

STUDIENGRUPPE FÜR SOZIALFORSCHUNG E.V.
83250 MARQUARTSTEIN AM CHIEMSEE - STAUDACHER STRASSE 14
Telefon: 08641 - 71 30 - Telefax: 63 242

**REGIONALE POTENTIALE FÜR DIE NEUERRICHTUNG
VON KRANKENHAUS-BETRIEBSKRANKENKASSEN IN DER
BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND:**

**Trägerschaften, Betriebsgrößen und Standorträume
als
Errichtungsbedingungen**

Wiss. Dir.
Prof. Albrecht **Goeschel**
Staatliche Universität Rostov
und
Studiengruppe für Sozialforschung e.V.

**Vortrag vor der Fachkonferenz
Betriebskrankenkassen für Krankenhäuser**
am 08.11.1996
Yachthotel Chiemsee
Prien am Chiemsee

1.

Standorträumliche Bedingungen und Voraussetzungen für die Neuerrichtung von Krankenhaus-Betriebskrankenkassen

Die bisher bestehenden Betriebskrankenkassen für Krankenhäuser bzw. für Krankenhausbeschäftigte sind eindeutig ein Phänomen der Ballungsräume und der Großstädte und treten gehäuft in Westdeutschland und in Norddeutschland, eher vereinzelt dagegen in Süddeutschland in Erscheinung¹.

Auch bei der Frage nach den Bedingungen und Voraussetzungen für neue und für zusätzliche Krankenhaus-Betriebskrankenkassen steht daher zunächst der standorträumliche Aspekt im Vordergrund.

Von Interesse ist dabei vor allem, ob sich hinter dem feststellbaren Gefälle der Häufigkeit von Krankenhaus-BKKen von West nach Süd vielleicht grundlegende Unterschiede in der Krankenhauslandschaft verbergen, die eine Errichtung von Krankenhaus-Betriebskrankenkassen bspw. in den süddeutschen Bundesländern schwieriger machen.

Um diese Frage beantworten zu können, muß zunächst geklärt werden, welche rechtlichen Bedingungen für die Neuerrichtung von Krankenhaus-Betriebskrankenkassen bestehen und in welchen Teilräumen der Bundesrepublik Deutschland dann die besseren oder die schlechteren tatsächlichen Voraussetzungen für die Erfüllung dieser Bedingungen gegeben sind.

Für die vorliegende Fragestellung ist aus dem Bündel rechtlicher Bedingungen in erster Linie die Bestimmung des § 147 Abs. 1 Ziff. 1 SGB V relevant, nach der in Krankenhäusern, für die eine BKK errichtet werden soll, regelmäßig mindestens 1000 Versicherungspflichtige beschäftigt sein müssen. Dabei können diese 1000 Beschäftigten, dies sei hier ausdrücklich betont,

¹ Vgl. Gerd-Uwe Watzlawczik: Bestehende Krankenhaus-Betriebskrankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland : Regionale Verteilung, Marktanteile und Organisationsformen. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Arbeitspapier, Marquartstein, Nov. 1996

durchaus auf mehrere Krankenhäuser oder auch auf Krankenhäuser und andere Einrichtungen verteilt sein, wenn nur für diese Beschäftigten ein einheitlicher Arbeitgeber existiert.

Um festzustellen, in welchen Teilräumen der Bundesrepublik Deutschland nun die besseren oder die schlechteren tatsächlichen Voraussetzungen für die Errichtung neuer und zusätzlicher Krankenhaus- Betriebskrankenkassen bestehen, muß man zunächst die Betriebsgrößenstruktur der Krankenhauswirtschaft in den verschiedenen Bundesländern untersuchen.

Leider hält aber die amtliche Krankenhausstatistik, ebenso wie die amtliche Krankenhauspolitik, offensichtlich die Bettenzahlen der Krankenhäuser für wichtiger als die Beschäftigtenzahlen, d.h. als die Arbeitsplätze der Krankenhäuser: Betriebsgrößenunterschiede der Krankenhäuser werden in der amtlichen Statistik, anders als bei den sonstigen Betrieben, nicht nach Arbeitsplätzen, sondern nach Bettenzahlen dargestellt.

Wenn man also erfahren will, in welchen Bundesländern die besseren oder schlechteren Voraussetzungen für die Neuerrichtung von Krankenhaus-Betriebskrankenkassen bestehen, muß man auf die durchschnittlichen Beschäftigtenzahlen der Krankenhäuser in den verschiedenen Bundesländern ausweichen. Dabei werden dann die Allgemeinkrankenhäuser und die sonstigen Krankenhäuser gemeinsam betrachtet.

Übersicht 1: Akutkrankenhaus-Betriebsgrößen in den Bundesländern 1994

Für das Jahr 1994 kann man ersehen, daß die Akutkrankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland im Bundesdurchschnitt und im Jahresmittel 377 Vollkräfte je Krankenhaus beschäftigen. Zu denjenigen Bundesländern, die hier einen höheren Durchschnittswert zeigen und für die demnach ein höherer Anteil von Krankenhäusern mit 1000 und mehr Beschäftigten vermutet werden kann, zählen vor allem die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg, aber auch Nordrhein-Westfalen und das Saarland sowie die Mehrzahl der neuen Bundesländer.

Nachdem Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Rheinland-Pfalz zu denjenigen Bundesländern zählen, die unterdurchschnittliche Krankenhausgrößen zeigen, können dort auch niedrigere Anteile von Krankenhäusern mit 1000 und mehr Beschäftigten vermutet werden.

Wenn man also von den durchschnittlichen Beschäftigungszahlen, d.h. Betriebsgrößen der Krankenhäuser in den verschiedenen Bundesländern ausgeht, könnte das bei den gegenwärtig schon bestehenden Krankenhaus-Betriebskrankenkassen geltende Gefälle von West und Nord nach Süden auch für die Neuerrichtung von Krankenhaus-Betriebskrankenkassen in der Zukunft bestehen bleiben.

So einfach ist die Sache freilich nicht. So verfügen einerseits gerade die Stadtstaaten Berlin und Hamburg bereits über Betriebskrankenkassen für Krankenhäuser und die Flächenländer Baden-Württemberg und Bayern zeigen mit ihren Betriebskrankenkassen für Rotkreuzschwesternschaften, wie man auch bei vergleichsweise kleinen Beschäftigtenzahlen der einzelnen Krankenhäuser durch Holding-Lösungen Betriebskrankenkassen für die Krankenhausbeschäftigten führen kann. Für den südlichen Teil der Bundesrepublik Deutschland sind demnach von der niedrigeren Durchschnittsbeschäftigtenzahl der Akutkrankenhäuser her allein noch keine schlechteren Voraussetzungen für die Neuerrichtung von Krankenhaus-Betriebskrankenkassen gegeben.

Bei der räumlichen Betrachtung der unterschiedlichen Voraussetzungen für die Neuerrichtung von Krankenhaus-Betriebskrankenkassen interessiert nicht nur, ob in den verschiedenen Bundesländern unterschiedliche Voraussetzungen für Krankenhausbetriebskrankenkassen bestehen und wie diese unterschiedlichen Voraussetzungen beschaffen sind. Mehr noch interessiert, ob und in wieweit die für die Gegenwart feststellbare Konzentration des Phänomens Betriebskrankenkassen für Krankenhäuser bzw. für Krankenhausbeschäftigte ausschließlich auf Ballungsräume und Großstädte auch für die Zukunft zu erwarten ist.

Übersicht 2: Akutkrankenhaus-Betriebsgrößen nach Siedlungstypen
in Nordrhein-Westfalen 1994

Hier zeigt sich, daß zumindest in Nordrhein-Westfalen in der Tat die durchschnittliche Beschäftigungszahl der Akutkrankenhäuser in den Ballungsräumen mehr als doppelt so hoch liegt wie in den ländlichen Räumen. Aber auch hier gilt, daß für die Neuerrichtung von Betriebskrankenkassen für Krankenhäuser auch und gerade in den ländlichen Räumen günstige Voraussetzungen bestehen, wenn die Weiterentwicklung der Akutkrankenhäuser zu regionalen Gesundheitszentren und wenn die Bildung regionaler Krankenhaus-Holdings anhält.

2.

Betriebliche Bedingungen und Voraussetzungen für die Neuerrichtung von Krankenhaus-Betriebskrankenkassen

Neben der regionalen Betrachtung der unterschiedlichen Voraussetzungen für die Neuerrichtung von Krankenhaus-BKKen sind vor allem auch die strukturellen und funktionellen, d.h. die betrieblichen Voraussetzungen von Interesse. Hier erscheint gerade wegen der eigentlich unsachgemäßen Orientierung der amtlichen Krankenhausstatistik an den Bettenzahlen zunächst eine nähere Betrachtung der nach Bettenzahlen unterschiedenen Krankenhausgruppen hinsichtlich ihrer durchschnittlichen Beschäftigtenzahl notwendig.

Übersicht 3: Bettenzahlen und Beschäftigtenzahlen in den Akutkrankenhäusern 1994

Hier wird ersichtlich, daß die Akutkrankenhäuser erst ab einer Bettenzahl von 600 bis 800 Betten die BKK-erforderlichen 1000 und mehr Beschäftigten aufzuweisen haben. Die Krankenhäuser mit 800 und mehr Betten sind diesbezüglich dann auf der ganz sicheren Seite. Auch hier muß aber wieder draufhingewiesen werden, daß diese Aussagen immer nur dann gelten, wenn das einzelne Krankenhaus jeweils auch identisch mit dem Arbeitgeber ist. Sofern ein Arbeitgeber mehrere Krankenhäuser oder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen trägt, sind auch für Krankenhäuser mit wesentlich weniger als 1000 Beschäftigten Betriebskrankenkassen möglich.

3.

Wenn man die Akutkrankenhäuser danach unterscheidet, ob ihr Träger eine öffentliche Stelle, eine freigemeinnützige Einrichtung oder ein privates Unternehmen ist, erhält man ein Bild, das die tatsächlichen Voraussetzungen für die Errichtung von eigenen Betriebskrankenkassen der Krankenhäuser am zutreffendsten wiedergibt.

Übersicht 4: Trägergruppen als Potential für die Errichtung von Krankenhaus-
Betriebskrankenkassen 1994

Hier zeigt sich, daß die öffentlichen Krankenhäuser schon ab 500 und mehr Betten weit mehr als die erforderlichen 1000 Beschäftigten aufzuweisen haben. Demgegenüber bleiben die freigemeinnützigen und die privaten Krankenhäuser dieser Größengruppe mit ihren durchschnittlichen Beschäftigtenzahlen deutlich zurück.

Die Ursache für diese sehr viel höheren durchschnittlichen Beschäftigtenzahlen der öffentlichen Krankenhäuser ab 500 und mehr Betten liegt im höheren Anteil von Großkrankenhäusern der Zentral- und Maximalversorgung an den öffentlichen Krankenhäusern.

Übersicht 5: Hochschulkliniken als Potential für die Errichtung von Krankenhaus-
Betriebskrankenkassen 1994

Es wird allein schon für die 38 Hochschulkliniken in der Bundesrepublik Deutschland eine durchschnittliche Beschäftigtenzahl von 3.670 Vollkräften registriert.

Für eine Errichtungsstrategie neuer und zusätzliche Krankenhaus-Betriebskrankenkassen ergeben sich bei dieser Sachlage zwei komplementäre Optionen:

1. Die beschleunigte Weiterentwicklung der Akutkrankenhäuser zu regionalen Gesundheitszentren auch mit Reha- und Pflegeeinrichtungen und darüber hinaus die beschleunigte Bildung regionaler Krankenhaus-Holdings. Durch die damit verbundenen Zusammenführung von Akutkrankenhäusern mit Reha- und Pflegeeinrichtungen bzw. durch die damit verbundene Zusammenführung von mehreren Akutkrankenhäusern jeweils bei einem Arbeitgeber sind dann sehr schnell, auch in süddeutschen und in ländlichen Räumen, die BKK-erforderlichen Beschäftigtenzahlen zu erreichen.
2. Eine weitere strategische Option besteht darin, vor allem die öffentlichen Krankenhäuser in schon beim Träger bestehende Betriebskrankenkassen einzubeziehen - soweit dies nicht sowieso schon der Fall ist - oder über die öffentlichen Krankenhäuser die Errichtung von Gesamtbetriebskrankenkassen auch für die sonstigen Verkehrs- und Versorgungsunternehmen und für die Verwaltungen der öffentlichen Träger in Gang zu bringen.

Von den 19 Betriebskrankenkassen für Krankenhausbeschäftigte, die derzeit in der Bundesrepublik Deutschland bestehen, sind 16 BKKen solche von Landes- und Bezirks- und Stadtverwaltungen oder solche von Universitäten. Umgekehrt existieren in der Bundesrepublik Deutschland gegenwärtig 30 Betriebskrankenkassen für kommunale Versorgungsunternehmen, Verkehrsunternehmen und Verwaltungen. Nur 14 dieser kommunalen Betriebskrankenkassen versichern aber auch Beschäftigte der kommunalen Krankenhäuser.

5.

Bedingungen und Voraussetzungen für die Neuerrichtung von Rehaklinik-Betriebskrankenkassen

Eine Untersuchung über die regionalen Potentiale für die Neuerrichtung von Krankenhaus-Betriebskrankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland wäre nur unvollständig, wenn sie nur die Akutkrankenhäuser und nicht auch die Rehakliniken miteinbeziehen würde - es geht ja bei dieser Frage um den gesamten Bereich der stationären medizinischen Versorgung und dessen „Selbstversicherung“.

Auch bei den Rehakliniken ist, wie schon bei den Akutkrankenhäusern, zunächst mit den standorträumlichen Gesichtspunkten zu beginnen. Allerdings sollte vorausgeschickt werden, daß schon der Bundesdurchschnitt der Klinikbeschäftigten im Rehabereich mit rund 70 Beschäftigten je Klinik so weit unter den BKK-erforderlichen Beschäftigungszahlen liegt, daß hier wohl von besonderen Verhältnissen ausgegangen werden muß.

Übersicht 6: Rehaklinik-Betriebsgrößen in den Bundesländern 1994

Zunächst allerdings sind es auch bei den Rehakliniken, ebenso wie bei den Akutkrankenhäusern, die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg sowie die Länder Nordrhein-Westfalen und Saarland und auch einige neue Bundesländer, in denen die durchschnittlichen Beschäftigtenzahlen der Rehakliniken über dem Durchschnittswert liegen. Umgekehrt bleiben, wie schon im Akutbereich, auch im Rehabereich die durchschnittlichen Beschäftigtenzahlen vor allem in Baden-Württemberg, in Bayern und in Hessen unter dem Bundesdurchschnitt.

Die grundsätzlich anderen Verhältnisse im Rehabereich gegenüber dem Akutbereich zeigen sich nun darin, daß auch in den Rehakliniken mit den höheren Bettenzahlen die dort in der Akutkrankenhäusern geltenden höheren durchschnittlichen Beschäftigtenzahlen nur zu Bruchteilen erreicht werden können.

Übersicht 7: Bettenzahlen und Beschäftigtenzahlen in den Rehakliniken 1994

Es zeigt sich, daß selbst bei 250 und mehr Rehabetten durchschnittlich allenfalls 200 Beschäftigte nachweisbar sind. Man könnte jetzt das Kapital „Rehakliniken als Potential für die Neuer-

richtung von Krankenhaus-Betriebskrankenkassen“ wegen fehlender Voraussetzungen zur Erfüllung der 1.000 Beschäftigten-Norm schließen.

Gerade im Rehabereich scheint jedoch diejenige Voraussetzung für eigene Betriebskrankenkassen schon weiter verbreitet, die für die Akutkrankenhäuser vor allem in Süddeutschland und im ländlichen Raum nachhaltig zu empfehlen ist - nämlich die Bildung von Holding-Strukturen.

Übersicht 8: Unternehmensstruktur der Rehakliniken für degenerativ-rheumatische und orthopädische Erkrankungen 1994

So gilt zumindest für die orthopädisch-rheumatologischen Rehakliniken, daß dort reichlich 20 Prozent aller Betten durch Großbetriebe bzw. Unternehmensgruppen mit Rehakliniken an verschiedenen Standorten betrieben werden. Zumindest für die Klinikbeschäftigten dieser Rehaketten kommen eigene Betriebskrankenkassen ohne Zweifel in Frage.

6.

Versichertenpotentiale für die Neuerrichtung von Krankenhaus- bzw. Rehaklinik-Betriebskrankenkassen

Zum Abschluß sollen noch einige Zahlen zum Mitgliederpotential für neue Krankenhaus- und Rehaklinik-Betriebskrankenkassen genannt werden.

Wenn man davon ausgeht, daß für Einzelkrankenhäuser-Betriebskrankenkassen nur die Akutkrankenhäuser mit 600 und mehr Betten in Frage kommen, dann besteht in diesem Bereich ein Mitgliederpotential von

340 bis 350.000 Versicherten ².

² Vgl. Statistisches Bundesamt(Hrsg.): Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1994, Wiesbaden 1996

Wenn man außerdem davon ausgeht, daß etwa 20 Prozent aller in Rehakliniken Beschäftigten Trägerketten etc. als Arbeitgeber haben, dann besteht in diesem Bereich ein zusätzliches Mitgliederpotential von nochmals ca.

20.000 Versicherten³.

Bei einer zurückhaltenden Neuerrichtungsstrategie für Krankenhaus-Betriebskrankenkassen bzw. Rehaklinik-Betriebskrankenkassen, die nicht auf eine beschleunigte Holding-Bildung abhebt, sondern die strukturellen Gegebenheiten zunächst hinnimmt, geht es also um insgesamt

360 bis 370.000

Beschäftigte bzw. Versicherte im stationären Akut- und Rehasektor.

Die Oligopolisten AOK und Ersatzkassen haben zusammen ca. 16,5 Millionen bzw. 14,7 Millionen Mitglieder⁴. Die heftigen Attacken auf das Konzept „Betriebskrankenkassen für Krankenhäuser“ sind aus dieser Sicht vor allem machtpolitisch und weniger wettbewerbspolitisch motiviert.

Quelle: Vortrag vor der Fachkonferenz Betriebskrankenkassen für Krankenhäuser, am 07.11.1996, Yachthotel Chiemsee, Prien am Chiemsee.

Alle Rechte an diesem Text liegen bei Prof. Goeschel.

³ Vgl. ebd.

⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1993, Bonn 1994