

# Diskussionspapier: Landeskrankenhausverbund

Den Bestand öffentlicher Krankenhäuser sichern und mehr

## Ausgangssituation

Im Jahr 1989 gab es auf dem Gebiet des heutigen Landes Brandenburg 73 Krankenhäuser mit 25.400 Betten. Das entsprach einem Versorgungsgrad von 960 Betten je 100.000 Einwohner:innen. Alle Häuser befanden sich zu diesem Zeitpunkt in der öffentlichen Hand. Nach einer ersten Privatisierungswelle Anfang der 90er Jahre wurde in Folge der Einführung des Fallpauschal-Systems eine Reihe weiterer Krankenhäuser in Brandenburg veräußert.

Dabei ist festzustellen, dass primär hochlukrative Fachkliniken und Kliniken der Regel- und Schwerpunktversorgung der Privatisierung zum Opfer fielen. In geringerem Umfang traf dies die Kliniken der Grundversorgung – und diese auch nur, wenn sich dadurch private Klinikbehandlungsketten darstellen lassen. Ein großer Fehler des Landes lag darin, im Jahr 2006 seine Landeskrankenhäuser der Psychiatrie, Neurologie und Forensik an Asklepios zu verkaufen. Damit wurden nicht nur hoheitliche Aufgaben des Staates dem Markt preisgegeben, sondern billigend in Kauf genommen, dass Arbeitsplätze abgebaut sowie Löhne eingefroren wurden.

Erst unter rot-rot wurde hier eine Trendwende eingeläutet. Mittlerweile befinden sich von den verbliebenen 65 Klinikstandorten in Brandenburg jedoch bereits 24 Häuser in der Hand privater Krankenhauskonzerne. Die Bettenkapazität liegt insgesamt bei 16.500.

## Problembeschreibung

Unabhängig von der Trägerschaft ist die wirtschaftliche Lage der brandenburgischen Krankenhäuser mehr als angespannt. Zahlreiche Häuser befinden sich seit Langem in einer wirtschaftlichen Schiefelage, bedingt durch die mangelnde Finanzierung. Die Corona-Pandemie verschärft diese Situation noch einmal enorm, wodurch der Druck auf die Kommunen wächst, ihre kommunalen Kliniken abzustoßen und weitere Privatisierungen vorzunehmen. Erst unlängst hat der Kreistag OSL beschlossen, 51 Prozent seiner Anteile an der Niederlausitz Klinikum GmbH an die SANA AG zu veräußern.

Verschärft wird die Lage durch berechnete Tarifsteigerungen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern. Die notwendige und längst überfällige flächendeckende Einführung des TVÖD und die pandemiebedingt fehlenden Einnahmen der kommunalen Krankenhäuser führen aktuell dazu, dass Kommunen und Landkreise ihre Kliniken mittels Zuschüssen oder Krediten finanziell stützen müssen. Schwierig wird dies in Anbetracht einer sich zuspitzenden kommunalen Finanzsituation. Die Rufe nach Privatisierung der Kliniken oder nach Lohnverzicht werden wieder lauter.

Wir beobachten seit langem, dass Privatisierungen im Gesundheitssektor mit einer deutlichen Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den betroffenen Häusern einhergeht. Denn wer mit Krankenhäusern Profite machen will, kann dies nur auf Kosten der Versorgung von Patient:innen und auf dem Rücken der Beschäftigten realisieren. Gleichzeitig verbuchen die vier großen privaten Träger –

Sana, Asklepios, Helios und Rhön – jährlich Gewinne in einer Höhe von mehr als 1,5 Milliarden Euro, die aus den Beiträgen der Krankenversicherten finanziert werden.

## **Zielsetzung**

DIE LINKE in Brandenburg will sich dieser erschreckenden Entwicklung nicht nur entgegenstellen, sondern die Fehler der Vergangenheit rückgängig machen. Für uns gilt: Gesundheit ist keine Ware! Kliniken sind ein zentraler Bestandteil der Daseinsvorsorge und gehören deshalb in öffentliche Hand. Davon profitieren Patient:innen, Beschäftigte und Beitragszahler:innen gleichermaßen.

Will man eine medizinische Versorgung gerade in einem dünn besiedelten Flächenland wie Brandenburg sicherstellen, müssen neue Wege beschritten werden. Neben der Änderung von bundespolitischen Rahmenbedingungen, wie der Abschaffung des DRG-Systems und die Überwindung von den sektoralen Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, muss Brandenburg dringend seine Krankenhausinvestitionen dauerhaft von z.Zt. 110 Millionen auf mindestens 180 Millionen EURO pro Jahr erhöhen. Der eigentliche Bedarf wird laut INEK-Zahlen mit ca. 210 Millionen EURO angegeben.

Eine dauerhafte Erhöhung dieser Investitionen wird jedoch allein nicht ausreichen. Die öffentlichen Krankenhäuser müssen stärker kooperieren und sich vernetzen. Leider scheiterten allzu oft kommunale Klinikverbünde am „Königreichprinzip“ der handelnden Akteur:innen in den jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaften. Die GLG GmbH in den Landkreisen Barnim und Uckermark mit den Standorten Angermünde, Prenzlau, Wolletzsee und Eberswalde sowie die Ernst von Bergmann Klinikgruppe mit den Standorten Potsdam, Bad Belzig und Forst sind die einzigen richtigen Beispiele landkreisübergreifender dauerhafter Zusammenarbeit. Hinzu kommt der Sonderfall Klinikum Westbrandenburg GmbH mit einer Kinderklinik an zwei Standorten in Brandenburg a.d.Havel und Potsdam. Doch selbst in diesen kommunalen Klinikverbänden haben sich wie beschrieben die finanziellen Rahmenbedingungen dramatisch verschärft, sodass eine weitere Kooperation notwendig sein wird.

## **Unser Lösungsvorschlag: Gründung eines Landeskrankenhausverbundes**

Aufgabe des Landeskrankenhausverbundes ist es, über Beteiligungen an den kommunalen Häusern die wirtschaftliche Koordinierung der einzelnen Häuser zu übernehmen und die jeweiligen Standorte zu sichern. Mittel- bis langfristig sollen über den neuen Krankenhausverbund die privatisierten Krankenhäuser wieder in die öffentliche Hand überführt werden. Als ersten Schritt schlagen wir hier die Überführung der psychiatrischen Fachkliniken vor.

Mit der Gründung eines landeseigenen Verbundes für kommunale Krankenhäuser würde ein öffentliches Gesundheitsunternehmen entstehen, wie dies auch in anderen Regionen Deutschlands Praxis ist. Als Beispiele seien hier das Vivantes Netzwerk für Gesundheit Berlin, das Klinikum Region Hannover oder die Regionale Kliniken Holding in Ludwigsburg genannt.

Gelänge es, die kommunalen Krankenhäuser unseres Landes unter dem Dach eines Verbundes zu vereinen, stünden dort ca. 8.300 Betten für die Patient\*innen-Versorgung zur Verfügung.

Dazu kämen weitere 1.400 Betten, die in der neuen staatlichen Universitätsklinik Cottbus als öffentliche Maximalversorger zur Verfügung stünden, sowie die ca. 1.400 Betten der Universitätsklinik der MHB in Neuruppin und Brandenburg a.d.Havel. Die Universitätsklinik als Standorte der Forschung, Lehre und Versorgung sollen weiter selbständig ihren Auftrag erfüllen. Ihre Potentiale sind aber für eine abgestimmte Patientenversorgung unerlässlich; daher sollen sie in ihrem Bemühen um Kooperationen mit regionalen Versorgern bestärkt und gefördert werden.

Insgesamt muss es gelingen, die Krankenhausplanung in den fünf Versorgungsgebieten um die universitären Maximalversorger und weiteren Schwerpunktversorger zu gruppieren und in diesen das Angebot an Schwerpunkt-, Regel- und Grundversorgung abzustimmen.

Durch Vertrag sollen die einzelnen Krankenhäuser an den Verbund gebunden und Arbeitsteilung sowie Finanzierung geregelt werden. Zur Umsetzung dieser Aufgabe entwickelt der Verbund, nach Maßgabe des Krankenhausplanes, in Abstimmung mit dem jeweiligen Landkreis die Krankenhausstandorte weiter. Der Verbund unterstützt den kommunalen Sicherstellungsauftrag bei der Krankenhausversorgung.

Dem Krankenhausverbund soll dabei die Gesamtsteuerung aller Krankenhausstandorte, die Abrechnung unter gemeinsamer IK-Nummer, die Zusammenführung des Einkaufs und der Investitionsplanung sicherstellen. Durch die Kooperation ergeben sich hier diverse Marktvorteile beispielsweise im Bereich der Materialbeschaffung. Das Land hat zudem über den Verbund Einfluss auf Bezahlung und Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. Durch einen einheitlichen Tarif (TVÖD) können der Konkurrenzkampf um das Personal verringert und Auslagerungen (wie aktuell bei der SANA DGS) sowie damit einhergehendes Lohndumping verhindert werden. Die ärztliche Leitung der Standorte sowie die Verwaltungsleitung verbleiben auf kommunaler Ebene. Die wirtschaftliche Gesamtleitung liegt beim Krankenhausverbund.

Für alle Standorte (mit Ausnahme der psychiatrischen Fachkrankenhäuser) ist eine Notaufnahme nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und die damit verbundenen Kliniken vorzusehen. Bei der Planung der diagnostischen Geräte (Röntgen, MRT etc.) ist auch der um den Standort anzusiedelnden ambulanten Versorgungsstruktur Rechnung zu tragen. Daneben sollen sich die Standorte, je nach ihrem Auftrag, als Grund-, Regel- oder Schwerpunktversorger auf ein oder mehrere Gebiete spezialisieren und mit den jeweils anderen Standorten vernetzen, um Synergien erzeugen und eine Querfinanzierung der defizitären Häuser ermöglichen zu können. Damit ist die Notfall- und Basisversorgung für jeden Standort gesichert, gleichzeitig können für anspruchsvolle Behandlungen und Operationen die erforderlichen Qualitätskriterien eingehalten werden.

Mit dem Krankenhausverbund soll sichergestellt werden, dass die öffentlichen Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten können, ohne dabei auf Kosten der Patient:innenversorgung und zum Nachteil der Mitarbeiter:innen zu handeln. Betriebswirtschaftlich ist es erforderlich, Gewinne als Deckungsbeiträge zu erwirtschaften, die für bessere Löhne, eine angemessene Personalausstattung und die Bedienung von Krediten zu verwenden sind.

### **Rechtsform und Kapitalausstattung**

Bezüglich der Rechtsform des Krankenhausverbundes kommen sowohl eine öffentlich-rechtliche Körperschaft oder eine Gesellschaft des Privatrechts infrage. Die Bindung des Vermögens an den Gesellschaftszweck nach Maßgabe des Gemeinnützigkeitsrechts ist vertrags- oder satzungsmäßig zu sichern. Dabei ist zu beachten, dass der Verbund auch in der Lage sein muss, sich bei der Standortplanung für freigemeinnützige Träger zu öffnen bzw. in öffentliche Trägerschaft zurückgeholte private Krankenhäuser zu integrieren. In Betracht kommt daher die Anstalt öffentlichen Rechts, eine GmbH oder eine gemeinnützige GmbH.

Die Beteiligungssumme soll mindestens den Betrag ausmachen, der erforderlich ist, um die notwendigen Bedarfe der Standortsicherung aufzubringen. Dieser Betrag wird im Vorfeld mit den kommunalen Trägern begutachtet und abgestimmt. Ebenso wird er mit den Vertreter:innen der Beschäftigten beraten. Eine Mitbestimmung nach dem Mitbestimmungsgesetz ist zu gewährleisten.

Die Beteiligungssumme umfasst hierbei alle nötigen Aufwendungen, die nicht durch Investitionsmittel des Landes nach dem Krankenhausgesetz oder Mittel des Krankenhausstrukturfonds finanzierbar sind.

Ohne Wirtschaftlichkeitsgutachten auf der Basis der Unternehmensbilanzen und Jahreswirtschaftsberichte können keine belastbaren Aussagen zur Kapitalausstattung des Krankenhausverbundes getroffen werden. Zu den erforderlichen Mitteln zur Gründung des Landeskrankenhausverbundes gehören Umstrukturierungshilfen einschließlich Investitionen. Das Land sollte sich hier mit einem Beitrag aus dem Landeshaushalt am Eigenkapital beteiligen. Der andere Teil sollte durch eine vom Land besicherte Kreditaufnahme finanziert werden.

### Übersicht Private Klinikbetreiber in Brandenburg

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. KMG Kliniken       | Pritzwalk<br>Wittstock<br>Kyritz<br>Luckenwalde  |
| 2. Asklepios Kliniken | Schwedt<br>Birkenwerder (Fachklinik)<br>Frankfurt/ Oder<br>Brandenburg a.d. Havel (Fachklinik)<br>Teupitz (Fachklinik)<br>Lübben (Fachklinik)  |
| 3. Helios Kliniken    | Brandenburg-Hohenstücken (Fachklinik)<br>Bad Saarow  |
| 4. SANA Kliniken      | Niederlausitz Klinikum (51 Prozent) <ul style="list-style-type: none"><li>• Lauchhammer</li><li>• Senftenberg</li></ul> Templin<br>Sommerfeld (Fachklinik)<br>Herzzentrum Cottbus (Fachklinik)<br>Woltersdorf (Fachklinik)<br>Klinikum Dahme-Spreewald (49 Prozent) <ul style="list-style-type: none"><li>• Königs-Wusterhausen</li><li>• Lübben</li></ul> |
| 5. Median Kliniken    | Grünheide (Fachklinik)   |
| 6. Michelskliniken    | Brandenburgklinik Bernau (Fachklinik)  |
| 7. Recura             | Parkinsonklinik Beelitz (Fachklinik)<br>Neurologische Frühreha Kliniken Beelitz (Fachklinik)   |