

Prof. Dr. Andreas Becker/Udo Beck/Bianca Pfeuffer

Sind die Privaten wirklich besser?

Um diese Frage beantworten zu können, werden nachfolgend Datenanalysen zu Wirtschaftlichkeit und medizinischer Qualität herangezogen und die Ergebnisse von privaten Anbietern im Vergleich zu den Ergebnissen des CLINOTEL-Krankenhausverbundes, dem öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser angehören, diskutiert. Das Fazit der Autoren lautet: Wenn sich ein Krankenhaus durch Innovationskraft in Strategie und Steuerung sowie in seiner Aufbau- und Ablauforganisation auszeichnet, ebenso durch optimale Ressourcen in den Bereichen Personal, Technik und Finanzen, dann hat es – auch als nicht private Einrichtung – gute Chancen für einen Fortbestand. Voraussetzung ist allerdings, dass die Verantwortlichen Bedingungen schaffen, die es der Klinikleitung erlauben und auch von ihr fordern, die beiden Kriterien Wirtschaftlichkeit und medizinische Qualität in den Fokus der Unternehmensstrategie zu stellen.

Glaubt man dem Krankenhaus Rating Report 2007,¹⁾ so wird sich in den nächsten Jahren „die Spreu vom Weizen trennen“, denn es gibt Grund zur Besorgnis, dass sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser weiter verschlechtern wird, nicht zuletzt durch das aktuelle GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Nach Feststellung der Autoren ist die aktuelle wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser insgesamt recht heterogen. Zwar weist die Mehrzahl (66 Prozent) ein Rating im „grünen Bereich“ auf, aber es befinden sich auch 15 Prozent im „gelben“ und 19 Prozent im „roten“, also im gefährdeten Bereich. Die durchschnittliche Ausfallwahrscheinlichkeit liegt bei 1,5 Prozent.

Das „Krankenhaus der Zukunft“ zeichnet sich durch ein hohes Innovationspotenzial

in den Bereichen Unternehmensstrategie, Unternehmenssteuerung und Marketing, horizontale und vertikale Integration, Personal und Organisation sowie Baustruktur und Technik aus. Das Überleben der Organisation wird dabei auch von der Fähigkeit zur Definition, zur Steuerung, zur Bewertung und zur Korrektur medizinischer Leistungsprozesse abhängen, um eine angemessene Ergebnisqualität zu angemessenen Produktionskosten zu erreichen.²⁾³⁾ Ob diese unternehmerischen Herausforderungen die Privatisierung von Krankenhäusern weiter beschleunigen oder wir in einigen Jahren eher von dem „Mythos der Privatisierungswelle“⁴⁾ sprechen werden, wird die Zukunft zeigen. Schon heute aber stellt sich die Frage, ob eine bessere Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit sowie eine bessere Wirtschaftlichkeit und Investitionskraft ausschließlich Vorteile oder sogar das Privileg privater Träger sein müssen, die bisher zweifellos von der Krise der Krankenhausbranche profitiert haben. Gute Ergebnisse und professionelles Mar-

keting haben dazu geführt, dass private Träger in der Politik hohes Ansehen genießen. Im Gegensatz zu früher gilt es heute durchaus nicht als anstößig, wenn ein Landrat laut über die Privatisierung eines Krankenhauses nachdenkt und deren Vorteile preist. Dass bei solchen Überlegungen die im Folgenden angeführten Fragen eher eine untergeordnete Rolle spielen, überrascht nicht und ist als Ausdruck politischer Ohnmacht zu werten:

- Warum sollen erfolgreiche Konzepte der Unternehmensleitung nicht auch – unter modifizierten Rahmen- und Führungsbedingungen – erfolgreich in öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern angewendet werden?
- Warum soll man nicht die Vorteile der Privaten bei rechtlicher Selbstständigkeit nutzen (Stichwort: Kooperation und Krankenhausverbünde)?⁵⁾
- Welche Hindernisse müssen die Träger dazu beseitigen?
- Warum sollen Renditen an Shareholder abgeführt werden, anstatt sie vor Ort zu reinvestieren?

Die überwiegende Zahl der Privatisierungen scheint in geordneten Bahnen zu verlaufen; offensichtlich ist es möglich, durch ein Bündel aufeinander abgestimmter Maßnahmen und Managementstrategien im Rahmen einer Akquisition die Kosten im Krankenhaus um rund 15 Prozent zu senken, wie dies die Rhön-Klinikum AG im Sinne des kategorischen Imperativs fordert.⁶⁾ Die Helios Kliniken halten noch weitere Argumente bereit, die eine Übernahme aus moralischer Sicht fast unumgänglich erscheinen lassen: „Entgegen einer sich im Markt abzeichnenden Wachstumshysterie wollen wir weiterhin Qualität und Steigerung des auftragsbezogenen Patientennutzens vor bloßes Umsatzwachstum stellen.“⁷⁾ Dass es sich um eine „partnerschaftliche Privatisierung“ handelt, bei der zum Erhalt und zur positiven

*Gäbe es nur eine Wahrheit, könnte man nicht
100 Bilder zum gleichen Thema malen.*

(Pablo Picasso)

Weiterentwicklung der Einrichtungen in erheblichem Umfang investiert wurde, versteht sich von selbst und so ist es auch nicht verwunderlich, dass „zahlreiche Referenzschreiben die positiven Erfahrungen der Kooperationspartner“ belegen.⁸⁾ Mit diesen Worten beschrieben mutet eine Privatisierung fast schon an wie ein Besuch im Streichelzoo des Akquisitionsprozesses.

Neben wirtschaftlichen Erfolgen wird der Helios-Gruppe in der Presse auch eine „medizinische Qualitätsführerschaft“ zugesprochen, da „die medizinische Qualität einen ganz hohen Stellenwert“ besitzt.⁹⁾ Wenn dann auch noch – im Gegensatz zur öffentlichen Hand – „richtig“ in Krankenhäuser investiert werden kann und in „allen Schlüsselpositionen Fachleute sitzen“, was „bei öffentlichen Häusern bei weitem nicht immer der Fall“ ist,¹⁰⁾ kann natürlich nichts mehr schief gehen; es ist tröstlich zu wissen, dass auch die Häuser von Asklepios, Helios und Sana von höheren öf-

fentlichen Zuschüssen in Nordrhein-Westfalen profitieren werden.¹¹⁾¹²⁾

Hier geht es keineswegs darum, die bisherigen Erfolge der privaten Krankenhausbetreiber schmälern zu wollen. Legitim erscheint jedoch die Frage, ob wirtschaftlicher Erfolg und gute medizinische Ergebnisse alleinige Domäne privater Träger sind oder ob nicht auch öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser hervorragende Ergebnisse vorweisen können. Zur Beantwortung dieser Frage wurden Baserates der Helios Kliniken GmbH und Daten aus dem Bericht zur medizinischen Ergebnisqualität der Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH untersucht und den Daten der Krankenhäuser im CLINOTEL-Krankenhausverbund gegenübergestellt.

Medizinische Ergebnisqualität

Im Medizinischen Bericht¹³⁾ der Asklepios Kliniken sind die Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung der Bundes-

geschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS)¹⁴⁾ des Jahres 2005 veröffentlicht unter der zu unterstützenden Botschaft „das Positive herausstellen, an den zu optimierenden Ergebnissen arbeiten“. Nachfolgend werden beispielhaft die Ergebnisse des Moduls „Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation“ dargestellt (Tabelle 1). Für die einzelnen Qualitätsindikatoren¹⁵⁾ werden zunächst die Ergebnisse der Bundesauswertung und die Referenzwerte der BQS angegeben, in weiteren Spalten die Ergebnisse der CLINOTEL- und der Asklepios-Krankenhäuser. Abweichungen der beiden Gruppen von den Ergebnissen der Bundesauswertung sind in Einzelfällen erkennbar (positiv wie negativ), liegen jedoch in akzeptablen Bereichen und können ohne entsprechende Hintergrundinformationen zu den Asklepios-Daten nicht weiter interpretiert werden. Die Ergebnisse beider Gruppen liegen zum Teil erheblich über bzw. unter den von der BQS formulierten Referenzwerten und sind somit hinsichtlich des entscheidenden Kriteriums als sehr gut zu bewerten.

Offensichtlich sind die Patienten in beiden Krankenhausgruppen bei der Erstimplantation einer Hüft-Endoprothese in guten Händen.

Tabelle 1: BQS-Daten 2005 zur Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsindikator	BQS		CLINOTEL	ASKLEPIOS	
	Ergebnis	Referenzwert			
Perioperative Antibiotikaprophylaxe	98,25%	≥ 95,00%	99,20%	---	[1]
Gefährigkeit bei Entlassung	98,79%	≥ 90,00%	98,28%	98,52%	
Gefäßläsion	0,05%	≤ 1,00%	0,07%	0,02%	[2]
Nervenschaden	0,46%	≤ 3,00%	0,59%	0,57%	
Fraktur	0,94%	≤ 4,20%	0,53%	0,98%	
Endoprothesenluxation	0,79%	≤ 4,20%	1,06%	0,83%	
Postoperative Wundinfektion	1,00%	≤ 3,50%	1,19%	1,69%	
Wundhämatom/Nachblutungen	2,31%	≤ 8,30%	2,57%	1,86%	
Allgemeine postoperative Komplikationen	4,90%	≤ 14,60%	4,36%	7,12%	
Reintervention wegen Komplikation	2,33%	≤ 8,50%	2,51%	1,55%	

[1] Keine Angabe des Wertes, sondern: „23 der 27 Asklepios Kliniken liegen innerhalb des Referenzbereiches“
Bei CLINOTEL sind es 13 von 14 Häusern.
[2] Jeweils 1 Patient in beiden Gruppen

Tabelle 2: Akutkrankenhäuser im CLINOTEL-Krankenhausverbund

Bundesland	Krankenhaus (Name/Kennung)	Seit	Basisfallwert (Euro)			
			Land	Haus	Differenz	
Bayern	Klinikum Starnberg	A	2001	2 737	2 555	-182
Bayern	Klinikum Ingolstadt GmbH	B	2004	2 737	2 725	-12
Bayern	Krankenhaus Landshut-Achdorf	C	2005	2 737	2 575	-162
Bayern	Kreis Krankenhaus Vilsbiburg	D	2005	2 737	2 477	-260
Bayern	Julius-Spital Würzburg	E	2006	2 737	2 699	-38
Brandenburg	Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH	F	2003	2 658	2 546	-112
Brandenburg	Ruppiner Kliniken GmbH	G	2005	2 658	2 574	-84
Nordrhein-Westfalen	St.-Marien-Hospital Lünen	H	1999	2 697	2 506	-191
Nordrhein-Westfalen	St. Josef Krankenhaus GmbH Moers	I	2001	2 697	2 703	6
Nordrhein-Westfalen	St. Clemens Hospitale Sterkrade gGmbH	J	2003	2 697	2 611	-87
Nordrhein-Westfalen	Martin-Luther-Krankenhaus gGmbH Wattenscheid	K	2004	2 697	2 621	-77
Nordrhein-Westfalen	Städtisches Klinikum Gütersloh	L	2006	2 697	2 372	-326
Nordrhein-Westfalen	Hospital zum Heiligen Geist Kempen	M	2006	2 697	2 696	-1
Rheinland-Pfalz	Stiftungsklinikum Mittelrhein gGmbH	N	1999	2 957	2 809	-148
Rheinland-Pfalz	Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus Speyer gGmbH	O	2004	2 957	2 823	-134
Basisfallwert (Euro)	Ohne Ausgleich, inklusive Kappung					
Seit	Beitrittsjahr in den Verbund					

Basisfallwerte

In Tabelle 2 und 3 werden die landesweiten (LBFW) und die krankenhausesindividuellen (BFW) Basisfallwerte¹⁶⁾ der Akutkrankenhäuser von CLINOTEL und Helios ohne Ausgleiche/inklusive Kappung und deren Differenzen aufgeführt. Es wurden nur solche Helios-Krankenhäuser für die Darstellung herangezogen, die vor 2006 von Helios übernommen wurden, da der krankenhausesindividuelle Basisfallwert für das Jahr 2006 wahrscheinlich noch vom „alten“ Management beeinflusst wurde und somit nicht für die neue Leitung repräsentativ ist. Die Abbildungen 1 und 2 geben die Werte grafisch wieder.

Von den 15 CLINOTEL-Mitgliedshäusern liegen 14 unter dem LBFW und ein Haus mit 6 € knapp oberhalb des LBFW. Ganz anders ist das Bild bei den 22 Helios-Häusern: Ein BFW trifft exakt den LBFW, ein Haus liegt darunter und die verbleibenden Häuser liegen zum Teil ganz erheblich über dem LBFW.

Diskussion

Im Bereich der medizinischen Qualität müssen sich öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser nicht verstecken; fehlende Marketing- und Werbeetat (siehe die Basisfallwerte) führen jedoch dazu, dass sie selten als Qualitätsführer wahrgenommen werden. Betrachtet man allerdings die einschlägige Fachliteratur und die Beiträge dieser

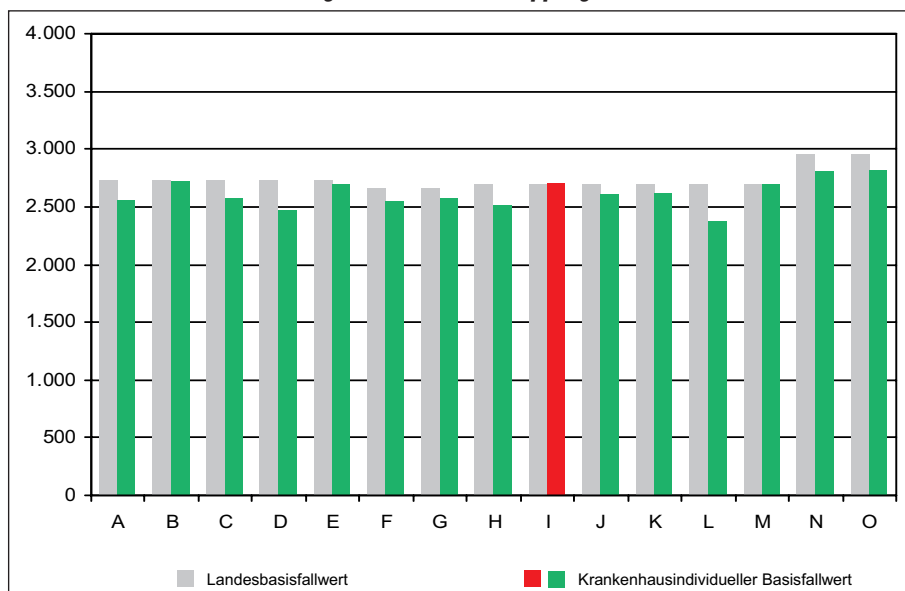
Tabelle 3: Berücksichtigte Akutkrankenhäuser der Helios Kliniken GmbH

Bundesland	Krankenhaus (Name/Kennung)	Seit	Basisfallwert (Euro)			
			Land	Haus	Differenz	
Baden-Württemberg	HELIOS Rosmann Klinik Breisach	A	1998	2 801	2 956	155
Baden-Württemberg	HELIOS Klinik Müllheim	B	1998	2 801	3 265	464
Baden-Württemberg	HELIOS Klinik Titisee-Neustadt	C	1998	2 801	3 108	307
Bayern	HELIOS Klinik Volkach	D	1994	2 737	3 817	1 079
Berlin	HELIOS Klinikum Berlin-Buch	E	2001	2 955	3 114	159
Berlin	HELIOS Klinikum Emil von Behring/ Berlin Zehlendorf	F	2004	2 955	3 466	511
Hessen	HELIOS Klinik Oberwald Grebenhain	G	1997	2 758	3 476	718
Hessen	HELIOS William Harvey Klinik Bad Nauheim	H	1999	2 758	2 965	207
Hessen	HELIOS St. Elisabeth Hünfeld	I	2002	2 758	2 758	0
Mecklenburg- Vorpommern	HELIOS Kliniken Schwerin	J	2004	2 625	2 726	101
Nordrhein-Westfalen	St. Josefs-Hospital Bochum-Linden	K	1994	2 697	3 326	629
Nordrhein-Westfalen	HELIOS Klinikum Wuppertal	L	2003	2 697	3 190	493
Nordrhein-Westfalen	HELIOS Klinikum Schwelm	M	2003	2 697	2 783	86
Sachsen	HELIOS Krankenhaus Leisnig	N	1996	2 711	3 048	337
Sachsen	HELIOS Klinikum Aue	O	1998	2 711	3 117	406
Sachsen	HELIOS Klinik Borna	P	1998	2 711	2 763	52
Sachsen	HELIOS Klinik Schkeuditz	Q	1998	2 711	2 714	3
Schleswig-Holstein	HELIOS Agnes Karll Krankenhaus Bad Schwartau	R	1994	2 653	2 581	-72
Thüringen	HELIOS Klinik Bleicherode	S	1994	2 700	3 799	1 099
Thüringen	HELIOS Kreiskrankenhaus Gotha/Ohrdruf	T	1995	2 700	2 747	47
Thüringen	HELIOS Klinik Blankenhain	U	1997	2 700	2 813	113
Thüringen	HELIOS Klinikum Erfurt	V	1997	2 700	2 822	122
Basisfallwert (Euro)		Ohne Ausgleiche, inklusive Kappung				
Seit		Jahr der Übernahme (Quelle: HELIOS-Geschäftsbericht 2005)				

Häuser auf den entsprechenden Fachtagungen,¹⁷⁾ so gibt es keinen Grund, daran zu zweifeln, dass die Qualität der medizinischen Versorgung ultimatives Ziel der Unternehmensaktivitäten ist.

Die Unterschiede zwischen BFW und LBFW können und sollen nicht auf einer Skala bewertet werden, die durch die

Abbildung 1: CLINOTEL-Krankenhäuser – landesweite und krankenhausesindividuelle Basisfallwerte (alle Werte ohne Ausgleiche, inklusive Kappung [Euro])



me und bis zu 15 Prozent und mehr im fünften Jahr. Hierzu führen Armin Albat und Hartmut Ruh in einer Veröffentlichung aus dem Jahr 2007 unter anderem aus, dass bei dem Vergleich von Margen öffentlicher Krankenhäuser mit denen privater Träger verschiedene Punkte zu beachten sind. Zum einen sind öffentliche Häuser auf die Bedarfsdeckung ausgerichtet, Defizite wurden und werden wohl auch künftig von öffentlichen Trägern übernommen. Zum anderen übernehmen die privaten Krankenhauskonzerne verständlicherweise nur attraktive Krankenhäuser, die schlecht oder nicht verkäuflichen, meist hochgradig defizitären werden möglicherweise zur Bedarfsdeckung weiterhin in kommunaler Regie betrieben. Zu bedenken ist natürlich auch, dass der Verkauf eines Krankenhauses oft durch die Übernahme verschiedener Verpflichtungen durch die Kommune erheblich versüßt wird, man denke hier nur an Verpflichtungen aus der Zusatzversorgung. Dies ist ggf. der Garant für eine erfolgreiche Sanierung durch den privaten Betreiber.²⁰⁾

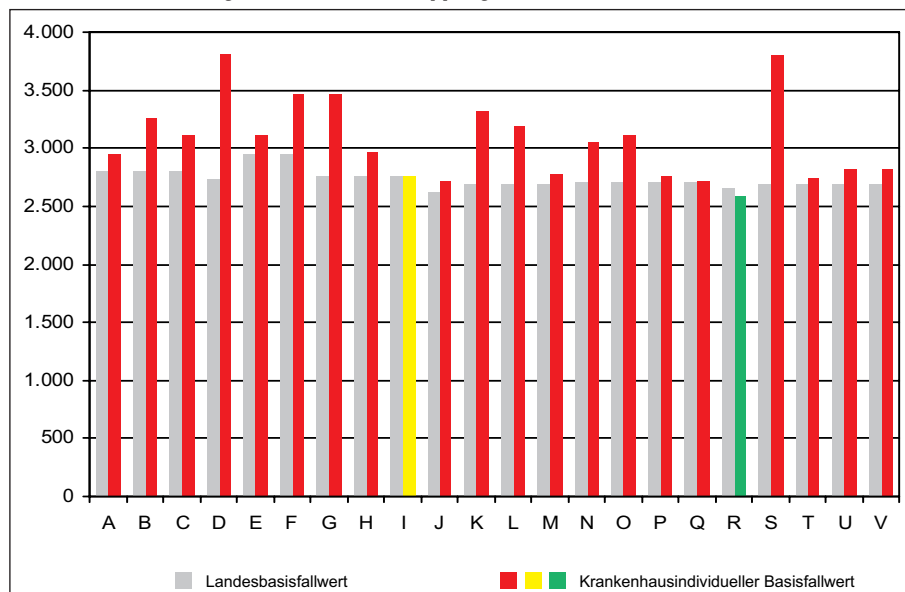
Extremwerte „wirtschaftlich“ und „unwirtschaftlich“ begrenzt ist; zu den LBFW wurden die Unwägbarkeiten einer solchen Diktion bereits beschrieben.¹⁸⁾¹⁹⁾ Die CLINOTEL-Krankenhäuser haben in den vergangenen Jahren interne Konsolidierungsprozesse konsequent und erfolgreich umgesetzt, was sich nun in den BFW wiederfindet.

Der vorliegende Vergleich der BFW zwischen HELIOS und CLINOTEL soll deutlich machen, das bei Erreichen einer günstigen Kostenstruktur Gewinnmargen für Krankenhäuser mit einem höheren BFW und damit höheren Erlösen für die gleiche Leistung wesentlich leichter zu erzielen sind als für diejenigen, deren BFW unter dem LBFW liegen.

Positive Margen trauen viele Politiker und auch die Öffentlichkeit immer noch ausschließlich privaten Klinikketten zu, die Erfolge vieler freigemeinnütziger und öffentlicher Krankenhäuser werden häufig nicht wahrgenommen, obwohl sie in einem wesentlich komplexeren Umfeld von Restriktionen erreicht werden. Helios gibt beispielsweise eine Entwicklung der erwarteten EBITDA-Marge (Earnings Before Interest, Tax, Depreciation and Amortization) an von mindestens 3 Prozent im ersten Jahr nach der Übernahme

Der Krankenhausesektor kann bei entsprechenden Rahmenbedingungen ein interessanter Markt mit lukrativen Margen sein. Erfolgreiche Umstrukturierung

Abbildung 2: Helios-Kliniken – landesweite und krankenhausesindividuelle Basisfallwerte (alle Werte ohne Ausgleiche, inklusive Kappung [Euro])



ben, wenn er nicht die Faktoren im Auge hat, die erst ein leistungsfähiges Krankenhausunternehmen ausmachen.“⁴⁾

Viele öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser verhalten sich keineswegs so passiv, wie ihnen oft unterstellt wird. Ein ganz erheblicher Teil dieser Häuser geht Probleme an und löst sie, dadurch beginnen Optimierungsmaßnahmen zu wirken, die den Patientenutzen steigern.

Alle Krankenhäuser, gleich welcher Trägerschaft, die derzeit noch einen hohen Basisfallwert aufweisen, befinden sich in einer signifikant besseren Ausgangssituation als Häuser mit einem geringem Basisfallwert. Die DRG-Konvergenz wird dieses Muster jedoch in sein Gegenteil verkehren.¹⁾

gen sind – wie erfolgreiche Kooperationen und Verbünde beweisen – auch in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft möglich.²¹⁾²²⁾ Kostenmanagement, Outsourcing und Optimierung der Betriebsabläufe gelingen ebenfalls im nicht privaten Krankenhaus und glücklicherweise denkt selbst die Politik in Krisensituationen nicht mehr reflexartig ausschließlich an einen Verkauf, sondern lotet auch andere Optionen aus. Dies macht auch Sinn, denn selbst Universitätskliniken, die sich ja seit einiger Zeit auf der Menükarte der Privaten befinden, schaffen den Wandel aus eigener Kraft, wenn das Innovationspotenzial des Managements zur Entfaltung kommen kann – und darf. So wies zum Beispiel das Klinikum der Universität zu Köln für das Jahr 2005 ein positives Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit aus, das sicher noch entfernt ist von den Wünschen für die Zukunft, sich aber in jedem Fall auf einem hoffnungsvollen Weg befindet.²³⁾

Fazit

Beim Verkauf von Krankenhäusern gilt oft das Prinzip „Augen zu und durch“ und so verwundert es nicht, wenn der Erfolg abnimmt und das „Retter-Image“ der privaten Klinikketten angekratzt ist.²⁴⁾ Managementverträge können auch wieder gekündigt werden,²⁵⁾ Insolvenzen machen ebenfalls vor privaten Trägern nicht halt und führen zu einer Weitergabe von Krankenhäusern von privat an privat.²⁶⁾ Eine hoffnungsvolle Zusammenarbeit kann letztendlich dennoch die Einstellung des stationären Betriebes zur Folge haben, wie im Februar 2007 in Herbolzheim geschehen. Um den Verlust von 105 Arbeitsplätzen zu vermeiden, ließ sich glücklicherweise „der Landkreis in die Pflicht nehmen“.²⁷⁾

Rüdiger Strehl, Kaufmännischer Vorstand am Universitätsklinikum Tübingen und hauptamtlicher Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands, bemerkt zu Recht: „Wer also glaubt, der Verkauf von Krankenhäusern an Private löse alle Probleme, bringe sogar noch Verkaufserlöse und entlaste von Investitionsaufgaben sowie von Verlustrisiken, kann schnell Überraschungen erle-

Die Träger öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser wären gut beraten, ihren Geschäftsführungen vor Ort schon heute jene Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten zu bieten, die sie – wenn es zu spät ist – den privaten Rettern bereitwillig einräumen.

Literatur/Anmerkungen

- 1) Boris Augurzky, Dirk Engel, Sebastian Krolop, Christoph M. Schmidt, Hendrik Schmitz, Christoph Schwier, Stefan Terkat: Krankenhaus Rating Report 2007. Heft 32. Hrsg.: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen
- 2) Andreas Becker, Udo Beck, Bianca Pfeuffer, René Mantke: Qualitätssicherung mit Routinedaten – Ergebnisqualität und Kosten. das Krankenhaus 2006 (9), 748-755
- 3) Andreas Becker, Udo Beck, Bianca Pfeuffer: Alter, Schweregrad und Fallkosten bei gastroenterologischen Erkrankungen. das Krankenhaus 2006 (4), 293-301
- 4) Rüdiger Strehl: Privatisierungswelle im deutschen Krankenhauswesen? In: Krankenhaus-Report 2002. Hrsg.: Michael Arnold, Jürgen Klauber, Henner Schellschmidt. Schattauer GmbH. 113-129
- 5) Zum strategischen Management von Kooperationen, Allianzen und Fusionen im Gesundheitswesen siehe: Unternehmensverbindungen. Wilfried von Eiff, Ansgar Klemann (Hrsg.). Schriftenreihe Gesundheitswirtschaft. Band 1. WIKOM-Verlag 2005
- 6) Harald Clade: Krankenhäuser – Privatisierung in geordneten Bahnen. Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 37 vom 10. September 2004, A-2428 (www.aerzteblatt.de, Recherchedatum 3. März 2007)
- 7) „Akquisitionsstrategie“. Homepage Helios Kliniken GmbH. www.helios-kliniken.de (Recherchedatum 3. März 2007)
- 8) „Partnerschaftliche Privatisierung“. Homepage Helios Kliniken GmbH. www.helios-kliniken.de (Recherchedatum 3. März 2007)
- 9) Auch wenn diese Aussage vom Geschäftsführer eines bereits privatisierten Krankenhauses kommt, so ergibt sich zumindest die Frage, ob dies bei öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern nicht der Fall ist und welchen Stellenwert die medizinische Qualität bei dem bisherigen privaten Träger hatte. Artikel in der Kölnischen Rundschau 1. Februar 2006: Siegburger Krankenhaus unter neuer Flagge. www.rundschau-online.de (Recherchedatum 3. März 2007)
- 10) Ralf Michels (Helios Kliniken GmbH) im Interview der Berliner Zeitung: 25 Prozent der Krankenhäuser werden nicht mehr gebraucht. www.berlinonline.de (Recherchedatum 6. März 2007)

- 11) Gewinner und Verlierer unter den Kliniken. Kölner Stadt Anzeiger 5. März 2007. www.ksta.de (Recherchedatum 6. März 2007)
- 12) Sorge um Bestand der Kliniken. Kölner Stadt Anzeiger 7. März 2007. www.ksta.de (Recherchedatum 8. März 2007)
- 13) Bericht zur medizinischen Ergebnisqualität 2006. www.asklepios.com/Asklepios-Qualitaetsbericht-2006.pdf (Recherchedatum 20. März 2007)
- 14) Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2005. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH. www.bqs-qualitaetsreport.de/2005 (Recherchedatum 20. März 2007)
- 15) Es werden nur solche Qualitätsindikatoren diskutiert, für die von der BQS Referenzwerte angegeben werden bzw. für die Referenzwerte sinnvoll erscheinen. Soll der Referenzwert von $\geq 32,9$ Prozent für die „Indikationsstellung“ wirklich „Oft eine angemessene Indikation“ darstellen? Ist es sinnvoll, in ≥ 0 Prozent eine „Postoperative Beweglichkeit von mindestens x Grad“ als Qualitätsziel zu formulieren?
- 16) www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/budgetverhandlung/basisfallwerte (Recherchedatum 7. März 2007)
- 17) So zum Beispiel die Jahrestagungen der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG), zuletzt am 15./16. März 2007 im Universitätsklinikum Essen
- 18) Wolf-Rüdiger Rath: Der Landesbasisfallwert verleitet zur Missdeutung. f&w 4/2006. Jahrgang 23. 398-399
- 19) Josef Siebig: Landesweite Basisfallwerte – Wie hoch sind sie und wie geht es weiter? *das Krankenhaus* 7/2005. 559-564
- 20) Armin Albat, Hartmut Ruh: Sind positive Margen Privatsache? f&w 1/2007. Jahrgang 24. 38-40
- 21) Zukunft der öffentlichen Krankenhäuser sichern. Gemeinnütziger Verbund als Alternative zum Verkauf. *Der Neue Kämmerer*. Ausgabe 03, September 2006, Seite 9
- 22) Udo Beck, Andreas Becker, Axel Weinand: Der Clinotel-Krankenhausverbund – ein Netzwerk autonomer Mitglieder. *Krankendienst* 8-9/2005.
- 23) Klinikum der Universität zu Köln. Jahresabschluss 2005
- 24) Der Erfolg bröckelt. *Gesundheits Nachrichten*. Zeitung für das deutsche Gesundheitswesen. 1. Jahrgang/März 2007
- 25) Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA. Geschäftsbericht 2003. www.sana.de (Recherchedatum 7. März 2007)
- 26) So unter www.helios-kliniken.de/de/Unternehmen/Aktuelles/Nachrichten/... in einer Pressemitteilung vom 1. Februar 2007 zu lesen: „Die Helios Kliniken GmbH übernimmt die beiden Häuser von der seit Oktober 2006 in Insolvenz befindlichen Neuen Pergamon Krankenhausmanagement GmbH.“
- 27) Die interessante Historie erschließt sich aus der Pressemitteilung der Wittgensteiner Kliniken vom 16. Oktober 2003 und den Pressemitteilungen des Landkreises Emmendingen vom 10. Oktober 2003, vom 1. Dezember 2006 und vom 2. Februar 2007.

Anschrift der Verfasser:

Prof. Dr. med. Andreas Becker/
Diplom-Verwaltungswirt Udo Beck, Geschäftsführer/
Diplom-Betriebswirtin (FH) Bianca Pfeuffer, Referentin
Controlling, CLINOTEL-Krankenhausverbund gGmbH,
Ebertplatz 1, 50668 Köln,
becker@clinotel.de ■

Kontakt zur Redaktion:

peter.ossen@kohlhammer.de



TopLine

...für höchste Ansprüche im Pflegebereich...



**Top-Hygienemanager
im Pflegebereich**

**MEIKO - Reinigungs- und
Desinfektionsautomaten
der neuesten Generation.**

Ein überzeugendes Programm - vom Einzelgerät bis zum komplett ausgestatteten Pflegeraum. Zuverlässig in der Reinigungsqualität, souverän in der Technik, optimal in der Bedienung.

TopLine
Die wohl perfekteste Automaten-Serie auf dem Markt.



MEIKO Maschinenbau GmbH & Co. KG
Englerstr. 3 · 77652 Offenburg · Germany
Telefon 07 81 / 2 03 - 0 · Telefax 07 81 / 2 03 - 12 29
<http://www.meiko.de> · e-mail: info@meiko.de