

**Nils Böhlke/Thomas Gerlinger/Kai Mosebach/
Rolf Schmucker/Thorsten Schulten (Hrsg.)**

Privatisierung von Krankenhäusern



**Erfahrungen und Perspektiven
aus Sicht der Beschäftigten**

Nils Böhlke/Thomas Gerlinger/Kai Mosebach/
Rolf Schmucker/Thorsten Schulten (Hrsg.)
Privatisierung von Krankenhäusern

Wolfgang Anschütz ist Gewerkschaftssekretär, Koordinator des EU-Projektes »Wem Gehört Europa?« von ver.di Sachsen/Sachsen-Anhalt/Thüringen und ehemaliger Landesleiter von ver.di Sachsen.

Nils Böhlke ist Doktorand im Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung.

Katharina Böhm ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für medizinische Soziologie und am Institut für Politikwissenschaft der Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

Thomas Böhm ist Bezirksvorsitzender von ver.di Stuttgart und Personalratsvorsitzender des Klinikums Stuttgart.

Thomas Gerlinger ist Professor für Medizinische Soziologie und Direktor des gleichnamigen Instituts sowie Direktor des Instituts für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

Klaus Hanschur ist Betriebsratsvorsitzender am Universitätsklinikum Gießen/Marburg.

Rüdiger Henkel ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht (Ineges) an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

Jürgen Klute ist Sozialethiker und Mitglied des Europäischen Parlaments für DIE LINKE.

Kai Mosebach ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

Katharina Ries-Heidtke ist Gesamtbetriebsratsvorsitzende der Asklepios Kliniken Hamburg GmbH.

Rolf Schmucker ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

Thorsten Schulten ist wissenschaftlicher Referent im Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung.

Rainer Stein ist Vorsitzender des Konzernbetriebsrats der HELIOS Kliniken GmbH und Betriebsratsvorsitzender im Klinikum Berlin-Buch.

Niko Stumpfögger ist in der ver.di Bundesverwaltung im Fachbereich 03 zuständig für den Bereich Konzernbetreuung.

Bernd Tenbense ist als Landesfachbereichssekretär im Fachbereich 03 bei ver.di NRW zuständig für den Bereich Krankenhäuser.

Michael Wendl sitzt als Vertreter von ver.di in den Aufsichtsräten der Städtischen Klinikum München GmbH und der Rhön-Klinikum AG.

Markus Wörz ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Wissenschaftszentrum Berlin sowie an der Technischen Universität Berlin.

**Nils Böhlke/Thomas Gerlinger/
Kai Mosebach/Rolf Schmucker/
Thorsten Schulten (Hrsg.)
Privatisierung von Krankenhäusern
Erfahrungen und Perspektiven
aus Sicht der Beschäftigten**

VSA: Verlag Hamburg

www.vsa-verlag.de

Diese Veröffentlichung erfolgt mit freundlicher Unterstützung der Hans-Böckler-Stiftung und des Instituts für Medizinische Soziologie (IMS) in der Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

© VSA: Verlag 2009, St. Georgs Kirchhof 6, 20099 Hamburg
Alle Rechte vorbehalten
Umschlagfoto: dpa
Druck und Buchbindearbeiten: Idee, Satz & Druck, Hamburg
ISBN 978-3-89965-347-2

■ Inhalt

Vorwort der Herausgeber 7

Thomas Gerlinger/Kai Mosebach

**Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens:
Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter
Kostendämpfungspolitik** 10

■ Internationale Erfahrungen

Kai Mosebach

**Zwischen Konvergenz und Divergenz: Privatisierungs- und
Ökonomisierungsprozesse in europäischen Krankenhaussystemen** 43

Markus Wörz

Unterschiedliche Träger von Krankenhäusern in den USA 66

■ Krankenhäuser in Deutschland

Katharina Böhm/Rüdiger Henkel

Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung im Wandel 83

Thorsten Schulten/Nils Böhlke

**Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland
und ihre Auswirkungen auf Beschäftigte und Patienten** 97

■ Privatisierung von Krankenhäusern – Fallbeispiele

Katharina Ries-Heidtke/Nils Böhlke

Vom LBK Hamburg zur Asklepios Kliniken Hamburg GmbH 127

Klaus Hanschur/Nils Böhlke

Die Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg 141

Rainer Stein

Privatisierung des Krankenhauses in Berlin-Buch 153

■ Entwicklungen in öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern

Thomas Böhm

**Rationalisierungsstrategien in öffentlichen Krankenhäusern
und ihre Auswirkung auf Beschäftigte und Versorgung** 167

Jürgen Klute

**Die Ökonomisierung der freigemeinnützigen Krankenhäuser, die Rolle
der EU und die Auswirkung auf Beschäftigte und Versorgung** 182

■ Handlungsstrategien und -möglichkeiten aus gewerkschaftlicher Sicht

Niko Stumpfögger

Wenn die Gründerzeit zu Ende geht 199

Michael Wendl

**Eine neue »innere Landnahme« – Wie öffentliche Krankenhäuser
zu kapitalistischen Unternehmen werden** 220

Bernd Tenbenschel

Zwischen Kooperation und Konflikt 232
Gewerkschaftliche Strategien gegen Privatisierung kommunaler Kliniken
am Beispiel Nordrhein-Westfalen

Wolfgang Anschutz

**Patient Elblandkliniken (Sachsen) – erfolgreiches Bürgerbegehren
verhindert 2006 mehrheitlichen Verkauf** 245

■ Vorwort

Im Sommer 2009 hat die Rhön-Klinikum AG angekündigt, in der nächsten Zeit bis zu einer Milliarde Euro für den weiteren Erwerb öffentlicher Krankenhäuser auszugeben. Mit einer eigens hierfür beschlossenen Kapitalerhöhung will sich Deutschlands größter privater Krankenhauskonzern auf die sich abzeichnende neue Privatisierungswelle vorbereiten. Die Hoffnungen von Rhön richten sich hierbei auf die aktuelle Wirtschaftskrise, die bei zahlreichen Kommunen und Landkreisen zu einem starken Anstieg der Verschuldung führen wird und damit die politische Bereitschaft zum Verkauf öffentlicher Krankenhäuser wieder deutlich erhöhen dürfte. Auch andere private Krankenhausketten wie Asklepios, Helios, Sana usw. freuen sich bereits heute auf das lukrative »Klinik-Shopping in der Krise« (FTD, 4.7.2009). Aus Sicht der öffentlichen Träger erscheint die Privatisierung hingegen oft als der letzte Ausweg, um dem Teufelskreis aus steigenden Kosten und sinkenden Einnahmen zu entgehen.

Mit der aktuellen Krise wird eine neue Etappe in der Entwicklung des deutschen Krankenhaussektors eingeleitet, der sich bereits seit den 1990er Jahren in einem grundlegenden Wandel befindet. Zahlreiche Gesundheitsreformen haben in den letzten beiden Jahrzehnten zu einer weit reichenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens geführt, durch die immer mehr betriebswirtschaftliche Gewinn- und Kostenkalküle und nicht medizinische Notwendigkeiten die Steuerungslogik bestimmen. Die sukzessive Einführung von mehr Markt und Wettbewerb in der Krankenhausversorgung – der Leistungsart mit den höchsten Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung – soll helfen, die angenommene »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen zu bekämpfen, indem sie für die Krankenhäuser finanzielle Anreize zu einer – möglicherweise auch medizinisch nicht indizierten – Ausgabenbegrenzung bei der Krankenhausversorgung setzt. Im Effekt schält sich eine hegemoniale Reformstrategie heraus, die man als »wettbewerbsbasierte Kostendämpfungsstrategie« bezeichnen kann. Darüber hinaus soll damit den veränderten Anforderungen Rechnung getragen werden, die sich aus der Entwicklung der Medizintechnologie und dem demographischen Wandel ergeben.

In diesem Kontext entstehen mit dem Auftreten neuer privater Krankenhauskonzerne auch neue Gewinn- und Renditeansprüche, die aus den öffentlichen Gesundheitsausgaben bedient werden möchten. Bereits heute werden fast 30% aller Krankenhäuser mit knapp 16% aller Krankenhausbetten von privaten, profit-orientierten Krankenhausketten betrieben. In

keinem anderen europäischen Land sind in den letzten Jahrzehnten so viele Krankenhäuser privatisiert worden wie in Deutschland. Mittlerweile scheint es nur noch eine Frage der Zeit zu sein, bis die privaten Krankenhäuser die Anzahl öffentlicher Einrichtungen übertreffen.

In ihren Selbstdarstellungen präsentieren sich die privaten Krankenhauskonzerne als Träger eines effizienten und leistungsstarken Krankenhauswesens der Zukunft. In der Tat ist es den privaten Klinikbetreibern in vielen Fällen gelungen, ehemals defizitäre öffentliche Häuser nach der Übernahme so zu reorganisieren, dass sie kostendeckend arbeiten oder sogar Gewinne abwerfen. Die entscheidende Frage lautet jedoch, worin genau die vermeintlichen Vorteile privater Krankenhausbetreiber liegen. Ein Teil der Antwort liegt mit Sicherheit in der systematischen Unterfinanzierung des öffentlichen Krankenhauswesens und dem damit verbundenen großen Investitionsstau. Private Krankenhauskonzerne haben demgegenüber den Vorteil, durch die Mobilisierung zusätzlichen privaten Kapitals tendenziell mehr investieren und damit Rationalisierungspotenziale erschließen zu können.

Angesichts der Tatsache, dass etwa 60% aller Kosten im Krankenhaus aus Personalkosten bestehen, ist es darüber hinaus naheliegend, dass die Gewinne privater Krankenhauskonzerne auch etwas mit einer grundlegend veränderten Personalpolitik zu tun haben. Die Auswirkungen von Privatisierungen auf die Beschäftigten im Krankenhaus sind jedoch bislang kaum erforscht. Die derzeit bestehende empirische Evidenz deutet jedoch darauf hin, dass sich die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen im Krankenhaus in den letzten Jahren deutlich verschlechtert haben. Schwestern, Pfleger und Ärzte klagen insbesondere über eine deutliche gestiegene Arbeitsbelastung, die aus einer zunehmenden Verdichtung der Arbeit und einer personellen Unterausstattung in vielen Bereichen resultiert. Bei den nicht-medizinischen Bereichen sind die Krankenhäuser vermehrt dazu übergegangen, diese an fremde oder eigene Tochterunternehmen auszulagern, was für die betroffenen Beschäftigten in der Regel mit erheblichen Lohninbußen und einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen verbunden ist. Die für die Krankenhausbeschäftigten negativen Veränderungen zeigen sich allerdings nicht allein in privaten Kliniken, sondern auch in öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern, die im Wettbewerb mit ihren privaten Konkurrenten zunehmend deren Strategien übernehmen.

Der vorliegende Band stellt die Perspektive der Beschäftigten und damit indirekt auch der Versorgungsqualität der Patienten in den Mittelpunkt der Debatte um die Zukunft des deutschen Krankenhauswesens. Bei den Beiträgen handelt es sich größtenteils um ausgearbeitete Papiere und Vorträge, die auf einer zweitägigen Tagung zum Thema »Privatisierung und Öko-

nomisierung von Krankenhäusern in Deutschland« am 22. und 23. Januar 2009 in Frankfurt a.M. vorgestellt und diskutiert wurden. Die gemeinsam vom Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung und dem Institut für Medizinische Soziologie (IMS) der Goethe-Universität Frankfurt a.M. organisierte Tagung stieß mit etwa 130 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die überwiegend aus Wissenschaft, Gewerkschaften und den betrieblichen Interessenvertretungen zahlreicher Krankenhäuser kamen, auf große Resonanz.

Darüber hinaus enthält der Band auch Forschungsergebnisse, die im Rahmen des von der Europäischen Kommission geförderten Forschungsprojektes PIQUE¹ erarbeitet wurden, in dem das WSI als deutscher Projektpartner mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus fünf anderen europäischen Ländern kooperierte.

Es ist aus unserer Sicht zu begrüßen, dass die Privatisierung von Krankenhäusern in den letzten Jahren vermehrt zum Gegenstand öffentlicher Auseinandersetzungen geworden ist, indem die Bürgerinnen und Bürger selbst ein Mitspracherecht bei der Bereitstellung ihrer Gesundheitsversorgung einfordern. Der Verkauf eines öffentlichen Krankenhauses steht heute unter einem erheblichen Legitimationsdruck und wird in der Regel mit massiven Protesten von Beschäftigten, Verbraucher- bzw. Patientenschutzorganisationen, Globalisierungskritikern, Parteien und besorgten Bürgerinnen und Bürgern konfrontiert. Diese schließen sich häufig in Bürgerinitiativen zusammen und versuchen Volks- und Bürgerentscheide gegen Krankenhausverkäufe zu erwirken. Unter dem Motto »Gesundheit ist keine Ware« wenden sie sich dagegen, dass die Bereitstellung von Krankenhausleistungen immer mehr durch privates Gewinnstreben beeinflusst wird.

Mit dem vorliegenden Band wollen wir einen Beitrag zu dieser öffentlichen Debatte leisten, indem wir auf die realen Auswirkungen der Privatisierung für Beschäftigte und Patienten hinweisen. Wir danken allen Autorinnen und Autoren sowie allen Personen, die zum Gelingen dieses Bandes beigetragen haben.

Düsseldorf/Frankfurt a.M., Oktober 2009

*Nils Böhlke, Thomas Gerlinger, Kai Mosebach,
Rolf Schmucker, Thorsten Schulten*

¹ Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE) (Projektnummer: CIT5-2006-028478). Für weitere Infos siehe: www.pique.at

Niko Stumpfögger

Wenn die Gründerzeit zu Ende geht

Weltweit ist der Betrieb von Krankenhäusern vorwiegend eine Non-Profit-Angelegenheit. Selbst in den USA haben renditeorientierte Krankenhäuser nur einen Marktanteil von 14,4%.¹ Die Privatisierung von Diensten im allgemeinen Interesse (Daseinsvorsorge) hat seit den 1980er Jahren viele Bereiche öffentlicher Leistungen erfasst, doch das Krankenhauswesen ist fast überall ausgenommen worden. Dass Gesundheitsleistungen nicht in eine Ware verwandelt sollen, ist offenbar ein weitverbreitetes Grundbedürfnis der Menschen. Sie wollen sicher sein, dass bei ihrer Behandlung erst die Moral, und dann das Geld kommt. Die »gefühlte« Position zu Markt- und Wettbewerb im Gesundheitswesen lautet: Wenn die Versorgung meiner Person davon abhängt, wie viel Rendite oder Verlust mein Fall einbringt, kann ich nicht mehr sicher sein, dass ich die bestmögliche Behandlung erhalte. Dieses Gefühl dürfte auch der Grund dafür sein, dass sich in kapitalistischen Gesellschaften in den vergangenen 150 Jahren der Krankenhausesektor überall als Non-Profit-Segment entwickelt hat.

Der Zugang zu und die Erbringung von Gesundheitsleistungen und Krankenhausversorgung sind aus sozialen Gründen und aus Sicherheits-erwägungen hoch reguliert, die Marktkräfte sind stärker gezügelt als in anderen Bereichen.² So wird sichergestellt, dass Marktgesetze in diesem Bereich nicht dominieren, Marktkräfte nicht zu menschlichen Tragödien führen und Marktversagen nicht teuer mit öffentlichen Geldern repariert werden muss.

¹ Das Krankenhauswesen in den USA wird von Markus Würz in diesem Buch ausführlich beschrieben.

² Hoch regulierte Märkte verlangen von Unternehmen einen höheren Aufwand an Verwaltung und Spezialisierung, bieten ihnen jedoch auch Vorteile. Denn der Zugang neuer Wettbewerber zu solchen Märkten ist weit schwieriger als in anderen Märkten.

Privatisierungsweltmeister Deutschland

Deutschland nimmt bei der Privatisierung von Krankenhäusern weltweit eine Sonderstellung ein. Es ist das einzige Land im Kreis vergleichbarer Industrieländer, das seit 15 Jahren in großem Umfang öffentliche Krankenhäuser aller Aufgabenstellungen und Größenordnungen an private Krankenhauskonzerne verkauft. Der Verkauf eines kompletten Universitätsklinikums, wie ihn die hessische CDU/FDP-Landesregierung im Jahr 2006 vorgenommen hat, ist weltweit einzigartig.³

Treibsätze der Krankenhausprivatisierung in Deutschland

Die deutsche Sonderstellung bei der Krankenhausprivatisierung hat eine ordnungspolitische und eine fiskalische Ursache. Die Delegitimierung öffentlicher Unternehmen und sozialstaatlicher Aufgaben im Zuge der neoliberalen Offensive ist in Deutschland seit Beginn der 1980er Jahre besonders erfolgreich gewesen. Der Rückzug des Staates aus der Regulierung von Märkten und der Verkauf von öffentlichen Wirtschaftsunternehmen wurden in vielen Feldern praktiziert. Vor dem Hintergrund der Staatswirtschaft in der DDR waren Kommunalpolitikerinnen und -politiker in Ostdeutschland ihren Kommunalunternehmen oft weniger verbunden als im Westen. Öffentliche Infrastruktureinrichtungen und Krankenhäuser wurden dort bereits in den 1990er Jahren häufiger verkauft. Drei der vier großen deutschen Krankenhauskonzerne sind zunächst im Osten groß geworden. Erst mit Beginn der 2000er Jahre nahmen Krankenhausprivatisierungen auch im Westen zu. Im Ergebnis dieses ordnungspolitischen Wandels ist es in Deutschland einfacher, ein Krankenhaus zu verkaufen als ein Stadtwerk oder eine Schule.

Die ökonomische Ursache der Krankenhausprivatisierung liegt in der Umverteilungspolitik der vergangenen Jahre: Deutschland hat beim Steuerenskungswettlauf zwischen den Staaten im Zuge der neoliberalen Wende die Schwächung der öffentlichen Finanzen radikaler vollzogen als andere Industriestaaten. Die Gewinnsteuern der Unternehmen wurden erheblich gesenkt.⁴ Fast jede Steuerreform wurde zulasten der öffentlichen Einnahmen finanziert. Parallel dazu wurden die in Deutschland traditionell niedrigen

³ Die Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg beschreiben Klaus Hanschur und Nils Böhlke in diesem Buch.

⁴ In den Jahren 2001 bis 2004 waren die Einnahmen aus der wichtigsten Gewinnsteuer der Unternehmen (Körperschaftsteuer) geringer als das Aufkommen aus der Tabaksteuer. 2008 lag die Körperschaftsteuer (15,9 Mrd. Euro) nicht weit über der Tabaksteuer (13,7 Mrd. Euro) (Bundesfinanzministerium 2009).

Steuern auf Vermögen (Erbchaftsteuer, Vermögensteuer, Grundsteuer) nochmals gesenkt. Die CDU/FDP-Bundesregierung schaffte in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre die Vermögensteuer ganz ab.⁵ In den 1970er Jahren lagen die Gewinn- und Vermögensteuern bei 7% des Bruttoinlandsprodukts – heute sind es nur noch rund 4%. So stieg Deutschland zum investitionschwächsten Land unter allen EU-Ländern ab. Lag Deutschland beim Anteil öffentlicher Investitionen am Bruttoinlandsprodukt zu Beginn der 1990er Jahre noch im europäischen Mittelfeld, so liegt es heute mit Österreich auf den beiden letzten Plätzen.

Die Krankenhäuser kamen durch die Schwächung der Steuerbasis ganz besonders unter Druck. Nachvollziehbar wird das vor dem Hintergrund der Historie der Krankenhausfinanzierung. In den 1960er Jahren war der bauliche und medizintechnische Zustand der deutschen Krankenhäuser stark zurückgefallen, weil die Einnahmen aus der Krankenversorgung für die notwendigen Investitionen nicht ausreichten. Deshalb wurde die Finanzierung der Krankenhäuser im Jahr 1972 grundlegend umgestellt. Das flächendeckende Netz der Krankenhäuser wird seither nicht mehr von den Kranken, sondern von der gesamten Gesellschaft finanziert. Die Kosten für die Krankenhausinfrastruktur (Bauten, medizinische Großgeräte = »Investitionskosten«) tragen die Länder aus Steuermitteln, die Kosten für die Krankenversorgung (»Betriebskosten«) werden von den Krankenkassen/Krankenversicherten bezahlt (duale Finanzierung). So gelang es in den 1970er Jahren mit beeindruckendem Erfolg, die Krankenhäuser auf den Stand eines modernen Industrielands zu heben und gleichzeitig die Lohnnebenkosten zu entlasten.

Mit der Schwächung der öffentlichen Einnahmen verkehrte sich der Fortschritt der dualen Finanzierung in einen massiven Nachteil für die Krankenhäuser. In den 1990er Jahren begannen die Bundesländer, ihre gesetzliche Pflicht zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen immer mehr zu verletzen. Weisbrod-Frey hat gezeigt, dass dieser Einbruch in vielen Bundesländern nahezu zeitgleich mit der Abschaffung der Vermögensteuer – sie war eine Ländersteuer – erfolgte (Weisbrod-Frey 2008). Seit Jahren werden den deutschen Krankenhäusern nur Investitionen im Umfang von 4 bis 5% des Umsatzes finanziert – nötig ist das Doppelte (Rürup u.a. 2008: 25). Während der Anteil der Krankenhausaufgaben am Bruttoinlandsprodukt

⁵ »Mit 0,9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts liegt die vermögensbezogene Besteuerung in Deutschland im internationalen Vergleich recht niedrig. Bereits eine Anhebung auf das durchschnittliche Belastungsniveau von OECD und EU-15 in Höhe von zwei Prozent könnte ein Steuermehraufkommen von 25 Milliarden Euro im Jahr hervorbringen.« (Bach: 485)

in den vergangenen 20 Jahren konstant bei 2,4% liegt, sind die staatlichen Ausgaben für Investitionsmittel in den alten Bundesländern von 0,19% auf 0,10% und in Gesamtdeutschland von 0,24% auf 0,12% des BIP halbiert worden (Rürup u.a. 2008: 10). So verwundert es nicht, dass der Grund für die meisten Krankenhausverkäufe ein Investitionsrückstand ist, den der öffentliche Träger nicht mehr auffüllen kann oder will. Krankenhäuser werden in dieser wirtschaftlichen Situation meist sehr billig verkauft – im Gegenzug sichert der private Käufer zu, künftig in sein (konzernerneigene) Krankenhaus zu investieren. Eine seltener anzutreffende Variante ist, dass ein öffentlicher Träger ein Defizit in der Kasse hat und sein Krankenhaus als »Tafelsilber« verkauft. Manchmal spielt bei Privatisierungsvorhaben auch mit, dass ein Träger bei der inneren Reform des Krankenhauses oder der Bildung eines regionalen Krankenhausverbands scheitert und daraus den Schluss zieht, das Haus einfach zu verkaufen.

Unternehmenskonzentration: Trägervielfalt schwindet

Der Marktanteil privater Krankenhäuser in Deutschland lag 2007 bezogen auf die Bettenzahl im Segment der Allgemeinen Krankenhäuser bei 15,6%, unter psychiatrischen Krankenhäusern bei 22%. Damit ist die Bedeutung von renditeorientierten Unternehmen in der Krankenhausversorgung in Deutschland größer als in allen anderen Industriestaaten.⁶ Der private Marktanteil ist im Krankensektor inzwischen größer als im Bereich der Krankenversicherung.⁷

⁶ In Frankreich haben private renditeorientierte Krankenhäuser einen Marktanteil von 25,3% (Betten in Akutkrankenhäusern 2006). Dennoch ist die Bedeutung privater Krankenhäuser geringer. Denn die meisten privaten Krankenhäuser sind kleine Häuser mit einer durchschnittlichen Größe von 88 Betten. Sie gehören meist lokal verwurzelten Unternehmen oder Einzelpersonen. Öffentliche Krankenhäuser werden nicht verkauft; der Marktanteil der öffentlichen Krankenhäuser ist von 1992 bis 2006 von 62,5% auf 66,2% angestiegen, der Marktanteil der privaten renditeorientierten fiel im selben Zeitraum von 26,4% auf 25,3%, private Krankenhäuser ohne Gewinnziel fielen von 11,2 auf 8,5%. Für die Berechnung wurden folgende Statistikkategorien verwendet: »Lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée« (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2008: 16). Im Bereich der Psychiatrie und Rehabilitation ist der private Marktanteil in Frankreich kleiner als in Deutschland.

⁷ Der Marktanteil der privaten Krankenversicherung, gemessen an Gesundheitsausgaben der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung, betrug im Jahr 2006 13,9% (Gesundheitsausgabenrechnung Statistisches Bundesamt).

Die Privatisierung von Krankenhäusern soll gewissermaßen als Peitsche für den Sektor dienen, um die Preise der Krankenversorgung in der Gesellschaft zu senken – so jedenfalls lautet ein häufig gebrauchtes Argument für Krankenhausverkäufe. Dies ist jedoch eine verkürzte Sicht. Denn erstens hat die gesetzliche Deckelung der Krankenhausbudgets die Krankenhauspreise weit stärker nach unten gedrückt als es die indirekte Wirkung der Privatisierung je bewirken könnte. Zweitens wird die ordnungspolitische Langfristwirkung übersehen. Wer Krankenhäuser privatisiert, führt die normalen Marktgesetze⁸ sowie die Dynamik der Unternehmenskonzentration ein und öffnet den Sektor auf lange Sicht für Finanzspekulationen.

Der private Krankenhausmarkt in Deutschland ist unter vier großen Konzernen aufgeteilt, neue Wettbewerber haben keine Chance auf Einstieg in diesen Markt. Die vier Großen sind bei Krankenhausverkäufen praktisch immer die Bieter, vereinzelt trat im Jahr 2008 auch mal ein öffentlicher oder ein freigemeinnütziger Käufer auf. Unter freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern herrscht Trägervielfalt, unter privaten nicht. Jede Privatisierung reduziert die Trägervielfalt. Weil Deutschland in Europa und weltweit der mit Abstand wichtigste Markt für Krankenhauskäufe ist, plant keiner der deutschen Konzerne eine bedeutende Expansion im Ausland.⁹ Im Jahr 2003 war die französische Générale de Santé der größte europäische Krankenhauskonzern. Inzwischen haben drei deutsche Konzerne das französische Unternehmen weit überholt.

Gründerzeit: Die Regeln des gierigen Finanzkapitalismus gelten noch nicht

Die Krankenhauskonzerne in Deutschland befinden sich noch in der Gründerzeit. Die Rhön-Klinikum AG,¹⁰ die Asklepios Kliniken GmbH und die Sana Kliniken AG sind noch in der Hand der Unternehmensgründer. Sie folgen dem Selbstverständnis eines groß gewordenen mittelständischen Unternehmens, dessen Management im Krankenhausgeschäft verwurzelt ist. Die

⁸ Z.B. zahlungskräftige Nachfrage wird besser bedient, Leistungsprofil wird an der Rentabilität, nicht am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet usw.

⁹ Asklepios hat sich im Jahr 2006 an der größten griechischen Krankenhauskette beteiligt – dies ist aber als Einzelereignis und nicht als Trend zu einer europäischen oder internationalen Expansionsstrategie zu werten. Nach deutschen Maßstäben ist die griechische Kette mit 8 Kliniken und rund 250 Mio. Euro Jahresumsatz »klein«.

¹⁰ Größter Aktionär ist noch der Gründer, der als Aufsichtsratsvorsitzender die Geschäftspolitik maßgeblich mitbestimmt.

Die weltweit größten privaten Krankenhauskonzerne 2008

1. Hospital Corporation of America (USA)

Umsatz: 20,1 Mrd. Euro, Beschäftigte: 183.000, Betten: 38.000, Eigentümer: Finanzinvestoren Bain Capital, Kohlberg Kravis Roberts & Co., Merrill Lynch Global Private Equity. (a)

2. Rhön-Klinikum AG (Deutschland)

Umsatz: 2,1 Mrd. Euro, Beschäftigte: 33.679, Betten: 14.828, Eigentümer: börsennotierte Aktiengesellschaft, Unternehmensgründer 16% der Aktien, institutionelle Investoren weltweit 51%, institutionelle Investoren Deutschland 9%. Nach Ausgabe neuer Aktien im Sommer 2009 ist der Anteil des Unternehmensgründers auf 12,45% gefallen.

3. Fresenius Helios Gruppe (Deutschland)

Umsatz: 2,1 Mrd. Euro, Beschäftigte: 30.088, Betten: 17.149 (einschl. Rehabilitation), Eigentümer: Pharma- und Medizintechnik-Konzern Fresenius SE. Mehr als 50% der Aktien in der Hand der Else-Kröner-Fresenius-Stiftung.

4. Asklepios Kliniken GmbH (Deutschland)

Umsatz: 2,3 Mrd. Euro, Beschäftigte: 36.000, Betten: 21.000, Eigentümer: Einzelunternehmer Bernard Broermann. (b)

5. Générale de Santé (Frankreich)

Umsatz: 1,9 Mrd. Euro, Beschäftigte: 21.500, Betten: 16.138. Eigentümer: börsennotierte Aktiengesellschaft, kontrolliert von einem Einzelunternehmer (47%) und dem italienischen Finanzinvestor DeA Capital (43%). (c)

6. Sana Kliniken AG (Deutschland)

Umsatz: 1,1 Mrd. Euro, Beschäftigte: 16.500, Betten: 8.200, Eigentümer: 33 Private Krankenversicherungsunternehmen aus Deutschland.

7. Capio (Schweden)

Umsatz: 1,3 Mrd. Euro, Beschäftigte: 14.500, Betten: ca. 8.100, Eigentümer: Finanzinvestoren APAX und Nordic Capital. (d)

8. Netcare (Südafrika)

Umsatz: 0,8 Mrd. Euro, Beschäftigte: 19.681, Betten: 8.678. Eigentümer: börsennotierte Aktiengesellschaft, größter Aktionär ist mit 17,0% die (staatliche) Investmentgesellschaft Südafrikas »Public Investment Corporation«. (e)

9. General Healthcare Group (Großbritannien)

Umsatz: 0,9 Mrd. Euro, Beschäftigte: 9.200, Betten: 2.840, Eigentümer: Netcare Südafrika 50,1%, Finanzinvestor APAX 31,7%. Die Verschuldung beträgt aufgrund des Finanzierungsmodells beim Kauf 2006 2,2 Mrd. Euro (f).

- a) Aufgrund der Finanzkrise ist Merrill Lynch von der Bank of America übernommen worden. Die Private Equity Beteiligung an der HCA wird nun von der Global Principal Investment geführt.
- b) In den von Asklepios veröffentlichten Zahlen sind 17% Einrichtungen enthalten, für die Asklepios lediglich einen Managementvertrag hat. Asklepios wird hier aus diesem Grund an vierter Stelle geführt.
- c) Zu den Besitzverhältnissen vgl. URL: <http://www.capital.fr/bourse/actualites/generale-de-sante-l-actionnariat-se-stabilise-316879>.
- d) Capio: Daten von http://www.nordiccapital.com/portfolio_capio.asp. Aus den veröffentlichten Daten geht nicht hervor, ob die Labordienstleistungen enthalten sind. Ende 2008 wurden die Labordienstleistungen innerhalb der Capio Gruppe in den Teilkonzern Unilabs überführt. Zahl der Betten aus unvollständigen Angaben geschätzt.
- e) In den von Netcare für Südafrika veröffentlichten Zahlen sind auch Einrichtungen enthalten, für die Netcare lediglich einen Managementvertrag hat. Enthalten ist auch der private Rettungsdienst »Netcare 911«.
- f) Umsätze einschließlich medizinischer Leistungen im Rahmen von Verträgen mit dem britischen National Health Service (NHS). Angaben aus dem Geschäftsbericht Netcare Limited 2008, Südafrika.

Zahlen für 2008. Quellen: Geschäftsberichte, Jahresabschlüsse und Selbstdarstellungen der Konzerne, bzw. bei Capio des Finanzinvestors Nordic Capital, im Internet. Währungen sind mit den Wechselkursen zum 30.6.2008 umgerechnet, um die Turbulenzen der Finanzkrise auszuklammern: 1 US Dollar = 0,6344 Euro, Schwedische Kronen 0,1056, Südafrikanischer Rand 0,0810.

größten Eigentümerwechsel innerhalb des privaten Sektors betrafen bisher die Wittgensteiner Kliniken AG (2001), die Helios Kliniken GmbH (2005) und die Humaine Kliniken GmbH (2006). Die genannten Klinikkonzerne wurden von der Fresenius SE gekauft, einem in Deutschland ansässigen, international tätigen Pharma- und Medizintechnik-Konzern. Damit sind die genannten Klinikketten zwar nicht mehr in der Hand ihrer Gründer, doch auch der neue Eigentümer Fresenius SE kann als Unternehmen gelten, das vor feindlicher Übernahme und aggressiven Strategien von Finanzinvestoren geschützt ist, weil mehr als 50% des Aktienkapitals von einer Stiftung der Gründerfamilie gehalten werden.

Im internationalen Bereich (siehe Übersicht) ist es hingegen die Regel, dass Krankenhauskonzerne im Besitz von Finanzinvestoren sind (Hospital Corporation of America USA, General Healthcare Großbritannien, Capio Schweden). Der Kauf der HCA im Jahr 2006 für 23,5 Mrd. Euro war die bis dahin größte Firmenübernahme durch Finanzinvestoren in der Wirtschaftsgeschichte. Die Générale de Santé sah sich laut Geschäftsbericht im Jahr 2007 von »spekulativen Finanzbewegungen« und einer »feindlichen Übernahme« bedroht (Générale de Santé 2008: 9). Daraufhin versuchte der

Großaktionär und Aufsichtsratsvorsitzende Antonino Ligresti die Aktien zusammen mit anderen Investoren selbst aufzukaufen. Dies scheiterte an einem Arzt, der diesem Deal misstraute und mit seinem 10%-Aktienpaket die Komplettübernahme blockierte. Die Générale de Santé wird von der Santé S.A. kontrolliert, die 81% des Aktienkapitals besitzt. Die Santé S.A. wiederum gehört zu 47% dem Aufsichtsratsvorsitzenden Ligresti und zu 43% dem Finanzinvestor DeA Capital. Netcare in Südafrika ist eine börsennotierte Aktiengesellschaft, deren größter Einzelaktionär mit 17,0% Aktienanteil die staatliche »Public Investment Corporation Ltd.« von Südafrika ist.

In Deutschland ist bislang lediglich ein kleiner Krankenhauskonzern an Finanzinvestoren übergegangen. Der Landkreis Lüchow-Dannenberg verkaufte sein Krankenhaus – ebenso wie einige andere kommunale Träger in Norddeutschland – an die kleine deutsche Klinikette »Deutsche Klinik GmbH«. Diese wurde im Sommer 2006 vom schwedischen Gesundheitskonzern Capio gekauft. Das Geschäft war kaum in trockenen Tüchern, da kaufte der Finanzinvestor APAX, einer der Top Ten der Weltrangliste, den schwedischen Konzern. Ziel des Finanzinvestors ist es, den Wert von Capio zu steigern und das Unternehmen in einigen Jahren gewinnbringend an der Börse zu platzieren oder anderweitig weiterzuverkaufen (Stumpfögger 2006a, 2006b). Capio kaufte im Jahr 2007 im deutschen Krankenhausmarkt die kleine private Klinikgruppe »Vena« mit sechs Fachkliniken für Gefäßbehandlung hinzu.

Gründerzeit herrscht im deutschen Krankenhausmarkt auch insofern, als im privaten Krankensektor bislang keine Tendenzen sichtbar sind, die von Finanzinvestoren bekannt sind. Kein Konzern hat bisher versucht, seine Krankenhäuser in profitable und weniger profitable Teilkonzerne aufzuteilen, die profitablen Teile meistbietend zu verkaufen und unprofitable Teile zu schließen oder an die öffentliche Hand zurückzugeben. Die Schließung unprofitabler Häuser oder die Rückgabe an die öffentliche Hand ist bisher nur in wenigen Ausnahmefällen vorgenommen worden. Solche Fälle werden von den Konzernen meistens eher behutsam gehandhabt und es wird Rücksicht auf das Personal genommen. Denn nach wie vor zielt das Geschäftsmodell auf Wachstum durch Zukauf öffentlicher Häuser. Dafür ist der gute Ruf als vertrauenswürdiger Konzern, der Krankenhäuser wirtschaftlich erfolgreich führt, unverzichtbar.

Es ist zu erwarten, dass die Gründerzeit über kurz oder lang zu Ende geht und sich Entwicklungen wie in anderen Branchen auch im Krankensektor zeigen. Die weltweite Wirtschaftskrise macht eindrücklich sichtbar, dass der Gesundheitssektor weitgehend konjunkturunabhängig ist und von der Krise kaum geschädigt wird. Das deutsche System der gesetzlichen Kranken-

versicherung gilt überdies im internationalen Vergleich als besonders stabil und leistungsfähig. Das macht den inländischen Gesundheitsmarkt zusätzlich attraktiv für Kaufinteressenten und für Finanzinvestoren. Ob die politischen Entscheidungsträger dies wollen, wird dabei nicht mehr entscheidend sein. Denn hat ein Bundesland, Landkreis oder eine Stadt ihr Krankenhaus erst einmal verkauft, kann dieses immer wieder verkauft werden, ohne dass die Kommune oder das Land Einfluss darauf nehmen können.¹¹

Sind private Krankenhäuser billiger?

»Privat ist billiger und besser« lautet die Formel, mit der der Verkauf öffentlichen Eigentums an Private oft begründet wird. Für Krankenhausverkäufe gilt das nicht – jedenfalls nicht aus Sicht der Krankenversicherten und der Krankenkassen. Denn das staatlich regulierte System der Krankenhauspreise (Bezahlung nach Fallpauschalen, DRG-System) ist so konstruiert, dass gleiche Krankenhausleistungen immer gleich bezahlt werden, egal zu welchen Kosten ein Krankenhaus arbeitet.¹² Überschüsse bleiben beim Krankenhaus zu dessen freier Verfügung. Eine Privatisierung macht die Krankenhausleistung nicht billiger für die Kranken und ihre Versicherungen.

Krankenhauspreise sind nach gemeinwirtschaftlichem Prinzip kalkuliert: Der Preis für eine Krankenhausleistung soll den Aufwand decken, der für die Krankenversorgung entsteht – es gibt keinen Aufschlag für einen Gewinn. Dennoch weisen die Jahresabschlüsse der privaten Krankenhäuser jährlich rund 500 Mio. Euro Gewinne (Weisbrod-Frey 2009) aus.¹³ Finanziert sind die Gewinne fast ausschließlich aus den Krankenversicherungsbeiträgen durch die Krankenkassen. Umstritten ist die Frage, woher Gewinne und Rendite von privaten Krankenhauskonzernen kommen, wenn dieser Gewinn in den Preisen für Krankenhausleistungen nicht einkalkuliert ist. Die privaten Kran-

¹¹ In Kaufverträgen wird gelegentlich vereinbart, dass ein kleiner Teil der Anteile beim öffentlichen Träger verbleiben. Dies dient der Vermeidung der Grundsteuer. Wie weit damit auch Einflussrechte im Falle eines Weiterverkaufs verbunden werden, entzieht sich zumeist der Kenntnis der Öffentlichkeit. Soweit ver.di das Feld überblickt, vertrauen die Kommunen darauf, dass der Erstkäufer mit dem Haus ordentlich umgeht und treffen in den Verträgen kaum Vorsorge für den Fall eines Weiterverkaufs.

¹² In der Anlaufphase des DRG-Systems sind die Preise zunächst auf Länderebene angeglichen worden. Nach der Übergangszeit (Konvergenzphase) wird es bundes einheitliche Preise geben.

¹³ Gesamtausgaben 2007 für private Krankenhäuser 9,6 Mrd. Euro.

kenhausbetreiber vertreten die Auffassung, dass sie Krankenhäuser besser managen, billiger einkaufen und die Krankenversorgung rationeller organisieren als öffentliche und freigemeinnützige Häuser. Nach Beobachtung von ver.di findet die Reorganisation der Krankenversorgung in Krankenhäusern aller Trägerschaften statt. Erfolg und Tempo dieses Prozesses hängen nicht von der Trägerschaft ab, sondern von der Kompetenz des Managements und der wirtschaftlichen Fähigkeit des Krankenhausträgers, in Rationalisierung zu investieren. Gutes und schlechtes Management gibt es in Krankenhäusern aller Trägerschaften. Private Konzerne legen jedoch ein besonderes Gewicht darauf, dass in ihren Krankenhäusern Entscheidungen schnell getroffen und umgesetzt werden.

Konzern- und Gesamtbetriebsräte von privaten Krankenhauskonzernen verorten die Quelle der Gewinne dagegen nicht in einem besseren Management, sondern in einer Reihe von strukturellen Sonderbedingungen¹⁴ sowie der Personalpolitik. Die unterdurchschnittlichen Lohnkosten stammen den Interessenvertretungen zufolge aus der Kombination von niedrigerer Bezahlung, weniger Personal, schlechterer betrieblicher Altersvorsorge, Verjüngung der Belegschaft, geringerer Beteiligung an der Ausbildung von Krankenschwestern- und pflegern sowie einem billigeren Qualifikationsmix (Ersetzen von hoch qualifiziertem Personal durch Hilfskräfte) als im Branchendurchschnitt (ver.di-Vertrauensleute und Vorsitzende und Mitglieder von Konzern- und Gesamtbetriebsräten und Konzern-Jugend- und Auszubildendenvertretungen privater Krankenhauskonzerne 2009). Der Krankenhaus Rating Report 2007 des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung weist in privaten Krankenhäusern 13% niedrigere Personalausgaben je Vollzeitkraft aus. Ein wesentlicher Faktor (5 Prozentpunkte) sind hierbei die niedrigen Aufwendungen der privaten Krankenhäuser für die Altersvorsorge (Augurzky 2007: 87).¹⁵

¹⁴ Im offenen Brief der ver.di-Vertrauensleute und Vorsitzenden und Mitglieder von Konzernbetriebsräten privater Krankenhäuser werden u.a. aufgezählt: selektiver Kauf von Krankenhäusern, geringer Anteil von Krankenhäusern der Maximalversorgung, Ausnahme vom Vergaberecht sowie: »Viele Krankenhäuser im Osten sind in öffentlicher Trägerschaft saniert und anschließend verkauft worden. Sie gingen dann ohne Investitionsstau in die Hände der Konzerne über. So konnten die Konzerne gewissermaßen eine indirekte Anschubfinanzierung genießen.« (ver.di-Vertrauensleute u.a. 2009: 103f.)

¹⁵ Der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di gelingt es in jüngerer Zeit zunehmend, die Löhne auf Branchenniveau anzuheben (Konzerntarifverträge Fresenius Helios 2007, Damp Holding AG 2007, Sana Kliniken AG 2009 sowie Tari-

Der Renditedruck in privaten Krankenhäusern führt dazu, dass der Personalabbau über das durch Reorganisation erzielbare Maß hinausgeht. Am deutlichsten wird dies meist direkt nach einer Privatisierung. Oft nutzen es die Käufer rigoros, wenn der vorherige Besitzer befristete Arbeitsverträge abgeschlossen hat. Fast immer werden befristete Verträge nach einem Verkauf für eine erste Welle des Personalabbaus genutzt, noch bevor eine Reorganisation versucht wurde. Mit dieser Methode ist es beispielsweise der Rhön-Klinikum AG gelungen, das Jahresergebnis des neu gekauften Uniklinikums Gießen und Marburg binnen Jahresfrist, um rund 10 Mio. anzuheben.¹⁶ Dass es in einzelnen Bereichen danach zu einer dramatischen Unterbesetzung und auch zu öffentlichen Vorwürfen über schlechte Versorgung kam, nahm der Konzern in Kauf.

Auch Obst weist im Ärzteblatt darauf hin, dass Gewinnmargen in den Preisen für die Krankenhausleistungen nicht einkalkuliert sind: »Da auch private Krankenhausträger keine rechtliche Möglichkeit haben, ihre Eigenkapitalkosten oder gewisse Gewinnmargen auf die Entgelte für stationäre Leistungen aufzuschlagen (die Veränderungsrate wird durch das Bundesgesundheitsministerium vorgegeben), ist es unmöglich, Eigenkapitalkosten außerhalb einer betriebswirtschaftlichen Reduzierung des Versorgungsniveaus zu refinanzieren.« Obst nennt folgende Bereiche als Quelle von Gewinnen: »Die Maßnahmen, mit denen die Aufwendungen für die Krankenversorgung gesenkt werden sollen, sind hinlänglich bekannt: die Restrukturierung von Versorgungsabläufen (durch die Aufgabe nicht profitabler Leistungsbereiche und die Reduzierung der Anzahl der Beschäftigten), die Erzielung von Synergieeffekten (über die Reduzierung der tariflichen Löhne durch Outsourcing und die Gründung von Servicegesellschaften sowie die Reduzierung des Sachmittelaufwands durch preisliche und qualitative Substitution) und die Steigerung der Effizienz (durch Verdichtung der Arbeitsbelastung der Beschäftigten).« (Obst 2009: 925f.)

fabschlüsse bei Paracelsus und einzelnen Krankenhäusern bei der Rhön-Klinikum AG 2008, 2009).

¹⁶ Schätzrechnung von ver.di auf der Basis von Meldungen über Personalabbau im ersten Jahr. Ein kleiner Teil der genannten 10 Mio. Euro wurde dadurch erreicht, dass mehr Personal als beim Verkauf vorgesehen dem Bereich Forschung und Lehre zugeordnet wurde. Personal in Forschung und Lehre wird auch nach der Privatisierung vom Land Hessen bezahlt.

Versorgen private Krankenhäuser Kranke besser?

Anlässe für die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland sind mehrschichtig. Es gibt jedoch keinen Fall, in dem ein Krankenhaus privatisiert worden wäre, weil dort die Qualität der Krankenversorgung mangelhaft war und man vom privaten Betreiber eine bessere Krankenbehandlung erwartete. Anders als in den USA gibt es in Deutschland keine Studien zum Zusammenhang von Privatisierung und Versorgungsqualität. Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2007 eine Studie zur Privatisierung von Krankenhäusern veröffentlicht. Dort wird nicht von besserer Versorgung durch Privatisierung ausgegangen, sondern zurückhaltend von einem Spannungsverhältnis zwischen ärztlichen Entscheidungen, ärztlichem Berufsbild und den betriebswirtschaftlichen Zielen des Unternehmens gesprochen (vgl. Bundesärztekammer 2007: 79-84).

Die Monopolkommission beim Bundeswirtschaftsministerium hält die Verhinderung von regionaler Marktmacht eines einzigen Krankenhausbetreibers (Fusionskontrolle) für notwendig, um den Qualitätswettbewerb im Krankenhausbereich zu sichern. »Da Preiswettbewerb in diesem Bereich ausgeschlossen ist, spielt der Wettbewerb um die Qualität aus Sicht der Krankenhausträger eine umso größere Rolle [...]. Selbst wenn ein Arzt [...] immer ein Interesse daran hat, sich für die Qualität und gegen eine Kostenersparnis zu entscheiden, muss er in der Lage sein, diese Entscheidung auch intern gegenüber dem Betreiber des Krankenhauses durchsetzen zu können. Dies gelingt mit umso größerer Wahrscheinlichkeit, je größer die Gefahr der Abwanderung von Patienten bei schlechter Qualität ist.« (Monopolkommission 2006: 32f.)

Ob die Privatisierung von Krankenhäusern das gesundheitspolitische Ziel der Bundesregierung zu einer besseren Vernetzung von vorsorgenden und nachsorgenden, von stationären und ambulanten, von kurativen und rehabilitativen Gesundheitsleistungen (»integrierte Versorgung«) fördert oder hemmt, ist schwer zu beurteilen. Studien dazu gibt es nicht. ver.di geht davon aus, dass lokal verortete und nach dem Low- oder Non-Profit-Prinzip arbeitende Anbieter von Gesundheitsleistungen leichter zu vernetzen sind, als solche, die strikt auf Rendite und strategische Marktmacht des Konzerns orientiert sind.

Einen Hinweis auf das Verhältnis von integrierter Versorgung und Konzernstrategie kann die Geschäftsstrategie der Rhön-Klinikum AG geben. Der Konzern geht davon aus, dass die Zeit großer Gewinnsteigerungen im Krankenhausbereich zu Ende geht. Deshalb will er bundesweit flächendeckend die ambulante Versorgung als neues Geschäftsfeld für sich erschlie-

ben. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollen als Geschäftspartner und Teilhaber von Konzerntöchtern gewonnen werden, die zur Betätigung in der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung gegründet werden. Das Unternehmen kann im Gegenzug den Ärztinnen und Ärzten die Investitionsrisiken für die Einrichtung einer privaten Praxis abnehmen. Der Konzern spricht von »integrierter Versorgung«, gemeint ist aber die »Integration neuer Geschäftsfelder« in den Konzern und die Entwicklung des Unternehmens zum »integrierten Gesundheitskonzern«. Je mehr Leistungen ein Gesundheitskonzern integriert, desto gewichtiger kann er als Verhandlungspartner den Krankenkassen gegenüberreten, falls das System der Verhandlung von Krankenhauspreisen geöffnet wird. Außerdem kann durch die Betätigung im ambulanten Bereich eine Überweisung von Patientinnen und Patienten an die eigenen Krankenhäuser besser gesichert werden.

Werden private Krankenhäuser besser gemanagt?

Private Krankenhausbetreiber können den Kostenvorteil großer Einheiten (Skaleneffekt)¹⁷ nutzen, und sie tun das konsequent. Öffentliche und kirchliche Häuser schließen sich ebenfalls zu Verbänden zusammen, um solche Effekte zu nutzen. Die einheitliche Leitung im Konzern erlaubt aber eine intensivere und breitere Nutzung von Skaleneffekten als in einem Verbund. Das gilt sowohl für den Einkauf, als auch für die Servicedienste, Bauplanung und -leitung, Qualitätsmanagement und vieles andere. Die Konzerne haben eine Größe erreicht, die es ihnen ermöglicht, konzerneigene Ausbildungen und Berufe für die industrielle Arbeitsteilung im Krankenhaus zu entwickeln.

Daneben können private Krankenhäuser einen strukturellen Wettbewerbsvorteil auf dem Gebiet der Investitionsfinanzierung nutzen. Der Investitionsverweigerung der Länder können sie besser entgegen, weil sie Kredite aufnehmen¹⁸ oder über die Finanzkraft des Konzerns Investitionen innerhalb des Konzerns aus dem laufenden Geldfluss (Cash Flow) mit Hilfe von Quer-

¹⁷ Wer mehr vom gleichen produziert, kann das zu günstigeren Kosten tun und hat niedrigere »Stückkosten pro Krankenhausfall«.

¹⁸ Verschuldete Kommunen verweigern ihren Krankenhäusern häufig die Kreditaufnahme. Für alle Kredite gilt: Die Kosten für Fremdkapital (Zinsen) sind in den Krankenhauspreisen ebenso wenig einkalkuliert wie Investitionskosten. Sie müssen also aus den Erlösen für die Krankenversorgung abgezweigt werden. Nach Berechnungen von ver.di sind in öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern aus diesem Grund rund 17.000 Stellen in der Pflege und anderen Bereichen der Krankenhäuser abgebaut worden (Weisbrod-Frey 2008b).

subventionen oder konzerninternen Krediten finanzieren können. Sie sind also, anders als viele öffentliche Häuser, in der Lage, schnell in die Rationalisierung von Prozessen der Krankenversorgung zu investieren (z.B. Neubauten), um von den Kostenvorteilen der Reorganisation zu profitieren. Private Konzerne haben wie öffentliche und freigemeinnützige Träger Anspruch auf Finanzierung ihrer Krankenhausinvestitionen durch die Bundesländer. Sie nutzen die Investitionsförderung und mehrere Konzerne veröffentlichen auch den Umfang öffentlicher Investitionsmittel. Die Förderquote liegt oft höher als bei öffentlichen Krankenhäusern (vgl. ver.di-Vertrauensleute 2009: 102). In Einzelfällen haben Konzerne sogar auf staatliche Investitionsmittel verzichtet, um Bauvorhaben nach eigenen Zeitplänen umsetzen zu können und die Ausschreibungspflicht zu vermeiden.¹⁹

Darüber hinaus dulden private Krankenhausunternehmen keine Chefarzt-Fürstentümer. Als »Chefarzt-Fürstentum« wird hier ein Umstand bezeichnet, bei dem ein Chefarzt eine ökonomische Einheit innerhalb eines Krankenhauses bildet, die eigene, möglicherweise mit dem Gesamtinteresse des Hauses nicht in Einklang stehende Ziele hinsichtlich Leistungsspektrum und Gewinn verfolgt (vgl. Wendl: 43ff.). Die wesentlichen Säulen eines Chefarzt-Fürstentums sind das Recht zur Privatliquidation und einflussreiche Beziehungen zu den kommunalpolitischen Entscheidungszentren. Die Umbruchsituation beim Verkauf eines Krankenhauses nutzen die neuen Eigentümer erfolgreich dafür, Chefärzte mit finanziell attraktiven Verträgen ans Haus zu binden, sie aber gleichzeitig der ökonomischen und strategischen Steuerung des Unternehmens zu unterstellen. Gerade kleinere öffentliche Krankenhäuser, bei denen bisweilen 10 oder 20% des gesamten Erlöses von der Reputation eines einzigen Chefarztes abhängig sind, sind hier wenig konfliktfähig. Größere öffentliche Krankenhäuser haben die Chefarztverträge allerdings längst wie private Klinikketten abgeändert. Jedoch können sie dies meist nur Schritt für Schritt bei der Neubesetzung einer Stelle umsetzen. Die Umstellung erfolgt also, das Tempo ist aber geringer, weil die Sondersituation des Eigentümerwechsels fehlt.

¹⁹ Öffentliche Krankenhäuser unterliegen bei Anschaffungen aller Art (nicht nur bei Bauten) dem Vergaberecht (Pflicht zur Ausschreibung, Verbot von Nachverhandlungen nach Eingang von Angeboten). Private Krankenhäuser sind davon frei.

Privatisierung der Gewinne, Sozialisierung der Verluste?

Die Erfahrungen mit Marktmechanismen und Kapitalismus lehren, dass häufig Gewinne privatisiert und Verluste sozialisiert werden. Nie ist dies in größerem Maßstab deutlich geworden als in der gegenwärtigen Finanz- und Wirtschaftskrise.

Im Bereich der Krankenhäuser ist die Verlagerung von Kosten nach außen (Externalisierung) und in Einzelfällen auch die Privatisierung der Gewinne und Sozialisierung von Verlusten zu beobachten. In den Servicediensten der privaten Krankenhauskonzerne sind die Löhne gesenkt und die betriebliche Altersvorsorge so weit reduziert oder aufgelöst worden, dass den meisten Beschäftigten Altersarmut bevorsteht. Der Sozialstaat muss die Altersarmut später auffangen. Auch Krankenhäuser anderer Trägerschaften und die Unternehmen in anderen Branchen praktizieren diese Form der Auslagerung von Arbeitskosten auf die Gesellschaft und den Steuerzahler, jedoch haben die privaten Krankenhauskonzerne diesen Prozess weiter vorangetrieben als öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser.

An der Ausbildung von Krankenschwestern und -pflegern beteiligen sich die privaten Konzerne weniger als es ihrem Marktanteil entsprechen würde. Ihr Anteil betrug im Jahr 2007 15,6% der Betten, 13,% der beschäftigten Vollkräfte und 9,7% der Ausbildungsplätze (Statistisches Bundesamt 2008). Freigemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser erbringen dementsprechend überdurchschnittliche Ausbildungsleistungen für die Krankenhausbranche.

Einen besonderen Fall von Sozialisierung der Verluste stellt der Verkauf des zweitgrößten kommunalen Krankenhausunternehmens in Hamburg dar. Gegen den Willen der Hamburgerinnen und Hamburger (Volksentscheid 76,8% gegen den Verkauf am 29. Februar 2004) verkaufte der CDU/FDP-Senat den Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg an Asklepios. Die bis dahin aufgelaufenen Pensionsverpflichtungen übernahm die Stadt Hamburg. Weil der Senat im Verkaufsvertrag eine Klausel akzeptierte, die im Ergebnis dem Konzern die Rendite sichert, musste die Stadt bisher in jedem Jahr Geld an das privatisierte Unternehmen überweisen.²⁰ Die »Welt online« berichtete am 10. Mai 2009: »Lediglich einen Teil des Kaufpreises in Höhe von 318,6 Millionen Euro hat der Neueigentümer bislang gezahlt. Aufgrund vertraglicher Regelungen hat die Stadt jedoch bereits 108,4 Millionen Euro zurück überwiesen, weil die Ertragslage des Unternehmens den garantierten

²⁰ Vergleiche hierzu den Beitrag von Katharina Ries-Heidtko und Nils Böhlke in diesem Buch.

Umsätzen nicht ansatzweise entsprach. Für das Geschäftsjahr 2007 musste Hamburg 39,2 Millionen Euro an Asklepios zahlen.« (Hinrichs/Wellmann 2009)

Der grundlegende Unterschied zwischen öffentlichen und anderen Trägern ist, dass die öffentliche Hand den Sicherstellungsauftrag hat und diesen auch beim Verkauf eines Krankenhauses behält. Aufgrund des Sozialstaatsgebotes muss der Staat eine ausreichende Krankenhausversorgung sicherstellen und für gleichwertige Lebensverhältnisse sorgen.

Private Krankenhauskonzerne und freigemeinnützige Träger können aus betriebswirtschaftlichem Kalkül Krankenhäuser schließen, auch wenn die Bevölkerung weit und breit kein anderes Krankenhaus erreichen kann. In einem solchen Fall muss die öffentliche Hand entweder einen neuen Betreiber für das Krankenhaus finden und dessen Bedingungen akzeptieren, oder das Krankenhaus selbst übernehmen oder an anderer Stelle ein neues Krankenhaus errichten.

Im Krankenhausbereich gab es bisher drei Fälle von Rückübertragung an die öffentliche Hand aus betriebswirtschaftlichen Gründen: 2007 Städtisches Krankenhaus Herbolzheim an den Landkreis Emmendingen (Helios) (Trüöl 2006; Niermann 2007), 2009 Krankenhaus Gransee an Landkreis Oberhavel (Sana Kliniken AG), 2009/2010 Krankenhaus in Dresden-Wachwitz an die Stadt Dresden (Helios).²¹ Diese Rückübertragungen wurden von den Konzernen weitgehend behutsam für das Personal²² und kooperativ mit den öffentlichen Trägern vorgenommen. Eine Studie, die der Landkreistag Baden-Württemberg zur Zukunft der kommunalen Krankenhausstrukturen in Auftrag gegeben und deren Aussagen der Landkreistag als Positionspapier veröffentlicht hat, empfiehlt, dass sich Gemeinden beim Klinikverkauf auf dem Weg des Erbbaurechts absichern, also Eigentümer ihrer Krankenhäuser bleiben sollten. Der Landkreistag weist aber darauf hin, dass so nur ein Teil des Risikos abgefangen werden könne: »Es bleibt indes das Problem,

²¹ Dresden-Wachwitz: »Dem Vernehmen nach war die internistische Onkologie im vergangenen Jahr nur zu 50 Prozent ausgelastet. Doch eine rein internistische Onkologie sei unwirtschaftlich, heißt es bei Helios. Man hätte dazu eine chirurgische aufbauen müssen. Doch die gibt es mit dem Tumorzentrum im Krankenhaus Friedrichstadt. Das sächsische Gesundheitsministerium riet zur Fusion. So kommt dort nun am 1. Januar 2010 die internistische und chirurgische Onkologie zusammen. Der Freistaat unterstützt die Übernahme mit vier Millionen Euro.« Das denkmalgeschützte Areal auf dem Wachwitzer Elbhänge bleibt im Eigentum von Helios (bibliomed 2009).

²² In Herbolzheim gab es betriebsbedingte Kündigungen, nachdem die Beschäftigten mehrere Jahre auf Lohnbestandteile verzichtet hatten. Die meisten Beschäftigten erhielten einen Arbeitsplatz im Kreiskrankenhaus.

dass der Stadt- oder Landkreis ggf. eine Klinik zurück erhält, die aufgrund zwischenzeitlicher Veränderungen nur noch eingeschränkt zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags geeignet ist.« (Landkreistag Baden-Württemberg 2006: 9)

Wenn sich Privatisierung und Deregulierung paaren

Der deutsche Krankenhausmarkt ist gekennzeichnet durch Privatisierung ohne Deregulierung. Es gibt ein staatlich reguliertes System für die Krankenhauspreise und es gibt die staatliche Landeskrankenhausplanung, die über die regionalen Standorte und das Leistungsspektrum der Krankenhäuser entscheidet.

Eine neue Dynamik würde entstehen, wenn zur Privatisierung die Deregulierung des Krankenhausmarktes hinzukommen würde. Dann könnte sich die Marktmacht der vier großen privaten Krankenhauskonzerne stärker entfalten. Sollte beispielsweise das selektive Kontrahieren eingeführt werden, bei dem die Krankenkassen entscheiden, dass sie bestimmte Krankheiten ihrer Versicherten nur in ausgewählten Krankenhäusern behandeln lassen, würden die Konzerne aus einer besonders günstigen Position starten. Durch ihre Größe wären sie in der Lage, strategische Niedrigpreise anzubieten, um beim Markteintritt die Nase vorn zu haben.

An Deregulierungsforderungen mangelt es nicht. Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., der die politischen Interessen der Krankenhauskonzerne bündelt, fordert beispielsweise, die Kompetenzen der Länder in der Krankenhausplanung stark einzuschränken. Die Marktteilnehmer sollen nach Renditegesichtspunkten entscheiden, in welchen medizinischen Fachgebieten und in welchen Regionen sie Leistungen ausweiten und wo sie Leistungen verknappen.

Bei den Ländern soll nur noch eine flankierende Rahmenplanung verbleiben sowie die Aufgaben, mangelhafte Marktergebnisse zu reparieren und für die Finanzierung der Krankenhäuser zu sorgen. Der Staat soll die Krankenhausversorgung nur noch »gewährleisten«, ohne eigene Krankenhäuser zu betreiben. Öffentliche Krankenhäuser soll es nicht mehr geben. Den kirchlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern soll die steuerliche Gemeinnützigkeit entzogen werden.

Alle Marktteilnehmer sollen das renditeorientierte Geschäftsmodell verfolgen. Öffentliche Krankenhausträger sollen an ihre Krankenhäuser keine Zuschüsse mehr zahlen dürfen. Die Quersubventionierung von Krankenhäusern innerhalb privater Konzerne sowie innerhalb des freigemeinnützigen

Sektors soll hingegen weiter möglich bleiben. Der Verband arbeitet darauf hin, dass die EU-Liberalisierungsregeln im Krankenhaussektor eingeführt werden.²³

Für die Bevölkerung, die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler und die Politik wäre ein Systemwechsel dieser Art riskant. Das heutige System der Krankenhausversorgung weist im Vergleich der OECD-Staaten die niedrigsten Kosten pro Krankenhausfall und sehr niedrige Krankenausgaben pro Einwohner auf (Salfeld u.a. 2007: 5).²⁴ Dabei werden die Menschen auf hohem Qualitätsniveau und fast ohne soziale Unterschiede zwischen Patientinnen und Patienten versorgt. Die Krankenhausplanung garantiert den Menschen sowohl in Ballungsgebieten als auch im ländlichen Raum eine gute, leicht zugängliche Krankenhausversorgung. Die regulierten Krankenhauspreise verhindern einen Preis- und Qualitätsdumpingwettbewerb. Die Existenz öffentlicher und freigemeinnütziger Krankenhäuser erhält der Politik die Fähigkeit, die Krankenhauslandschaft nach Bedarfsgesichtspunkten und nicht nach Marktgesetzen zu steuern.

Deutschland befindet sich in der Startphase eines unter den vergleichbaren Industrieländern weltweit einzigartigen Privatisierungsprojekts im Krankenhausmarkt. Der Fortschritt der Krankenhausprivatisierung lässt sich mit einem Bild aus der Welt des Straßenverkehrs veranschaulichen: Wäre die Privatisierung von Straßen ebenso weit fortgeschritten wie die Privatisierung von Krankenhäusern, wäre die Autobahn A2 (von Oberhausen über Dortmund, Hannover nach Berlin) verkauft.²⁵ Rund 30 Landkreise hätten überhaupt keine öffentlichen Straßen mehr,²⁶ in Hamburg wären 4% aller Straßenbrücken verkauft.²⁷ Rürup u.a. weisen in ihrer Studie zur Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser darauf hin, dass Planung und Finanzierung der Straßeninfrastruktur in Deutschland besser organisiert ist als die Krankenhausversorgung (Rürup u.a. 2008: 44f.).

²³ Über die Organisation des Krankenhauswesens dürfen die EU-Mitgliedsstaaten bislang selbst entscheiden, der Krankenhaus-Sektor ist den EU-Liberalisierungsvorschriften bislang nicht unterworfen.

²⁴ McKinsey-Kalkulation auf der Basis OECD Health Data 2005.

²⁵ Die Autobahn A2 steht mit 486 km Länge auf Platz 6 der längsten Autobahnen. Dies entspricht der Position des Uniklinikums Gießen und Marburg unter den 32 deutschen Universitätskliniken.

²⁶ Dies entspricht den Landkreisen und kreisfreien Städten, die ausschließlich noch privat renditeorientierte (auch keine freigemeinnützigen) Krankenhäuser haben.

²⁷ Marktanteil Asklepios in Hamburg rund 40%, Universitätsklinikum Eppendorf 10-15%.

Das bestehende Krankenhaussystem sollte optimiert, nicht privatisiert werden. Der erste Schritt wäre die Rückkehr zur ordentlichen Finanzierung der Krankenhausinvestitionen durch die öffentliche Hand. Es ist an der Zeit, dass öffentliche Krankenhausträger und kommunale Verbände beginnen, langfristiger zu denken und strategischer zu entscheiden. Das Desaster der Kommunen, die öffentliches Eigentum im Zuge des Cross Border Leasing an US-Investoren verkauft haben und die nun auf kostspieligen Verträgen sitzen geblieben sind, ist ein abschreckendes Beispiel (Kirbach 2009).

Literatur

- Augurzky, Boris u.a. (2007): Krankenhaus Rating Report 2007. Die Spreu trennt sich vom Weizen, RWI Materialien Heft 32, Essen.
- Bach, Stefan (2009), Vermögensbesteuerung in Deutschland. Eine Ausweitung trifft nicht nur Reiche, in: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Wochenbericht Nr. 30 vom 22. Juli.
- bibliomed (Internetnachrichtendienst), Kommunales Krankenhaus übernimmt Helios-Klinik Dresden-Wachwitz, vom 17.03.09, URL: http://www.bibliomed.de/cps/rde/xchg/bibliomed/hs.xsl/90_14648.htm [17.3.2009].
- Bundesärztekammer (2007): Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit, Berlin.
- Bundesfinanzministerium (2008): Kassenmäßige Steuereinnahmen nach Steuerarten 1950 bis 2008. URL: http://www.bundesfinanzministerium.de/nn_4144/DE/Wirtschaft_und_Verwaltung/Steuern/Steuerschaetzung_einnahmen/Steuereinnahmen/001.html?__nnn=true.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) (2007): Modell 21. Regionale monistische Finanzierung. Krankenhäuser gesund zukunftsfähig machen! BDPK-Konzept zur Gestaltung der Krankenhausfinanzierung, Berlin. Die Broschüre enthält auch die »Eckpunkte des BDPK zur Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für Krankenhäuser nach dem Ende der Konvergenzphase« vom Januar 2007.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2006): Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2006, in: Internet URL: <http://www.sante.gouv.fr/drees/donnees/es2006/es2006.pdf>. Die DREES ist eine Abteilung des französischen Gesundheitsministeriums.
- Générale de Santé (2007): Rapport annuel d'activité 2007, Paris 2008 (Geschäftsbericht 2007).
- Hinrichs, Per/Meyer-Wellmann, Jens (2009): Stadt zahlt 108,4 Millionen Euro an Asklepios, in: Die Welt online, 9. Mai 2009, URL: <http://www.welt.de/die-welt/article3705902/Stadt-zahlt-108-4-Millionen-Euro-an-Asklepios.html> [9.5.2009].

- Kirbach, Roland (2009): Für dumm verkauft, in: Die Zeit Nr. 12 vom 12.3.2009, URL: <http://www.zeit.de/2009/12/DOS-Cross-Border-Leasing>.
- Landkreistag Baden-Württemberg (2006): Positionspapier zur Entwicklung der kommunalen Krankenhausstrukturen in Baden-Württemberg. Schriftenreihe des Landkreistags Baden-Württemberg Band 29, erstellt von Prof. Dr. Stefan Schick, Stuttgart, im Auftrag des Landkreistags Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Monopolkommission, Zusammenschlussvorhaben der Rhön-Klinikum AG mit dem Landkreis Rhön-Grabfeld. Sondergutachten der Monopolkommission gemäß § 42 Abs. 4 Satz 2 GWB.
- National Center for Health Statistics (2009): Health, United States, 2008. With Chartbook, Hyattsville (Maryland).
- Niermann, Inga (2007): Eine gewisse Blauäugigkeit. In Baden-Württemberg wird zum ersten Mal ein Krankenhaus geschlossen, weil ein privater Investor sich verrechnet hat, in: Die Zeit Nr. 6 vom 1.2.2007.
- Obst, Lothar, Öffentliche Krankenhäuser. Die Grenzen der Privatisierung, in: Deutsches Ärzteblatt 2009 Nr. 106 (19), S. A 924-A 926.
- Rürup, Bert/Albrecht, Martin/Igel, Christian/Häussler, Bertram (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2007): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2007. Fachserie 12 Reihe 6.1.
- Salfeld, Rainer/Hehner, Steffen/Wichels, Reinhard (2007): Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen, Berlin/Heidelberg
- Stumpfögger, Niko (2006a), Schwedischer Gesundheitskonzern steigt im deutschen Krankenhausmarkt ein, in: Infodienst Krankenhäuser Nr. 34, Okt., S. 48-49. URL: http://gesundheit-soziales.verdi.de/branchenpolitik/krankenhaeuser/infodienst_krankenhaeuser [6.6.2009].
- Stumpfögger, Niko (2006b), Wende im deutschen Gesundheitswesen: Finanzinvestoren auf dem Klinikmarkt, in: Infodienst Krankenhäuser Nr. 35, Dez., S. 44-45, URL: http://gesundheit-soziales.verdi.de/branchenpolitik/krankenhaeuser/infodienst_krankenhaeuser [6.6.2009].
- Truöl, Hans-Jürgen (2009): Übernahme oder Insolvenz, in: Badische Zeitung 6.12.2006, dokumentiert im Internet URL: <http://www.gruene-em.de/KrankenhausHerbolzheim2.html> [24.4.2009].
- ver.di-Vertrauensleute und Vorsitzende und Mitglieder von Konzern- und Gesamtbetriebsräten und Konzern-Jugend- und Auszubildendenvertretungen privater Krankenhauskonzerne (2009): Woher Rendite und Gewinne privater Krankenhauskonzerne kommen, in: Arzt und Krankenhaus 2009 (Heft 4/2009) S. 100-106 sowie auf http://gesundheit-soziales.verdi.de/branchenpolitik/deckel_weg/briefe_an_die_politik/data/bf-konzerne-kbr-zu-krankenhausfinanzierg-korr-3.pdf.
- Weisbrod-Frey, Herbert (ver.di Bundesvorstand Bereich Gesundheitspolitik)

(2008a): Arme Länder sparen bei Krankenhäusern. Vermögensteuer ausgesetzt – Krankenhausinvestitionen gekürzt, Berlin o.J., URL: http://gesundheitspolitik.verdi.de/gesundheit_von_a-z/krankenhaeuser/data/kh-invest_vermstbund_laender4-1.pdf [6.6.2009].

Weisbrod-Frey, Herbert (2008b): Verlorene Stellen – Krankenhäuser modernisieren auf Kosten des Personals, Berlin, URL: http://gesundheitspolitik.verdi.de/gesundheit_von_a-z/krankenhaeuser/data/Verlorene%20Stellen-Krankenhäuser%20modernisieren%20auf%20Kosten%20des%20Personals [6.6.2009].

Weisbrod-Frey, Herbert (2009): RWI-Presseerklärung: Falschdarstellung zu Lasten öffentlicher Krankenhäuser, in: Krankenhausinfodienst (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di Dienstleistungsgewerkschaft) Nr. 44, S. 30-31. URL: http://gesundheit-soziales.verdi.de/branchenpolitik/krankenhaeuser/infodienst_krankenhaeuser [6.6.2009].

Wendl, Michael (2008): Die Krankenhäuser in der »Lohnnebenkostenfalle«. Über die Transformation öffentlicher Krankenhäuser in kapitalistische Unternehmen, in: Sozialismus Heft 7-8, Seite 41-46.