

3.2. Vergleich der Trägerprofile

3.2.2. Patient

Die Aussagen hinsichtlich des Patienten werden in zwei Bereiche untergliedert: das Verständnis von Krankheit und die Frage, was die Sorge um den Patienten bedeutet.

Tabelle: Patient

Träger	Patient	
	Verständnis von Krankheit	Was bedeutet die Sorge um den Patienten?
Katholische Träger	<ul style="list-style-type: none"> • eine schwierige Lebenssituation, die oft als bedrohlich empfunden wird 	<ul style="list-style-type: none"> • Achtung der Würde des Menschen • Begleitung der Menschen bis zu ihrer letzten Lebensphase • Behandlung auf der Grundlage fachlicher Standards • Einbeziehung der Angehörigen
Evangelische Träger	<ul style="list-style-type: none"> • eine schwierige Lebenssituation, die oft als bedrohlich empfunden wird 	<ul style="list-style-type: none"> • Achtung der Würde des Menschen • Begleitung der Menschen bis zu ihrer letzten Lebensphase • Behandlung auf der Grundlage fachlicher Standards
Private Träger		<ul style="list-style-type: none"> • Respekt und Wertschätzung gegenüber den Patienten • Behandlung gemäß dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse • Betreuung auf neuestem Stand von Wissenschaft und Technik
Öffentliche Träger		<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung auf der Grundlage fachlicher Standards • Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten und des Besuchers

Kirchlich:

Verständnis von Krankheit:

Die kirchlichen Träger verstehen Krankheit als ein bedrohliches und einschneidendes Ereignis im persönlichen Leben. Dagegen findet sich bei den privaten Trägern und öffentlichen Krankenhäusern keine Aussage dazu.

Was bedeutet die Sorge um den Patienten?

Die Sorge um den Patienten und seine Behandlung ist bei den kirchlichen Trägern von drei gemeinsamen Dimensionen geprägt: Die uneingeschränkte Achtung der Würde des Menschen, die sich in der Ebenbildlichkeit Gottes ausdrückt. Daraus resultierend wird bei allen drei Trägern die Begleitung bis in die letzte Lebensphase ausdrücklich betont und das Sterben als ein Teil des Lebens verstanden. Ebenso zählt dazu Behandlung auf der Grundlage von fachlichen Standards nach

3. Differenzierung und Positionierung der Krankenhäuser und deren Träger

Jahren des letzten Jahrhunderts zeigt, wie sich die Marktanteile innerhalb der drei großen Trägergruppen in den letzten 15 Jahren verändert haben.⁴

Tabelle: Anzahl der Krankenhäuser und -betten

Jahr	Öffentliche Krankenhäuser		Freigemeinnützige Krankenhäuser		Private Krankenhäuser	
	KH	Betten	KH	Betten	KH	Betten
1990	1043	387 207	843	206 936	321	22 779
2001	723	276 754	804	198 205	468	41 283
2005	647	249 760	712	175 906	487	59 289

Öffentliche Krankenhäuser betreiben derzeit ungefähr 55 % der Krankenhausbetten in der Bundesrepublik Deutschland. Ihr Anteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich geschrumpft. Sind die öffentlichen Krankenhäuser nicht mehr in der Lage, kostendeckend zu wirtschaften, möchten sich die Träger von ihren Häusern trennen. Früher konnten diese Krankenhäuser die entstandenen Mindererlöse durch Zuschüsse ihrer Träger ausgleichen. Das ist bei der heutigen Finanzlage der öffentlichen Haushalte nicht mehr möglich. Übernommen werden sie zumeist von privaten Krankenhausanbietern, die im Gegenteil zu den Öffentlichen eine offensive Wachstumsstrategie verfolgen.⁵ Ihr Marktanteil ist in den letzten Jahren stetig gewachsen: Sie betreiben heute ungefähr 10 % der Krankenhausbetten. Damit haben sie ihren Anteil in den letzten Jahren fast verdoppelt. Dieser Trend wird sich fortsetzen, nicht zuletzt deshalb, weil Wachstum die erklärte Geschäftsstrategie fast aller privaten Anbieter ist.⁶ Die Entwicklung bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern ist insgesamt beständig. Sie werden vermutlich ihren Marktanteil von ca. 35 % halten können.

Als bundesweiter Trend lässt sich feststellen, dass private Träger ihren Marktanteil ausbauen und im Gegensatz dazu die Öffentlichen zurückgehen, während die

⁴ Vgl. Deutschen Krankenhausgesellschaft (Hrsg.), Zahlen, Daten, Fakten 2007, 16.

⁵ Vgl. Die Privaten machen Boden gut, 334. In diesem Artikel werden die Standorte und Kennzahlen der privaten Klinikbetreiber aufgeführt. Vgl. ebenso Knorr, G., Kommunale Krankenhäuser – mit oder ohne Zukunft?, 986–990. Knorr wehrt sich in diesem Artikel gegen die oftmals vorschnelle Gleichsetzung von öffentlich und unwirtschaftlich. Viele der öffentlich geführten Krankenhäuser seien in der Tat in Finanznöte geraten. Daraus sollte man nicht auf eine generelle Überlegenheit privater Anbieter gegenüber öffentlichen Betreibern schließen. Diese hätten gegenwärtig zwar Wettbewerbsnachteile, die aber nicht unüberwindbar seien. Dazu zählten das BAT-Gehaltsgefüge, die langen Entscheidungsprozesse öffentlicher Verwaltungen und mangelndes Managementwissen. Auf der anderen Seite seien kommunale Häuser stark in ihrer Umgebung verwurzelt. Gelänge es den öffentlichen Anbietern, durch Zusammenarbeit ihre Kräfte zu bündeln und die notwendigen strukturellen Entscheidungen zu fällen, damit die Krankenhäuser unternehmerisch agieren können, hätten sie auf dem Markt Chancen.

⁶ Allerdings kaufen die privaten Anbieter nicht wahllos ein. Neu erworbene oder in Geschäftsführung übernommene Krankenhäuser müssen definierte Kriterien erfüllen. Vor allem sind große Akutkliniken in Ballungsgebieten begehrt.

2.2. Reformlinien im Gesundheitswesen

mit die Verweildauer reduziert. Ein Patient soll möglichst spät in das Krankenhaus kommen und möglichst früh entlassen werden. Zweitens werden Krankenhäuser, um weitere Kosten einzusparen, durch Kooperationen und Konzentrationen ihre Nachfrage am Markt erhöhen wollen.²³ Dies gilt nicht nur für Häuser von geringer Betriebsgröße.

Die Einführung des Fallpauschalengesetzes ist umstritten. Bei der Beurteilung des neuen Entgeltsystems ist die Perspektive des Betrachters entscheidend. Befürworter begrüßen diese Systemumstellung, weil ihrer Meinung nach Anreize geschaffen werden, medizinische und pflegerische Leistungen wirtschaftlicher zu erbringen. Die Kosten und deren Refinanzierung werden transparenter und somit vergleichbar. Unnötige oder überteuerte Behandlungen werden finanziell nicht mehr honoriert. Die Verweildauer wird sinken ohne gesundheitliche Folgen für die Patienten. Ebenso werden Anreize geschaffen, um für den Patienten risikoärmere Behandlungsverfahren einzusetzen. Und schließlich führt es zu einer engeren Verzahnung von Klinikmanagement und Medizin. Gewinner dieser Reform sind leistungswillige Krankenhäuser. Auf der anderen Seite befürchten die Kritiker des fallpauschalierten Entgeltsystems, dass die Versorgungsqualität sinken wird, weil sich wirtschaftliche Kriterien mit medizinischen Sachverhalten überlagern und dadurch Entscheidungen auf der Grundlage einer ökonomischen Rationalität und nicht medizinischer Notwendigkeiten getroffen werden. Zudem würden die Krankenhäuser um finanzkräftige Patienten kämpfen und die Finanzkraft des Patienten die Güte seiner medizinischen Versorgung bestimmen. Eine optimale Patientenversorgung würde also nicht auf Grund von medizinischen Einsichten, sondern auf der Basis finanzieller Erwägungen durchgeführt werden.

2.2.2. Aufhebung der Sektorengrenzen

Die Neugestaltung der Leistungsvergütung in den Krankenhäusern ist die erste einschneidende Reformlinie, die zweite ist die Aufhebung der Sektorengrenzen. Das Gesundheitssystem in Deutschland gliedert sich in fünf Säulen: den ärztlich ambulanten Bereich, den Krankenhaussektor, die Nachsorge und Rehabilitation, den Pflegebereich sowie weitere Hilfsbringer.

Schaubild: Sektoren des Gesundheitswesens

Gesundheitswesen				
Ärztlich-ambulant	Krankenhaus	Nachsorge/ Rehabilitation	Pflege	Sonstige (Apotheken...)
Grundlagen: Kranken- und Pflegeversicherung				

²³ Vgl. Strehlau-Schwoll, H., Unternehmenspolitische Konsequenzen bei der Einführung der DRGs, 997 – 999.

gleichen Alter fast doppelt so hoch lag, nämlich zwischen 0,4 und 0,5³²⁹. Im Laufe des Lebensalters bis zur Menopause gleichen sich die Zahlen langsam an, das bedeutet, dass sich die Kurve der durchschnittlichen europäischen Geburtenrate an die der chinesischen Frauen annähert, ohne diese jedoch zu unterschreiten.³³⁰

Die moderate Geburtenrate in China erklärt sich zumindest zum Teil daraus, dass früh verstorbene oder getötete Säuglinge in den Quellen nicht auftauchen. Bemerkenswert ist jedoch, dass die Fertilität in China nicht nur in monogamen Ehen niedrig ist, sondern in Familien mit mehreren Frauen proportional gesehen sogar noch weiter absinkt. Eine Analyse der Ming-zeitlichen Grabinschriften der Präfektur Taihe in der Provinz Jiangxi zwischen dem 14. und dem 17. Jahrhundert führt Dardess zu dem Ergebnis, dass mit der Anzahl der Frauen, die mit einem Mann zusammenlebten, die Kinderzahl pro Frau abnahm. Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, sinkt mit jeder Frau, die der Mann in seinen Haushalt aufnimmt, die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau. Lebte der Mann monogam, hatte die Frau im Schnitt 4,15 Kinder, hatte er Konkubinen, reduzierte sich die Zahl der Nachkommen mit jeder Frau auf 2,7 bis 1,17.³³¹

Tabelle 6: Durchschnittliche Kinderzahl pro Frau in monogamen Ehen und in Familien mit Konkubinen, Taihe, 14.–17. Jahrhundert³³²

	<i>Anzahl der Väter</i>	<i>Anzahl der Kinder</i>	<i>Durchschnittliche Kinderzahl pro Frau</i>
1 Frau	208	864	4,15
2 Frauen	101	546	2,70
3 Frauen	21	102	1,62
4 Frauen	6	28	1,17
<i>Gesamt</i>	<i>336</i>	<i>1540</i>	

Die Untersuchungen der Qing-zeitlichen Genealogien bestätigen diese Tendenz: Mehrere Frauen pro Mann, sei es in Form der sukzessiven Polygynie bei Wiederverheiratung oder in Form des Konkubinats, scheinen die Kinderzahl pro Mann nur in geringem Ausmaß zu beeinflussen. Umgekehrt war die Fertilität der Frauen davon abhängig, ob sie mit einem Mann zusammenlebten, der das Kon-

³²⁹ Das bedeutet circa 400 bis 500 Geburten pro 1000 Frauen in der Altersgruppe von 20 bis 24 Jahren.

³³⁰ Vgl. hierzu die Graphik in: Lee / Wang 1999, 87.

³³¹ Dardess 1996, 90–91. Die Angaben beziehen sich nur auf die überlebenden Kinder, denn Kinder, die als Säuglinge starben, sind in den Grabinschriften nicht aufgeführt. Von daher können diese Quellen auch nicht zur Berechnung der Kindersterblichkeit herangezogen werden; vgl. Dardess 1996, 80.

³³² Die Tabelle wurde in Anlehnung an Dardess 1996, 91 von der Verfasserin erstellt.

der Fälle nahm ein Bruder seinen Teil und lebte getrennt, während die anderen noch weiter zusammenlebten. Die häufigsten Teilungen erfolgten laut Wakefield, nachdem der Großteil der Söhne geheiratet hatte, aber noch vor dem Tod der Eltern. Der relativ frühe Zeitpunkt der Teilung bewirkte, dass die Familien tendenziell klein blieben. Die neu entstandenen Familien umfassten im Durchschnitt 2,5 bis 3,6 Personen. Die Analyse der Steuerregister des Kreises Sui'an in der Provinz Zhejiang für den Zeitraum von 1723 bis 1750 bestätigt diese Tendenz: Die durchschnittliche Familiengröße betrug 4,7 Personen. 43 Prozent der Haushalte waren Kernfamilien, 21 Prozent waren Stamm-, 15 Prozent Joint- und 16 Prozent Frèrèche-Familien. Fünf Prozent der Haushalte bestanden nur aus einer Person.⁴⁷⁷ Nachfolgende tabellarische Zusammenstellung verdeutlicht diese Zahlenverhältnisse im Überblick:

Tabelle 7: Familiengröße und Familienform in acht Dörfern im Kreis Sui'an, Zhejiang (1728–1750)⁴⁷⁸

<i>Familienformen</i>	<i>Anteil der Familien</i>		<i>Familienmitglieder</i>	<i>Durchschnittliche Familiengröße</i>
Singlehaushalte	7	5%		
Kernfamilie	60	43%		
Stammfamilie	30	21%		
Jointfamilie	21	15%		
Frèrèche	22	16%		
<i>Gesamt</i>	<i>140</i>	<i>100%</i>	<i>652</i>	<i>4,7</i>

Anhand der Analyse der Haushaltsregister aus Liaoning gelangen Lee und Gjerde zu einer abweichenden Einschätzung: Haushaltsteilungen führten ihrer Beobachtung nach nicht zwingend zu Kleinfamilien. Die Mehrheit der zwischen 1792 und 1816 durchgeführten Haushaltsteilungen habe in erweiterten Familien resultiert.⁴⁷⁹ Nachfolgende Tabelle listet die Zahlenverhältnisse auf, auf die sich Lee und Gjerde in ihrer Argumentation beziehen:

Betrachtet man die von Lee und Gjerde vorgelegten Zahlen im Vergleich mit Wakefields Ergebnissen, so stellt man jedoch fest, dass die Zahl der erweiterten Familien inklusive der Frèrèche vor der Teilung fast 90 Prozent der Haushalte umfassten. Danach reduzierten sich die erweiterten Familien auf circa ein Drittel

⁴⁷⁷ Wakefield 1998, 47–51.

⁴⁷⁸ Die Tabelle wurde in Anlehnung an Wakefield 1998, 50–51 von der Verfasserin erstellt; Quelle: Steuerregister (Zhejiang Provincial Museum Documents).

⁴⁷⁹ Lee / Gjerde 1986, 97.

Tabelle 8: Haushaltsformen vor und nach der Teilung in Liaoning (1792–1819)⁴⁸⁰

<i>Haushaltsform</i>	<i>Vor der Teilung</i>		<i>Nach der Teilung</i>	
Singlehaushalte	keine		43	14,5%
Haushalte mit verwandten Personen, ohne konjugale Einheit	3	2,2%	16	5,4%
Kernfamilie	keine		74	25%
Kernfamilie mit Verwandten ^{a)}	12	8,8%	54	18,2%
erweiterte Familien ^{b)}	103	75,2%	88	29,7%
Frèrèche	19	13,8%	21	7,1%
<i>Gesamt</i>	<i>137</i>	<i>100%</i>	<i>296</i>	<i>100%</i>

^{a)}Lee und Gjerde bezeichnen das Zusammenleben einer Kernfamilie mit Verwandten, die nicht Teil angrenzender konjugaler Einheiten sind, als *extended* Haushalt; Lee / Gjerde 1986, 91.

^{b)}Die hier als erweiterte Familien definierten Haushalte bezeichnen Lee und Gjerde als *multiple* oder *complex* Haushalte. Dazu gehören alle Haushalte, die mehrere miteinander verwandte konjugale Einheiten enthalten. Es zählen also sowohl die Stamm- als auch die Jointfamilien und die Frèrèche zu den multiplen Haushalten. In der vorliegenden Tabelle sind die Frèrèche zu Vergleichszwecken gesondert aufgeführt; vgl. Lee / Gjerde 1986, 91–92.

aller geteilten Haushalte, womit die Ergebnisse aus Liaoning die Tendenz, die Wakefield für Zhejiang andeutet, bestätigen.

Aus wirtschaftlicher Sicht gilt die Realteilung als kontraproduktiv, weil eine Aufteilung des Vermögens und eine Zerlegung des Landes in Parzellen in der Regel eine Schwächung in ökonomischer und machtpolitischer Hinsicht bedeutet. Mit der Zersplitterung des Erbes werden sozialer Abstieg und Verarmung assoziiert.⁴⁸¹ Bei praktizierter Haushaltsteilung gelang es den wenigsten Familien, ihren Lebensstandard zu halten.⁴⁸² Vor diesem Hintergrund bildeten sich in China regional unterschiedliche Strategien heraus. Besondere Regelungen bei der Haushaltsteilung waren in der Provinz Anhui in Handwerks- oder Händlerfamilien üblich. Die Läden oder Werkstätten waren von der Teilung ausgenommen, um eine unwirtschaftliche Zergliederung zu vermeiden. Das übrige Familienvermögen konnte jedoch geteilt werden, wobei ein Rotationssystem hinsichtlich des Managements der unteilbaren Läden oder Werkstätten verbreitet war.⁴⁸³

Es stellt sich die Frage, ob es bei der Felderverteilung eine untere Grenze gab, ab der nicht mehr geteilt wurde. Wakefield sieht es als erwiesen an, dass es in Nordchina keine derartige Untergrenze gab und die Bauern regelmäßig Teilun-

⁴⁸⁰ Die Tabelle wurde in Anlehnung an Lee / Gjerde 1986, 102 von der Verfasserin erstellt.

⁴⁸¹ Lavelly / Wong 1992, 439; vgl. auch Linck 1986, 126–127.

⁴⁸² Vgl. Huang 1985, 78. Huang belegt diese Tendenz beispielsweise für Nordchina.

⁴⁸³ Wakefield 1998, 178–180.