

**Private Krankenhäuser im Spannungsfeld von Freiheit und Bevormundung  
Vortrag beim Verband der Privaten Krankenanstalten Thüringen am 3.9.2014**

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich darf mich zunächst für die Einladung zu Ihrem Seminar bedanken und für die Gelegenheit, mit Ihnen ein paar Gedanken zur Situation der privaten Krankenhäuser in Deutschland zu teilen.

Lassen Sie mich zu Beginn meines Vortrags 3Thesen aufstellen:

1. Die Privatisierung hat zur Optimierung des deutschen Krankenhauswesens mindestens so viel beigetragen wie Politik und Gesetzgebung.
2. Die aktuelle Diskussion über Krankenhausreformen zeigt nach der Liberalisierung durch die DRG eine Tendenz zum Roll-Back in die Planwirtschaft
3. Die Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland liegt jedoch in der Stärkung von Wettbewerb und Marktwirtschaft

## **I. Die Privatisierung von Akutkliniken - ein Erfolgsmodell**

Mit dem Fallpauschalengesetz von 2002 hat die Politik eine wichtige und richtige ordnungspolitische Weichenstellung in Richtung zu mehr Wettbewerb in der stationären Krankenversorgung vorgenommen. Diese Weichenstellung wäre jedoch ohne die gleichzeitige Privatisierungswelle im Krankenhausmarkt nicht zum wirksam zum Tragen gekommen

Die stationäre Krankenversorgung ist nach der Telekommunikation, der Medienwirtschaft, der Energiewirtschaft und der Hochschulbildung der 5. Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge, in dem die Privatisierung in Deutschland flächendeckend gute Fortschritte gemacht hat. Lag der Marktanteil privater Kliniken nach 1991 noch bei 15%, so stieg er bis 2012 auf rund 35 %<sup>1</sup>. Ihr Anteil an den Patienten hat sich auf rund 17% erhöht<sup>2</sup>.

Private Akutkliniken sind heute in allen 16 Bundesländern präsent. Hier in Thüringen hat sich ihre Zahl von 2 im Jahre 1991 auf 19 im Jahre 2011 fast verzehnfacht, das ist fast die Hälfte aller Kliniken.

Die Privatisierung ist jedoch nicht nur ein quantitatives Phänomen.

---

<sup>1</sup> Destatis, PM Nr. 286 vom 28.8.2013

<sup>2</sup> Pressemitteilung destatis Nr.286 vom 23.8.2013

Sie markiert auch den Beginn des Paradigmenwechsels in der Akutversorgung von der öffentlich-rechtlichen organisierten Gesundheitsfürsorge zum wettbewerblich und pluralistisch organisierten Krankenhauswesen.

Im Mix von privaten, gemeinnützigen und öffentlichen Trägern haben die privaten Krankenhausunternehmen, die sich den Zielen Qualität, Innovation und Wirtschaftlichkeit in besonderer Weise verschrieben haben, durch Wettbewerb für einen dramatischen Produktivitätsschub gesorgt.

Ohne diesen Produktivitätsschub wäre die demografisch bedingt steigende Nachfrage nach stationärer Krankenversorgung seit der Jahrhundertwende zu vertretbaren wirtschaftlichen Bedingungen für Steuer- und Beitragszahler nicht zu bewältigen gewesen.

Lassen Sie mich dazu einige Fakten nennen:

1. Die Gesundheitspolitik hat seit 1977 den **Abbau teurer Überkapazitäten in den Krankenhäusern** gefordert, konnte ihn jedoch nie umsetzen. Erst mit der seit Anfang des Jahrzehnts einsetzenden Privatisierungswelle gibt es hier Fortschritte. Seit 1991 gingen 147 Kliniken und fast 100.000 Betten vom Netz.<sup>3</sup> Dafür gibt es gute Gründe:

---

<sup>3</sup> 1991 2164 Kliniken mit 598.000 Betten, 2012 noch 2017 Kliniken mit 501.500 Betten

Für privatwirtschaftliche Krankenhausunternehmen sind Kliniken keine politischen Statussymbole, sondern wirtschaftlich wertvolle Ressourcen, die nur in dem Umfang vorgehalten werden, der wirtschaftlich betrieben werden kann.<sup>4</sup>

2. Die Privatisierung und der von ihr initiierte Wettbewerb haben für eine deutliche **Leistungssteigerung** der Krankenhäuser gesorgt.

So stieg trotz rückläufiger Bettenkapazitäten die Zahl der Krankenhauspatienten im Zeitraum 1991 - 2012 um 4 Mio.<sup>5</sup>. Dies entspricht einer Zunahme der pro Bett behandelten Patienten um 60% von 23 auf 37.<sup>6</sup> Private Krankenhausunternehmen betrachten Krankenhäuser als kundenorientierte Einrichtungen, die zu jeder Zeit ihre Leistungen für die Patienten optimieren und dazu kontinuierlich ihre Produktivität steigern müssen.

3. Diese Leistungssteigerung ging mit einer **Halbierung der Verweildauer** auf 7,9 Tage einher. Auch dies wäre ohne den von den privaten Kliniken initiierten Wettbewerb nicht in diesem Umfang geschehen.

---

<sup>4</sup> destatis aaO und destatis Sonderbericht 20 Jahre Krankenhausstatistik Februar 2012

<sup>5</sup> von 14,6 Mio. auf 18,6 Mio. dkg 2014

<sup>6</sup> destatis aaO und Penter u.a. Zukunft deutsches Krankenhaus , 2014 S.23

Die kürzere Verweildauer ermöglicht nicht nur die Behandlung von mehr Patienten im gleichen Zeitraum. Sie wirkt mittelbar auch für die Volkswirtschaft und Arbeitsmarkt positiv, denn sie bedeutet einen geringeren Verlust an verfügbarer Arbeitszeit und einen geringeren Aufwand der Unternehmen für Lohnfortzahlung.

4. Die Privatisierung hat zu einer höheren **Arbeitsproduktivität** der Kliniken beigetragen. Wurden 1992 noch 17 Fälle pro Vollkraft und Jahr behandelt, so waren es 2012 22 Fälle<sup>7</sup>. Diese Mehrleistung wäre nicht ohne die Modernisierung des Tarifsystems für die Krankenhäuser erreicht worden, das vor der Privatisierung im Wesentlichen von dem auf den öffentlichen Dienst zugeschnittenen Flächentarifvertrag BAT geprägt war.

Durch die wachsende Zahl privater Kliniken mit eigenen Firmentarifverträgen wurde das Tarifsystem der Krankenhäuser leistungs- und erfolgsorientiert differenziert, so dass sich Mehrleistung für die Mitarbeiter auch lohnte und zugleich der Wettbewerb um qualifizierte Arbeitnehmer stimuliert wird.

5. Die privaten Krankenhausunternehmen haben ganz wesentlich zur **Modernisierung der Krankenhausinfrastruktur** beigetragen. Während die Länder seit 1991 ihre Investitionsförderung nach dem KHG von 3,64 Mrd. € auf inflationsbereinigt 1,98 Mrd. € im Jahre 2012 zurückführen, haben die privaten

---

<sup>7</sup> Eigene Berechnung nach Daten von destatis

Krankenhausunternehmen ihre Investitionen deutlich ausgeweitet. Der Investitionsstau vieler öffentlicher Kliniken war geradezu ein Treibsatz für die Privatisierung

Das RWI hat anhand der Bilanzen privater Krankenhausunternehmen für das Jahr 2006 Investitionen je Fall von 465 € errechnet.<sup>8</sup> Dies sind insgesamt rund 930 Mio. €, mit denen die privaten Kliniken den Staat allein in diesem Jahr entlastet haben. Gleichzeitig haben sie noch Gewinnsteuern von 151 Mio. € in die Staatskassen eingezahlt<sup>9</sup>,

6. Mit der Privatisierung ist auch die **Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung** in der stationären Versorgung deutlich vorangekommen. Die privaten Krankenhausunternehmen haben durch eigene Qualitätssysteme, wie „IQM“ und „Qualitätskliniken“ einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet. Ihre Qualitätssysteme sind, anders die gesetzlichen Qualitätsberichte darauf angelegt, Qualität nicht nur zu beschreiben, sondern anzutreiben, denn für Privatkliniken ist Qualitätstransparenz ein Erfolgsfaktor. Das von Gewerkschaften und Politik immer wieder gepflegte Vorurteil, die privaten Kliniken würden die Versorgungsqualität ihrem Profitstreben unterordnen, wird selbst durch die Qualitätsberichterstattung nach § 137 SGB V widerlegt.

---

<sup>8</sup> RWI, Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, Heft 52, 2009, S. 36

<sup>9</sup> RWI,aaO S.17

Sowohl in Bezug auf die Patientenzufriedenheit als auch in Bezug auf die objektivierte Qualität liegen die Privaten vor den Öffentlichen und den Freigemeinnützigen<sup>10</sup>.

7. Und dabei betreiben die privaten Kliniken weder in Bezug auf die behandelten Patienten noch in Bezug auf die Versorgungsstandorte „**Rosinenpickerei**“, dh, sie suchen sich nicht die günstigen Risiken und Standorte und heraus und überlassen die verlustreichen Standorte und Risiken den öffentlichen Kliniken, wie ein immer wieder gehörtes Vorurteil behauptet.

Wie das RWI festgestellt hat, liegt das Durchschnittsalter der Patienten und die Fallschwere in den privaten Kliniken höher als bei der öffentlichen Konkurrenz<sup>11</sup>. Beim Anteil an Kliniken im ländlichen Raum liegen die Privaten an 2. Stelle nach den öffentlichen und noch vor den Freigemeinnützigen<sup>12</sup>.

Nimmt man alle diese Fakten und zusätzlich den Umstand, dass während der letzten 10 Jahre der Anteil der Krankenhausausgaben am Bruttoinlandsprodukt mit einem Wert zwischen 3,7% und 4% weitgehend stabil geblieben ist<sup>13</sup>, und Deutschland im internationalen Vergleich der EU bei den Krankenhauskosten im unteren Bereich

---

<sup>10</sup> Penter aaO. S.137 – 145, RWI aaO S.20f

<sup>11</sup> RWI, aaO S. 18f

<sup>12</sup> RWI aaO. S.23

<sup>13</sup> DKG, Zahlen, Daten, Fakten 2012, S.69

liegt <sup>14</sup>, dann haben sich Privatisierung und Liberalisierung des Krankenhausmarkts für Patienten, Beschäftigte, Beitrags- und Steuerzahler insgesamt ausgezahlt.

Die Gesundheitspolitik könnte damit eigentlich zufrieden sein und eine Reformpause einlegen. Leider ist das jedoch nicht der Fall. Auch in dieser Legislaturperiode wird es wieder eine Krankenhausreform geben, vermutlich weil das nun einmal zu einem Regierungsprogramm dazugehört. Es wird dann die 22. seit 1977 sein.

Dieser ständige „Reformismus“ entspricht der unerbittlichen Logik der Staatswirtschaft, wonach „nach der Reform vor der Reform“ ist. Jede Staatsintervention muss nach kurzer Zeit wieder korrigiert werden, weil sie von der Dynamik des Marktes überholt wird. Ein schönes Beispiel dafür sind die letzten Reformen der Krankenhausentgelte. 2011 wurden sie durch das GKV-Finanzierungsgesetz gekürzt, 2013 durch Beschluss der Bundesregierung durch eine Finanzhilfe von 1,1 Mrd. € wieder aufgestockt. Raus aus den Kartoffeln, rein in die Kartoffeln

Für Interventionen des Staats in den Markt gilt der Satz aus Schillers Wallenstein: „Das ist der Fluch der bösen Tat, dass sie fortzeugend immer Böses muss gebären“. Und so beschleunigt sich das Regulierungskarussell unablässig.

---

<sup>14</sup> DKG,aaO S.70



Gab es in den 70er und 80er Jahren noch alle 5 Jahre eine Reform, so erfolgt sie heute im Jahresrhythmus.

Ein ordnungspolitisches Konzept lässt diese Politik nicht erkennen, es sei denn man betrachtet das folgende Prinzip als Konzept: „Wenn die Krankenhäuser funktionieren, reguliere sie, wenn sie dann immer noch funktionieren, reguliere sie noch stärker. Wenn sie dann nicht mehr funktionieren, subventioniere sie.“

## **II. Die aktuelle Reformdiskussion– Tendenz zum Rollback in die Planwirtschaft.**

Gesundheitsminister Gröhe hat im Mai die nächste Krankenhausreform angekündigt. Warum und was genau reformiert werden soll, hat er noch nicht gesagt, sondern erst einmal eine Arbeitsgruppe eingesetzt die klären soll, welchen Reformbedarf es gibt.

Was dazu bislang gesagt und geschrieben worden ist, deutet nach den erfolgreichen Liberalisierungen der letzten Reformen eher auf ein Rollback in die Planwirtschaft

Stichworte der aktuellen Diskussion sind „qualitätsorientierte Krankenhausplanung“, „Mengenregulierung“, „Systemzuschläge für Universitätskliniken“, eine bessere Abbildung der Personalkosten in den DRG und „Sicherstellungszuschläge für vermeintlich unterfinanzierte Kliniken“, um nur einige zu nennen

Das alles sind staatswirtschaftliche Interventionen, mit denen der Wettbewerb verzerrt oder verhindert würde.

Auch auf Länderebene droht ein Roll-Back in die Planwirtschaft. Nehmen wir, weil wir in Thüringen sind, den neuen § 4 des Thüringer Krankenhausgesetzes.

Er sieht – bundesweit einmalig – vor, dass die Landesregierung per Rechtsverordnung Qualitäts- und Strukturanforderungen der Kliniken regeln, d.h. Vorgaben in Bezug auf Personalvorhaltung, Raumstrukturen, apparative Ausstattung, Hygiene Kooperationen etc. machen kann. Kliniken, die diesen Vorgaben nicht entsprechen, kann es den Versorgungsauftrag entziehen.

Das ist Planwirtschaft in Reinkultur.

Zur Erinnerung: Auch die sozialistische Rahmenkrankenhausordnung der DDR von 1979<sup>15</sup> sah vor, dass durch die Räte der Bezirke unter Berücksichtigung allgemeiner Vorgaben des Ministeriums die Standorte, die Kapazitäten, die Struktur, das Leistungsprofil und die territorialen Betreuungsbereiche der Kliniken festgelegt werden.

Ich frage mich: Wo ist da noch der Unterschied?

---

<sup>15</sup> Anordnung über die Rahmen-Krankenhausordnung vom 14.11.1979 (GBl. I 1980 Nr.3 S.29)

Ich glaube, die Idee, den dynamisch sich entwickelnden und verändernden Krankenhausmarkt staatswirtschaftlich in den Griff bekommen zu wollen, ist der falsche Weg.

Er beseitigt Eigenverantwortung, senkt die Motivation und mindert die Produktivität und leistet strukturellen Fehlentwicklungen Vorschub.

Das hat nicht nur die sozialistische Krankenhausplanung der DDR, sondern auch das 1972 in der Bundesrepublik verabschiedete KHG gezeigt. Die staatliche Krankenhausplanung, die planwirtschaftliche Subventionierung von Krankenhausinvestitionen und das leistungsfeindliche Selbstkostendeckungsprinzip haben zu Überkapazitäten, zu einer kontinuierlichen Kostenspirale und zum Investitionsstau im Krankenhausmarkt geführt. An den Folgen dieser planwirtschaftlichen Detailsteuerung laborieren wir noch heute.

Hier wird eine einfache Erkenntnis der Politischen Ökonomie sichtbar: Marktversagen lässt sich schnell und einfach korrigieren, Staatsversagen nicht oder nur mit großem Aufwand.

### **III. Die Zukunft der Krankenhäuser liegt in der Marktwirtschaft**

Meine sehr verehrten Damen und Herren, angesichts dieser Erfahrungen frage ich mich, warum die Gesundheitspolitik nicht den erfolgreichen Weg des

Gesundheitsstrukturreformgesetzes fortsetzt, sondern wieder in den alten Fehler zurückfällt, planwirtschaftlich an den Symptomen zu kurieren und sich von Reform zu Reform zu hangeln, anstatt endlich ein freiheitliches und marktwirtschaftlich organisiertes Krankenhaussystem aufzubauen.

Etatisten und Planwirtschaftler werden dagegen einwenden: „Marktwirtschaft in der Daseinsvorsorge führt dazu, dass Gewinnstreben über Qualität und Patientennutzen gestellt, die Beschäftigten ausgebeutet werden und die flächendeckende Versorgung der Bürger gefährdet wird.“

Alle diese Argumente wurden auch vor der Einführung der Marktwirtschaft bei Rundfunk und Fernsehen, Post und Telekommunikation, Bahn, Lufthansa, und Flugsicherung gebracht. Sie sind sämtlich durch die Praxis widerlegt worden.

Ich meine deshalb, die Diskussion über mehr „Marktwirtschaft“ sollte auch im Krankenhauswesen offen, sachgerecht und vorurteilsfrei geführt und nicht durch Totschlagargumente unterbunden werden.

Anstelle der inzwischen im Jahresrhythmus stattfindenden Reform von Krankenhausgesetzen würde ich mir endlich einmal eine ordnungspolitische Reformdebatte wünschen. Sie begänne mit einer einfachen Frage: „Ist die stationäre Krankenversorgung ein öffentliches Gut?“, denn nur dann ist die Staatswirtschaft zu rechtfertigen.

Für mich gibt es auf die Frage eine ganz einfache Antwort: „Dienstleistungen sind nur dann öffentliche Güter, wenn sie der private Markt nicht bereitstellen kann oder nicht bereitstellen will, weil es zu viele Leute gibt, die diese Leistungen nutzen wollen ohne dafür zu bezahlen“ und weil deshalb eine Mangelversorgung eintreten würde.

Schauen wir uns den Krankenhausmarkt an, dann ist evident: Wir haben weder eine Mangelversorgung – es gibt immer noch zu viele Krankenhäuser und zu viele Betten – noch gibt es eine mangelnde Bereitschaft für Gesundheitsleistungen zu bezahlen.

Zum einen bezahlen die Bürger sie mit ihren Krankenkassenbeiträgen und zum anderen mit ihren privaten Ausgaben. Letztere sind übrigens in Deutschland zwischen 1992 und 2010 um 130 % gestiegen, die Ausgaben der GKV nur um 72%<sup>16</sup>

Auch der Einwand, die Krankenhausversorgung sei eine Aufgabe des Gemeinwohls, die man nicht in private Hände geben und dem Markt überlassen dürfe, kann nicht überzeugen, denn bereits heute sind nur noch 2/3 der Akutkliniken und 5/6 der Rehakliniken in öffentlicher Hand.

Es geht also gar nicht mehr darum, zu testen, ob privatwirtschaftliche Initiative im Krankenhausmarkt funktioniert. Das ist durch DRG und Privatisierung längst bewiesen.

---

<sup>16</sup> DB research „Gesundheitswirtschaft: weiteres Aufwärtspotenzial, 7.11 2012

Es geht vielmehr darum, den begonnenen Weg in die Marktwirtschaft konsequent fortzusetzen, um diese private Initiative zu stärken und damit die optimale und Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung zu wirtschaftlich verkraftbaren Bedingungen zu gewährleisten.

Aus meiner Sicht wären die nächsten Schritte auf diesem Weg:

1. **Weitere Privatisierung des Krankenhausmarktes.** Nur das Privateigentum verbindet unternehmerisches Handeln mit persönlicher Haftung. Das sorgt für Effizienz und dafür, dass Fehler schnell korrigiert werden. Öffentliches Eigentum bedeutet dagegen organisierte Unverantwortlichkeit, bei der die Haftung für Fehler und Misswirtschaft der Allgemeinheit aufgebürdet wird. Schreiben öffentliche Krankenhäuser rote Zahlen, werden die Verluste aus Steuermitteln subventioniert, vielleicht der Geschäftsführer ausgetauscht, aber die strukturellen Probleme der öffentlichen Trägerschaft bleiben. Deswegen muss die Privatisierung des Krankenhauswesens systematisch weiter vorankommen.
2. **Offener Marktzugang für alle geeigneten Anbieter.** Der aktuelle Markt der Akutkliniken ist ein „closed shop“. Wer drin ist, bleibt drin, wer draußen ist, kommt nicht rein, auch wenn er bessere Leistungen bieten könnte. In einem marktwirtschaftlichen System wird der Markt für alle Anbieter geöffnet, die die notwendigen Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Krankenversorgung bieten.

Die staatliche Krankenhausplanung muss sich von der Detailsteuerung verabschieden und wird zu einer beschreibenden Planung werden, die den Rahmen für die stationäre Krankenversorgung setzt und den Versorgungsbedarf aufzeigt, aber nicht mehr den Marktzugang regelt. Dieser wird durch Versorgungsverträge zwischen Kliniken und Krankenkassen geregelt, wie sie schon heute im SGB V vorgesehen sind. Der Kontrahierungszwang wird durch die Vertragsfreiheit ersetzt.

- 3. Fairer Wettbewerb.** Ich habe es eingangs dargelegt: Nur durch mehr Wettbewerb ist das Krankenhauswesen in den letzten 10 Jahren produktiver und leistungsfähiger geworden. Dieser Weg muss konsequent weiter gegangen werden. Dazu sind aus meiner Sicht folgende Schritte notwendig:

Das Kartellrecht muss auf öffentliche Träger in gleicher Weise angewandt werden wie auf private Träger. Es ist wettbewerbsverzerrend, wenn bei privaten Trägern die Grenze für eine marktbeherrschende Stellung auf 30 km festgelegt wird, für öffentliche Träger jedoch nicht.

Auf die diskutierte Einführung eines Sicherstellungszuschlags für Problemkliniken muss verzichtet werden, denn dies bedeutet nichts anderes als die Aufrechterhaltung unwirtschaftlicher Strukturen und ist eine Wettbewerbsverzerrung gegenüber ordentlich wirtschaftenden Kliniken.

Die Einführung von Systemzuschlägen für Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung wurde von Gesundheitsminister Gröhe bereits abgelehnt. Ich hoffe er bleibt standhaft. Die Höhe der Vergütung darf sich nur an der Leistung selbst, nicht am Ort der Leistungserbringung orientieren. Die Korrektur von DRG besonders teurer Leistungen ist dagegen ein markt- und wettbewerbskonformer Weg.

4. **Wettbewerbsaufsicht.** Eine funktionierende Marktwirtschaft braucht eine staatliche Wettbewerbsaufsicht, um Missbrauch und Monopolstellungen zu verhindern. Die Länder sollen dazu, ähnlich wie die Regulierungsbehörden in der Telekommunikation und der Medienwirtschaft die Wettbewerbs- und Rechtsaufsicht über den Krankenhausmarkt in ihrem Gebiet übernehmen und damit für einen fairen Wettbewerb und die Wahrung der Patientenrechte sorgen.
5. **Verbot der Subventionierung von Verlusten aus Steuermitteln.** Heute werden die Betriebsverluste öffentlicher Kliniken z.T. aus Steuermitteln subventioniert. Dies ist im DRG-System, das innerhalb eines Landes gleiche Preise für gleiche Leistungen vorsieht, gegenüber privaten Kliniken, die nicht subventioniert werden, wettbewerbsverzerrend und muss untersagt werden. Ich schlage dazu vor: Alle öffentlichen Kliniken, deren Betriebsverluste länger als 2 Jahre aus öffentlichen Haushalten subventioniert werden, müssen zur Privatisierung öffentlich ausgeschrieben werden.



Das spart den Steuer- und Beitragszahlern Geld, sichert den Patienten eine leistungsfähige Krankenversorgung und sichert den Beschäftigten die Arbeitsplätze.

6. **Übergang zur vollmonistischen Investitionsfinanzierung.** Machen wir uns nichts vor: Die Diskussion, ob Duale Finanzierung oder Monistik das bessere System ist, ist eine Scheindiskussion. Nachdem die Länder in den letzten Jahren kontinuierlich ihre KHG-Förderung heruntergefahren haben, wird es immer mehr zur Lotterie, ob und wann ein Haus staatliche Investitionsförderung bekommt. So hat sich ein Investitionsstau aufgebaut, der die Leistungsfähigkeit der Kliniken in der Zukunft gefährdet. Immer mehr Häuser finanzieren deshalb Investitionen aus Eigenmitteln, insgesamt mehr als 1/3 der Investitionskosten der Akutkliniken. Wir haben also bereits eine Teilmonistik, die jedoch ebenfalls wettbewerbsverzerrend wirkt, weil die staatliche Subvention ungleich verteilt wird. Ich schlage vor, konsequent zur vollmonistischen Investitionsfinanzierung überzugehen. Dazu bringen die Länder ihre Fördermittel in einen Investitionsfonds ein, aus dem in geeigneter Weise Investitionszuschläge auf die DRG finanziert werden.
7. **Herstellung von Steuergerechtigkeit im Krankenhausmarkt.** Mit der zunehmenden Privatisierung ist eine steuerliche Ungleichbehandlung der Kliniken entstanden. Private Kliniken zahlen Gewinnsteuern, gemeinnützige und öffentliche nicht.

Dies ist unter den geltenden Finanzierungsbedingungen (gleiches Geld für gleiche Leistung) der DRG wettbewerbswidrig und verstößt meines Erachtens auch gegen das Wettbewerbsverbot des § 65 Abs.3 AO. Hier muss sich der Gesetzgeber Gedanken über die Herstellung der Steuergerechtigkeit machen.

Ich komme zum Schluss: Die privaten Kliniken haben sich zu einer tragenden Säule für eine leistungsfähige, innovative und wirtschaftliche Krankenversorgung entwickelt, auch und gerade hier in Thüringen. Dies verdient Vertrauen und nicht Misstrauen, Anerkennung und nicht Kritik der Politik. Sie haben weiter gezeigt, dass Krankenhäuser auch in privater Hand verantwortungsvoll und mit Blick auf das Gemeinwohl arbeiten und dass sie nicht mehr Regulierung und Bevormundung benötigen, sondern mehr Freiheit, um sich mit ganzer Kraft für das Wohl ihrer Patienten einzusetzen.

Ich wünsche mir, dass die kommende Krankenhausreform auf Bundesebene und die Diskussion in Thüringen über die Umsetzung des reformierten Krankenhausgesetzes in diesem Geiste geführt werden und bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.