

- M. Frese, S. Greif, N. Semmer (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie, Huber, Bern 1978.
- M. Gaujard: Pathologie psychiatrique du personnel hospitalier. Arch. Mal. Prof. 1973, 34/12, 710-711.
- Gutachten für die ÖTV-Berlin: „Belastung und Beanspruchung im Krankenhaus durch überlange Dienste und Schichtarbeit“, in Vorbereitung.
- Hauptvorstand der ÖTV: Forderungen zur Humanisierung der Patientenversorgung im Krankenhaus, Stuttgart 1978.
- Ch. Maslach, S. E. Jackson: The Measurement of Experienced Burnout. Manuskript, Berkeley, Californien, o.J.
- Ch. Maslach: The Client Role in Staff Burn-Out. Journal of Social Issues, Vol. 34, 1978, 111-124.
- A. Pines, Ch. Maslach: Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings. Hospital & Community Psychiatry Vol. 29, 1978, 233-237.
- H. E. Richter: Flüchten oder Standhalten? Rowohlt, Hamburg 1976
- K. D. Rose, I. Rosow: Physicians Who Kill Themselves. Archives of general psychiatry, Vol 29, 1973, 00-805.
- W. Schmidbauer: Die hilflosen Helfer, Rowohlt, Hamburg 1977.
- G. E. Vaillant, N. C. Sobowale, Ch. McArthur: Some psychologic vulnerabilities of physicians. The New England Journal of Medicine Vol 287, 1972, 372-375.
- E. M. Waring: Psychiatric Illness in Physicians: A Review. Comprehensive Psychiatry Vol. 15, 1974, 519-530.
- Ch. und J. Zenker: Demokratische Psychiatrie in Italien – Alternative zur deutschen Sozialpsychiatrie? Argumente für eine soziale Medizin VIII, Argument-Sonderband 30, Argument-Verlag, Berlin (West) 1979.

Hagen Kühn

## Privatisierungstendenzen im Krankenhaus

### 1. Zum Problem

Die wirtschaftliche und politische Situation der letzten Jahre förderte u. a. zwei Entwicklungen, die sich auf Privatisierungstendenzen im Gesundheitswesen förderlich auswirken: Zum einen entsteht gesamtwirtschaftlich ein Geldkapitalüberschuß aus realisierten Gewinnen. Dieser führt zu einem Verdrängungswettbewerb auf der Suche nach rentablen Anlagemöglichkeiten. Wie die Konkursstatistik zeigt, dringt dabei das große Kapital in traditionell „mittelständische“ Sektoren ein. Vom kleinen und mittleren Kapital geht daher wiederum ein verstärkter Druck auf die Privatisierung von – meist im kommunalen Bereich angesiedelten – öffentlichen Dienstleistungen aus.

Parallel dazu hat sich das politisch-soziale Kräfteverhältnis zugunsten jener Interessen verschoben, die auf einen Abbau der erreichten

sozialpolitischen Standards drängen. Dabei geht es sowohl um den ökonomischen Umfang als auch die inhaltliche Ausgestaltung sozialer Leistungen und Dienste.<sup>1</sup>

Beide Tendenzen ergänzen und verstärken sich gegenseitig mit den Folgen:

- verschlechterter Arbeits- und Beschäftigungssituation im Bereich öffentlicher Dienstleistungen;
- Qualitätsverschlechterungen bei den Sozialleistungen; und damit
- Abbau sozialstaatlicher Errungenschaften. Dabei ist auch zu bedenken, daß die Überführung sozialer Dienstleistungen in die private Warenproduktion zugleich auch die öffentlichen Gestaltungs- und Kontrollrechte reduziert und damit ein Weniger an (möglicher) Demokratie bedeutet.<sup>2</sup>

Auch das Krankenhaus bleibt von Privatisierungstendenzen nicht unberührt. Teilweise werden bereits bestehende Formen der Indienstnahme dieser Institution für gewinnwirtschaftliche Zwecke verstärkt, teilweise entwickeln sich neue Strategien in dieser Richtung. In den folgenden Ausführungen liegt der Schwerpunkt auf der Darstellung *einer* Privatisierungsform, der bislang das geringste Maß an Aufmerksamkeit zugekommen ist, was wahrscheinlich auf die „schleichende“, undramatische Art zurückgeht, mit der sie sich durchsetzt: dem überproportionalen Anwachsen der Privatkrankenhäuser. Dieses wirkt sich auf die Versorgungsqualität, die Beschäftigungssituation, die Plan- und Steuerbarkeit ebenso nachteilig aus, wie auf das Kostenniveau und die Angebotsstruktur der gesamten stationären Versorgung.

## 2. Eigentumsformen und private Erwerbswirtschaft im Krankenhaus

Das bundesdeutsche Krankenhauswesen kennt drei verschiedene Typen von Eigentümern (Trägern):

Die Träger der *öffentlichen Krankenhäuser* sind vorwiegend Gemeinden und Kreise, teilweise Länder und in geringem Maße der Bund oder die Sozialversicherungen. Die vorherrschende Eigentumsform ist die der öffentlich-rechtlichen Körperschaft, ihre Zweckbestimmung ist prinzipiell bedarfswirtschaftlich.

Die *freigemeinnützigen Krankenhäuser* sind im Eigentum von christlichen und anderen caritativen Trägern, wie Kirchengemeinden, Ordensgemeinschaften, Wohlfahrtsverbänden, gemeinnützigen Stiftungen. Ihre Eigentumsform ist privatrechtlich; da jedoch – im Unterschied zu erwerbswirtschaftlichen Unternehmen – ihr Vermögen an einen bestimmten Versorgungszweck gebunden ist, sichert der Staat die bedarfswirtschaftlichen Ausrichtungen, indem er ihnen den Status der

Gemeinnützigkeit zuerkennt, der mit erheblichen Steuervergünstigungen verbunden ist. Dazu kommt noch das Privileg des „Tendenzschutzes“.

In die *Privatkrankenhäuser* investieren die Eigentümer Erwerbsvermögen (Kapital), um mithilfe fremder Arbeitskraft einen Gewinn zu erzielen. Das Vermögen ist nicht an einen speziellen Versorgungszweck gebunden, sondern dient primär dem Zweck seiner ständigen Vermehrung. Die Bedarfsdeckung gilt als „Sekundäreffekt“.<sup>3</sup>

Die Verteilungsrelationen (Tab. 1) der Häuser und Betten auf die einzelnen Träger geben allein kein hinreichendes Bild von der Verdrän-

**Tab.1:** Verteilung der Krankenhäuser und planmäßige Betten auf die Krankenhausträger

- in Prozent -

Jahresende	öffentliche		freigemeinn.		private	
	Kr'häuser	Pl'betten	Kr'h.	Pl'b.	Kr'h.	Pl'b.
1938	-	62,6	-	31,4	-	6,0
1955	40,4	55,9	37,7	38,2	21,9	5,9
1960	39,1	56,0	36,1	37,0	24,9	7,0
1965	37,5	55,2	35,5	36,5	27,0	8,3
1966	37,6	55,1	35,5	36,5	26,9	8,5
1967	37,5	54,8	35,4	36,7	27,1	8,6
1968	37,4	54,9	35,2	36,9	27,4	8,6
1969	37,4	54,7	35,6	36,7	27,1	8,6
1970	37,3	54,6	35,4	36,5	27,3	8,9
1971	37,8	54,7	35,2	36,5	27,0	8,8
1972	37,6	54,4	35,2	36,4	27,2	9,3
1973	38,1	54,6	34,8	35,8	27,1	9,6
1974	37,6	54,1	34,5	35,4	28,0	10,5
1975	37,3	53,4	34,1	35,3	28,6	11,4
1976	37,0	52,8	33,7	35,3	29,3	11,9
1977	36,8	52,6	33,4	35,3	29,8	12,2

**Quellen:** eigene Berechnung nach: Wirtschaft und Statistik, Jg. 8 (1956) ff. (jeweils nach aktuellsten Angaben); Stat. Bundesamt, PS 12 R. 1 und 6

gung des Bedarfsdeckungsprinzips durch das Gewinnprinzip. Denn auch in den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern ist keinesfalls – wie beispielsweise *Eichhorn* vorgibt<sup>4</sup> – „sämtliches Betriebsgeschehen“ bedarfswirtschaftlich orientiert. So werden den Chefärzten in der Regel öffentlich finanzierte Betriebsmittel und Personal gegen Entgelt überlassen zwecks privater Gewinnerzielung. Auch die Art und Struktur des Leistungsangebots ist teilweise weniger auf eine medizinisch-pflegerische Zweckrationalität, als auf die Marktmacht privater Zulieferer zurückzuführen.

Im Zuge der eingangs skizzierten Entwicklung verstärken sich die Versuche, das öffentliche und freigemeinnützige Krankenhaus dem privaten Gewinnstreben noch weiter zu öffnen:

a) So enthält das Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz (1977) die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, „auf eine leistungsfähige *belegärztliche Versorgung* hinzuwirken“.<sup>5</sup> Diese ist zwar bislang noch ohne durchschlagende Wirkung geblieben, eröffnet für die Zukunft jedoch Ausweichperspektiven für den Fall einer verschärften Konkurrenz im Bereich der niedergelassenen Ärzte.

b) Spürbar sind bereits jetzt Reprivatisierungen, die eine partielle *Auslagerung* von Teilleistungen zur Folge haben. Vor allem nicht direkt patientenbezogene Leistungen, die standardisierbar und zentralisierbar sind, wie Speise- und Wäscheversorgung, Hausreinigung, EDV, Labordiagnostik usw. werden für private Kapitalverwertung lukrativ. Bereits vorliegende Erfahrungen<sup>6</sup> deuten auf folgende Wirkungen hin:

- Senkung des Lohnniveaus und der Beschäftigungslage;
- verschlechterte Arbeitsbedingungen;
- Qualitätsverschlechterung (z. B. bleiben Teile des Spezialbedarfs durch kostensenkende Überstandardisierungen ungedeckt); schließlich auch
- Kostenerhöhungen, denn zu den Sach- und Personalkosten muß nun ja noch ein lohnender Gewinn hinzukalkuliert werden. Empirische Untersuchungen belegen dies.<sup>6a</sup>

c) Statt die vorhandenen medizinisch-technischen Kapazitäten des Krankenhauses der ambulanten Versorgung zugänglich zu machen, wird gerade die *Verdoppelung* dieser Kapazitäten durch ihren Ausbau in Gemeinschaftseinrichtungen niedergelassener Ärzte erheblich forciert. Kostenmäßig werden dadurch die Sozialversicherungen gleich doppelt belastet: Zum einen entstehen in den Krankenhäusern Unterauslastungen, welche zu erhöhten Fallkosten und damit zu Pflegesatzsteigerungen führen. Auf der anderen Seite werden die zusätzlichen Investitionskosten der Arztpraxen über höhere Honorare abgegolten. Wenn die Ärztelobby auf die erhöhten Praxiskosten hinweist, dann verschweigt sie, daß (soweit das überhaupt stimmt) in dem darin

enthaltenen Posten „Abschreibungen“ zu einem erheblichen Teil die erhöhte Sachvermögensbildung zum Ausdruck kommt.

Im folgenden soll nun ein Aspekt der Privatisierung, die Ausweitung des Anteils der Privatkrankenhäuser an der Gesamtversorgung, etwas näher beleuchtet werden.

### 3. Verteilung von Krankenhäusern und Betten auf die Krankenhausträger (Eigentümer)

Betrachtet man die Verteilung der Krankenhäuser und planmäßigen Betten auf die Krankenhausträger (Tab. 1) über den Zeitraum von 1955 bis 1975, so lassen sich einige langfristige Trends erkennen. Bei insgesamt ständig steigender Zahl der Betten haben sich die Anteile der einzelnen Träger verschoben. Dabei ist der relative Rückgang der öffentlichen Krankenhäuser größer als derjenige der von ihnen vorgehaltenen Planbetten.

Das gleiche Bild zeigt sich für die freigemeinnützigen Träger. Das ist ein Zeichen dafür, daß der Trend zum größeren Krankenhaus von diesen beiden Eigentümergruppen übertragen wird. Entgegengesetzt ist die entsprechende Entwicklung bei den Privatkrankenhäusern. Deren Anteile stiegen sowohl bei der Zahl der Krankenhäuser als auch bei der Zahl der Betten, allerdings stieg der Krankenhausanteil stärker als der Bettenanteil, was dem Trend zu größeren Einheiten sogar entgegenläuft.

Aufschlußreich sind die nach 5-Jahreszeiträumen berechneten Zuwächse des Bettenbestandes (s. Tab. 2):

Die Zunahmeraten sind für den gesamten Zeitraum bei den Privatkrankenhäusern mit Abstand am höchsten. Für die 60er Jahre rangieren die Freigemeinnützigen jeweils leicht vor den Öffentlichen, was sich im ersten Jahrfünft der 70er Jahre umkehrt.

Besondere Beachtung verdient die Entwicklung der relativ kleinsten Gruppe, der *Privatkrankenhäuser*: Sie erweitern nicht nur von Jahr zu Jahr ihren Anteil, sondern weisen auch die weitaus höchsten Steigerungsraten auf. Ihr Bettenbestand nahm von 1960 bis 1975 um 97,7 Prozent zu, während die Zunahme bei den freigemeinnützigen Trägern 19,6 Prozent und den öffentlichen Trägern 19,3 Prozent ausmachte. Interessant ist, daß gerade im ersten Jahrfünft der 70er Jahre, in dem ständig – auch und gerade von „Experten“ – von Tendenzen zur „Sozialisierung des Gesundheitswesens“ die Rede ist, die gewinnwirtschaftlich betriebenen Privatkrankenhäuser die weitaus höchsten Zuwächse in der gesamten Krankenhausentwicklung der Bundesrepublik aufweisen (+ 36,6 Prozent) und ihren Bettenanteil von 8,6 (1969) auf 11,4 Prozent (1975) auszudehnen vermochten. Diese ungleiche Entwicklung

wird nach 1975 noch deutlicher. Im Zuge der restriktiven Sparpolitik im Krankenhaus gingen die Bettenzahlen erstmals zurück. Von 1975 bis 1977 verringerte sich die Bettenzahl in den öffentlichen Krankenhäusern um 2,4 Prozent, während die privaten eine Steigerungsrate von + 5,9 Prozent aufweisen.

Dabei fällt auf, daß die Steigerung der Anteilsquoten auf eine überproportionale Expansion im Bereich der Sonderkrankenhäuser zurückzuführen ist. Das zeigt der Vergleich der gesamten Anteilsquote mit derjenigen der Akutkrankenhäuser.<sup>7</sup> (Tab. 3).

Wenn die Steigerungsraten bei den Privatkrankenhäusern besonders seit 1973 zugenommen haben, so mag das vorwiegend zwei Gründe haben:

1.) Nach Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) bewegten sich die Pflegesätze schlagartig nach oben: 1972/73 um 25 bis 38 Prozent, 1973/74 um 30 bis 50 Prozent und 1974/75 um 8 bis 11

**Tab.2:** Zunahme des Bettenbestandes nach Krankenhausträgern und Zweckbestimmung

- Prozent -

Jahr von ... bis	insges.	Akuth.	Öffentl.	Freigemeinn.	Priv.
1955-60	+ 4,5	-	+ 10,1 <sup>+) </sup>	+ 6,3 <sup>+) </sup>	+ 34,5 <sup>+) </sup>
1960-65	+ 8,2	+ 4,2	+ 6,7	+ 7,3	+ 24,6
1965-70	+ 8,2	+ 8,0	+ 7,1	+ 8,0	+ 16,2
1970-75	+ 6,8	+ 7,1	+ 4,3	+ 3,2	+ 36,6
Index 1975 1960=100	125,1	120,6	119,3	119,6	197,7
1975-77	- 0,9	- 0,4	- 2,4	- 0,9	+ 5,9

<sup>+)</sup>  1955 ohne West-Berlin und Saarland; daher Steigerungsraten zu hoch.

Quelle: wie Tab. 1; eigene Berechnung

**Tab.3:** Anteilsquote der Betten in den Privatkrankenhäusern an der Gesamtbettenzahl und der Akutbettenzahl - in v.H.

Jahr	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
insg.	8,5	8,6	8,6	8,6	8,9	8,8	9,3	9,6	10,5	11,4	11,9	12,2
Akut- betten	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,2	4,0	4,2	4,1	4,0	4,1

Quelle: Wie Tab.1; Bundestags-DS. 7/4530 (1975); eigene Berechnung.

Prozent.<sup>8</sup> Dies war Ergebnis der Überwälzung bisheriger Defizite auf die nun vollpauschalierten Pflegesätze sowie des relativen Rückgangs öffentlicher Zuschüsse zu den Krankenhauskosten. Mit dieser Pflegesatzentwicklung erhöhte sich auch der Preissetzungsspielraum und die Rendite der privaten Anbieter erheblich.

2.) Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen ist wenig konjunkturtauglich. Da bei allgemeinem Geldkapitalüberschuß aber die hier erzielten Gewinne außerhalb des Medizinsektors verschlechterte Anlagemöglichkeiten vorfanden, kann angenommen werden, daß diese in höherem Maße in den privaten Krankenhausbereich zurückgefließen sind.

#### 4. Selektivität des privaten Anlageverhaltens

Es zeigt sich, daß die allgemeinen Anlagekriterien für privates Erwerbsvermögen auch das Kapitalanlageverhalten im Krankenhaussektor bestimmen.

Insgesamt wurden 1977 von den 1231 Sonderkrankenhäusern 49,2 Prozent privatwirtschaftlich betrieben; an der Bettenzahl waren die Privaten mit 28,5 Prozent, an der Patientenzahl dagegen mit 40,5 Prozent beteiligt. Die differenzierten Prozentsätze lassen auf ganz spezifische Anlagensektoren schließen. 59,6 Prozent aller Privatkrankenhäuser mit 77,1 Prozent aller darin befindlichen Betten befanden sich 1977 im Bereich der Sonderkrankenhäuser (Tab. 4).

Tab.4: Anteil der Krankenhäuser nach Zweckbestimmung an den Privatkrankenhäusern 1977

	Krankenh.	Betten	Krankenh.	Betten
			in v.H.	
insgesamt	1.017	87.867	100,0	100,0
Sonderkrankenh.	606	67.709	59,6	77,1
Akutkrankenh.	411	20.101	40,4	22,9

Quelle: Stat. Bundesamt: FS 12, R. 1 u. 6; eigene Berechnung.

Die Reihenfolge der Arten der Zweckbestimmung ist ein aufschlußreicher Indikator dafür, inwieweit privatwirtschaftliche Rentabilitätskriterien, wie Sicherheit und Kontinuität und Kalkulierbarkeit des „Marktes“, Wettbewerbsfähigkeit gegenüber anderen (hier: öffentlichen) Anbietern gleicher Leistungen, günstige Personalkostenrelationen usw. von den einzelnen Krankhaustypen erfüllt sind (Tab. 5).

Die Kurkrankenhäuser liegen mit 45,9 Prozent (1974: 44,4 Prozent) bzw. 56,1 Prozent aller Betten an der Spitze. Über 20 Prozent der Privatkliniken haben sich auf bestimmte chirurgische Eingriffe oder internistische Fachgebiete spezialisiert. Es ist zu erwarten, daß hier eine Expansion vor allem im Bereich der weniger pflege- und behandlungsintensiven Nachsorgeeinrichtungen erfolgen wird.

**Tab.5:** Privatkrankenhäuser nach Zweckbestimmung (1977)

Zweckbestimmung	Kr'h.	Betten	in v.H.	
			Kr'h.	Betten
insgesamt	1.017	87.867	100	100
darunter: Kur-Krankenhäuser	467	49.280	45,9	56,1
Allg.Kr'h.m.abgegr. Fachabt.incl.innere Krankheiten	99	7.775	9,7	8,8
Rehabilit.Krankenh.	33	6.016	3,2	6,8
Psychiatrie,Neurolog.	23	5.411	2,3	6,2
Chirurgie,Urologie, Neurochir.,Zahn-u. Kieferkrankheiten	113	5.106	11,1	5,8
Gynäkolog.-geburts- hilfl.Krankenhäuser	87	2.863	8,6	3,3

**Quelle:** wie Tab.4; eigene Berechnung

**Tab.6:** Planmäßige Betten je Arzt, Facharzt und Pflegeperson (1977)

	insgesamt	öffentl.	Freigemeinn.	Private
je Arzt	11,3	9,7	12,7	19,6
je Facharzt	23,7	22,5	24,2	28,3
je Pflegeperson	2,9	2,5	2,9	7,8

**Quelle:** Stat. Bundesamt, FS 12, R. 6

Die gynäkologisch-geburtshilflichen Krankenhäuser sind für die Anbieter vor allem wegen des relativ hohen Maßes an Standardisierbarkeit der erforderlichen Arbeitsprozesse attraktiv. Bei eventuellen Komplikationen stehen die öffentlichen Krankenhäuser höherer Versor-

gungsgrade, die ja in jedem Falle kontraktpflichtig sind, zur Verfügung. Die Attraktivität vieler Privatkliniken bei den Nachfragern dürfte vor allem auf das Sozialprestige zurückgehen, das in bestimmten Schichten mit der Inanspruchnahme solcher Kliniken verbunden ist.

Im Grunde bedürfte es keines Beleges, daß das Kriterium der relativen Kostengünstigkeit bei der Kapitalanlage auch im Krankenhauswesen eine zentrale Rolle spielt. Bei der besonders großen Rolle der *Personalkosten* an den Gesamtkosten sind die Vergleiche der Bettenzahl je Arzt, Facharzt und Pflegeperson zwischen den einzelnen Krankenhausgruppen nach Trägern in dieser Hinsicht aufschlußreich. Während in den öffentlichen Krankenhäusern ein Arzt 9,7 Betten betreut, sind es bei den Privatkliniken 19,6 Betten. Der größte Unterschied besteht bei den Pflegepersonen. In den Privatkliniken haben diese mehr als das 2,6-fache der Bettenzahl zu betreuen, als das im gesamten Durchschnitt der Fall ist. Wenn bei der Facharztausstattung die Differenz am geringsten ist, so kann das darauf zurückgeführt werden, daß die Privatkliniken häufig sehr kleine Häuser im Eigentum eines Facharztes sind. 21,3 Prozent aller Privatkrankenhäuser haben (1977) weniger als 25 Betten; 72,2 Prozent liegen noch unter einer Bettenzahl von 100.

## 5. Krankenhauspolitische Folgen der „schleichenden“ Privatisierung

Wenn einerseits knapp dreiviertel der Privatkrankenhäuser eine Bettenzahl von unter 100 aufweisen und zugleich expandieren, so kann daraus geschlossen werden, daß die Förderungsklausel des § 8 KHG – durch die die Subventionierung von Häusern unter 100 Betten eingeschränkt werden sollte – wirkungslos geblieben ist. Das hat vor allem drei Gründe: Zum einen sind die von privaten Anliegern bevorzugten „Spezialkrankenhäuser“ von dieser Regelung von vornherein ausgenommen. Zum anderen lassen die Gesetze einen weiten Spielraum für Ausnahmen zu. Ein wesentlicher struktureller Grund wird bereits 1969 vom damaligen sozialdemokratischen Staatssekretär *Auerbach* formuliert:

„Eine ganze Reihe von Krankenhäusern sieht sich schon heute (also vor der Pflegesatzexpansion von 1972 bis 1974, H. K.) in der Lage, bei Erstinvestitionen auf öffentliche Mittel zu verzichten und außerhalb der Bedarfsplanung zu erweitern. (...) Privatkrankenhäuser können ihr wirtschaftliches Risiko dabei dadurch verringern, daß sie nur eine Auswahl von Erkrankungen behandeln. Auf diese Weise gefährden sie nur zu häufig den wirtschaftlichen Ausgleich in einem Vollkrankenhaus.“<sup>9</sup>

Damit sind die Privatkrankenhäuser ein strukturelles Hindernis für alle auf eine bedarfsorientierte Versorgung gerichtete Planungsmaßnahmen.

Aus dem gleichen Sachverhalt ergibt sich ein kostentreibender Faktor für die öffentlich vorgehaltenen Krankenhäuser: Deren Haupteinnahmequelle sind die Pflegesätze. Diese sind vollpauschaliert, ihre Kalkulation beruht auf den Durchschnittskosten je „Pflegetag“. D. h.: die überdurchschnittlich hohen Kosten von „teuren“ Patienten werden ausgeglichen durch entsprechende Überschüsse, die bei Patienten mit unterdurchschnittlich teurer Pflege und Behandlung erzielt werden. Da nun das selektive Anlageverhalten der Privaten gerade auf die „billigen“ Patienten zielt, erhöhen sich in den anderen Kliniken die Durchschnittskosten und damit auch die Pflegesätze. Dieser Effekt wiederum erhöht den Preissetzungsspielraum der Privatkliniken und begünstigt somit deren weitere – von öffentlicher Einflußnahme weitgehend unabhängige – Expansion.

72,2 Prozent aller Privatkrankenhäuser hatten 1977 eine Bettenzahl von unter 100 (46,2 Prozent unter 50). Von den Krankenhäusern mit unter 100 Betten sind 54,7 Prozent privatwirtschaftlich (bei unter 50 Betten sind es 64,7 Prozent). Diese Zahlen beleuchten auch einen Teil des interessenpolitischen Hintergrundes der Kampagnen, die seit einiger Zeit vor allem von ärztlichen Standesorganisationen, der CDU/CSU und der ihr nahestehenden Presse gegen die Gefährdung kleiner Krankenhäuser geführt werden. Die Argumentation beruht fast ausschließlich auf einem behaupteten – und nicht einmal plausiblen – Kausalzusammenhang zwischen geringer Bettenzahl und einem hohen Grad von „Menschlichkeit“.<sup>10</sup> Daß die kleinen Kliniken bislang (mit Ausnahmen bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern) nicht gefährdet sind, wurde gezeigt. Gefährdet sind allenfalls die Subventionen für die Minderheit privater Allgemeinkrankenhäuser, denen es nicht gelingt, als „Ausnahme“ dennoch gefördert zu werden. Nicht der drohende Verlust von „Menschlichkeit“, sondern der von staatlichen Zuschüssen scheint also der tatsächliche Grund der Klagen zu sein. Das ist auch deshalb umso wahrscheinlicher, als es die gleichen politischen Fraktionen sind, die hier die Menschlichkeit im Munde führen, während sie zugleich die schärfsten Verfechter einer restriktiven Sparpolitik im Krankenhaus sind, durch deren Folgen die Versorgung der Patienten und die soziale Lage der Beschäftigten tatsächlich ernsthaft bedroht sind.

## Anmerkungen

- 1 Zur analytischen Ergänzung der folgenden deskriptiven Ausführungen vgl. Kühn, H.: Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens, Kronberg/TS 1980, bes. Kap. 9 u. 10; ders.: Gesamtwirtschaftlicher Bedingungswechsel der Krankenhauspolitik, in: Argument-Sonderband 12, Berlin 1976, S. 26ff.

- 2 Vgl. Kluncker, H.: Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen. Der Versuch, sozialstaatliche Errungenschaften abzubauen, in: WSI-Mitteilungen (Sonderheft) 1977, (Gewerkschaftsstaat oder Unternehmerstaat, II), S. 39ff.; Däubler, W.: Privatisierung – Speerspitze der Gegenreform?, in: Leviathan, Sonderheft 1/1978, S. 173ff. Sorgfältig aufgearbeitete Materialien und Analysen finden sich in der Schriftenreihe der Gewerkschaft ÖTV: „Zur Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen“, Stuttgart, lfd.
- 3 Eichhorn, S.: Krankenhausbetriebslehre, Bd. I, (2. Aufl.), Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1974, S. 24)
- 4 Vgl. ebenda, S. 15
- 5 Holler, A.: Strukturelle Wirkungen, in: Bundesarbeitsblatt, Nr. 8/9 – 1977, S. 306
- 6 wie Anm. 2
- 7 Die amtliche Statistik faßt (im Unterschied zum Gesetzgeber) unter „Sonderkrankenhäusern“ vorwiegend jene Anstalten zusammen, die eine längere Behandlungszeit zur Heilung, Linderung oder Rehabilitation benötigen. Entsprechend werden als „Akutkrankenhäuser“ Allgemein- und Fachkrankenhäuser mit (meist) kürzerer Verweildauer bezeichnet. Die Akutkrankenhäuser machen 1977 einen Anteil von 64 Prozent der gesamten Krankenhäuser und 67,4 Prozent der planmäßigen Betten aus und leisten 67,2 Prozent der gesamten Pfllegetage, werden jedoch von 87,4 Prozent der insgesamt stationär behandelten Patienten in Anspruch genommen. In dieser Differenz drückt sich die stark unterschiedlich durchschnittliche Verweildauer aus.
- 8 Vgl.: Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze v. 30.12.1975 (BT-DS 7/4530); Müller, H.-W.: Zur permanenten Kritik an den Krankenhäusern, in: Das Krankenhaus, Nr. 9/1976, S. 293
- 9 Auerbach, W.: Problem Krankenhaus – Alternativen, in: Patient – Arzt, Krankenhaus – Krankenkasse, Berlin/W 1969, S. 33
- 10 Z. B.: „Arzt + Presse“ v. 9.3.1978: Thesen und Argumente der Bundesärztekammer zur Novellierung des KHG. Pkt. X; oder: Antwort der Bundesregierung auf die „kleine Anfrage“ der CDU/CSU-Fraktion zur „Beeinträchtigung der menschlichen Atmosphäre im Krankenhaus“, Bundestags-DS 8/1652 v. 20.3.1978

Giovanni Berlinguer

## Arbeit und Gesundheit in entwickelten Gesellschaften

### Einige italienische Erfahrungen\*

Die Entwicklung der Produktivkräfte schafft immer gleichzeitig neue Gesundheits- und neue Krankheitsfaktoren. Die erste historische Analyse dieser gegensätzlichen Tendenzen erschien im Jahre 1700 mit

\* Referat in englischer Sprache auf der 2. Konferenz der „International Advanced Study Group on Political Economy of Health“, 23.–27. 7. 1979, Ariccia. Übersetzung von Udo Schagen.