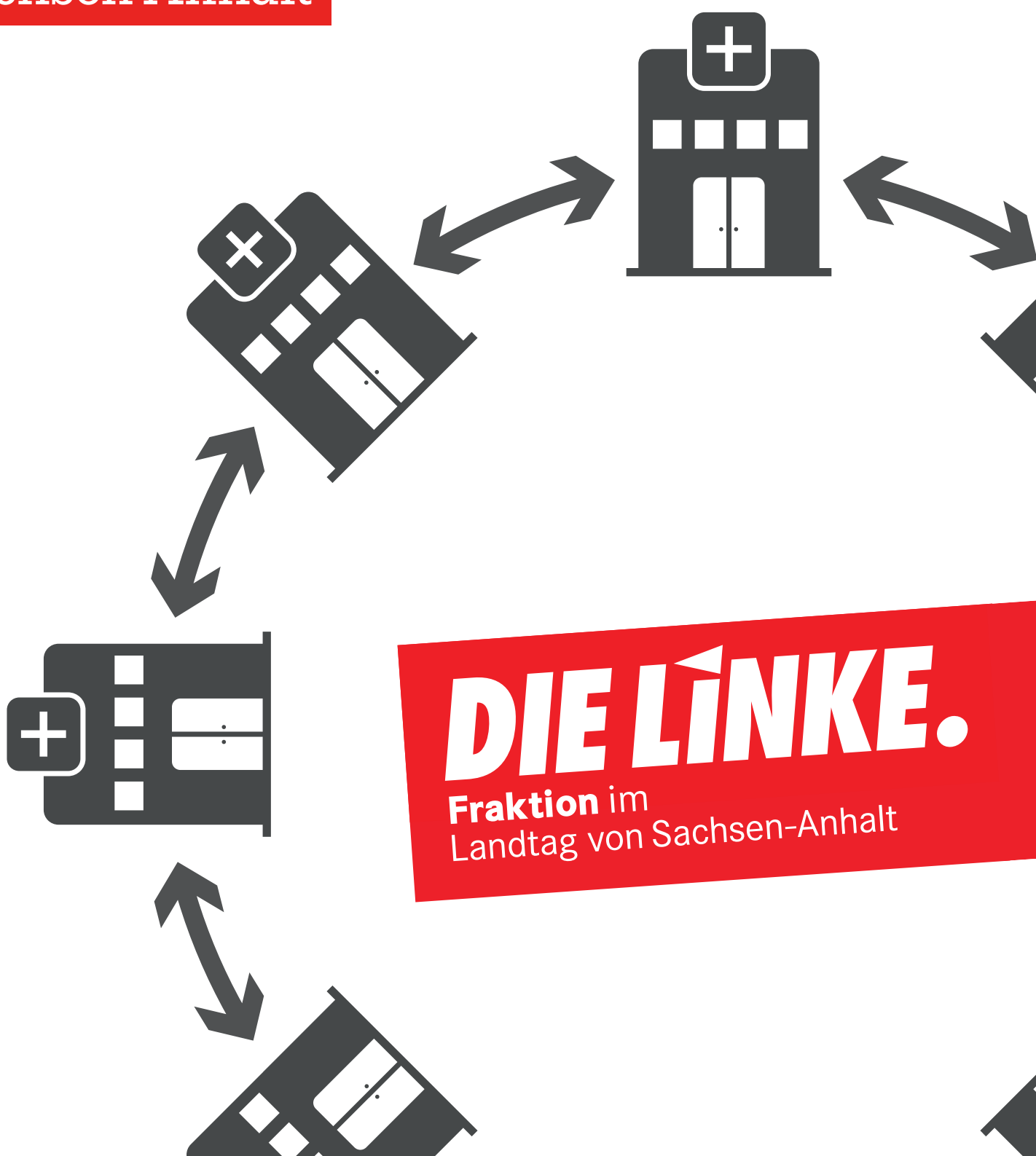
Plädoyer für einen öffentlichen Klinikverbund der kommunalen Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt



DIE LINKE.
Fraktion im
Landtag von Sachsen-Anhalt

Plädoyer für einen öffentlichen Klinikverbund der kommunalen Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt

Ein Diskussionspapier der Fraktion die LINKE. im Landtag von Sachsen-Anhalt

Das vorliegende Papier konkretisiert bestehende Positionen der Fraktion zur Krankenhauspolitik in Sachsen-Anhalt. Es greift in diesem Kontext Forderungen des Landesvorstandes der LINKEN[1] vom April 2020 zur Bildung einer landeseigenen Krankenhausbeteiligungsgesellschaft auf und benennt dafür finanzielle, rechtliche und betriebswirtschaftliche Voraussetzungen und weitere Arbeitsschritte. Damit soll auch eine Grundlage für die Einbeziehung weiterer Akteur*innen (Kommunalpolitiker*innen, Betriebsrätinnen und Betriebsräte, Gewerkschafter*innen und Verbände der öffentlichen Gesundheitswirtschaft) gelegt werden. Langfristig streben wir einen gemeinwohlorientierten Krankenhaussektor und die Übernahme bislang privater Häuser in den öffentlichen Klinikverbund an.

Inhalt

Ausgangslage und Handlungsbedarf: Neue Privatisierungswelle im Gefolge der Pandemie?

Das System der Krankenhausfinanzierung

Was soll die Landespolitik tun?

- Kommunaler Klinikverbund zur Stabilisierung der kommunalen Krankenhausbetriebe
- Rechtsform und Kapitalausstattung
- Krankenhausplanung und Investitionen
- Vorschläge zur Versorgung im ländlichen Raum
- Darf Sachsen-Anhalt das?

Anhang: Krankenhausbetreiber und Krankenhausstrukturen

Ausgangslage und Handlungsbedarf: Neue Privatisierungswelle im Gefolge der Pandemie?

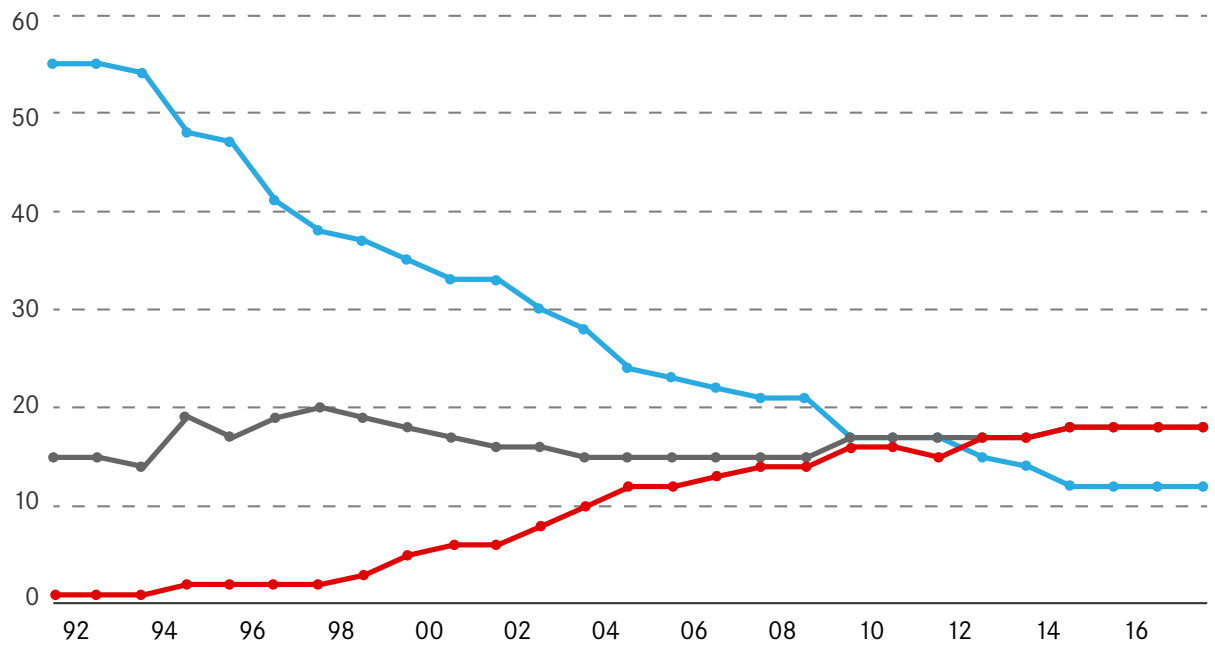
Im Jahr 1991 gab es in Sachsen-Anhalt 70 Krankenhäuser, die ganz überwiegend (55 Häuser) in öffentlicher Trägerschaft oder von freigemeinnützigen Trägern geführt wurden. Derzeit hat Sachsen-Anhalt noch 47 Krankenhäuser an 55 Standorten. Davon werden 18 Häuser von freigemeinnützigen Trägern, wie z.B. der Diakonie, betrieben und weitere 18 Häuser privat geführt. Nur 11 Häuser befinden sich noch in öffentlicher Trägerschaft, darunter die 2 Universitätsklinika. Im Jahr 2017 waren im Krankenhaussektor 26.500 Menschen beschäftigt. Eine aktuelle Übersicht zu den Betreibern und Standorten findet sich im Anhang.

[1] Beschluss des Landesvorstandes im Umlauf am 8. April 2020: „Patientenwohl statt Profite: Das Geschäft mit der Gesundheit beenden."

Aus Sicht der LINKEN ist es alarmierend, dass nur noch eine Minderheit der Häuser in öffentlicher Trägerschaft betrieben wird. Das Land Sachsen-Anhalt muss auf diesen Umstand dringend reagieren. Die verbliebenen kommunalen Krankenhausträger stehen in einem harten Wettbewerb mit privaten Krankenhauskonzernen. Deren Ziel ist nicht Trägervielfalt, sondern Marktdominanz in Sachsen-Anhalt, um dem Land die Krankenhausplanung und den Kassen die Preise diktieren zu können.

Die Corona-Pandemie kommt den privaten Gesundheitskonzernen nicht ungelegen. Während die Finanzen der Kommunen wegbrechen, können sie sich mit billigen Krediten für Übernahmen eindecken. Schon in der Krise 2009/10 war ihr Kalkül: „Wenn die Wirtschaftskrise auf die Steuereinnahmen der Kommunen durchschlägt, kommen wieder mehr Krankenhäuser auf den Markt."[2] Die seit vielen Jahren bestehende strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt arbeitet dem in die Hände: „Wir sind unserer Investitionspflicht seit 2006 nicht mehr nachgekommen", so Gesundheitsministerin Petra Grimm-Benne (SPD).[3] Prof. Thomas Busse (Zentrum für Gesundheitswirtschaft und -recht, Frankfurt/M) warnt nun vor neuen Privatisierungen im Gefolge der Pandemie: Vor allem „größere Krankenhäuser" könnten „in private Trägerschaft überführt werden." Diese Privatisierungswelle würde den Krankenhausmarkt weiter verändern.[4]

Seit 2012: mehr private als öffentliche Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt
(Blau Öffentlich Grau Freigemeinnützig Rot Privat)[5]



Mit der Übernahme kommunaler Häuser bekommen die landesübergreifend agierenden Klinikkonzerne die Möglichkeit in die Hand, die Patient*innen-Ströme nach ihren Geschäfts- und kommerziellen Interessen zu beeinflussen und Standortpolitik gegen ihre lokalen Wettbewerber*innen zu betreiben. Der wesentliche Unterschied zu den öffentlichen Krankenhausunternehmen besteht darin, dass ihr „primäres Ziel ... die Gewinnerzielung (ist), während die Bedarfsdeckung nur untergeordnete Bedeutung hat."[6] Was das heißt, lässt sich am Beispiel der

[2] Jens Flintrop, Falk Osterloh: „Privatisierung von Krankenhäusern: Die nächste Welle kommt bestimmt", Deutsches Ärzteblatt, 107 (17)
[3] https://www.mdr.de/sachsen-anhalt/landespolitik/pro-contra-weniger-krankenhaeuser-bessere-versorgung-100.html
[4] https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4908898
[5] https://www.mdr.de/sachsen-anhalt/landespolitik/pro-contra-weniger-krankenhaeuser-bessere-versorgung-100.html
[6] Deutscher Bundestag WD 9 - 3000 - 095/13, Ausarbeitung: „Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung Ausarbeitung" (2014), S.9

Ameos-Klinikum Schönebeck GmbH zeigen. Die Umsatzerlöse beliefen sich dort im Jahr 2015 noch auf rd. 39 Millionen Euro. Im Jahr 2016 waren es dann bereits mehr als 50 Millionen Euro. Der Gewinn stieg um 30 Prozent. Gleichzeitig sank in dem gleichen Zeitraum die Personalaufwandsquote von 57,5 auf 44,1 Prozent.[7] Der Konzern sträubt sich, einen Tarifvertrag für die Beschäftigten abzuschließen.

Das Prinzip der Bedarfsdeckung und die wachsende Marktmacht privater Klinikkonzerne stehen in einem objektiven Widerspruchsverhältnis zueinander. Das zeigt sich nicht zuletzt im ländlichen Raum. Bereits im Jahre 2014 wies das Deutsche Krankenhausinstitut darauf hin, dass es bis 2020 zu einer „Marktbereinigung" in den ländlichen Regionen kommen wird. Es wird dabei mit der Schließung von Häusern, der „Gefährdung der stationären Notversorgung" bzw. „der Schließung von Fachabteilungen", insbesondere im Bereich der „Gynäkologie und Geburtshilfe", gerechnet.[8] So geschehen im Zuge des Verkaufs des Krankenhauses Haldensleben an den SANA-Konzern.

Die Proteste gegen die Krankenhausschließungen in Havelberg und im Burgenlandkreis haben gezeigt, dass die Bürgerinnen und Bürger diese „Marktbereinigung" als Bedrohung ansehen. „Die Schließung von Krankenhäusern gefährdet den sozialen Frieden vor Ort" stellt der Landrat des Burgenlandkreises, Götz Ulrich (CDU), dazu fest. Die Einschätzung der von Privatisierung betroffenen Beschäftigten ist unmissverständlich: „Vor sechs Jahren wurden wir an Ameos verkauft – im wahrsten Sinne des Wortes. Als wir übernommen wurden, hatten wir eine gut laufende Einrichtung, wo verschiedene medizinische Bereiche Hand in Hand miteinander gearbeitet haben. Heute sieht man frustrierte, gestresste Mitarbeiter, traurige Patienten und genervte Angehörige. (...) Es wurden Kollegen, die durch Rente, Krankheit und Weggang das Haus verlassen haben, nicht mehr oder nur kurzzeitig ersetzt."[9]

Weitere Privatisierungen oder Schließungen der verbliebenen kommunalen Krankenhäuser sind deshalb unbedingt zu verhindern. Darin besteht die vordringlichste Aufgabe für die Landespolitik. Darüber hinaus sind die Voraussetzungen zu schaffen, dass private Krankenhäuser, die entsprechend der verbindlichen Vorgaben aus der Krankenhausplanung ihrem Auftrag nicht oder nicht mehr ausreichend nachkommen, in öffentliche Trägerschaft überführt werden.

Das System der Krankenhausfinanzierung

Das bestehende System der dualen Finanzierung beruht auf der Kostenteilung zwischen den Bundesländern und den Krankenkassen. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz legt den Ländern eine besondere Verpflichtung der „wirtschaftlichen Sicherung" privater Krankenhäuser auf.[10] Dies dient allerdings nicht dem Schutz der privaten Träger vor Wettbewerbsnachteilen, „da diese in der Regel nicht auf zusätzliche Betriebs- und Investitionszuschüsse ihrer Träger zurückgreifen" könnten, wie die Landtagsabgeordnete Cornelia Lüddemann (Grüne) behauptet.[11] Es sind vielmehr die kommunalen Träger, die durch ihre mangelnde Finanzausstattung darin beschränkt werden, ihre Häuser zu erhalten. **Wer Trägervielfalt erhalten will, muss heute die kommunalen Kliniken schützen.**

---

[7] Landtag von Sachsen-Anhalt, Stenografischer Bericht7/4925.05.2018, S.6
[8] „Ländliche Krankenhausversorgung heute und 2020." Studie der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und des Deutschen Krankenhausinstitutes (2014), S. 17
[9] https://www.mz-web.de/salzlandkreis/krankenschwester-bei-ameos-erzaehlt--nachts-nur-ein-mitarbeiter-fuer-33-patienten-30066156
[10] „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG" § 1, Absatz2: „Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden."
[11] Landtag von Sachsen-Anhalt, Stenografischer Bericht7/4925.05.2018, S.20

- Die **Betriebskosten**, zu denen u. a. die Gehälter der Mitarbeiter*innen zählen, werden von den Krankenkassen, d.h. von den Versicherten, bezahlt. Die Überschüsse, die in einzelnen Häusern bzw. Abteilungen erzeugt werden, kommen nicht der Gesundheitsversorgung zugute, sondern den Renditen. Dies wird nicht zuletzt durch das geltende Fallpauschalensystem, das ***Diagnosis Related Groups (DRG)-System***, begünstigt. Es ist ausschließlich auf Kosten und Erlöse ausgerichtet. Damit sind die Krankenhäuser in einen Kostenwettbewerb gegeneinandergestellt. So wird der ökonomische Zwang erzeugt, Einspareffekte durch Personalabbau und Ausgliederungen, in denen die Beschäftigten schlechter bezahlt werden, zu erreichen. Heute spüren wir mehr denn je, wie sehr dieses Personal fehlt. Das System führt dazu, dass vor allem die kleineren Häuser, die für die dezentrale Versorgung wichtig sind, unter Schließungsdruck geraten. Um dieses erlösorientierte System zu begreifen, „ist es wichtig zu verstehen, (...) dass es nicht einfach zu Unterversorgung führt, sondern zu einem Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung. Denn in einem System, in dem die Leistung dem Geld folgt, werden Leistungen in den Bereichen reduziert, die keinen Erlös bringen, aber in den Bereichen ausgeweitet, in denen Gewinn zu machen ist.“[12] Der Personalmangel ist systembedingt, politisch gewollt.
- Die **Investitionskosten**, wie z. B. Neubauten oder neue Geräte, werden durch die Bundesländer finanziert.
- Der Bund finanziert weiterhin über den **Krankenhausstrukturfonds**. Der Krankenhausstrukturfonds soll vornehmlich zum Abbau von Überkapazitäten genutzt werden. Dabei ist eine Kofinanzierung über das Land erforderlich.

Was soll die Landespolitik nun tun?

Es reicht nicht aus, den verbliebenen kommunalen Krankenhäusern und ihren Trägern mehr Investitionen in Aussicht zu stellen, wie dies Gesundheitsministerin Grimm-Benne tut. Das Land steht nach Auffassung der LINKEN in der Verantwortung, die fachliche Kooperation der Häuser und eine finanzielle Stabilisierung der kommunalen Träger auf dem Wege einer dauerhaften Landesbeteiligung zu gewährleisten und so die Krankenhausversorgung zu sichern. Die Kooperation der kommunalen Häuser, z.B. bei Einkauf, Service sowie Laborleistungen, sollte gefördert werden. Dies könnte im Rahmen eines Klinikverbundes, **der durch eine Landesbeteiligung die Kapitalbasis der kommunalen Krankenhausunternehmen stärkt,** geschehen. Als zusätzlicher Anreiz sollte eine teilweise Entlastung von Altschulden in Aussicht gestellt werden.

Diese Landesbeteiligung könnte umfassen:

- Klinikum Magdeburg
- Klinikum Dessau
- Harzklinikum Dorothea Christiane Erxleben
- Carl-von-Basedow-Klinikum (Saalekreis)
- Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen

Das Land könnte die SALUS-Kliniken in diesen Verbund einbringen.

[12] Freitag v. 24.3.20 Kalle Kunkel: „Alarmstufe Rot: Die Corona-Krise macht den Pflegenotstand allzu offensichtlich“ https://www.freitag.de/autoren/der-freitag/ein-weckruf-fuer-die-krankenhauspolitik

Kommunaler Klinikverbund zur Stabilisierung der kommunalen Krankenhausbetriebe

Das besondere Landesinteresse an einem solchen Engagement ist die Sicherung der sich aus dem Krankenhausgesetz ergebenden Trägervielfalt. Der akute Handlungsbedarf ergibt sich aus den Verschiebungen der Trägerstrukturen im Land Sachsen-Anhalt seit 2010, die zulasten der öffentlichen Krankenhäuser gehen. Damit steht ein zentrales Ziel des Bundeskrankenhausgesetzes auf der Kippe. Ein Blick auf die Betreiberstrukturen (Anhang) zeigt, dass inzwischen ganze Landkreise ohne öffentliche Krankenhäuser sind. Die Gewährleistung der Trägervielfalt kann nur durch die Stabilisierung und Stärkung der kommunalen Träger erreicht werden.

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

Gelänge es, die verbliebenen kommunalen Krankenhäuser unseres Landes unter dem Dach einer solchen Holding zu vereinen, stünden dort ca. 4.500 Betten für die Patient*innen-Versorgung zur Verfügung. Ausgehend von den derzeitigen Behandlungszahlen würden in diesem Verbund 160.000 Behandlungen pro Jahr erbracht. Das wäre der deutschlandweit zweitgrößte Klinikverbund.

Dazu kämen weitere 2.000 Betten, die in den Universitätsklinika als öffentliche Maximalversorger zur Verfügung stünden. Die Universitätsklinika als Standorte der Forschung, Lehre und Versorgung sollen weiter selbständig ihren Auftrag erfüllen. Ihre Potentiale sind aber für eine abgestimmte Patientenversorgung unerlässlich; daher sollen sie in ihrem Bemühen um Kooperationen mit regionalen Versorgern bestärkt und gefördert werden.

Aufgabe des Klinikverbundes ist es, über Beteiligungen an den kommunalen Häusern eine Holding zu bilden, welche die wirtschaftliche Koordinierung der einzelnen Häuser übernimmt und die jeweiligen Standorte sichert. Durch Vertrag sollen die einzelnen Krankenhäuser an die Gesellschaft gebunden und Arbeitsteilung und Finanzierung geregelt werden. Zur Umsetzung dieser Aufgabe entwickelt der Verbund, nach Maßgabe des Krankenhausplanes, in Abstimmung mit dem jeweiligen Landkreis die Krankenhausstandorte weiter. Der Verbund unterstützt den kommunalen Sicherstellungsauftrag bei der Krankenhausversorgung.

Der Klinikverbund soll dabei die Gesamtsteuerung aller Krankenhausstandorte, die Abrechnung unter gemeinsamer IK-Nummer[13], die Zusammenführung des Einkaufs und der Investitionsplanung sicherstellen. Die ärztliche Leitung der Standorte sowie die Verwaltungsleitung verbleiben auf kommunaler Ebene. Die wirtschaftliche Gesamtleitung liegt beim Klinikverbund.

Für alle Standorte (mit Ausnahme der psychiatrischen Krankenhäuser) ist eine Notaufnahme nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und die damit verbundenen Kliniken vorzusehen. Bei der Planung der diagnostischen Geräte (Röntgen, MRT etc.) ist auch der um den Standort anzusiedelnden ambulanten Versorgungsstruktur Rechnung zu tragen. Daneben sollen sich die Standorte, je nach ihrem Auftrag, als Basis- oder Schwerpunktversorger auf ein oder mehrere Gebiete spezialisieren und mit den jeweils anderen Standorten vernetzen.

Damit ist die Notfall- und Basisversorgung für jeden Standort gesichert, gleichzeitig können für anspruchsvolle Behandlungen und Operationen die erforderlichen Qualitätskriterien eingehalten werden.

Mit dem Klinikverbund wollen wir zugleich dafür sorgen, dass die öffentlichen Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten können, ohne dabei auf Kosten der Patientenversorgung und zum Nachteil der Mitarbeiter*innen zu han-

[13] Die IK-Nummer ist ein bundesweites Institutionskennzeichen, anhand dessen Abrechnungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Sozialversicherung abgewickelt werden können. Sie wurde am 01. Januar 1989 als offizielles Kennzeichen in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen (§ 293 SGB V).

deln. Betriebswirtschaftlich ist es erforderlich, Gewinne als Deckungsbeiträge zu erwirtschaften, die für bessere Löhne, eine angemessene Personalausstattung und die Bedienung von Krediten zu verwenden sind.

Rechtsform und Kapitalausstattung

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

Die Beteiligungssumme soll mindestens den Betrag ausmachen, der erforderlich ist, um die notwendigen Bedarfe der Standortsicherung aufzubringen. Dieser Betrag wird im Vorfeld mit den kommunalen Trägern begutachtet und abgestimmt. Ebenso wird er mit den Vertreter*innen der Beschäftigten beraten. Die Beteiligungssumme umfasst hierbei alle nötigen Aufwendungen, die nicht durch Investitionsmittel des Landes nach dem Krankenhausgesetz oder Mittel des Krankenhausstrukturfonds finanzierbar sind.

Ohne Wirtschaftlichkeitsgutachten auf der Basis der Unternehmensbilanzen und Jahreswirtschaftsberichte können keine belastbaren Aussagen zur Kapitalausstattung des Klinikverbundes getroffen werden. Zu den erforderlichen Mitteln zur Gründung des Verbundes gehören Umstrukturierungshilfen einschließlich Investitionen.[14] Das Land sollte sich hier mit einem Beitrag aus dem Landeshaushalt am Eigenkapital beteiligen. Der andere Teil sollte durch eine vom Land besicherte Kreditaufnahme finanziert werden.

Krankenhausplanung und Investitionen

Die künftige Krankenhausplanung muss als Steuerungsinstrument einer flächendeckenden, kooperativen Gesundheitsversorgung ausgebaut werden. Dabei ist die ambulante Versorgung sektorenübergreifend einzubeziehen und vor allem im ländlichen Raum sind die Angebote der ambulanten und stationären Versorgung zu verknüpfen.

Insgesamt muss es gelingen, die Krankenhausplanung in zwei Planungsregionen um die universitären Maximalversorger in Magdeburg und Halle zu gruppieren und in diesen das Angebot an Schwerpunkt- und Basisversorgern abzustimmen.

Das Land muss seiner Verpflichtung zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen nachkommen. Der jährliche Investitionsbedarf aller Krankenhäuser liegt bei 150 Millionen Euro.[15] Für die kommenden 5 Jahre sollte dieser mit 750 Millionen Euro im Haushalt festgeschrieben werden. Davon sollen 80 Millionen Euro jährlich pauschal für Ersatzbeschaffungen und kleine Baumaßnahmen ausgereicht werden. Die verbleibende Summe soll über den Fünfjahreszeitraum als Einzelfallförderung zur Umsetzung der Strukturveränderungen des Krankenhausplanes verwendet werden. Die Förderung der kommunalen Krankenhäuser soll künftig nicht mehr über das FAG erfolgen.

Ziel der LINKEN ist unter den gegebenen ungünstigen bundespolitischen Rahmenbedingungen, die Gesundheits-

[14] Nach uns vorliegenden inoffiziellen Berechnungen werden die erforderlichen Mittel auf 250 Millionen Euro geschätzt. Diese sollten mit 100 Millionen aus dem Landeshaushalt in die Gesellschaft eingebracht werden und die Differenz durch Kredite gedeckt werden.
[15] KGSAN (Hg.): „Investitionsbedarf der Krankenhäuser Sachsen-Anhalts." Eine gemeinsame Studie des Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V. und der isw Institut gemeinnützige Gesellschaft mbH, 2015, S. 51.

versorgung in der Fläche sicherzustellen. Als Instrumente sehen wir eine stringente, am öffentlichen Interesse orientierte Krankenhausplanung sowie eine sektorenübergreifende Vernetzung von ambulanter und stationärer Behandlung und Pflege. Die Krankenhausplanung darf nicht länger ein bloßes Bestandsverzeichnis sein, das den wirtschaftlichen Interessen der Krankenhausträger folgt. Paragraf 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verlangt, Qualität und öffentliches Interesse in den Mittelpunkt der Krankenhausplanung zu stellen. Im Absatz 2 heißt es:

»Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird; die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist.«

Vorschläge zur Versorgung im ländlichen Raum

Der demographische Wandel, der auch in Sachsen-Anhalt stattfindet, zeichnet sich durch eine steigende Lebenserwartung und eine sinkende Geburtenrate aus. Multimorbidität und chronische Krankheiten nehmen zu. Die dadurch veränderte Patient*innen-Struktur macht sich insbesondere in der medizinischen Versorgung bemerkbar. Erforderlich sind deshalb neue Versorgungsmodelle, die eine sektorenübergreifende Versorgung, also eine Verzahnung des stationären mit dem ambulanten Sektor, zulassen. Um eine solche Verzahnung der beiden Sektoren zu entwickeln, ist es erforderlich, die bisher rein stationären Einrichtungen zu ambulant-stationären Zentren bzw. perspektivisch in intersektorale Gesundheitszentren umzuwandeln. Dabei ist das Ziel, die vorhandenen stationären Einrichtungen künftig auch für mögliche wegbrechende ambulante Versorgungsbedarfe nutzbar zu machen.

Auf Bundesebene ist die gesetzliche Zusammenführung der bislang getrennten Abrechnungssysteme für die ambulante und stationäre Versorgung nötig. Eine unter Leitung des Bundesgesundheitsministers tagende Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat sich dieser Thematik angenommen. Es wird eine baldige Lösung erwartet. Es wird also auch für Sachsen-Anhalt darum gehen, die bestehenden Krankenhäuser der Grundversorgung in ambulant-stationäre Zentren umzuwandeln. Dabei ist wichtig festzuhalten, dass damit das Versprechen einhergeht, alle jetzt vorhandenen Krankenhausstandorte zu erhalten.

Die ambulant-stationären Zentren können dann auch in eine neue Beteiligungsstruktur überführt werden. Dabei ist sicherzustellen, dass sowohl das Land als auch die Kreise, Städte und Gemeinden die Möglichkeit haben sollen, Anteilseigner der ASZ (Ambulant-Stationären-Zentren) zu werden. Damit entwickeln sich die Akutkrankenhäuser zu regionalen Gesundheitszentren. Jede Bürgerin und jeder Bürger weiß, wohin sie/er sich im Krankheitsfall wenden kann, unabhängig von Notdienstsprechstunden. In diese Planungen kann auch die zahnmedizinische Versorgung einbezogen werden. Ebenso ist es notwendig, die vorhandenen Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege in der Region mit einzubeziehen, um eine allumfassende Versorgung der Bevölkerung zu erreichen.

Das bundesweit bisher einmalige Projekt zu dieser neuen Versorgungform wird bis Ende des Jahres 2020 in Templin im Bundesland Brandenburg erprobt und vom Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert. Diese Erfahrungen sollten wir in unsere weitere Konzeptionsbildung einbeziehen.

Darf Sachsen-Anhalt das?

Es ist damit zu rechnen, dass die Lobby der privaten Krankenhauskonzerne die Gründung eines Klinikverbundes nicht nur politisch, sondern auch juristisch bekämpfen wird. Gegen die Gewährung von Bürgschaften, Ausgleich von Fehlbeträgen und andere Maßnahmen liegen Musterklagen vor. So klagte der Bundesverband Deutscher Privatkliniken dagegen, dass der Kommunale Krankenhausträger der Kreiskliniken Calw gGmbH diesen Verlustausgleichbeträge, Zinszuschüsse und Kreditbürgschaften gewährt. Der Kreis sollte dies unterlassen, wenn diese Leistungen nicht zuvor von der EU-Kommission in einer gewissen Frist notifiziert werden würden. Das Oberlandesgericht Stuttgart urteilte nach fast vierjährigem Klageweg: "Der Verlustausgleich des Landkreises Calw für seine Kreiskliniken war kein Verstoß gegen EU-Wettbewerbsrecht und er war nicht nur zulässig, sondern auch notwendig, um die Versorgung der Bevölkerung im Einzugsgebiet zu gewährleisten. (AZ 2U11/14)"[16] Zuvor hatte bereits der BGH festgestellt: „Die allein die öffentliche Hand treffende Pflicht zur Aufrechterhaltung eines Krankenhausbetriebs auch im Fall seiner Unwirtschaftlichkeit rechtfertigt es, die medizinische Versorgung durch ein öffentliches Krankenhaus als dem staatlichen Defizitausgleich zugängliche Dienstleistung von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse im Sinne von Art. 106 Abs. 2 AEUV anzusehen."[17]

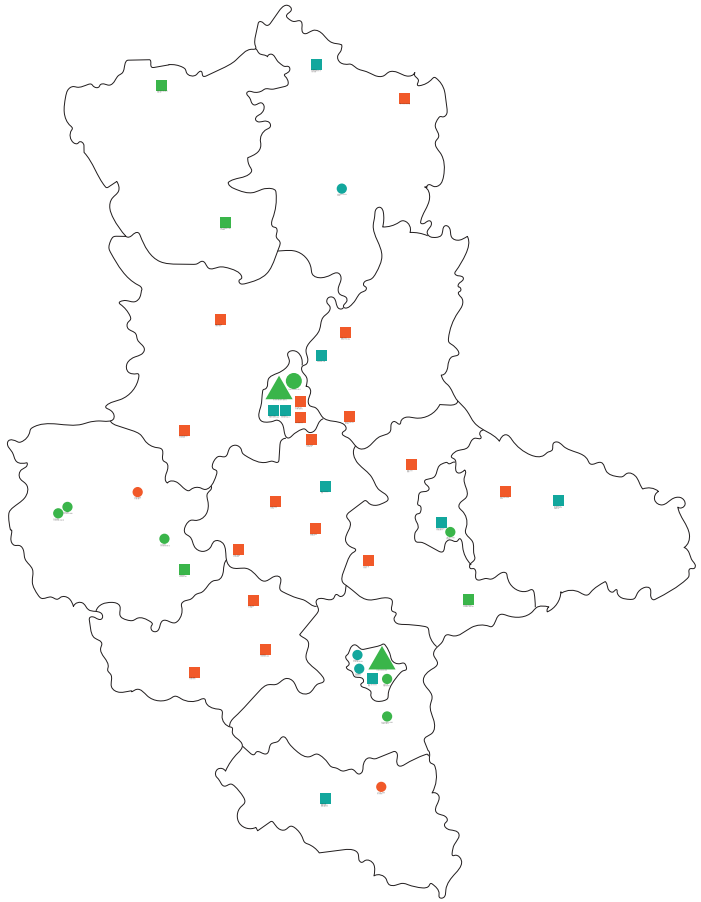
[16] https://www.ivkk.de/mitteilungen/2284-bdpk-scheitert-mit-klage-gegen-landkreis-calw
[17] BGH vom 24.03.2016, I ZR 263/14

VI. Anhang: Krankenhausbetreiber und Trägerstrukturen

Krankenhausbetreiber

Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt

(ohne psychiatrische Spezialversorger)



Altmarkkreis Salzwedel

Einwohner 83 173

Altmark-Klinikum gGmbH	Gardelegen	218
	Salzwedel	212
		430

Landkreis Börde

Einwohner 170 923

AMEOS Klinikum Haldensleben		389
HELIOS Bördeklinik Oschersleben		84
		573

Salzlandkreis

Einwohner 198 125

AMEOS	Klinikum Schönebeck	245
	Klinikum Staßfurt	90
	Klinikum Aschersleben	250
AWO Krankenhaus Calbe		108
		938

Landkreis Harz

Einwohner 213 310

Harzklinikum	Kinderklinik Wernigerode	32
	Klinikum Wernigerode	349
	Klinikum Quedlinburg	394
AMEOS Klinikum Halberstadt		453
Lungenklinik Ballenstedt GmbH		99
		1327

Landkreis Mansfeld-Südharz

Einwohner 134 942

Helios	Klinik Hettstedt	272
	Klinik Lutherstadt Eisleben	247
	Klinik Sangerhausen	267
		786

Stadt Halle (Saale)

Einwohner 238 762

Universitätsklinikum Halle	982
Krankenhaus St. Elisabeth/St. Barbara	631
Krankenhaus Martha-Maria	510
BG Klinikum Bergmannstrost	580
Diakoniekrankenhaus Halle	199
	2902

Saalekreis

Einwohner 183 815

Carl-von-Basebow-Klinikum Saalekreis GmbH	725
	725

Landkreis Stendal

Einwohner 111 190

Johanniter-Krankenhaus Stendal	393
Agaplesion Diakoniekrankenhaus Seehausen	112
KMG Klinikum Havelberg GmbH	80
	585

Landkreis Jerichower Land

Einwohner 89 589

HELIOS Klinik Jerichower Land Burg	241
Lungenklinik Lostau	167
Fachklinik Vogelsang Gommern	160
	568

Landeshauptstadt Magdeburg

Einwohner 237 565

Universitätsklinikum Magdeburg	1090
Klinikum Magdeburg gGmbH	791
Klinikum in den Pfeifferschen Stiftungen	270
Krankenhaus St. Marienstift GmbH	169
MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg	100
Klinik des Westens	10
	2430

Landkreis Wittenberg

Einwohner 124 953

Ev. Krankenhaus Paul-Gerhardt-Stift Wittenberg	306
MediClin Herzzentrum Coswig	113
	419

Stadt Dessau-Roßlau

Einwohner 80 103

Städtisches Klinikum Dessau	710
Diakonissenkrankenhaus Dessau gGmbH	165
	875

Landkreis Anhalt-Bitterfeld

Einwohner 158 486

Gesundheitszentrum Bitterfeld-Wolfen gGmbH	407
Helios Klinik Köthen	248
Helios Klinik Zerbst	160
	815

Burgenlandkreis

Einwohner 178 846

Asklepios Klinik Weißenfeld	410
SRH Klinikum Burgenlandkreis Naumburg/Zeitz	293
	703

	öffentlich	gemeinnützig	privat
Maximalversorger	2072		
Schwerpunktversorger	3001	1534	863
Spezialversorger o.P.	679	167	373
Basisversorger	837	1622	2928
	6589	3323	4164

Trägerstruktur Krankenhäuser Sachsen-Anhalt

	Basisversorger	Schwerpunktversorger	Maximalversorger	Psychiatrie	sonst. Spezialversorger
Land Sachsen-Anhalt			2072		
Salus gGmbH	430			687	
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	407				
Landkreis Harz		1034			
Lungenklinik Ballenstedt/Harz GmbH					99
Landkreis Saalekreis		725			
Stadt Dessau-Roßlau		710			
Stadt Magdeburg		791			
Berufsgenossenschaften					580
Öffentliche Träger	**837**	**3260**	**2072**	**687**	**99**
Alxianer				312	
AWO	108			285	
Diakonie	782				100
Elisabeth Vinzenz Verbund		631			
Evangelische Stiftung Neinstedt				52	
Johanniter		393			
Martha-Maria gGmbH		510			
Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg	270				167
SRH	293				
St. Marienstift Magdeburg GmbH	169				
Freigemeinnützige Träger	**1622**	**1534**	**0**	**649**	**267**
AMEOS	1219	453			
Asklepios		410			
Erbengemeinschaft	10				
HELIOS Kliniken GmbH	1619				160
KMG	80				
MEDIAN Kliniken GmbH & Co. KG					100
MediClin Herzzentrum Coswig					113
Waldklinik Bernburg GmbH					57
Private Träger	**2928**	**863**	**0**	**0**	**430**

V.i.S.d.P.:
Karsten Stöber
DIE LINKE. Fraktion im Landtag von Sachsen-Anhalt
Domplatz 6-9
0391 560 50 30

www.dielinke-fraktion-lsa.de

