

Zur Umwandlung  
der kommunalen Krankenhausbetriebe  
  
und zur zukünftigen Struktur  
der Krankenhausversorgung in Bremen

Ausgangslage und Zielvorstellungen

Eine Stellungnahme der



Arbeiterkammer  
Bremen



**Zur Umwandlung  
der kommunalen Krankenhausbetriebe der Stadtgemeinde Bremen  
und zur zukünftigen Struktur  
der kommunalen Krankenhausversorgung in Bremen**  
Ausgangslage und Zielvorstellungen

**Herausgeberin:**

**Arbeitnehmerkammer Bremen**  
Bürgerstraße 1, 28195 Bremen  
Telefon 0421-3630149, Telefax 0421-36301930  
[www.arbeitnehmerkammer.de](http://www.arbeitnehmerkammer.de)

**Verfasser:**

Carola Bury, Gesundheitspolitik; Bernd Strüßmann, Regionale Strukturpolitik;  
Arbeitnehmerkammer Bremen

Bremen, März 2003

## **Vorwort**

In dem vorliegenden Papier nimmt die Arbeitnehmerkammer Bremen Stellung zur Umwandlung der kommunalen Krankenhausbetriebe der Stadtgemeinde Bremen in vier Unternehmen und zur Errichtung einer Holding- und einer Grundstücksgesellschaft (Krankenhausunternehmensgesetz – KHUG –). Mit dieser Stellungnahme sollen sowohl die geplante Umwandlung der Krankenhausbetriebe der Stadtgemeinde Bremen in vier Unternehmen mit einer Holding- und Grundstücksgesellschaft behandelt, als auch einige Eckpunkte für eine Umstrukturierung der kommunalen Krankenhausversorgung herausgearbeitet werden, die aus Sicht der Arbeitnehmerkammer Bremen in eine Beurteilung einbezogen werden sollten.

Die Debatte wird gegenwärtig nur für die Zentralkrankenhäuser in der Stadt Bremen geführt, nachdem eine Lösung in Bremerhaven gescheitert ist. Sie berührt jedoch grundsätzliche Themen der auf der Ebene des Bundeslandes staatlich zu gewährleistenden Krankenhausversorgung.

Die Arbeitnehmerkammer Bremen bedauert, dass die Gespräche zwischen den Personalvertretungen und dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zur Gestaltung zukünftiger Strukturen der kommunalen Krankenhausversorgung in Bremen beendet wurden, zumal eine Vielzahl von Fragen im Hinblick auf die krankenhauspolitischen Implikationen offen geblieben sind. Dies gilt insbesondere unter der Prämisse, dass die für die Umorganisation in die Diskussion gebrachten Alternativen der rechtsförmigen Ausgestaltung nie vergleichend im Hinblick auf die krankenhauspolitischen, rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Implikationen geprüft wurden. Die Arbeitnehmerkammer Bremen bedauert, dass das Gesetzgebungsverfahren nunmehr in Eile und ohne ernsthafte Berücksichtigung der von verschiedenen Seiten geäußerten Bedenken durchgeführt wird.

Die vorgesehene Umwandlung der kommunalen Krankenhäuser wird nach Ansicht der Arbeitnehmerkammer Bremen die Probleme nicht lösen können. Daher ist die Arbeitnehmerkammer Bremen der Ansicht, dass die Debatte um eine Zukunftsfähigkeit der Zentralkrankenhäuser in der Stadt Bremen weiterhin geführt werden muss. Es ist festzuhalten, dass eine Verabschiedung des vorliegenden Ortsgesetzes zu einer erheblichen Veränderung der Aufgabenwahrnehmung im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung beitragen würde, deren Konsequenzen weder in der Begründung noch in der bisherigen öffentlichen Diskussion in ausreichendem Maße thematisiert wurden.

Dabei sind die vorliegenden Fragestellungen für die Arbeitnehmerkammer im Hinblick auf die Interessenwahrnehmung ihrer Mitglieder in mehrfacher Hinsicht relevant:

- Kammermitglieder sind Bürgerinnen und Bürger, die ein Interesse an einer optimalen und garantierten Gesundheitsversorgung als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge haben. Sie wünschen eine hohe Qualität des Dienstleistungsangebotes, mit dezentralen und regionalen Versorgungsstrukturen.
- Gesundheit ist für Menschen ein zentrales und wichtiges individuelles „Gut“. Sie ist auch ein wichtiges wirtschaftliches „Gut“. Gesundheit ist eine entscheidende Grundlage der Arbeitsproduktivität für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.
- Von einer Umgestaltung sind auch Kammermitglieder betroffen, die als Beschäftigte in den kommunalen Krankenhäusern tätig sind. Die Krankenhäuser leisten zudem mit ihren Beschäftigten und ihrem Umsatz einen wichtigen Beitrag für den Arbeitsmarkt und den Wirtschaftsstandort Bremen.

Zunächst soll auf die gegenwärtige Struktur und Rechtsstellung der kommunalen Krankenhausbetriebe eingegangen und ihre wirtschaftliche Bedeutung und oberzentrale Funktion dargestellt

werden. Daran anschließend werden einige Problemfelder skizziert, die mit Blick auf eine zukunftsfähige Struktur der kommunalen Krankenhäuser unter den politischen und ökonomischen Bedingungen der Reform- und Gestaltungsvorgaben der bundesdeutschen Gesundheitspolitik zu lösen sind. Ebenso soll auf den vorgelegten Gesetzentwurf zur Umwandlung der Krankenhausbetriebe in privatrechtliche Unternehmen und zur Errichtung einer Holding - und einer Grundstücksgesellschaft (Krankenhausunternehmens-Ortsgesetz-KHUG) eingegangen werden.

Im zweiten Teil dieser Stellungnahme werden die Positionen der Arbeitnehmerkammer Bremen zu den gesundheitspolitischen Aufgaben Bremens, der geplanten Änderung der Rechtsform und Privatisierung kommunaler Krankenhäuser und zu deren Einbeziehung in eine innovative und zukunftsfähige Gesundheitspolitik und –wirtschaft vorgestellt.

Bremen, März 2003

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
<b>Zusammenfassung</b>	6
<b>I Ausgangslage</b>	
1 Situation der kommunalen Krankenhausbetriebe in Bremen	8
1.1 Zur Diskussion einer Umstrukturierung der kommunalen Krankenhäuser	8
1.2 Rechtliche und wirtschaftliche Stellung der Krankenhäuser der Stadt Bremen	9
1.3 Organisation der kommunalen Krankenhäuser	10
2 Herausforderungen für die Krankenhäuser	
2.1 Wachsender ökonomischer Druck	11
2.2 Reaktionen auf sich verengende Finanzierungsspielräume	13
2.3 Zur Begründung eines organisatorischen Umbaus	14
2.4 Organisatorische „Flexibilität“ und „strategische Betriebsführung“	15
2.5 Personalrechtliche Folgen der Privatisierung durch das KHUG für die Beschäftigten	19
<b>II Grundsätzliches aus Sicht der Arbeitnehmerkammer Bremen</b>	
1 Die Koordinierung und Steuerung der Krankenhausversorgung ist eine gesundheitspolitische Aufgabe Bremens.	20
2 Eine Änderung der Rechtsform und Privatisierung kommunaler Krankenhäuser ist keine Voraussetzung für eine bessere Wettbewerbsfähigkeit.	21
3 Arbeitsmarktpolitische Relevanz, wirtschaftliche Bedeutung und oberzentrale Funktion der Zentralkrankenhäuser weiter ausbauen.	24
4 Umland und Krankenhäuser	25
5 Politische Entscheidungen zur weiteren Entwicklung der kommunalen Krankenhäuser müssen Arbeitsmarktfragen, regional- und strukturpolitische Planungen und Perspektiven einbeziehen.	26
6 Die Krankenhäuser Bremens sind ein entscheidender Teil und Motor für die Entwicklung einer bremischen Gesundheitswirtschaft.	27

## **Zusammenfassung**

Die Arbeitnehmerkammer lehnt das von der Senatorin für Gesundheit vorgelegte Ortsgesetz zur Umwandlung der kommunalen Krankenhäuser in der Stadt Bremen in privatrechtliche Unternehmen und zur Errichtung einer Holding- und einer Grundstücksgesellschaft ab.

Die vorgesehene Rechtsform von vier jeweils selbständigen gemeinnützigen GmbHs mit einer gemeinnützigen Holding als Dachgesellschaft bietet nicht die Voraussetzungen, die notwendig wären, die kommunalen Kliniken für den Qualitätswettbewerb und die Rahmenbedingungen der Gesundheitsreformen und auf zukünftige Veränderungen vorzubereiten. Sie bietet keine Lösung der Probleme der zukünftigen Investitionsfinanzierung und anderer Kostenprobleme und zudem nicht die Möglichkeit, weiterhin von Seiten der öffentlichen Hand entscheidenden Einfluss auf die gesundheitspolitische Gestaltung der Versorgungsangebote zu nehmen. Es ist davon auszugehen, dass eine Verabschiedung des Ortsgesetzes mittelfristig zu einer erheblichen Veränderung der Aufgabenwahrnehmung im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung beitragen würde.

Allein in der Stadt Bremen sind derzeit rund 7.000 Menschen in den Krankenhäusern beschäftigt. 71 Prozent aller Arbeitsplätze entfallen dabei auf die kommunalen Kliniken in der Stadt Bremen. Damit haben die bremischen Krankenhäuser eine hohe politische Relevanz und wirtschaftliche Bedeutung. Der Gesamtumsatz der Krankenhäuser wird auf ca. 0,65 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt. Bremen bietet mit seinen Krankenhäusern Maximalversorgung auf hohem Niveau und versorgt damit auch Patienten aus Niedersachsen. Allerdings entspricht dieser Patientenanteil der Einpendlerquote aus dem Umland. Sollte das Niveau der Maximalversorgung nicht aufrecht erhalten werden, wäre hier mit einer rückläufigen Bedeutung Bremens als Oberzentrum zu rechnen.

Bei Rechtsformänderungen sind auch verschiedene Bereiche des Arbeitsrechtes für die derzeitigen und zukünftigen MitarbeiterInnen zu beachten. Bei der Vorstellung, Kostenreduzierung im Bereich der Personalausgaben zu erreichen, wird übersehen, dass der hohe Anteil an Personalausgaben strukturell bedingt ist und sich nicht ohne weiteres rationalisieren lässt. In der Realität führte dies bislang dazu, dass nach Ausschöpfen optimierender Abläufe eine Leistungsverdichtung bei den Beschäftigten stattfindet. Diese geht einher mit der personellen Ausdünnung von Stationen, die wiederum zu Lasten von Personal und Versorgung von PatientInnen.

Nach Ansicht der Arbeitnehmerkammer ist die Koordinierung und Steuerung der Krankenhausversorgung eine gesundheitspolitische Aufgabe Bremens. Dabei hat sich die Angebotsstruktur von unterschiedlichen Trägern bislang bewährt: 14 frei-gemeinnützige, private und kommunale Krankenhäuser haben die Versorgung sichergestellt und wurden nach dem Landeskrankenhausplan entsprechend gefördert.

Die Umstrukturierung wird vornehmlich mit dem Anliegen verfolgt, mehr Spielräume für das Handeln des Krankenhausmanagements zu schaffen. Gesichtspunkte der politischen Steuerung, der langfristigen Strategiedefinition und Gestaltung der Zukunftsaufgaben kommen in diesem Organisationsmodell zu kurz, was besonders am stark verringerten Einfluss der Stadtbürgerschaft zu erkennen ist.

Die Kostensteigerungen und entstehenden Defizite sind nicht durch diese vorgesehene Rechtsformänderung, insbesondere eine Umwandlung in gemeinnützige Gesellschaften mit beschränkter Haftung zu lösen. Hier müssen vielmehr bestehende Kooperationsansätze weiterentwickelt und moderne betriebswirtschaftliche Methoden einbezogen werden. Nur Krankenhäuser in einem strategisch klar positionierten Verbund werden langfristig im Wettbewerb bestehen.

Dies gilt auch für die notwendigen Kooperationsbeziehungen in einer gemeinsamen Landesplanung zwischen Niedersachsen und Bremen zur Vermeidung von Angebotsüberschneidungen.

Das Angebot des Oberzentrums Bremen in der Gesundheits- insbesondere Krankenhausversorgung ist unter beschäftigungspolitischen und wirtschaftlichen Aspekten für Bremen von großer Bedeutung. Dies gilt sowohl für die Sicherung und den Ausbau von Aus- und Weiterbildung, wie auch die Entwicklung von weiteren Studienangeboten an den Hochschulen und der Universität Bremen. Krankenhäuser sind ein entscheidender Motor für die Entwicklung einer bremischen Gesundheitswirtschaft.

Die Umwandlung der kommunalen Krankenhäuser in gGmbHs bietet für die zukünftigen Aufgaben keine ausreichende Zuständigkeit und planerischen Gestaltungsmöglichkeiten.

## **I. Ausgangslage**

### **1 Situation der kommunalen Krankenhausbetriebe in Bremen**

#### **1.1 Zur Diskussion einer Umstrukturierung der kommunalen Krankenhäuser**

Seit Anfang 2000 wird eine Diskussion über grundlegende Veränderungen der Organisationsstruktur für die stadtbremischen kommunalen Krankenhausbetriebe geführt. Die vier Zentralkrankenhäuser sind seit 1986 in der Rechtsform von Eigenbetrieben organisiert. In den vergangenen Jahren wurde diskutiert, ob diese Organisationsform auch in Zukunft geeignete Rahmenbedingungen für eine optimale, vor allem wirtschaftlich tragfähige Krankenhausversorgung der Stadt Bremen bietet. Bei einer Änderung der Rechtsform soll durch geeignete Maßnahmen die Zusammenarbeit gefördert, Bereiche zentralisiert und effizienter gemacht und Konkurrenzen der vier Zentralkrankenhäuser abgebaut werden.

Die weitgehend wirtschaftlich und organisatorisch selbständig und rechtlich unselbständig geführten Eigenbetriebe stehen mit ihren Versorgungsleistungen in der Region teilweise in einer Angebotskonkurrenz, was mit Blick auf das Versorgungsziel und knappe finanzielle Mittel für Investitionen nicht zu optimalen Ergebnissen führe. Nach Ansicht des Senators für Gesundheit habe sich die Rechtsform des kommunalen Eigenbetriebes bislang sowohl „in gesundheitspolitischer Hinsicht als auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten als Erfolg dargestellt. Angesichts der aktuellen wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser als Folge langjähriger gedeckelter Budgets und der kommenden Herausforderungen ist den Krankenhäusern für die Zukunft jedoch ein neuer rechtlicher und struktureller Rahmen zu geben, der die Krankenhausleitungen befähigt, im Interesse von Patienten und Mitarbeitern ihre Arbeit erfolgreich fortzusetzen<sup>1</sup>“ In 2002 wurden die erwarteten Defizite der Zentralkrankenhäuser mit ca. 4 Millionen Euro veranschlagt, für 2003 wird ein Defizit von 10 Millionen Euro erwartet.

Die Direktionen der Zentralkrankenhäuser haben sich bislang für eine Rechtsformänderung ausgesprochen, weil in Erwartung künftig sich wandelnder Anforderungen an den Krankenhausbetrieb eine stärkere Koordination und Vernetzung der Gesundheitseinrichtungen erfolgen müsse. Zudem wird die durch die Rechtsformänderung mögliche Änderung der Mitbestimmung, VBL und Personalkosten als Möglichkeit zur Kostenreduzierung gesehen.

In ihren Stellungnahmen vom Oktober 2000 haben sich die Personalvertretungen der Zentralkrankenhäuser und die Gewerkschaft ver.di kritisch mit den Argumenten auseinandergesetzt. Sie forderten eine grundlegende Diskussion der rechtlichen, betriebswirtschaftlichen, vor allem aber der gesundheitspolitischen Themen, die für eine derart wichtige Strukturentscheidung maßgeblich sind. Aus Sicht der ArbeitnehmerInnen sei eine „zukunftsorientierte, gesundheitspolitisch ausgerichtete Unternehmensstrategie“ zu entwickeln. Dabei seien die Möglichkeiten für eine Steigerung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebs im Rahmen der gegebenen Eigenbetriebslösung nicht adäquat untersucht worden. Die Eigenbetriebslösung habe sich bewährt, sie sei auch zukünftigen Anforderungen gewachsen.<sup>2</sup>

Unter diesen Prämissen haben sich Personalvertretung und die Gewerkschaft ver.di in den vergangenen Jahren an den Diskussionen des Runden Tisches beteiligt und auch ein rechtliches

---

<sup>1</sup> Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Schreiben vom 18. 02. 03.

<sup>2</sup> Stellungnahme der Personalräte, Frauenbeauftragten, der Schwerbehindertenvertretungen, der Ausbildungspersonalräte und der ÖTV Bremen vom 20.10.2000.

Gutachten zu den Implikationen einer kommunalen Anstalt öffentlichen Rechts in Auftrag gegeben.

## **1.2 Rechtliche und wirtschaftliche Stellung der Krankenhäuser der Stadt Bremen**

Seit Anfang der 70er Jahre ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser als öffentliche Pflichtaufgabe geregelt (*Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser* – KHG). Im sogenannten „dualen Finanzierungssystem“ werden die Investitionskosten für notwendige bauliche und apparative Vorhaltungen auf die öffentliche Hand (Bund, Länder, Gemeinde) übertragen, während die Kosten für Leistungen den Kostenträgern (insbesondere den Krankenkassen) und den Selbstzahlern zugeordnet sind.

Das 1987 hierzu auf Landesebene verabschiedete Bremische Krankenhausfinanzierungsgesetz (BremKHG) soll die wirtschaftliche Stellung der Krankenhäuser im Lande Bremen sichern, „um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“ (§ 1 BremKHG). Dabei bedient sich das Land in der Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften der unterschiedlichen frei-gemeinnützigen, privaten und kommunalen Krankenhausträger. Gemäß §3 BremKHG sind die Stadtgemeinden verpflichtet, sicherzustellen, „dass die nach dem Krankenhausplan bedarfsgerechten Krankenhäuser errichtet und betrieben werden.“ Somit kann nicht allein hinsichtlich des Gewährleistungsauftrags, sondern auch beim Betrieb der Krankenhäuser von einer kommunalen Pflichtaufgabe ausgegangen werden.

Zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung stellt das Land einen bedarfsgemäßen Krankenhausplan und Investitionsprogramme auf und genehmigt die vereinbarten und festgesetzten Pflegesätze. Die bedarfsnotwendigen Fördermittel werden gemeinsam aus den Haushalten von Land und Stadtgemeinden für die kommunalen, frei-gemeinnützigen oder privaten Krankenhausträger bereitgestellt. Der Landes-Krankenhausplan 1997-2003 fördert 14 Krankenhäuser, davon 4 in Bremerhaven. Fünf Krankenhäuser werden kommunal betrieben, eines davon in Bremerhaven. Der für Ende 2002 angekündigte Landeskrankenhausplan 2004 – 2010 wird nunmehr für den stadtbremischen Teil für den Frühsommer erwartet. Von einer erheblichen Reduzierung der Bettenanzahl muss derzeit ausgegangen werden.

Die kommunalen Krankenhausbetriebe finanzieren sich hauptsächlich aus den Entgelten der gesetzlichen Kostenträger und Investitionskostenzuschüssen von Land und Stadtgemeinde (sog. duales Finanzierungssystem). Für die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommenen Krankenhäuser gilt nach § 109 SGB mit den Krankenkassen ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen, auf dessen Grundlage Budgetverhandlungen erfolgen und leistungsgerechte Pflegesätze ausgehandelt werden sollen. Somit hat der Landeskrankenhausplan auch eine Schlüsselrolle für die wirtschaftlichen Planungen der Krankenhausbetriebe, wenngleich die tatsächlichen Kostenregelungen davon unabhängig zwischen Krankenversicherungen und Krankenhäusern ausgehandelt werden.

Die Förderung nach dem BremKHG erfolgt in der Form von Zuschüssen zu notwendigen Investitionskosten, wobei ein mehrjähriges Investitions- und ein Krankenhausbauprogramm aufgestellt wird. Die Förderung erfolgt z.B. für Erst-, Ersatz- und Ergänzungsinvestitionen, die Nutzung von Anlagegütern, sowie Anlauf- und Umstellungs- und Grundstückskosten. In der Finanzplanung 1999 bis 2005 waren rund 25 Millionen Euro jährlich im Rahmen des Grundinvestitionsprogramms zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung - also für sämtliche Krankenhäuser Bremens und Bremerhavens - vorgesehen.

Die Krankenhausbedarfsplanung basiert auf einer umfassenden sozialmedizinischen Analyse der relevanten Bevölkerungs- und Gesundheitsentwicklungen sowie der medizinischen und technisch-organisatorischen Veränderungen der Krankenhausversorgung. Die bedarfsnotwendigen Kapazitäten werden zwar mit einer praktikablen Angabe der jeweils „geförderten Betten“ dargestellt, dahinter verbergen sich allerdings sehr komplexe Leistungsbereiche der einzelnen Krankenhausstandorte.

Auf der Grundlage des Landes-Krankenhausplans<sup>3</sup> werden zum 31.12.2000 insgesamt 4.809 „Betten“ gefördert. Etwas mehr als 60% der vollstationären Plätze und rund 80% der psychiatrischen, aber auch der teilstationären Kapazität entfallen dabei auf die kommunalen Krankenhäuser. Der Landeskrankenhausplan weist diese Förderung im regionalen Bezug unter Bedarfs- bzw. Versorgungsaspekten mit Angabe der wesentlichen therapeutischen Kapazitäten und Schwerpunkte der einzelnen Krankenhäuser aus.

Die Planung wird in einem Beteiligungsverfahren mit den Kostenträgern, Krankenhausträgern, den Kommunen, der Ärztekammer und den Gewerkschaften erörtert. In jährlichen Abstimmungsrunden wird die Umsetzung der Planung überwacht und nötigenfalls korrigiert. Die Rechtsgrundlagen für die Krankenhausplanung werden durch das Fallpauschalengesetz (2002) nicht verändert. An Stelle der bisher zu Grunde gelegten und abgerechneten Pflagetage werden künftig Fallpauschalen treten.

### **1.3 Organisation der kommunalen Krankenhäuser**

Die kommunalen Krankenhäuser werden nach § 26 Abs. 2 der Landeshaushaltsordnung (LHO) und dem Krankenhausbetriebsgesetz (Ortsgesetz- KHBG) als Sondervermögen der Stadtgemeinde seit 1986 jeweils in Form nicht rechtsfähiger, jedoch organisatorisch und wirtschaftlich selbständiger Betriebe geführt. Steuerlich erfüllen sie den Status der Gemeinnützigkeit. Die Fach- und Rechtsaufsicht liegt beim Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales. Die Aufsichtsfunktionen als Fach- und Rechtsaufsicht sind in § 9 des KHBG beschrieben. Die kommunalen Krankenhausbetriebe werden durch Direktionen geleitet. Für die Wirtschaftsführung und das Rechnungswesen gelten die Bestimmungen des Bremischen Gesetzes für Eigenbetriebe des Landes und der Stadtgemeinden, die Bestimmungen der LHO in analoger Anwendung, sowie die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Ausschließliche Entscheidungsrechte sind dem Senator für Gesundheit hinsichtlich der Grundsätze der Organisation des Krankenhausbetriebes bei der Bestellung und Abberufung der Krankenhausdirektion, sowie für die Bestellung von Abschlussprüfern vorbehalten. Einvernehmlichkeitsregelungen zwischen Betriebsleitung und Senator bestehen zum Wirtschaftsplan, zum Abschluss von Pflegesatzvereinbarungen und hinsichtlich einer Reihe anderer hauswirtschaftlich relevanter Angelegenheiten (Erfolgsgefährdung, Allgemeine Vertragsbedingungen, Bewertung betrieblicher Funktionen, Dienstvereinbarungen).

Für die Betriebe besteht ein gemeinsamer Betriebsausschuss (Krankenhauseusschuss), der Entscheidungsrechte bzw. Zustimmungsvorbehalte hinsichtlich der Wirtschaftspläne, Jahresabschlüsse und die Entlastung der Direktionen, sowie bei erfolgsgefährdenden Mehraufwendungen der Betriebe hat.

---

<sup>3</sup> Landes-Krankenhausplan der Freien Hansestadt Bremen 1998 bis 2003, Der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz, Bremen 1998.

Darüber hinaus berät und beschließt der Ausschuss in den Angelegenheiten, die der ausschließlichen Entscheidung des Gesundheitssenators vorbehalten sind.

Vor diesem Hintergrund sind die Krankenhauseigenbetriebe durch eine hohe wirtschaftliche und fachliche Eigenständigkeit gekennzeichnet, wobei nur die Entscheidungskompetenzen der Behörde in übergeordneten wirtschaftlichen Angelegenheiten und eine allgemeine Bindung an das Haushaltsrecht gewisse Einschränkungen mit sich bringen.

Als Hindernis für einen Abbau von Konkurrenzen und für eine verbesserte Abstimmung und Kooperation wurde bislang jedoch die stark von Partikular- und Eigeninteressen bestimmte Haltung der Direktionen gesehen, die teilweise zu einer Blockade geführt hat. Der Gesetzentwurf der senatorischen Behörde sieht zur Überwindung der Partikularinteressen eine Holding vor.

## **2 Herausforderungen für die Krankenhäuser**

### **2.1 Wachsender ökonomischer Druck**

Der ökonomische Anpassungsdruck für die Krankenhausbetriebe ist seit Jahren hoch. Er dürfte sich auch in den kommenden Jahren mit den weiter bestehenden grundlegenden strukturellen Finanzierungsproblemen des Gesundheitssektors verstärken. Im Jahr 2000 wurde in Deutschland ein Betrag von 218,4 Mrd. Euro, entsprechend 10,8% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) für Gesundheit ausgegeben. Von 1992 bis 2000 stiegen die Gesundheitsausgaben nominal um 33,9% , während sich das BIP (nominal) geringer erhöhte. Die Gesundheitsausgaben wachsen stärker als die Wertschöpfung.<sup>4</sup>

Die Gesamtausgaben für die Leistungen in Krankenhäusern und sonstigen stationären und teilstationären Einrichtungen beliefen sich auf rd. 85,2 Mrd. Euro und machten rund 38% der Gesundheitsausgaben aus. Die Krankenhausleistungen sind personalintensiv. Die Krankenhausausgaben betragen in der Bundesrepublik in 2000 nur für die stationäre Behandlung 61,1 Mrd. Euro.

Der tatsächliche Bedarf ist Maßstab für die Krankenhausplanung und wird in Deutschland durch den versicherungsrechtlichen Anspruch des Einzelnen bestimmt. Die Zahl der vollstationär behandelten Patienten nahm dabei in den letzten Jahren weiter zu auf 16,5 Millionen. Gleichzeitig gingen die Pflgetage um 2 Millionen auf 167 Millionen zurück.

Die gesetzliche Krankenversicherung befindet sich trotz wiederkehrender staatlicher Eingriffe zur Kostendämpfung im Gesundheitssektor in Finanzierungsproblemen, die teilweise auf der Einnahmeseite zu Buche schlagen:

- Das Gesundheitssystem wird im wesentlichen aus dem Faktor Arbeit finanziert. Deswegen bedeutet eine langjährig hohe Arbeitslosenquote in der Bundesrepublik auch beträchtliche Einnahmeverluste aus Unterbeschäftigung.
- Mit Veränderungen der Altersstruktur und Erwerbstätigkeit verringern sich die Einnahmen der Kostenträger bei gleichzeitig anwachsenden Kosten der Gesundheitsversorgung. Der Anteil erwerbstätiger Personen sinkt, die Zahl von Rentnern in der Bevölkerung steigt.

---

<sup>4</sup> Statistisches Bundesamt, Mitteilung für die Presse, 16. 01. 2003.

- Aber auch langfristige verteilungspolitische Entwicklungen lassen sich zur Interpretation der Einnahmeprobleme der Krankenversicherung heranziehen. Die Lohnquote, d.h. der Anteil der Einkommen aus abhängiger Arbeit am volkswirtschaftlichen Gesamteinkommen, sank von 73,2% im Jahre 2001 auf 72,6 % im Jahre 2002.
- Die Gesundheitspolitik des Bundes war in der Vergangenheit durch eher widersprüchliche Strategien gekennzeichnet. Einerseits handelte es sich um einen Mix staatlicher Regulierungen und ökonomischer Anreize (wie eine Beschränkung medizinischer Budgets, Höchstpreisregelungen, Zuzahlungspflichten), die sich insgesamt zu Lasten der Beitragszahler der Krankenversicherung auswirkten. Andererseits sollten die Träger der Krankenversicherung in einen Wettbewerb geführt werden, um einen Anstieg der Beitragssätze zu verhindern und für die Kassen wirtschaftliche Anreize zur Kostendämpfung zu schaffen.

Der vom Gesetzgeber beabsichtigte Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verändert die Mitglieder- aber auch die Risikostrukturen der Kassen erheblich. Ein Auseinanderdriften der Beitragssätze und Leistungen vor allem zwischen den Privaten und den gesetzlichen Kassen ist die Folge. Der Wettbewerb um einkommensstarke, junge Mitglieder mit geringen Krankheitsrisiken verschärft die Finanzierungsprobleme der Gesundheitsversorgung.<sup>5</sup>

Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre standen unter der Prämisse, sowohl Ansatzpunkte für eine optimale Nutzung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven, als auch eine Reduzierung der Krankheitskosten und in Folge eine Begrenzung der Lohnnebenkosten zu erreichen. Seit einigen Jahren laufen Bemühungen des Bundesgesetzgebers, Anreize für eine Senkung der Fallzahlen und der Verweildauer in der stationären Krankenhausbehandlung zu schaffen.

Ein Schritt dazu war die Einführung der vor- und nach- bzw. der teilstationären Behandlung, um Fehlbelegungen zu vermeiden oder durch frühere Entlassungen die Verweildauer zu verkürzen. Diese Effekte haben auch neue Konzepte der tages- oder nacht-klinischen Behandlung oder ambulant ausgeführte Operationen, die durch entsprechende Innovationen und Weiterentwicklung von Therapien möglich wurden. Die Krankenhäuser haben grundsätzlich zu prüfen, welche Behandlungsform die medizinisch vertretbaren Resultate bietet.

Für alle verbindlich soll ab 2004 nach dem § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystems auf der Basis von diagnosis related groups (DRGs) eingeführt werden. Es handelt sich um ein Patientenklassifikationssystem, das an die Stelle des bisherigen Entgeltsystems von Fallpauschalen, Sonderentgelten sowie vereinbarten Pflegesätzen tritt und das den Druck in Richtung auf mehr Wirtschaftlichkeit und Transparenz erhöhen und das Handeln der Krankenhäuser verändern.

Mit einer Zuspitzung des Leistungs- und Qualitätswettbewerbs wird ab 2005 zu rechnen sein. In „strukturierten Qualitätsberichten“ wird dokumentiert werden müssen, wer, welche und wie viele stationäre medizinische Leistungen wo erbringt. Allgemein wird erwartet, dass diese Entwicklungen Konzentrationsprozesse, Kooperationen und Fusionen begünstigen.

---

<sup>5</sup> Insbesondere die Ersatz- und die Allgemeinen Ortskrankenkassen leiden unter der Abwanderung junger und weniger von Gesundheitsrisiken betroffener Personen z.B. in Betriebskrankenkassen. Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt wachsenden Ausgabenbelastungen berichteten die Betriebskrankenkassen 1999 über sinkende Ausgaben bei wachsenden Pro-Kopf-Einnahmen. Laut VDAK/AEV wechseln jährlich rund 300.000 zumeist jüngere Personen in private Krankenversicherungen. Ca. 180.000 vorwiegend ältere Personen wechselten jährlich zurück in die Gesetzliche Krankenversicherung. Gesundheitspolitische Agenda im Jahre 2000, VDAK – Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V., <http://www.vdak.de/agenda2000.htm> bzw. [http://www.vdak.de/rsa\\_thesenpapier.htm](http://www.vdak.de/rsa_thesenpapier.htm).

Allgemein wird davon ausgegangen, dass bis 2007 eine Klärung stattzufinden hat, wie der politische Rahmen aussehen soll, in dem die Krankenhäuser handeln müssen. Dieser Rahmen wird deutlich stärker durch Wettbewerbsprinzipien bestimmt werden, was aber keinesfalls zwingend bedeutet, dass private Träger sich zukünftig durchsetzen werden.

## **2.2 Reaktionen auf sich verengende Finanzierungsspielräume**

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren durch ein „Mehr an Wettbewerb“ versucht, Kosten zu senken, Wirtschaftlichkeitsreserven der Leistungsanbieter zu mobilisieren und die Effizienz der Krankenhausversorgung zu verbessern. Aktivitäten zur Verbesserung der Ertrags- und Kostensituation werden allerdings nicht unbedingt die in Zukunft zunehmenden finanziellen Probleme lösen, da sich zusammenhängend mit dem Kostensenkungsdruck die Konkurrenz der Krankenhäuser um neue Tätigkeitsfelder verstärken dürfte. Wie bei allen bisherigen Bemühungen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, bemühen sich die Leistungsanbieter kurzfristig auch umgekehrt darum, ihr Leistungsangebot zu verbreitern oder – wie bei der beabsichtigten Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus – durch höhere Fallzahlen zu kompensieren. Aus bremischer Sicht sollten diese Strategien im Rahmen der Krankenhausplanung vorrangig danach beurteilt werden, welcher Beitrag von ihnen zur Sicherstellung des kommunalen Versorgungsauftrages ausgeht.

Auch die bremischen Zentralkrankenhäuser haben auf die sich verringernden finanziellen Spielräume in den letzten Jahren mit einer Vielzahl von Maßnahmen zur Steigerung ihrer Effizienz geantwortet. Neue Konzeptionen der ambulant-stationären Krankenhausversorgung werden entwickelt, für die – so zeigen es auch die Lageberichte der Zentralkrankenhäuser 1999 - zumeist das Leitbild eines Zentrums für kombinierte Gesundheitsdienstleistungen im Mittelpunkt steht:

- Das Qualitätsmanagement wird ausgebaut.
- Die medizinischen Dienstleistungen werden um neue Angebote ergänzt, wie beispielsweise Ambulantes Operieren, Tageskliniken und Kurzzeittherapie.
- Die Fallzahlen steigen beträchtlich, die durchschnittliche Verweildauer der Patienten verringert sich.
- Die Kooperation mit anderen Krankenhäusern und Dienstleistungseinrichtungen wird verstärkt (z.B. Nutzung eines Zentrallabors).

Innerhalb des Krankenhausbereichs machen die Löhne und Gehälter den größten Kostenfaktor aus, da sie besonders personalintensiv sind. Auch niedrige Tariferhöhungen haben – bei gleichzeitig verordneten Budgetdeckungen und Umstrukturierungen – aus diesem Grund zusätzlich die Haushalte für einzelne Häuser erheblich belastet und zu Defiziten geführt.

Seit Jahren sollte durch Personalabbau und durch umfassende arbeitsorganisatorische Rationalisierungen eine Kostensenkung erreicht werden. In einigen Fällen wurde dies durch Outsourcing versucht, was nach Meinung der Arbeitnehmerkammer problematisch ist. Die Grenzen von Outsourcing sind insbesondere dort sichtbar, wo Patientenbelange berührt sind. Unter den zu erwartenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen werden verschiedene Möglichkeiten geprüft werden müssen.

Personalabbau ist grundsätzlich kein Allheilmittel zur Kostenreduzierung.

Alle bisherigen und zukünftigen Maßnahmen, die lediglich auf Reduzierung von Lohnkosten und Beseitigung von Mitbestimmungs- und Arbeitnehmerrechten aus sind, werden allerdings unter

den bestehenden Strukturen nicht ausreichen, da die Ursachen für die ökonomische Entwicklung in den strukturellen Rahmenbedingungen zu suchen sind und durch die vorgegebene Deckelung (zur Erhaltung der Beitragsstabilität) verschärft wird. Bei dennoch steigenden Kosten wird dies nur zur Belastung der Beschäftigten durch Leistungsverdichtung und wachsender Frustration führen. Antworten darauf sind aus bremischer Sicht nicht in einzelnen Maßnahmen zu finden, sondern müssen im Kontext von Struktur- und Personalmanagement entwickelt werden. Auch unter „Markt“-gesichtspunkten werden dabei vor allem Patientenorientierung, Dienstleistungsangebote im vor- und nachstationären Bereich, Effizienz, eine spezifische medizinische Angebotsstruktur und eine Verwaltungsmodernisierung zu berücksichtigen sein.

### **2.3 Zur Begründung eines organisatorischen Umbaus**

Ein wesentliches Motiv für die geplanten Umorganisationen ergibt sich aus einem wenig konkreten Verständnis eines in Zukunft zu erwartenden Wettbewerbs mit kommerziellen Krankenhausträgern. Ein Rechtsformwechsel erscheint geboten, um die notwendige „Flexibilität“ zur Beantwortung teils vorhersehbarer, teils unvorhersehbarer Veränderungen des Gesundheitssektors zu gewinnen.

Der Rechtsformwechsel soll gewährleisten, wie es in der Mitteilung des Senats vom 18. 3. 2003 zum Gesetzesentwurf heisst, dass „die kommunalen Krankenhäuser auch unter den veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und den Herausforderungen für den Krankenhausbereich ihre Versorgungsaufträge wirtschaftlich und leistungsfähig erfüllen können und mögliche Rationalisierungspotentiale erschließen.“ Bevor auf die Umsetzung dieses Anliegens im Entwurf eingegangen wird, soll zunächst ein Rückblick auf die ursprünglich für einen nötigen Rechtsformwechsel genannten Zielsetzungen vorgenommen werden.

Das von den Direktionen der Zentralkrankenhäuser beauftragte Beratungsinstitut Ernst & Young Consulting GmbH und Rechtsanwälte Menold/Herrlinger legte im Jahr 2000 ein Gutachten vor, das die „Entwicklung einer zeitgemäßen Organisationsstruktur zur optimalen Steuerung von Kooperationen mit dem Ziel der Steigerung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der kommunalen Krankenhäuser der Stadtgemeinde Bremen“ zum Gegenstand hatte. Eine aufgrund dieses Arbeitstitels vielleicht zu erwartende, umfassende Auseinandersetzung mit den grundlegenden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der kommunalen Krankenhauswirtschaft und etwaiger Organisationserfordernisse leistete dieses Gutachten jedoch nicht. Ausgangspunkt waren Zweifel an der Eignung und wirtschaftlichen „Zukunftsfähigkeit“ der Krankenhauseigenbetriebe, insbesondere in Bezug auf ihre Führung und Koordination. Die Steuerung der vier Eigenbetriebe erfolge zwar durch die senatorische Behörde und den Krankenhausausschuss, sie beschränke sich jedoch auf die Überwachung, Koordination und eine nur schwach ausgeprägte Richtlinienkompetenz.<sup>6</sup>

Das Gutachten thematisierte die betriebswirtschaftlichen, organisatorischen und rechtlichen Konsequenzen, sowie einige Vor- und Nachteile ausgewählter Alternativen zur gegebenen Organisation (Stiftung, Betriebsaufspaltung, Holding, Landesbetrieb als Anstalt öffentlichen Rechts<sup>7</sup>).

---

<sup>6</sup> Gutachten Ernst & Young, aaO., S. 6.

<sup>7</sup> a) Stiftung als „Holding“ zur Führung von jeweils gesonderten gemeinnützigen GmbHs; b) Betriebsaufspaltung, Verbleib des Grundbesitzes bei der Stadtgemeinde, dessen Verwaltung als Eigenbetrieb „Grundbesitz“ an einer gemeinnützigen GmbH beteiligt wäre, die als Holding-GmbH fungiert und sich an jeweils eigenständigen gemeinnützigen Krankenhaus-GmbHs beteiligt wäre; c) Gemeinnützige Holding-GmbH, die gleichzeitig Grundbesitzeigentümerin und als Alleingesellschafterin an vier gemeinnützigen Krankenhaus-GmbH beteiligt wäre; d) Landesbetrieb als eigenständige Anstalt des öffentlichen Rechts.

Im Gegenstand konzentriert es sich somit auf eine Auswahl privat- und öffentlich-rechtlicher Modelle, wobei eine eindeutig öffentlich-rechtliche Struktur nur beim Landesbetrieb im Vordergrund steht. Neben einer Einschätzung der betriebswirtschaftlichen Vor- und Nachteile (Finanzierungsstrukturen, steuerliche Gesichtspunkte), stand das Bemühen im Vordergrund, die Einwirkungsmöglichkeiten der Stadtgemeinde und Fragen der Überleitung (Umstrukturierung, Personal) zu beurteilen.

Damit rückten Kriterien der organisatorischen Flexibilität, der finanziellen bzw. der Folgen hinsichtlich der Umsatz- oder Gewerbesteuerpflicht in den Vordergrund. Die steuerliche Gemeinnützigkeit der wirtschaftlichen Tätigkeit steht bei diesen Untersuchungen auch für die GmbH-Konstruktion als grundlegende Bedingung außer Frage.

Die Analyse der gegebenen rechtlichen und betriebswirtschaftlichen Potenziale einer Eigenbetriebslösung kamen bei dieser Untersuchung aber deutlich zu kurz. Diese Möglichkeiten wurden im Auftrag des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales der Freien Hansestadt Bremen in einem gesonderten Gutachten bewertet.<sup>8</sup>

Die Gutachter orientierten sich dabei an den Vorgaben eines „Runden Tisches“, der mit Vertretern der Krankenhausverwaltung und Personalräten gebildet wurde. Dabei wurde ausdrücklich ein erneuter gutachterlicher Vergleich einer öffentlich-rechtlichen mit anderen privatrechtlichen Organisationslösungen ausgeschlossen.

## 2.4 Organisatorische „Flexibilität“ und „strategische Betriebsführung“

Nach Bewertung der einzelnen gutachterlichen Feststellungen sollen nun die Krankenhausbetriebe im Sinne einer formellen Privatisierung in die Rechtsform von gemeinnützigen GmbHs umgegründet und die strategische Steuerung und Koordination einer Holding gGmbH übertragen werden.

Als Vorzug der GmbH/-Holding-Struktur wird neben einer verbesserten Gesamtführung eine *Selbständigkeit* nicht nur in der operativen, sondern auch in der *strategischen Betriebsführung* angeführt. Dies stellt allerdings keine präzise Definition der Zielsetzungen einer Umorganisation dar. Unklar bleibt das Verhältnis zwischen „straffer“ Koordination der einzelnen Betriebe, denen gleichzeitig eine hohe „Autonomie“ der Betriebsführung zugestanden wird.

Mit dem Rechtsformwechsel dürfte vor allem eine Unabhängigkeit der Krankenhausbetriebe von rechtlichen Vorgaben angestrebt werden, die insgesamt für kommunale Betriebe gelten. Denn folgende Aspekte sollen sich damit verbinden:<sup>9</sup>

- Die GmbH sei eine rechtsfähige Körperschaft, die sich selbständig am Kapital anderer Gesellschaften beteiligen könne.
- Die geplante Struktur trage selbständig die Ergebnisverantwortung.
- Die privatrechtliche Struktur ermögliche es, im bremischen Umland wirtschaftlich tätig zu werden.
- Haushaltsrechtliche Starrheiten des Eigenbetriebes ließen sich überwinden.
- 'Flexibilität', könnte in Bezug auf die Personalentwicklung, Tarifstrukturen und das

---

<sup>8</sup> Büsing, Müffelmann & Theye, Fides Treuhandgesellschaft, Rechtliche Bewertung einer möglichen Umwandlung der Krankenhausbetriebe der Freien Hansestadt Bremen in „privatrechtlich konstruierten“ Kommunalunternehmen unter einem rechtlich selbständigen Dach, Bremen o.J.

<sup>9</sup> Vgl. hierzu das Positionspapier der Interessenvertretungen der kommunalen Krankenhäuser Bremens, Zur Weiterentwicklung und Zukunftssicherung der Gesundheitsversorgung der Bremer Bevölkerung, Linksdw. Bremen, Januar 2001.

- Personalvertretungsrecht geschaffen werden.
- ‚Hinderliche‘ Vorschriften zur Vergabe von Leistungen und Bauleistungen (VOB/VOL/VOF) ließen sich vermeiden.
- Finanzierung und Finanzmanagement würden erleichtert, die Außenfinanzierung stelle sich weniger problematisch dar.

Bemerkenswert daran ist, dass hier bei der Diskussion der unternehmerischen Gesamtführung und Schaffung der GmbHs gezielt Absichten ins Spiel kommen, die öffentlich-rechtlichen Rahmenbedingungen des wirtschaftlichen Handelns der kommunalen Betriebe außer Kraft zu setzen.

Was also bleibt, ist ein angenommener „allgemeiner“ Effizienzvorteil privatrechtsförmiger gegenüber öffentlich-rechtlichen Organisationen, deren Entscheidungsstrukturen als zu starr gelten. Vorteile verspricht man sich von der eigenen Rechtsfähigkeit und betriebswirtschaftlichen Eigenständigkeit gemeinnütziger GmbHs, die zu einer weitgehenden Unabhängigkeit von Politikeinflüssen führen soll, die von der kommunalen Selbstverwaltung ausgehen. Zusammengenommen soll dies eine „Flexibilität“ bewirken, um entsprechend der handels- und gesellschaftsrechtlichen Regelungen Entscheidungen vornehmlich am betriebswirtschaftlichen Effizienzziel ausrichten zu können.

Dabei ist allerdings festzuhalten, dass haushalts- und wettbewerbsrechtliche Maßstäbe für das wirtschaftliche Handeln kommunaler Betriebe weitgehend unabhängig von der Rechtsform gelten. Die Gründung einer gemeinnützigen Krankenhaus-Holding mit dem Ziel, die gesetzlichen Rahmenbedingungen des kommunalen Handelns zu unterlaufen, wäre ein offenkundiger Widerspruch.

Ein wesentlicher Grund zur Umorganisation ergibt sich aus der Einschätzung, dass sich die Finanzierungsprobleme der kommunalen Krankenhäuser in den kommenden Jahren mit sich verändernden Refinanzierungsstrukturen noch weiter verstärken würden.

Zur Stützung dieser Argumentation dient in der politischen Debatte ein vom Beratungsunternehmen Roland Berger & Partner für die Gesundheitsbehörden ausgearbeitetes Papier, das für die Zukunft erhebliche Verwerfungen des „Gesundheitsmarktes“ voraussagt und einen Trend zu Konzentrationsprozessen und Fusionen für den „Krankenhausmarkt“ erwartet. Ausführlicher zeigt eine Studie der Unternehmensberatung Arthur Andersen ein ähnliches Zukunftsszenario des „Krankenhaus 2015“<sup>10</sup> auf, das offensichtlich als Leitbild für die bremische Diskussion der kommunalen Krankenhausversorgung dienen soll.

Prophezeit wird ein entschlossener Umbau der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem System der Privatversicherung. Das duale System der Krankenhausfinanzierung würde sich auflösen; Leistungsverträge mit den Krankenversicherungen bekämen eine ausschlaggebende Bedeutung. Die Krankenhäuser wären gezwungen, ihre Effizienz durch wirtschaftliche Kooperationen, Vernetzungen, Spezialisierungen und Fusionen zu verbessern. Die Zahl der Krankenhäuser und die Bettenkapazitäten würden um ein Drittel reduziert. Die privaten Krankenhausbetriebe, insbesondere Spezialkliniken und Ketten würden von diesem Strukturwandel als ‚Gewinner‘ profitieren.

Ohne Zweifel werden durch die Einführung der neuen Krankenhausfinanzierung (DRGs), das Vordringen der Krankenhausketten und die Harmonisierung des europäischen Marktes mittel- und langfristig Veränderungen anstehen. Der zukünftige Wettbewerb um Marktanteile im Ge

---

<sup>10</sup> Arthur Andersen, Krankenhaus 2015. Wege aus dem Paragraphenschlingel, Frankfurt 2000.

sundheitswesen bei gleichzeitiger drastischer Reduzierung von Krankenhausbetten durch Verweildauerkürzung nach dem Prinzip „ambulant vor stationär“ usw. wird dabei alle Krankenhäuser vor die Aufgabe stellen, weiter ihre Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit zu steigern.

Höchst fragwürdig erscheint es, wenn aus solchen Einschätzungen wie selbstverständlich ein scheinbar unumgänglicher Privatisierungszwang gefolgert wird. Ungeprüft wird bei solchen Analysen von einer höheren Kostengünstigkeit („Effizienz“) privatrechtsförmig organisierter Aktivitäten bei der Krankenhausversorgung ausgegangen, für die real keine Belege existieren. Noch weniger wird die Frage der „Effektivität“ aufgeworfen, nämlich die nach dem sozialen Nutzen bzw. den Wirkungen für Steuer- und Beitragszahler und für Patienten.

Zielvorstellungen, ein bisher im Prinzip staatlich koordiniertes System der Krankenhausversorgung aufzubrechen und die Krankenhäuser einem möglichst grenzenlosen Preis- und Qualitätswettbewerb auszusetzen, sind zur Lösung der Kostenprobleme des Gesundheitssektors ungeeignet.

Es ist politisch kaum sinnvoll und nicht wünschenswert, die Entwicklungen des Krankenhaussektors in Zukunft privaten Gewinninteressen unterzuordnen. Die von den bremischen Krankenhausedirektionen ausgesprochene Befürchtung, mit der Schaffung marktwirtschaftlicher Strukturen würden die „schlechten und teuren“ Risiken bei der Kommune verbleiben, erscheint richtig. Erfahrungen aus anderen Privatisierungsvorhaben belegen, dass vor allem die profitablen und lukrativen Teile der Gesundheitsversorgung für ein privatwirtschaftliches Engagement von Interesse sind. Die Sicherstellung der bedarfsgerechten Krankenhausversorgung bleibt ganz unabhängig von den Anbieterstrukturen ein staatlicher Auftrag als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge.

Das Szenario einer gewissermaßen „unvermeidbaren“ Anstachelung des Wettbewerbs um den Krankenhaussektor, dem die kommunalen Einrichtungen wegen angeblich „fehlender Flexibilität“ als erste zum Opfer fallen könnten, offenbart nur die Konsequenzen einer zur Lösung aller Probleme politisch favorisierten Liberalisierungs- und Deregulierungsstrategie. Mittlerweile liegen genügend Erfahrungen damit vor, die eher eine Rückkehr zum ordnungspolitischen Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge nahelegen. So führte schon der Versuch, das System der Krankenversicherung von einer Solidarfinanzierung auf Wettbewerbsstrukturen umzustellen, in kürzester Zeit zu massiven Finanzierungsproblemen, die das System insgesamt – siehe die Diskussion um Risikostrukturausgleich - zu sprengen drohen.

Die gegenwärtigen Auseinandersetzungen um die „Kostenexplosion“ des Gesundheitssektors und eine erneute Gesundheitsreform verweisen darauf, dass sich die bisherigen Deregulierungen und Liberalisierungen eher problemverschärfend auswirkten. Vor diesem Hintergrund dürfte aber auch der Versuch scheitern, durch bisherige Reformen verloren gegangene Steuerungsmöglichkeiten der Gebietskörperschaften mit einem organisatorischen Umbau zu kompensieren, der die kommunalen Krankenhäuser auf die Konjunkturen eines „Krankenhausmarktes“ im freien Spiel von Angebot und Nachfrage vorbereiten soll. Hier wirken sich gesetzgeberisch vollzogene Systembrüche in Bezug auf „Planung“ und „Markt“ aus, die vor allem die Krankenhausfinanzierung betreffen. So wird zwar am bewährten Konzept der regionalisierten Länderbedarfsplanung festgehalten, das den Rahmen für die Leistungen der Krankenhäuser definieren und zu einer effizienten Ressourcennutzung beitragen soll, doch: Welche Rolle spielt Planung zukünftig noch bei einem möglichen Rückzug der Länder aus der Investitionsfinanzierung? Welche Steuerungsfunktionen hat eine sektorale Planung, zugeschnitten auf den stationären Krankenhausbetrieb, wenn es vermehrt zu übersektoralen Angeboten bei Einbeziehung ambulanter und rehabilitativer Leistungen unter Heranziehung unterschiedlicher Refinanzierungsquellen kommen soll?

Solche und andere Fragen zeigen, dass hinsichtlich der weiteren Ausgestaltung der gesetzlichen und betriebsökonomischen Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung und damit der „Strategien“ noch wenig Klarheit herrscht. Umso mehr überrascht die Gewissheit, mit der eine Umorganisation vollzogen werden soll, deren einziges Anliegen eine „Flexibilisierung“ der Krankenhausbetriebsführung zu sein scheint. Welche Handlungsnotwendigkeiten durch einen veränderten organisatorischen Aufbau „flexibler“ befriedigt werden sollen, indem haushalts- und andere einzwängende öffentlich-rechtliche Bindungen gelockert werden sollen, bleibt unklar.

Ganz bewusst wird im Ortsgesetz darauf „verzichtet“, den Spielraum für die Führung der Gesellschaften und konkrete Handlungen genau zu definieren. Abgesehen vom genannten Zweck der GmbHs, das öffentliche Gesundheitswesen zu fördern und dabei den Schwerpunkt („insbesondere“) darauf zu legen, die „Versorgung der Bevölkerung in der Stadtgemeinde Bremen im Rahmen des durch den Landeskrankenhausplan festgelegten Versorgungsauftrages sicherzustellen“, ist dem Gesetz wenig Konkretes zu entnehmen.

Die wirtschaftliche Betriebsführung des Krankenhauskonzerns unterliegt dabei nicht mehr unmittelbar dem Budgetrecht, der Kontrolle und Aufsicht durch die Bürgerschaft, wohl aber der Stadtgemeinde im Rahmen des Beteiligungsmanagements. Sie behält sich allerdings grundsätzliche Kontrollbefugnisse nach § 53 und § 54 Haushaltsgrundsätzegesetz sowie § 65 Abs. 3 der Landeshaushaltsordnung vor. Weitere Kontroll- und Aufsichtsbefugnisse ergeben sich aus der Mitwirkung im Aufsichtsrat.

So heisst es, dass die Gesellschaften nach Maßgabe „der Gesellschaftsverträge“ geführt werden (§ 1 (3)). Und in der Begründung: „Bei Bedarf soll es den Gesellschaften vielmehr ermöglicht werden, schnell und flexibel durch Änderung der Gesellschaftsverträge auf neue Anforderungen sachgerecht zu reagieren, um auch zukünftig wettbewerbsfähig zu sein.“ Dies bedeutet aber auch, dass die zukünftigen Zielsetzungen, Schwerpunkte und Zwecke der wirtschaftlichen Tätigkeit der Krankenhäuser im Wesentlichen nur noch gesellschafts- bzw. holdingintern verhandelt werden. Weitere „Einzelheiten“ werden sich im Rahmen gesellschafts- bzw. beteiligungsrechtlicher Verträge mit Dritten ergeben.

So vielfältig, wie die Möglichkeiten der gesellschaftsrechtlichen Festlegungen sind auch die Interpretationen, die § 4 mit der Beschreibung des „Zwecks der Holding gGmbH“ zulässt. Auch hier wird erläuternd hinzugefügt, dass auf eine klare Beschreibung der Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen Holding und Töchtern verzichtet wird, „um auf zukünftige Entwicklungen im Gesundheitswesen rasch und angemessen durch eine Änderung im Geschäftsverteilungsplan reagieren zu können“.

Näher betrachtet, bietet die etwas ausführlichere Beschreibung der Holding-Zwecke keine klaren Hinweise darauf, welche Aufgaben die einzelnen Konzerngesellschaften konkret zu erfüllen haben und wie vor allem der Koordinationsauftrag der Holding - wie es heisst „entwicklungsoffen“ wahrgenommen werden könnte:

Zwar ist zu lesen, dass die „Festlegung und Aufteilung des Leistungsspektrums und der Aufgaben des Verbundes im Rahmen des vom Landeskrankenhausplan festgelegten Versorgungsauftrags“ erfolgt, doch welche Aufgaben sind zum Beispiel damit angesprochen, die nicht in diesen Rahmen der Krankenhausplanung fallen? Was heißt „Koordination der mit ihr (der Holding) verbundenen Krankenhaus gGmbHs und Einrichtungen in den gesamten Verbund betreffenden Angelegenheiten“? Was sind zu erschließende „Verbundpotenziale“?

## 2.5 Personalrechtliche Folgen der Privatisierung durch das KHUG für die Beschäftigten

Durch die Rechtsformänderung und den damit verbundenen Betriebsübergang sind verschiedene Bereiche des Arbeitsrechts für die derzeitigen und zukünftigen MitarbeiterInnen betroffen.

§ 6 des Ortsgesetzes regelt Fragen der Personalüberleitung. So sollen nach § 6 Abs 1 mit der „Übernahme der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach Maßgaben des genannten Rahmentarifvertrages“ die Interessen der bisherigen Beschäftigten gewahrt bleiben.

Nach längstens 6 Monaten Übergangsfrist für die Weitergeltung des Personalratsmandats werden die Mitbestimmungsrechte durch einen Betriebsrat übernommen.

Die unter Betriebsverfassungsregelungen nicht in gleicher Ausgestaltung wie im öffentlichen Dienst vorgesehenen Regelungen zur Frauenförderung und die Integrationsvereinbarung zur Förderung von Menschen mit Behinderungen nach § 83 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sollen durch Übergangsregelungen oder durch Neuabschluss zumindest in Teilen fortgesetzt werden. Die Regelungen könnten „nicht auf privatrechtliche Unternehmen der Stadtgemeinde Bremen angewandt werden“ – so die Mitteilung des Senats vom 18. März 2003 (Dr. 15/695 S). Gleichwohl werde eine „weitgehende Übernahme“ in der Krankenhaus-Holding angestrebt, wie von Seiten der Senatorin für Gesundheit mehrfach betont.

Weitergehende Punkte entwickelt die ortsgesetzliche Vorlage zu Fragen der Überleitung des bestehenden Personals nicht. Insbesondere fehlen folgende Punkte:

- Festlegung auf Verzicht auf betriebsbedingte Kündigungen,
- Regelungen für befristet Beschäftigte,
- Verbleib im kommunalen Arbeitgeber-Verband,
- Regelungen zur Fortführung der VBL oder anderer betrieblicher Altersversorgungssysteme,
- Weitergeltung von Dienstvereinbarungen.

Offenkundig wird, dass das zukünftige Personal nicht mehr nach den bisherigen Tarifen bezahlt werden wird und nicht auf den Bestandsschutz bauen kann. Deutlich ist, dass das vorrangige Ziel des KHUG, „mögliche Rationalisierungspotentiale (zu) erschließen“, insbesondere an den Personalkosten ansetzen wird. In der Logik der Krankenhausedirektionen gilt es, angesichts eines Anteils von 70% Personalkosten, hier mit Kostenreduzierungen und Stellenabbau anzusetzen. Dabei wird übersehen, dass die hohen Anteile von Personalausgaben strukturell bedingt sind und sich Pflege und Leistungen nicht „einfach rationalisieren“ lassen.

In der Realität führte dies bisher dazu, dass nach Ausschöpfung optimierender Abläufe eine Leistungsverdichtung zu Lasten der Beschäftigten erfolgte, die einher ging mit der personellen Ausdünnung der Stationen auch zu Lasten der Versorgung von Patienten. Folgen sind wachsende Frustrationen und Ängste bei den Beschäftigten, ohne dass bislang irgendwelche Trendänderungen bei den ständig steigenden Ausgaben feststellbar wären.

Im Gegensatz dazu sei das Beispiel der Strukturreform des Klinikums Nürnberg angeführt. Hinsichtlich der Überleitung des Personals traf der Stadtrat im Rahmen der Rechtsformänderungen in ein eigenständiges Kommunalunternehmen folgende Feststellungen:

- „ ♦ Das Klinikum wird Mitglied im kommunalen Arbeitgeberverband.
- ♦ Das Klinikum übernimmt alle bisherigen tariflichen Rechte und betrieblichen Vergünstigungen, die den Mitarbeitern des Städt. Klinikums gewährt wurden.
- ♦ Die bei der Stadt bisher geltende Regelung, keine betriebsbedingten Kündigungen vorzunehmen, gilt auch für das Kommunalunternehmen.

Zu diesen Punkten wurde eine eigene Vereinbarung mit den Gewerkschaften, den Berufsverbänden und dem Personalrat abgeschlossen.“<sup>11</sup>.

## **II Grundsätzliches aus Sicht der Arbeitnehmerkammer**

### **1. Die Koordinierung und Steuerung der Krankenhausversorgung ist eine gesundheitspolitische Aufgabe Bremens.**

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern ist als staatliche Pflichtaufgabe zu gewährleisten. Die Bereitstellung von Behandlungskapazitäten, ihre Zugänglichkeit für alle Mitglieder der Gesellschaft und eine dem medizinischen Fortschritt entsprechende Qualität der Krankenhausversorgung ist im Rahmen des Landes-Krankenhausplans flächendeckend, patientennah und differenziert sicherzustellen.

Auch angesichts zukünftig weiter notwendiger Schritte zur Kostensenkung im Gesundheitswesen kann die Versorgung der Bevölkerung nicht dem Markt überantwortet werden. Der gleichberechtigte Anspruch aller Bürgerinnen und Bürger auf eine qualitativ hochwertige Krankenhausbehandlung ist jederzeit und gegebenenfalls auch unabhängig von wirtschaftlichen Überlegungen zu garantieren. Bei der materiellen oder Aufgabenprivatisierung wird die Kompetenz und Verantwortung auf private Unternehmen verlagert. Gemeindliche Pflichtaufgaben können jedoch nicht aus dem Verantwortungsbereich der kommunalen Gebietskörperschaften entlassen werden, sie sind Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge.

Das kooperative System kommunaler, frei-gemeinnütziger und privater Krankenhäuser hat sich dabei bewährt. Die Zentralkrankenhäuser Bremens nehmen eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Bremens ein. Sie halten in allen Bereichen der voll- und teilstationären Versorgung die höchsten Angebotsanteile.

Die kommunalen Krankenhäuser müssen auch in Zukunft ihrer Aufgabenstellung gerecht werden, wirksam zu einer regional ausgewogenen, bedarfs- und leistungsgerechten Versorgung unter Einschluss der medizinischen und pflegerischen Spezialisierungen und Schwerpunktbildungen beizutragen.

Das Regel- und Grundversorgungsangebot, Schwerpunkte und Spezialisierungen aller bremischen Krankenhäuser sind ebenso wie eine künftig notwendige verstärkte Kooperation auf der Basis der Landes-Krankenhausplanung zu entwickeln. Das Land Bremen hat bei der Krankenhausplanung ein Letztentscheidungsrecht, das nicht nur als Zuständigkeit für die Festsetzung von Eckdaten gewertet werden sollte. Bremische Krankenhauspolitik muss den ordnungspolitischen Rahmen definieren.

Eine Beschränkung des tatsächlichen Bedarfs ist ausschließlich durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches (SGB V) gegeben. Eine mengenmäßige Begrenzung der Krankenhausbehandlung, z. B. durch Wartelisten, würde eine Einschränkung des Wettbewerbs, der freien Arzt- und Krankenhauswahl und die Reduzierung des versicherungsrechtlichen Leistungsanspruchs bedeuten.

---

<sup>11</sup> Klinikum Nürnberg, Strukturreform, in: [www.klinikum.nuernberg.de](http://www.klinikum.nuernberg.de)

## **2. Eine Änderung der Rechtsform und Privatisierung kommunaler Krankenhäuser ist keine Voraussetzung für eine bessere Wettbewerbsfähigkeit.**

Krankenhausleistungen sind keine normalen Wirtschaftsgüter. Gleichwohl unterliegen sie auch einem Wettbewerb. Dieser muss im Gesundheitswesen sozial verantwortlich organisiert werden. Bundesweit nimmt die Förderung der Krankenhäuser durch die Bundesländer weiter ab. (Bremen liegt z.Z. im unteren Mittelfeld der KHG-Förderung). Mit den bereits eingeleiteten Reformgesetzen und den geplanten weiteren Änderungen der Vergütungsformen (DRGs, Budgets) will der Gesetzgeber für die Krankenhäuser „Anreize für eine stärkere Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsorientierung“ geben. Ziel der gesetzlichen Aktivitäten ist es, eine „Kostendämpfung“ im Gesundheitswesen zu erreichen. Die Auswirkungen des Systems von Fallpauschalen, als Versuch in Deutschland ein leistungsgerechtes Preissystem einzuführen, und von Budgetdeckelungen, sind bislang noch offen.

Die bremischen kommunalen Krankenhäuser arbeiten heute wirtschaftlicher als es zu Beginn der 90er Jahre der Fall war. Dennoch schreiben bis auf das ZKH Links der Weser, die drei übrigen kommunalen Häuser rote Zahlen.

Der Bericht des Rechnungshofes von 1999 für das Rechnungsjahr 1997 belegt, dass sich die 1987 eingeleitete Änderung der Organisationsform in vier unabhängig voneinander wirtschaftende Eigenbetriebe bewährt hat.<sup>12</sup> Es gilt, derzeit noch bestehende Defizite in der Zusammenarbeit und gemeinsamen Planung und vorhandene Konkurrenzen durch geeignete Maßnahmen abzubauen. Dies bedeutet nicht automatisch eine Rechtsformänderung, sondern vielmehr die Weiterentwicklung bestehender Kooperationsansätze und Einbeziehung moderner betriebswirtschaftlicher Methoden in den kommunalen Krankenhäusern.

Der vorgeschlagene Rechtsformwechsel ist jedoch eine formale Privatisierung. Hier kommt es nicht zu einem Wechsel der Aufgabenträgerschaft, die öffentliche Aufgabe wird auf eine 100prozentige Tochtergesellschaft übertragen, die in Zuständigkeit und Verantwortung der Kommune fällt.

Die Errichtung von oder Beteiligung an privatrechtlichen Unternehmen durch die Stadtgemeinde oder das Land ist auch in diesem Fall an spezifische Voraussetzungen geknüpft. Es muss ein wichtiges öffentliches Interesse dafür geben und die Risiken sind mit Blick auf die Einzahlungsverpflichtungen und Haftungsfragen zu begrenzen. Nach § 65 der Landeshaushaltsordnung (LHO) ist ebenso nachzuweisen, dass der angestrebte Zweck nicht besser und wirtschaftlicher „auf andere Weise“ erreicht werden kann. Hinzuweisen ist auf die haushaltsrechtlich verankerte Einwirkungspflicht („Ingerenz“), nach der die Freie Hansestadt Bremen dazu aufgefordert ist, „einen angemessenen Einfluss, insbesondere im Aufsichtsrat oder in einem Überwachungsorgan“ auszuüben. Unter einem „angemessenen Einfluss“ ist vor allem die Möglichkeit einer Einwirkung auf die Unternehmensführung zu verstehen.

Diese Kriterien sprechen im einzelnen gegen die geplante privatrechtsförmige Struktur. Die Rechtsform des Eigenbetriebs hat sich für die Krankenhäuser in wirtschaftlicher Hinsicht durchaus bewährt. Es handelt sich hier um wirtschaftliche Betriebe der Kommune, die nach handelsrechtlichen Grundsätzen tätig werden und vom Träger abgegrenzt sind, mit eigener Finanz- und Personalplanung und eigenen Organen<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Rechnungshof der Freien Hansestadt Bremen (Stadt) Jahresbericht 1999, Bremische Bürgerschaft Dr. 15/13 S.

<sup>13</sup> Zur Systematik Mühlenkamp, H., Das öffentliche Unternehmen, München 1994, S. 21.

Der Rechnungshof der Freien Hansestadt Bremen hat die Funktionsfähigkeit der Eigenbetriebslösung und die wirtschaftliche Tragfähigkeit der kommunalen Krankenhäuser in seinem Bericht 1999 positiv gewürdigt. Im Bericht des Rechnungshofes (Stadtgemeinde) 1999 wird festgestellt, dass sich die Organisationsform von vier unabhängig wirtschaftenden Eigenbetrieben bewährt habe. Danach hatten bis 1997 die Krankenhäuser nach ersten Anpassungsproblemen eines Betriebes das Ziel des bremischen Krankenhausbetriebsgesetzes bereits erreicht, den Betrieb komplett durch Pflegesatzentgelte und andere Erträge zu decken.

Darüber hinaus hat der „Rechnungshof festgestellt, dass durch die zwischenzeitlich gewachsene und bewährte Zusammenarbeit der vier Krankenhausbetriebe auf den Gebieten des Beschaffungswesens, des Personalwesens, des Rechnungswesens, des Controllings und der Innenrevision sowie durch die regelmäßigen Konferenzen der Verwaltungsdirektoren, der Ärztlichen Direktionen und der Pflegedirektionen die Vorteile eines zentral geleiteten Betriebes erreicht werden, ohne die Nachteile einer zwangsläufig schwerfälligeren und aufwendigeren gemeinsamen Leistungs- und Entscheidungsebene in Kauf nehmen zu müssen“<sup>14</sup>.

Zu beachten ist das im kommunalen Wirtschaftsrecht geltende Demokratieprinzip, was insbesondere eine Einbindung der wirtschaftlichen Aktivität in die Entscheidungsstrukturen der kommunalen *Selbstverwaltung* beinhaltet. Die Stadtbürgerschaft hat in diesem Zusammenhang nicht nur eine ‚legislative‘ Funktion, sondern vor allem die Bedeutung als entscheidendes Exekutivorgan.

Kommunale Unternehmen müssen grundsätzlich der Leitungs-, Steuerungs- und Kontrollverantwortung eines aus Wahlen hervorgegangenen repräsentativ-demokratischen Organs unterworfen sein. Die Schaffung rechtlich selbständiger und dabei flexibler Eigenbetriebe und demokratisch kontrollierter Strukturen sind ein Widerspruch.

Die Verpflichtung zur Einflussnahme der Stadtgemeinde werden in der GmbH-Struktur zu einem ungleich höheren Aufwand als im Eigenbetrieb führen, z.B. über satzungsrechtliche Auflagen für die Geschäftsführung, notwendige Aufsichtsgremien und einzelvertragliche Vereinbarungen. Bei politisch und haushaltswirtschaftlich zu steuernden Organisationen erweist sich die Konstruktion des Eigenbetriebes durchgängig als leistungsfähiger.

Mit dem Modell vier selbständiger GmbHs unter einem Dachunternehmen wird eine weitere Verselbständigung der Krankenhausbetriebe vorgeschlagen, welche zunächst eher zu einer Dezentralisierung und Dekonzentration operativer und strategischer Steuerungsfunktionen beitragen dürfte.

Die gegenüber dem Status Quo komplizierteren Entscheidungsstrukturen des geplanten Organisationsmodells einer Krankenhausholding gGmbH mit vier (ggf. weiteren) gemeinnützigen Krankenhaus-GmbHs lassen aber Zweifel an der These aufkommen, dass mit der beabsichtigten Konstruktion eine effizientere Steuerung und Koordination der Aktivitäten gewährleistet werden kann. Im geplanten Modell wird die Gesellschafterversammlung der Holding von der Stadtgemeinde besetzt.<sup>15</sup> Die GmbH-Geschäftsführung der Holding wird auf vier bisherige Verwaltungsdirektoren der einzelnen Krankenhäuser sowie einen zusätzlichen Geschäftsführer übertragen. Die Ge

---

<sup>14</sup> Rechnungshof der Freien Hansestadt Bremen (Stadt) Jahresbericht 1999, Bremische Bürgerschaft Dr. 15/13 S.

<sup>15</sup> Siehe dazu Vorlage für die 36. Sitzung der städtischen Deputation für Arbeit und Gesundheit am 13. März 2003.

schäftsführung der einzelnen Krankenhausgesellschaften wird von den bisherigen Verwaltungs-, Ärztlichen und Krankenpflegedirektoren ausgeübt.

Auf der Ebene der Holding und der einzelnen Krankenhaus-Gesellschaften werden zusätzliche Aufsichtsräte gebildet, also insgesamt vier plus eins, in denen neben der bremischen Verwaltungsbehörde, Mitglieder der bremischen Bürgerschaft sowie die Arbeitnehmervertreter beteiligt werden sollen.<sup>16</sup>

Auffällig an diesem Modell ist die verhältnismäßig schwache politische Steuerung der Strukturen. Schon wegen der Haftung der Kommune für die Aktivitäten muss nach den Einwirkungsmöglichkeiten der kommunalen Selbstverwaltung im Sinne einer „strategischen Steuerung“ gefragt werden. Zum einen sind Abgeordnete der Bürgerschaft nur in fakultativen Aufsichtsräten verschiedener GmbHs und dabei nur paritätisch vertreten, zum andern sind sie nach gesellschaftsrechtlichen Vorgaben in erster Linie den Firmen verpflichtet und im Hinblick auf Beschlusslagen der Bürgerschaft nicht weisungsgebunden.

Besser wäre die politische Steuerung im Rahmen des von den Arbeitnehmervertretungen vorgeschlagenen Organisationsmodells eines „Kommunalunternehmens“ gelöst. Bei dieser Alternative zur GmbH-Lösung handelt es sich um ein Unternehmen mit eigener Rechtsfähigkeit, das – gegenüber dem kommunalen Regie- oder Eigenbetrieb - über erheblich erweiterte Spielräume des wirtschaftlichen Handelns verfügt. Das gilt sowohl allgemein für die Möglichkeiten zur Innen- und Außenfinanzierung, als auch insbesondere dafür, sich an anderen Unternehmen zu beteiligen. Kommunalunternehmen wurden im Rahmen der Eigenbetriebsreform in die Gemeindeordnungen verschiedener Bundesländer<sup>17</sup> eingeführt.

Kommunalunternehmen können zusammenhängende zweckbezogene Aufgaben übertragen werden, was nach entsprechender Festlegung auch das Recht beinhalten kann, stellvertretend für die Kommune Satzungen und Verordnungen zu erlassen. Kommunalunternehmen bilanzieren nach den handelsrechtlichen Vorschriften für große Kapitalgesellschaften.

Die so gewissermaßen in Anlehnung an die Strukturen von Kapitalgesellschaften geschaffenen Kommunalunternehmen – ein Beispiel stellt das Klinikum Nürnberg dar - unterliegen wie andere öffentlich-rechtliche Anstalten dem Demokratieprinzip. Sie werden von einem Vorstand eigenverantwortlich im Rahmen einer Satzung geleitet, der auch die Außenvertretung wahrnimmt. Die Aufsicht wird von einem Verwaltungsrat ausgeübt, der von Vertretern des Stadtrates und dem Bürgermeister gebildet wird. Damit ist die Kommunalverwaltung maßgeblich eingebunden, z.B. durch

- den Erlass von Satzungen und Verordnungen,
- den Wirtschaftsplan und Jahresabschluss,
- die Leistungsentgelte,
- Beteiligungsverhältnisse,
- die Verwendung des Betriebsergebnisses.

Das Kommunalunternehmen führt gegenüber dem klassischen Eigenbetriebsmodell zu größeren organisatorischen Handlungsspielräumen der Geschäftsführung. Gleichzeitig wird das strategische Führungsproblem gelöst, ohne das Demokratieprinzip zu verletzen.

---

<sup>16</sup> Siehe dazu Vorlage für die 36. Sitzung der städtischen Deputation für Arbeit und Gesundheit am 13. März 2003

<sup>17</sup> Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt

Neben der Tatsache, dass das Kommunalunternehmen die Arbeitnehmer sozusagen in eine Umorganisation „mitnimmt“ und daher neue Motivationen für eine Steigerung der organisationellen Leistungsfähigkeit mobilisiert, ergibt sich der Vorteil einer effizienten politischen und haushaltswirtschaftlichen Steuerung, die nach Auffassung der Arbeitnehmerkammer immer hauptsächlich der kommunalen Selbstverwaltung und ihren Gremien obliegen sollte.

Demgegenüber steht der durch die Holding-/gGmbH-Konstruktion angestrebte Zuwachs an ökonomischer (operativer und strategischer) Autonomie in deutlichem Widerspruch zu den gesetzten Anforderungen einer verbesserten politischen und haushaltswirtschaftlichen Führung. Die Stadtgemeinde ist trotz formeller Beschränkung der Haftung bei den GmbHs gezwungen, stets das operative Geschäft zu überwachen, da sie jederzeit zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages für Defizite in die Pflicht genommen werden kann. Zudem bleiben haushaltsrechtliche Bindungen wie zur Unternehmensbeteiligung, zum Erwerb, zur Veräußerung oder Beleihung von Vermögen z.B. gemäß Landeshaushaltsordnung §§ 63 u. 64 bestehen. Gemäß Art 101 der Verfassung liegt die „Verfügung über Vermögen der Freien Hansestadt Bremen, besonders Erwerb, Veräußerungen und Belastung von Grundstücken, Schenkungen und Darlehnshingaben, soweit es sich nicht um Geschäfte der laufenden Verwaltung handelt“ bei der Bürgerschaft.

Erfahrungen aus der Überführung öffentlich-rechtlicher Strukturen in privatrechtsförmige Einrichtungen in Bremen zeigen, dass eine Vernachlässigung der Aspekte der politischen Steuerung und des Demokratieprinzips zu intransparenten Entscheidungsstrukturen und neuen bürokratischen Ineffizienzen führen kann.

Sinnvoller, als Geld und Personal für zusätzliche „Transaktionskosten“ im Zusammenspiel von Behörden, Ämtern, Betrieben und Parlament zu binden, erscheint ein klares Votum für eine innovative, patientenorientierte Modernisierung der kommunalen Krankenhausbetriebe, die zur Handlungsfähigkeit in Erwartung grundlegend veränderter gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen beitragen sollte.

### **3. Beschäftigungspolitische Relevanz, wirtschaftliche Bedeutung und oberzentrale Funktion der Zentralkrankenhäuser**

Nach Angaben des Statistischen Landesamtes Bremen waren 2001 rund 12.000 Personen direkt in den Krankenhäusern des Landes tätig, rund 88% davon in nichtärztlicher Funktion.<sup>18</sup>

Nach Schätzungen der Gesundheitsbehörde werden zusätzlich rd. 14.000 Personen indirekt durch den Betrieb der Krankenhäuser beschäftigt. Der Gesamtumsatz der Krankenhäuser wird auf ca. 0,65 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt.

Allein in den Zentralkrankenhäusern der Stadtgemeinde Bremen waren Ende 2001 7.000 Menschen beschäftigt. Damit entfielen 72 % aller Arbeitsplätze im Krankenhaus auf die kommunalen Kliniken in Bremen.

Der Anteil von Patienten aus dem niedersächsischen Umland ist im Bundesland Bremen mit etwa 34 Prozent relativ hoch. Die Zahlen entsprechen jedoch den Anteilen an Einpendlern, die im Land Bremen in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen tätig sind.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Statistisches Landesamt Bremen, Krankenhausstatistik für das Jahr 2001. Bremen 2002.

<sup>19</sup> Lange, H. Die Pendlervergleichung Bremens mit den übrigen norddeutschen Ländern sowie ausgewählten niedersächsischen Kreisen, in: Statistische Monatsberichte Bremen Heft 3/4/2002, S. 43. Pendlerströme am 30. Juni 2000. Danach kamen 35,7% sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter im Land Bremen aus Niedersachsen.

Den rund 1.800 Betten, die so in Bremen und Bremerhaven für das Umland bereitgehalten werden, stehen lt. Gesundheitssenator<sup>20</sup> ca. 360 Betten in Niedersachsen für Bremer Patienten gegenüber. Im Jahr 2000 wurden von insgesamt 184.660 Patienten 63.290 Patienten aus dem niedersächsischen Umland in bremischen Krankenhäusern aufgenommen.<sup>21</sup> Von 1993 bis 1999 war ein Anstieg der Zahl niedersächsischer Patienten von ca. 28,3% auf 30,8% in bremischen Krankenhäusern zu beobachten (in Bremerhaven von 28,2 auf 42,0%). Für das Jahr 2000 weist die Krankenhausstatistik eine weitere Steigerung auf 31,6% für die Stadt Bremen, für Bremerhaven auf 43,8%.

Diese Daten kennzeichnen die oberzentrale Funktion der Krankenhausversorgung des Landes Bremen, wobei die niedersächsischen Krankenhäuser des Umlandes vorwiegend die Grund- und Regelversorgung sicherstellen. Dagegen bietet Bremen eine Maximalversorgung auf hohem Niveau mit hoher Spezialisierung. Lediglich 7.244 Patient/innen aus Bremen wurden 1998 in niedersächsischen Krankenhäusern behandelt.<sup>22</sup>

#### **4. Umland und Krankenhäuser**

Die Zielsetzung, mittels einer privatrechtlichen Organisation der kommunalen Krankenhäuser die Voraussetzungen dafür zu schaffen, eigene Gesundheitseinrichtungen im Umland zu errichten oder sich an dortigen Krankenhäusern zu beteiligen, führt in die falsche Richtung. Die sinnvolle Arbeitsteilung zwischen den Kernstädten Bremen und Bremerhaven und ihren niedersächsischen Umlandgemeinden bei der Krankenhausversorgung hat sich bewährt. Die derzeitigen Anteile von Patienten aus dem niedersächsischen Umland entsprechen den Zahlen an Einpendlern aus der Region. Angesichts der Tendenzen zur Schwerpunktbildung der medizinischen Angebote erscheint es eher sinnvoll, die oberzentrale Funktion zu stärken und die Attraktivität bei der Höchstversorgung auszubauen. Denn vor allem in diesem Krankenhaussegment werden bremische Krankenhäuser zukünftig unter DRG-Konditionen mit niedersächsischen Kliniken des Umlandes konkurrenzfähig sein.

Die Krankenhäuser des Umlandes gewährleisten vor allem die Grund- und Regelversorgung, während wirtschaftlich tragfähige Schwerpunktbildungen und hochgradig spezialisierte medizinische Einrichtungen des Oberzentrums von der gesamten Wirtschafts- und Arbeitsmarktregion genutzt werden. Die notwendigen Kooperationsbeziehungen sind in der Gemeinsamen Landesplanung zwischen Niedersachsen und Bremen zur Vermeidung von Angebotsüberschneidungen zu entwickeln.<sup>23</sup>

Unabhängig von der Rechtsform der Einrichtung hätte ein Tätigwerden Bremens im Umland im Bereich der Krankenhausversorgung rechtlich nur auf der Basis einer interkommunalen Vereinbarung Bestand und bliebe auf gemeinnützige und kommunale Träger beschränkt. Hinzuweisen ist insbesondere auf das Örtlichkeitsprinzip, nach dem die kommunalen Aktivitäten auf den örtlichen Wirkungskreis zu beschränken sind. Dabei ist es unerheblich, welcher Rechtsform sich die Stadtgemeinde dabei bedient. Eine nicht kooperativ vereinbarte Ausweitung bremischer Aktivi

---

<sup>20</sup> Buscher, F., Darstellung der Krankenhausstruktur und Möglichkeiten einer besseren Kooperation bei der Krankenhausversorgung zwischen den Ländern Bremen und Niedersachsen, Fachtag Krankenhausplanung, Geschäftsstelle der Gemeinsamen Landesplanung, Referat vom 12.11.1998.

<sup>21</sup> Statistisches Landesamt Bremen, Krankenhausstatistik für das Jahr 1999. Bremen 2000.

<sup>22</sup> Statistisches Landesamt Bremen, Krankenhausstatistik für das Jahr 2001. Bremen 2002.

<sup>23</sup> Vgl. Fusion von Krankenträgern in Bremerhaven, Antwort des Senats, Bremische Bürgerschaft (Landtag), 15. Wahlperiode, 3. Sitzung, 22.9.99.

täten steht in unmittelbarem Konflikt zur Selbstverwaltungsautonomie der Umlandgemeinde. Nach dem Scheitern der Kooperationsgespräche der Krankenhäuser in Bremerhaven erscheint es zudem geboten, Überlegungen zu verfolgen, die eine Einbeziehung des ZKH Reinkenheide enthalten.

## **5. Politische Entscheidungen zur Weiterentwicklung der kommunalen Krankenhäuser müssen Arbeitsmarktfragen, regional- und strukturpolitische Planungen und Perspektiven einbeziehen.**

Ein Leistungsschwerpunkt kommunaler Kliniken liegt im Bereich der Grund- und Regelversorgung. Dafür gelten spezifische Erfolgskriterien.

Zugleich sind die bremischen ZKHs über Grund- und Regelversorgung hinaus Krankenhäuser zur Maximalversorgung und Krankenhäuser mit besonderen Schwerpunkten (z.B. Kardiologie/LdW, Psychiatrie/Ost, Pädiatrie/St-Jürgen).

Das bedeutet politische Verantwortung für die weitere Entwicklung und Abstimmung der Krankenhausplanung mit Schwerpunkten und Arbeitsteilung für kommunale, frei-gemeinnützige und private Krankenhäuser im Bremen. Dazu müssen:

- im Verbund kommunaler Krankenhäuser strategisch klare Positionen entwickelt werden und eine weitere Differenzierung des Angebotes auch im Hinblick gemeinsamer Abstimmung mit dem niedersächsischen Umland über die gemeinsame Landesplanung erfolgen.
- Voraussetzungen für den zukünftigen Wettbewerb von Krankenhäusern durch betriebswirtschaftlich schlankere Strukturen und Prozesse (Benchmarking) geschaffen werden.
- Alle Planungen im Rahmen einer regionalen Strukturplanung einbezogen werden.

Das Angebot einer Maximalversorgung und eines regionalen Oberzentrums der Gesundheitsversorgung ist unter beschäftigungspolitischen und wirtschaftlichen Aspekten für Bremen von großer Bedeutung. Dies gilt ebenso für die Sicherung und den Ausbau von Aus- und Weiterbildung, wie auch die verschiedenen Studienangebote an den Hochschulen und der Universität Bremen.

Entscheidend ist, im Rahmen einer koordinierenden Gesamtplanung das kommunale Krankenhaussystem auf die sich weiter entwickelnden sozialen, medizinischen und wirtschaftlichen Leistungsanforderungen vorzubereiten. Starre Kompetenzgrenzen zwischen dem Bereich der stationären und der ambulanten Versorgung, aber auch der Rehabilitation und Pflege, werden sich teilweise auflösen. Deswegen kommt es darauf an, die Krankenhausstrukturen in einer bereichsübergreifenden, integrativen Gesamtplanung zu definieren und langfristig abzusichern.

Die nach wie vor ausschließlich auf stationäre Krankenhausversorgung ausgerichtete Planung wird sich verändern. Dazu trägt insbesondere die in der EU geltende Wirtschaftsverfassung bei. Danach sind ambulante ärztliche Leistungen und Krankenhausleistungen Dienstleistungen im Sinne des EG-Vertrages und damit handelbare Waren.

Sozial- und Gesundheitssysteme waren in Deutschland bislang als Bereiche der „öffentlichen Daseinsversorgung“ von Deregulierung und weitgehender Liberalisierung ausgenommen. Eine fortschreitende europäische Integration und rechtliche Angleichung wird zu einem weiteren Autonomieverlust der Einzelstaaten führen. Dabei ist jedoch festzuhalten, dass es formal keinen rechtlichen Zwang zu einer bestimmten Systemlösung gibt und formal eine nationale Gestaltungshoheit der Mitgliedstaaten möglich ist.

Eines der Hauptprobleme für die Entwicklung von zukunftsfähigen Angebotsstrukturen sind ausreichende Investitionen in Milliardenhöhe. Die Schere zwischen der sinkenden KHG-Finanzierung und dem Investitionsbedarf öffnet sich immer weiter. Die Ursache liegt dabei in der dualistischen Krankenhausfinanzierung. Die Zukunft vieler Krankenhäuser wird jedoch von den zur Verfügung stehenden Investitionsmitteln in Milliardenhöhe für kurz- und mittelfristige Modernisierung abhängen. Dies gilt auch für die Modernisierung von zeitgemäßen Versorgungs-, Angebots- und Ablaufstrukturen. Angesichts der bremischen kommunalen Haushaltslage wäre sicherzustellen, dass die fehlenden Investitionsmittel durch die Kommune beschafft werden.

## **6. Die Krankenhäuser Bremens sind ein entscheidender Teil und Motor für die Entwicklung einer bremischen Gesundheitswirtschaft.**

Krankenhäuser sind ein entscheidender Teil und Motoren für die Entwicklung einer bremischen Gesundheitswirtschaft. Dies gilt auch für die Fachdisziplinen und Schwerpunktsetzungen der freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser Bremens.

Alle vier Zentralkrankenhäuser Bremens sind akademische Lehrkrankenhäuser der Universität Göttingen. Damit verbunden ist ein hoher Qualifikationsstandard bei Arbeitskräften und bei Aus- und Fortbildungsangeboten.

Mit einem durchschnittlichen Jahresumsatz der Krankenhäuser von 0,65 Mrd. Euro im Land Bremen, mit direkt mehr als 12.000 qualifizierten Arbeitsplätzen und indirekt weiteren 14.000 Arbeitsplätzen sind sie auch in beschäftigungsrelevanter Hinsicht bedeutend für den Arbeitsmarkt Bremen.

Durch ihre Spezialisierung bieten sie Möglichkeiten, über Modelle und konkrete Projekte wissenschaftliche, medizinische und medizin-technische Innovationspotentiale zu erproben und zu vernetzen. Entsprechende einzelne Projekte sind bereits in die Schwerpunktförderung aufgenommen. Bremen geht in vielfältiger Weise diesen Weg, z.B. in der Telemedizin und in der Gen- und Biotechnik. Hier gilt es, das Potenzial der Krankenhäuser in ein gesundheitswirtschaftliches Konzept einzubeziehen und dadurch die Wirtschaftskraft und Dienstleistungspotentiale des Landes zu stärken.

Dies gilt insbesondere für die über Grund- und Regelversorgung hinausgehenden Bereiche der Zentralkrankenhäuser, für die in strukturellen Entwicklungsfragen zur Gesundheitswirtschaft weitestgehende planerische politische Einflußmöglichkeiten bestehen bleiben sollten. Die vorgesehene Umwandlung der kommunalen Krankenhäuser in gGmbHs bietet für diese Planungsaufgaben keine ausreichende Kompetenz und Gestaltungsmöglichkeiten. Die bremische Landes-Krankenhausplanung als wichtiges Instrument zur Umsetzung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung und eines hochspezialisierten Angebots mit europäischer bzw. bundesweiter Relevanz darf sich dabei nicht allein an den Kostenfaktoren orientieren, sondern muss beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitische, struktur- und wirtschaftspolitische Synergien berücksichtigen. Sowohl die Universität Bremen, die Hochschulen in Bremen und Bremerhaven, wie auch Institute, mittelständische Betriebe und Selbsthilfegruppen, Beratungs- und Bildungsinstitutionen haben in den vergangenen Jahren Bereiche entwickelt, die zur Hoffnung veranlassen, dass die Gesundheitswirtschaft in ihrer Gesamtheit zur Sanierung Bremens beitragen könnte.