-Tage alle Ursachen (im Spital, ohne AMI alle Altersgruppen) (3)
DiD Koeffizient	0.291*** (0.115)	0.099*** (0.031)	0.099*** (0.031)
36 Case-Mix Variable (p Wert)	0.000	0.000	0.000
Adj. R ²	0.483	0.977	0.977
Anzahl Spitäler	133	162	162
Beobachtungen	251	324	324

Quelle: Gaynor et al. 2013, Tabelle 3.

Anmerkungen: Signifikanz: * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$.

Die bessere (medizinische) Qualität nach den Reformen wird auch von einer Folgeuntersuchung bestätigt (Gaynor et al. 2016). Diese belegt zudem, dass schwer kranke Personen und Personen aus Gegenden mit geringen Einkommen stärker von den Reformen profitierten. Die Etablierung von Wettbewerb setzte in England demnach Anreize für die Verbesserung der klinischen Qualität.

Eine Untersuchung von Qualitätsindikatoren für drei Diagnosegruppen (Katarakt, Mandelentzündung, Blasen tumor) in niederländischen Krankenhäusern im Zeitraum 2008-2011 zeigt einen negativen Zusammenhang zwischen dem Marktanteil des jeweiligen Krankenhauses und Qualitätsindikatoren für zwei der drei Diagnosen (Tabelle 7) (Croes et al. 2018). Somit erkennen die AutorInnen höhere Qualitätsniveaus in kompetitiveren Märkten, und geringere in konzentrierteren Märkten. Im betrachteten Zeitraum konnten die niederländischen Krankenhäuser ihre Preise mit den Krankenversicherungen verhandeln, ein einheitliches Preisniveau bestand nicht. Ein interessantes Nebenergebnis der Untersuchung ist, dass die Preisstruktur offenbar nicht mit den Qualitätsunterschieden einherging.

Tabelle 7: Regressionsergebnisse für drei Diagnosen

Abhängige Variable: Qualitäts-Score, erklärende Variable: Marktanteil

Modell	Pooled		Fixed Effects		Random Effects	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Katarakt	-0.199 (0.259)	-0.584** (0.292)	-1.481 (1.023)	-1.923** (0.883)	-0.264 (0.261)	-0.772** (0.325)
Blasentumor	-1.731*** (0.492)	-1.764** (0.705)	-2.504* (1.381)	-3.331** (1.695)	-1.841*** (0.510)	-2.241*** (0.674)
Mandel- entzündung	0.011 (0.323)	-0.068 (0.562)	0.723 (1.537)	0.382 (1.639)	0.099 (0.383)	-0.034 (0.514)

Quelle: Croes et al. 2018, Tabellen 5, 6 und 7.

Anmerkungen: Signifikanz: * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$.

Hier werden ausschließlich die Ergebnisse für die interessierende erklärende Variable, Marktanteil, wiedergegeben. Modelle (2), (4) und (6) berücksichtigen eine Reihe weiterer erklärender Variablen.

Demgegenüber zeigte eine Untersuchung über den Zusammenhang von Qualität und Wettbewerb zwischen australischen Krankenhäusern uneinheitliche Ergebnisse (Palangkaraya, Yong 2013). Nach dieser Untersuchung steht stärkerer Wettbewerb mit weniger ungeplanten Wiederaufnahmen, aber auch etwas höherer Mortalität in Zusammenhang. Der Zusammenhang zwischen Mortalität und Wettbewerb ist dabei wenig ausgeprägt, unabhängig von der Trägerschaft der Krankenhäuser und kaum signifikant. Die Häufigkeit ungeplanter Wiederaufnahmen reagiert jedoch in öffentlichen und privaten Krankenhäusern unterschiedlich auf steigenden Wettbewerb, nämlich rund doppelt so stark in öffentlichen wie in privaten Krankenhäusern.

5 Ordnungspolitische Steuerung des Wettbewerbs

5.1 Die Rolle der Trägertypen und des Wettbewerbs

Aus der Literatur geht deutlich hervor, dass der Spitalsmarkt kein perfekter Wettbewerbsmarkt ist, also Marktfehler aufweist. Dies bedeutet jedoch nicht, auf Wettbewerb zu verzichten. Wettbewerb spielt eine entscheidende Rolle, wenn es darum geht, Innovationen und Effizienz sowie die Versorgungsqualität zu fördern.

In den Ländern mit Trägervielfalt wird Wettbewerb zwischen den Trägern denn auch in diesem Sinne genutzt. Die unterschiedlichen Trägertypen haben nämlich unterschiedliche Stärken und Schwächen, die einander ergänzen können. Das Spektrum reicht von öffentlichen Trägern, die in allen Staaten bis auf die Niederlande das Rückgrat der Versorgung bieten. Mit ihnen kann der Staat die Versorgungssicherheit herstellen, liegt aber bei Innovation und Effizienz nicht ganz vorne.

Insbesondere in Staaten, in denen öffentliche Mittel knapp sind, können wiederum privat-gewinnorientierte Träger Mittel in das Gesundheitswesen einbringen. Sie sind aufgrund der Gewinnorientierung auch am ehesten dazu angehalten, effizient zu agieren und Innovationen rasch aufzugreifen. Aufgrund der Fehler des Spitalsmarktes können privat-gewinnorientierte Anbieter aber auch negative Effekte zeitigen.

Die privat-gemeinnützigen Spitäler nehmen hier gleichsam eine Zwischenrolle ein. Aufgrund der intrinsischen Motivation, die sie aufweisen, scheinen negative Effekte der Gewinnorientierung im Wettbewerb mitigiert. Auf der anderen Seite veranlasst diese sie auch, nicht umgehend aus dem Markt auszutreten, stellt also eine höhere Versorgungssicherheit in Aussicht. Diese Effekte könnten der Grund sein, warum die Niederlande gerade als besonders wettbewerbliches Gesundheitswesen genau auf diesen Trägertyp setzen: Die Effizianzanreize sind höher, die negativen Effekte von Wettbewerb auf einem imperfekten Markt werden hingegen mitigiert.

Auf politischer Ebene sehen wir in jenen Staaten mit einem Trägermix, wie Frankreich, der Schweiz oder Deutschland keine Bestrebungen, an dieser Situation etwas zu ändern, während in den skandinavischen Staaten mit einem traditionell sehr starken Staat des Öfteren Bestrebungen zu beobachten sind, die Trägervielfalt zu erhöhen. Ein Land mit ebenfalls traditionell staatlichem Gesundheitswesen, England, hat sein National Health Service privaten Unternehmen geöffnet, um mehr Wahlfreiheit und Wettbewerb zu den eigenen Einrichtungen zu ermöglichen, aber auch um Wartelisten

zu verkürzen. Eine solche Auffangfunktion privater Krankenhäuser können wir auch in Dänemark beobachten, wo die Regionen Behandlungen in privaten Einrichtungen bezahlen müssen, wenn ihre eigenen Einrichtungen die Wartezeitvorgaben nicht einhalten. Auch hier wird also der Wettbewerbscharakter genutzt, um für die eigenen (öffentlichen) Einrichtungen die Effizianzanreize, aber auch Anreize zu höherer Behandlungsqualität (z.B. im Sinne geringerer Wartezeiten) zu erhöhen.

Um also aus der Trägervielfalt den optimalen Nutzen zu ziehen, bedarf es der richtigen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, die im Folgenden diskutiert werden sollen.

5.2 Transparenz

Die Transparenz ist für die WHO in ihrem Modell so wichtig, dass sie explizit als eines von vier intermediären Ziele genannt wird. Damit Wettbewerb funktioniert, muss Transparenz für die anbietenden, aber auch gegenüber regulierenden Einrichtungen herrschen.

Hier hat Österreich deutlichen Nachholbedarf. Qualitätsinformation im Spitalswesen steht den PatientInnen kaum zur Verfügung, eine informierte Entscheidung wird so erschwert. Dabei ist eine für PatientInnen lesbare Qualitätsinformation durchaus sinnvoll und möglich.

Ebenfalls zu wenig hinterfragt werden PatientInnenerfahrungen und deren Outcomes. Hier etabliert sich international zunehmend die Erhebung sogenannter PREMS (patient reported outcome measures) und PROMS (patient reported experience measures).

Aber auch für die handelnden Personen in den Spitälern fehlt es oft an der sogenannten internen Transparenz, also einem Qualitätsbenchmark über das eigene Handeln.

Auch in umgekehrter Richtung spielt Transparenz eine Rolle. Wie in Kapitel 4.6 erläutert, entscheidet unter anderem die Beobachtbarkeit von Qualität, ob Wettbewerb diese erhöht oder senkt.

Darüber hinaus spielt Transparenz auch für die Einführung von Innovationen eine Rolle. Die BetreiberInnen von Spitälern wie auch PatientInnen benötigen eine Richtschnur, ob neue Verfahren sinnvoll und kosteneffizient sind. Eine solche Technologiebewertung gibt es in einigen Ländern, sie spielte aber speziell für Spitalsprozeduren in Österreich nur eine geringe Rolle.

5.3 Finanzierung und Bezahlung

Ganz klar sehen wir in den Ländern, die Trägervielfalt haben, wie Deutschland, Frankreich oder die Schweiz, dass für die Trägertypen weitgehend gleiche Bedingungen herrschen, bzw. die Trägervielfalt sogar gefördert werden soll. Eine Ausnahme bildet nur die Investitionsfinanzierung der privat-gewinnorientierten Spitäler, da bei diesen ja die Erwartung ist, dass Kapital über die Aussicht auf Gewinnerzielung von privater Seite eingebracht wird.

Dies ist in Österreich, wie wir schon in Czypionka et al. (2008) ausführlich diskutiert haben, nicht der Fall. Es besteht eine Asymmetrie im Machtgefüge und keine völlig gleichen Bedingungen. Die Länder sind Gesetzgeber, Regulator, Zahler und Betreiber von Spitälern und haben damit natürlicherweise starke Anreize, ihre eigenen Häuser besser zu stellen. Dies wird dadurch erleichtert, dass sie selbst nur den kleineren Teil der Spitalsausgaben bestreiten müssen und keine Steuern für ihre Spitäler einheben müssen, und somit von Effizienzmängeln politisch nicht so stark getroffen werden wie Körperschaften in anderen Gesundheitssystemen. Diese Asymmetrie müsste behoben werden, wenn man Wettbewerb zwischen den Spitalern bzw. Spitalsträgern verstärken möchte.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, das LKF-System kostendeckend auszugestalten, und die LKF-Zahlungen als abschließend zu betrachten. Dies würde die Transparenz über Effizienzbemühungen erhöhen und auch aus verhaltensökonomischer Sicht positive Wirkungen haben: Für das Spitalsmanagement besteht nicht schon ex-ante das Bewusstsein, dass Abgänge kein Indikator für schlechtes Wirtschaften sind. Tun sich in einem kostendeckenden LKF-System Abgänge auf, können diese immer noch gedeckt werden; sie setzen aber das Management den Fragen aus, warum es überhaupt dazu gekommen ist und regen zur Ursachensuche an.

Eine noch weitergehende Möglichkeit wäre, auch die Investitionsmittel über das LKF auszuschütten, wie es in den Niederlanden der Fall ist, dies würde aber im österreichischen Rahmen eine zu weit gehende Änderung sein.

5.4 Regulierungsdichte und Innovationsmöglichkeiten

Das österreichische Spitalswesen setzt sehr stark auf Planung und Regulation. Es benimmt sich damit insbesondere der positiven Wirkungen von Wettbewerb auf Effizienz und Innovation. Marktein- und Marktaustritte sind nahezu unmöglich, es gibt einen weitgehend geschlossenen Kreis von AnbieterInnen. Wenn dies politisch gewünscht ist, müsste zumindest zwischen den bestehenden AnbieterInnen ein Innovations- und Qualitätswettbewerb angereizt werden. Dies verhindern derzeit

jedoch neben der mangelnden Transparenz auch die zu hohe Regulationsdichte. Die Vorgaben im KaKuG sind noch immer sehr strukturbezogen und das ÖSG/RSG-System ist im Laufe der Zeit sehr kleinteilig geworden. Ein extremes Gegenbeispiel sind wiederum die Niederlande, die mittlerweile den Weg der Spitalsplanung verlassen haben und auch so offenbar eine ausreichende und gute Versorgung sicherstellen können.

Da Österreich in dieser planerischen Tradition steht, wäre es wichtig, von diesen Planungsvorgaben auch bewusst abweichen zu können, um Innovationen auszuprobieren. Es könnte in der Spitalsgesetzgebung einen solchen Modellparagrafen geben, dessen Erfüllung auch mit Innovationsmitteln ausgestattet ist.

6 Literaturverzeichnis

Abel, J., Diez, K., Lennerts, K. (2005) Ist PPP ein Weg zur Auflösung des Investitionsstaus im Gesundheitswesen? Karlsruher Institut für Technologie, Institut für Technologie und Management im Baubetrieb (TMB).

Aggarwal, A., Lewis, D., Mason, M., Purushotham, A., Sullivan, R., van der Meulen, J. (2017). Effect of patient choice and hospital competition on service configuration and technology adoption within cancer surgery: a national, population-based study. *Lancet Oncol*, 18(11), 1445-1453. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30572-7.

Angerer, A., Hollenstein, E., Liberatore, F., (2016). *Das Schweizer Spitalwesen - Eine Managementperspektive*. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Arrow, K., Debreu, G. (1954). Existence of an Equilibrium for a Competitive Economy. *Econometrica*, 22(3), 265-290. doi:10.2307/1907353.

Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/1812044>.

Augurzky, B., Beivers, A., Neubauer, G., Schwierz, C. (2009). *Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft*. RWI Materialien. 52, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.

Augurzky, B., Beivers, A., Gülker, R. (2012). *Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft*. RWI Materialien. 72, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.

Augurzky, B., Pilny, A., Wübker, A. (2015). *Krankenhäuser in privater Trägerschaft*. RWI Materialien. 89, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.

Augurzky, B., Beivers, A., Pilny, A. (2018). *Krankenhäuser in privater Trägerschaft*. RWI Materialien. 122, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen. <http://dx.doi.org/10.4419/86788829>.

Bai, G., Anderson, G. F. (2016). A More Detailed Understanding Of Factors Associated With Hospital Profitability. *Health Aff (Millwood)*, 35(5), 889-897. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1193.

Barger, L. K., Ayas, N. T., Cade, B. E., Cronin, J. W., Rosner, B., Speizer, F. E., Czeisler, C. A. (2006). Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. *PLoS Med*, 3(12), e487. doi: 10.1371/journal.pmed.0030487.

Barros, C.P., Menezes, A. G., Vieira, J. A. C. (2013). Measurement of hospital efficiency, using a latent class stochastic frontier model. *Applied Economics*, Routledge, New York and Abingdon, Vol. 45, No. 1, pp. 47–54.

Baumol, W. J., Panzar, J. C., & Willig, R. D. (1986). On the theory of perfectly-contestable markets. In *New developments in the analysis of market structure* (pp. 339-370). Palgrave Macmillan, London.

Berta, P., Callea, G., Martini, G., Vittadini, G. (2010). The effects of upcoding, cream skimming and readmissions on the Italian hospitals efficiency: A population-based investigation. *Economic Modelling*, Vol. 27, No. 4, pp. 812–821.

Bevan, G., Skellern, M. (2011). Does competition between hospitals improve clinical quality? A review of evidence from two eras of competition in the English NHS. *BMJ*, 343, d6470. doi: 10.1136/bmj.d6470.

Birk, H.O. (2017). Removing the mandatory annual 2% productivity improvement. Update des Online-HiT, 9.10.2017

Birk, H.O., Smith-Jervelund, S. (2017). Enhancing value-based health care across regions. Update des Online-HiT, 13.11.2017.

Bloom, N., Propper, C., Seiler, S. (2015). The Impact of Competition on Management Quality: Evidence from Public Hospitals. *Review of Economic Studies* 82, 457-489.

Breyer, F., Zweifel, P. (1997). *Gesundheitsökonomie*, 2. Auflage, Springer.

Bundesamt für Statistik (2001). *Rechtlich-wirtschaftlicher Status der Betriebe, Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens*. Eidgenössisches Bundesamt für Statistik.

Buse, K. Mays, N., Walt, G. (2005): *Making Health Policy*. Open University Press, New York. S. 111.

Chalkidou, K. (2017). Is competition bad for our health(care)? We simply don't know. Comment. *Lancet* Vol. 18, November, 1424-25. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30623-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30623-X).

Chevreur, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo, C. (2015). France: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(3): 1–218.

- Choné, P. (2017). Competition policy for health care provision in France. *Health Policy* 121, 111-118.
- Christiansen, T., Vrangbæk, K. (2018). Hospital centralization and performance in Denmark—Ten years on. *Health Policy* 122, 321-328.
- Cookson, R., Laudicella, M., Li Donni, P. (2013). Does hospital competition harm equity? Evidence from the English National Health Service. *J Health Econ*, 32(2), 410-422. doi: 10.1016/j.jhealeco.2012.11.009.
- Cooper, Z., Gibbons, S., Skellern, M., (2016). Does Competition from Private Surgical Centres Improve Public Hospitals' Performance? Evidence from the English National Health Service. CEP Discussion Papers dp1434, Centre for Economic Performance, LSE.
- Cosandey, J., Roten, N., Rutz, S. (2018). Gesunde Spitalpolitik. Mehr Transparenz, mehr Patientensouveränität, weniger «Kantönligeist». *Avenir Suisse*.
- Croes, R. R., Krabbe-Alkemade, Y., Mikkers, M. C. (2018). Competition and quality indicators in the health care sector: empirical evidence from the Dutch hospital sector. *Eur J Health Econ*, 19(1), 5-19. doi: 10.1007/s10198-016-0862-6.
- Czypionka, T., Achleitner, S. (2018). Patient Reported Outcome and Experience Measures. *Health System Watch* 3, 16 S.
- Czypionka, T., Kraus, M., Mayer, S., Röhring, G. (2014). Efficiency, ownership, and financing of hospitals: The case of Austria. *Health Care Management Science*, 17 (4), 331-347.
- Czypionka, T., Kraus, M., Sigl, C., Warmuth, J. R. (2012). Health Cooperation: Kostendämpfung durch Kooperation im Gesundheitswesen; Endbericht; Studie im Auftrag der Vinzenz Gruppe. Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien.
- Czypionka, T., Röhring, G. Kraus, M., Schnabl, A., Eichwalder, S. (2008). Fondsspitäler in Österreich: ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich. Projektbericht. Institut für Höhere Studien, Wien.
- Daidone, S., D'Amico, F. (2009). Technical efficiency, specialization and ownership form: Evidences from a pooling of Italian hospitals. *Centre for Economic and International Studies*, No. 143.
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittencher, F., Quentin, W. (2015). Switzerland: Health System Review. *Health System in Transition*, 17(4), 1-288, xix.

Den Exter, A., Hermans, H., Dosljak, M., Busse, R. (2004). Health Care Systems in Transition: Netherlands 6(6):1-162.

Dittmann, H. (2018). Das Krankenhausstrukturgesetz: Hehre Ziele – Ernüchternde Umsetzung. *Gesundheitsökonomie Qualitätsmanagement* 23: 29–34, DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-109524>. Online-Publikation: 19.06.2017.

Dormont, B., Milcent, C. (2012). Ownership and Hospital Productivity, CEPREMAP Working Paper.

European Commission (2015) Expert Panel on effective ways of investing in health. Competition among health care providers – Investigating policy options in the European Union. In: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/008_competition_healthcare_providers_en.pdf.

Gaynor, M., Moreno-Serra, R., Propper, C. (2013). Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service. *American Economic Journal: Economic Policy*, 5 (4): 134-66.

Gaynor, M., Propper, C., Seiler, S. (2016). Free to Choose? Reform, Choice, and Consideration Sets in the English National Health Service. *American Economic Review*, 106(11), 3521-3557.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: <http://www.gbe-bund.de/>.

Gobillon, L., Milcent, C. (2016). Evaluating the effect of ownership status on hospital quality: the key role of innovative procedures, *Annals of Economics and Statistics* 121/122, 161-186.

Herr, A. (2008). Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Econ*, 17(9), 1057-1071. doi: 10.1002/hec.1388.

Herr, A., Schmitz, H., Augurzky, B. (2011). Profit efficiency and ownership of German hospitals. *Health Econ*, 20(6), 660-674. doi: 10.1002/hec.1622.

Horwitz, J.R., Hsuan, C. Nichols, A. (2018). The Role of Hospital and Market Characteristics in Invasive Cardiac Service Diffusion, *Review of Industrial Organization* 53: 81. <https://doi.org/10.1007/s11151-018-9625-0>.

Jacobs, P. (1974). A survey of economic models of hospitals. *Inquiry*, 11(2), 83-97.

Jeurissen, P., (2010). For-profit Hospitals: A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries. Dissertation. Erasmus-Universität Rotterdam.

- Karaca-Mandic, P., Town, R. J., Wilcock, A. (2017). The effect of physician and hospital market structure on medical technology diffusion. *Health services research*, 52(2), 579-598.
- Karmann, A., Rösel, F. (2018). How to Increase Efficiency in the Hospital Sector? Results of a Long-term Benchmark Study in Germany. *Wirtschaftsdienst*, <https://doi.org/10.1007/s10273-018-2240-8>.
- Klenk, T. (2011) Ownership change and the rise of a for-profit hospital industry in Germany. *Policy Studies*, 32:3, 263-275. <https://doi.org/10.1080/01442872.2011.561694>.
- Kondilis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Smyrnakis, E., Dombros, N., Benos, A., (2011). Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece. *BMC health services research*. 11. 234. 10.1186/1472-6963-11-234.
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., van Ginneken, E. (2016). The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition* 18(2):1–239.
- Kornai, J., Maskin, E., & Roland, G. (2003). Understanding the soft budget constraint. *Journal of economic literature*, 41(4), 1095-1136. Kornai, J., Maskin, E., & Roland, G. (2003). Understanding the soft budget constraint. *Journal of economic literature*, 41(4), 1095-1136.
- Kuntz, L., Pulm, J., Wittland M. (2016). Hospital ownership, decisions on supervisory board characteristics, and financial performance, *Health Care Management Review* 41(2): 165–176.
- Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 56, 171 – 204.
- Kutzin, J., Cashin, Ch., Jakab, M. (2010). Implementing Health Financing Reform: Lessons from countries in transition. *Observatory Studies Series* 21.
- Labisch, A., Spree, R., Hg. (1996). „Einem jeden Kranken im Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Campus Verlag, Frankfurt-New York.
- Landrigan, C. P., Rothschild, J. M., Cronin, J. W., Kaushal, R., Burdick, E., Katz, J. T., Czeisler, C. A. (2004). Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *New England Journal of Medicine*, 351(18), 1838-1848. doi: 10.1056/NEJMoa041406.

Lindlbauer, I., Schreyögg, J. (2014). The relationship between hospital specialization and hospital efficiency: Do different measures of specialization lead to different results? *Health Care Management Science*, Vol. 17, No. 4, pp. 365–378.

Mache, S., Scutaru, C., Vitzthum, K., Quarcoo, D., Schöffel, N., Welte, T., Groneberg, D. A. (2009). Does type of hospital ownership influence physicians' daily work schedules? An observational real-time study in German hospital departments. *Human Resources for Health*, 7(41).

Mason, A., Street, A., Verzulli, R., (2010). Private sector treatment centres are treating less complex patients than the NHS. *J R Soc Med* 103(8): 322–331.

Mayntz R., Rosewitz, B. (1988). *Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystem* in R. Mayntz, B. Rosewitz, U. Schimank und R. Stichweh (Hg.), *Differenzierung und Verselbständigung, Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*. Campus Verlag Frankfurt/New York 1988.

Milcent, C. (2005). Hospital ownership, reimbursement systems and mortality rates. *Health Econ*, 14(11), 1151-1168. doi: 10.1002/hec.1010.

Milcent, C. (2016). Upcoding and heterogeneity in hospitals' response: A Natural Experiment, working paper PSE No. 201423.

Niskanen, W. A. (1971). *Bureaucracy and Representative Government*. Aldine-Atherton, Chicago.

Olejaz, M., Juul Nielsen, Am, Rudkjøbing, Am, Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(2):1 – 192.

Or, Z. (2016). Changing the hospital landscape: integrating public hospitals to improve efficiency, Online HiT-France.

Palangkaraya, A., Yong, J. (2013). Effects of competition on hospital quality: an examination using hospital administrative data. *European Journal of Health Economics*, 14(3), 415-429. doi: 10.1007/s10198-012-0386-7.

Pilny, A. (2017). Explaining differentials in subsidy levels among hospital ownership types in Germany. *Health economics*, 26(5), 566-581.

Rice, T. (1998). *The Economics of Health Reconsidered*. Chicago: Health Administration Press.

- Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H., Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs (Millwood)*, 23(4), 202-212. doi: 10.1377/hlthaff.23.4.202.
- Rój, J. (2016). Competition Measurement of hospitals in Poland: The Herfindahl-Hirschman Index approach. *Ekonomika*, 95(1), 166-181.
- Roos, A-F., (2018). Mergers and Competition in the Dutch Healthcare Sector. Dissertation. Erasmus-Universität Rotterdam 2018.
- Schmid, A., Ulrich, V. (2012). Konzentration und Marktmacht bei Krankenhäusern. *Gesundheitsökonomie Qualitätsmanagement* 17, 18–22.
- Schneider, U., Schmid, A., Linder, R., Horenkamp-Sonntag, D., Verheyen, F. (2018). The Choice of Transcatheter Aortic Valve Implementation (TAVI): Do Patient Co-morbidity and Hospital Ownership Type Matter? *Applied Health Economics and Health Policy*, <https://doi.org/10.1007/s40258-018-0414-6>.
- Schwierz, C. (2011). Expansion in markets with decreasing demand-for-profits in the German hospital industry. *Health Economics*, Vol. 20, No. 6, pp. 675–687.
- Shen, Y.C., Eggleston, K., Lau, J., Schmid, C. (2005). Hospital Ownership and Financial Performance: A Quantitative Research Review. NBER Working Paper No. 11662. National Bureau of Economic Research.
- Shleifer, A. (1985). A theory of yardstick competition. *Rand Journal of Economics* 16 (3), 319–327.
- Sloan, F. A. (2000). Not-For-Profit Ownership and Hospital Behavior. In J. Newhouse and A. Culyer, eds., *Handbook of Health Economics*, Volume 1 Part B, 1141–1174.
- Sloan, F. A., Trogdon, J. G., Curtis, L. H., Schulman, K. A. (2003). Does the ownership of the admitting hospital make a difference? Outcomes and process of care of Medicare beneficiaries admitted with acute myocardial infarction. *Medical care*, 1193-1205.
- Tan, S.S., Geissler, A., Serdén, L., Heurgren, M., van Ineveld, B.M., Redekop, W. K., Hakkaart-van Roijen, L., on behalf of the EuroDRG group (2014). DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries, *European Journal of Public Health* 24(6), 1023–1028. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku025>.
- Thomas, E. J., Orav, E. J., Brennan, T. A. (2000). Hospital ownership and preventable adverse events. *J Gen Intern Med*, 15(4), 211-219.

Thornlow, D. K., Stukenborg, G. J. (2006). The association between hospital characteristics and rates of preventable complications and adverse events. *Medical Care*, 44(3), 265-269.

Tiemann, O., Schreyögg, J. (2009). Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany, *Business Research*, Verband der Hochschullehrer für Betriebswirtschaft, German Academic Association of Business Research, Göttingen, 2(2), 115-145.

Tiemann, O., Schreyögg, J. (2012). Changes in hospital efficiency after privatisation. *Health Care Management Science*, Vol. 15, No. 4, 310–326.

Trinh, H. Q., Begun, J. W., Luke, R. D. (2008). Hospital service duplication: evidence on the medical arms race. *Health Care Management Review*, 33(3), 192-202.

Tullock, G. (1965). *The Politics of Bureaucracy*. Public Affairs Press, Washington DC.

Varian, H. R. (2014). *Intermediate Microeconomics: A Modern Approach: Ninth International Student Edition*. WW Norton & Company.

Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC health services research*, 12(1), 272.

Villalonga, B. (2000). Privatization and efficiency: differentiating ownership effects from political, organizational, and dynamic effects. *Journal of Economic Behavior & Organization* 42(1), 43–74.

Widmer, P., Telser, H., Uebelhart, T. (2016). *Die Spitalversorgung im Spannungsfeld der kantonalen Spitalpolitik: Aktualisierung 2015*. Studie im Auftrag von comparis.ch, Polynomics.

Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags (2014). *Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung*. Ausarbeitung WD 9 - 3000 - 095/13.

Wright, J., Tergas, I., Hou, J., Burke, W., Chen, L., Hu, J., MPH; Neugut, A., Ananth, C., Hershman, D. (2016). Effect of Regional Hospital Competition and Hospital Financial Status on the Use of Robotic-Assisted Surgery. *JAMA Surg.* 151(7):612-620. doi:10.1001/jamasurg.2015.5508.

