Niko Stumpfögger

PRIVATISIERUNG VON KRANKENHÄUSERN IN DEUTSCHLAND UND IHRE AUSWIRKUNGEN AUF DIE BESCHÄFTIGTEN

1. NIRGENDWO WERDEN MEHR KRANKENHÄUSER VERKAUFT ALS IN DEUTSCHLAND

Deutschland nimmt bei der Privatisierung seiner Krankenhäuser eine Sonderstellung ein, wie der Blick in andere Länder zeigt. Der größte Marktanteil privater renditeorientierter Krankenhäuser in einem europäischen Land findet sich in Frankreich (19,3%). Anders als in Deutschland sind in Frankreich in den vergangenen zwölf Jahren keine öffentlichen Krankenhäuser verkauft worden.[1] Das Wachstum der Krankenhauskonzerne vollzieht sich dort als Umstrukturierung innerhalb des privaten und freigemeinnützigen Sektors. Die privaten Konzerne sind auf kleine Häuser beschränkt. In Großbritannien liegt der Anteil privater Unternehmen an den Ausgaben für die allgemeine Krankenhausversorgung bei 2%. In Italien, den Niederlanden, Österreich oder den skandinavischen Ländern kommt ein Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern entweder nicht vor oder spielt keine nennenswerte Rolle. In Spanien gibt es in geringem Umfang private Krankenhäuser.

Die privaten Krankenhauskonzerne in Deutschland hatten am 30. 6. 2007 einen Marktanteil[2] von 13,2%. Deutschland ist damit auf dem besten Weg, die USA zu überholen. Die USA teilen mit Europa die Tradition, dass Krankenhäuser zum Non-Profit-Sektor gehören. Öffentliche Träger haben dort einen Marktanteil von 16%, freigemeinnützige[3] von 70%. Der Anteil renditeorientierter Krankenhäuser liegt bei 14% und ist seit vielen Jahren konstant (vgl. Stumpfögger 2007).[4] Deutschland ist im internationalen Vergleich das einzige Industrieland, das in großem Umfang öffentliche Krankenhäuser aller Größenordnungen und Aufgabenstellungen verkauft.

1.1 Treibsätze der Privatisierung

Die wesentlichen Gründe für die Privatisierung (vgl. Schulten 2006) liegen darin, dass in Deutschland die öffentlichen Kassen durch eine Serie von Steuerreformen „arm gemacht“ worden sind und gleichzeitig ein ordnungspolitischer Wandel stattfand. Die Politik zog sich zunehmend aus den Diensten im allgemeinen Interesse zurück. Anders als in anderen europäischen Ländern wurden in Deutschland auch die Krankenhäuser in diesen Prozess einbezogen.

---

[1] Der Marktanteil (Betten) der öffentlichen Akut-Krankenhäuser in Frankreich hat zwischen 1994 und 2004 sogar leicht zugenommen, der Anteil der privaten ging leicht zurück.
[2] Marktanteil gemessen in Betten.
[3] Freigemeinnützige Krankenhäuser: im amerikanischen Sprachgebrauch = nonprofit hospitals, bezeichnet wie in Deutschland auch einen steuerlichen Status.
[4] Marktanteile in Deutschland 30. 6. 2007: Öffentliche Träger 50,5%, freigemeinnützige 36,3%, private 13,2%.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 76–85

Die erste Privatisierungswelle gab es in den 1990er Jahren im Osten Deutschlands. Die deutschen Krankenhauskonzerne kamen aus dem Westen und sind zunächst im Osten groß geworden. Die größten Privatisierungen sind von Koalitionen der Christdemokraten und Liberalen (CDU/FDP) in westdeutschen Bundesländern vorgenommen worden, darunter der Verkauf des Landesbetriebs Krankenhäuser Hamburg (LBK) zum 1. 1. 2005.[5] Der LBK hatte zu diesem Zeitpunkt sieben Krankenhäuser, 12.400 Beschäftigte und einen Umsatz von rund 750 Mio. Euro. Seine Größe entsprach fast dem Umfang des gesamten schwedischen Konzerns Capio (vgl. Tabelle 1). Es war der größte Verkauf eines öffentlichen Krankenhausunternehmens in der Geschichte Europas. Auch der erste Verkauf eines kompletten Universitätsklinikums in Europa ist das Werk einer CDU/FDP-geführten Landesregierung aus Deutschland. Drei Bundesländer haben inzwischen auch ihre großen psychiatrischen Landeskrankenhäuser verkauft, zweimal waren daran auch die Sozialdemokraten (SPD) beteiligt.

Die Auszehrung der Steuereinnahmen ließ die öffentlichen Investitionen in Deutschland stärker einbrechen als irgendwo sonst in einem vergleichbaren Industrieland. Liegen die öffentlichen Investitionen im EU-Durchschnitt jährlich bei 2,5% des Bruttoinlandsprodukts, so sind es in Deutschland nur noch 1,4%, in den USA 2,7%, in Japan 3,4% (vgl. Europäische Kommission 2007, Tab. 71).[6] Die Bundesländer, die in Deutschland die Investitionen der Krankenhäuser finanzieren, fuhren ihre Mittel dramatisch zurück[7] und brachten die öffentlichen Krankenhäuser in eine strukturelle Investitionslücke, die heute auf 32 bis 50 Mrd. Euro geschätzt wird. Im Jahr 2006 wurde in Deutschland für die Investitionsförderung der Krankenhäuser real 44% weniger ausgegeben als 1991, das ist weniger als vor der deutschen Einheit in der alten Bundesrepublik (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2007, Tabelle 1).[8] Für einen Wirtschaftszweig, der schon durch den medizinischen Fortschritt einem hohen Innovationstempo unterliegt und der zusätzlich durch die Gesundheitsgesetzgebung unter Rationalisierungsdruck gesetzt wurde, ist es fatal, wenn Investitionsmittel fehlen.

1.2 Unternehmenskonzentration im deutschen Krankenhausmarkt

Die vielen Verkaufsentscheidungen öffentlicher Träger führten zu einem enormen Konzentrationsprozess im privaten Krankenhaussektor Deutschlands. Während im öffentlichen und freigemeinnützigen Sektor eine Vielfalt von Trägern herrscht, bildet sich im privaten Segment ein Oligopol von vier großen Konzernen aus.

Tabelle 1 zeigt: Krankenhauskonzerne, die im Jahr 2003 an der Spitze lagen, waren drei Jahre später doppelt so groß. Konzerne mittlerer Größe expandierten deutlich langsamer. Kleine Mittelstandsunternehmen haben in diesem Konzentrationsprozess keine Startchance mehr. Im Jahr 2003 war die Générale de Santé in Frankreich das größte europäische Krankenhaus-

[5] 77% der Hamburger Bürgerinnen und Bürger stimmten in einem Volksentscheid gegen den Verkauf. Die Beteiligung betrug 65%. Der Hamburger Senat verkaufte trotzdem, sah sich lediglich veranlasst, den Verkauf in zwei Tranchen (49,9% und 25%) zu teilen.

[6] Im Jahr 2006 fielen die kommunalen Investitionen in Deutschland auf einen historischen Tiefstand.

[7] Der Rückzug aus der Finanzierung ist nach Bundesländern sehr unterschiedlich. Die beiden südlichsten Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern erfüllten ihre gesetzliche Aufgabe noch am besten – ihre Steuereinnahmensituation war vergleichsweise günstig.

[8] Realer Rückgang der Krankenhausinvestitionen: eigene Berechnungen aufgrund der Entwicklung der Verbraucherpreise.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 76–85

Tabelle 1: Krankenhaus-Konzerne in Deutschland und Europa 2003 bis 2006

	2003			2006		
	Kliniken	Beschäft.	Umsatz	Kliniken	Beschäft.	Umsatz
Rhön-Klinikum AG	33	13.408	956	45	30.400	1.934
Helios Kliniken Gruppe	23	12.077	905	56	26.800	1.673
+ Wittgensteiner Kliniken	23	6.430	337			
+ Humaine Kliniken GmbH	11	2.100	151			
Asklepios Kliniken GmbH	38	10.635	707	72	25.700	1.600
Sana Kliniken	21	6.400	478	33	12.400	792
MediClin AG	27	5.572	360	30	6.900	370
Damp Holding AG	8	2.500	130	11	5.600	300
Paracelsus Kliniken GmbH	28	4.807	260	30	5.000	273
Summe	212	63.929	4.284	277	111.800	6.942
zum Vergleich						
Capio (Schweden)	125	10.808	965	100	14.150	1.229
Générale de Santé (Frankreich)	149	16.181	1.132	196	22.900	1.651
General Healthcare Group (Großbritannien)	k.A.	k.A.	k.A.	52	10.000	ca. 850

Quellen: Veröffentlichungen der Konzerne. Zum Herausrechnen von Geschäftsfeldern waren Schätzungen des Verfassers notwendig.[9]

unternehmen. Obwohl das Unternehmen seither ein beachtliches Wachstum erzielte, wurde es bis 2006 gleich von drei Konzernen aus Deutschland überholt.

2. AUSWIRKUNGEN AUF DIE BESCHÄFTIGTEN

Nach dem Kauf eines Krankenhauses beginnen private Konzerne umgehend mit der Umsetzung ihres Geschäftsmodells.[10] Da die öffentlichen Häuser vor ihrem Verkauf regelmäßig unter Investitionsstau leiden, sind Zusagen für Investitionen fast immer Bestandteil der Verkaufsverträge. Investitionen zielen vor allem auf die Optimierung der baulichen Infrastruktur und die dadurch erzielbare Rationalisierung der Prozessabläufe in der Krankenversorgung. Typisch

[9] Berücksichtigt ist die Krankenhausversorgung (Akutversorgung und Rehabilitation), andere Geschäftsfelder sind herausgerechnet. Kliniken in Minderheitenbeteiligung oder unter Managementvertrag sind nicht berücksichtigt. Générale de Santé: Angaben für Frankreich ohne ausländisches Engagement (welches minimal ist). Capio: Einrichtungen europaweit, einschließlich Diagnostik und ambulante Operationen. Umsätze auf der Grundlage von Veröffentlichungen der Konzerne, meist 2006, teilweise 2005.

[10] Die hier genannten Bestandteile des Geschäftsmodells markieren drei wichtige Gemeinsamkeiten der Konzernstrategien. Zu den Geschäftsstrategien gehören viele weitere Elemente, die unterschiedlich stark profiliert sind, dazu gehören beispielsweise „Profilierung als Qualitätsmarke“, „regional gestufte Klinikspezialisierung (Portal- und Zentralklinik-Konzept)“, „breitestes Leistungsspektrum“, „umsatzstärkster Konzern“, „einweisende niedergelassene Ärztinnen und Ärzte an sich binden“, „beste Facharztweiterbildung“ usw.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 76–85

ist, dass private Konzerne dem betriebswirtschaftlichen Management schnell Vorfahrt verschaffen. Unter anderem bedeutet das, dass die ärztliche Leitung „entmachtet“ und auf eine beratende Rolle in unternehmensstrategischen Entscheidungen reduziert wird.

In der Anfangsphase sollen schnell erfolgreiche Geschäftszahlen präsentiert werden. Der größte Beitrag dazu wird fast immer durch scharfen Personalabbau erzielt. Jüngstes Beispiel ist die Rhön-Klinikum AG: Eineinhalb Jahre nach dem Kauf des Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH verkündete der Konzern am 30. 6. 2007, die Gewinnzone sei erreicht. Vor dem Kauf lag der Jahresfehlbetrag bei rund 15 Millionen Euro[11]. Von der schnellen Ergebnisverbesserung entfallen nach Einschätzung der Gewerkschaft ver.di zwischen 10 und 12 Millionen Euro auf einen scharfen Einschnitt bei den Personalausgaben. Befristete Verträge wurden in großer Zahl nicht verlängert. Außerdem wurden Personalstellen zum Land Hessen verlagert, das auch nach der Privatisierung Anstellungsträger für das Personal in Wissenschaft und Forschung geblieben ist. Der Betriebsrat des Universitätsklinikums berichtete, dass im Juni 2007 440 Menschen weniger beschäftigt waren als zum Zeitpunkt der Übernahme am 1. Februar 2006.[12] Gleichzeitig registrierte er 40.000 Überstunden. Das deutet darauf hin, dass die Personalkürzungen weniger durch rationelle Arbeitsabläufe als vielmehr durch „Personalabbau wo immer es geht“ erreicht wurden.

Bei fast allen Krankenhausverkäufen muss der private Eigentümer zusichern, für einen bestimmten Zeitraum keine betriebsbedingte Kündigungen auszusprechen. Trotzdem beginnt am Tag nach dem Verkauf der Personalabbau. Er geschieht über Fluktuation, Nichtverlängern befristeter Arbeitsverhältnisse, vorzeitiges Ausscheiden von älteren Beschäftigten und Abfindungen. Mehrfach beobachtete ver.di, dass die neuen Eigentümer unmittelbar nach dem Besitzerwechsel Unruhe und Angst in die Belegschaften trugen, was dazu führte, dass ein Teil der Beschäftigten dem Betriebsübergang zum neuen Besitzer widersprach und in den öffentlichen Dienst zurückkehrte. Der spektakulärste Fall spielte sich im Sommer 2007 in Hamburg ab, wo annähernd 2.000 von rund 11.000 Beschäftigten der Asklepios LBK Hamburg GmbH ihr Recht auf Rückkehr zur Stadt wahrnahmen. In diesem Fall spielten zwei Jahre schlechte Erfahrungen mit den Managementmethoden eine wichtige Rolle sowie der Arbeitsdruck, der es vielen unmöglich machte, dem eigenen beruflichen Anspruch gegenüber den Patientinnen und Patienten noch gerecht zu werden.

Die organisationelle Unruhe bereitet auch den Boden für die erste Welle des Ausscheidens mit Abfindungen. So wurde die Belegschaft im Helios-Klinikum Berlin-Buch während der Geltung des Ausschlusses betriebsbedingter Kündigungen von 3.200 Beschäftigten bei Übernahme im Juni 2001 auf 2.000 Beschäftigte im Dezember 2005 abgebaut. 260 von ihnen kehrten gleich zu Beginn zum Land Berlin zurück, 300 Beschäftigte wurden in Tochtergesellschaften ausgegliedert. Das Leistungsspektrum des Krankenhauses blieb in dieser Zeit gleich. Das Unternehmen erreichte diese Entwicklung durch wiederholte Ausgliederung von Funktionsbereichen (EDV, Logistik, Labore, Poliklinik, Pathologie) in neu gegründete Firmen sowie eine Serie von „Sprintprämien“-Aktionen. Sprintprämien sind Abfindungen, die umso höher ausfallen, je früher sie in Anspruch genommen werden. Sie können bis zu einer Jahreslohnsumme betragen.

[11] Jahresumsatz des Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH knapp 400 Mio. Euro.

[12] Das passt zu den Angaben in einer Pressemitteilung des Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst vom 14. 6. 07, in der über den Abbau von 280 Stellen (Vollkräften) von 7.000 berichtet wurde.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 76–85

2.1 Löhne und Arbeitsbedingungen driften auseinander

Nach einem Kauf entwickeln sich die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten auseinander. Ärztinnen und Ärzte werden bei privaten Krankenhauskonzernen tendenziell besser bezahlt als im öffentlichen Bereich. Vor allem leitende Ärztinnen, Ärzte und Spezialisten werden von den Konzernen mit deutlich höheren Vergütungen ausgestattet. Fachärztinnen und -ärzte sind teilweise besser gestellt, doch beschränkt sich dies im Wesentlichen auf Ergebnisbeteiligungen. Angesichts von wachsenden Problemen bei der Gewinnung von ärztlichem Personal im ländlichen Raum und unter dem Eindruck von Arbeitsniederlegungen von Ärztinnen und Ärzten in Universitätskliniken und kommunalen Krankenhäusern im Jahr 2006 steigt die Bereitschaft privater Konzerne, die Vergütung für diese Gruppe anzuheben. Private Konzerne versuchen, den Personalbestand bei Ärztinnen und Ärzten so niedrig wie möglich zu halten.

Eine vergleichbare Entwicklung können die Angehörigen der Pflegeberufe und der medizinischen Assistenzberufe nach einer Privatisierung nicht verbuchen. Hier sichert oft eine Überleitungsvereinbarung den Besitzstand aus dem Tarifvertrag im öffentlichen Dienst zum Zeitpunkt des Verkaufs, jedoch sehr häufig ohne dynamische Anbindung an weitere Lohnsteigerungen. So stagnieren die Einkommen häufig und es tut sich eine Schere gegenüber Vergütung der Beschäftigten in öffentlichen Krankenhäusern auf, die sich mit den Jahren immer weiter öffnet.

Typisch für diese Berufe ist, dass es zu einem rapiden Personalabbau kommt. Die Arbeitsintensität in der Pflege und bei den medizinischen Assistenzberufen ist bei den privaten Konzernen noch höher als in den – ebenfalls schon arbeitsintensiven – öffentlichen Krankenhäusern, und auch der Personalbestand ist bei den privaten Konzernen noch knapper als dort. Ältere Beschäftigte leiden besonders unter dieser Entwicklung, was wiederum von den Konzernen dazu genutzt wird, über Abfindungsregelungen die Belegschaften zu verjüngen, ältere Beschäftigte aus dem Erwerbsleben auszugliedern und sie den sozialen Sicherungssystemen zu überantworten. Private Konzerne beschäftigten im Durchschnitt weniger ältere Beschäftigte als öffentliche Krankenhäuser. Noch offen ist, wann der Punkt erreicht wird, an dem die Personalknappheit spürbar negativ auf die Qualität der Krankenversorgung durchschlägt (vgl. Braun/Müller 2006). Bei der Einführung des DRG-Systems zur Vergütung der Krankenhausleistungen[13] verzichtete der Gesetzgeber bewusst auf Regeln zur Personalausstattung. Damit wurde der Wettlauf um die Senkung der Personalkosten in Krankenhäusern aller Trägerschaften forciert. Dabei realisieren die privaten Krankenhausträger die größten Einschnitte.

Die Beschäftigten der Servicebereiche (Küche, Reinigung, Hol- und Bringedienste, Hausdienste) erleiden bei Privatisierungen die größten Verluste. Nach einem Prozess über mehrere Jahre finden sie sich meist auf dem Niveau von Armutslöhnen (weniger als 1.442 Euro brutto monatlich bei Vollzeitarbeit). Neueingestellte haben nur selten eine betriebliche Altersversorgung. Die Konzerne erreichen diese Entwicklung durch Auslagerung der Beschäftigten in neue Gesellschaften. Die Gesellschaften werden häufig umstrukturiert und eine fast permanente „Organisationsunruhe“ geschaffen. Beim Übergang von der einen zur anderen Gesell-

[13] Die DRG (Diagnosis Related Groups = Diagnosebezogenen Fallgruppen) wurden zum 1. 1. 2004 für alle Krankenhäuser verbindlich eingeführt. Die Krankenhausleistungen werden für jeden einzelnen Fall nach der Fallschwere vergütet.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 76–85

schaft wird häufig mit Kündigungen gedroht, es werden schlechtere Arbeitsbedingungen angeboten und meist auch durchgesetzt. Zwar verfolgen auch öffentliche Krankenhausträger solche Strategien. Doch nirgends ist die Entwicklung so weit vorangetrieben, wie im privaten Bereich. Da in Deutschland ein gesetzlicher Mindestlohn fehlt und im System der Arbeitsbeziehungen auch sonst keine institutionellen Sicherungen gegen Armutslöhne vorhanden sind, haben Beschäftigte in einfachen Dienstleistungen – nicht nur bei den Krankenhäusern – einen Verlust von Arbeitsbedingungen, Lebensqualität und Zukunftschancen erlitten. Den meisten droht eine Zukunft in Altersarmut.

2.2 Tarifverträge und Arbeitsbeziehungen

Die privaten Krankenhauskonzerne sind nicht an einen Flächentarifvertrag gebunden. Ihr Arbeitgeberverband BDPK (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.) hat den bundesweit geltenden Tarifvertrag schon 1993[14] gekündigt und seither keinen neuen mit ver.di abgeschlossen. Die Mitgliedschaftsregeln des BDPK sind so gefasst, dass die Klinikkonzerne frei entscheiden können, für welches Krankenhaus sie Tarifverträge des BDPK anwenden wollen und für welche nicht.

Beim Verkauf von Krankenhäusern steht für die Beschäftigten die Sicherung des Arbeitsplatzes und ihrer Arbeitsbedingungen an erster Stelle. Fast immer gelingt es, den Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen und die Weitergeltung der materiellen Arbeitsbedingungen (Lohn, Arbeitszeit, Urlaub, betriebliche Altersvorsorge) für einen gewissen Zeitraum zu vereinbaren. Am häufigsten sind hier Laufzeiten von etwa zwei Jahren, auch längere Fristen kommen vor.

Dies gelingt, weil Krankenhausverkäufe in Deutschland nach wie vor unpopulär sind. Mit einem Krankenhausverkauf ist stets eine politische Auseinandersetzung im Kommunal- oder Landesparlament verbunden, nicht selten werden Bürgerbegehren eingeleitet. ver.di ist in der Regel mindestens Bündnispartner, oft auch Initiatorin von Bürgerbegehren. Die arbeitsrechtlichen Sicherungen für die Beschäftigten sind der „politische Preis“ für den Verkauf. Sie dienen zur Beruhigung der öffentlichen Diskussion und sie begrenzen den Widerstand im politischen Raum und unter den Betroffenen. Selten sind sie das Ergebnis von Arbeitskampfmaßnahmen.

In den großen Konzernen beträgt der Anteil an Krankenhäusern, in denen aufgrund von Überleitungsverträgen die Tarifsstandards des öffentlichen Dienstes gelten, 10% bis 25%. In einer Reihe von Fällen nehmen die Beschäftigten auch an künftigen Erhöhungen im öffentlichen Dienst teil, meist wird jedoch nur das Entgelt zum Zeitpunkt des Übergangs gesichert.

In der Tarifstrategie gibt es zwischen den Konzernen deutliche Unterschiede. Die Rhön-Klinikum AG verhandelt unmittelbar nach einer Übernahme über Haustarifverträge und löst so das öffentliche Tarifrecht ab. Inhaltlich wird in der Regel etwa der Standard zum Zeitpunkt des Übergangs vereinbart. Bestandteil dieser Strategie ist es, die Beschäftigten am betriebswirtschaftlichen Erfolg oder Misserfolg des jeweiligen Krankenhauses zu beteiligen, indem anstel-

[14] Tarifvertrag mit Gewerkschaften, die sich 2001 in der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft zusammengeschlossen haben.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 76–85

le einer festen Jahressonderzahlung („Weihnachtsgeld“, „Urlaubsgeld“) ein ergebnisabhängiger Betrag gezahlt wird. Durch die Ergebnisbeteiligung wird der Blick der Beschäftigten auf den Konzernzusammenhang aufgelöst und auf den eigenen Betrieb gelenkt. Im Gesamtkonzern wurden in den vergangenen Jahren blendende Gewinne (2006: 109 Mio. Euro, davon 19 Mio. aufgrund einer Änderung der Unternehmensbesteuerung) eingefahren und in jedem Jahr mehr an die Aktionäre ausgeschüttet (2006: 26 Mio. Euro). Mit der Haustarifvertragsstrategie ist es der Unternehmensleitung in den meisten Krankenhäusern gelungen, die Tariferhöhungen unterhalb des Branchendurchschnitts zu halten. Der Konzern verfügt über einen paritätisch besetzten Aufsichtsrat nach dem deutschen Mitbestimmungsgesetz.[15] Die paritätische Besetzung musste die Gewerkschaft ÖTV in den 1990er Jahren gerichtlich erzwingen.

Die Helios Kliniken Gruppe schloss Anfang 2007 mit ver.di einen Konzerntarifvertrag, der für alle Akutkliniken des Konzerns gilt. Unterschiedliche Tarifniveaus der Häuser und Regionen werden bis 2009 im ganzen Konzern angeglichen. Die Tarifregelungen entsprechen mit minimalen Ausnahmen dem Tarifniveau des öffentlichen Dienstes und damit dem von ver.di angestrebten Branchenniveau.[16] Ärztinnen und Ärzte verdienen nach dem Tarifvertrag bei Helios 100 Euro monatlich mehr als im öffentlichen Dienst. Mit der Ärztegewerkschaft Marburger Bund schloss Helios einen weitgehend inhaltsgleichen Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte. Anders als im öffentlichen Bereich sind bei Helios die Beschäftigten der Servicegesellschaften aus wesentlichen Bereichen des Tarifvertrages ausgegrenzt. Zwar gelten für sie die Bestimmungen des Tarifmantels wie Arbeitszeit und Urlaub, doch die Vergütung und die betriebliche Altersvorsorge muss in jeder Gesellschaft vereinzelt ausgehandelt werden und bleibt umkämpft. Für das Personal in seinen Rehabilitationskliniken will der Konzern geringere Vergütungen durchsetzen mit der Begründung, die Gewinnsituation sei in diesem Branchensegment schlechter. Ärztinnen und Ärzte sollen besser gestellt werden, die Gewinne sollen aus den Vergütungen der Beschäftigten in der Pflege, den Assistenzberufen und dem Servicepersonal geholt werden. Die Verhandlungen laufen. Auch bei Helios existiert seit Beginn der 2000er Jahre ein paritätisch besetzter Aufsichtsrat. Er wurde vom Konzern ordnungsgemäß nach den gesetzlichen Bestimmungen gebildet.

Das Management der Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA machte zum Jahresbeginn 2006 einen strategischen Schwenk auf die Gewerkschaft ver.di zu. Bis dahin hatte der Konzern den Abschluss von Tarifverträgen häufig vermieden. Die Konzernleitung setzte auf unterschiedliche Strategien zur Senkung des Tarifniveaus. So wurden nach dem Auslaufen von Übergangsbestimmungen die Arbeitsbedingungen in etlichen Häusern einseitig von der Arbeitgeberseite in „Arbeits- und Sozialordnungen“ festgelegt. In einem Fall wurde der Deutsche Industrie- und Handelsangestelltenverband (DHV) im christlichen Gewerkschaftsbund in den Dienst genommen, um die ver.di Tarifforderungen im Herzzentrum Dresden zu unterbieten. Der DHV erreicht mangels Mitgliedern nur dort Tarifverträge, wo er den Arbeitgebern gefällig ist. Erfolg hat er dort, wo ver.di keine ausreichende betriebliche Konfliktfähigkeit besitzt. Der

[15] Der Aufsichtsrat besteht aus je zehn Mitgliedern der Anteilseigner und neun der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und einem leitenden Angestellten. Bei Abstimmungen mit 10:10 Stimmen gibt die Stimme des Aufsichtsratsvorsitzenden den Ausschlag, der stets von den Anteilseignern stammt.

[16] Die beiden wichtigsten Flächentarifverträge für Krankenhäuser sind der TVöD- (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst), der u.a. für die Krankenhäuser der Kommunen gilt sowie der TV-L (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder), der für die Einrichtungen der Länder (im wesentlichen Universitätskliniken und Psychiatrische Landeskrankenhäuser) gilt.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 76–85

Konzern musste allerdings feststellen, dass er aufgrund seines schlechten Rufs im Umgang mit den Beschäftigten handfeste Nachteile beim Wettlauf um Krankenhauskäufe hatte. Die Unternehmensleitung leitete deshalb die überfälligen Wahlen zu einem paritätischen Aufsichtsrat ein und trat in Verhandlungen über einen Konzerntarifvertrag ein, die 2007 noch andauern.

Die Asklepios Kliniken GmbH gilt bis heute als schlechtester Arbeitgeber der vier großen Krankenhauskonzerne. Viele Betriebsräte klagen über Probleme im Alltagsgeschäft. Arbeits- und Sozialordnungen sind weit verbreitet. Es wurde eine konzerneigene Leiharbeitsfirma gegründet, die – mit Ausnahme von Ärztinnen und Ärzten – alle Berufsgruppen der Krankenhäuser zu billigen Arbeitsbedingungen einstellt und sie anschließend an die Konzernunternehmen ausleiht. Diese missbräuchliche Nutzung von Leiharbeit hat sich seit der Liberalisierung des Gesetzes Anfang der 2000er Jahre in vielen Branchen in Deutschland verbreitet. Einen lokalen ver.di-Arbeitskampf versuchte die Geschäftsführung im Herbst 2006 durch einen Gefälligkeitstarifvertrag des DHV zu unterlaufen – erfolglos. Der Konflikt brachte die Konzernleitung zum Umschwenken. Im September 2007 sind nun auch bei Asklepios Verhandlungen über einen Konzerntarifvertrag aufgenommen worden. Die Wahlen zu einem paritätisch besetzten Aufsichtsrat musste ver.di 2005 gerichtlich erzwingen. Bis heute hat die Konzernleitung keinen Frieden mit der Unternehmensmitbestimmung geschlossen.

Am Beispiel der Rhön-Klinikum AG, die in Deutschland Marktführer und ältester Klinikkonzern ist (gegründet 1970, erste Akutklinik 1984, Börsengang 1991) lässt sich am deutlichsten ablesen, wie die Kombination von langjährig scharfem Personalabbau mit Tarifverträgen unterhalb des Branchenniveaus wirkt (Tabelle 2). Im Jahr 2005 lagen die Personalausgaben, gemessen am Umsatz, um 8 Prozentpunkte unter dem Branchenniveau. Die Personalausgaben je Bett lagen sogar um 17% darunter. Das Jahr 2005 ist für den Branchenvergleich besser geeignet, weil im Jahr 2006 das neu hinzugekommene Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH die wirtschaftlichen Zahlen im Konzern gründlich beeinflusste. Das Uniklinikum ist nicht nur ein Betrieb mit relativ viel und teurem Personal, sondern auch mit den höchsten Umsatzerlösen (Einnahmen) pro Fall.

Tabelle 2: Personalkosten Rhön-Klinikum AG im Vergleich zum Branchendurchschnitt

	Krankenhäuser 2005 insgesamt*)	Rhön 2005	Rhön 2006 (mit Uniklinikum)
Personalkostenanteil am Umsatz	64,1%	56,1%	58,3% 53,9% (ohne Uniklinikum)
Beschäftigte je Bett	1,9	1,6	2,1
Personalausgaben je Beschäftigten in Euro	41.180 100%	37.388 90,8%	37.089**) 90%
Personalausgaben je Bett in Euro	78.254 100%	64.958 83%	76.708 98%

*) Allgemeine Krankenhäuser einschließlich Universitätskliniken ohne Psychiatrische Krankenhäuser.

**) „Nach dem Kooperationsvertrag werden der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH von den beiden Universitäten die Kosten für die Mitarbeiter des wissenschaftlichen Dienstes, die nach wie vor im Landesarbeitsverhältnis stehen, erstattet." (Geschäftsbericht Rhön 2006).

Quelle: eigene Berechnungen ver.di auf der Grundlage der amtliche Krankenhausstatistik (destatis) und des Geschäftsberichts 2006 der Rhön-Klinikum AG.

3. ENTWICKLUNGSTRENDS

Für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und ihre Gewerkschaften ist auch der Einfluss der privaten Krankenhauskonzerne auf die Gesundheitspolitik bedeutsam. Während die Konzerne im Markt in Konkurrenz zueinander stehen, haben sie sich zum politischen Lobbying zusammengeschlossen. Eines ihrer Ziele ist es, die Regularien der EU-Liberalisierung auch auf den Krankenhausmarkt anwendbar zu machen. Da die EU-Kommission bislang die Auffassung vertritt, dass Regelungen für Krankenhäuser den Nationalstaaten vorbehalten sind, wird versucht, über Musterklagen die Position der EU-Kommission aufzubrechen. Der BDPK fordert, den freigemeinnützigen Krankenhäusern den Status der steuerlichen Gemeinnützigkeit zu entziehen und hält Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft für die Krankenversorgung für verzichtbar.

Zum ordnungspolitischen Rahmen für Krankenhäuser in Deutschland fordern die Konzerne, dass die Planungskompetenz der Bundesländer abgeschafft und durch einen bloßen Sicherstellungsauftrag ersetzt wird. Bisher legen die Bundesländer die Struktur der Krankenhausversorgung und der Fachabteilungen so fest, dass die Bevölkerung flächendeckend auf qualitativ gutem Niveau versorgt wird. Eine Änderung würde den Konzernen ermöglichen, über die Ausweitung von betriebwirtschaftlich lukrativen Leistungen und Verknappung von betriebswirtschaftlich „teuren“ Angeboten mit ihren Wettbewerbern zu konkurrieren. Wo durch Wettbewerb Unterversorgung entsteht, müsste die öffentliche Hand bei den Krankenhausträgern die fehlenden Leistungen „nachbestellen“ und bezahlen.

Das Geschäftsmodell der privaten Krankenhauskonzerne in Deutschland ist zurzeit geprägt durch externes Wachstum aufgrund von Krankenhauskäufen. Solange der Zukauf öffentlicher Krankenhäuser wesentlicher Teil der Konzernstrategien ist, ist ein arbeitnehmerfreundliches Image wichtig. Für die Gewerkschaften ist damit ein Fenster offen. Es könnte sich schließen, wenn der Kauf öffentlicher Krankenhäuser an Bedeutung verliert und andere Strategien in den Vordergrund rücken.

Stärker als die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser treiben die privaten Krankenhauskonzerne die Industrialisierung der Krankenversorgung voran. So soll Spielraum für den Erhalt oder die Steigerung der Rendite geschaffen und der Vorsprung vor den Wettbewerbern gesichert werden. Die Krankenversorgung soll von der „Manufaktur“ zur industriellen Arbeitsteilung voranschreiten. Ziel ist es, Ärztinnen und Ärzte einzusparen, indem ein Teil ihrer Tätigkeiten auf die Pflege verlagert und Dokumentationsaufgaben delegiert werden. Auch in der Pflege soll der Anteil qualifizierter und damit teurer Beschäftigter reduziert und die Arbeitsteilung tiefer gestaffelt werden. Auch hier werden Tätigkeiten auf unterstützendes Personal verlagert. Die privaten Krankenhauskonzerne haben eine Größe erreicht, die es ihnen ermöglicht, dafür konzerneigene Ausbildungen und Hilfsberufe zu entwickeln.

In den vergleichbaren Industrieländern sind die marktführenden privaten Krankenhauskonzerne von Finanzinvestoren gekauft worden (vgl. Stumpfögger 2007): Nur in Deutschland ist dieser Versuch bisher nicht erfolgreich gewesen.[17] Die Dynamik der globalisierten Finanzmärkte

[17] Als 2005 die Helios Kliniken an den Pharmakonzern Fresenius verkauft wurde, waren auch internationale Finanzinvestoren interessiert.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 76–85

wird aber wohl kaum dauerhaft am deutschen Klinikmarkt vorbeigehen. So ist zu erwarten, dass der Weiterverkauf von privatisierten Krankenhäusern (von „privat an privat“) zunehmen wird. Auch in Deutschland werden neben die Krankenhausunternehmen vom Typ des großgewordenen mittelständischen Unternehmens andere Unternehmen treten. Wer heute sein Krankenhaus verkauft, weiß nicht, wem es morgen gehört.

BIBLIOGRAPHIE

Braun, Bernard und Rolf *Müller* (2006), Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten (= Gmünder Ersatzkasse (Hg.), GEK-Edition Bd. 46), Sankt Augustin.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007), KHG-Investitionsförderung-Überblick; http://www.dkgev.de/pdf/1566.pdf.

Europäische Kommission (2007), Statistischer Anhang zu „Europäische Wirtschaft“, Frühjahr 2007; http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2007/statannex2007_de.pdf.

Schulten, Thorsten (2006), Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project PIQUE; www.pique.at.

Stumpfögger, Niko (2007), Krankenhausfusionen und Wettbewerbsrecht. Unternehmenskonzentration im deutschen Krankenhausmarkt 2003 bis 2007; http://www.gesundheit-soziales.verdi.de/krankenhaeuser/krankenhausmarkt-2007.pdf.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 76–85