

Kai Mosebach

**Kommerzialisierung der deutschen Krankenhausversorgung?
Auswirkungen von New Public Management und Managed Care
unter neoliberalen Bedingungen**

Diskussionspapier 2010 - 1

Institut für Medizinische Soziologie

Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Frankfurt am Main

Oktober 2010

Heike, Maja und Jasper

Institut für Medizinische Soziologie
Direktor: N.N.

Zentrum für Gesundheitswissenschaften
Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: (0 69) 63 01 – 76 10
Fax: (0 69) 63 01 – 66 21
Website: <http://www.kgu.de/zgw/medsoz>
ISSN 1861-5732

Zusammenfassung

Markt- und wettbewerbsorientierte Reformstrategien in den Krankenhaussystemen zahlreicher Industrieländer haben Befürchtungen vor einer kommerzialisierten Krankenhausversorgung hervorgebracht. Dieser Beitrag unterbreitet einen analytischen Interpretationsrahmen zur Erklärung der internationalen Verbreitung dieser Reformstrategien und versucht die behaupteten negativen Effekte von Kommerzialisierungsprozessen auf Versorgungsqualität und Zugänglichkeit zu untersuchen. Gestützt auf einen Vergleich eines idealtypischen Kommerzialisierungsmodells mit dem institutionellen und organisatorischen Wandel im deutschen Krankenhaussystem kommt der Beitrag zu dem Schluss, dass Kommerzialisierungsprozesse in der Krankenhausversorgung bislang noch begrenzt sind. Obwohl ein markt- und wettbewerbsbasierter Umbau der Governancestrukturen zu beobachten ist und Krankenhäuser zu einer Kommerzialisierungsstrategie gedrängt werden, lässt sich aufgrund einer unzureichenden Daten- und Forschungslage bislang nicht empirisch feststellen, ob die Kommerzialisierungsprozesse zu einer Verschlechterung der Qualität und Zugänglichkeit der Krankenhausversorgung geführt haben.

Abstract

Market-led reform strategies around the world have given rise to fears of a progressive commercialization of hospital care. The aim of this article is to suggest an analytical framework that might explain the ubiquitous market-led reform strategies and to scrutinize widespread claim that commercialization processes impacts negatively on quality of care and equality of access. In comparing an ideal type model of commercialized health care with institutional and organizational change the article provides an preliminary assessment of commercialization processes in German hospital care. Although there is a newly evolving market-led governance structure in the German hospital sector commercialization processes have, however, been restricted. While there are strong signs that on a regulatory level the German hospital sector has become successively commercialized, there is insufficient data and research to validate empirically the suspected negative impact on quality and equality of care provision.

Inhalt

1. Einleitung	7
2. Nationales Gesundheitssystem, New Public Management und die Kommerzialisierung des Krankenhausesektors	8
2.1. Jenseits falscher Dichotomien: zur Governance des Health Care States unter neoliberalen Kontextbedingungen	8
2.2. New Public Management und die Kommerzialisierung des öffentlichen Dienstleistungssektors	11
2.3. New Public Management, Managed Care und die Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung	14
3. Krankenhausregulierung und Krankenhausversorgung im deutschen Gesundheitssystem	21
3.1. Der Wandel funktionaler Regulierungsregimes im deutschen Krankenhausesektor	22
3.1.1. Das Regulierungsregime der Finanzallokation im Krankenhausesektor	22
3.1.2. Das Regulierungsregime der Kapazitäten und Leistungen im Krankenhausesektor	26
3.1.3. Die Regulierung grenzüberschreitender Krankenhausversorgung	29
3.2. Leistungs- und Kapazitätsentwicklung im Krankenhausesektor	36
3.2.1. Privatisierungs- und Konzentrationsprozesse im deutschen Krankenhausesektor	36
3.2.2. Neue Leistungs- und Versorgungsformen im deutschen Krankenhausesektor	38
3.2.3. Internationalisierungsprozesse im deutschen Krankenhausesektor	42
4. Kommerzialisierung der deutschen Krankenhausversorgung?	48
4.1. Veränderte Governance-Struktur im deutschen Krankenhausesektor: zum Verhältnis von Wettbewerb, Korporatismus und Staat	48
4.2. Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung: Institutionelle und organisatorische Charakteristika	52
5. Profitorientierung oder Bedarfsorientierung im deutschen Krankenhausesektor?	56
Abkürzungsverzeichnis	58
Literaturverzeichnis	59

1. Einleitung¹

In den letzten beiden Jahrzehnten haben externe und interne Entwicklungen weltweit zu einer grundlegenden Veränderung der Organisationsweise nationaler Krankenhaussysteme geführt. Die grundlegende Orientierung war dabei die Einführung von marktgetriebenen Steuerungsformen und einer betriebswirtschaftlich basierten Reform öffentlicher (und freigemeinnütziger) Krankenhäuser, die sich an dem Vorbild privatwirtschaftlich geführter Krankenhäuser orientierte (Mc Kee/Healy 2002; Preker/Harding 2003; HOPE/DEXIA 2009; Mosebach 2009a; Rechel et al. 2009). Diese marktorientierten Reformen haben unter Ökonomen und Gesundheitswissenschaftlern zu der Befürchtung geführt, dass sich die Krankenhausversorgung zunehmend kommerzialisieren werde (Lister 2005; Mackintosh/Koivusalo 2005; Tritter et al. 2010). Das primäre Ziel dieses Beitrages ist es, einen analytischen Interpretationsrahmen zu entwickeln, der die weltweite Verbreitung dieser marktbasierter Reformen zu erklären vermag. Darüber hinaus sollen auch die befürchteten negativen Auswirkungen von Kommerzialisierungsprozessen im Krankenhaussektor auf die Qualität und Gleichheit der Krankenhausversorgung untersucht werden. Der deutsche Fall wurde hierbei als Untersuchungsbeispiel gewählt. Die Untersuchung ist folgendermaßen aufgebaut: Im zweiten Kapitel werde ich die theoretischen Grundlagen des analytischen Rahmens darlegen, dessen Kernaussage darin besteht, dass Kommerzialisierungsprozesse im Gesundheitssektor mit der „doppelten Transformation“ moderner Staatlichkeit im Allgemeinen und des *Health Care State* im Besonderen verbunden sind (Moran 1999; Jessop 2002). Beide Transformationen sind politökonomisch von neoliberalen Kontextbedingungen überdeterminiert, die den Ausgang beider Transformationsprozesse maßgeblich mitbestimmen. Auf dieser theoretischen Grundlage konstruiere ich ein idealtypisches Modell einer kommerzialisierten Gesundheitsversorgung, das zur Messlatte der Bewertung des institutionellen und organisatorischen Wandels im deutschen Krankenhaussektor hinsichtlich seines „Kommerzialisierungsgrades“ wird. Im dritten Kapitel werde ich den institutionellen und organisatorischen Wandel im deutschen Krankenhaussektor beschreiben, wobei die Veränderungen der entsprechenden Regulierungen einerseits und die Darstellung empirischer Entwicklungstrends andererseits im Mittelpunkt stehen. Auf der Grundlage der empirischen Ergebnisse

¹ Dieses Arbeitspapier ist eine überarbeitete und erweiterte Fassung des in der Zeitschrift *German Policy Studies* im Jahr 2009 erschienen gleichnamigen englischsprachigen Artikels. Ich möchte daher nicht nur den Peer-Reviewern für ihre hilfreichen Anmerkungen, sondern auch den beiden Herausgebern des Sonderheftes der GPS zu „Health Policy and Marketization“, Roman Böckmann und Thomas Gerlinger, danken.

der Wandlungsprozesse im deutschen Krankenhaussektor werde ich im vierten Kapitel die Veränderung seiner Governance-Strukturen und das Ausmaß von Kommerzialisierungsprozessen im deutschen Krankenhaussektor bewerten. Es zeigt sich, dass die neue marktdominierte Governance-Struktur des deutschen Krankenhaussektors in einen Mix aus verschiedenen Governance-Formen eingebettet ist. In Beiträgen zur Gesundheitssystemforschung und Gesundheitspolitik weit verbreitete Aussagen über dichotome Governance-Formen (Markt, Staat vs. Korporatismus) sollten folglich vermieden werden. Das Konzept des *Health Care State* bricht konsequenterweise mit solchen irreführenden Simplifizierungen. Hinsichtlich der Kommerzialisierungsprozesse im deutschen Krankenhaussektor ist festzustellen, dass trotz einer kommerzialisierten Regulierungsstruktur bislang zu wenig empirische Studien und Daten vorliegen, die einen negativen Einfluss auf die Versorgungslage im deutschen Krankenhaussektor in systematischer Weise belegen könnten. Allerdings deuten einzelne Entwicklungen im deutschen Krankenhaussektor darauf hin, dass es eine Parallelität von Über-, Unter- und Fehlversorgung im stationären Sektor gibt, deren Ursache im Kern die verstärkte Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung ist. Weitere systematische Untersuchungen, die diese notgedrungen fragmentarisch bleibenden und aus einzelnen Beispielen zusammengetragenen Vermutungen erhärten können, sind daher dringend nötig.

2. Nationales Gesundheitssystem, New Public Management und die Kommerzialisierung des Krankenhaussektors

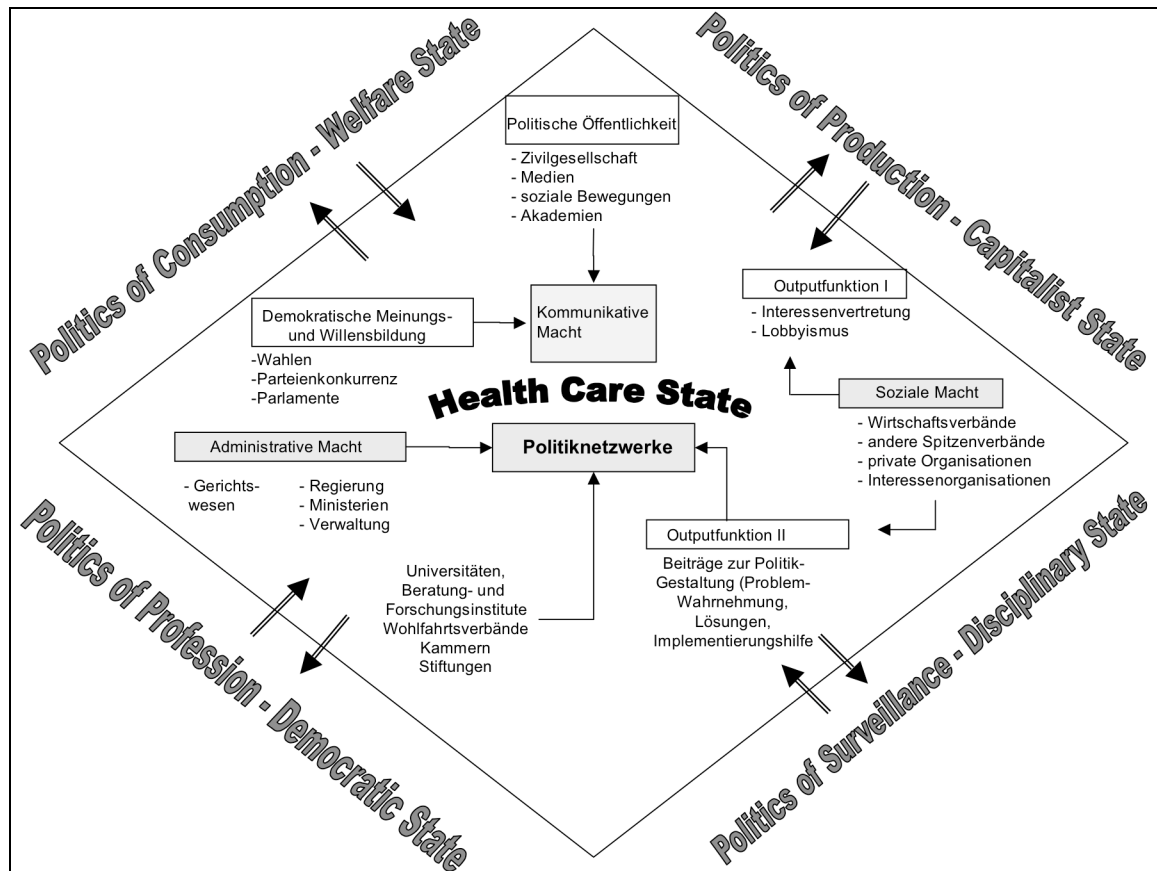
2.1. Jenseits falscher Dichotomien: zur Governance des Health Care States unter neoliberalen Kontextbedingungen

Der analytische Fokus des Health-Care-State-Konzeptes unterscheidet sich grundlegend von üblichen Weisen der Untersuchung der institutionellen und organisatorischen Bedingungen des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik, indem der Staatlichkeit („statehood“) und der Staatskunst („statecraft“) eine zentrale analytische Bedeutung zugewiesen wird. Staatlichkeit und Staatskunst sind generelle Merkmale jeder Gesundheitspolitik, weil der Staat (als Verkörperung von Staatlichkeit und Staatskunst) – wie auch immer seine institutionelle Form sei – in jedem Gesundheitssystem eine entscheidende Rolle spielt. Das Governance-Konzept des Staates ist grundsätzlich anders als seine „ungleichen Brüder“, der Markt oder Korporatismus, insofern Staatlichkeit ein grundlegendes und

keineswegs variables Merkmal moderner politischer Entitäten darstellt (Cerny 1990; Hirsch 1995, 2005; Moran 2000; Jessop 2002).

Die Idee des *Health Care State* beruht auf der Annahme einer (stetigen und unvermeidlichen) Interaktion zwischen Institutionen (und Organisationen) des Gesundheitswesens und Institutionen (und Organisationen) des weiteren Staates, die zu Konflikten zwischen Akteuren beider institutionellen Arenen führt (siehe Schaubild 1). Als ein *kapitalistischer Staat* bestimmt der Staat maßgeblich die Fortentwicklung der medizinischen Technologien, die Art und Weise der Regulierung der Ärzteschaft und anderer Gesundheitsberufsgruppen und die Form des „kollektiven Konsums“, d.h. des Versicherungssystems, mit. Als *Wohlfahrtsstaat* beeinflusst er die spezifische Organisation dieses Versicherungssystems und die Art und Weise, wie die gesundheitlichen Professionen die Patienten (als Wohlfahrtsbürger) zu behandeln haben. Als *demokratischer Staat* schließlich ist er Arena und Forum für die Aushandlung und Austragung, aber auch Ausschließung von Konflikten um materielle und ideelle Interessen im Gesundheitswesen (vgl. Moran 1992, 1995, 1999, 2000). Im *disziplinierenden Staat* werden individuelles Gesundheits- und Krankheitsverhalten sowie soziale Risikofaktoren und Gesundheitsdeterminanten zu kontrollieren versucht. Hierzu werden gesundheitliche Standards festgelegt, die mittels regulativer, distributiver und redistributiver Politik implementiert werden. Im weiteren Sinn zielt der disziplinierende Staat auf die Ausbalancierung gouvernementaler Herrschaftstechnologien und individueller Selbsttechnologien im umkämpften und widersprüchlichen Prozess der Konstituierung gesundheitlicher Subjektivitäten und Dispositive, die das (präventive) Gesundheits- und (kurative) Krankheitsverhalten des Einzelnen steuern (vgl. Lupton 1995, 2003; Petersen/Lupton 1996; Petersen/Bunton 2002). Im Wechselspiel staatlicher und quasi-staatlicher Gesundheitspolitik einerseits und kapitalistischer, demokratischer, sozialpolitischer und disziplinierender Staatlichkeit konkretisiert sich historisch und räumlich spezifisch die institutionelle, organisatorische und diskursive Struktur des *Health Care State*. Letztendlich bilden die politischen Akteure des Gesundheitswesens und des Staates eine übergreifende Struktur von Politiknetzwerken, die darauf warten, von Politikwissenschaftlern entwirrt zu werden (vgl. Mosebach 2010a).²

² In diesem (begrenzten) Beitrag können freilich diese den Blick klärenden, mit anderen Worten aufklärenden, „Entwirrungen“ verknoteter Politiknetzwerke im Feld der Krankenhauspolitik nicht geleistet werden. Diese *genealogische* Policy-Analyse bleibt einer anderen Veröffentlichung vorbehalten.

Schaubild 1: Das analytische Modell des *Health Care State*

Eigene Darstellung, nach: Messner (1995: 361) u. Moran (1999)

Das Konzept des *Health Care State* dient hier als theoretische Verbindung der Veränderung von Staatlichkeit in modernen kapitalistischen Gesellschaften und des institutionellen und organisatorischen Wandels im Gesundheitssektor. Die Staatlichkeit im Allgemeinen ist in den modernen kapitalistischen Gesellschaften seit einiger Zeit im Wandel. Das Reformkonzept des New Public Management (NPM) ist wohl das bekannteste und – trotz unterschiedlicher nationaler Ausprägungen – auch das einflussreichste, das sowohl die staatliche Verwaltung als auch die Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen bedeutsamen Veränderungen unterwirft (z.B. Jessop 2002; Pollitt/Bouckaert 2004; Pierson 2007). Der diesbezügliche deutsche Reformdiskurs ist geprägt von zahlreichen Idealmodellen und Staatsreformprojekten, die vom „Keynesianischen Staat“ bis – jüngst – zum NPM-kompatiblen „Gewährleistungsstaat“ reichen (Bieling 2009). Allerdings finden sowohl der politische Diskurs als auch die regulatorische Umsetzung des Wandels der Staatlichkeit in einem politökonomischen Kontext statt, der zentrale „neoliberale Bedingungen“ (Harvey 2005) enthält. Diese strukturieren politische Entscheidungen und übergreifende ökonomi-

sche Prozesse, indem sie die Annahmen enthalten, dass *erstens* die Ausweitung der (fiskalisch nutzbaren) Staatshaushalte durch ökonomische Globalisierungsprozesse begrenzt ist und *zweitens* privatkapitalistisch organisierte Unternehmen wesentlich effizienter und effektiver öffentlich finanzierte Dienstleistungen bereitstellen können als staatliche Unternehmen. Die NPM-Reformbewegung akzeptiert allerdings, dass der Staat – trotz eines propagierten Rückzuges aus der direkten Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen – dennoch eine Rolle im Prozess der Reform des öffentlichen Sektors zu spielen hat: nämlich die des Regelsetzers oder Gewährleisters (Moran 2003; Pollitt/Bouckaert 2004; Pierson 2007; Schedler/Proeller 2006). Wenn daher das NPM-Konzept über die falschen Dichotomien neoliberaler Theoriebildung hinausgeht und dadurch ein wesentlich „realistischeres“ Reformszenario zeichnet, bleibt es dennoch in den neoliberalen Kontextbedingungen gefangen bzw. macht diese zu seinen Praxisprämissen. Mehr noch, es soll hier die Hypothese entwickelt werden, dass NPM-orientierte Reformen öffentlicher Verwaltungs- und Leistungsstrukturen unter neoliberalen Kontextbedingungen die Kommerzialisierung öffentlicher Dienstleistungen im Allgemeinen und der (öffentlichen) Krankenhausversorgung im Besonderen befördern.

2.2. New Public Management und die Kommerzialisierung des öffentlichen Dienstleistungssektors

Das Konzept des New Public Management (NPM) wurde in Deutschland zunächst mit der Modernisierung der öffentlichen Verwaltung, mithin der staatlichen Binnenstrukturen in Verbindung gebracht (vgl. Naschold/Bogumil 1998). Hier wird hingegen einer breiteren Begriffsbestimmung gefolgt, nach der NPM sich auf die Modernisierung der staatlichen Verwaltung *und* des öffentlichen Dienstleistungssektors bezieht. Denn die staatliche Verwaltung lässt sich insbesondere auf der kommunalen Ebene nicht von dem Bereich der öffentlichen Dienstleistungserbringung (einschließlich des sozialen Dienstleistungssektors) klar abgrenzen (vgl. Harms/Reichard 2003; Czerwick 2007; Vogel 2007).

Im Zentrum der Überlegungen des NPM-Diskurses steht die Annahme, dass die Etablierung von Wettbewerb und (Quasi)-Märkten in Bereichen der (bislang) kommunal/staatlich erbrachten öffentlichen Dienstleistungen zu mehr Effizienz, Effektivität und Sparsamkeit führt (vgl. Pelizzari 2001: 57ff; Schedler/Proeller 2006: 54ff). Dabei wird zwischen nicht-marktlichem, quasi-marktlichem und marktlichem Wettbewerb unterschieden. Nicht-marktlicher Wettbewerb funktioniert über interne Leistungsverrechnung, Leistungsvergleiche und Preiswettbewerb sowie Benchmarkingprozesse zwischen beteiligten öffentlichen

Verwaltungseinheiten mit dem Ziel der Kostenminimierung (vgl. Schedler/Proeller 2006: 195ff). Quasi-marktlicher Wettbewerb zielt durch vertragliche Leistungsvereinbarungen und Verantwortungsdelegation zwischen Verwaltungseinheiten und öffentlichen Betrieben sowie interne Ausschreibungen für den öffentlichen Leistungsbereich auf eine Kostensenkung und Effizienzsteigerung (vgl. ebd.: 198ff). Marktlicher Wettbewerb unterscheidet sich von den beiden vorangegangenen darin, dass private Leistungsanbieter ins Spiel kommen. Marktlicher Wettbewerb nutzt zum einen das Instrument der Ausschreibung und zum anderen das Verfahren des „Contracting-Out“ („Make-or-Buy“), auch „Outsourcing“ genannt, um Kosten zu sparen und eine günstige Leistungserbringung zu öffentlich bestimmten Kriterien zu erzielen (vgl. ebd.: 200ff).

Zur Realisierung (quasi-)marktlichen Wettbewerbs ist es nötig, die Versorgungsstrukturen im sozialen Dienstleistungssektor im Sinne eines „Versorgungspluralismus“ – wenn nicht historisch bereits gegeben – durch Privatisierungen in einen potenziellen Wettbewerbsmarkt zu verwandeln. Privatisierungs- und Liberalisierungsprozesse sind also sowohl eine theoretische Voraussetzung als auch vielfach beobachtbare Begleiterscheinungen der Anwendung von NPM-Konzepten in der Praxis. Im Prozess der Privatisierung verliert im Idealfall des NPM-Konzeptes der Staat seine Rolle als Leistungserbringer und zieht sich auf die Rolle eines Gewährleistungsstaates zurück, der die Leistungen, Ergebnisse und auch die Qualität der nunmehr hauptsächlich privat erbrachten, aber staatlich regulierten quasi-öffentlichen Dienstleistungen überwacht (vgl. Schedler/Proeller 2006: 109ff).

Die mehr kunden- und marktorientierte Erstellung von öffentlichen Leistungen setzt auf Seiten von öffentlichen Leistungsanbietern eine größtmögliche Dezentralisierung von Entscheidungen voraus, die bei privatisierten Dienstleistungen im Grundsatz immer gegeben ist. Zur finanziellen Kontrolle – im Umfeld von durch neoliberale Finanz- und Wirtschaftspolitik strukturell begrenzten staatlichen Ressourcen – setzt dabei der Staat beim Einkauf bzw. bei der öffentlichen Ausschreibung von privaten Leistungen für öffentlichen Zwecke sowohl das Instrument der Globalbudgetierung als auch Instrumente des betriebswirtschaftlichen Finanzcontrolling (Outsourcing, Profitcenter, Costcenter) ein, was wiederum eine Kostentransparenz und die Einführung von betriebswirtschaftlicher Kosten- und Leistungsrechnung in den öffentlichen Versorgungseinrichtungen voraussetzt (vgl. Pelizzari 2001: 57ff; Schedler/Proeller 2006: 165ff).

Kommerzialisierung des öffentlichen Sektors

Mit dem Begriff der Kommerzialisierung wird zumeist auf die Reform des öffentlichen Dienstleistungssektors entlang privatwirtschaftlichen Steuerungs- und Organisationskonzepten, also nach den Vorgaben des New Public Management, Bezug genommen, etwa auf die Kommerzialisierung der Deutschen Post (vgl. z.B. Landgraf et al. 1988). Der von mir verwendete Kommerzialisierungsbegriff geht allerdings über den theoretischen Begriff des New Public Management hinaus. Unter Kommerzialisierung des öffentlichen Sektors (und damit auch der Krankenversorgung) wird dabei sowohl die Nachahmung der Funktionsweise des privaten Sektors durch den öffentlichen Sektor (NPM) – oft auch als „Ökonomisierung“ bezeichnet – als auch die zunehmende Bedeutung strikt profitorientierter Leistungs- und Kostenanbieter im öffentlich finanzierten Versorgungssektor, mithin im gesamten Krankenversorgungssystem verstanden (vgl. Mackintosh/Koivusalo 2005). Der Begriff der Kommerzialisierung bedeutet daher beide Aspekte verbindend die Bedeutungszunahme der Erzielung eines finanziellen Gewinns bzw. der Dominanz finanzieller Anreizsysteme für die Steuerung und Organisation einzelner (privater *und* öffentlicher) Leistungserbringer sowie des Versorgungssystems insgesamt bei gleichzeitiger Abnahme der Bedeutung des öffentlich (im Krankenversorgungssystem als das medizinisch Notwendige) definierten und geplanten Versorgungsbedarfs einer umgrenzten Bevölkerungsgruppe.³ Unter den Bedingungen fortschreitender Kommerzialisierung der öffentlichen Dienstleistungserbringung entsteht ein (prozessierender) Widerspruch zwischen der markt- bzw. wettbewerbsbasierten Leistungsallokation und der politisch-administrativen Leistungsplanung. Im NPM-Diskurs wird dieser Widerspruch im Begriff des „Gewährleistungsstaates“ zu lösen versucht, der die allgemeinen Bedingungen und Regeln der marktlichen Leistungsallokation einerseits und der (an Bedeutung gegenüber der administrativen Leistungsplanung zunehmenden) fiskalischen Budgetplanung andererseits sicherstellen soll (Pelizzari 2001: 65; Gethmann et al. 2004: 175ff; Schuppert 2005; Schedler/Proeller 2006: 109ff).

Im Prozess der Kommerzialisierung – so die hier vertretene Hypothese – artikulieren sich dabei drei voneinander relativ unabhängige Entwicklungen im öffentlichen Sektor: (1) die Privatisierung von öffentlichen Leistungsorganisationen, die (2) internationale Marktlibera-

³ Die theoretischen und gesellschaftlichen Voraussetzungen von Kommerzialisierungs- und Ökonomisierungsprozessen sind die Standardisierung von Leistungen und die hierauf aufbauende (Markt-) Preisbildung, die Ausbreitung der Lohnform sowie die Ausbildung einer manifesten Kundenorientierung sowohl bei den Dienstleistungserbringern als auch den Dienstleistungsnehmern. Diese Voraussetzungen werden in Anlehnung an die klassische Politische Ökonomie als Kommodifizierungsprozesse bezeichnet; sie können hier jedoch nicht empirisch nachgezeichnet werden (vgl. Leys 2001; Crouch 2008).

lisierung und (3) die Ökonomisierung der politischen Steuerung durch New Public Management. Ein in diesem Sinne sich kommerzialisierender Versorgungssektor setzt daher *erstens* zur Realisierung des Leitsystems finanzieller Überschüsse die betriebswirtschaftlich-organisatorische Selbstständigkeit von Leistungsstrukturen und Versorgungseinrichtungen voraus, die über die *formale* Privatisierung (z.B. durch Rechtsformänderungen) erreicht werden können und oft unter neoliberalen Bedingungen finanzieller Austerität in *materielle* Privatisierungen, d.h. den Verkauf öffentlicher Unternehmen an private Unternehme(r)n, münden (vgl. Pelizzari 2001; Bieling/Deckwirth 2008: 15). Mit fortschreitender Privatisierung und Marktliberalisierung kann diese Entwicklung – *zweitens* – in der Anwendung wettbewerbspolitischer und wettbewerbsrechtlicher Regeln auch zur (potenziellen) *Internationalisierung* des jeweiligen Versorgungssektors führen (vgl. Fritz 2004; Bieling/Deckwirth 2008: 18ff; Huffs Schmid 2008). *Drittens* setzt ein sich kommerzialisierender Versorgungssektor auf der regulativen Ebene voraus, dass sich sowohl die politische Steuerung des öffentlichen Dienstleistungssektors als auch die betriebswirtschaftlich-organisatorische Steuerung der Dienstleistungsorganisationen an marktlichen Konzepten orientiert. Die politische Implementierung von Quasi-Märkten oder Wohlfahrtsmärkten einerseits sowie die betriebswirtschaftlich orientierte Umgestaltung der Organisationen im jeweiligen öffentlichen Sektor andererseits werden dabei von dem Reformkonzept des *New Public Management* befördert (vgl. Pelizzari 2001; Schedler/Proeller 2006).

2.3. New Public Management, Managed Care und die Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung

Die Forschung zur Bedeutung von New Public Management im Krankenversorgungsbe- reich steht noch am Anfang. Dennoch verweisen erste Studien darauf, dass ein sich etab- licherender internationaler Reformdiskurs zur Modernisierung der nationalen Gesundheits- systeme sich entlang von Kategorien des NPM orientiert (vgl. z.B. Pelizzari 2001: 131ff; Lee 2003: 139ff; Lister 2005: 79ff). Im Verlauf dieses Beitrags sollen diese Begriffe für die Beschreibung der Entwicklung der Krankenhausversorgung in Deutschland fruchtbar ge- macht und ihre empirische Tragfähigkeit diskutiert werden (vgl. für einen frühen Versuch: Löser-Priester 2003: 21ff). Wegen des korporatistischen Charakters des deutschen Ge- sundheitssystems und auch der Krankenhausversorgung sind die gesetzlichen Kranken- kassen als öffentliche Körperschaften und Träger der mittelbaren Leistungsverwaltung des Staates funktional-organisatorisch für die Implementierung von NPM-Konzepten die geeignete Ebene. Die vier zentralen Konzeptpaare des NPM-Diskurses sollen daher auf

ihre institutionelle und organisationale Verankerung im deutschen Krankenhaussektor hin untersucht werden.

(1) *Wettbewerb und (Quasi)-Märkte*: Wettbewerb auf Märkten oder Quasi-Märkten setzt zum einen die organisatorische Trennung der Leistungsfinanzierer bzw. Leistungskäufer von den Leistungserbringern, also die Durchsetzung eines Auftraggeber-Auftragnehmer-Modells der Dienstleistungserbringung voraus (vgl. Schedler/Proeller 2006: 95ff). Zum anderen müssen konkurrierende private und/oder staatliche Unternehmen/Betriebe vorhanden sein, die marktadäquat zu handeln in der Lage sind (vgl. Schedler/Proeller 2006: 191ff). Entsprechend analytischen Wettbewerbsmodellen agieren Krankenhäuser wenigstens auf drei Teilmärkten: dem Behandlungsmarkt, dem Leistungsmarkt und dem Beschaffungsmarkt (vgl. Cassel 2002; Klaue 2006a: 5ff). Zum wettbewerblichen Handeln von Krankenhäusern auf diesen Teilmärkten bedarf es einer stärkeren finanziellen und operativen Autonomie des Krankenhauses im Verhältnis zu dem Krankenhausträger und ggf. formaler Privatisierungsprozesse (d.h. Rechtsformänderungen). Aber auch die Leistungsfinanzierer bzw. -einkäufer, also die gesetzlichen Krankenkassen, müssen zu einem marktadäquaten Verhalten reorganisiert werden. Inwieweit sind diese Bedingungen im deutschen Krankenhaussektor gegeben?

(2) *Dezentralisierung und Globalbudget*: Die Einführung von Budgets soll zur Effektivierung und Effizienzsteigerung der Leistungserbringung untergeordneter Unternehmens- und Verwaltungseinheiten führen. Gerade unter den im NPM-Konzept akzeptierten Bedingungen knapper öffentlicher Haushalte sollen diese Budgets zu einer wirtschaftlichen Einsetzung vorhandener Ressourcen führen. Dezentralisierungen der Führungs- und Organisationsstruktur, insbesondere die Trennung von Leistungsfinanzierer und Leistungskäufer bzw. -erbringer, spielen bei der Umsetzung der budgetären Steuerung eine zentrale Rolle (vgl. Schedler/Proeller 2006: 87ff und 165ff). Sektorale und globale Budgets, von denen der Krankenhaussektor betroffen sein kann, sollen Effizienzanstrengungen der Krankenhausträger anregen und zu Rationalisierungsprozessen führen. Lassen sich solche Prozesse im deutschen Krankenhaussektor identifizieren?

(3) *Ergebnis- und Leistungsorientierung*: Das NPM-Konzept verspricht auch eine bessere Leistungsqualität, indem Leistungen wirtschaftlich erbracht und gleichzeitig ein gewolltes Ergebnis erreicht werden kann. Dies bedeutet die Einführung leistungsorientierter Vergütungssysteme/Entgeltssysteme und die Kontrolle der Erzielung von geplanten Ergebnissen über vertragliche Vereinbarungen (vgl. Schedler/Proeller 2006: 131ff). Lässt sich eine

solche Ergebnis- und Leistungsorientierung im deutschen Krankenhaussektor beobachten?

(4) *Qualitäts- und Kundenorientierung*: NPM verspricht nicht nur eine bessere Leistungsqualität, sondern versucht diese in der Kombination der Anwendung von Qualitätsmessungssystemen der erbrachten Leistungen einerseits und dem stärkeren Einbezug von Kundenwünschen und -interessen andererseits auch zu gewährleisten (vgl. Schedler/Proeller 2006: 121ff). Kann die Anwendung der Qualitäts- und Kundenorientierung in diesem Sinne im deutschen Krankenhaussektor beobachtet werden?

Managed Care, New Public Management und Einkaufsmodelle

Das aus den USA im Verlauf der letzten 25 Jahre eingeführte Versorgungskonzept des Managed Care (MC) ist die betriebswirtschaftlich-organisationale Ausprägung von NPM im Krankenversorgungssektor. Managed-Care-Konzepte schließen dabei sowohl an die Bedeutung von Wettbewerb und (Quasi-)Märkten (via Selektivverträge) im Gesundheitssystem als auch an die Ergebnis- und Leistungsorientierung sowie die Qualitäts- und Kundenorientierung an, die Kernbestandteile des NPM-Konzeptes sind. Zentraler Grundgedanke von Managed Care ist, dass zwischen dem Leistungsfinanzierer und ausgewählten Leistungserbringern über Einzelverträge (Selektivverträge) eine (partielle) Integration der Leistungserbringungs- und Leistungsfinanzierungsfunktion im Gesundheitswesen erfolgt, die zu einer effizienteren Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen führen soll (vgl. Wiechmann 2003: 49; Amelung/Schumacher 2004: 7).

In der Managed-Care-Literatur wird zwischen Managed-Care-Instrumenten (z.B. zur Vergütungs- und Qualitätssteuerung) und Managed-Care-Organisation als besonderen Formen der vertraglichen Koordination von Kostenträgern und selektierten Leistungserbringern unterschieden (vgl. Wiechmann 2003: 50f; Amelung/Schumacher 2004: 8f). New Public Management und Managed Care unterscheiden sich trotz einiger ähnlicher Grundannahmen⁴ jedoch darin, dass das Konzept des New Public Managements die Perspektive des (übergeordneten) politisch steuernden Staates bzw. der Governancestruktur („Me-

⁴ Diese vergleichbaren Grundannahmen, wie z.B. die Überzeugung der Überlegenheit der Effizienz des Wettbewerbs im Vergleich zu staatlichen Planungsprozessen oder der Bedeutung der Verbindung von Effizienz und Qualitätsverbesserung durch die Anwendung moderner Managementinstrumente und -methoden, lassen sich auf praktisch identische theoretische Grundlagen zurückführen. Beide Konzepte beruhen auf theoretischen Ansätzen, die der neuen Institutionenökonomik zugerechnet werden, insbesondere: Principal-Agent-Theorie, Transaktionskosten-Theorie und Public-Choice-Theorie (vgl. Amelung/Schumacher 2004: 20ff; Schedler/Proeller 2006: 47ff).

tagovernance“; vgl. Jessop 2002: 240ff) einnimmt, wohingegen Managed Care stärker aus einer betrieblich-organisatorischen Perspektive der Leistungserbringung her gedacht wird.

Die Anwendung des New Public Management in der politischen Steuerung der Kranken(haus)versorgung einerseits und die Umsetzung von Managed-Care-Konzepten (Instrumenten und Organisationsformen) der Versorgungsorganisation andererseits artikulieren sich zu einem (internationalen) Reformmodell, das in der international vergleichenden Gesundheitssystemforschung und insbesondere im politikberatenden Zweig als „Einkaufsmodell“ bezeichnet und bisweilen als Benchmark propagiert wird (vgl. z.B. Figueras/Robinson/Jakubowski 2005; Preker/Liu/Velenyi/Baris 2007). Dessen konstitutive Merkmale sind denen des NPM und MC theoretisch und konzeptionell ähnlich. Vergleichbar der empirischen Entwicklung in anderen Politikfeldern, in denen NPM-Konzepte zur Verwaltungsmodernisierung des Staates umgesetzt wurden (vgl. z.B. Pollitt/Bouckaert 2004; Pollitt/van Thiel/Homburg 2007), bleibt die Realisierung dieses Reformmodells für die Kranken(haus)versorgung von politischen und sozialen Macht- und Kräfteverhältnissen sowie von der spezifischen Eigensinnigkeit gesundheitspolitischer „Expertendiskurse“ abhängig.⁵ Ohne auf diese politischen Aushandlungsprozesse weiter eingehen zu können, wird in diesem Beitrag der (schwer zu quantifizierende) Grad der Umsetzung dieses NPM-MC-Reformkonzeptes daran ermessen werden, inwiefern es gelungen ist, Elemente dieses Reformkonzeptes in der (politischen) Steuerung des Kranken(haus)sektors zu implementieren.

⁵ Im hiesigen gesundheitspolitischen Expertendiskurs finden sich mit dem Konzept der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ (Cassel 2002) und der Idee eines „Vertragswettbewerbes“ (Cassel et al. 2008) funktionale Äquivalente des hier zugrundegelegten NPM-Diskurses. Obwohl im Gegensatz zum angelsächsischen Raum in Deutschland nicht explizit von New Public Management gesprochen wird, wenn die dominante markt- und wettbewerbsorientierte Reformstrategie der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ propagiert wird, ist die Parallelität der Aussagen frappierend konvergent, wie ein Vergleich zentraler Schlüsselemente beider Konzepte zu zeigen vermag (Mosebach 2011a). Das hat zwei bedeutende Implikationen für die internationale wissenschaftliche Diskussion: *Erstens* ist der deutsche Diskurs keineswegs so speziell wie die hiesige gesundheitspolitische Community es gern darstellt (und was – nebenbei bemerkt – mit der theoretischen Dominanz institutionalistischer Sichtweisen in den respektiven sozialwissenschaftlichen Disziplinen zu tun hat); und *zweitens* lässt sich nach der Implementierung Neuer Steuerungsmodelle (NSM) in der öffentlichen (Leistungs-)Verwaltung in Deutschland seit Ende der 1990er Jahre die bisweilen vor allem in angelsächsischen Publikationen aufgestellte These kaum noch aufrechterhalten, dass Deutschland hinsichtlich der Durchsetzung von NPM-Konzepten ein Nachzügler ist (vgl. so z.B. Pollitt/Bouckaert 2004).

Kommerzialisierung des Krankenhaussektors = NPM + MC + Privatisierung

Die (politisch durchgesetzte) Marktkonstitution und Liberalisierung des öffentlichen Krankenhaussektors schließlich führt unter Bedingungen des neoliberalen Konstitutionalismus und des nationalen Wettbewerbsstaats zu (materiellen und funktionellen) Privatisierungs- und (als Unterform zu) Internationalisierungsprozessen (in) der Krankenhausversorgung (siehe Tabelle 1). Bei *materieller Privatisierung* handelt es sich um die Übertragung der Eigentumsrechte von öffentlichen in private Hände. *Formale Privatisierungsprozesse* hingegen sind die logische und organisatorisch-praktische Voraussetzung größerer operativer und finanzieller Eigenständigkeit, Kernmerkmale der Anwendung von New Public Management auf der betrieblichen Ebene. Die Eigentumsverhältnisse sind hiervon zwar nicht berührt, wohl aber die Repräsentations- und Verantwortlichkeitsstrukturen. Von formaler und materieller Privatisierung ist zudem die *funktionale Privatisierung* zu unterscheiden. Hierbei handelt es sich zum einen um vielfältige Formen der organisationalen Teilprivatisierung von in öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern angesiedelten Dienstleistungen und Funktionsbereichen, etwa durch Outsourcing und/oder Public Private Partnerships (PPP). Das Ziel dieser funktionalen Privatisierung liegt darin, Betriebskosten zu senken und/oder zusätzliche Einkommensquellen zur Verbesserung der Finanzsituation der Einrichtung zu erschließen. Von dieser betriebswirtschaftlichen Variante ist die staatlich-autoritative Aufgabenprivatisierung zu unterscheiden. Diese Aufgabenprivatisierung verläuft ohne eine direkte Übertragung von Vermögensrechten, hat aber ähnliche Wirkungen wie eine direkte materielle Privatisierung: Das Leistungsprofil zwischen öffentlichen und privatwirtschaftlichen Krankenhäusern verschiebt sich, mit der möglichen Folge, dass die öffentlichen Krankenhäuser vom Markt verschwinden bzw. aufgrund der Ausweitung des privaten Sektors in finanzielle Schwierigkeiten geraten (vgl. zum Privatisierungsbegriff: Schneider/Tenbrücken 2004: 18f; BÄK 2007: 45; Zech 2007: 14f; Bieling/Deckwirth 2008: 15; Mosebach 2009b: 54ff).

Tabelle 1: Synopse von Privatisierungsformen und ihren (potenziell) negativen Auswirkungen auf öffentliche Krankenhaussysteme

Materielle Privatisierung (Vermögensprivatisierung)		Formale Privatisierung (Corporatization of Public Hospitals)	Funktionale Privatisierung (Staatliche/Betriebliche Ebene)	
Vollprivatisierung	Teilprivatisierung	Träger <-> Management Management <-> Arzt/Pflegekräfte	Aufgabenprivatisierung	Finanzierung / Versorgung
Verlust der demokratischen Steuerung öffentlichen Eigentums; Gefahr der Dominanz von Renditeorientierung durch Shareholder-Interessen		Stärkere „marktgetriebene“ Leistungs- und Investitionsportfolios → Gefahr der Entkopplung von Leistungsangebot und Bedarfsprinzip bei mangelnder öffentlicher Bedarfsplanung; kostengetriebene Differenzierung und Reorganisation der Krankenhausbeschäftigten	Marktzutritt privater Anbieter; neue Arbeitsteilung zwischen privatem und öffentlichem Sektor	Abhängigkeit von Privatkapital, Spaltung der Beschäftigten und Fragmentierung betrieblicher Abläufe

Quelle: Mosebach 2009b: 55

Darüber hinaus spielt im Rahmen der kollektiven Absicherung von Krankheitsrisiken noch die Frage der *Leistungsrechtsprivatisierung* eine Rolle. Hierbei handelt es sich um die Frage, auf welche Weise in Anspruch genommene Krankenhausleistungen von dem einzelnen Patienten zu finanzieren sind. Als Leistungsrechtsprivatisierungen sind dabei solche Krankenhausleistungen zu betrachten, die entweder durch die (partielle oder vollständige) Einschränkung des gesetzlichen Leistungsrahmens oder wegen zusätzlicher, außerhalb des gesetzlichen Leistungsrahmens liegender Leistungen von den Patienten selbst oder durch zusätzliche private Versicherungspolice finanziert werden müssen (vgl. Gerlinger/Stegmüller 1995: 155ff; Gerlinger 2004: 501ff).

Die gleichgewichtige und kohärente Durchsetzung von Steuerungskonzepten des NPM, der (betriebswirtschaftlich-)organisatorischen Strategie des Managed Care sowie von Privatisierungs- und Internationalisierungsprozessen können idealtypisch als institutionell-organisatorische Merkmale einer kommerzialisierten Krankenhausversorgung angesehen werden.⁶ Die versorgungspolitische Brisanz einer kommerzialisierten Krankenhausversorgung besteht in der Dominanz finanzieller Anreizmechanismen und Handlungskalküle gegenüber der Sicherstellung/Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Krankenhausleistungen.⁷ In der folgenden Fallstudie sollen die institutionellen und organi-

⁶ Wobei deutlich gemacht werden sollte, dass aus akkumulations- und verwertungstheoretischen Gesichtspunkten sich nicht jede Krankenhausleistung ohne Weiteres privatisieren und aus ihr privater Profit erschließen lässt (vgl. Weltbank 1993; Leys 2001; Preker/Harding 2003; Preker/Harding 2007). Eine kommerzialisierte Krankenhausversorgung kann daher sehr wohl mit der Existenz staatlicher und kommunaler (und freigemeinnütziger) Krankenhäuser, die eine (reduzierte und stets gefährdete) Basisversorgung besorgen, einhergehen. Das diesbezügliche „Realmodell“ ist wohl die Krankenhausversorgung in zahlreichen Bundesstaaten der USA.

⁷ Der Begriff des „Bedarfes“ bzw. noch komplexer der „Bedarfsgerechtigkeit“ ist freilich ein recht unbestimmter Begriff, und das nicht nur in juristischer Hinsicht. Nach der Definition des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR-KAiG 2002: 25ff) lässt sich Bedarfsgerechtigkeit

sationalen Realitäten des deutschen Krankenhaussektors mit dem hier zugrundegelegten Konzept der kommerzialisierten Krankenhausversorgung verglichen werden (siehe Tabelle 2). Dabei wird abzuwägen sein, zu welchem Grad (hoch/mittel/niedrig) die Krankenhausversorgung kommerzialisiert ist. Wegen ontologisch-epistemologischen Gründen und der (bislang) begrenzten Quantifizierbarkeit der Vergleichskategorien wird eine qualitative Interpretation mit vorläufigem, heuristischem Wert vorgenommen. Auf die versorgungspolitische Herausforderung des Widerspruchs zwischen Kommerzialisierungsprozessen und bedarfsgerechter Versorgung wird im letzten Abschnitt noch zurückzukommen sein.

Tabelle 2: Institutionell-organisatorische Merkmale einer kommerzialisierten Krankenhausversorgung

		Deutschland
New Public Management	Wettbewerb und Quasi-Markt	Realisierungsgrad: Hoch / Mittel / Niedrig ??
	Dezentralisierung und Globalbudget	
	Ergebnis- und Leistungsorientierung	
	Qualitäts- und Kundenorientierung	
Managed Care	Neue Versorgungsformen (Selektivverträge)	
	Vergütungssystemreform	
	Qualitäts- und Kostensteuerung	
	Evaluationsverfahren	
Privatisierungsformen	Formale Privatisierung	
	Materielle Privatisierung (Internationalisierung)	
	Funktionale Privatisierung	
	Leistungsrechtsprivatisierung	

Eigene Zusammenstellung

als Bereitstellung (oder auch Abwesenheit) adäquater Leistungsstrukturen interpretieren, wenn (1) ein subjektiver und objektiver Bedarf, (2) nur ein objektiver Bedarf und (3) im Sinne der vermeidbaren Fehlversorgung nur ein – nicht objektivierbarer – subjektiver Bedarf besteht. Doch selbst diese (formal-prozedurale) Begriffsdefinition – darüber ist sich der SVR selbst im Klaren – umgeht das Problem der auf die konkrete Krankenbehandlung bezogenen Frage, wie eine bedarfsgerechte Versorgung zu konzipieren wäre, die – aus welchen Gründen auch immer – nicht mehr erfüllt wird. Nur so wäre eine empirisch gehaltvolle Abschätzung von Kommerzialisierungseffekten auf die Qualität und Bedarfsorientierung der Krankenversorgung überhaupt möglich. Entsprechende operationalisierbare Konzepte hierzu liegen allerdings bislang nicht vor (vgl. für eine Übersicht: Mosebach 2011b).

3. Krankenhausregulierung und Krankenhausversorgung im deutschen Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem und insbesondere auch die Krankenhausversorgung ist im internationalen Vergleich wesentlich geprägt durch die Kompetenzüberlagerungen zwischen Bund und Ländern aufgrund der föderalen Staatsstruktur einerseits und der bundesstaatlich bestimmten Sozialversicherungsarchitektur des deutschen Wohlfahrtsstaates andererseits (vgl. Alber/Schenkluhn 1992; Wendt 2003; Tiemann 2006). Der Krankenhaussektor lässt sich in Anlehnung an ein Analysemodell der internationalen Gesundheitssystemforschung weiter in die Finanzierungsfunktion und Versorgungsfunktion differenzieren (vgl. Wendt 2005; Rothgang 2006). Entsprechend der föderalen Politikverflechtung einerseits und der korporatistischen Struktur des Gesundheitssystems andererseits kann in der Analyse der Regulierung beider Funktionen zwischen der institutionellen Verankerung von Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht unterschieden werden. Der Begriff der *Entscheidungskompetenz* beschreibt die – letztlich – verfassungsmäßige Zuständigkeit über grundlegende krankenhauspolitische Entscheidungen, die entweder auf der Bundes- oder Länderebene angesiedelt sind. Ergänzend hierzu macht der Begriff der *Entscheidungsmacht* deutlich, dass aufgrund der korporatistischen Steuerung des deutschen Gesundheitssystems, welche oftmals im „Schatten des Staates“ stattfindet (vgl. Manow/Döhler 1997; Scharpf 2000: 323ff), die inhaltliche Entscheidungsmacht im politischen Aushandlungsprozess entweder (mehr) staatlich oder (mehr) staatlich delegiert in korporatistischer Weise erfolgt. Entscheidungskompetenz einerseits und Entscheidungsmacht andererseits konstituieren integral betrachtet funktionale Regulierungsregimes im deutschen Krankenhaussystem. In diesem Abschnitt werden zunächst die institutionellen und organisatorischen Veränderungen der Regulierungsstrukturen und Regulierungsinhalte der Finanzierungs- und Leistungserbringungsfunktion im deutschen Krankenhaussystem dargestellt (3.1.). Im Anschluss daran werden zentrale empirische Entwicklungstendenzen der Leistungs- und Kapazitätsstruktur dargestellt (3.2.).

3.1. Der Wandel funktionaler Regulierungsregimes im deutschen Krankensektor⁸

3.1.1. Das Regulierungsregime der Finanzallokation im Krankensektor

Die *Regulierung der Finanzallokation* im Krankensektor konstituiert ein komplexes Entscheidungsgeflecht aus länderstaatlicher und korporatistischer Regulierung (siehe Matrix 1). Die Finanzierungsfunktion im Krankensektor umfasst zum einen die Finanzierung der laufenden Behandlungskosten und zum anderen die Bereitstellung finanzieller Mittel zum Bau, Erhalt und Modernisierung von Gebäuden und anderen Anlagegütern. Seit der ersten großen Koalition aus CDU, CSU und SPD (1966-69) beinhaltet das Grundgesetz (GG) die Bestimmung, dass dem Bund über die konkurrierende Gesetzgebung die Kompetenz zur „wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) zusteht. Über diese Verfassungsnorm realisierte die nachfolgende sozialliberale Reformkoalition aus SPD und FDP (1969-1974) unter dem sozialdemokratischen Kanzler Willy Brandt eine (zeitlich) begrenzte größere finanzielle Beteiligung des Bundes bei der Modernisierung der Krankenhauslandschaft in den siebziger Jahren durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG 1972). Die gleichzeitig eingeführte Vereinheitlichung der Krankenhausplanung blieb im Detail den Ländern überlassen (KHG 1972; vgl. Simon 2000: 69ff).

Matrix 1: Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht in der Regulierung der Finanzallokation im deutschen Krankensektor

Entscheidungsmacht

	Staatlich	Korporatistisch
Bundesebene	<i>Rahmenvorgaben</i>	Behandlungskosten
Landesebene	Investitionskosten	<i>Implementation</i>

Entscheidungskompetenz

Eigene Darstellung

⁸ Die empirische Analyse beschreibt die Regulierungsstruktur und Sektorentwicklungen im deutschen Krankenhaussystem vor der Verabschiedung des jüngsten Krankenhausreformgesetzes 2009. Dieses von der großen Koalition beschlossene Reformgesetz hat jedoch keine grundlegende Umkehr des hier dargestellten Kommerzialisierungstrends begründet, so dass auf eine explizite Einarbeitung verzichtet wurde (vgl. zu Verhandlungsverlauf und Ergebnissen dieses Gesetzes: Böhm 2009; Mosebach 2009c).

Aufgrund der Wirtschaftsrezession der 1970er Jahre bekam die Kostendämpfung im Gesundheitswesen und auch in der Krankenhauspolitik eine zentrale Bedeutung. Statt von einer Unterversorgung mit Krankenhäusern wie zu Beginn der 1970er Jahre zu sprechen, wurde nunmehr der Krankenhaussektor als Kostenfaktor interpretiert und der Kapazitätsabbau auf die politische Agenda gehoben (vgl. Simon 2000: 89ff). Folgerichtig zog sich der Bund aus der Mischfinanzierung von Investitionen im Krankenhaussektor durch das Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNG) aus dem Jahr 1984 zurück. Doch selbst nach dem Rückzug des Bundes aus der Investitionsfinanzierung durch die christlich-liberale Regierungskoalition aus CDU, CSU und FDP bleibt die Bundesebene verfassungsrechtlich gesehen die entscheidende Ebene. Zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser setzte sich im Folgenden eine neue Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern durch (vgl. Böhm 2008; Simon 2008a): Die Krankenhäuser sollen nun durch die Gewährleistung leistungsgerechter Erlöse aus den Pflegesätzen, die maßgeblich auf Bundesebene ausgestaltet sind, und durch eine öffentliche Investitionsfinanzierung, die von den Bundesländern durchgeführt wird, wirtschaftlich gesichert werden (§ 4 KHG).

Hierzu wurde zum einen durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (GKV-GRG 2000) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem für die allgemeinen Krankenhausleistungen anvisiert (§ 17b KHG), das mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) im Jahr 2002 (im Rahmen des Fallpauschalengesetzes 2002) rechtlich spezifiziert wurde. An der Regulierung und Ausgestaltung dieses neuen Vergütungssystems im Krankenhaussektor sind die korporatistischen Akteure der Kostenträger und Leistungserbringer auf der Bundes- und Länderebene maßgeblich beteiligt (vgl. Böhm 2008: 46ff ; Simon 2008a: 238ff).

Auf der Bundesebene werden von einem durch die korporatistischen Akteure gegründeten DRG-Institut (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*, kurz: InEK) die Bewertungsrelationen der diagnosebezogenen Fallpauschalen (= Diagnoses Related Groups: DRGs) regelmäßig ermittelt (§ 17b Abs. 2 KHG u. § 9 KHEntG). Der Fallpauschalenkatalog und weitergehende Detailregelungen werden zudem von den Selbstverwaltungspartnern jährlich in einer Vereinbarung zum Fallpauschalensystem rechtlich fixiert (sog. Fallpauschalenvereinbarung, FPV).

Auf der Landesebene werden die Punktwerte gemäß den sektoralen Budgetregelungen für den Krankenhaussektor festgelegt. Während der von 2005 bis 2009 geltenden Konvergenzphase, in der sich die im DRG-System abgebildeten Kostenstrukturen der Kran-

kenhäuser annähern sollen, werden auf der Krankenhausebene zwischen dem Krankenhausträger und den beteiligten Sozialleistungsträgern noch krankenhaushausindividuelle Punktwerte verhandelt, die letztlich den „Preis“ einer DRG bestimmen (§ 11 Abs. 1 KHEntG).

Zudem können zwischen dem Krankenhaus und einer Arbeitsgemeinschaft der Sozialleistungsträger noch verschiedene Zu- und Abschläge (§ 7 KHEntG Nr. 2-7) vereinbart werden, deren Regeln jedoch von den korporatistischen Akteuren auf der Bundesebene festgelegt wurden (§§ 17a und 17b KHG).

Ebenfalls auf der Bundesebene wurde seit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (GKV-GSG 1993) die Ausgabenentwicklung im Krankenhaussektor „gedeckelt“, indem – in verschiedener technischer Ausgestaltung – die jährlichen Ausgabensteigerungen im Krankenhaussektor an die Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen des Vorjahres gebunden wurden (sog. Grundlohnsummenbindung) (vgl. Simon 2008b). Mit dem GKV-GRG 2000 wurde die sektorale Budgetierung über die Grundlohnsummenanbindung der Krankenhausaufgaben verschärft (§ 71 SGB V). Sie bewirkte, dass die jährlichen Krankenhausbudgets in den letzten fünf Jahren (2004-2008) mit jahresdurchschnittlich deutlich unter 1 Prozent (nominaler Wert) kaum gewachsen sind (vgl. Simon 2008b: 16). Die strukturell seit Mitte der 1990er Jahre höher liegende jährliche Wachstumsrate der Krankenhausaufgaben insgesamt im Vergleich zu der Wachstumsrate der GKV-Krankenhausaufgaben ergibt sich aus programmbezogenen finanziellen Zuwendungen des Bundes (so z.B. zur Sicherstellung einer ausreichenden psychiatrischen Versorgung nach der Psychiatrie-Personal-Verordnung; siehe Tabelle 3). Die Schwankungen der jährlichen Wachstumsraten der GKV-Krankenhausaufgaben wiederum ergeben sich vor allem durch den Ausgleich von vorjährigen Mehr- bzw. Mindererlösen, wenn die Mengengerüstplanung der Krankenhäuser nicht mit der realisierten Menge an Krankenhausleistungen innerhalb eines Jahres übereinstimmte.

Tabelle 3: Ausgaben für Krankenhäuser (ohne öffentliche Investitionsförderung)

	Ausgaben für Krankenhäuser insgesamt (Deutschland)			Veränderungsrate nach § 71 SGB V		GKV-Ausgaben für Krankenhausbehandlung		
	in Mio. Euro	Veränd. gegenüber Vorjahr in %	Ausgaben in % des BIP	West	Ost	in Mio. Euro	Veränd. gegenüber Vorjahr in %	Anteil an den Krankenhausausgaben insgesamt
1992	42.634	-	2,59	-	-	34.948	-	81,97
1993	45.468	6,65	2,68	4,00	16,50	37.188	6,41	81,79
1994	49.103	7,99	2,76	2,40	8,90	40.355	8,52	82,18
1995	51.073	4,01	2,76	0,70	0,40	41.928	3,90	82,09
1996	51.509	0,85	2,75	0,86	1,11	42.569	1,53	82,64
1997	53.213	3,31	2,78	1,30	2,30	43.663	2,57	82,05
1998	54.938	3,24	2,80	1,00	0,80	44.984	3,03	81,88
1999	55.660	1,31	2,77	1,66	0,27	45.227	0,54	81,26
2000	56.426	1,38	2,74	1,43	1,43	46.008	1,73	81,54
2001	57.167	1,31	2,71	1,63	1,63	46.431	0,92	81,22
2002	58.593	2,49	2,73	1,84	1,87	47.692	2,72	81,40
2003	59.193	1,02	2,74	0,81	2,09	48.207	1,08	81,44
2004	60.567	2,32	2,74	0,02	0,71	49.237	2,14	81,29
2005	62.107	2,54	2,77	0,38	0,38	50.689	2,95	81,62

Quelle: Simon (2007: 29)

Zum anderen ist die staatliche Investitionsförderung durch die Länder daran gebunden, dass ein Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen wird (§ 8 Abs. 1 Satz 1 KHG). Die Länder fördern auf Antrag die Neuerrichtung von Krankenhäusern und die Wiederbeschaffung von langlebigen Anlagegütern (§ 9 Abs. 1 KHG). Sie bewilligen ebenfalls auf Antrag verschiedene strukturpolitisch relevante Fördermittel, etwa zur Umwidmung von Krankenhäusern in Pflegeeinrichtungen (§ 9 Abs. 2 KHG). Zudem wird die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit einem Pauschalbetrag von den Ländern finanziell gefördert (§ 9 Abs. 3 KHG). Die öffentliche Investitionsförderung durch die Länder kann zum Teil durch eine Eigenfinanzierung durch den Krankenhaussträger ergänzt werden, wobei jedoch die Landesverbände der Krankenkassen zustimmen müssen (§ 8 Abs. 1 KHG). Die Situation der Investitionsförderung ist durch einen „öffentlichen Investitionsstau“ gekennzeichnet, der Schätzungen zufolge bis zu 30 Mrd. Euro beträgt. Die KHG-Fördermittel sind entsprechend von 1994 bis 2004 real um 32,3% gesunken. Seitdem haben sie sich stabilisiert, was jedoch den öffentlichen Investitionsstau nicht abzubauen vermochte (vgl. Steiner/Mörsch 2005; DKG 2010).

3.1.2. Das Regulierungsregime der Kapazitäten und Leistungen im Krankenhaussektor

Die *Regulierung der Krankenhausversorgung* unterliegt – ähnlich den Regulierungsstrukturen der Finanzallokation im Krankenhaussektor – einem Mischsystem aus eher staatlich geprägter Regulierung auf Länderebene und korporatistisch geprägter, d.h. staatlich delegierter Regulierung auf Bundesebene (siehe Matrix 2). Die Regulierung der Bereitstellung der Kapazitäten (Marktzugang) unterliegt in ihrer Verkopplung zur Investitionsförderung praktisch vollständig den Ländern. Die Verfahren der Krankenhausplanung sind dabei in den jeweiligen Landesgesetzen niedergelegt. Sie werden in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich umgesetzt und beziehen die Kostenträger und Leistungserbringer in verschiedener Weise in die Entwicklung und Fortschreibung des Landeskrankenhausplanes ein (vgl. Schwintowski 2006b: 153ff; DKG 2008: 6ff).

Die Krankenhausplanung orientiert sich dabei grundsätzlich um, denn in vielen Bundesländern werden die Standorte nicht mehr durch den Krankenhausplan zentral vorgegeben, sondern dezentral in regionalen Planungskonferenzen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern ausgehandelt (etwa in Hessen). Zudem werden wegen der Verbundbildung im Krankenhaussektor die Entscheidungen über die vorzuhaltenden Betten de facto den privaten, (über-)kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhausverbänden überlassen. Dieser Prozess der Veränderung der Krankenhausplanung wird als „Rahmenplanung“ bezeichnet (vgl. Bruckenberger 2006; DKG 2008).

Ergänzend zur kollektiven Rahmenplanung können die Landesverbände der Krankenkassen über die Krankenhausplanung hinaus einzelne Versorgungsverträge mit Krankenhäusern eingehen und diese auch wieder kündigen, aber die Kündigung unterliegt der Zustimmung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde (§§ 109 und 110 SGB V). Das seit einiger Zeit von den Krankenkassen verfolgte Ziel, über die Schließung von Krankenhäusern selbst zu entscheiden, konnte daher mit dieser Regelung bislang nicht realisiert werden. Infolgedessen ist die Zahl von Krankenhäusern, die über einen individuellen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen verfügen, sehr klein (weniger als zwei Prozent aller Krankenhausleistungen; Simon 2008a: 279). Im Umkehrschluss bedeutet das, dass die Krankenkassen dazu verpflichtet sind, mit allen Planungskrankenhäusern einen kollektiven Versorgungsvertrag einzugehen (sog. Kontrahierungszwang).

Matrix 2: Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht in der Regulierung der Krankenhausversorgung im deutschen Krankenhaussektor (Marktzugang/Kapazitäten und Leistungsinhalte/-qualität)

		Entscheidungsmacht	
		Staatlich	Korporatistisch
Entscheidungskompetenz	Bundesebene	<i>Rahmenvorgaben</i>	Leistungsinhalte und -qualität
	Landesebene	Marktzugang / Kapazitäten	<i>Implementation</i>

Eigene Darstellung

Die Regulierung der Leistungsinhalte (d.h. -formen) sowie der Leistungsqualität ist sozialrechtlich als Bestandteil des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) kodifiziert. Die Krankenhausleistungen werden in der Regel vollstationär und teilstationär (§ 39 SGB V), aber zeitlich begrenzt und an eine Patientenaufnahme gebunden auch vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) sowie zunehmend ambulant durchgeführt (§ 115b SGB V). Zudem können sich Krankenhäuser an besonderen Versorgungsformen beteiligen, insbesondere der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V und strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease Management Programme; § 137f SGB V).

Krankenhäuser können zudem seit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 (GKV-ModG 2004) auch als Träger von Medizinischen Versorgungszentren (MVZen) direkt in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sein. Die Erbringung ambulanten Behandlung durch Krankenhausärzte (§ 116 SGB V) oder ganzer Fachgebiete eines Krankenhauses (§ 116a SGB V) wird in den Fällen ermöglicht, in denen eine vertragsärztliche Unterversorgung festgestellt wird. Desweiteren sind zugelassene Krankenhäuser zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen mittels hochspezialisierter Leistungen berechtigt, „wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztli-

chen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist.“ (§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als zentrales Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Leistungserbringern und Kostenträgern auf der Bundesebene entwickelt den Katalog hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Abs. 3 SGB V weiter (vgl. § 116b Abs. 4 SGB V).

Die Leistungsinhalte und -formen werden in unterschiedlicher Weise reguliert, wobei der Bundesebene der korporatistischen Selbstverwaltung, insbesondere der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine besondere Rolle zukommt. Die Bedeutung des Bundesgesundheitsministeriums bei der Regulierung der Leistungsinhalte und -formen ist allerdings in den letzten Jahren gewachsen (vgl. Gorschlüter 2001: 13ff; Schwintowski 2006a: 124ff; Böhm 2008: 33ff).

Die konkreten Leistungsverträge auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses werden zwischen diesem und einer Gemeinschaft von Kostenträgern, zu denen auch die gesetzlichen Krankenkassen zählen, ausgehandelt. Dabei hat ein in den Krankenhausplan aufgenommenes Krankenhaus ein Recht auf den Abschluss eines Leistungsvertrags mit den Krankenkassen (vgl. Böhm 2008: 53ff). Lediglich im Falle der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V spielen direkte Einzelverträge zwischen (Gruppen von) Kostenträgern und dem Krankenhausträger die zentrale Rolle. In diesen Verträgen kann von den Vorschriften des KHG und des KHEntG abgewichen werden (§ 140 Abs. 4 SGB V); zudem können in ihrem Rahmen beteiligte Krankenhausärzte bzw. Fachabteilungen ihren Versorgungsbereich erweitern, sofern das Krankenhaus mit einer ambulanten Facharztpraxis einen solchen IV-Vertrag geschlossen hat (§ 140b Abs. 4 Satz 3).

Mit der Einführung des auf diagnosebezogenen Fallpauschalen basierenden Vergütungssystems durch das GKV-GRG 2000 und nachfolgend des Fallpauschalengesetzes (FPG 2002) wurde die Gewährleistung einer hohen Leistungsqualität durch die Leistungserbringer zur gesetzlichen Verpflichtung. Seitdem sind Ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen zur Einrichtung interner Qualitätsmanagementsysteme verpflichtet und müssen an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen teilnehmen (vgl. Böhm 2008). Diese Regulierung der Leistungsqualität ist sukzessive auf die Gemeinsame Selbstverwaltung aus Leistungserbringern und Kostenträgern übertragen worden und unterliegt mittlerweile den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem zentralen korporatistischen Gremium der Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser auf Bundesebene. Im

G-BA sind zwei Unterausschüsse zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im Krankenhaussektor zuständig. Der Unterausschuss „externe stationäre Qualitätssicherung“ ist für verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern nach § 135a Abs. 2 SGB V zuständig. Der zweite G-BA-Unterausschuss zu „sonstiger stationärer Qualitätssicherung“ ist für Aufgaben gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 1 bis 6 SGB V zuständig. Zudem übernahm der G-BA „die bereits vor 2004 von den Selbstverwaltungspartnern getroffenen Vereinbarungen zur Qualitätssicherung“ (Brenske et al. 2005: 169). Hiernach ist zweijährlich ein strukturierter Qualitätsbericht von den Krankenhäusern vorzulegen, der bei Beanstandungen in einem Mediationsverfahren auf Länderebene von Vertretern der Leistungserbringer und der Kostenträger erörtert wird. Zudem müssen im Rahmen der Anwendung des durchgängigen, leistungsorientierten und fallpauschalierenden Vergütungssystems bei bestimmten Indikationen Mindestmengen an Fällen von den Krankenhäusern erreicht werden, damit sie diese Leistungen fortan anbieten dürfen. Grundüberlegung ist, dass mit zunehmender Fallzahl die Routine bei der Erbringung des Eingriffes steigt und sich dadurch die Fehlerhäufigkeit reduziert. Allerdings kann ein Bundesland bestimmen, dass zur Sicherstellung der lokalen Versorgung mit Krankenhausleistungen von der bundesrechtlichen Mindestmengenregel abgewichen werden darf.

3.1.3. Die Regulierung grenzüberschreitender Krankenhausversorgung

Im Zuge politischer und ökonomischer Internationalisierungsprozesse (internationale Regulationssysteme, internationaler Handel und ausländische Kapitalbeteiligungen) einerseits und der zunehmenden internationalen Mobilität von Personen (Tourismus, Arbeitsmigration, transnationale Managerklasse) andererseits nimmt die Bedeutung grenzüberschreitender Erbringung von Krankenhausdienstleistungen potenziell zu. Die nationale Regulierung von Krankenhausdienstleistungen im deutschen Gesundheitswesen steht dabei mit der Anwendung internationalen Handelsrechts und des europäischen Binnenmarktrechts im potenziellen Konflikt, auch wenn sich bislang aufgrund eingeschränkter Kompetenzen supranationaler Regulierungsebenen kein transnationales Regulierungsregime herausgebildet hat (vgl. Bieling/Steinhilber 2000; Luff 2003; Klaue 2006b: 170ff; Schwintowski 2006c: 185ff).

Multilaterale Dienstleistungsliberalisierung durch die WTO (GATS)

Auf globaler Ebene sind insbesondere die Bestimmungen des Allgemeinen Dienstleistungsabkommens (General Agreement on Trade in Services, GATS) im Rahmen der Welthandelsorganisation (World Trade Organization, WTO) von Bedeutung (vgl. Mosebach 2003a; Fritz et al. 2006).

Als grenzüberschreitender Dienstleistungshandel werden im GATS vier Erbringungsformen unterschieden (Art. I Abs. 2 lit. a-d GATS): (a) grenzüberschreitende Dienstleistungserbringung (DLE) aus einem Hoheitsgebiet eines Mitglieds in das Hoheitsgebiet eines anderen Mitglieds, (b) Dienstleistungserbringung im Hoheitsgebiet eines Mitglieds an den Dienstleistungsnutzer eines anderen Mitglieds, (c) Dienstleistungserbringung durch einen Dienstleistungserbringer eines Mitglieds mittels kommerzieller Präsenz im Hoheitsgebiet eines anderen Mitglieds und (d) Dienstleistungserbringung eines Mitglieds mittels Präsenz natürlicher Personen eines Mitglieds im Hoheitsgebiet eines anderen Mitglieds.

Eine Besonderheit des GATS ist, dass es von der einzelnen Dienstleistung ausgeht, wie sie in den Dienstleistungsklassifikationen der Vereinten Nationen niedergelegt ist. Dies bedeutet, dass Dienstleistungen *im* Krankenhaus keineswegs nur im Bereich der Krankenhausdienstleistungen anzutreffen sind, handelt es sich bei letzteren doch um pflegerische und ärztliche Dienstleistungen im Krankenhaus. Finanzdienstleistungen, Managementdienstleistungen oder Rechtsdienstleistungen *für* das Krankenhaus werden anderen Dienstleistungskategorien subsumiert (siehe Tabelle 4).

Entsprechend internationalen Handelsrechtsstandards sind die zentralen Prinzipien des GATS die Meistbegünstigung (Art. II GATS) sowie die diskriminierungsfreie Inländerbehandlung (Art. XVII GATS) und der freie Marktzugang (Art. XVI GATS). Die Meistbegünstigungsregelung bedeutet, dass für alle Vertragsmitglieder des GATS dieselben Bedingungen zum Marktzugang bzw. zur Inländerbehandlung gelten. Das GATS zielt dabei zwar auf eine weitere Liberalisierung des Dienstleistungshandels seit seiner Konstituierung in der sog. Uruguay-Runde der Welthandelsgespräche, die 1994 im Wesentlichen abgeschlossen waren. Allerdings gibt es keinen Automatismus zur weitergehenden Liberalisierung; der Fortschritt der Dienstleistungsliberalisierung bleibt weitgehend von den Entscheidungen der Mitglieder der WTO, für die das GATS gültig ist, abhängig (vgl. Mosebach 2003a; Fritz et al. 2006). Die geplante Neuaufnahme der GATS-Verhandlungen

seit 1999 ist jedoch bislang am Widerstand vieler Entwicklungs- und Schwellenländer in der neuen Doha-Welthandelsrunde vorläufig gescheitert (vgl. Gallagher 2008).⁹

Tabelle 4: Beispiele grenzüberschreitender Krankenhausleistungen und anderer grenzüberschreitender Dienstleistungen für Krankenhäuser nach den Definitionen des GATS

	Krankenhausedienstleistungen	Andere Dienstleistungen
Modus 1 <i>(Grenzüberschreitende DLE)</i>	Radiologische Untersuchung via E-Health-Infrastruktur	Kosten- und Leistungsrechnung für heimische Krankenhäuser via Internet durch ein ausländisches Finanzdienstleistungsunternehmen
Modus 2 <i>(Konsumentenmobilität)</i>	Inanspruchnahme einer Krankenhausbehandlung im Ausland durch den Patienten	Managementberatungsdienste durch inländische Manager bei der Führung eines ausländischen Krankenhausunternehmens
Modus 3 <i>(Kommerzielle Präsenz)</i>	Krankenhausbehandlung in einer Tochtergesellschaft eines ausländischen Krankenhauskonzerns	Managementberatungsdienste einer Tochtergesellschaft einer ausländischen Unternehmensberatungsfirma im Inland an das Krankenhausmanagement eines inländischen Krankenhauses
Modus 4 <i>(Arbeitsmigration)</i>	Operationen oder Behandlungen im Krankenhaus durch ausländische Werkvertragsarbeitnehmer (Ärzte und/oder Pflegekräfte)	Instandhaltungen von Sanitäreinrichtungen eines inländischen Krankenhauses durch Arbeitnehmer eines ausländischen Installationsbetriebs

Eigene Darstellung

Die Mitgliedsstaaten entscheiden in den Verhandlungsrunden darüber, welche Bereiche sie für welchen Leistungserbringungsmodus öffnen möchten (sektorale Liberalisierungsverpflichtungen). Zudem können sie z.B. hinsichtlich der Behandlung öffentlicher Dienstleistungen allgemeine Ausnahmeregelungen formulieren (horizontale Einschränkungen). Zwar verfügt die WTO über einen im internationalen Vergleich sehr effektiven Streitlichtungsmechanismus, dessen Entscheidungen jedoch oft politisch angefochten werden, nicht unmittelbar durchsetzbar sind und der vor allem nicht von privaten Personen angerufen werden kann (Art. XXIII GATS) (vgl. Mosebach 2003a; Fritz et al. 2006).

⁹ Wegen dieser hierdurch hervorgerufenen Blockade multilateraler Handelspolitik hat sich die handelspolitische Aktivität auf sog. bilaterale Handelsverträge zwischen Ländern bzw. Handelsblöcken verlagert. Deren Zahl ist in den letzten zehn Jahren aufgrund der schwierigen Verhandlungslage bei der WTO sprunghaft gestiegen. Eine Analyse solcher bilateraler Handelsverträge im Hinblick auf Aspekte der Gesundheits- und Krankenversorgung liegt bislang nicht vor.

Der Bereich der Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen ist der am wenigsten liberalisierte Bereich. Allerdings haben die EU-Mitgliedsstaaten, die im Bereich der GATS-Dienstleistungsliberalisierung im Gegensatz zum GATT-Warenhandel neben der EU-Kommission ein Mitentscheidungsrecht haben¹⁰, während des Abschlusses der Uruguay-Runde in unterschiedlicher Form sektorale Liberalisierungszugeständnisse im Krankenhausbereich gemacht. Deutschland hat im Vergleich zu anderen EU-Staaten, insbesondere den skandinavischen Ländern, vergleichsweise starke sektorale Liberalisierungszugeständnisse bei der kommerziellen Präsenz, d.h. der Zulassung außereuropäischer Kapitalinvestitionen im Krankenhaussektor, gemacht (vgl. WTO 1998; Mosebach 2003a). Aufgrund der horizontalen Einschränkungen des gesamten EU-Liberalisierungsangebots, welches den öffentlichen Sozial- und Gesundheitssektor unter bestimmten Bedingungen (Monopolrechte) effektiv vor den Wirkungen des GATS schützt, bleibt die Interpretation der sektoralen Liberalisierungen im Krankenhaussektor letztlich von der Entwicklung des Europäischen Binnenmarktprojektes und der dort erfolgten Liberalisierungseffekte im Krankenhaussektor einerseits und der strategischen Verhandlungspositionen der Mitgliedsstaaten des GATS-Abkommens andererseits abhängig (vgl. Tietje 2000: XIX; Fritz et al. 2006). Sollten jedoch die horizontalen Ausnahmebestimmungen für die öffentlichen Gesundheitssysteme fallen, könnten die GATS-Bestimmungen zahlreiche Regelungen der Leistungssteuerung und -planung sowie der Leistungsqualität im Krankenhaussektor aushebeln. Allerdings besteht über die möglichen Folgen der GATS-Liberalisierung auf die nationalen Gesundheitssysteme keine einheitliche Einschätzung in der internationalen Expertendiskussion (vgl. Pollock/Price 2000; McKee/Mossialos 2000; Price/Pollock/Shaul 2001; Deacon et al. 2003; Luff 2003; Mosebach 2003a; Pollock/Price 2003; Blouin/Drager/Smith 2006; Shaffer et al. 2007).

Auswirkungen des EU-Binnenmarktrechts auf die Regulierung des Krankenhaussektors

Die grenzüberschreitende Krankenhausversorgung im Rahmen der Europäischen Union wird durch das europäische Binnenmarktrecht und das europäische Wettbewerbsrecht

¹⁰ Die nach starkem Widerstand in einzelnen EU-Mitgliedsstaaten verspätet und modifiziert als Vertragsabkommen von Lissabon bezeichnete EU-Verfassung weicht dieses mitgliedstaatliche Letztentscheidungsrecht auf. In Art. 207 des „Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union“ wird bestimmt, dass nunmehr auch in Handelsfragen, die Dienstleistungen betreffen, der EU (Rat und Parlament) die Entscheidungsmacht zusteht und die EU-Kommission in deren Benehmen die Verhandlungen führt. Welche Konsequenzen dies für die multilateralen Dienstleistungsverhandlungen hat, sei dahingestellt. Beachtet werden sollte jedoch, dass auch die aufgrund multilateraler Sackgassen stark ausgeweitete Handelspolitik über bilaterale Vertragsabkommen von der EU-Kommission nunmehr sowohl im Waren- als auch Dienstleistungsbereich ausgehandelt werden (können).

beeinflusst (vgl. Klaue 2006b: 170ff; Schwintowski 2006c: 187ff). Zudem sind mit dem Europäischen Gerichtshof (EuGH) und der Europäischen Kommission (EU-Kommission) im Vergleich zu den Bestimmungen des Multilateralen Dienstleistungsabkommens (GATS) bedeutend stärkere Rechtsdurchsetzungsmechanismen bzw. -akteure vorzufinden.

Die grundlegenden Prinzipien des europäischen Binnenmarktes sind die vier Grundfreiheiten: (a) die Warenverkehrsfreiheit, (b) die Dienstleistungsfreiheit, (c) die Personenfreiheit (Niederlassungsfreiheit und Arbeitnehmerfreizügigkeit) und (d) die Kapitalfreiheit. Die Durchsetzung dieser idealen Freiheiten durch negative und positive Integration ist das Kernziel des europäischen Integrationsprozesses (vgl. Scharpf 1999; Ziltener 1999; Altva-ter/Mahnkopf 2007).

Obwohl Art. 152 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV) in der Fassung von Nizza bestimmt, dass die „Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung“ bei den Mitgliedsstaaten liege, hat sich seit den Aufsehen erregenden Urteilen des EuGH seit Mitte der 1990er Jahre die Auffassung durchgesetzt, dass dennoch die binnenmarktrechtlichen Prinzipien beim grenzüberschreitenden Austausch beachtet werden müssen (vgl. zur gesundheitspolitischen Bedeutung der EU: Schmidt am Busch 2007).

Die Waren- und Dienstleistungsfreiheit kann gemäß diesen Urteilen nur bei Krankenhausdienstleistungen effektiv eingeschränkt werden. Im Gegensatz zum ambulanten Sektor erkennt der EuGH die Möglichkeit an, dass wegen der immensen öffentlichen Investitionskosten ein System der vorherigen Genehmigung zur Inanspruchnahme einer Krankenhausdienstleistung im EU-Ausland notwendig ist (vgl. Mosebach 2003b: 32). Allerdings bleibt wegen der unterschiedlichen Abgrenzungen des ambulanten vom stationären Sektor in europäischen Gesundheitssystemen im Einzelfall unklar, was eine ambulante von einer stationären Versorgung unterscheidet. Die EU-Kommission versucht daher seit einiger Zeit, zunächst mit der sog. Bolkestein-Richtlinie und neuerdings mit einer speziell für Gesundheits- und Sozialdienstleistungen konzipierten Richtlinie hier zu einer klareren Regelung zu kommen, die möglicherweise zu einer punktuellen Ausweitung grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen führen könnte (vgl. Schmucker 2004; Dräger 2006, 2008; Gerlinger/Mosebach/Schmucker 2010).

Auf einer grundsätzlichen Ebene ist die Arbeitnehmerfreizügigkeit bzw. Niederlassungsfreiheit innerhalb der Europäischen Union sehr weit fortgeschritten, wurde aber im Zuge der Osterweiterung für einen gewissen Zeitraum in manchen Mitgliedsstaaten einge-

schränkt (z.B. Deutschland und Österreich). Hinsichtlich der Freizügigkeit von Werkvertragsnehmern oder Selbständigen galten sowohl bei früheren als auch jüngsten Erweiterungsrunden grundsätzlich liberalere Freizügigkeitsrechte. Diese formalen Freizügigkeitsrechte waren aber vor allem wegen weiter bestehenden unterschiedlichen Qualifikations- und Berufsanforderungen hinsichtlich medizinischer Berufe nur schwach realisiert. Seit der Verabschiedung der EU-Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung von Standards, Qualitätsanforderungen und Ausbildungszertifikaten und der Freizügigkeit von Ärzten hat sich diese Situation jedoch verändert (EU-Richtlinie 93/16/EEC). Hierdurch ist es mittlerweile formal einfacher geworden, als Arzt/Ärztin im EU-Ausland zu arbeiten. Zudem ist es trotz noch bestehender Hindernisse hinsichtlich der Koordinierung von medizinischen Ausbildungsgängen auch üblicher geworden, bei der Ausbildung zum Arzt/Ärztin einen Teil der Ausbildung im Ausland zu verbringen. Auch im Bereich der Krankenpflege hat die Europäische Union jüngst einige Richtlinien erlassen, welche die wechselseitige Anerkennung von Qualitätsanforderungen und Ausbildungszertifikaten gewährleisten sollen. Zudem stellt sich durch die EU-Osterweiterung und die größere Arbeitnehmerfreizügigkeit innerhalb der EU – vor allem nach Aufhebung der zeitlich beschränkten Ausnahmeregelungen – das doppelte Problem der verschärften Lohnkonkurrenz in den „wohlhabenden“ EU-Ländern einerseits und der durch Abwanderung provozierten Unterversorgung mit Ärzte- und Pflegepersonal in den „ärmeren“ EU-Ländern andererseits (vgl. Jakubowski/Hess 2004; Buchan 2006; Baeten/Jorens 2006; Gerlinger/Schmucker 2007).¹¹

Hinsichtlich der Kapitalfreiheit und der Regulierung von Krankenhäusern ist zum einen das europäische Wettbewerbsrecht von zentraler Bedeutung, welches Kooperationen und Fusionen unter Krankenhäusern erschweren könnte. Das europäische Wettbewerbsrecht kann vor allem hinsichtlich des „Verbots vertikaler und horizontaler wettbewerbsbeschränkender Vereinbarungen“ von Bedeutung für die Krankenhausversorgung in Deutschland sein. Denn weil es keine allgemeine Bereichsausnahme der Anwendung des europäischen Wettbewerbsrechts für den Krankenhaussektor gibt, sind die in Deutschland politisch gewollten Zentralisierungs- und Verbundbildungsprozesse im Krankenhaussektor potenziell von dieser Regelung betroffen (vgl. Klaue 2006b: 172ff).¹²

¹¹ Dieses Problem ist keineswegs neu. Neu ist jedoch, dass es durch die EU-Osterweiterung nunmehr systemisch auch in der EU auftritt. Die Politik der Anwerbung von Arbeitsmigranten für den Gesundheitsbereich ist insbesondere auf der internationalen Ebene bereits erforscht, wobei sich vor allem postkoloniale Strukturen der Bewegung von GesundheitsarbeiterInnen aus ehemaligen Kolonien in ehemalige Imperien zeigen (etwa aus den ärmeren Ländern des (südlichen) Commonwealth nach England).

¹² In Deutschland hat das Bundeskartellamt bereits mehrfach Krankenhausfusionen bzw. -kooperationen als wettbewerbswidriges Verhalten beurteilt. Kritiker wenden ein, hiermit würde das Bundeskartellamt der zur

Eine ähnlich gelagerte Problematik ergibt sich zum anderen bei der Anwendung des europäischen Beihilferechts. Gemäß diesem können staatliche Beihilfen als europarechtswidrig und damit als verbotene wettbewerbsverzerrende Marktintervention des Staates betrachtet werden, wenn besondere Unternehmen bevorzugt werden und ein wettbewerbsverfälschender Gesamtbetrag übertragen wird. Im Hinblick auf die nationale Krankenhauspolitik kann das europäische Beihilferecht die Sicherstellung der Krankenhausversorgung auf kommunaler Ebene in Frage stellen, wenn Kommunen „ihren“ Krankenhäusern keine finanziellen Zuschüsse zur Defizitdeckung zuweisen dürfen. Private Klinikketten haben hiergegen geklagt, doch die EU-Kommission hat bislang keine (endgültige) Entscheidung getroffen (vgl. Schwintowski 2006c: 187ff; ESIP 2008: 26). Sowohl die Anwendung des Wettbewerbsrechts auf Krankenhauskooperationen als auch die Anwendung des europäischen Beihilferechts haben dann keine negativen Folgen, wenn in einem Prozess gezeigt werden kann, dass beide Ergebnisse der Durchführung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse sind. Dabei handelt es sich um Dienstleistungen, die aufgrund von gesetzlichen oder gemeinwirtschaftlichen Gründen erbracht werden und die unter bestimmten Bedingungen begrenzt gegen wettbewerbsrechtliche und beihilferechtliche Regeln verstoßen können (vgl. Klaue 2006b: 173f; Schwintowski 2006c: 191ff). Der juristische und politische Verhandlungsprozess zu Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse (gerade auch im Gesundheits- und Sozialsektor), der jüngsten Richtlinieninitiative der EU-Kommission zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität und zu Fragen der Ausnahmeregelungen für die Anwendbarkeit der Binnenmarktregeln auf den Gesundheitssektor sind auf der europäischen Ebene aber noch nicht abgeschlossen, so dass abschließende Bewertungen über mögliche Auswirkungen an dieser Stelle nicht gemacht werden können (vgl. hierzu grundlegend die Beiträge in: Gerlinger/Mosebach/Schmucker 2010).

Kostendämpfung und Effizienzsteigerung verfolgten krankenhauspolitischen Strategie der Konsolidierung der Krankenhausversorgung entgegenwirken. Zudem sei der Krankenhausmarkt kein Markt und folglich dürften weder das deutsche noch das europäische Wettbewerbsrecht hierauf angewandt werden (vgl. Bruckenberg/Klaue/Schwintowski 2006a).

3.2. Leistungs- und Kapazitätsentwicklung im Krankenhaussektor

3.2.1. Privatisierungs- und Konzentrationsprozesse im deutschen Krankenhaussektor

Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung mittels Investitionszuschüssen und Krankenhausplanung ist über das KHG – wie bereits dargestellt – den Bundesländern zugewiesen. Dabei verfügen – paradoxerweise – die meisten Bundesländer weder historisch noch aktuell über eine größere Anzahl von Krankenhäusern. Eine Ausnahme diesbezüglich sind vor allem die als Maximalversorgungskrankenhäuser organisierten Lehr- und Ausbildungskrankenhäuser an verschiedenen Universitätsstandorten, an denen auch die meiste medizinische Forschung durchgeführt wird. Bei einigen anderen Bundesländern spielen noch landeseigene psychiatrische Krankenhäuser eine Rolle, welche jedoch in jüngster Vergangenheit – wie auch andere Krankenhäuser – manifesten Privatisierungsprozessen unterworfen sind (vgl. Ver.di 2002ff; Zech 2007; Böhlke et al. 2009).

Die Entscheidungskompetenz über Privatisierungsprozesse von Krankenhäusern liegt bei den Trägerschaften, also hauptsächlich bei den Kommunen und den Wohlfahrtsverbänden, die jedoch auf die Gestaltung der Krankenhauspolitik nur einen schwachen formalen Einfluss haben. In der Folge der neoliberalen Grundorientierung der Fiskal- und Wirtschaftspolitik und der immer wiederkehrenden finanziellen Krisen der kommunalen Haushalte, lassen sich daher Wellen von Privatisierungsprozessen beobachten. Betrachtet man die Eigentumsstrukturen von Krankenhäusern in historischer Perspektive, so ist die Mehrzahl der Krankenhäuser entweder in kommunalem Besitz oder gehört Trägern der freien und konfessionellen Wohlfahrtsverbände. Doch seit den 1990er Jahren unterliegen beide Trägerschaften einem ausgeprägten Privatisierungsdruck. In den späten 1980er und frühen 1990er Jahren sind zahlreiche kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser in private Rechtsformen überführt worden. Im folgenden Jahrzehnt hat sich diese Entwicklung fortgesetzt (vgl. Löser-Priester 2003; Dahme et al. 2005: 93ff; Zech 2007; Jakobi 2007: 92ff; Schulten/Böhlke 2009).

Hinsichtlich öffentlicher Krankenhäuser ist nicht nur deren Zahl von 2002 auf 2006 von 817 auf 717 Krankenhäuser gesunken (vgl. Statistisches Bundesamt 2008: Tab. 1.4.). Auch die öffentlichen Einrichtungen in privatrechtlicher Form sind in demselben Zeitraum von 231 auf 367 gestiegen, wobei insbesondere die Zahl der rechtlich unselbständigen öffentlichen Krankenhäuser stark zurückgegangen ist (2002: 465 von 586 öffentlichen

Krankenhäusern in öffentlicher Rechtsform; 2006: 191 von 297). Dieser formalen Privatisierung folgte seit den späten 1990er und verstärkt seit der stagnativen Entwicklungsphase der deutschen Wirtschaft mit der Folge zurückgehender Steuereinnahmen während der rot-grünen Regierungsära (2001-2005) eine erneute Welle materieller Privatisierungen von kommunalen und freigemeinnützigen Krankenhäusern. Hierdurch hat sich die Zahl der privatwirtschaftlich geführten Krankenhäuser in Deutschland erheblich erhöht (siehe Tabelle 5).

Von 1992 bis 2006 ist die Zahl der privatwirtschaftlich geführten Krankenhäuser in Deutschland von 369 auf 584 um knapp 28 Prozent gestiegen. Gemessen an der vorgehaltenen Bettenzahl ist jedoch die Entwicklung der privatwirtschaftlich geführten Krankenhäuser nicht ganz so beeindruckend, auch wenn in den letzten fünf Jahren erstmals öffentliche Krankenhäuser der Maximalversorgung (LBK Hamburg) und 2005 sogar eine (vorher aus zwei getrennten Universitäts-Kliniken fusionierte) Universitätsklinik in Hessen (Marburg-Gießen) privatisiert wurden. Die Bettenzahl ist insgesamt von etwas über 547.000 (2002) auf knapp 511.000 (2006) gesunken, was einer prozentualen Abnahme von ca. 6,5 Prozent entspricht. Der Anteil der Krankenbetten in privatwirtschaftlich geführten Krankenhäusern ist in demselben Zeitraum von 8,9 Prozent (48.615 Betten) auf 13,6 Prozent (69.574 Betten) gestiegen, was einer Steigerung der vorgehaltenen Betten um 43,1 Prozent entspricht (vgl. Statistisches Bundesamt 2008: Tab. 1.4.). Zur gleichen Zeit bewirkte die Einführung des fallpauschalierten Vergütungssystems unter Budgetbedingungen eine stetige Rückführung der durchschnittlichen Verweildauer (bei gegenläufig hierzu verlaufenden steigenden Fallzahlen) im Krankensektor (siehe Tabelle 5).

Die (formalen und materiellen) Privatisierungsprozesse gehen zudem mit einer betrieblich-organisationalen Restrukturierung des deutschen Krankensektors einher, welche als „Trend zur Verbundbildung“ umschrieben werden kann. Unter dem zunehmenden ökonomischen Druck, der durch die weiterhin beibehaltene sektorale Budgetierung einerseits und die Anforderungen zur Umsetzung des fallpauschalierten Vergütungssystems (Spezialisierung/Kostensenkung) andererseits ausgeübt wird, sind die Krankenträger dazu übergegangen, einzelne Krankenhäuser in Krankenhausverbünde zu überführen. Hierdurch erhoffen sich die Krankenträger höhere Rationalisierungsgewinne und zugleich eine bessere Marktaufstellung im zunehmend spezialisierten Krankensektor in Deutschland. Verbundbildungsprozesse treten bei allen Trägerorganisationen auf und haben die deutsche Krankenhauslandschaft grundlegend verändert. Es ist zu erwarten, dass die horizontalen Integrationsprozesse über Verbundbildungen und Fusionen von vertikalen Integrationsprozessen begleitet werden, welche dem Kerngedanken der integ-

rierten Versorgung, nämlich der Realisierung einer transsektoralen Versorgungskette, entsprechen (vgl. Dahme et al. 2005; Jakobi 2007; Wörz 2008).

Eine neuartige Form der Privatisierung von Kernbereichen der Krankenhäuser ist schließlich die projektbezogene Zusammenarbeit von öffentlichen Krankenhäusern und privaten Unternehmen (funktionale Privatisierung), z.B. bei der Bereitstellung von diagnostischen und therapeutischen Großgeräten durch Öffentlich-Private-Partnerschaften (vgl. z.B. Gerstlberger/Schneider 2008: 59ff) oder bei der Vergabe unterschiedlichster Managementaufgaben in öffentlichen Krankenhäusern (z.B. Controlling, Kosten- und Leistungsrechnung, Finanzmanagement und Marketing) an privatwirtschaftliche Managementunternehmen. Zu diesen neuen Formen der Privatisierung existieren allerdings kaum systematische empirische Studien, mit denen Verbesserungen und Verschlechterungen im Krankenhausablauf und der Krankenhausversorgung bewertet werden könnten. Andere Bereiche des Krankenhauses, die eher als Hilfsdienste verstanden werden (Catering, Hausverwaltung, Reinigungsdienste) unterliegen bereits seit längerer Zeit organisationalen Ausgliederungs- und Privatisierungsprozessen (Outsourcing). Ähnlich den Privatisierungsprozessen von Kernbereichen der Krankenhäuser kann man hier zwischen formalen, materiellen und funktionalen Privatisierungsprozessen unterscheiden (vgl. Leonhard/Völpel-Haus 2002; Löser-Priester 2003; Zech 2007; Schulten/Böhlke 2009).

Tabelle 5: Ausgewählte Kennziffern deutscher Krankenhäuser von 1992-2006

	Krankenhäuser nach Trägerschaft (Index und prozentualer Anteil)						Krankenhaussektor		
	Gesamt	Öffentlich		Private Profit	Non-Profit	Private For-Profit		Fallzahlen	Verweildauer
		1992 =100	1992 =100			%-Anteil	1992 =100		
1992	100,0	100,0	44,6	100,0	39,9	100,0	15,5	100,0	13,2
1994	98,1	93,0	42,2	99,9	40,6	108,7	17,2	103,5	11,9
1996	95,3	87,9	41,1	97,8	41,0	110,3	18,0	108,0	10,8
1998	95,0	83,8	39,3	96,9	40,7	122,8	20,0	112,5	10,1
2000	94,2	79,5	37,6	96,0	40,7	131,7	21,7	115,3	9,7
2002	93,3	77,0	36,8	92,3	39,5	142,8	23,7	116,4	9,2
2004	91,0	73,5	36,0	87,5	38,4	150,4	25,6	112,2	8,7
2006	88,4	67,5	34,1	84,5	38,2	158,3	27,8	112,4	8,5

Quelle: Statistisches Bundesamt (2008: Tab. 1.1. und Tab. 1.4.); eigene Berechnungen

3.2.2. Neue Leistungs- und Versorgungsformen im deutschen Krankenhaussektor

Als eine erste Ausprägung neuer Versorgungsformen im Krankenhaussektor, die neben die weiterhin praktizierte Normalversorgung über kollektivvertragliche Regelungen treten,

ist zunächst die auf Einzelverträgen mit den Krankenkassen basierende integrierte Versorgung zu nennen (§140a-d SGB V). Durch die Möglichkeit der Übernahme der Trägerschaft eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) können Krankenhausträger zudem unmittelbar in der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden. MVZen lassen sich dabei einzelvertraglich mit Konzepten der integrierten Versorgung verbinden. Die beiden neuen Versorgungsformen können somit zu einer (verbesserten?) Verzahnung der Versorgungsbereiche im deutschen Gesundheitssystem führen, welches das versorgungspolitische Kernziel von Managed-Care-Konzepten ist.

Empirische Analysen der Versorgungsrealität zeigen zweierlei: Zum einen ist die Zahl der integrierten Versorgungsverträge seit der Einführung im Jahr 2000 und insbesondere seit der erstmaligen Anwendung der Anschubfinanzierung in der Folge des GKV-ModG 2004 stetig gestiegen. Zum 31.03.2007 existierten 3.498 Verträge von Krankenkassen mit Leistungserbringern mit einem Vergütungsvolumen von 611 Millionen Euro (ca. 0,4 % der GKV-Leistungsausgaben im Jahr 2007), wobei bei etwa der Hälfte der Verträge nur eine einzelne Krankenkasse als Vertragspartner auf der Kostenträgerseite vertreten war (2007: 45,9%). Krankenhäuser waren – einzeln oder mit anderen Leistungserbringern (Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen) – bei 57,2 Prozent aller Verträge zur integrierten Versorgung beteiligt (vgl. BQS 2007).

Zum anderen nutzen Krankenhäuser und Krankenkassen offenbar MVZen nur wenig für den Einstieg in die integrierte Versorgung. Krankenhäuser waren im ersten Quartal an 402 MVZen (36,9%) beteiligt, wobei der Anteil der mit Krankenhäusern verbundenen MVZen anteilmäßig seit der Einführung dieser neuen Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung kontinuierlich gestiegen ist (vgl. KBV 2008a). Allerdings verfügen einer (repräsentativen) Umfrage des Bundesverbandes der Medizinischen Versorgungszentren e.V. (BVMVZ) zufolge nur 28 Prozent der MVZen in Deutschland über Verträge zur integrierten Versorgung. Auch Krankenkassen haben offenbar kein großes Interesse an MVZen, denn dieser Untersuchung zufolge haben 88 Prozent der MVZen keinen besonderen Kontakt mit den Krankenkassen (vgl. Müller/Köppl 2008: A2501). Inwieweit sich Krankenhäuser über Verträge zur integrierten Versorgung mit MVZen verbunden haben, ist bislang nicht bekannt. Möglicherweise sind integrierte Versorgungsverträge aufgrund der hohen Steuerungsmacht der Krankenkassen aus der Perspektive von Krankenhäusern keineswegs attraktiv. Darauf mag auch hindeuten, dass die großen privaten und öffentlichen Krankenhauskonzerne in Ballungsgebieten relativ stark in MVZen eingestiegen sind und eine Ausweitung ihres Engagements ankündigen, ohne jedoch explizit auf die

integrierten Versorgungsverträge nach (§ 140a-d SGB V) zu verweisen (vgl. Deutscher Bundestag 2007: 8; Grether 2008a; Pföhler 2010).

Wettbewerbseffekte der neuen Versorgungsformen im Krankenhaussektor

Hinter den neuen Versorgungsformen der integrierten Versorgung und der Medizinischen Versorgungszentren verbergen sich schließlich unterschiedliche Wettbewerbsstrategien und Akteurskonstellationen, die insbesondere mit der Frage des Ausschlusses bzw. Einbezugs der Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und der (steuernden) Vertragsmacht der Krankenkassen andererseits bei der Organisation sektorenübergreifender Versorgungsverträge zu tun haben. *Erstens* hat durch die integrierte Versorgung der Anteil der Selektivverträge und damit der kostenträgergesteuerte Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt zugenommen. *Zweitens* können MVZen aus der Perspektive von Krankenhäusern bzw. Krankenhausketten als (potenzielle) Fokalfunkte der Attraktion von Einweisungen unter den Bedingungen einer budgetgetriebenen Konsolidierung des Krankenhausmarktes genutzt werden (ohne integrierte Versorgungsverträge nutzen zu müssen). *Drittens* bedeutet die Zunahme von Medizinischen Versorgungszentren in der vertragsärztlichen Versorgung dann keinen Wettbewerb, wenn es sich um (kleinere) MVZen in ländlich-dünn besiedelten Gebieten handelt. In diesem Fall fungieren MVZen eher als neue Formen der Überwindung von ambulanten Versorgungsengpässen. *Viertens* konkurrieren größere, ausschließlich von mehreren vormals niedergelassenen Fachärzten getragene MVZen zudem in der vertragsärztlichen Versorgung ebenso viel bzw. ebenso wenig wie die in Einzelpraxen, Praxisgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen organisierten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vor der Einführung von MVZen. Insgesamt betrachtet hat sich jedoch durch die Möglichkeit der Kombination von integrierten Versorgungsverträgen einerseits und der organisationalen Integration von ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums andererseits die Anbieterpluralität und auch die Wettbewerbsintensität auf dem Leistungsmarkt erhöht. Dies gilt selbst dann, wenn die sektorale Budgetierungspolitik im Krankenhaussektor weiterhin zum Aufbau oligopol- oder sogar monopolartiger Verbundsysteme führen sollte. Die integrierte Versorgung und die Etablierung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZen) in der vertragsärztlichen Versorgung haben die Kranken(haus)versorgung in Deutschland in jedem Fall bereits kräftig durcheinander gewirbelt. Systematische Studien zu den Wettbewerbseffekten der neuen zum Teil in Konkurrenzbeziehungen stehenden

Leistungs- und Versorgungsformen auf die Krankenhausversorgung liegen jedoch nicht vor.

Medizinische Versorgungszentren: unterschiedliche Bewertungen der Akteure

Die Bewertung von MVZen durch die gesundheitspolitischen Akteure ist sehr unterschiedlich. Während einige Krankenkassen den MVZen hinsichtlich der weiterhin starken Stellung der KBV und der regionalen KVen bei der Zulassung von MVZen skeptisch bis indifferent gegenüberstehen, kritisiert die KBV vor allem die Möglichkeit, dass die Beteiligung privater Kapitalgesellschaften zu einer „Kommerzialisierung des Arztberufes“ führen würde (vgl. Flintrop/Korzilius 2008; KBV 2008b: 8ff). Entsprechend gespannt ist – wie in der Studie belegt – das Verhältnis zwischen KVen und MVZen. Daher sind die Krankenkassen insgesamt eher desinteressiert, wobei es jedoch regionale und kassenspezifische Unterschiede gibt (vgl. Müller/Köppl 2008: A2501f).

Die Bewertung der Entwicklung von MVZen durch die Bundesregierung hingegen ist unklar, insofern sie einerseits von Unwissen (die offiziellen Daten stammen alle von der KBV, deren Informationen öffentlich zugänglich sind) und andererseits von Indifferenz gegenüber möglichen Versorgungsgefahren geprägt ist. In ihrer Antwort auf eine kleine Anfrage der Fraktion Die Linke.PDS bekennt die Bundesregierung, dass sie in einer zunehmenden Beteiligung privater Klinikketten an der Gründung von MVZen „keine Gefahr für die Versorgungslandschaft“ (Deutscher Bundestag 2007: 9) sieht. Auch Befürchtungen über profitgesteuerte Klinikeinweisungen hält sie nicht für relevant, solange alle Beteiligten sich an einer „sachgerechten Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung“ (ebd.) orientierten. Kenntnisse hierüber liegen aber der Bundesregierung offensichtlich nicht vor, denn sie gesteht in der Antwort auf die kleine Anfrage zu, dass sie weder über Evaluationen über die Behandlungseffizienz von MVZen im Vergleich mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verfügt noch über die finanziellen Zuweisungen an die MVZen durch die Gesetzliche Krankenversicherung informiert ist (vgl. ebd.: 6). Dies kontrastiert nicht nur mit präskriptiven Konzepten eines Einweisungsmarketings als einem wichtigen Moment zur betriebswirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und einem empirisch festgestellten Praxiswandel in Richtung auf ein solches Einweisungsmanagement in der krankenhausbetriebswirtschaftlichen Fachliteratur (vgl. z.B. Ament-Rambow 2008: 21). Sowohl die seit der kleinen Anfrage zunehmende Bedeutung der von privaten und öffentlichen Krankenhauskonzernen in Ballungsgebieten genutzten MVZen als auch in den Massenmedien bekannt gewordene sog. „Einweisungsskandale“, in denen Kran-

kenhäuser illegale „Kopfprämien“ an einweisende Fachärzte gezahlt haben, stehen der optimistischen Sichtweise der Bundesregierung entgegen (vgl. Grether 2008b).

3.2.3. Internationalisierungsprozesse im deutschen Krankenhaussektor

Internationalisierungsprozesse im Gesundheitswesen sind nichts Neues. Zahlreiche sog. Vorleistungsindustrien wie z.B. die Medizinprodukteindustrie, die Großgeräteindustrie und vor allem die Arzneimittelindustrie sind nicht nur ökonomisch stark internationalisiert, sondern werden auch durch internationale Standards und Marktzugangsverfahren zunehmend international reguliert (vgl. Mossialos/Walley/Mrazek 2004; Altenstetter 2008). Doch der Kernbereich der personenbezogenen Gesundheitsdienstleistung ist im Unterschied zur Internationalisierung von Waren und Gütern weit weniger ökonomisch integriert und daher auf der internationalen Ebene auch bislang nur rudimentär politisch reguliert.¹³ Erst durch das Mitte der 1980er Jahre gestartete Binnenmarktprojekt zur Revitalisierung des europäischen Integrationsprozesses ist es in diesem Bereich zu einer Ausweitung politischer Interventionen auf der EU-Ebene gekommen. Durch die bereits erwähnten Urteile des EuGH, die auch öffentliche Gesundheitsdienstleistungen im Prinzip dem EU-Binnenmarktrecht unterwerfen (für die aber auch – wie bereits dargestellt – zahlreiche Ausnahmen gelten können), und die strategische Ausrichtung gleicher Zugangsrechte von Patienten in den Mitgliedsstaaten der EU durch die Europäische Kommission hat sich die Dynamik der Regulationsanstrengungen nochmals erhöht (vgl. Busse/Wismar/Berman 2002; Schmidt am Busch 2007).

Der Kernbereich von Krankenhausdienstleistungen (insbesondere im Bereich planbarer medizinischer Eingriffe) gilt zwar potenziell als internationalisierungsfähiger als die ambulante Versorgung (vgl. z.B. DIW 2001), aber die EuGH-Rechtssprechung gesteht – wie oben dargestellt – den Mitgliedsstaaten zu, die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Krankenhausdienstleistungen durch Patienten eines anderen Mitgliedsstaates zur Sicherung einer öffentlichen Krankenhausversorgung noch zu beschränken.

¹³ Den Gesundheitstourismus bzw. die gezielte Inanspruchnahme hochqualitativer Spezialleistungen durch wohlhabende Privatpatienten (oft aus ärmeren Entwicklungsländern) hat es freilich schon immer gegeben. Auch gibt es schon lange internationale Austauschbeziehungen von Pflegekräften, die sich oftmals entlang alter kolonial herausgebildeter Staatenbeziehungen vollziehen. Allerdings hat sich durch die politische Regulierung und den intensivierten gezielten Austausch von Pflegekräften in bislang öffentlich regulierten Gesundheitssystemen eine neue (potenzielle) Qualität der Internationalisierung von Gesundheitsmärkten etabliert.

Hiermit ist jedoch nur ein möglicher Bereich von Internationalisierungsprozessen im Krankenhaussektor in den Blick gerückt. Im Hinblick auf weitere Internationalisierungsprozesse im Krankenhaussektor können mit Hilfe des GATS-Schema zum internationalen Handel von Dienstleistungen weitere potenzielle Internationalisierungsfelder für Krankenhausdienstleistungen (Kernbereich) und Dienstleistungen für Krankenhäuser identifiziert werden.¹⁴ Mit Hilfe dieses Analysemodells können die möglichen Internationalisierungsprozesse im Kernbereich der Krankenhausversorgung, nämlich der ärztlichen und pflegerischen Diagnose und Behandlung, stilisiert und einige wichtige Trends von Internationalisierungsprozessen im Krankenhaussektor skizziert werden (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Formen der Internationalisierung und (Geschäfts-)Felder der Internationalisierung im Kernbereich der Krankenhausversorgung

	Krankenhausdienstleistungen	Internationalisierungsfeld
Modus 1 <i>(Grenzüberschreitende DLE)</i>	Radiologische Untersuchung via E-Health-Infrastruktur	E-HEALTH (Diagnostik/ Behandlung)
Modus 2 <i>(Konsumentenmobilität)</i>	Inanspruchnahme einer Krankenhausbehandlung im Ausland durch den Patienten	ANWERBUNG AUSLÄNDISCHER PATIENTEN
Modus 3 <i>(Kommerzielle Präsenz)</i>	Krankenhausbehandlung in einer Tochtergesellschaft eines ausländischen Krankenhauskonzerns	AUSLÄNDISCHE KAPITALBETEILIGUNGEN
Modus 4 <i>(Arbeitsmigration)</i>	Operationen oder Behandlungen im Krankenhaus durch ausländische Werkvertragsarbeitnehmer (Ärzte und/oder Pflegekräfte)	ARBEITSMIGRATION (Ärzte und Pflegekräfte)

Eigene Darstellung

Erstens ist es durch technologische Entwicklungen möglich geworden, das un-actu-Prinzip der Dienstleistungserbringung räumlich zu entgrenzen. E-Health-Anwendungen tragen das Potenzial in sich, Diagnose- und Behandlungsabläufe durch den Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien (Digitalisierung) zum Kernbereich grenzüberschreitender Dienstleistungserbringung im Krankenhausbereich zu machen. Allerdings sind hierbei zahlreiche sicherheitstechnische und haftungsrechtliche Fragen zu beachten, so dass selbst im Pionierland USA der Einsatz von E-Health-Anwendungen bislang relativ zurückhaltend interpretiert wird (vgl. Singh/Wachter 2008). Die Erwartungen an diagnostische und therapeutische E-Health-Anwendungen, die in Deutschland unter dem Begriff der Telemedizin firmieren, sind allerdings bislang begrenzt wie ein For-

¹⁴ Eine Analyse von Internationalisierungsprozessen im Nahbereich von Krankenhausdienstleistungen (z.B. hinsichtlich der Vorleistungsindustrien und Funktionsbereichen im Krankenhaus) kann hier nicht geleistet werden.

schungsbericht im Auftrag des BMBF jüngst herausgefunden hat (vgl. AKM/AGIT/DGBMT/VDE 2005; BMBF 2005). Doch auch auf der EU-Ebene wird den E-Health-Anwendungen die höchste strategische Bedeutung zugeordnet (vgl. EU-Kommission 2006). Bislang befinden sich entsprechende Anwendungen eher in der Entwicklungs- als in der Expansionsphase eines Innovationszyklus. Lediglich benachbarte Bereiche wie die virtuellen Kommunikations- und Informationseinrichtungen sowie elektronische Verfahren zur medizinischen Dokumentation, wie etwa die elektronische Patientenakte oder die elektronische Patientenakte, haben eine höhere Praxisrelevanz. Diese ist jedoch noch auf das nationale Gesundheitssystem begrenzt und ist bislang mit Ausnahme der Europäischen Versicherungskarte praktisch durch keine Internationalisierungsprozesse gekennzeichnet (vgl. Jähn/Reiher/Braasch/Ebert 2007).

Der Bereich der Attraktion ausländischer Krankenhauspatienten – *zweitens* – ist hingegen schon von etwas größerer Bedeutung für die Versorgungsrealitäten im deutschen Krankenhaussektor. Hierbei profitiert das deutsche Gesundheitswesen von den im internationalen Vergleich als potenziell überversorgt eingeschätzten Behandlungskapazitäten sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung (vgl. DIW 2001).¹⁵ Bei der Strategie, ausländische Krankenhauspatienten als zusätzliche Einkommensquelle zu gewinnen, müssen jedoch zwei Teilsegmente unterschieden werden. Zum einen kommt es in grenznahen Regionen, insbesondere an den Grenzen zu Luxemburg, den Niederlanden und Belgien zu einer zunehmenden grenzüberschreitenden Krankenhausversorgung von Patienten dieser Nachbarländer in Deutschland. Doch auch im Grenzgebiet zu den jüngeren östlichen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, wie Polen oder Tschechien sowie im deutsch-österreichischen und deutsch-schweizerischen Grenzgebiet kommt es zur grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen (vgl. Schaub 2001; Bertinato et al. 2005; Brand et al. 2008). Dabei könnten gerade die osteuropäischen Gesundheitsdienstleister unter Umständen wegen geringerer Produktionskosten für bestimmte Leistungen mit einem hohen Selbstkostenanteil, etwa Zahnbehandlungen, von Interesse für einen breiteren Patientenkreis sein. Allerdings stellen sich hier wichtige qualitätssichernde und haftungsrechtliche Fragen der Weiter- und Folgebehand-

¹⁵ Die These von Krankenhausüberkapazitäten in Deutschland beruht – wenn überhaupt – auf äußerst angreifbaren pauschalen internationalen Vergleichen, die jedoch weder die institutionelle und organisationale Spezifik der jeweiligen Kranken(haus)versorgung beachten noch über eine verlässliche, valide Datenbasis verfügen (vgl. zur Kritik der Überkapazitäts-These: Simon 2000). Das heißt jedoch keineswegs, dass die deutsche Krankenhausversorgung optimal ist. Im Gegenteil, erste Untersuchungen scheinen darauf hinzuweisen, dass es zu systematischen Über-, Unter- und Fehlversorgungen kommt (vgl. SVR-KAiG 2002, Mosebach 2011b).

lung (vgl. Bertinato et al. 2005). Diese grenznahen, länderübergreifenden Versorgungsstrukturen sind vor allem auf unterschiedliche Vorhaltekapazitäten an Gesundheitseinrichtungen (Arztpraxen, Tageskliniken, Krankenhäusern) in den beteiligten Grenzregionen zurückzuführen und werden von den Grenzkommunen und -regionen auch strategisch zur effizienteren Nutzung bzw. kostengünstigeren Vorhaltung von Versorgungskapazitäten eingesetzt (vgl. Schaub 2001; Bertinato et al. 2005; Brand et al. 2007). Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wird dabei zudem von der EU-Kommission und auch von der Bundesregierung in einem gemeinsam unterstützten Forschungsprojekt mit interessierten Unternehmen der Medizingeräte- und Versorgungsindustrie politisch unterstützt (vgl. EU-Kommission 2006; Medical-Export 2006). Das Wachstumspotenzial dieses Teilssegments grenzüberschreitender Krankenversorgung für Krankenhäuser ist jedoch aus zwei Gründen beschränkt: Erstens zielt die grenzüberschreitende Kranken(haus)versorgung auf die Effizienzsteigerung der öffentlichen Kranken(haus)versorgung, wodurch zusätzliche Behandlungsfälle als sehr unwahrscheinlich anzusehen sind, zumindest solange sektorale Budgets in den europäischen Krankenhaussystemen angewandt werden. Zweitens können nationale Kostenträger der EuGH-Rechtssprechung zufolge die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen von der ausdrücklichen Bewilligung abhängig machen und ggf. die Kostenübernahme bei Nicht-Beantragung der Kostenübernahme durch den Patienten verweigern. Hierdurch wird die Dynamik der grenzüberschreitenden Krankenhausversorgung in den Euregios deutlich eingeschränkt (siehe oben).

Von dieser grenzüberschreitenden Inanspruchnahme und wechselseitigen Koordination öffentlicher Gesundheitssysteme in grenznahen Regionen ist allerdings zum anderen die gezielte Anwerbung von ausländischen Krankenhauspatienten zur Verbesserung der Einkommenssituation von Krankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen zu unterscheiden. Diese Form der Attraktion ausländischer Patienten unterliegt nicht den Bestimmungen der EuGH-Urteile, sondern ist als private Finanzierung und private Erbringung von Kranken(haus)dienstleistungen im Gegensatz zum Austausch von Patienten zwischen öffentlichen Versicherungs- und Versorgungssystemen vertraglich grundsätzlich frei regelbar. Für diese privaten Krankenhauspatienten, die vor allem auf hochspezialisierte Leistungen abheben, müssen in deutschen Krankenhäusern eigens besondere Versorgungsbereiche eingerichtet werden, um nicht mit den öffentlichen Erfordernissen der Krankenhausplanung in Konflikt zu geraten (vgl. Braun 2004). Zu dieser alternativen Form der grenzüberschreitenden Krankenhausversorgung liegen jedoch kaum quantifizierbare Ergebnisse vor. Insgesamt werden jedoch die Wachstumspotenziale der grenzüberschreitenden

Krankenhausversorgung auf volkswirtschaftlicher Ebene eher gering eingeschätzt (vgl. DIW 2001; Hajen 2007, 2010). Das bedeutet jedoch nicht, dass einzelne hochspezialisierte Kliniken gezielt auf die Attraktion einer begrenzten, aber vergleichsweise lukrativen Schicht von wohlhabenderen Patienten (oft auch aus Nicht-EU-Staaten) setzen (vgl. z.B. Brenner 2009).

Drittens können Internationalisierungsprozesse im deutschen Krankenhaussektor über die Form der „kommerziellen Präsenz“ ablaufen, die somit *auch* als Unterform von materiellen Privatisierungsprozessen konzeptualisierbar sind (siehe zu Privatisierungsprozessen auch 3.2.1.). Eingebettet in sich europäisierende bzw. internationalisierende Krankenhausmärkte, insbesondere über den Markt für Unternehmenskontrolle im Rahmen der Europäischen Integration, des Allgemeinen Dienstleistungsabkommens der Welthandelsorganisation (GATS) und bilateraler Investitionsabkommen (vgl. Mosebach 2003a, 2006c), haben in Deutschland bislang nur wenige nicht-deutsche Krankenhauskonzerne Beteiligungsinvestitionen (bedeutende Ausnahme: der Krankenhauskonzern CAPIO¹⁶; Schulten 2006: 7f) durchgeführt, wobei die Bedeutung von Finanzinvestoren im internationalen Vergleich als eher niedrig eingeschätzt wird (vgl. Stumpfögger 2009: 203ff).¹⁷ Das mag damit zu tun haben, dass das deutsche Krankenhaussystem im internationalen Vergleich als von „Überkapazitäten“ geprägte Versorgungslandschaft angesehen wird und internationale Investoren daher bislang zurückhaltend agieren, obwohl Finanzinvestitionen in den Gesundheitsmarkt als relativ renditesicher gelten und von internationalen Finanzinvestoren entsprechend ins Portfoliokalkül gezogen werden (vgl. Schmidt et al. 2003; Dietz/Charbonnier/Manzeschke 2007; Stumpfögger 2007: 11ff; Wettke 2007). Umgekehrt: Wegen der im internationalen Vergleich guten Kapazitäten gelten die deutschen Krankenhauskonzerne potenziell als Vorreiter einer internationalen Einkaufsstrategie in Europa (vgl. Gröschl-Bahr/Stumpfögger 2008). Zudem scheint – glaubt man vereinzelt Presseberichten – der deutsche Krankenhausstandort wegen seiner hochgradigen politischen Regulierung für internationale privatwirtschaftlich ausgerichtete Krankenhauskonzerne wenig von Interesse (vgl. Heiny 2008). Allerdings hält sich die Internationalisierung der Krankenhausmarktes in Europa generell noch in Grenzen, auch wenn zunehmend die

¹⁶ Die Capiro-Gruppe, die aus einem schwedischen Gesundheitskonzern entstanden ist, gehört mittlerweile drei großen international ausgerichteten Private Equity Fonds: Apax Europe Funds (45%), Nordic Capital Fund VI (44%) and Apax France Funds (11%) (URL: <http://www.capiro.com/en/Start/About-Capiro/Facts/>; Zugriff: 17.09.2010).

¹⁷ Andere Formen der internationalen Privatisierung – wie zum Beispiel durch „Public Private Partnerships“ oder „Cross Border Leasing“ – werden hier aufgrund grundlegender empirischer Defizite nicht untersucht. Ihre Bedeutung im Krankenhaussektor ist jedoch in Deutschland – im Gegensatz zu Großbritannien – (vermutlich) noch begrenzt, könnte jedoch zunehmen (vgl. Pollock 2004; Rechel et al. 2009; Hajen 2010).

nationalen Governanceregimes der Krankenhaussysteme in Europa zunehmend homogener werden (vgl. HOPE/DEXIA 2008; Lethbridge 2010; Mosebach 2010b). Nichtsdestotrotz gibt es Hinweise auf weitergehende Privatisierungen im Gefolge der jüngsten weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise. In ihrem Gefolge wird sich die Haushaltslage vieler Kommunen verschlechtern, die dann vermehrt über Privatisierungen nachdenken könnten. Auch auf Seiten der privaten Klinikanstalten werden strategische Überlegungen über weitere Privatisierungen öffentlicher Krankenhäuser gemacht (vgl. Hajen 2010: 57ff; Paeger 2010). Von einer vor der Tür stehenden erneuten Privatisierungswelle im deutschen Krankenhaussektor kann also mit einer gewissen Plausibilität ausgegangen werden. Ob es dabei zu einem verstärkten Einstieg den internationalen Krankenhausmarkt dominierender Finanzinvestoren im deutschen Krankenhaussektor kommt oder ob es sich um eine weitere „nationale Privatisierungswelle“ handeln wird, bleibt abzuwarten. Die starke Stellung deutscher privater Krankenhauskonzerne im deutschen Krankenhausmarkt, ihr relativ großer Schutz gegen „feindliche Übernahmen“ und ihre günstige Einbettung in relevante Politiknetzwerke scheinen bislang einer Ausweitung von internationalem Beteiligungskapital entgegenzustehen. Möglicherweise gibt es jedoch eine Art Sekundäreffekt „nationaler“ Privatisierungsprozesse, denn „hat ein Bundesland, Landkreis oder eine Stadt ihr Krankenhaus erst einmal verkauft, kann dieses immer wieder verkauft werden, ohne dass die Kommune oder das Land Einfluss darauf nehmen könnte“ (Stumpfögger 2009: 207).¹⁸

Hinsichtlich der Mobilität von Pflegepersonal und Ärzten lässt sich – *viertens* – feststellen, dass auch dort aussagekräftige Statistiken nicht vorhanden sind. Bekannt ist lediglich, dass die Beschäftigung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten in den letzten Jahren von einem niedrigen Niveau angestiegen ist. Insbesondere im Krankenhaussektor ist eine Zunahme der Beschäftigung von nicht-deutschen Ärzten zu beobachten (von 9,4% auf 11,0%), wobei jedoch das Gros von Ärztinnen und Ärzten eine EU-Staatsbürgerschaft innehat (vgl. BMG 2010: Tab. 6.3. u. 6.7.)¹⁹ Die Zunahme des Abwanderns von Ärztinnen

¹⁸ Der Wandel des schwedischen Gesundheitsunternehmens CAPIO von einem lokalen Anbieter von Labor- und Gesundheitsleistungen zu einem von internationalen Finanzinvestoren gesteuerten internationalen Gesundheits- und Krankenhauskonzern kann dabei als „Lehrbeispiel“ sowohl für die Internationalisierung eines investorengetriebenen Krankenhauskonzerns als auch für die politische Einflussnahme auf die (sich herausbildende) europäische Krankenhauspolitik dienen (vgl. Blomgren/Sundén 2008).

¹⁹ Die amtliche Statistik ist jedoch nicht sehr valide im Hinblick auf Wanderungsbewegungen. Denn die in der amtlichen Statistik ausgewiesene Zunahme des Anteils von nicht-deutschen Ärztinnen und Ärzten in der deutschen Krankenhausversorgung lässt sich sehr einfach auf die Zunahme der Berufswahl Ärztin bzw. Arzt in der zweiten und/oder dritten Generation ehemals angeworbener ArbeitsmigrantInnen zurückführen. Die amtliche Bezeichnung „ausländisch“ bezieht sich nur auf das Kriterium, ob die Ärztinnen und Ärzte die „deutschen Staatsbürgerschaft“ innehaben und ist so gesehen sogar implizit diskriminierend.

und Ärzten aus Deutschland wird zwar immer wieder gern behauptet, lässt sich jedoch aufgrund mangelhafter statistischer Erfassung nur schwer belegen (vgl. Jakubowski/Hess 2004; Gerlinger/Schmucker 2007). Bezüglich der Arbeitsmigration von Pflegekräften im Krankenhaus liegen auch nur begrenzt statistische Ergebnisse vor, so dass sich zentrale Entwicklungstrends kaum sinnvoll darstellen, geschweige denn bewerten lassen (vgl. Buchan/Rafferty 2004). Abschließend lässt sich jedoch kritisch anmerken, dass wegen der mangelnden statistischen Erfassung von Internationalisierungsprozessen im Kerngeschäft des Krankenhauses nicht vorschnell auf deren Irrelevanz geschlossen werden sollte. Allerdings dürfte der Internationalisierungsgrad im deutschen Krankenhaussektor, zumindest was den Markt für Krankenhauskontrolle sowie den Behandlungsmarkt angeht, noch als recht gering einzuschätzen sein. Dies gilt freilich nicht in gleicher Weise für die Beschaffungsmärkte eines Krankenhauses, also insbesondere Arzneimittel, Medizinprodukte und Hilfsmittel, deren Internationalisierungsgrad (schon heute) bedeutend höher ist (siehe oben).

4. Kommerzialisierung der deutschen Krankenhausversorgung?

4.1. Veränderte Governance-Struktur im deutschen Krankenhaussektor: zum Verhältnis von Wettbewerb, Korporatismus und Staat

Der gesellschaftliche Steuerungsmodus des deutschen Krankenhaussektors befindet sich in einem Transformationsprozess. Entgegen einem dichotomen Verständnis der in der Governance-Debatte benutzten Idealtypen Wettbewerb, Korporatismus und Staat zeigt die Entwicklung der Krankenhauspolitik und der gesellschaftlichen Steuerung des Krankenhaussektors (spätestens) seit der Einführung des auf Diagnosen beruhenden fallpauschalierenden Vergütungssystems eine *gleichzeitige* Zunahme der Bedeutung aller drei Steuerungsformen im Prozess der gesellschaftlichen Steuerung des deutschen Krankenhaussektors.

Erstens haben wettbewerbliche Verhältnisse im Krankenhaussektor zugenommen, wobei der Wettbewerb sich vor allem auf dem Leistungsmarkt zwischen den Krankenhäusern und alternativen Leistungserbringern anderer Versorgungsbereiche bzw. konkurrierender Krankenhäuser/Krankenhauskonzerne konzentriert hat (vgl. zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen: Paton et al. 2000; Cassel 2002; Mosebach 2006a). Allerdings kann-

Die amtlichen Zahlen drücken daher keineswegs die Anzahl „von außerhalb Deutschlands“ angeworbener Ärztinnen und Ärzte aus.

ten sich bislang Reformkonzepte von einem durch die Krankenkassen gesteuerten „Einkaufsmodell“ im Kranken(haus)sektor nur beschränkt durchsetzen, weil immer noch für diese ein Kontrahierungszwang mit Plankrankenhäusern besteht. Es können aber über integrierte Versorgungsverträge und die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZen) potenziell konkurrierende „integrierte Versorgungskonzerne“ entstehen (vgl. Bruckner/Klaue/Schwintowski 2006a). Aufgrund der starken Budgetierung des Krankenhaussektors ist jedoch mit einem massiven Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und integrierten Versorgungskonzernen gerade in ländlichen Gebieten nicht zu rechnen, sondern wohl eher mit einer unzureichenden Versorgungslage, die durch eine höhere Mobilität von Patienten oder eine stärkere integrierte Versorgungssteuerung kompensiert wird (vgl. z.B. Jendges et al. 2006; Spangenberg/Schürt 2006; Neubauer/Beivers/Minartz 2007; Friedrich/Beivers 2009).²⁰ Durch die ambulante Öffnung der Krankenhäuser einerseits und die Einrichtung von MVZen mit Krankenhausträgerschaft andererseits hat sich jedoch vor allem in dicht besiedelten Gebieten mit einem höheren Leistungs- und Versorgungsangebot (und vice versa: Nachfrage) eine potenziell sektorübergreifende Wettbewerbssituation entwickelt. Statt dem von den Krankenkassen befürworteten und verfolgten nachfrageorientiertem Wettbewerb der Leistungserbringer um Verträge mit den (konkurrierenden) Krankenkassen („Einkaufsmodell“) scheint sich nunmehr ein eher *angebotsgetriebener Wettbewerb* zwischen Krankenhäusern und/oder Integrierten Versorgungskonzernen in Ballungsgebieten durchzusetzen. Hiermit sind allerdings bislang unentschiedene wettbewerbsrechtliche Fragen verbunden, ob die im Rahmen von Einkaufsmodellen befürworteten Formen der Versorgungskonzentration von Versorgungsstrukturen im Krankenhaussektor dem deutschen Wettbewerbsrecht unterliegt, wie das deutsche Kartellamt meint und daher bereits einige Zusammenschlüsse von Krankenhäusern wegen der Gefahr des Missbrauchs von Marktmacht untersagt hat (vgl. Bundeskartellamt 2004; Monopolkommission 2008). Kritiker dieser wettbewerbsrechtlichen Regulierung des öffentlichen Krankenhaussektors argumentieren dagegen, dass die

²⁰ Ob dabei Medizinische Versorgungszentren (MVZ) die fachärztliche Versorgung in dünn besiedelten und/oder schwach entwickelten ländlichen Regionen übernehmen können, hängt weniger von Investitionsentscheidungen privater Kapitalgeber als vom politischen Willen der betroffenen Länder ab. Wobei allerdings auch MVZ das Problem der ländlichen Unterversorgung mit Ärztinnen und Ärzten nicht beseitigen können, das ursächlich auf den Grundsatz der ärztlichen Niederlassungsfreiheit, die verschärfte Krankenhauskonzentration und die (auch: pekuniäre) Attraktivität mittel- und großstädtischer Bevölkerungssegmentierungen für die niedergelassene Ärzteschaft zurückgeführt werden kann. Die nachweisbare, erhöhte Mobilität von Patientinnen und Patienten zur Erreichung spezialisierter Krankenhausleistungen mag eine (gesamtsystemische) Effizienzsteigerung sein; sie führt jedoch (vermutlich) auch zu sozial differenzierteren, d.h. sozial ungleichen Versorgungszugängen (vgl. Lungen et al. 2008; Knesebeck et al. 2008).

Konzentrationsprozesse im Gefolge der Einführung des fallpauschalierenden Vergütungssystems zum Abbau von Überkapazitäten im Krankenhaussektor politisch gewollt wären und das deutsche Wettbewerbsrecht nicht auf den Krankenhaussektor anwendbar sein sollte (vgl. Klaue 2006b: 174ff; Bruckenberger/Klaue/Schwintowski 2006b: 203ff). In jedem Fall kommt der wettbewerbsrechtlichen Situation und Entscheidung ein gewisses Mindestmaß an Bedeutung zu.

Zudem nimmt als Ausprägung des Wettbewerbs auf dem Behandlungsmarkt die Abrechnung und Akquirierung privat zu bezahlender Zusatzleistungen von einheimischen und ausländischen, einkommensstärkeren und/oder privat versicherten Krankenhauspatienten potenziell zu. Dies besonders unter den Bedingungen, dass die öffentlich finanzierten Krankenhausleistungen weiterhin strikt budgetiert bleiben und Krankenhausträger zusätzliche Einkommensquellen zu erschließen versuchen. Der Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt zwischen Krankenhäusern um gesetzlich versicherte Patienten bleibt allerdings relativ schwach, denn die freie Krankenhauswahl ist (weiterhin) nur eingeschränkt über eine Einweisung von einem niedergelassenen Arzt möglich (vgl. Bruckenberger/Klaue/Schwintowski 2006a). Allerdings wächst nicht nur propagandistisch, sondern sehr real die Bedeutung, die dem Einweisungsmanagement – eine bedingt euphemistischen Umschreibung für die Akquise zusätzlicher, erlösstarker KrankenhauspatientInnen – auf der Krankenhausebene zugerechnet wird. Empirische Untersuchungen zur Bedeutung des ökonomisch motivierten Einweisungsmanagements jenseits anekdotischen Wissens liegen allerdings (noch) nicht vor.²¹

Zweitens ist die Bedeutung der Selbstverwaltungspartner bei der Regulierung des deutschen Krankenhaussektors stetig gestiegen, wie die Beschreibung des Regulierungssystems im deutschen Krankenhaussektor gezeigt hat. Nicht nur wird die Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems von den Selbstverwaltungspartnern verantwortet, sondern auch die Aushandlung von Krankenhausplänen auf der Länderebene ist trotz der länderstaatlichen Rahmenplanung in den meisten Bundesländern noch von der Aushandlung von Standorten und Betten zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern geprägt. Schließlich ist die Qualitätssicherung auf der Bundesebene beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelt und unterstreicht die historisch-institutionelle Bedeutung des Korporatismus im deutschen Gesundheitswesen. Dabei lässt sich eine Strategie beobachten, die nicht nur als „Korporatisierung“ bezeichnet werden muss, sondern die vielmehr mit

²¹ Im September 2009 ist das Problem der illegalen Boni für die Einweisung von Patienten erneut in der politischen Öffentlichkeit diskutiert worden, im Vorfeld der Bundestagswahlen am 27.09.2009.

einer Zentralisierung und Professionalisierung der Selbstverwaltungsstrukturen einhergeht. Dies betrifft vor allem die Stärkung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bereich der Leistungsregulierung im Krankenhaussektor. Diese Zentralisierung und Professionalisierung der Gemeinsamen Selbstverwaltung ist dabei ein Ergebnis der Interaktion politischer Strategien der Bundesregierung (insbesondere der fachlich zuständigen Ministerialbürokratie), die Rolle der staatlichen Akteure bei Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen zu stärken, und der Abwehr staatlicher Interventionen in den Bereich der (Gemeinsamen) Selbstverwaltung, die oftmals als „bürokratischer Interventionismus“ und „Weg in die Staatsmedizin“ von den korporatistischchen Akteuren im Gesundheitswesen kritisiert wird.

Dies verweist *drittens* darauf, dass parallel zu der verstärkten Wettbewerbsorientierung und der Bedeutungszunahme korporatistischer Arrangements im Sinne der Gemeinsamen Selbstverwaltung auch die staatlichen Interventionsmöglichkeiten im Krankenhaussektor deutlich zugenommen haben. Insbesondere die zunehmende Einsetzung des Drohpotenzials „Ersatzvornahme“ gegenüber den entscheidungsunwilligen Selbstverwaltungspartnern, die zum Beispiel am Beginn der Realisierung des DRG-Systems mit der Verordnung des ersten Fallpauschalenkatalogs genutzt wurde, zeigt, dass die staatlichen Akteure auf der Bundesebene trotz föderaler Politikverflechtung und korporatistischer Tradition im deutschen Gesundheitswesen über besondere regulative Macht verfügen können. Dabei hat der Staat – insbesondere die im Bundesgesundheitsministerium angesiedelte zuständige Ministerialbürokratie – sehr dezidierte Wettbewerbskonzepte durchzusetzen versucht (vgl. Simon 2000). Staatliche Akteure auf der Bundesebene waren also zentrale Agenten des zunehmenden wettbewerblichen Wandels im Gesundheitssystem, und insbesondere im Krankenhaussektor (vgl. Böhm 2008). Die Entwicklung der politischen Steuerung im Krankenhaussektor zeigt, dass zunehmende Wettbewerbs- und sogar Korporatisierungsprozesse nicht nur im „Schatten des Staates“ ablaufen, sondern zu ihrer Etablierung des Staates, d.h. seiner institutionellen Besonderheiten, allgemein verbindliche Entscheidungen zu beschließen und durchzusetzen, sogar bedürfen (vgl. Döhler/Manow 1997; Scharpf 2000; Benz 2001).

Eine dichotome Sichtweise der drei zentralen Governanceformen im Krankenhaussektor erkennt folglich die Veränderung der spezifischen Konfiguration veränderter gesellschaftlicher Steuerung desselben. Allerdings steht die zunehmend wettbewerblich bzw. wettbewerbskorporatistisch ausgerichtete Steuerung auf der Bundesebene in einem gewissen Widerspruch zur weiterhin bedeutenden staatlichen Funktion bei der Krankenhausplanung der Länder. Zudem scheint die zunehmende Rahmenplanung der Länder bei der Festle-

gung von Fachgebieten und Betten darauf hinzudeuten, dass dieser Widerspruch nicht unberücksichtigt bleibt (vgl. Rüschemann et al. 2000; Bruckenberger 2006). Doch auch hier gilt, dass jenseits einer dichotomen Sichtweise sowohl ein (partieller) „Rückzug“ als auch ein (partieller) Ausbau, mit anderen Worten also eine Neujustierung von Staatlichkeit bei der Krankenhausplanung auf Länderebene festzustellen ist. Die neue staatliche Rolle besteht nun darin, im Sinne des NPM die Krankenhausplanung mit den (zunehmenden) Wettbewerbsbedingungen auf dem Leistungsmarkt kompatibel zu machen. Allerdings sind die formalen Eingriffsmöglichkeiten der Länder zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung immer noch hoch zu veranschlagen (wobei eine offene Frage ist, ob und wenn ja, warum und in welcher Weise von ihnen Gebrauch gemacht wurde/wird). Ob sie eingehalten werden, bleibt daher der zukünftigen Forschung überlassen, denn bisher liegen kaum empirische Studien vor, die sich dieser Spannung aus wettbewerblicher Leistungsallokation und landesstaatlicher Krankenhausplanung widmen.

4.2. Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung: Institutionelle und organisatorische Charakteristika

Die Analyse der Regulierungsstrukturen und der Versorgungsstrukturen eröffnet die Möglichkeit, anhand des eingangs entwickelten Analyserasters (siehe Tabelle 1), den Stand von Kommerzialisierungsprozessen im deutschen Krankenhausesektor abzuschätzen (siehe Tabelle 7). Hinsichtlich der Ökonomisierung der Steuerung des Krankenhausesektors durch New Public Management lässt sich eine mittelstarke Ausprägung im deutschen Krankenhausesektor beobachten. Wettbewerbsprozesse haben ebenso zugenommen wie die Ergebnis- und Leistungsorientierung, letztere vor allem durch die Einführung des fallpauschalierenden, leistungsorientierten Vergütungssystems (G-DRG). Die Durchsetzung von Managed-Care-Konzepten ist bislang vor allem auf MC-Instrumente konzentriert, wohingegen die Ausweitung von auf Einzelverträgen basierenden neuen Leistungs- und Versorgungsformen (= Managed Care Organisationen) noch begrenzt ist. Während formale und materielle Privatisierungen im deutschen Krankenhausesektor zugenommen haben, sind genauere und umfassende Daten über funktionale Privatisierungsprozesse bislang noch nicht systematisch verfügbar. Internationalisierungsprozesse – als Unterform von materiellen Privatisierungsprozessen konzeptualisiert – sind im deutschen Krankenhausesektor noch begrenzt.

Tabelle 7: Realisierung der institutionell-organisatorischen Merkmale einer kommerzialisierten Krankenhausversorgung in Deutschland (Hoch/Mittel/Niedrig)

		Deutschland
New Public Management	Wettbewerb und Quasi-Markt	Mittel
	Dezentralisierung und Globalbudget	Mittel
	Ergebnis- und Leistungsorientierung	Mittel
	Qualitäts- und Kundenorientierung	Mittel
Managed Care	Neue Versorgungsformen (Selektivverträge)	Mittel
	Vergütungssystemreform	Hoch
	Qualitäts- und Kostensteuerung	Hoch
	Evaluationsverfahren	Niedrig
Privatisierungsformen	Formale Privatisierung	Hoch
	Materielle Privatisierung (Internationalisierung)	Mittel (Niedrig)
	Funktionale Privatisierung	n.a.
	Leistungsrechtsprivatisierung	Mittel

Eigene Zusammenstellung

Institutionelle und organisatorische Merkmale der Kommerzialisierung

Formale Privatisierungsprozesse und Dezentralisierungen haben bereits seit den frühen 1990er Jahren die finanzielle und operative Autonomie der Krankenhäuser gestärkt und dadurch auch wettbewerbsorientiertes Verhalten ermöglicht. Der Wettbewerbsgrad im deutschen Krankensektor ist potenziell durch den historisch tradierten Versorgungsppluralismus (kommunale, freigemeinnützige und privatwirtschaftliche Krankenhausträger) relativ hoch. Allerdings muss der Wettbewerbsgrad nach Teilmärkten differenziert werden:

1. Der *Behandlungsmarkt* (Krankenhäuser konkurrieren um Patienten) ist durch die wegen des Überweisungszwangs weiterhin eingeschränkte Wahlfreiheit der gesetzlich versicherten Patienten noch deutlich von geringen Wettbewerbsmerkmalen gekennzeichnet. Hinsichtlich privat versicherter und selbst zahlender Patienten deutet sich jedoch eine Verstärkung des Wettbewerbs an, der nicht zuletzt auf zunehmend niedriger werdende Einnahmen aus der GKV zurückgeführt werden kann. Auch das zunehmend praktizierte Einweisungsmanagement und die – wenn auch noch begrenzte – Bindung von MVZen an Krankenhäuser deuten darauf hin, dass der Wettbewerb um den Kunden Patient auch im Krankenhausmarkt von zunehmender Bedeutung werden wird.
2. Der Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt (Krankenhäuser konkurrieren um Verträge mit Krankenkassen) schließlich, also jenem Bereich, der nicht nur gesundheitspolitisch in letzter Zeit stark gefördert wurde, sondern mit der Einführung von Einzelverträgen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen mittels Verträgen zur integrierten Versorgung auch am besten den Vorstellungen eines effizienzstei-

gernden Wettbewerbs im Sinne des New-Public-Management-Konzeptes entspricht, ist bislang nur begrenzt ausgedehnt worden. Die Krankenkassen – als Bestandteil der mittelbaren Leistungsverwaltung des Staates zur Verankerung von NPM-Vorstellungen prädestiniert – konnten bislang nicht im Sinne eines „Einkaufsmodells“ in strategischer Weise gegenüber den Krankenhäusern (mit Ausnahme der integrierten Versorgung) gestärkt werden. Die Ausweitung von Einzelverträgen (mit und ohne Globalbudget) im Krankenhaussektor ist mehrfach, zuletzt durch die jüngste Krankenhausreform, gescheitert (vgl. Mosebach 2009c). Auf dem Leistungsmarkt des Krankenhaussektors scheint sich daher über integrierte Versorgungsunternehmen eher ein anbietergetriebener Wettbewerb im Rahmen kollektivvertraglicher Regelungen zu etablieren.

Im Gegensatz zur Implementierung von Wettbewerbsprozessen ist die im NPM-Konzept versprochene *Ergebnis- und Leistungsorientierung* deutlich stärker im deutschen Krankenhaussektor realisiert worden. So wurde ein leistungsorientiertes Vergütungssystem (DRG-System), welches die Krankenhäuser zu höheren Effizienzgewinnen verleiten soll, etabliert. In der Folge kam es zu einer Spezialisierung und einer Reorganisation des Krankenhaussektors und der Leistungsallokation. Inwieweit sich jedoch die Krankenhausversorgung dadurch verbessert hat, bleibt offen, denn entgegen den gesetzlichen Vorgaben wurde eine begleitende Evaluationsforschung hinsichtlich Versorgung und Auswirkung des DRG-Systems (bislang) nicht durchgeführt (vgl. Simon 2007b: 42).

Auch die *Qualitäts- und Kundenorientierung* hat im Krankenhaussektor deutlich zugenommen, zumindest was die Institutionalisierung von externen und internen Qualitätssicherungssystemen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) betrifft. Allerdings ist die Verbindung von Qualitätsmanagement und Kundenorientierung im Sinne einer Leistungstransparenz für Patienten trotz aller Anstrengungen nicht belegt. Denn die zweijährigen Qualitätsberichte sind jüngsten Forschungen zufolge weder allgemeinverständlich noch einem größeren Kreis an Patienten zugänglich (vgl. Geraedts 2007; Friedemann/Schubert/Schwappach 2009). Eine Qualitäts- und Kundenorientierung ist daher nur bedingt im deutschen Krankenhaussektor etabliert. Allerdings lässt sich die zunehmende Orientierung an privat Versicherten und selbst zahlenden Kunden durchaus als (ökonomisch verstandene) Kundenorientierung begreifen (vgl. zu den konzeptionellen Unterschieden zwischen Kunden- und Patientenorientierung: Mosebach 2006b: 11ff). Die Kundenorientierung ist daher eng mit einer zunehmenden Leistungsrechtsprivatisierung im Krankenhaussektor und einer Differenzierung von Krankenhausleistungen und Hotelleis-

tungen entlang der kaufkräftigen Nachfrage und Einkommensstärke der zu behandelnden Patienten verknüpft (vgl. zur Differenzierungsstrategie: Ament-Rambow 2008: 22f).

Auf der betriebswirtschaftlich-organisationalen Ebene der Krankenhausversorgung (im Sinne von *Managed-Care*-Konzepten) hat die Vergütungsreform deutliche Spuren bei der Kostensteuerung und Organisation der Versorgungsleistungen hinterlassen. So spielt die betriebswirtschaftliche Kostensteuerung- und Leistungssteuerung sowohl auf Krankenhaus- als auch auf Kassenseite eine zunehmende Rolle (vgl. z.B. Fleßa/Weber 2006; Moos/Brüggemann 2006). Auch die Qualitätssteuerung im Sinne der Etablierung interner und externer Qualitätssicherungssysteme ist auf der betrieblichen Ebene im Krankenhaus – wie oben dargestellt – formal recht hoch. Allerdings liegen unabhängige Evaluationsberichte über die Qualität von integrierten Versorgungsformen und *Managed-Care*-Konzepten in Deutschland nicht vor. Dieses Defizit ist insbesondere auf die Tatsache zurückzuführen, dass integrierte Versorgungsverträge nicht evaluativ mit dem Ziel der Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren begleitet werden. Die rot-grüne Bundesregierung ging offenbar davon aus, dass aufgrund gesetzlicher Mindeststandards *Managed-Care*-Versorgungsformen von selbst hohe Qualitätsstandards erfüllen (vgl. Deutscher Bundestag 2005: 8). Diese regierungsamtliche Sichtweise hat sich nicht erkennbar verändert, da es zu keinen zusätzlichen Anforderungen hinsichtlich der externen Qualitätsbewertung von IV-Verträgen gekommen ist.

Die „permanente Austerität“ (Paul Pierson) *neoliberaler Finanz- und Wirtschaftspolitik* drückt sich krankenhauspoltisch einerseits in der verstärkten Kostendämpfung des öffentlich finanzierten Krankenhausesektors durch Budgetierung und andererseits in den chronisch wiederkehrenden Krisen kommunaler und freigemeinnütziger Haushalte aus. Dies begünstigt nicht nur formale Privatisierungsprozesse öffentlicher Krankenhäuser, um den Kostendruck auf finanziell und operativ autonomere Krankenhausebenen abgeben zu können. Auch materielle Privatisierungen von (öffentlichen) Krankenhäusern und funktionale Privatisierungsprozesse haben – gerade auch vor dem Hintergrund sinkender öffentlichen Investitionsaufwendungen für Plankrankenhäuser – deutlich zugenommen. Aufgrund der weiterhin beibehaltenen „permanenten Austerität“ und der Fortsetzung der sektoralen Budgetierung öffentlicher Krankenhausausgaben sind einzelne Krankenhäuser/Krankenhausträger zunehmend dazu übergegangen, neue Einkommensquellen zu erschließen. Von besonderer Bedeutung für die Versorgung scheint dabei die Ausweitung von Leistungsrechtsprivatisierungen zu sein, die über die Ausgründung von privaten Behandlungsräumen für privat (Zusatz-)Versicherte und Selbstzahler in nationaler und inter-

nationaler Perspektive in vielen Krankenhäusern zu realisieren versucht wird (vgl. Braun 2004; Ament-Rambow 2008; Brenner 2009).

5. Profitorientierung oder Bedarfsorientierung im deutschen Krankenhaussektor?

Die Ergebnisse der hier durchgeführten Analyse unterstützen die Auffassung, dass finanzielle, markt- bzw. wettbewerbsorientierte Anreizsysteme eine zunehmend stärkere Bedeutung in der Governance-Struktur des deutschen Krankenhaussektors bekommen. Monetäre Anreizstrukturen wurden durch die Einrichtung eines DRG-Vergütungssystems gestärkt und haben eine operative und finanzielle Reorganisation der Krankenhausversorgung bewirkt. Zudem ist die Anzahl privatwirtschaftlicher Krankenhäuser insgesamt enorm gestiegen, während gleichzeitig die Strategie der Attraktion privater Zusatznachfrage durch privat Versicherte und selbst zahlende Patienten bei allen Krankenhausträgern verstärkt verfolgt worden ist. Entsprechend zielen betriebswirtschaftliche Strategien (regionaler und überregionaler) Krankenhausverbände auf eine kostenoptimierte Reorganisation überkommener (im kommerzialisierungskompatiblen Neusprech:) „Wertschöpfungsketten“ im deutschen Krankenhaussektor. Trotz des Fehlens systematischer Datenerhebungen zeigen erste empirische Studien, dass die erhöhte Bedeutung ökonomischer Zielsetzungen im ärztlichen und pflegerischen Handeln, die aufgrund steigender Fallzahlen bei gleichzeitig stagnierenden bzw. zurückgehenden Beschäftigtenzahlen mit einer Arbeitsverdichtung einhergegangen sind, zu potenziell negativen Wirkungen auf die Patientenversorgung im Krankenhaus geführt hat (vgl. Braun/Müller/Timm 2004; Buhr/Klinke 2006; Simon 2008b).

Zusammen mit der (umkämpften) Ausbreitung von Wettbewerbsmodellen im deutschen Krankenhaussektor (auf dem Behandlungsmarkt, auf dem Leistungsmarkt und durch konkurrenzenorientierte Verbundbildung) führen die dargestellten Ökonomisierungs- und Privatisierungsprozesse zu einem Widerspruch mit der gesundheitspolitischen Norm der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsorientierten und gleichartigen Versorgung für alle Bürger. Mehr noch: In programmatischen Reden von Vertretern privatwirtschaftlicher Krankenhauskonzerne wird mittlerweile ein solcher Anspruch zumindest in der Tendenz in Frage gestellt, wenn die Krankenhäuser aufgefordert werden, die private Mehrnachfrage (über das sozialrechtlich kodifizierte medizinisch Notwendige hinaus) zu bedienen und gleichzeitig einer größeren Eigenverantwortung der (implizit: aller) Patienten das Wort geredet wird (vgl. z.B. Pföhler 2010). Selbst wenn nicht offen eine Zweiklas-

senmedizin gefordert wird, ist eine solche die logische Folge der hier propagierten Strategie, denn eine betriebswirtschaftliche Strategie der Erstellung eines Angebots für private Mehrnachfrage führt – ceteris paribus jedenfalls – zu einer spiegelbildlichen Reduktion des Angebotsniveaus und der -qualität im übrigen Wertschöpfungssegment. Die Krankenhausversorgung in Deutschland steht so betrachtet und entgegen den (häufig bloßen) Lippenbekenntnissen der Vertreter privater Kliniken tatsächlich vor der Gefahr einer Zweiklassenmedizin im Krankenhausesektor. Folgt man dem SPD-Politiker und Gesundheitsökonom Karl Lauterbach (2007) ist diese bereits Realität; allerdings sind – sollten die hier entwickelten, aufgrund von systematischen Datenlücken bislang noch unzureichend belegbaren Thesen stimmen – die privaten Klinikanstalten keineswegs die Lösung, sondern stellen vielmehr einen wichtigen Teil des Problems einer zunehmend ungleichen, qualitativ segmentierten, mit einem Wort: *kommerzialiserten Krankenhausversorgung* dar.

Abkürzungsverzeichnis

CDU	Christlich-Demokratische Union Deutschlands
CSU	Christlich-Soziale Union
DGK	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DLE	Dienstleistungserbringer
DRG	Diagnosis Related Group
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FDP	Freie Demokratische Partei
FPG	Fallpauschalengesetz
FPV	Fallpauschalenverordnung
GATS	General Agreement on Trade in Services
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	Diagnosis Related Groups, angewandt in Deutschland
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-GRG	Gesundheitsreformgesetz
GKV-GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GKV-ModG	GKV-Modernisierungsgesetz
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHNG	Krankenhausfinanzierungsneuordnungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MC	Managed Care
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
NPM	New Public Management
NSM	Neues Steuerungsmodell
PKV	Private Krankenversicherung
PPP	Public Private Partnerships
SGB	Sozialgesetzbuch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
WTO	World Trade Organisation

Literaturverzeichnis

- AKM und AGIT mbH (Aachener Kompetenzzentrum Medizintechnik) and DGBMT (Deutsche Gesellschaft für Biomedizinische Technik im VDE) (2005): Studie zur Situation der Medizintechnik in Deutschland im internationalen Vergleich. Überarbeiteter Abschlussbericht, erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), Aachen - Frankfurt 04.02.2005. http://www.bmbf.de/pot/download.php/M:0+Studie+zur+Situation+der+Medizintechnik+in+Deutschland+im+internationalen+Vergleich/~DOM;/pub/situation_medizintechnik_in_deutschland.pdf (22.08.08).
- Alber, J./Bernardi-Schenkluhn, B. (Hrsg.) (1992): Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Altenstetter, C. (2008): Medical Devices. European Union Policymaking and the Implementation of Health and Patient Safety in France, New Brunswick/London: Transaction Publishers.
- Altwater, E./Mahnkopf, B. (2007): Konkurrenz für das Empire. Die Zukunft der Europäischen Union in der globalisierten Welt, Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Amelung, V./Schumacher, H. (2004): Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Mit 12 Fallstudien aus den USA, der Schweiz und Deutschland. Unter Mitarbeit von Andrea Amelung, Andreas Domdey und Katharina Janus. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Wiesbaden: Gabler.
- Ament, Rambow, C. (2008): Wer sind unsere Kunden von morgen – und was erwarten sie? Das Krankenhaus der Zukunft – Trends, Entwicklungen und die Position im Markt. In: KU-Krankenhausumschau 77(11), 18-23.
- Baeten, R./Jorens, Y. (2006): The Impact of EU Law and Policy. In: Dubois, C.-A./McKee Martin/Nolte, E. (Hrsg.), Human Resources for Health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series (214-234), Maidenhead/New York: Open University Press.
- BÄK - Bundesärztekammer (2007): Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit, Berlin: Bundesärztekammer.
- Benz, A. (2001): Der moderne Staat. Grundlagen der politologischen Analyse, München/Wien: Oldenbourg.
- Bertinato, L. et al. (2005): Cross-Border Health Care in Europe. Policy Brief of the European Observatory on Health Systems and Policies and the Regione del Veneto, Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bieling, H.-J. (2009): „Private before State?“ On the Development of Political Ideal Models of the Role of the State. In: Internationale Politik und Gesellschaft 2009(3), 100-116.
- Bieling, H.-J./Deckwirth, C. (2008): Die Reorganisation der öffentlichen Infrastruktur in der Europäischen Union - Einleitung. In: Bieling, H.-J./Deckwirth, C./Schmalz, S. (Hrsg.), Liberalisierung und Privatisierung in Europa. Die Reorganisation der öffentlichen Infrastruktur in der Europäischen Union. Schriftenreihe der Hans Böckler Stiftung (9-33), Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Bieling, H.-J./Steinhilber, J. (2000): Hegemoniale Projekte im Prozess der europäischen Integration. In: Dies. (Hrsg.), Die Konfiguration Europas. Dimensionen einer kritischen Integrationstheorie (102-130), Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Blomgren, M./Sundén, E. (2008): Constructing a European healthcare market: The private healthcare company Capio and the strategic aspect of the drive for transparency. In: Social Science & Medicine 67(10), 1512-1520.
- Blouin, C./Drager, N./Smith, R. (Eds./2006): International Trade in Health Services and the GATS. Current Issues and Debates, Washington D.C.: The World Bank.

- BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung (2005): Studie zur Situation der Medizintechnik in Deutschland im internationalen Vergleich. Zusammenfassung. http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Medizintechnik-Studie.pdf (22.08.08)
- Böhlke, N./Gerlingert, T./Mosebach, K./Schmucker, R./Schulten, T. (Hrsg./2009): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg: VSA.
- Böhm, K. (2008): Politische Steuerung des Gesundheitswesens. Die Rolle von Korporatismus und Wettbewerb im Krankenhaussektor. Diskussionspapier 2008-1 des Instituts für Medizinische Soziologie der JWG-Universität Frankfurt a.M. <http://www.klinik.uni-frankfurt.de/zgw/medsoz/Disk-Pap/Diskussionspapier2008-1-W.pdf> (18.12.08).
- Böhm, K. (2009): Das Krankenhausfinanzierungsgesetz: Ein weiterer Schritt auf dem Reformweg der Krankenhausfinanzierung. Diskussionspapier 2009-01 des Instituts für Medizinische Soziologie der JWG-Universität Frankfurt a.M., URL: <http://141.2.205.15/zgw/medsoz/Disk-Pap/Diskussionspapier2009-1-W.pdf> (12.08.2010)
- BQS - Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH. Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V. <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/20071231.pdf> . 2007.
- Brand, H. et al. (2008): Cross-border health activities in the Euregios: Good practice for better health. In: Health Policy 86(2-3), 245-254.
- Brandt, T./Schulten, T. (2008a): Auswirkungen von Privatisierung und Liberalisierung auf die Tarifpolitik in Deutschland. Ein vergleichender Überblick. In: Brandt, T. et al. (Hrsg.), Europa im Ausverkauf. Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für die Tarifpolitik (68-91), Hamburg: VSA.
- Brandt, T./Schulten, T. (2008b): Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und die Erosion des Flächentarifvertrags. In: WSI-Mitteilungen. Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung 61(10), 570-576.
- Braun, B./Müller, R./Timm, A. (2004): Gesundheitliche Belastungen, Arbeitsbedingungen und Erwerbsbiographien von Pflegekräften im Krankenhaus. Eine Untersuchung vor dem Hintergrund der DRG-Einführung, Schwäbisch-Gmünd: Asgard.
- Braun, G.E. (Hrsg.) (2004): Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen, Neuwied: Luchterhand.
- Brenner, J. (2009): Vier Sterne fürs Knie. In: MedBiz – Magazin für Gesundheitswirtschaft. Monatsbeilage der Financial Times Deutschland 2009(2), 18-19.
- Brenske, M. et al. (2005): Der Gemeinsame Bundesausschuss - aktuelle und künftige Bedeutung für den Krankenhaussektor. In: das Krankenhaus 97(3), 167-173.
- Bruckenberg, E. (2006): Teil II: Versorgungsanalyse der deutschen Krankenhäuser. In: Bruckenberg, E./Klaue, S./Schwintowski, H.-P. (Hrsg.), Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb (25-103), Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bruckenberg, E./Klaue, S./Schwintowski, H.-P. (2006a): Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Berlin/Heidelberg: Springer.
- Bruckenberg, E./Klaue, S./Schwintowski, H.-P. (2006b): Teil 7: Wesentliche Ergebnisse. In: Bruckenberg, E./Klaue, S./Schwintowski, H.-P. (Hrsg.), Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb (197-212), Berlin/Heidelberg: Springer.
- Buchan, J. (2006): Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: Dubois, C.-A./McKee Martin/Nolte, E. (Hrsg.), Human Resources for Health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series (41-62), Maidenhead/New York: Open University Press.
- Buchan, J./Rafferty, A.M. (2004): Not from our own backyard? The United Kingdom, Europe and international recruitment of nurses. In: McKee Martin/MacLehose, L./Nolte, E. (Hrsg.), Health Policy and European Union Enlargement (143-156), Maidenhead/New York: Open University Press.

- Buhr, P./Klinke, S. (2006): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.
- Bundeskartellamt (2004): Beschluss in der Sache: Rhön-Klinikum, Krankenhaus Eisenhüttenstadt und Stadt Eisenhüttenstadt. B 10 - 109/04.
<http://www.bundeskartellamt.de/wDeutsch/download/pdf/Fusion/Fusion05/B10-109-04.pdf> (23.11.08).
- Busse, R./Wismar, M./Berman, P.C. (Hrsg.) (2002): The European Union and Health Services. The Impact of the Single European Market on Member States, Amsterdam/Berlin/Oxford/Tokyo/Washington DC: IOS Press.
- Cassel, D. (2002): Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf. In: Arnold, M./Klauber, J./Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhausreport 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb (3-20), Stuttgart: Schattauer.
- Cassel, D. et al. (2008): Vertragswettbewerb in der GKV: Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der großen Koalition: Wissenschaftliches Institut der Allgemeinen Ortskrankenkassen: Bonn.
- Cerny, P.G. (1990): The Changing Architecture of Politics. Structure, Agency, and the Future of the State, London et al. SAGE.
- Christensen, T./Laegreid, P. (Hrsg.) (2007): Transcending New Public Management. The Transformation of Public Sector Reforms, Aldershot: Ashgate.
- Crouch, C. (2008): Postdemokratie, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Czada, R./Zintl, R. (Hrsg.) (2003): Politik und Markt. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 34/2003, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Czerwick, E. (2007): Die Ökonomisierung des öffentlichen Dienstes. Dienstrechtsreformen und Beschäftigungsstrukturen seit 1991, Wiesbaden: VS Verlag.
- Dahme, H.-J. et al. (2005): Zwischen Wettbewerb und Subsidiarität. Wohlfahrtsverbände unterwegs in die Sozialwirtschaft, Berlin: Edition Sigma.
- Deacon, B./Ollila, Eeva/Koivusalo, M./Stubbs, P. (2003): Global Social Governance. Themes and Prospects, Helsinki: Ministry of Foreign Affairs.
- Deutscher Bundestag (2005): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust, Wolfgang Zöllner, Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU: Drucksache: 15/5057., Berlin: BT-DS. 15/5182.
- Deutscher Bundestag (2007): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE : Situation der Medizinischen Versorgungszentren (Drucksache: 16/6081), Berlin: BT-DS. 16/6176.
- Dietz, A./Charbonnier, R./Manzeschke, A. (Hrsg./2007): Aktiengesellschaft Krankenhaus. Bestimmen ökonomische Ziele medizinisches Handeln?, Bayreuth: Verlag P.C.O.
- DIW – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (2001): Gutachten: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Berlin: DIW.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2008). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern.
http://www.dkgev.de/media/file/4507.Anlage_Bestandsaufnahme_KH-Planung_neu_060608.pdf (12.09.08).
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2010): Eckdaten Krankenhausstatistik 2007/08, URL: http://www.dkgev.de/media/file/7330.Foliensatz_Krankenhausstatistik_20100129.pdf (11.09.2010).
- Döhler, M./Manow, P. (1997): Strukturbildung von Politikfeldern, Opladen: Leske+Budrich.

- Dräger, K. (2006): Der große Bluff - Wie Europas Eliten versuchen, die EU-Dienstleistungsrichtlinie geräuschlos durchzusetzen. In: *Sozialismus* 33(9), 46-53.
- Dräger, K. (2008): Bolkestein durch die Hintertür. EU-Richtlinie zu grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen. In: *Sozialismus* 35(12), 49-54.
- ESIP – European Social Insurance Partners (2008): Europäischer Jahresbericht 2007, Brüssel: Deutsche Sozialversicherung.
- EU-Kommission (2006): Mitteilung der Kommission. Konsultation zu Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen.
http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/comm_health_services_com2006_de.pdf (11.10.08).
- Figueras, J./Robinson, R./Jakubowski, E. (Hrsg.) (2005): Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Maidenhead and New York: Open University Press.
- Fleßa, S./Weber, W. (2006): Informationsmanagement und Controlling im Krankenhäusern. In: Busse, R./Schreyögg, J./Gericke, C. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen* (350-366), Heidelberg: Springer Medizin.
- Flintrop, J./Korzilius, H. (2008): Medizinische Versorgungszentren: Einfallstor für Fremdkapital. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105(39), A2024-A2026.
- Friedemann, J./Schubert, H.-J./Schwappach, D. (2009): Zur Verständlichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: Systematische Auswertung und Handlungsbedarf. In: *Das Gesundheitswesen* 71(1), 3-9.
- Friedrich, J./Beivers, A. (2009): Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel von Hüftendprothesen. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren* (155-181), Stuttgart: Schattauer.
- Fritz, T. (2004): Daseinsvorsorge unter Globalisierungsdruck. Wie EU und GATS öffentliche Dienste dem Markt ausliefern. In: Lorenz, F./Schneider, G. (Hrsg.), *Wenn öffentliche Dienste privatisiert werden. Herausforderungen für Betriebs- und Personalräte* (25-46), Hamburg: VSA.
- Fritz, T./Mosebach, K./Raza, W./Scherrer, C. (2006): GATS-Dienstleistungsliberalisierung. Sektorale Auswirkungen und temporäre Mobilität von Erwerbstätigen, Düsseldorf: Edition der Hans-Böckler-Stiftung.
- Gallagher, K.P. (2008): Understanding developing country resistance to the Doha Round. In: *Review of International Political Economy* 15(1), 62-85.
- Genschel, P./Zangl, B. (2008): Metamorphosen des Staates - vom Herrschaftsmonopolisten zum Herrschaftsmanager. In: *Leviathan* 3), 430-454.
- Geraedts, M. (2006): Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sichtensicht. In: Böcken, J. et al. (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2006: Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten* (154-170), Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Gerlinger, T. (2004): Privatisierung - Liberalisierung - Re-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems. In: *WSI-Mitteilungen. Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung* 57(9), 501-506.
- Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R. (Hrsg./2010): *Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt. Frankfurter Schriften*
- Gerlinger, T./Schmucker, R. (2007): Transnational migration of health professionals in the European Union. In: *Cad.Saúde Pública* 23(Supp. 2), 184-192.
- Gerlinger, T./Stegmüller, K. (1995): "Ideenwettbewerb" um Wettbewerbsideen. Die Diskussion um die "dritte Stufe" der Gesundheitsreform. In: Schmitthenner, H. (Hrsg.), *Der "schlanke" Staat. Zukunft des Sozialstaates - Sozialstaat der Zukunft* (152-179), Hamburg: VSA.

- Gerstlberger, W./Schneider, K. (2008): Öffentlich Private Partnerschaften. Zwischenbilanz, empirische Befunde und Ausblick. Unter Mitarbeit von Katrin von Schäwen. Modernisierung des öffentlichen Sektors 31, Berlin: Edition Sigma.
- Gethmann, C.F. et al. (2004): Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems. Forschungsberichte der Interdisziplinären Arbeitsgruppen der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, Band 13, Berlin: Akademie Verlag.
- Gorschlüter, P. (2001): Das Krankenhaus der Zukunft. Integriertes Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz, Stuttgart: Kohlhammer.
- Grether, T. (2008a): MVZ an Kliniken heben große Synergieeffekte. In: f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 25(4), 371-375.
- Grether, T. (2008b): Gute Beziehungen steigern Fallzahlen. In: f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus 25(5), 490-496.
- Gröschl-Bahr, G./Stumpfögger, N. (2008): Krankenhäuser. In: Brandt, T. et al. (Hrsg.), Europa im Ausverkauf. Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für die Tarifpolitik (165-180), Hamburg: VSA.
- Hajen, L. (2007): Gesundheitsdienstleistungen: Lokal produziert - national und europäisch reguliert. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 28 (Nr. 44), 138-157.
- Hajen, L. (2010): Europäischer Wachstumsmarkt Gesundheitsdienstleistungen zwischen Vision und Realität. In: Gerlinger/Mosebach/Schmucker (Hrsg.), Gesundheitsdienstleistungen im europäischen Binnenmarkt, Frankfurt a.M.: Peter Lang, 39-63.
- Harding, A./Preker, A.S. (Hrsg.) (2003): Private Participation in Health Services, Washington D.C.: World Bank.
- Harms, J./Reichard, C. (Hrsg.) (2003): Die Ökonomisierung des öffentlichen Sektors: Instrumente und Trends, Baden-Baden: Nomos.
- Harvey, David (2005): A Brief History of Neoliberalism, Oxford/New York: Macmillan.
- Heiny, L. (2008): Gesundheitswirtschaft: In weiter Ferne. Financial Times Deutschland vom 04.12.2008. <http://de.biz.yahoo.com/04122008/345/gesundheitswirtschaft-ferne.html> (12.12.08).
- Hirsch, J. (1995): Der nationale Wettbewerbsstaat. Staat, Demokratie und Politik im globalen Kapitalismus, Berlin/Amsterdam: ID-Archiv.
- Hirsch, J. (2005): Materialistische Staatstheorie. Transformationsprozesse des kapitalistischen Staatensystems, Hamburg: VSA.
- Huffschmid, J. (2008): Die Bedeutung der EU für die Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen. In: Brandt, T./Schulten, T./Sterkel, G./Wiedemuth, J. (Hrsg.), Europa im Ausverkauf. Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für die Tarifpolitik (14-41), Hamburg: VSA.
- Jähn, K. et al. (2007): E-Health. In: Nagel, E. (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. 4., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage (257-265), Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Jakobi, T. (2007): Konfessionelle Mitbestimmungspolitik. Arbeitsbeziehungen bei Caritas und Diakonie am Beispiel des Krankenhausesektors, Berlin: Edition Sigma.
- Jakubowski, E./Hess, R. (2004): The Market for Physicians. In: McKee, M./MacLehose, L./Nolte, E. (Hrsg.), Health Policy and European Union Enlargement (130-142), Maidenhead/New York: Open University Press.
- Jendges, T./Oberender, P./Jasper, M./Hacker, J. (2006): Integrierte Versorgung als Option in der räumlichen Versorgung. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration (67-79), Stuttgart: Schattauer.
- Jessop, B. (2002): The Future of the Capitalist State, Cambridge/Malden: Polity Press.

- KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008a): Von der Idee zur bundesweiten Umsetzung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren, Berlin: KBV.
- KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008b): Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG). Bundestagsdrucksache 16/9559, Berlin: KBV.
- Klaue, S. (2006): Teil 5: Zur Anwendung europäischen und deutschen Wettbewerbsrechtes auf Krankenhäuser betreibende Unternehmen. In: Bruckenberg, E./Klaue, S./Schwintowski, H.-P. (Hrsg.), Krankenhaushäuser zwischen Regulierung und Wettbewerb (167-183), Berlin/Heidelberg: Springer.
- Klaue, S. (2006a): Teil I: Krankenhäuser und Wettbewerb. In: Bruckenberg, E./Klaue, S./Schwintowski, H.-P. (Hrsg.), Krankenhäuser zwischen Regulierung und Wettbewerb (1-23), Berlin/Heidelberg: Springer.
- Klinke, S. (2008): Ordnungspolitische Wandel im stationären Sektor. 30 Jahre Gesundheitsreform, DRG-Fallpauschalensystem und ärztliches Handeln im Krankenhaus, o.O.: Pro Business.
- Knesebeck, O.v.d./Bauer, U./Geyer, S./Mielck, A. (2009) Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung - Ein Plädoyer für systematische Forschung. In: Das Gesundheitswesen, 71(2), 59-62.
- Landgraf, H./Lüthje, B./Marko, S./Scherrer, C. (1988): Kommerzialisierung der Deutschen Post. Deregulierung, neue Kommunikationstechniken und veränderte gewerkschaftliche Handlungsbedingungen. In: WSI-Mitteilungen. Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung 41(11), 656-663.
- Lauterbach, Karl (2007): Der Zweiklassenstaat. Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren, Berlin: Rowohlt Berlin.
- Lee, K. (2003): Globalization and Health. An Introduction, Houndsmill/New York: palgrave macmillan.
- Leonhardt, M./Völpel-Haus, D. (2002): Krankenhäuser: Ökonomisierung und Privatisierung. In: Paetow, H./Fiedler, M./Leonhardt, M. (Hrsg.), Therapien für ein krankes Gesundheitswesen: Orientierungspunkte für Versicherte, PatientInnen und Beschäftigte (180-189), Hamburg: VSA.
- Lethbridge, J (2010): European health services, multinational companies and a European healthcare market. Major trends and eligibility for European Works Councils. A report commissioned by the European Federation of Public Services Union (EPSU). URL: [http://www.epsu.org/IMG/pdf/Final_report_EWC_health_care_2010 - Jane Lethbridge.pdf](http://www.epsu.org/IMG/pdf/Final_report_EWC_health_care_2010_-_Jane_Lethbridge.pdf) (12.09.2010).
- Leys, C. (2001): Market-Driven Politics. Neoliberal Democracy and the Public Interest, London & New York: Verso.
- Lister, J. (2005): Health Policy Reform. Driving the Wrong Way? A Critical Guide to the Global 'Health Reform' Industry, Enfield/Middlesex: Middlesex University Press.
- Löser-Priester, I. (2003): Privatisierung öffentlichen Krankenhäuser und Partizipation der Beschäftigten. Eine Fallstudie zur Modernisierung des öffentlichen Dienstes, Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Luff, D. (2003): Regulation of Health Services and International Trade Law. In: Mattoo, A./Sauvé, P. (Hrsg.), Domestic Regulation and Service Trade Liberalization (191-219), Washington D.C.: World Bank & Oxford University Press.
- Lüngen, M./Stollenwerk, B./Messner, P./Lauterbach, K.W./Gerber, A. (2008): Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. In: International Journal for Equity in Health 7(1), URL: <http://www.equityhealthj.com/content/7/1/1> (12.09.2010).
- Lupton, D. (1995): The imperative of health. Public health and the regulated body, London et al.: SAGE.

- Lupton, D. (2003): *Medicine as culture*. Second edition, London et al.: SAGE.
- Mackintosh, M./Koivusalo, M. (2005): *Health Systems and Commercialization: In Search of Good Sense*. In: Mackintosh, M./Koivusalo, M. (Hrsg.), *Commercialization of Health Care. Global and Local Dynamics and Policy Responses* (3-21), Houndmills/New York: PalgraveMacmillan.
- Mackintosh, M./Koivusalo, M. (Hrsg.) (2005): *Commercialization of Health Care. Global and Local Dynamics and Policy Responses*, Houndmills/New York: PalgraveMacmillan.
- McKee, M./Healey, J. (Eds./2002): *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- McKee, M./Mossialos, E. (2000): *Seattle, the World Trade Organization and the NHS*. In: *Journal of the Royal Society of Medicine* 93(3), 109-110.
- Medical Export (DLR - Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt) (2008): *Zielsetzung - Projekt zur Entwicklung von Instrumenten zur Erschließung des Geschäftsfeldes 'medizinische Dienstleistungen für Patienten aus dem Ausland'*. Gefördert vom BMBF und weiteren privaten Akteuren. <http://www.medical-export.de/Goals.aspx> (11.12.08).
- Messner, D. (1995): *Die Netzwerkgesellschaft. Wirtschaftliche Entwicklung und internationale Wettbewerbsfähigkeit als Probleme gesellschaftlicher Steuerung*, Köln: Weltforum Verlag.
- Monopolkommission (2008): *Weniger Staat - mehr Wettbewerb! Siebzigstes Hauptgutachten der Monopolkommission*. Unterrichtung durch die Bundesregierung. BT-Drs. 16/10140, Berlin: Deutscher Bundestag.
- Moos, G./Brüggemann, F. (2006): *Informationsmanagement und Controlling in Krankenversicherungen*. In: Busse, R./Schreyögg, J./Gericke, C. (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen* (337-350), Heidelberg: Springer Medizin.
- Moran, M. (1992): *The health-care state in Europe: convergence or divergence?* In: *Environment and Planning C* 10(1), 77-90.
- Moran, M. (1995): *Three faces of the health care state*. In: *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 20(3), 767-781.
- Moran, M. (1999): *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*, Manchester: Manchester University Press.
- Moran, M. (2000): *Understanding the welfare state: the case of health care*. In: *British Journal of Politics and International Relations* 2(2), 135-160.
- Moran, M. (2003): *The British Regulatory State. High-Modernism and Hyper-Innovation*, Oxford et al.: Oxford University Press.
- Mosebach, K. (2003a): *Macht GATS krank? Auswirkungen des multilateralen Dienstleistungsabkommens auf das deutsche Gesundheitssystem*. In: *Blätter für deutsche und internationale Politik* 48(3), 354-363.
- Mosebach, K. (2003b): *Mit Blaulicht durch Europa. Die "negative Integration" des Gesundheitssystems in den europäischen Binnenmarkt*. In: *Forum Wissenschaft* 20(3), 30-34.
- Mosebach, K. (2006a): *Best of Both Worlds? Gesundheitsversorgung in Europa unter Wettbewerbsbedingungen*. URL: <http://www.bdwi.de/forum/archiv/archiv/136270.html>. In: *Forum Wissenschaft* 23(2), 55-58.
- Mosebach, K. (2006b): *Patienten auf dem Weg zur Macht? Ergebnisse rot-grüner Gesundheitspolitik*. Diskussionspapier 2006-1 des Instituts für Medizinische Soziologie am Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a.M.
- Mosebach, K. (2006c): *GATS und Gesundheitsdienstleistungen*. In: Fritz, T. et al, *GATS-Dienstleistungsliberalisierung*. Edition der Hans Böckler Stiftung Band 168 (83-107), Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Mosebach, K. (2009a): *Commercializing German Hospital Care? Effects of New Public Management and Managed Care under Neoliberal Conditions*. In: *German Policy Studies* 5(1), 65-98.

- Mosebach, K. (2009b): Zwischen Konvergenz und Divergenz: Privatisierungs- und Ökonomisierungsprozesse in europäischen Krankenhaussystemen. In: Böhlke, N./Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R./Schulten, T. (Hrsg.), *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und*(43-65), Hamburg: VSA.
- Mosebach, K. (2009c): Krankenhausreformchaos. In: *Blätter für deutsche und internationale Politik* 54(2), 19-22.
- Mosebach, K. (2010a): Prolegomena zu einer politischen Theorie gesundheitssystemischen Wandels. Diskussionspapier des Instituts für Medizinische Soziologie am Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt a.M. (in Vorbereitung).
- Mosebach, K. (2010b): Konvergenz oder Divergenz der Krankenhaussysteme in Europa? Eine vergleichende Untersuchung der Krankenhausversorgung in England, Frankreich und den Niederlanden. Diskussionspapier des Instituts für Medizinische Soziologie am Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt a.M. (in Vorbereitung).
- Mosebach, K. (2011a): New Public Management, Managed Competition and Social Market Competition: Contextual or Universalising Health Care Policy Discourses? A Comparison of Expert Discourses of National Health Care Policy Reform in Germany, England and the United States. Discussion Paper of the Institute of Medical Sociology at the Goethe University Frankfurt a.M. (in preparation).
- Mosebach, K. (2011b): Bedarfsgerechtigkeit oder medizinische Notwendigkeit? Zur Operationalisierung nicht-bedarfsgerechter Versorgung in der Analyse von Kommerzialisierungseffekten auf Qualität und Umfang der Krankenversorgung in Deutschland. Diskussionspapier des Instituts für Medizinische Soziologie am Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt a.M. (in Vorbereitung).
- Mossialos, E./Walley, T./Mrazek, M. (2004): Regulating pharmaceuticals in Europe: an overview. In: Mossialos, E./Mrazek, M./Walley, T. (Hrsg.), *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality* (1-37), Berkshire: Open University Press.
- Müller, S./Köppl, B. (2008): Medizinische Versorgungszentren: Nicht alle Erwartungen bestätigt. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105(47), A2500-A2504.
- Naschold, F./Bogumil, J. (1998): *Modernisierung des Staates. New Public Management und Verwaltungsreform*, Opladen: Leske+Budrich.
- Neubauer, G./Beivers, A./Minartz, C. (2007): Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch* (65-85), Stuttgart: Schattauer.
- Paeger, A. (2010): Private Krankenhäuser sichern den öffentlichen Versorgungsauftrag. Marktanteil wird bis 2020 auf 30 Prozent steigen. In: *f & w – führen und wirtschaften* 27(2), 169-172
- Paton, C. (2006): *New Labour's State of Health. Political Economy, Public Policy and the NHS*, Aldershot/Hampshire: Ashgate.
- Paton, C.e.al. (2000): *Wissenschaftliche Beurteilung der Auswirkungen der Einführung von Marktkräften in Gesundheitssysteme. Schlussbericht*, Dublin: European Health Management Association.
- Pelizzari, A. (2001): Die Ökonomisierung des Politischen. *New Public Management und der neoliberale Angriff auf die öffentlichen Dienste. Raisons D'Agir*, Band 6, Konstanz: UKV.
- Petersen, A./Bunton, R. (2002): *The new genetics and the Public's health*, London/New York: Routledge.
- Petersen, A./Lupton, D. (1996): *The new public health. Health and self in the age of risk*, London et al. : SAGE.
- Pföhler, W. (2010): Unser Gesundheitssystem hat noch Wirtschaftlichkeitsreserven. In: *Die GesundheitsWirtschaft. Journal für die Akteure der Gesundheitsbranche* 4(3), 28-30.

- Pierson, C. (2007): *Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare*, Pennsylvania: Pennsylvania University Press.
- Pollitt, C./Bouckaert, G. (2004): *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. Second Edition, Oxford et al.: Oxford University Press.
- Pollitt, C./van Thiel, S./Homburg Vincent (Hrsg.) (2007): *New Public Management in Europe. Adaptation and Alternatives*, Houndsmill/New York: PalgraveMacmillan.
- Pollock, A. M. (2004): *NHS Plc. The privatisation of Our Health Care*, London/New York: Verso.
- Pollock, A.M./Price, D. (2000): *Rewriting the regulations: how the World Trade Organization could accelerate privatisation in health-care systems*. In: *The Lancet* 356, 1995-2000.
- Pollock, A.M./Price, D. (2003): *New deal from the World Trade Organisation*. In: *BMJ* 327(7415), 571-572.
- Poulantzas, N. (2002): *Staatstheorie. Politischer Überbau, Ideologie, Autoritärer Etatismus*. Mit einer Einleitung von Alex Demirovic, Joachim Hirsch und Bob Jessop. [Originalausgabe: 1978], Hamburg: VSA.
- Preker A.S./Harding, A. (Eds./2003): *Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals*, Washington D.C.: The World Bank.
- Preker, A.S. et al. (Hrsg.) (2007): *Public Ends, Private Means. Strategic Purchasing of Health Services*, Washington D.C.: The World Bank.
- Preker, A.S./Harding, A. (2007): *Political Economy of Strategic Purchasing*. In: Preker, A.S. et al. (Hrsg.), *Public Ends, Private Means. Strategic Purchasing of Health Services (13-51)*, Washington D.C.: The World Bank.
- Price, D./Pollock, A.M./Shaoul, J. (2001): *How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care*. In: *The Lancet* 354(1889-1992).
- Rechel B./Wright, S./Edwards, N./Dowdeswell, B./McKee, M. (Eds./2009): *Investing in Hospitals of the Future*, Copenhagen: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Rothgang, H. (2006): *Die Regulierung von Gesundheitssystemen in vergleichender Perspektive: Auf dem Weg zur Konvergenz?* In: *Wendt, C./Wolf, C. (Hrsg.), Soziologie der Gesundheit. Sonderheft 46/2006 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (298-319)*, Wiesbaden: VS Verlag.
- Rügemer, W. (2008): *"Heuschrecken" im öffentlichen Raum. Public Private Partnership - Anatomie eines globalen Finanzinstruments*, Bielefeld: Transkript.
- Rüschmann, H.H. et al. (2000): *Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme. Leistungssicherung statt Kapazitätsplanung*, Berlin/Heidelberg: Springer.
- Scharpf, F.W. (1999): *Regieren in Europa. Effektiv und demokratisch?*, Frankfurt a.M.: Campus.
- Scharpf, F.W. (2000): *Interaktionsformen. Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung*, Opladen: Leske + Budrich (UTB).
- Schaub, V.E. (2001): *Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Europäischen Union. Die gesetzlichen Gesundheitssysteme im Wettbewerb*, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Schedler, K./Proeller, I. (2006): *New Public Management*. 3., vollständig überarbeitete Auflage, Haupt: UTB.
- Schmidt C./Gabbert, Th./Engeler, F./Fischer, F./Breinlinger O' Reilly, J./Möller, J. (2006): *Investoren am Gesundheitsmarkt*. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 128, 1551-1556.
- Schmidt am Busch, B. (2007): *Die Gesundheitssicherung im Mehrebenensystem*, Tübingen: Mohr Siebeck.

- Schmucker, R. (2004): Gesundheit als "Dienstleistung vonn allgemeinem Interesse". In: Elsner, G./Gerlinger, T./Stegmüller, K. (Hrsg.), Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus (183-194), Hamburg: VSA.
- Schneider, V./Tenbücken, M. (2004): Einleitung. In: Schneider, V./Tenbücken, M. (Hrsg.), Der Staat auf dem Rückzug. Die Privatisierung öffentlicher Infrastrukturen (15-26), Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Schulten, T. (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals. Country report on liberalisation and privatisation processes and forms of regulation for the project „Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE)“, Düsseldorf: WSI/Hans-Böckler Stiftung. URL: http://www.boeckler.de/pdf/wsi_pj_piq_sekkrankh.pdf (11.09.2010).
- Schulten, T./Böhlke, N. (2009): Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Beschäftigte und Patienten. In: Böhlke, N./Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R./Schulten, T. (Hrsg.), Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten (97-123), Hamburg: VSA.
- Schuppert, G.F. (2005): Der Gewährleistungsstaat. Ein Leitbild auf dem Prüfstand, Baden-Baden: Nomos.
- Schwintowski, H.-P. (2006a): Teil 3: Sozialrechtliche Rahmenbedingungen. In: Bruckenberg, E./Klaue, S./Schwintowski, H.-P. (Hrsg.), Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb (105-146), Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schwintowski, H.-P. (2006b): Teil 4: Krankenhausrecht. In: Bruckenberg, E./Klaue, S./Schwintowski, H.-P. (Hrsg.), Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb (147-166), Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schwintowski, H.-P. (2006c): Teil 6: Das europäische Beihilfeverbot. In: Bruckenberg, E./Klaue, S./Schwintowski, H.-P. (Hrsg.), Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb (185-196), Berlin/Heidelberg: Springer.
- Shaffer, E.R. et al. (2005): Global Trade and Public Health. In: American Journal of Public Health 95(1), 23-34.
- Simon, M. (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Simon, M. (2007): Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Eine Analyse der Entwicklung zwischen 1991 und 2005. EFH-Papers der Evangelischen Fachhochschule Hannover p 07-001. <http://www.fakultaet5.fh-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/papers/07-001.pdf> (18.10.08).
- Simon, M. (2007b): Das deutsche DRG-Fallpauschalensystem: Kritische Anmerkungen zu Begründungen und Zielen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin Nr. (44), 41-63.
- Simon, M. (2008a): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 2., vollständig überarbeitete Auflage, Bern et al.: Hans Huber.
- Simon, M. (2008b): Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser. Hintergründe - Ursachen - Auswirkungen, Bern et al.: Hans Huber.
- Simon, M. (2008c): Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets: Eine kritische Bestandsaufnahme. Studie für die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di. http://presse.verdi.de/download-center/pressemappe/data/simon_studie_kritik_der_budgetdeckelung.pdf (11.11.08).
- Singh, S.N./Wachter, R.M. (2008): Perspectives on Medical Outsourcing and Telemedicine - Rough Edges in a Flat World? In: New England Journal of Medicine 358(15), 1622-1627.
- Spangenberg, M./Schürt, A. (2006): Die Krankenhausversorgung in Deutschland unter Raumordnungsaspekten – Status Quo und Szenarien. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration (205-219), Stuttgart: Schattauer.

- Statistisches Bundesamt (2008): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2007. https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,sfgsuchergebnis.csp&action=newsearch&op_EVASNr=startswith&search_EVASNr=2311 (23.11.08).
- Steiner, P./Mörsch, M. (2005): Kritische Bestandsaufnahme der Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. In: das Krankenhaus 97(6), 473-477.
- Stumpfögger, N. (2007): Krankenhausfusionen und Wettbewerbsrecht. Unternehmenskonzentration im deutschen Krankenhausmarkt 2003-2007. Auszüge aus einer Studie für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. URL: <http://www.who-owns-the-world.org/wp/wp-content/uploads/2008/07/krankenhausmarkt-2007.pdf> (12.09.2010).
- Stumpfögger, N. (2009): Wenn die Gründerzeit zu Ende geht. In: In: Böhlke, N./Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R./Schulten, T. (Hrsg.), Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten (199-219), Hamburg: VSA.
- SVR-KAiG – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ausführliche Zusammenfassung. URL: <http://www.svr-gesundheit.de> (12.06.2009).
- Tiemann, S. (2006): Gesundheitssysteme in Europa - Experimentierfeld zwischen Staat und Markt. Frankreich, Niederlande, Schweiz, Schweden und Großbritannien - Analyse und Vergleich. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Berlin: AKA-Verlag.
- Tietje, C. (2000): Einführung. In: o.A. (Hrsg.), WTO - Welthandelsorganisation. Textausgabe mit Sachregister (IX-XXI), München: Beck-Texte im dtv.
- Tritter, J./Koivusalo, M./Ollila, E./Dorfman, P. (2010): Globalisation, Markets and Healthcare Policy. Redrawing the Patient as Consumer, London/New York: Routledge.
- Ver.di (2002ff): Infodienst Krankenhäuser: Krankenhausinfo - Infodienst Krankenhäuser, verschiedene Jahrgänge.
- Vogel, B. (2007): Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, Hamburg: Hamburger Edition.
- Weltbank (1993): Weltentwicklungsbericht 1993: Investitionen in die Gesundheit., Washington D.C.: The World Bank.
- Wendt, C. (2003): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Wendt, C. (2005): Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven. MZES Arbeitspapiere Nr. 88, Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung, Mannheim: <http://www.mzes.de> (21.04.06).
- Wettke, J. (2007): Deutscher Krankenhausmarkt im europäischen/internationalen Umfeld. In: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006: Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch (21-33), Stuttgart: Schattauer.
- Wiechmann, M. (2003): Managed Care. Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem, Wiesbaden: Gabler Edition Wissenschaft.
- Wismar, M. (1996): Gesundheitswesen im Übergang zum Postfordismus. Die gesundheitspolitische Regulierung der Postfordismuskrise in Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt a.M.: VAS - Verlag für Akademische Schriften.
- Wörz, M. (2008): Erlöse - Kosten - Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied?, Wiesbaden: VS Verlag.
- WTO (1998): Health and Social Services. Background Note by the Secretariat. Geneva: <http://www.wto.org> (12.05.04).
- Zech, M. (2007): Die Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland. Voraussetzungen - Wirkungen - Konsequenzen, Saarbrücken: VDM.
- Ziltener, P. (1999): Strukturwandel der europäischen Integration. Die Europäische Union und die Veränderung von Staatlichkeit, Münster: Westfälisches Dampfboot.

In der Reihe

Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie
sind bisher erschienen:

- 2005 - 1 Rolf Schmucker: Die deutsche Arzneimittelzulassung im europäischen Wettbewerb Schutzgebühr 1,50 EUR
- 2006 - 1 Kai Mosebach: Patienten auf dem Weg zur Macht? Ergebnisse rot-grüner Gesundheitspolitik Schutzgebühr 2,50 EUR
- 2007 - 1 Thomas Gerlinger, Kai Mosebach, Rolf Schmucker: Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik : Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen Schutzgebühr 1,50 EUR
- 2007 - 2 Thomas Gerlinger: Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik Schutzgebühr 2,00 EUR
- 2008 - 1 Katharina Böhm: Politische Steuerung des Gesundheitswesens: Die Rolle von Korporatismus und Wettbewerb im Krankenhaussektor Schutzgebühr 5,00 EUR
- 2008 - 2 Rolf Schmucker: Solidarität in der europäisierten Gesundheitspolitik?: Zum Verhältnis von Wettbewerb und Solidarität im europäischen Binnenmarktprojekt Schutzgebühr 2,00 EUR
- 2008 - 3 Rolf Schmucker: The Impact of European Integration on the German System of Pharmaceutical Product Authorization Schutzgebühr 2,00 EUR
- 2009 - 1 Katharina Böhm: Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz: Ein weiterer Schritt auf dem Reformweg der Krankenhausfinanzierung Schutzgebühr 2,00 EUR
- 2010 - 1 Kai Mosebach: Kommerzialisierung der deutschen Krankenhausversorgung? Auswirkungen von New Public Management und Managed Care unter neoliberalen Bedingungen Schutzgebühr 4,50 EUR

Die Diskussionspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:
Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Institut für Medizinische Soziologie
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a. M.
Tel.: (0 69) 6301-76 10 / Fax: (0 69) 63 01-66 21