KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Kapitel I.11

Privatisierung von Krankenhäusern: Raus aus der »uniformen Zementwüste des Kollektivismus«!

Am 18. Oktober 1984 stand im Bundestag das Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung auf der Tagesordnung. Der »Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung«, Norbert Blüm, beschrieb die neoliberale Wende der CDU/FDP-Regierung für den Krankenhaussektor: *»Wer für Entstaatlichung der Daseinsvorsorge ist, der kann bei der Krankenhausreform seinen Mut beweisen.«*

Das tat er. Paragraf 1 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes formulierte das Leitbild des »eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhauses«. §1 Abs. 2 ebnete den Weg für private Träger, die bis dahin ein Mauerblümchendasein fristeten: »Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Trägervielfalt zu beachten. Dabei ist (…) insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten.«

Zur Begründung schlug der Minister kräftig auf die Pauke: *»Gegliedertes Sozialsystem, Selbstverwaltung, Pluralität – das ist der Garten, das ist das Feld, auf dem wir leben wollen, nicht aber in einer uniformen Zementwüste des Kollektivismus.«*

Ein Krankenhauswesen mit Selbstkostendeckung und ohne private Betreiber: Zementwüste des Kollektivismus! Denn der Mensch hat nun mal den nicht zu unterdrückenden natürlichen Drang, Gewinn zu erzielen: *»Wer keinen Gewinn machen darf, wer nicht zurücklegen kann, hat auch keinen Ansporn zum Sparen. (…) Das ist die eine Seite der Medaille: Man beraubt die Krankenhäuser des Spaßes, für sich selber durch Sparsamkeit zu sorgen. Die andere Seite der Medaille ist: Der erzwungene Verzicht auf Gewinn und Verlust wird durch ein bequemes Selbstkostendeckungsprinzip (…) schmackhaft gemacht.«*[38]

38 Alle Zitate aus: Plenarprotokoll 10/91 des Deutschen Bundestags, 18.10.1984, S. 6734, 6735

§17 KHG ließ jetzt »prospektive Budgets« zu. Durch Unterschreitung der »prospektiven« Kosten konnten Krankenhäuser ab dem Jahr 1985 Gewinne erzielen. (Kapitel I.1)

Welche Bilanz ziehen wir nach 35 Jahren des Entkommens aus der »Zementwüste des Kollektivismus« und »des Spaßes, für sich selber durch Sparsamkeit zu sorgen«? Es ist offensichtlich, dass die Ermöglichung von Gewinnen und nicht die Sorge um die Gesundheit der Menschen der entscheidende Faktor für das Engagement der Privaten war. Schließlich lockte ein milliardenschwerer Markt.

▶ Die einzelnen Konzerne

▶ Helios

Die Möglichkeit, Gewinne zu erzielen, lockte private Betreiber ins neue Geschäftsfeld: 1984 gründeten Bernard große Broermann (so nennt er sich tatsächlich) und Lutz Helmig die Asklepios Kliniken. Lutz Helmig spaltete seine Anteile an Asklepios im Jahr 1994 ab und gründete die Helios Kliniken GmbH. Im Jahr 2005 verkaufte er seine Anteile für 1,58 Mrd. Euro an den Fresenius-Konzern, ein börsennotiertes Pharma- und Medizintechnikunternehmen, das seit 2001 auch in den Krankenhaus- und Rehamarkt expandiert.

Am 16. Juni 2014 kaufte Fresenius nach Freigabe durch das Bundeskartellamt 40 einzelne Kliniken und 13 Medizinische Versorgungszentren der Rhön Klinikum AG. Der Kaufpreis betrug etwa 3 Mrd. Euro. Fresenius Helios wurde damit zum größten privaten Krankenhausbetreiber in Europa. Die Rhön Klinikum AG bot ihren Aktionär*innen den Rückkauf von 66 Mio. Aktien (von 138 Mio.) zum »Angebotspreis« von 25,18 Euro pro Aktie an. Insgesamt wurden 1,63 Mrd. Euro an die Aktionär*innen ausgezahlt.

Im Jahr 2016 kaufte Fresenius Helios den spanischen Gesundheitskonzern Quirónsalud, den größten privaten Krankenhauskonzern in Europa außerhalb der BRD: 46 Krankenhäuser, 6.600 Betten, 56 ambulante Gesundheitszentren, 300 Einrichtungen für betriebliches Gesundheitsmanagement, 35.000 Beschäftigte. Kaufpreis: 5,8 Mrd. Euro. Dieses Geld floss an das Private-Equity-Unternehmen CVC Capital Partners und seine Geschäftsführer. Quirónsalud erwarb Ende 2016 50% einer Privatklinik in Peru (Clinica Ricardo Palma). 2018 übernahm Quirónsalud Clínica Medellín, zwei Krankenhäuser mit 185 Betten, »und erschließt damit den attraktiven privaten Krankenhausmarkt in Kolumbien« (Fresenius Presseerklä-

rung). Am 23. Dezember 2019 gab Fresenius die Übernahme des Centro Medico Imbanaco in Cali (Kolumbien) bekannt (350 Betten, 17 OP-Säle, 130 Millionen Euro Jahresumsatz). Bereits am 19. Februar 2020 berichtete der Konzern über den Kauf einer weiteren privaten Klinik für Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie (Clínica de la Mujer) in Bogotá mit jährlich etwa 3.000 Geburten. Das Krankenhaus verfügt über rund 80 Betten und fünf Operationssäle und erzielte im Jahr 2019 einen Umsatz von umgerechnet rund 20 Millionen Euro.

Der Kaufpreis für die Klinik in Cali beträgt etwa 300 Millionen Euro. Was die erste Akquisition in der kolumbianischen Hauptstadt Bogotá kostet, bleibt geheim: »Über die Konditionen der Übernahme wurde Stillschweigen vereinbart.«[39]

100.144 Helios-Beschäftigte in Deutschland und Spanien erarbeiteten im Jahr 2018 8,993 Mrd. Euro Umsatz und ein Jahresergebnis von 686 Mio. Euro.

▶ Asklepios

Im selben Jahr erzielte der zweitgrößte private deutsche Krankenhausbetreiber, die »Asklepios-Gruppe«, mit 35.327 Beschäftigten (VK) 567.271 »Bewertungsrelationen« (BWR), einen Umsatz von 3,41 Mrd. Euro und ein »Konzernjahresergebnis« von 171,1 Mio. Euro.

Am 1. Januar 2005 übernahm Asklepios 49,9% der Anteile am Landesbetrieb Krankenhäuser (LBK) der Freien und Hansestadt Hamburg, am 1. Januar 2007 weitere 25%. So gerieten sieben Akutkliniken und eine Rehaklinik mit mehr als 6.000 Betten und 14.500 Beschäftigten unter die Kontrolle des Konzerns, obwohl sich am 29. Februar 2004 etwa 600.000 Bürger*innen (= 76,8%) in einem Volksentscheid gegen den Verkauf ausgesprochen hatten. Der Erste Bürgermeister Ole von Beust erklärte, der Volksentscheid sei für ihn rechtlich nicht bindend, und ignorierte das Votum. Dies sei »eine Frage der politischen Verantwortung«. So profitierte Asklepios demokratiewidrig von der größten einzelnen Privatisierungsmaßnahme in der deutschen Krankenhausgeschichte.

Der Kampf zwischen Fresenius Helios und Asklepios um die Führungsrolle unter den Privaten ging in eine neue Runde, als Fresenius im Jahr 2012 bekannt gab, man wolle die Rhön Klinikum AG kaufen und mit Helios zum Unternehmen »Helios Rhön« zusammenführen. Dieses Vorhaben scheiterte, weil es den Konkurrenten Asklepios und B. Braun Melsungen gelang, eine Sperrminorität an Aktien zu erwer-

39 »Fresenius Helios baut Präsenz in Kolumbien aus – erstes Krankenhaus in Bogotá übernommen«, https://www.pressebox.de, 19.02.2020

ben. Fresenius konnte den Konzern also nicht als Ganzes kaufen, sondern musste, wie dargestellt, zahlreiche einzelne Kliniken und Medizinische Versorgungszentren erwerben.

Seitdem baut Asklepios seinen Anteil an der verbliebenen »neuen« Rhön Klinikum AG stetig aus, am 1. März 2017 auf 20,17% der Stimmrechte. Im Februar 2020 wurde bekannt, dass Asklepios, der Rhön-Gründer Eugen Münch und seine Ehefrau ihre Anteile, angeblich 49% der Rhön-Aktien, in einem Gemeinschaftsunternehmen bündeln wollen. Anschließend will Asklepios den übrigen Anteilseignern der Rhön Klinikum AG ein Übernahmeangebot unterbreiten.

Welche Auswirkungen diese Expansionsstrategie auf die Versorgungsqualität hat, wird am »Ballast« deutlich, den der Konzern gleichzeitig abwirft: Asklepios möchte die Kinderklinik der Maximalversorgung in St. Augustin bei Bonn loswerden, eine Klinik mit Kinderherzchirurgie und Kinderneurochirurgie, die dringend benötigt wird, aber offenbar nicht profitabel genug ist. Der Konzern bot sie dem Rhein-Sieg-Kreis, dem sie einmal gehörte, für 1 Euro zum Rückkauf an.

Seit 2011 gehören Asklepios auch 52,37% der MediClin Klinikgruppe.

▶ Sana

Der dritte große private Konzern, die Sana Kliniken AG, kaufte im Jahr 1984 erstmals ein kommunales Krankenhaus, das städtische Allgemeinkrankenhaus Hürth bei Köln. Der Preis für die Privatisierung öffentlichen Eigentums: 1 D-Mark. Was bewog die kommunalen Entscheider zu diesem »Deal«? Unfähigkeit, ideologische Verblendung, Korruption? Man weiß es nicht. Inzwischen haben sich die Preise fast verdoppelt: Im Jahr 2013 kaufte Sana ein Haus der Maximalversorgung, das Klinikum Offenbach, für 1 Euro. Unfähigkeit, ideologische Verblendung, Korruption?

Am 26. Mai 2018 schrieb die Online-Ausgabe der »Offenbach Post« (op-online): »*Der Erwerb des Offenbacher Klinikums zum Schnäppchenpreis von einem Euro im Jahr 2013 rechnet sich für den Sana-Konzern immer mehr. 2017 schreibt er zum dritten Mal in Folge schwarze Zahlen. (…) Der Abschied von den roten Zahlen gelang bereits 2015 mit einem Plus von 1,1 Millionen, 2016 waren es dann schon 2,8 Millionen, Ende vergangenen Jahres standen exakt 4,071 Millionen Euro unter dem Strich.*« Der Gewinn nach Steuern (EAT) wuchs 2018 auf 4,374 Mio. Euro (+ 303.000 Euro).

Insgesamt erwirtschafteten 29.234 Beschäftigte im Jahr 2018 2,703 Mrd. Euro Umsatz und einen Konzernjahresüberschuss von 99,6 Mio. Euro.

Die Sana Kliniken AG ist das Unternehmen der privaten Krankenversicherungen. Die Anteile hielten 2018 26 private Krankenversicherungen, darunter die Debeka mit 22,4%, Signal-Iduna mit 15% und die Allianz mit 14,4%. Die Gründung des Unternehmens wurde im Jahr 1972 auch damit begründet, dass man »der Idee des klassenlosen Krankenhauses« entgegentreten müsse. Ein solches klassenloses Krankenhaus wollte damals im Main-Kinzig-Kreis bei Gelnhausen der hessische SPD-Landrat Woythal erreichten lassen. Die Pläne waren weit fortgeschritten und das Projekt erregte größere Aufmerksamkeit unter fortschrittlichen Menschen im Gesundheitswesen. Die Konservativen entledigten sich des Problems mit einer Gebietsreform, so dass die SPD in diesem Landkreis nicht mehr gewählt wurde.[40]

▸ Rhön

Für die Rhön Klinikum AG war das Jahr 1984 ebenfalls der Startschuss zur Expansion. Bis dahin bestand das Unternehmen im Wesentlichen aus einer psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt an der Saale. 1984 wurde eine Herz- und Gefäßklinik eröffnet, in den folgenden Jahren eine neurologische Klinik und eine Klinik für Handchirurgie. 1990 übernahm die Rhön Klinikum AG die Zentralklinik Bad Berka, ein großes herzchirurgisches Zentrum in Thüringen.

Bis zum Jahr 2012 wuchs der Konzern auf mehr als 40 Krankenhäuser und zahlreiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an. Nach Übernahme fast aller Krankenhäuser und einiger Medizinischer Versorgungszentren der Rhön Klinikum AG durch Fresenius Helios im Jahr 2014 verteilte sich die »neue« Rhön Klinikum AG auf die fünf »Standorte« Zentralklinik Bad Berka, Campus Bad Neustadt, Klinikum Frankfurt (Oder), Uniklinikum Gießen und Marburg. Dort erarbeiteten 16.985 Beschäftigte im Jahr 2018 einen Umsatz von 1,23 Mrd. Euro und einen Konzerngewinn von 51,2 Mio. Euro.

Als erster privater Krankenhauskonzern erwarb die Rhön Klinikum AG im Jahr 2006 ein Universitätsklinikum, das Uniklinikum Gießen und Marburg (UKGM). Von Beginn an begleiteten Proteste der Beschäftigten, niedergelassener Ärzt*innen und kritische Berichte von Patient*innen die übliche Vorgehensweise des privaten Konzerns, durch Leistungssteigerung bei gleichzeitiger Einsparung von Personalkosten die Jahresergebnisse zu verbessern. Am 12. Januar 2016 berichtet die *Frankfurter Rundschau* über zehn Jahre »Geschichte der Abschreckung«:

40 Hans See, »Die Gesellschaft und ihre Kranken oder Brauchen wir das klassenlose Krankenhaus? Ein Beitrag zur politischen Soziologie der Medizin«, Frankfurt 1973

- »Die Personaldecke bleibt kurz, das bekommen die Patienten zu spüren.«
- »Fließbandmedizin ist angesagt, bloß keine komplizierten Fälle mit langen Liegezeiten.«
- »41 Mio. Euro zieht Rhön nach FR-Informationen jährlich aus dem laufenden Betrieb der Universitätsklinik Gießen-Marburg.«

Im Jahr 2007 zitierte die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme zur Privatisierung im Krankenhausbereich eine Prognose der »Dr. Wieselhuber & Partner Unternehmensberatung München« zur Hochschulmedizin 2015. Danach »könnten mehr als die Hälfte der Universitätskliniken bis ca. 2015 keine öffentlich-rechtlichen Betriebe mehr sein.

Die Umfrage geht davon aus, dass in ca. 20% aller Universitätsklinika die Krankenversorgung in vollständig privater Trägerschaft betrieben und in weiteren 30% über Public-Private-Partnerschaften organisiert wird.« Dass es nicht so kam, ist dem dramatischen Scheitern von Rhön in Gießen und Marburg und dem Widerstand in Belegschaft und Öffentlichkeit zu verdanken.

Dennoch präsentiert sich die Rhön Klinikum AG weiterhin als innovativer Konzern, der neue Entwicklungswege im Gesundheitswesen eröffnet. Unter der Überschrift »RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt setzt neue Maßstäbe« heißt es im Geschäftsbericht 2018, S. 26: *»Der Campus steht. Sein Wahrzeichen: die imposante Glaskuppel des Zentrums für ambulante Medizin (ZaM) aus 85 Tonnen Glas mit einem Durchmesser von 35 Metern. Damit ist sie nur unwesentlich kleiner als die Berliner Reichstagskuppel.«* Der Konzern war so bescheiden, Preußens Gloria nicht zu übertreffen.

▶ Paracelsus

Bereits im Jahr 1968 gründete Hartmut Krukemeyer den ersten privaten deutschen Krankenhauskonzern, die Paracelsus-Kliniken, und ging bei klammen Kommunen auf »Einkaufstour«. Sein Spitzname war deswegen »Der Mann mit dem Koffer«. Sein Geschäftsmodell in der Zeit vor 1984: die Verzahnung stationärer und ambulanter Versorgung durch »Praxiskliniken« für ambulantes Operieren.

Ab Dezember 2017 befand sich der Konzern in einem Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung. Es gab 400 Kündigungen, 200 in Karlsruhe, wo die Paracelsus Klinik geschlossen wurde. Die Beteiligungsgesellschaft Porterhouse Group AG aus der Schweiz hat den Konzern übernommen (jetzt noch 34 Kliniken an 18 Standorten mit 4.500 Beschäftigten). Der Umsatz beträgt ca. 400 Mio. Euro im Jahr. Im Januar

2019 vereinbarte ver.di einen neuen Entgelttarifvertrag (»4% mehr und Sonderurlaub für ver.di-Mitglieder«).

▶ Die Gesamtentwicklung

Während die Zahl der Krankenhäuser seit 1991 insgesamt stetig abnahm (von 2.411 im Jahr 1991 auf 1.942 im Jahr 2017), stieg die Zahl der privaten Einrichtungen im selben Zeitraum von 358 auf 720. Im Jahr 2017 waren mehr als ein Drittel der Krankenhäuser und fast ein Fünftel der Betten (93.189 von 497.192 Betten der Krankenhäuser insgesamt, 80.007 von 450.453 Betten der allgemeinen Krankenhäuser) privat. Seit 1991 hat sich der Anteil der privaten Krankenhäuser mehr als verdoppelt und der Bettenanteil der Privaten mehr als vervierfacht! → siehe Tab. 5

Tab. 5: **Privatisierung: Krankenhäuser und Betten nach Trägerschaft (%)**

Allg. KHs in %	1991	2001	2011	2017
öffentlich	46,0	36,2	30,5	29,4
fgn/Kirche	38,7	40,3	36,6	34,1
privat	15,2	23,5	32,9	36,5
Betten in %				
öffentlich	61,4	53,6	48,1	47,9
fgn/Kirche	34,6	38,4	35,4	34,4
privat	4,0	8,0	16,6	17,8

Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Aus Sicht der Privaten ist das zwar noch lange nicht das Ende der Fahnenstange, doch auch dieser Bettenanteil reicht schon, um hohe Gewinne zu erzielen:

Im Jahr 2016 betrug die »EBITDA-Marge«, der Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen, laut der Studie »Krankenhäuser in privater Trägerschaft 2018« des »RWI-Leibniz Instituts für Wirtschaftsforschung« bei den privaten Krankenhausträgern 14% der Gesamterlöse, bei den freigemeinnützigen 7% und bei den kommunalen 6,8%. Zieht man die Investitionsfördermittel der Bundesländer ab, wird der Unterschied noch größer: Die Gewinnmarge beträgt dann bei den Privaten 12,9%, bei den Freigemeinnützigen 4,8% und bei den Kommunalen 3,8%.

▶ Woraus resultieren die höheren Gewinne?

▶ Arbeitshetze und Lohndumping

Bei den Privaten ist nachweislich die Arbeitsbelastung höher und die Bezahlung ist im Durchschnitt schlechter als in den anderen Krankenhäusern → siehe Tab. 6 u. 7

Tab. 6: **Privatisierung und Personaleinsparungen – Belastungskennziffer (Patienten pro Beschäftigter), Allg. KHs nach Träger**

	2017	Diff. in %		2017	Diff. in %*
Personal gesamt			**Ärzte**		
öffentlich	20,0		öffentlich	107,9	
fgn/Kirche	25,8			142,3	
privat	26,4	32,1	privat	136,0	26,0
Pflege			**Med. techn. Dienst**		
öffentlich	60,1		öffentlich	105,8	
fgn/Kirche	66,5		fgn/Kirche	181.1	
privat	67,2	11,8	privat	189,8	79,3
Funktionsidienst			**Verwaltung**		
öffentlich	166,5		öffentlich	270,1	
fgn/Kirche	196,2		fgn/Kirche	361,4	
privat	178,5	7,2	privat	397.4	47,1

* = Mehrbelastung in % öffentlich/privat

Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

Beide Effekte summieren sich. Geht man vom Personalstand der Privaten aus, bringt allein das Lohndumping einen Kostenvorteil von 275 Mio. Euro. Berücksichtigt man zusätzlich den niedrigeren Personalbestand im Vergleich zu den Öffentlichen, so steigt der Kostenvorteil auf 1,04 Mrd. Euro. Der vielgerühmte Effizienzvorsprung der Privaten hat also triviale, mitarbeiter- und patientenfeindliche Gründe und zeugt nicht von einer Überlegenheit der »Privatwirtschaft«.

Tab. 7: **Privatisierung und Lohndumping – Kosten pro Beschäftigter nach Beschäftigtengruppe und Trägern 2017**

	öffentlich	fgn/Kirche	privat	Diff. in Euro
Personalkosten insg.	71.987	72.926	69.725	2.262
Ärztlicher Dienst	124.895	130.832	131.492	– 6,598
Pflegedienst	59.386	59.021	53.664	5.722
Medizinisch-technischer Dienst	59.663	57.178	52.974	6.688
Funktionsdienst	60.504	60.863	54.920	5.584
Klinsiches Hauspersonal	38.768	35.706	31.128	7.641
Wirtschafts- und Versorgungs-dienst	44.497	42.707	37.875	6.622
Technischer Dienst	60.460	60.722	53.104	7.355
Verwaltungsdienst	64.668	61.708	59.778	4.890

Quelle: Destatis, Grunddaten Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

7. Rosinenpickerei

Die Patient*innen der privaten Krankenhäuser sind anders zusammengesetzt als die der öffentlichen und der freigemeinnützigen (siehe Tabelle). Neben den unterschiedlich hohen Vergütungen und der Vermeidung von hochaufwändigen und kostenintensiven Akutfällen lassen sich durch eine Konzentration auf gut planbare elektive Eingriffe Kosten sparen. Zusätzlich sinkt der Vorhalteaufwand. Diese Vorgehensweise wird allgemein als Rosinenpickerei bezeichnet. Sie lässt sich bei den Privaten nachweisen:

→ siehe Tab. 8

Private behandelten also 2017 17% aller Patienten, aber

- 46,3% aller Varizen (Krampfadern-Erkrankungen),
- 25,9% aller Kniegelenksarthrosen,
- 24,9% aller Hüftarthrosen
- 25,1% aller Bandscheibenschäden und
- 24,8% aller Rückenschmerzen.

Tab. 8: Die 20 häufigsten Behandlungsanlässe in Allg. Krankenhäusern 2017 nach Art des Trägers

Rang	öffentlicher Träger		freigemeinnütziger Träger		privater Träger		
	Diagnose (ICD-10)	Anzahl	Diagnose (ICD-10)	Anzahl	Diagnose (ICD-10)	Anzahl	Anteil Priv. (%)
1	Z38 (Geburt)	261.987	Z38 (Geburt)	217.169	I50 (Herzinsuff.)	78.962	17,0
2	I50 (Herzinsuff.)	218.618	I50 (Herzinsuff.)	160.328	Z38 (Geburt)	68.559	12,4
3	F10 (Alkohol)	167.367	I48 (Vorhofflat/flim)	106.606	I48 (Vorhofflat/flim)	54.959	17,5
4	S06 (intrakran. Verletzung)	160.614	J44 (chron obstr. Lungenerkr.)	101.651	M54 (Rückenschmerzen)	52.965	24,8
5	I48 (Vorhofflat./flim.)	147.822	F10 (Alkohol)	95.556	I63 (Hirninfarkt)	48.677	18,8
6	I63 (Hirninfarkt)	139.833	K80 (Gallensteine)	89.015	M17 (Kniearthrose)	48.434	25,9
7	I21 (Herzinfarkt)	111.399	J18 (Pneumonie)	88.664	F10 (Alkohol)	46.987	18,1
8	J18 (Pneumonie)	111.164	I10 (Hyptertonie)	79.304	M16 (Hüftarthrose)	44.463	24,9
9	I20 (Angina pectoris)	110.211	S06 (intrakran. Verletzung)	78.358	I20 (Angina pectoris)	42.710	18,2
10	J44 (chron obstr. Lungenerkr.)	105.301	I20 (Angina pectoris)	78.110	J44 (chron obstr. Lungenerkr.)	41.633	16,5
11	K80 (Gallensteine)	104.853	M54 (Rückenschmerzen)	74.499	S06 (intrakran. Verletzung)	40.827	14,4
12	I10 (Hyptertonie)	99.231	M16 (Hüftarthrose)	72.615	F33 (rezid. Depression)	40.675	27,3
13	I25 (chron. isch. Herzkrankheit)	92.169	M17 (Kniearthrose)	72.327	I83 (Krampfadern)	38.285	46,3
14	S72 (Oberschenkelbruch)	88.661	I70 (Atherosklerose)	70.167	I25 (chron. isch. Herzkrankheit)	37.207	19,3
15	I70 (Atherosklerose)	88.112	C34 (Bronchial/Lungen-Ca)	69.727	I21 (Herzinfarkt)	36.973	17,0
16	C34 (Bronchial/Lungen-Ca)	85.629	K40 (Leistenbruch)	69.227	I70 (Atherosklerose)	36.293	18,3
17	M54 (Rückenschmerzen)	83.458	S72 (Oberschenkelbruch)	68.772	M51 (Bandscheibenschäden)	36.035	25,4
18	G40 (Epilepsie)	77.556	I63 (Hirninfarkt)	66.418	J18 (Pneuonie)	35.369	14,9
19	R55 (Ohnmacht)	77.142	I21 (Herzinfarkt)	65.700	K80 (Gallensteine)	35.062	16,1
20	A09 (Durchfall/Magenentzünd.)	74.560	I25 (chron. isch. Herzkrankheit)	60.864	C34 (Bronchial/Lungen-Ca)	33.884	17,6
Alle Fälle		**9.172.143**		**6.446.822**		**3.205.758**	**17,0**

Immer mehr Fälle, »Rosinenpickerei«, höhere Arbeitsbelastung, geringere Personalkosten ergeben höhere Gewinne! Nur wer die durchschnittlichen Kosten der DRG-Kalkulationskrankenhäuser unterschreitet, kann Gewinne erzielen! Nur wer die Durchschnittskosten weit unterschreitet, kann hohe Gewinne erzielen!

▶ Und die Qualität?

Auch dem RWI, das den privaten Konzernen sehr gewogen ist, bleibt nicht verborgen, dass Gewinnerzielung durch Überlastung zu Qualitätsmängeln in der medizinischen und pflegerischen Versorgung führt. Dieser Erkenntnis begegnet das Institut mit einem Qualitätsvergleich zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern anhand einer Untersuchung der Standardisierten Mortalitätsrate (SMR), die sich auf »13% aller Krankenhausfälle« in »231 betrachteten Krankenhäusern« bezieht. Bei diesem Vergleich schneiden die privaten Krankenhäuser gut ab.

Die SMR ist aber nur bedingt zur Beurteilung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern geeignet: Im Jahr 2017 starben 427.900 Menschen in deutschen Krankenhäusern, bei 19.442.810 Fällen insgesamt. Das sind 2,2%. Wer die Versorgungsqualität ausschließlich mit der Mortalitätsrate ermittelt, der kann über die Qualität der Behandlung der 97,8%, die ihren Krankenhausaufenthalt überlebten, nur eines sagen: Sie sind nicht gestorben!

Menschen gehen aber nicht ins Krankenhaus, um nicht zu sterben, sondern um ihren Gesundheitszustand und ihre Lebensqualität zu verbessern. Eine Beurteilung der Versorgungsqualität muss sich auf die Zielsetzungen und Erwartungen der Patient*innen beziehen. Vorrangiges Kriterium zur Beurteilung der Versorgungsqualität ist die SMR nur in den Fällen, in denen die Sicherstellung des Überlebens im Vordergrund der Behandlung steht (z.B. bei Polytraumatisierten oder Menschen im septischen oder kardiogenen Schock) oder in denen die Mortalität überdurchschnittlich hoch ist (z.B. bei operativer Magenentfernung bei Magenkrebs oder operativer Bauchspeicheldrüsenentfernung bei Bauchspeicheldrüsenkrebs). Selbst in diesen Fällen gibt die alleinige Betrachtung der SMR aber keinen Aufschluss über die Qualität der Indikationsstellung und über Langzeit-Behandlungsergebnisse (siehe Kapitel I.6). In vielen anderen Fällen ist der Einsatz der SMR als alleiniger Qualitätsindikator eher ein Marketinginstrument als ernstzunehmende Wissenschaft.

Es gibt aber auch andere Hinweise darauf, dass es mit der Qualität der Privaten nicht so weit her ist. Die Versorgungsforschung in Deutschland ist zwar äußerst lückenhaft, insbesondere, was den Vergleich zwischen unterschiedlichen Trägern be-

trifft.[41] In einer Studie der Uni Bremen aus der Anfangsphase der DRG (2006) finden sich aber folgende interessante Ergebnisse zu Unterschieden zwischen kommunalen und privaten Häusern.

»Mit rund 48% haben deutlich mehr Patienten aus privaten als Patienten aus kommunalen Krankenhäusern (rund 32%) einen Bedarf an nachstationären Leistungen.«

»Bei Patienten, die ihren Aufenthalt als zu kurz empfinden, haben die Privaten einen überdurchschnittlich hohen Anteil.«

»Bei Fragen nach den Erfahrungen der Patienten mit Strukturen und Akteuren im Krankenhaus schneiden die Privaten bei 3 von 5 Fragen am schlechtesten ab. (›Personal kümmert sich um Patienten‹ ›Im Krankenhaus spielen Geld und Kosten eine entscheidende Rolle‹ und Im Krankenhaus wird man mit Rücksicht behandelt‹.«[42]

▶ Wie geht es weiter?

Wenngleich die vier führenden privaten Krankenhauskonzerne (Fresenius Helios, Asklepios, Sana und Rhön) Jahr für Jahr ihre Umsätze und Gewinne steigern, so ist doch unverkennbar, dass ihre Ausdehnung im deutschen Krankenhausmarkt sich in den letzten Jahren verlangsamt hat. In den Jahren 2005 bis 2011 nahm die Zahl der privaten Krankenhäuser pro Jahr um ca. 14 zu. Zwischen 2011 und 2017 sank die Zahl der privaten Krankenhäuser sogar in einigen Jahren (vermutlich bedingt durch Standortschließungen oder -zusammenlegungen) und stieg erst in den Jahren 2016 und 2017 wieder jeweils um sechs Krankenhäuser. Zusammengefasst stieg die Zahl der privaten Krankenhäuser zwischen 2011 und 2017 pro Jahr nur noch um 1,5. Auch bei den Betten verlangsamte sich der Anstieg von 2.848 Betten pro Jahr (2005-2011) auf 605 Betten pro Jahr (2011-2017).[43]

Grund für diese »Delle« ist sicher auch, dass die neoliberale Privatisierungseuphorie einen gewissen Dämpfer erlitten hat. Wie es – auch angesichts der zunehmenden Finanznot der Krankenhäuser – weitergeht, ob die Kommunen und Kreise auch weiterhin bereit sind, ihre Krankenhäuser finanziell zu unterstützen, und ob

41 Der oben angeführte Vergleich zwischen den Hauptdiagnosen verschiedenen Träger (Rosinenpickerei) wird von Statistischen Bundesamt nicht routinemäßig erstellt, sondern muss mühsam und kostenpflichtig angefordert werden.

42 Alle Zitate aus: Bernard Braun, Rolf Müller: »Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten«, GEK-Edition Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 46, Sankt Augustin 2006

43 Destatis Grunddaten der Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnung

sich die Freigemeinnützigen weiterhin engagieren, auch wenn sie Defizite machen, bleibt abzuwarten. Die Privaten stehen jedenfalls weiterhin in den Startlöchern.

▶ Neue Geschäftsfelder

Fresenius Helios drängt zwar wie andere private Konzerne auch in den ambulanten Bereich und hat deswegen im Herbst 2018 die Sparten »Ambulante Versorgung« und »Neue Geschäftsmodelle« gegründet. Doch als Teil eines weltweit agierenden Konzerns und sucht und findet Helios seine Expansionsmöglichkeiten v.a. auf europäischen und außereuropäischen Krankenhausmärkten.

Der Umsatz von Helios Deutschland fiel im Jahr 2018 um 2% von 6,074 Mrd. Euro auf 5,970 Mrd. Euro. Das kompensierte Helios Spanien durch eine Umsatzsteigerung um 17% von 2,594 Mrd. Euro auf 3,023 Mrd. Euro. Die EBIT-Marge (Gewinn vor Zinsen und Steuern) von Helios Deutschland fiel von 11,9% auf 10,5%. Die EBIT-Marge von Helios Spanien stieg von 12,6% auf 13,7%. Fresenius Vorstandchef Stephan Sturm machte in einem Interview mit der *Welt* am 13. Mai 2019 Abstriche bei den bisherigen Gewinnerwartungen: »Aber auch mit einer Marge von 10 bis 12 Prozent kann man gut auskommen«.

Vergleichbare Möglichkeiten, dem deutschen Krankenhausmarkt durch weltweite Ausdehnung zu entkommen, haben die anderen privaten Krankenhauskonzerne (noch) nicht. Asklepios setzt deshalb auf »Vielseitigkeit«: »Mit der fortlaufenden Erweiterung der Produktpalette entwickelt sich Asklepios zunehmend von einem führenden familiengeführten Klinikverbund zum integrierten Gesundheitskonzern. (…) Das Behandlungsangebot mit Fokus auf Prävention und Nachsorge wird ausgebaut, gleichzeitig verbessert die Digitalisierung die internen Prozesse.« (Konzernlagebericht 2018)

Ähnliche Ideen verfolgt auch die Rhön Klinikum AG: »Die Analyse der medizinischen Versorgungssituation hat gezeigt, dass wir mit dem Rhön-Campus-Konzept, das die kooperative, ganzheitliche Versorgung des Patienten verfolgt, die richtige Antwort auf die großen Herausforderungen der nächsten Jahre in der Gesundheitsbranche haben. Unser innovativer Versorgungsansatz (…) setzt auf eine fachübergreifende Zusammenarbeit unserer Kliniken mit niedergelassenen Ärzten und Gesundheitsdienstleistern – alles auf Basis modernster IT und intelligenter digitaler Instrumente.« (Geschäftsbericht 2018)

Und Sana? Dort antwortet Vorstandsmitglied Thomas Lemke im »Interview mit dem Vorstand«, das Teil des Geschäftsberichts ist, auf die Frage: »Wirtschaftliches

Wachstum ist also vor allem außerhalb des Krankenhauses zu suchen?« so: »Die Trennung zwischen drinnen und draußen muss aufgeweicht werden. (…) Es ist der Plattform-Gedanke, den wir deshalb verstärkt verfolgen: Wir erwarten, dass Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge immer stärker aufeinander aufbauen werden.«

▶ Neue Konkurrenten

Integrierter Gesundheitskonzern, Campus-Konzept, der Plattform-Gedanke: Die Privaten drängen in den ambulanten Sektor, in den Bereich der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Dort aber treffen sie auf internationales Kapital, Private-Equity-Gesellschaften aus GB, den USA, Frankreich, den Niederlanden, Belgien, Schweden, Luxemburg, der Schweiz, Bahrain und anderen Ländern. → siehe Tab. 9

Während es Fresenius nach Peru und Kolumbien zieht, erwirbt die französische Klinikkette Ramsey Générale de Santé (RGdS), zu 50,9% im Besitz des australischen Konzerns Ramsey Health Care, die Aktienmehrheit der schwedischen Capio Gruppe, die ca. 180 Gesundheitseinrichtungen mit mehr als 13.000 Beschäftigten in Skandinavien, Frankreich und der BRD betreibt.

Im Februar 2019 kaufte Fresenius Medical Care Dialysezentren in China (70%ige Beteiligung an Guangzhou KangNiDaiSi, je 55% an Henan Aishen Hospital Management und Aishen Beijing Hospital Management. Sie errichten aktuell 13 Dialysezentren und ein Nierenzentrum).

Chinesische Investoren sind in umgekehrter Richtung unterwegs: »Chinesen kaufen traditionsreiche Reha-Klinik in Bad Reichenhall« (*Reichenhaller Tageblatt*, 26.05.2018).

▶ Und noch ein möglicher Ausweg

Am 17. Juli 2019 erklärte Boris Augurzky, einer der Verfasser der RWI-Untersuchung über Krankenhäuser in privater Trägerschaft, im *Kölner Stadt-Anzeiger*, aus der Bertelsmann-Studie zur Neuordnung der Krankenhauslandschaft in NRW folge, dass es bundesweit »um die Schließung von 800 Krankenhäusern« gehe. Aber: »Die Kapazitäten müssen an anderer Stelle neu aufgebaut werden. Zentralkliniken müssen völlig neu gebaut werden oder bestehende Kliniken deutlich erweitert werden. (…) Dänemark veranschlagt für den Umbau seiner Krankenhauslandschaft sechs Milliarden Euro. Bezogen auf die deutsche Bevölkerungszahl wären dies 80 Milliarden Euro.«

Tab. 9: **Von Private Equity-Gesellschaften übernommene Unternehmen und deren Beschäftigte nach dem Typ der Versorgungseinrichtung in Deutschland in den Jahren 2013 bis zum 1. Halbjahr 2018**

Typ der Versorgungseinrichtung	Anzahl absolut	Anzahl in v.H.	Beschäftigte absolut	Beschäftigte in v.H.
Krankenhaus	27	21,6	24.756	37,6
MVZ	31	24,8	1.472	2,2
Andere Unternehmen	67	53,6	39.581	60,2
darunter Pflege	48	38,4	36.953	56,2
Summe	125	100,0	65.809	100,0

Quelle: »Private Equity-Monitor Deutschland« auf der Basis von Deal News/Majunke, Zephyr/Bureau van Dijk und Buyout Deals/Preqin sowie eigenen Recherchen (n = 125 Unternehmen) aus: IAT Discussion Paper 19/01, S. 18

In der RWI-Studie kann man nachlesen, welche Hoffnung die Verfechter weiterer Privatisierung damit verbinden: *»Um Angebotsstrukturen anpassen zu können, wird aufgrund sinkender öffentlicher Investitionsmittel vermehrt privates Kapital zum Einsatz kommen müssen. Dies wird jedoch nur geschehen, wenn ausreichend unternehmerische Freiheiten vorhanden sind. Dazu ist ein Abbau von regulatorischen Restriktionen im Gesundheitswesen wichtig.«*

Dieser Ausweg wäre nur mit massivem Einsatz von privatem Kapital zu finanzieren. Insofern ist die »Bertelsmann-Studie« auch ein Dokument des Lobbyismus zugunsten der privaten Krankenhauskonzerne. Das muss nicht überraschen. Schließlich ist Frau Brigitte Mohn nicht nur Gesellschafterin der Bertelsmann Verwaltungsgesellschaft und Mitglied des Vorstands der Bertelsmann Stiftung, sondern auch Mitglied im Aufsichtsrat der Rhön Klinikum AG.

▶ Fazit

Wenn Krankenhäuser keine Gewinne machen dürften und ihre Kosten stattdessen refinanziert würden, wäre der Durchmarsch der Privaten schnell zu Ende. Ihr Interesse an der gesundheitlichen Versorgung und an den kranken Menschen würde rasch nachlassen. Dies würde auch Raum dafür schaffen, dass der Staat wieder seiner ureigensten Aufgabe, der Sicherstellung der Daseinsvorsorge, nachkommen könnte.