

C. Schmidt¹
 J. Möller²
 T. Gabbert³
 A. Mohr⁴
 F. Engeler³

Krankenhauslandschaft in Deutschland – Ein Markt im Umbruch

The German Healthcare sector – a market in transition

Die Gesundheitswirtschaft bildet mit ihren Teilmärkten Akutmedizin, Rehabilitation, ambulanter Sektor, Pflege sowie den dazugehörigen Servicebereichen eine bedeutende Branche der deutschen Volkswirtschaft. Im Jahre 2002 wurden dort mehr als 4,7 Millionen Arbeitnehmer direkt oder indirekt beschäftigt, ein Gesamtumsatz von fast 220 Milliarden Euro erzielt und ein Ausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 10,7% erreicht (1). Mit Gesundheitsausgaben in Höhe von 2660 Euro pro Einwohner und Jahr liegt Deutschland weltweit nach den USA und der Schweiz an dritter Stelle (23). Innerhalb der Gesundheitswirtschaft stellt der Krankenhausmarkt mit einem Marktvolumen von 80 Milliarden Euro und über 12000 Einrichtungen den bedeutendsten Sektor dar, der über 5% des BIP erwirtschaftet. Davon erwirtschaften alleine die Akutkrankenhäuser einen Umsatz von fast 50 Milliarden Euro (1,23). Deutschland weist mit ca. 2250 Akutkrankenhäusern und 28700 Ärzten im europäischen Vergleich die mit Abstand höchste Krankenhaus- und Arztdichte auf (1,8,23). Auch die Verweildauern in Deutschland sind die bei weitem längsten im internationalen Vergleich (Tab.1).

Dieser Markt befindet sich jedoch im Umbruch. Umfassende Veränderungen der Struktur und Anzahl der Krankenhäuser sind dabei zu erwarten. Angesichts dieser Ursachen und Wirkungen des Branchenwandels sind verschiedene Strategien für Akutkrankenhäuser denkbar, die im Folgenden skizziert werden.

Ursachen des Branchenwandels

Die wichtigsten Ursachen für den Branchenwandel sind die zunehmende Technisierung bei den Medizinprodukten, die demographische Entwicklung der Bevölkerung mit verändertem Verhalten der Nachfrager, der fortschreitende Bettenabbau und die Einführung der diagnosebezogenen Vergütung (18).

Tab.1 Vergleich der Akutbetten, Verweildauern, Krankenhausfälle und Ärzte je 1000 Einwohner in Deutschland im Vergleich zu den USA, Australien und Schweden (1, 18, 23).

	USA 2001	Australien 2000	Schweden 2000	Deutschland 2001
Akutbetten je 1000 Einwohner	2,9	3,8	3,2	6,3
Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	5,8	6,1	5	9,3
Krankenhausfälle je 100000 Einwohner	11238	15771	16255	19730
Ärzte je 1000 Einwohner	2,7	2,5	3	3,3

Medizinprodukte und Pharmazeutika

Die Entwicklung der Märkte für Medizinprodukte und Pharmazeutika stellt einen wesentlichen Kostentreiber des Gesundheitswesens dar. In zahlreichen Sparten wurden in den letzten Jahren neue Innovationen eingeführt, die jedoch insbesondere im Bereich der apparativen Diagnostik bestehende Verfahren eher ergänzt als ersetzt haben (34). Dabei spielt auch die Größe und das Wachstum des Marktes eine Rolle (9): Im europäischen Raum stellt Deutschland den größten, weltweit den drittgrößten Markt für apparative Diagnostik und Pharmazeutika dar. Der geschätzte Umsatz wird mit etwa 12 Milliarden US-Dollar angegeben, welcher nur von den USA (66 Mrd. US-Dollar) und Japan (21 Mrd. US-Dollar) übertroffen wird (9). Die Wachstumsraten für diese Märkte liegen in Deutschland mit etwa 5% knapp hinter den USA (9). Steigende Zahlen sind auch bei den aufgestellten CT und MRT Geräten pro 1 Mio. Einwohner zu finden, die in Deutschland derzeit 25% bzw. 50% über dem OECD Mittelwert liegen (23). Diese Faktoren sind trotz regulativer Eingriffe der Regierung maßgeblich für steigende Kosten im Gesundheitssystem verantwortlich (38). Dabei spielen jedoch die

Institut

¹ Klinik für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie der Universität Kiel

² Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 5: Management im Gesundheitswesen, Universität Bielefeld

³ HSH Nordbank Corporate Finance GmbH, Hamburg

⁴ Klinik für Radiologische Diagnostik der Universität Kiel

Korrespondenz

Dr. Christian Schmidt, MPH · Klinik für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie
 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein · Arnold-Heller-Straße 7 · 24105 Kiel · Tel.: 0431/5974581 ·
 Fax: 0431/8058495 · E-Mail: cewschmidt@yahoo.de

eingereicht: 19.9.2003 · akzeptiert: 18.3.2004

Bibliografie

DOI: 10.1055/s-2004-824873

Dtsch Med Wochenschr 2004; 129: 1209–1214 · © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0012-0472

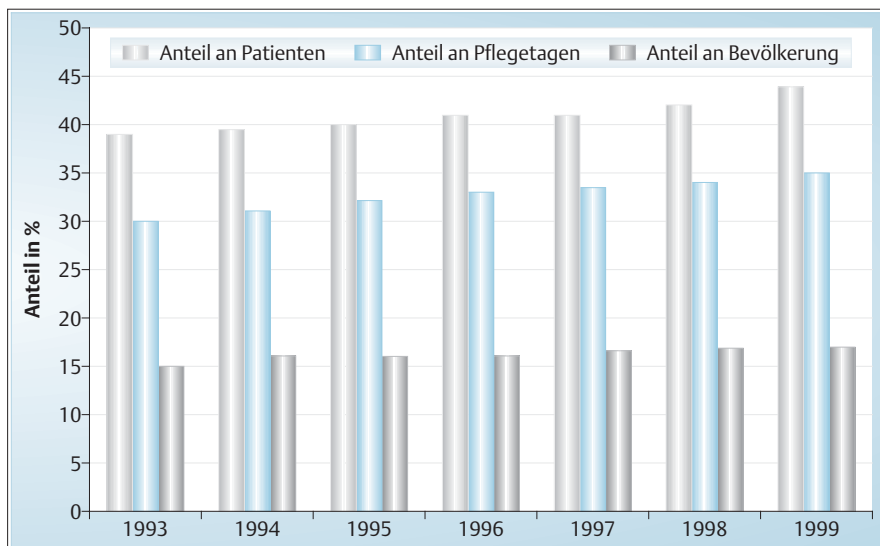


Abb.1 Anteil der über 65-jährigen an den Pflegetagen, bezogen auf die Bevölkerung in Deutschland (23).

Preise pro Untersuchungs- oder Therapieeinheit nur eine untergeordnete Rolle. Wesentlich problematischer ist die erhöhte Nachfrage, das fehlende Kostenbewusstsein bei Ärzten und Patienten sowie die fehlende Kostentransparenz für Medikamente und apparative Untersuchungen zu sehen (33). Krankenhäuser stehen hier vor dem Problem, trotz beschränkter Budgets und zunehmendem Wettbewerb, Investitionen in aktuelle Technik zu tätigen und sowohl die steigende Nachfrage zu bedienen als auch optimalen Untersuchungs- und Behandlungskomfort anzubieten (30,33,34).

Demographische Entwicklung der Bevölkerung

Die Anzahl älterer Menschen in Deutschland steigt stetig. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt zur Zeit bei etwa 77 Jahren. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes wird sich die Zahl der über 60-Jährigen von derzeit etwa 22% auf bis zu 35% im Jahre 2030 noch erhöhen. Dabei lag die mittlere Krankenhausverweildauer dieser Altersgruppe in 1998 mit 13,1 Tagen um fast 60% über der der 18–45-Jährigen (30,31). Bezogen auf die Alterstruktur der Patienten im Krankenhaus, stellen Patienten mit 60 Jahren und älter einen Anteil von über 40% dar (Abb.1). Als Folge ist mit einem zunehmenden Bedarf an medizinischer Versorgung zu rechnen, dem jedoch zum jetzigen Zeitpunkt sehr begrenzte Ressourcen gegenüberstehen. Daher muss es zwangsläufig zu einer verstärkten Auslagerung von medizinischen Leistungen in den ambulanten Sektor kommen (2–4,15). Beispiele aus den USA und Canada zeigen, dass dieses für eine Vielzahl bisher stationär erbrachter Leistungen, wie z.B. Varizen- und Hernienoperationen ohne Einschränkungen der Behandlungsqualität möglich ist (13,15,32,37).

Fortschreitender Bettenabbau

Seit 1990 ist eine Verringerung der Anzahl von Krankenhausbetten um fast 17% (–112914) zu verzeichnen, wobei sich im selben Zeitraum die Anzahl der Krankenhäuser jedoch nur um 7% (–172) verringert hat (1,34). Parallel zu dieser Entwicklung erhöhte sich die Anzahl der stationären Behandlungsfälle um über 2,6 Millionen Behandlungen (19%) auf 16,5 Millionen Fälle pro Jahr, wobei sich die durchschnittliche stationäre Verweildauer in den letzten 10 Jahren um fast ein Drittel von 14,6 auf 9,6 Tage verkürzt hat (Abb.2, Tab.2). Dieser Trend ist in fast allen OECD Ländern nachzuweisen und im Wesentlichen auf die Einführung von Fallbezogenen Vergütungssystemen zurückzuführen. Deutschland weist hier im europaweiten

Vergleich die längsten Liegezeiten auf (23). Interessanterweise scheinen kürzere Liegezeiten jedoch im stationären Bereich pro Tag service- und kostenintensiver zu sein (18,23). Ferner setzen sie zudem adäquate Ressourcen in der ambulanten post-akut Behandlung voraus (18,23). Für den Krankenhaussektor ergibt sich daher die Notwendigkeit, mit weniger Betten mehr Patienten in einem kürzeren Zeitraum zu behandeln, was ohne Investitionen in Infrastruktur und Organisation nur schwer umzusetzen ist.

Einführung der Diagnosebezogenen Vergütung

Die Einführung der DRGs wird voraussichtlich den stärksten Einfluss auf den Branchenwandel im Krankenhausmarkt haben. Um unter diesen Bedingungen wettbewerbsfähig zu bleiben, sind mehrere Voraussetzungen notwendig. Zum einen sind effektive Strukturen zur Kostenkontrolle sowie ein Preisbewusstsein für Medizinprodukte bei Ärzten und Pflegekräften unerlässlich, um einen effizienten Einsatz der Ressourcen zu gewährleisten (5). Dieses kann jedoch nur im Rahmen leistungsfähiger EDV-Strukturen, z.B. in Form eines prozessnahen Controllings stattfinden (16). Letzteres bietet die Möglichkeit zu analysieren, mit welchen Fällen bzw. mit welchem „Case mix“ profitabel gewirtschaftet werden kann. Dieses beinhaltet die Straffung des Leistungsangebotes, insbesondere in kleineren Krankenhäusern, sowie die Spezialisierung auf bestimmte Leistungen, damit die im Rahmen der DRGs verbindlichen Mindestmengen für einzelne Fallgruppen erbracht werden können (14). Für die langfristige Wettbewerbsfähigkeit ist daher neben dem aktiven Management des Patientenportfolios auch die strategische Positionierung des Leistungsangebotes einer Klinik erforderlich (14). Diese neuen Rahmenbedingungen stellen jedoch hohe Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter. Als Folge wird sich daher der Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander nicht nur auf Patienten, sondern auch auf Mitarbeiter mit Schlüsselqualifikationen konzentrieren (31). Die Effekte der DRG-Einführung auf den Markt sind in (Abb.3) zusammengefasst.

kurzgefasst: Als Ursache der Veränderungen im Krankenhausmarkt sind eine zunehmende Technisierung, ein steigender Medikamenteneinsatz, ein größer werdender Anteil alter Menschen, ein fortschreitender Bettenabbau und die Einführung der Vergütung mit DRG zu nennen.

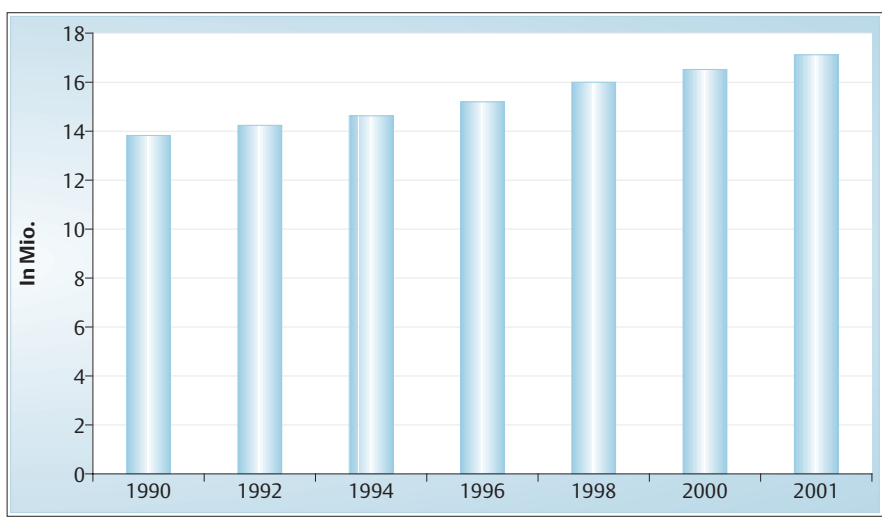


Abb. 2 Krankenhausbehandlungen in Millionen Patienten in Deutschland. Entwicklung in den Jahren 1990 bis 2001 (18).

Tab. 2 Entwicklung der Liegezeiten, Krankenhausfälle, Krankenhausbetten, Anzahl von Krankenhäusern in Deutschland und Marktvolumen in den Jahren 1991 und 2001 (18, 23).

	1991	2001	Veränderung total	Veränderung in %
Anzahl Krankenhäuser	2411	2239	-172	-7%
Krankenhausbetten insgesamt	665 565	552 651	-112 914	-16,9%
Krankenhausfälle pro Jahr	13 924 907	16 486 672	2 561 768	+19,1%
Liegetage im Krankenhaus	14,6	9,8	-4,8	-32,9%
Volumen des Marktes	43 Mrd. Euro	61 Mrd. Euro	18 Mrd. Euro	+41,9%

Wirkungen des Branchenwandels

Die zu erwartenden Wirkungen des Branchenwandels betreffen die Ablösung fragmentierter Versorgungsformen durch integrierte Angebote, die Zunahme der Transparenz des Leistungsgeschehens, die Verschärfung des Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander und des Finanzierungsbedarfs sowie die Erhöhung des Anteils von Akutkrankenhäusern in privater Trägerschaft.

Ablösung fragmentierter Versorgungsformen durch integrierte Angebote

Bisher bestehen bei den Segmenten des Krankenhausmarktes, beispielsweise Akutkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen noch erhebliche strukturelle und organisatorische Unterschiede. Da Krankenkassen jedoch zunehmend an Verträgen mit Komplettanbietern, die alle Bereiche integrieren, interessiert sind, ist mit einem Zusammenwachsen dieser Teilmärkte zu rechnen (11, 31, 36, 37). Für private Klinikketten bestehen hier weitere Vorteile, da eine Vernetzung der drei Sektoren nicht nur über Zukäufe und Akquisitionen dargestellt werden kann, sondern bereits bestehende interne Organisationsstrukturen und die vorhandenen finanziellen Ressourcen die Integration begünstigen (31). Für öffentliche Krankenhäuser sind integrierte Versorgungsangebote nur

im Verbund mit anderen Krankenhäusern bzw. Rehabilitationseinrichtungen möglich (7).

Zunahme der Transparenz des Leistungsgeschehens

Sowohl durch die Abrechnung nach DRGs als auch durch die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement werden in größerem Maße Standards auf die Prozesse der Krankenversorgung übertragen (so genannte „Clinical Pathways“) (5, 27, 37). Pauschale Vergütungsformen bedeuten durch die exaktere Dokumentation (z.B. bei Komplikationen) eine Zunahme der Transparenz des Leistungsgeschehens (21, 24). Dieses wird durch die Etablierung von Disease Management Programmen (DMP) hinsichtlich standardisierter Behandlungsabläufe noch erhöht (13, 36). Darüber hinaus ist zu erwarten, dass Case- und Disease-Manager der Krankenkassen in Zukunft die Einhaltung der vorgegebenen Standards vor Ort überprüfen und bei Nichteinhaltung ggf. sanktionieren werden (12). Solche Beispiele sind aus den USA bekannt (13, 17). Folglich ist die Zunahme der Transparenz des Leistungsgeschehens eine Konsequenz der veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen bzw. Krankenhausmarkt (37).

Verschärfung des Wettbewerbs und Finanzierungsbedarf

Infolge des sich verstärkenden Wettbewerbs wird sich bei Krankenhäusern ein enormer Bedarf an finanziellen Mitteln für infrastrukturelle und personelle Investitionen ergeben, der auf etwa 50 Milliarden Euro in den nächsten 20 Jahren geschätzt wird (19, 31, 34, 36, 37). Ferner wird durch die wachsende Nachfrage nach medizinischer Versorgung eine Veränderung der Behandlungsmodalitäten notwendig sein, die jedoch durch die pauschale Vergütung von Krankenhausleistungen möglichst kostenneutral erbracht werden soll (17, 29). Ob dies vor dem Hintergrund eines fortschreitenden Ärztemangels und vielerorts desolater Infrastruktur ohne Einschränkungen der Versorgungsqualität und Zufriedenheit der Patienten einhergehen kann, ist jedoch fraglich (32). Lösungsansätze ergeben sich hier durch Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung, die ambulante Behandlungen im Krankenhaus durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten ermöglichen (3, 4, 28). Auf diese Weise könnte zumindest ein Teil der personellen Engpässe aufgefangen werden.

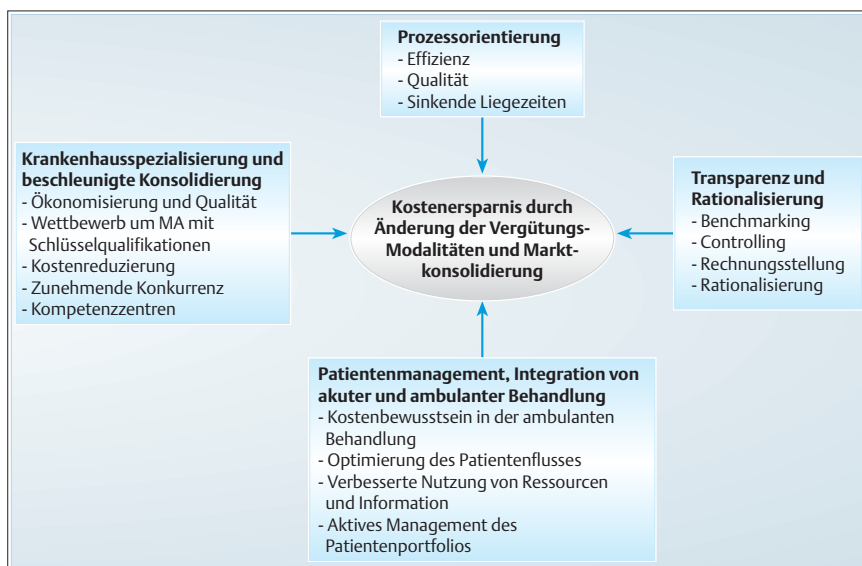


Abb.3 Einfluss des Vergütungssystems mit DRG auf den Krankenhausmarkt (MA = Mitarbeiter) (13, 30).

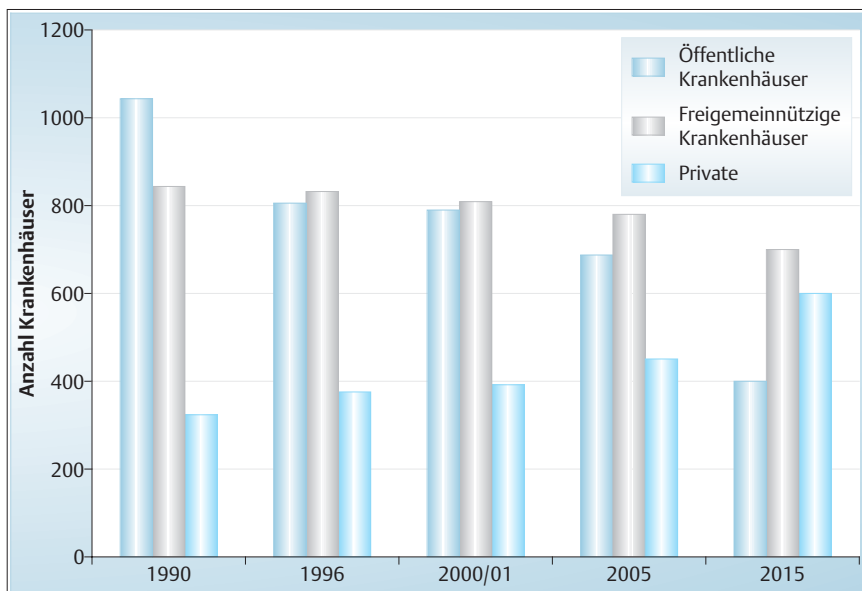


Abb.4 Änderung der Trägerschaften von Krankenhäusern in Deutschland in den letzten Jahren und prognostizierte Entwicklung bis 2015 (30, 31).

Erhöhung des Anteils von Akutkrankenhäusern in privater Trägerschaft

Ferner ist eine weitere Zunahme von Privatisierungen öffentlich getragener Krankenhäuser zu erwarten (30,31,36). Während sich die Anzahl der Krankenhäuser in privater Trägerschaft zwischen 1991 und 2001 von 4% auf 7% nur knapp verdoppelte, ist zukünftig mit einer wesentlich größeren Privatisierungswelle zu rechnen (31,36). Haupttreiber dieser Entwicklung wird der immer stärker wachsende Kosten- und Investitionsdruck sein, der infolge der aktuellen Haushaltslage auf den öffentlichen Trägern lastet. So wird erwartet, dass sich der Anteil an privaten Akutkliniken in den nächsten 10 Jahren auf bis zu 40% erhöht. (Abb.4) (19,20,30,31,36).

kurzgefasst: Die Auswirkungen des Branchenwandels werden sich in einer zunehmenden Anzahl integrierter Versorgungsangebote, einer verbesserten Transparenz der stationären Behandlung bei erhöhtem Finanzbedarf und verschärftem Wettbewerb zwischen Krankenhäusern sowie einem größer werdenden Anteil von Akutkrankenhäusern in privater Trägerschaft ablesen lassen.

Strategien für Akutkrankenhäuser

Angesichts der angedeuteten Ursachen und Wirkungen des Branchenwandels erscheinen aus Sicht der Akutkrankenhäuser drei Strategien denkbar. Sie können sich einem Rechtsformwandel unterziehen, eine monistische Krankenhausfinanzierung anstreben oder den Anschluss an einen privaten Investor im Gesundheitswesen suchen.

Rechtsformwandel

Der Wandel der Rechtsform hin zur Kapitalgesellschaft stellt eine Möglichkeit kommunaler Krankenhäuser dar, den steigenden Finanzbedarf zu bedienen. Durch die Aufnahme von Gesellschaftern als auch die Ausgründung von Teilbereichen, wie zum Beispiel Küche oder Wäscherei, können Mittel zugeführt bzw. durch Einsparungen freigesetzt werden. Ferner besteht die Möglichkeit, Unternehmensanteile oder das ganze Unternehmen an einen privaten Dritten zu veräußern. Schließlich könnten auch reguläre Kredite aufgenommen werden, was bei Regiebetrieben nicht ohne weiteres möglich ist (22). Als Krankenhaus-GmbH oder AG stellt das Un-

ternehmen eine eigenständige Rechtspersönlichkeit dar, die sowohl juristisch als auch organisatorisch von der Kommune abgekoppelt ist. (22). Der Rechtsformwechsel als solcher garantiert jedoch noch keine wirtschaftliche Betriebsführung, er schafft lediglich Strukturen für effizienteres Handeln (22,26). Generelle Probleme können sich durch den mit dem Rechtsformwandel verbundenen Wegfall des BAT, der Altvorsorge und des Kündigungsschutzes ergeben. Zahlreiche Beispiele haben jedoch gezeigt, dass z.B. durch Verzicht auf betriebsbedingte Kündigungen, Beteiligung der Arbeitnehmerschaft am Aufsichtsrat und Personalüberleitungsverträge diese Hindernisse zu überwinden sind (7). Der Rechtsformwandel zur (g)GmbH oder (g)AG bietet darüber hinaus die Möglichkeit, ein Krankenhaus auf die kommenden Änderungen vorzubereiten, ohne z.B. auf karitative Grundwerte verzichten zu müssen (22).

Monistische Krankenhausfinanzierung

Eine Verbesserung der Wettbewerbssituation für öffentliche Krankenhäuser kann durch eine Umstellung der Krankenhausfinanzierung von der bisherigen dualen Vorgehensweise (Betriebskosten werden von Krankenkassen und Investitionen von Ländern getragen) hin zu einer monistischen Vorgehensweise (Finanzierung von Betriebs- und Investitionsausgaben aus einer Hand) erreicht werden. Die Entscheidungen der Länder über Investitionen haben nicht nur zu Überkapazitäten geführt, sondern auch dazu, dass die Folgekosten von Krankenkassen übernommen wurden, die bei den überwiegend politisch bestimmten Investitionsentscheidungen nicht beteiligt waren. Dagegen sind zahlreiche, aus Krankenkassensicht finanziell sinnvolle Investitionen unterblieben, weil Länder und Kommunen ihre Kalkulationen auf politischer Basis tätigen (10). Durch diese zweigeteilte Finanzierung stehen Krankenhausbetreiber vor der Situation, Investitions- und Betriebskosten nicht allein unter wirtschaftlichen Aspekten abwägen zu können (10). Dieses Thema wird bereits seit Jahren diskutiert, ohne dass man sich einer spürbaren Lösung genähert hätte (20). Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist eine stärkere Einbindung der Krankenkassen in die Planungs- und Investitionsprozesse wünschenswert, um eine bedarfsgerechtere Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Erfolgreiche Anwendungen sind in Holland und im Bereich der Rehabilitationskliniken in Deutschland zu finden (10).

Private Investoren im Gesundheitswesen

Von fehlenden Investitionen im Gegenwert von 25–50 Milliarden Euro im deutschen Gesundheitswesen sind derzeit insbesondere Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft betroffen. Ihnen fehlen die Möglichkeiten, z.B. durch Zentralisierung wichtiger Kernbereiche (z.B. Management, Controlling, Qualitätssicherung, Öffentlichkeitsarbeit, Einkauf) Einsparungen erzielen zu können und so eine wettbewerbsfähige Infrastruktur vorzuhalten. Vor diesem Hintergrund gewinnen Finanzinvestoren, strategische Investoren und private Krankenhausbetreiber bzw. Klinikketten zunehmend an Bedeutung (7,30,31,35).

Finanzinvestoren zeichnen sich durch rein gewinnorientierte Engagements aus. Im Gegensatz zu industriellen, strategischen Investoren, wie z.B. der Fresenius AG mit ihrer Tochter Fresenius Pro Serve, welche die Wittgensteiner Kliniken AG gekauft haben (25), sind Finanzinvestoren nicht an der Technologie bzw. dem Kundenzugang interessiert, sondern nur an einer möglichst hohen Rendi-

te (7,31). Darin unterscheiden sie sich auch von Krankenhausbetreibern, die durch stetige Expansion eine strategische Position am Krankenhausmarkt erreichen wollen, um auf diese Weise Wettbewerbsvorteile zu erlangen. Ein weiteres Merkmal von Finanzinvestoren ist, dass ihr finanzielles Engagement zeitlich limitiert ist (7).

Private Krankenhausbetreiber im In- und Ausland haben die Möglichkeit zur Beschaffung von Finanzmitteln über den Kapitalmarkt. Sie unterliegen auch nicht dem öffentlichen Dienst-, Bau- und Einkaufsrecht und können durch diese Vorteile eine wettbewerbsfähige Infrastruktur vorhalten (7,31). Öffentlich getragene Krankenhäuser haben diese Möglichkeiten häufig nicht. Daher führen private Klinikketten heute schon etwa die Hälfte aller Instandhaltungen im Klinikbereich durch – obwohl sie nur etwa 10% der Klinikbetten in Deutschland betreiben (19,20). Die Unternehmensstrategie aller deutschen und ausländischen Klinikketten ist expansiv ausgerichtet, wobei überwiegend Häuser in öffentlicher Trägerschaft aufgekauft werden, da diese das größte Optimierungspotenzial aufweisen (7,31). Für die Auswahl eines Kaufobjekts spielen dabei Faktoren wie starke gewerkschaftliche Organisation des Krankenhauses, Ausmaß der Einbindung in die Lokalpolitik, Optimierungspotenzial und regionale Lage eine Rolle (7,35).

Alternativen

Insbesondere im Bereich der freigemeinnützigen Krankenhäuser sind Alternativen zu Privatisierung und Verkauf anzutreffen (7). Im Rahmen von Verbundbildungen und Fusionen können ebenfalls Synergieeffekte durch Zentralisierung von Einkauf, Management sowie Versorgung ausgeschöpft werden und durch die im Verbund entstehende Größe eine regionale Marktführerpositionen ausgebaut werden. Einige dieser Unternehmen erreichen dabei Effizienzniveaus privater Trägerschaften (7). Darüber hinaus sind Verbundbildungen und Fusionen politisch häufig einfacher durchzusetzen, da die kommunale Einflussnahme als Anteileneigner gewährleistet werden kann. Als nachteilig haben sich jedoch die teilweise komplexen Managementstrukturen und die Zusammenführung unterschiedlicher Krankenversorgungskulturen erwiesen (7). Als weitere Alternative sind schließlich auch Verbesserungen der finanziellen Situation bzw. Organisation im Rahmen von Minderheitsveräußerungen und Managementverträgen mit privaten Betreibern zu erwähnen (7,35).

kurzgefasst: Lösungsstrategien zur Begegnung des Branchenwandels bestehen für Akutkrankenhäuser in einer Änderung der Rechtsform zur Kapitalgesellschaft, in der Änderung der Krankenhausfinanzierung zu einem monistischen System und im Anschluss an einen privaten Investor. Als Alternativen kommen auch Verbundstrategien und Fusionen in Frage.

Fazit

Die dargestellten Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen stellen insbesondere die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft vor große Herausforderungen. Der zunehmende Wettbewerb der Krankenhäuser, kombiniert mit stetig wachsendem Kosten- und Investitionsdruck, wird gerade diese Einrichtungen betreffen, da hier der Unterschied zwischen

dem Investitionsbedarf und den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen am größten ist. Insofern werden öffentliche Krankenhäuser sowohl vom zunehmenden Bettenabbau als auch von Übernahmen durch private bzw. strategische Investoren überproportional stark betroffen sein, wenn keine alternativen Lösungsstrategien im Rahmen von Verbundbildungen und Fusionen ergriffen werden. Aufgrund der zu erwartenden Privatisierungen darf davon ausgegangen werden, dass der Anteil von Krankenhausbetten in privater Trägerschaft von heute etwa 7% auf rund 40–45% im Jahre 2015 wächst (30, 31, 34, 36). Vor diesem Hintergrund erscheint es nur logisch, wenn die von privaten Krankenhausbetreibern in der Vergangenheit gezahlten Kaufpreise für Krankenhäuser derzeit spürbar nachgeben. Die Träger öffentlicher Krankenhäuser sind daher gut beraten, die Zeichen der Zeit wahrzunehmen und die von ihnen betriebenen Einrichtungen auf die neuen Anforderungen einzustellen.

Autorenerklärung: Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer Firma haben, deren Produkt in diesem Artikel eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

Literatur

- 1 Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H. Krankenhausreport 2002. Stuttgart: Schattauer, 2003
- 2 Bauer M, Bach A. Gesetzliche Regelungen zur Krankenhausfinanzierung. *Anaesthesist* 1999; 48: 4174–4227
- 3 Baur A, Dethlefs G, van Husem G, Merbecks M. Integrierte Versorgung in Deutschland: potemkinsches Dorf oder die Zukunft des Gesundheitswesens? Berlin, Heidelberg, New York: Springer, In: Salfeld R, Wettke J (Hrsg.). Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens. Perspektiven und Konzepte. 2001: 7–19
- 4 Bundesministerium für Gesundheit. Angemessenheit medizinischer Leistungen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden: Nomos, 2000
- 5 Dick B, Zielke A. An integrated concept of management for service-oriented hospitals – the „Balanced Scorecard“. *Dtsch Med Wochenschr* 2002; 127: 1656–1659
- 6 El-Din I, Kempf T, Winkler M, Seelbach H. Einführung der DRGs in Deutschland – Vorbereitungserfahrungen aus der Praxis. *Gesundh ökon Qual manag* 2002; 7: 106–113
- 7 Fischer F. Die Auswirkungen von Venture Capital auf das Gesundheitswesen in Deutschland. Dissertation im Fachbereich Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld, 2003
- 8 Gress S, Groenewegen P, Kerssens J, Braun B, Wasem J. Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands. *Health Policy* 2002; 60: 235–254
- 9 Göldner F, Hehner S, König M, Salfeld R, Wenzel G. Der Markt für Medizinprodukte: Im Spannungsfeld zwischen Innovation und Regulierung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, In: Salfeld R, Wettke J (Hrsg.). Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens. Perspektiven und Konzepte. 2001: 273–284
- 10 Henke KD, Hansmeyer KH. Zur zukünftigen Finanzierung von Krankenhausinvestitionen. *Staatswissenschaften und Staatspraxis* 1997; 8: 345–354
- 11 Kastenholz H, Both B. Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2002; 45: 215–222
- 12 König B. Die Entwicklung von Führungskräften in den gesetzlichen Krankenkassen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, In: Salfeld R, Wettke J (Hrsg.). Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens. Perspektiven und Konzepte. 2001: 165–174
- 13 Kongstvedt PR. *Essentials of Managed Care 2nd Edition* (Hrsg). Gaiherburg, Maryland: Aspen Publication, 1997
- 14 Lüngen M, Lauterbach KW. Führen DRG zur Spezialisierung von Krankenhäusern? *Gesundh ökon Qual manag* 2002; 7: 93–95
- 15 MacAdam M. Home care: it's time for a Canadian model. *Healthc Pap* 2000; 1: 9–36
- 16 Mansky Th, Repschläger U. Gemeinsamer Vorschlag für deutsche Abrechnungsregeln. Kasse und Klinikbetreiber entwickeln gemeinsam Berechnungs- und Abrechnungsregeln für ein deutsches Fallpauschalensystem. *Führen und Wirtschaften* 2002; 19: 226–236
- 17 Maydell B. Intensivierung von Wettbewerb durch HMOs – Sozialrechtliche Möglichkeiten und Grenzen im Rahmen der ambulanten Versorgung. Gerlingen: Bleicher, In: Hauser H, Schulenburg J (Hrsg.). *Health Maintainance Organisations. Eine Reformkonzeption für die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland*. 1988: 249–271
- 18 McKee M, Healy J. *Hospitals in a changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 2002
- 19 Meder G. Nur wer den Sieg im Wettbewerb nicht scheut, wird ihn erreichen. Warum der Investitionsdruck zu neuen Wegen in der Krankenhausfinanzierung zwingt. *Führen und Wirtschaften* 2002; 2: 182–185
- 20 Mörsch M. Die ökonomischen Funktionen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen: Anspruch, Realität und wirtschaftspolitischer Handlungsbedarf. *Gesundh ökon Qual manag* 2002; 7: 155–160
- 21 Möller J. Methoden zur Bewertung der Qualität im Gesundheitswesen. Ein Überblick. *Gesund Ökon Qual Manag* 2001; 6: 26–33
- 22 Müller L, Borchert W. Die formale Privatisierung kommunaler Krankenhäuser allein ist kein Garant für den wirtschaftlichen Erfolg. *Führen und Wirtschaften* 2002; 4: 362–365
- 23 OECD. *OECD Health Data 2003: a comparative analysis of 30 countries*. Paris: OECD Publication service, 2003
- 24 Pietsch-Breitfeld B. Qualitätsmanagement in Gesundheitsorganisationen: Konzepte, Evaluation und Konzept der Evaluation. St Augustin: Asgard, 1999: 93–103
- 25 Preusker UK. Auf die Vision kommt es an. Ziele und Strategien der Fresenius AG. *Klinik Markt* 2002; 5: 38–41
- 26 Rocke B. Zur Theorie und Praxis der Kooperationen und Fusionen im Krankenhausbereich. *Das Krankenhaus* 2002; 7: 531–535
- 27 Rychlik R. *Gesundheitsökonomie und Krankenhausmanagement. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1999: 22–23
- 28 Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR/KaIG). *Gutachten 2000/2001, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung*, Berlin, <http://www.svr-gesundheit.de> (letzter Zugriff am 12.9.2003). 2001
- 29 Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR/KaIG). *Gutachten 2003, Band II, Kapitel 6.5. Qualität und Versorgungsstrukturen*, Berlin, <http://www.svr-gesundheit.de> (letzter Zugriff am 12.9.2003). 2003
- 30 Sandfort R. Akut Krankenhausmarkt in Deutschland. DRGs beschleunigen Marktumbruch. Studie von Sal Oppenheim Research GmbH, unter: <http://www.oppenheim.de/channel/presse/pressemitteilungen/011001.htm>. (letzter Zugriff am 12.9.2003). 2001
- 31 Schmidt C, Möller J, Gabbert T, Engeler F. Investoren im Krankenhausmarkt. *Dtsch Med Wochenschr* 2003; 128: 1551–1556
- 32 Schmidt C, Möller J, Reibe F, Güntert B, Kremer B. Patientenzufriedenheit in der stationären Versorgung. *Stellenwert, Methoden und Besonderheiten*. *Dtsch Med Wochenschr* 2003; 128: 619–624
- 33 Schmidt C, Mohr A, Möller J, Levin-Scherz J, Heller M. Radiologie unter Managed-Care-Bedingungen: Einsparpotenziale aus Sicht einer Krankenversicherung in den USA. *Röfo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr* 2003; 175: 1198–206
- 34 Schmidt C, Gabbert T, Engeler F, Möller J. Krankenhausmarkt im Umbruch – Welche Kliniken profitieren von der aktuellen Situation? *Gesundh ökon Qual manag* 2003; 8: 294–299
- 35 Silvers JB. The role of the capital markets in restructuring health care. *J Health Polit Policy Law* 2001; 26: 1019–1030
- 36 Strehl R. Privatisierungswelle im deutschen Krankenhauswesen? Stuttgart: Schattauer, In Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H. (Hrsg.) *Krankenhausreport 2002*. 2003
- 37 Schrappe M. The hospital perspective: disease management and integrated health care. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2003; 97: 195–200
- 38 Ullrich V. Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben: Was sind die treibenden Faktoren? *Gesundh ökon Qual manag* 2002; 5: 163–172