Interessenverband
kommunaler
Krankenhäuser e.V.

Privatkliniken reden öffentliche Krankenhäuser schlecht

Privatisierungen in aktueller Krise bergen erhebliche Risiken für flächendeckende Gesundheitsversorgung in Deutschland

Pressegespräch des Interessenverbandes Kommunaler Krankenhäuser (IVKK) anlässlich seiner Mitgliederversammlung in Hamburg

These: Private Krankenhäuser sind wirtschaftlich

Private Krankenhäuser müssen eine Rendite auf das eingesetzte Kapital erwirtschaften. Diese wird dem Gesundheitssystem entzogen.

Nur wenige private Krankenhäuser haben einen umfassenden Versorgungsauftrag für eine Region. Die meisten privaten Krankenhäuser mit unter 150 Betten haben sich auf lukrative Fälle spezialisiert

These: Private Träger investieren mehr

Private Krankenhäuser haben eine Investitionsquote von 11,5% des Anlagevermögens gegenüber 8,6% bei öffentlichen Krankenhäusern.

Öffentliche Krankenhäuser können sich schlechter Mittel am Kapitalmarkt beschaffen. Daher werden inzwischen häufiger Kooperationen mit privaten Investoren eingegangen, bei denen der Kooperationspartner die Investition tätigt. Das Krankenhaus mietet die Geräte oder Gebäude. Damit erscheinen diese Investitionen nicht als Anlagevermögen, sondern als Sachkosten in der Bilanz.

Private Krankenhausträger kaufen zusätzliche Krankenhäuser. Damit erhöht sich das Anlagevermögen, ohne dass neue Investitionen in Krankenhausinfrastruktur getätigt wurden.

These: Private Krankenhäuser haben geringere Sachkosten und geringere Personalkosten

Kosten für Investitionen im Rahmen von Kooperationen gehen bei öffentlichen Trägern als Sachkosten in die Bilanz ein.

Kleine Krankenhäuser haben im Durchschnitt leichtere Fälle, als große Krankenhäuser. Die Mehrzahl der privaten Krankenhäuser liegt immer noch unter 150 Betten, kommunale über 300. Leichtere Fälle erfordern einen geringeren Personal- und Metrialeinsatz.

These: Private Krankenhäuser erbringen einen höheren Casemix je Vollkraft und einen höheren Casemix-Index (CMI)

Das G-DRG-System wurde zunächst in 2003 mit Relativgewichten auf Basis einer sehr groben Kalkulation eingeführt. Diese wurde in den folgenden Jahren verbessert, ist aber noch immer nicht als ausgereift und gut zu bezeichnen.

Ein systematischer Fehler des G-DRG-Systems wird als Kompressionseffekt bezeichnet. Er führt dazu, dass einfache Fälle über- und komplexe Fälle unterbewertet wurden. Dies lässt sich auch deutlich an den krankenhausindividuellen Basisfallwerten ablesen. Kleine Krankenhäuser hatten anfangs sehr niedrige, große Krankenhäuser sehr hohe Basisfallwerte. In den Folgejahren stiegen die Basisfallwerte der kleinen Krankenhäuser, während die der Großen sanken. Dieser Effekt ist auch schon vor Einsetzen der Konvergenz zu beobachten.

Auch die Betrachtung einzelner DRG‘s und die Berichte des InEK über die jährlichen Anpassungen der Bewertung der Fallgruppen zeigen einen Tendenz, leichte Fälle ab- und komplexe Fälle aufzuwerten. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen.

Bei tendenziell überbewerteten Fällen ist ein überdurchschnittlicher Casemix je Vollkraft zu erwarten.

Kommerziell orientierte Krankenhausketten haben allerdings auch einen systematischen Vorteil. Sie können zentrale Stabsstellen einrichten, um eine hochoptimierte DRG-Strategie zu entwickeln. Daneben dürften die Hemmungen, die Kodierung bis an oder auch über die Grenze des zulässigen zu optimieren, deutlich geringer als bei kommunalen Krankenhäusern.

These: Private Krankenhäuser erbringen eine bessere Qualität

Die Qualitätsberichte der externen Qualitätssicherung berücksichtigen nur die Behandlungsfälle in dem jeweiligen Krankenhaus.

Kleinere Krankenhäuser dürften im Durchschnitt weniger komplexe, risikoträchtige Fälle haben als große. Schon dadurch erklärt sich eine scheinbar bessere Qualität der Behandlung. Hinzu kommt, dass Patienten mit Komplikationen tendenziell häufiger in ein größeres Krankenhaus wechseln, als in ein kleines.

Insgesamt wurden durch die externe Qualitätssicherung in den deutschen Krankenhäusern keine wesentlichen Qualitätsmängel festgestellt. Nahezu alle Fälle mit statistischen Auffälligkeiten ließen sich im strukturierten Dialog aufklären.

Fakten:

Durchschnittliche Größe der Krankenhäuser in der Bundesrepublik nach Trägern (Quelle: DKG, Stand 2007):

Freigemeinnützig:	225 Betten	(177.632 Betten in 790 Krankenhäusern)
Öffentlich:	370 Betten	(250.345 Betten in 677 Krankenhäusern)
Privat:	127 Betten	(78.977 Betten in 620 Krankenhäusern)