



Konzeptstudie

# Ein kommunaler Krankenhauskonzern

Eine wissenschaftliche Bewertung aus Sicht  
von Daseinsvorsorge, medizinischer Qualität  
und Wirtschaftlichkeit

---

Autoren: Dr. Stephan Balling, Prof. Dr. Björn Maier



Herausgeber: Prof. Dr. Marcus Sidki  
Forschungsstelle für öffentliche und Nonprofit-Unternehmen

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen  
Ernst-Boehe-Straße 4, 67059 Ludwigshafen

April 2021

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Management Summary</b>	<b>7</b>		
<b>1  Vorwort</b>	<b>9</b>		
<b>2  Einleitung: Krankenhäuser unter Druck – Privatisierung und Schließung</b>	<b>10</b>		
<b>3  Zielsetzung und Motivation dieser Konzeptstudie</b>	<b>14</b>		
<b>4  Forschungsfrage und Methodik</b>	<b>15</b>		
<b>5  Daseinsvorsorge</b>	<b>18</b>		
a. Definition und Interpretation des Begriffs „Daseinsvorsorge“	20		
b. Politische Gefahren infolge enttäuschter Erwartungen mit Blick auf die Daseinsvorsorge	21		
c. Daseinsvorsorge am Beispiel der Pädiatrie: Unwuchten im DRG-System, Privatisierung, Vorsicht bei rein privaten Lösungen	23		
d. Privatisierung im Gesundheitswesen aus institutionenökonomischer Sicht	24		
e. Politischer Einfluss – Principal Agent Problem	30		
f. Privat versus öffentlich	31		
<b>6  Die wirtschaftliche Lage in Deutschland, Fokus Gemeindefinanzen und Privatisierungsdruck</b>	<b>33</b>		
<b>7  Fachkräftemangel</b>	<b>35</b>		
<b>8  Bedarfsgerechtigkeit ambulant und stationär</b>	<b>37</b>		
<b>9  Kleine Kliniken und Corona</b>	<b>41</b>		
<b>10  Ausgangslage: Literaturüberblick zur gegenwärtigen Krankenhausstruktur</b>	<b>43</b>		
a. Anzahl Krankenhäuser gesamt, Anzahl kommunaler Kliniken, Größenverteilung kommunaler Krankenhäuser	43		
b. Einsatz moderner Steuerungsinstrumente wie Data Warehouse usw. nach Größen und Verbund	44		
c. Zwischenfazit Träger, Größen und Wirtschaftlichkeit	45		
d. Versorgungssituation: Ausstattungsgrad deutscher Krankenhäuser, Behandlung von Schlaganfällen und Herzinfarkten	45		
<b>11  Kernfragen aus Theorie und literaturgestützter Empirie</b>	<b>47</b>		
<b>12  Vorteile des Verbunds aus Sicht des Managements – Antworten auf Kernfragen</b>	<b>49</b>		
12.1.   Konzern und Wirtschaftlichkeit	49		
12.2.   Konzern, Patientenversorgung und Personalmanagement	51		
12.3.   Data Warehouse und Digitalisierung	53		
12.4.   Politischer Einfluss	53		
12.5.   Krankenhaus-Struktur und COVID-19-Pandemie	55		
12.6.   Zukunft des Einzelkrankenhauses	55		
12.7.   Ambulantisierungspotenzial und Ambulantisierungstendenzen	56		
12.8.   Perspektive kommunaler Krankenhauskonzern	56		
<b>13  Rechtliche Strukturen für kommunale Krankenhäuser</b>	<b>59</b>		
13.1.   Gesellschaftsrechtliche Strukturen von Agaplesion, Alexianern und BG-Kliniken	59		
13.2.   AG, GmbH und AÖR – Vor- und Nachteile möglicher gesellschaftsrechtlicher Organisationsformen	62		
13.3.   Beteiligungsmöglichkeit von Dritten an kommunalen Verbänden	65		
13.4.   Bewertung eingebrachter Assets	66		
13.5.   Rolle von Aufsichtsrat und Vorstand in AÖR, (g)GmbH und (g)AG	67		
13.6.   Rechtliche Restriktionen auf dem Weg zum kommunalen Krankenhauskonzern – Aufgaben für den Gesetzgeber	68		
13.7.   Erfahrungen beratender Juristen aus Fusionsprozessen und Beurteilung kommunaler Krankenhauskonzerne aus dieser Perspektive	68		
<b>14  Exkurs: Größe und Steuerbarkeit am Beispiel der Cleveland Clinic</b>	<b>73</b>		
<b>15  (Öffentliche) Verbände und Verbände</b>	<b>75</b>		
15.1.   ZUG Zukunft Gesundheitsnetzwerke Rheinland-Pfalz	75		
15.2.   Gesundheit Nordhessen	75		
15.3.   Stiftung Hessischer Krankenhäuser	76		
15.4.   Klinik Kompetenz Bayern	76		
15.5.   Clinotel	77		
15.6.   Allianz kommunaler Großkrankenhäuser (AKG)	77		
15.7.   Zwischenfazit Verbände und Verbände	77		
<b>16  Fazit und Empfehlung</b>	<b>78</b>		
<b>17  Literatur- und Quellenverzeichnis</b>	<b>82</b>		
<b>18  Anhang</b>	<b>85</b>		
Anhang 1: Interviewleitfaden Geschäftsführer und Vorstände	85		
Anhang 2: Interviewleitfaden rechtliche Ausgestaltung	86		
<b>19  Impressum</b>	<b>87</b>		





## MANAGEMENT SUMMARY

Deutschlands Krankenhäuser stehen vor einem gewaltigen Transformationsprozess, nicht nur mit Blick auf die gegenwärtige COVID-19-Pandemie und die Digitalisierung. Vor allem Digitalisierung und Ambulantisierung führen zu fundamental geänderten Anforderungen. Medizinische Qualität wird zunehmend nur erreicht, wenn Erfahrung und Know-how zusammenkommen, weshalb die Politik auf Mindestmengen und Spezialisierung setzt. Diese Zukunftsaufgaben gilt es vor dem Hintergrund eines immer stärkeren Fachkräftemangels, sinkender stationärer Fallzahlen, mangelnder öffentlicher Investitionsmittel und vielfach betriebswirtschaftlicher Defizite anzugehen. Dabei zeigt sich bereits, dass Krankenhäuser im Verbund/Konzern die Herausforderungen deutlich besser meistern..

Die vorliegende Konzeptstudie befasst sich mit der Frage, wie eine künftige am medizinischen Bedarf und an Wirtschaftlichkeit ausgerichtete Krankenhausstruktur in Deutschland aussehen kann, wobei als Faktoren auch regionale und gesellschaftliche Anforderungen an die Daseinsvorsorge berücksichtigt werden. Nach Abwägung von Vor- und Nachteilen einer weiteren Privatisierungsdynamik aus institutionenökonomischer Sicht wird untersucht, inwieweit ein überregionaler kommunaler Krankenhauskonzern eine Antwort auf die drängenden Probleme der Kliniken sein kann. Dies erfolgt anhand von Experteninterviews mit Vorstandsvorsitzenden und Geschäftsführern von Klinikkonzernen und Einzelkrankenhäusern sowie Interviews mit juristischen Fachexperten.

Dabei zeigt sich insbesondere, dass das Einzelkrankenhaus keine Zukunft haben dürfte, allenfalls große Maximalversorger oder hochspezialisierte Fachkliniken könnten auch künftig ohne Verbundlösung existieren. Allerdings befinden sich kommunale Maximalversorger oftmals bereits in regionalen Konzernstrukturen und sind in überregionalen, nicht gesellschaftsrechtlichen Verbänden organisiert. Insgesamt besteht kein Zweifel, dass Krankenhäuser in Konzernstrukturen fundamentale Vorteile haben, insbesondere mit Blick auf Wissenspools (Know-how-Transfer), Krisenreaktionsfähigkeit, gemeinsame Beschaffung, Cash-Pooling zur Liquiditätssicherung, zentralisierte Verwaltungs- und Managementkompetenzen, Digitalisierungsprofessionalität und Personalmanagement.

Für kommunale Krankenhäuser unterhalb der Maximalversorger-Stufe ergeben sich auf Basis der Interviews zwei Alternativen: eine regionale Konzernlösung in Form einer Angliederung an einen Maximalversorger, was allerdings selten auf Augenhöhe erfolgt und deshalb zu Widerstand in der Bevölkerung und der Belegschaft führen kann, oder eine insbesondere mit Blick auf den ländlichen Raum überregionale Verbindung zum Beispiel von mehreren Kreiskrankenhäusern. Für diese Häuser gilt darüber hinaus, dass sie sich zunehmend ambulanten Aufgaben widmen müssen.

Die Idee der Schaffung eines überregionalen, bundesweiten Krankenhauskonzerns stößt überwiegend auf ein positives Echo, allerdings wird angemerkt, dass dafür eine parteiübergreifende politische Zustimmung auf Bundes- und Landesebene nötig sein dürfte, um zunächst den rechtlichen Rahmen zu setzen. Da sich ein solcher Konzern sowohl durch Orientierung an der wohnortnahen medizinischen Daseinsvorsorge als auch durch Politikferne auszeichnen soll, bietet sich eine Rechtsform an, die den Einfluss kommunaler Gesellschafter auf das Management möglichst gering hält. Die (gemeinnützige) Aktiengesellschaft nach dem Vorbild des evangelischen Krankenhauskonzerns Agaplesion würde dieses Ziel erreichen und wäre insofern beispielsweise einer – allerdings flexibler gestaltbaren – GmbH vorzuziehen, wenngleich hierfür teilweise Anpassungen im Landesrecht notwendig wären. Die unterschiedlichen Vor- und Nachteile der drei praxisrelevanten Rechtsformen AG, GmbH und KdÖR werden in dieser Studie weiter herausgearbeitet.



## 1 | VORWORT

Im deutschen Krankenhauswesen keimt Wechselstimmung auf. 17 Jahre nach Einführung der Fallpauschalen gewinnt die Debatte über neue Finanzierungssysteme an Fahrt. Einen ersten Volltreffer musste das System der German Diagnosis Related Groups (G-DRG) bereits Anfang 2020 hinnehmen. Seitdem erfolgt ein erheblicher Teil der Krankenhausfinanzierung nicht mehr über leistungsabhängige Fallpauschalen, sondern nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung über ein Pflegebudget. Die Krankenkassen müssen erstatten, was in den Häusern an Pflegepersonalkosten anfällt, unabhängig von der Anzahl der Patienten, die von den Kliniken versorgt werden. Im Zuge der COVID-19-Pandemie kamen Freihaltepauschalen dazu. Die Überzeugung wächst, dass Vorhaltekosten ein stärkeres Gewicht in der Krankenhausfinanzierung bekommen sollten.

Teile der Politik und eine Reihe von Fachleuten diskutieren über regionale Versorgungsmodelle. Die Frage nach regionalen Vergütungssystemen steht folglich im Raum. Capitation-Modelle werden debattiert. Das hieße, Krankenhäuser müssen die Verantwortung für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe übernehmen, und erhalten dafür beispielsweise pro Einwohner einer Region einen bestimmten Betrag pro Jahr. Die Klinikträger profitieren, wenn die Bürger in der Region gesund bleiben und nicht ins Krankenhaus müssen, denn dann erhalten die Krankenhäuser den Pro-Kopf-Betrag von den Krankenkassen, ohne finanzielle Lasten infolge erbrachter Leistungen zu tragen.

Aber nicht nur über Finanzierungsfragen wird im Bundestagswahljahr 2021 diskutiert. Auch die Debatte über Anzahl und Struktur der Krankenhäuser in Deutschland reißt nicht ab. Hat Deutschland nun zu viele Krankenhäuser, wie die Krankenkassen beklagen, oder zeigt die Pandemie, dass die Bundesrepublik auch deshalb gut durch die Krise kam, weil sie über hohe Kapazitäten verfügt? Die Diskussion über diese Frage dürfte weitergehen.

Die vorliegende Studie behandelt auch diese Fragestellungen. Im Fokus steht aber, was die sich verändernden Rahmenbedingungen für das Management und die Träger kommunaler Kliniken bedeuten. Daseinsvorsorge und Gesundheit im 21. Jahrhundert lautet das Leitthema, unter dem diskutiert wird, wie sich kommunale Krankenhäuser zukunftsfest aufstellen können. Sicher, an der ein oder anderen Stelle ist dabei die Bundes- und Landespolitik gefragt. Aber auch die kommunalen Träger sollten sich Gedanken machen über die künftige Rolle ihrer Krankenhäuser. Eine visionäre Perspektive kann der Zusammenschluss zu einem überregionalen kommunalen Krankenhauskonzern sein, nach Vorbildern im freigemeinnützigen Bereich.

Diese Studie versteht sich als Impulsgeber und Debattenbeitrag in schwierigen Zeiten. Nicht nur die COVID-19-Pandemie stellt Krankenhäuser und Kommunen vor große, nicht zuletzt finanzielle Herausforderungen. Auch die Megatrends Digitalisierung und Demografie gilt es zu bewältigen. Dabei stehen finanzielle und technologische Herausforderungen an, aber insbesondere auch das Problem des Fachkräftemangels. Vor diesem Hintergrund ist diese Studie zu lesen.

Die Autoren freuen sich über Feedback und werden Kritik und Zuspruch gleichermaßen offen und gern aufnehmen.

Brühl/Mannheim/Ludwigshafen: April 2021

### **Dr. Stephan Balling,**

Vertretungsprofessor für BWL-Gesundheitsmanagement Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW), Mannheim

### **Prof. Dr. Björn Maier,**

Professor für BWL-Gesundheitsmanagement Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW), Mannheim



## 2 | EINLEITUNG: KRANKENHÄUSER UNTER DRUCK – PRIVATISIERUNG UND SCHLIESSUNG

Deutschlands Krankenhäuser klagen zu Beginn des Jahres 2021 über herbe Umsatzeinbußen: Im Januar 2021 hätten sie 1,8 Milliarden Euro weniger eingenommen als im gleichen Vorjahresmonat.<sup>1</sup> Der designierte Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Gerald Gaß, spricht von einer „dramatischen finanziellen Lage der Krankenhäuser“.<sup>2</sup>

Für diese dürfte aber nicht nur die aktuelle Pandemie verantwortlich zeichnen. Bereits für das Jahr 2018 beziffert das Krankenhaus-Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) umfragebasiert die Zahl derjenigen Allgemeinkrankenhäuser (mehr als 100 Betten) mit einem Jahresfehlbetrag auf 40 Prozent.<sup>3</sup> „Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die wirtschaftliche Situation merklich verschlechtert“<sup>4</sup>, heißt es im DKI-Krankenhaus-Barometer weiter.

Ambulantisierung und Fachkräftemangel dürften diesen Trend in den kommenden Jahren weiter verschärfen. Insbesondere kommunale und kirchliche Träger von Krankenhäusern ziehen daraus Konsequenzen und setzen auf die Privatisierung oder Schließung ihrer Einrichtungen. Ein Beispiel dafür aus der jüngsten Zeit ist der katholische Träger Contilia, der in Essen im Jahr 2020 zwei Krankenhäuser geschlossen hat.<sup>5</sup> In Dortmund genehmigte das Bundeskartellamt Ende 2020 den Zusammenschluss der Katholischen St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH, der Katholischen St. Lukas Gesellschaft mbH Dortmund, der Marienkrankenhaus Schwerte gem. GmbH und der Katholischen Klinikum Lünen/Werne GmbH zu einer Dachgesellschaft.<sup>6</sup>

Insgesamt geht die Zahl von Krankenhausstandorten in Nordrhein-Westfalen seit 25 Jahren zurück: Wies das Land 1996 noch 474 Standorte aus, waren es 2016 noch 348; die Zahl der Betten sank um 26.073 auf 119.645.<sup>7</sup>

Dieser Trend zu einer sinkenden Anzahl von Krankenhausstandorten in Deutschland und sinkenden Bettenzahl bleibt allerdings deutlich hinter Versorgungsszenarien zurück, die beispielsweise im Diskussionspapier der Leopoldina aus dem Jahr 2016 oder in der Studie der Bertelsmann Stiftung aus dem vergangenen Jahr entworfen wurden.<sup>8</sup>

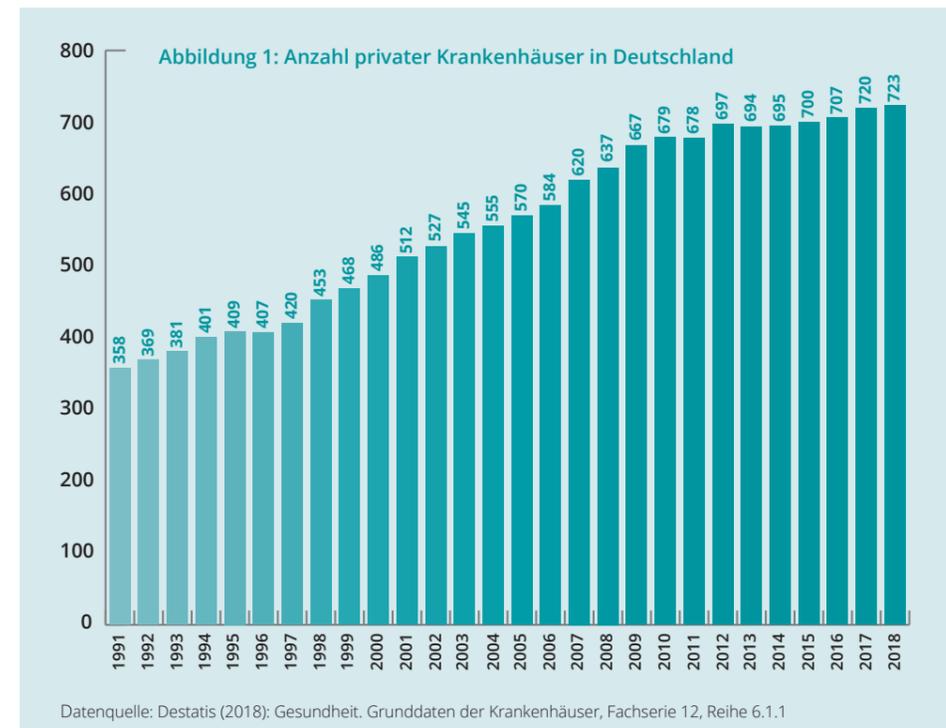
Matthias Mohrmann, Vorstand der AOK Rheinland/Hamburg, charakterisiert die deutsche Krankenhauslandschaft wie folgt:

*„Fehlende Koordination, auch Kommunikation, traditionelle Sektorengrenzen und starke Beharrungskräfte reduzieren den Ertrag eines überproportionalen Ressourceneinsatzes. Komplexe Leistungen, die in die Fläche diffundieren, also aus wirtschaftlichen Gründen von immer mehr nicht spezialisierten Kliniken angeboten werden, beeinträchtigen die Qualität der Versorgung und die Effizienz des Systems. Wer dies bestreitet, sollte Behandlungsergebnisse vergleichen.“<sup>9</sup>*

Trotz dieser Aussagen von Experten ist das Ende des nahe gelegenen Krankenhauses in weiten Teilen der Gesellschaft ein eher beunruhigender Gedanke.<sup>10</sup> Dass weniger Krankenhausstandorte durchaus Vorteile aus qualitativer medizinischer Sicht bringen können, dringt oft

nicht durch.<sup>11</sup> Folglich scheuen sich vor allem Kommunalpolitiker, aber auch Landespolitiker, zu lange davor, Krankenhausstandorte abzubauen und die Versorgung zu zentralisieren.<sup>12</sup> Politische Überlegungen verhindern oftmals, dass kleine defizitäre Krankenhäuser, die häufig auch Qualitätsprobleme aufweisen, geschlossen werden oder dass Standorte fusionieren.<sup>13</sup>

Dabei führen fortwährender medizinischer Fortschritt, immer komplexere Behandlungsmethoden, Verlagerung in die ambulante Versorgung, dauerhafter Mangel an Ärzten und Pflegefachpersonen bereits seit Jahren zu einem ständigen Kampf ums Überleben, der wiederum in Sparzwängen und Insolvenzen resultiert sowie Übernahmen von – vor allem – Klinikketten.<sup>14</sup> Tatsächlich ist die Zahl privater Krankenhäuser in den vergangenen Jahrzehnten deutlich angewachsen, wie Abb. 1 zeigt.



Die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland sinkt, zugleich erhöht sich der Marktanteil privater Träger. Insbesondere das Schließen von Standorten führt mitunter zur Kritik über wachsende Lücken in der Versorgungsqualität, erst recht, wenn Strukturen ungeplant abgebaut werden.<sup>15</sup> Mohrmann fordert eine „Neudefinition vertrauter Rollenbilder“.<sup>16</sup> Für einen geregelten Prozess der Veränderung im deutschen Gesundheitswesen erscheint es notwendig, Sektorengrenzen zwischen ambulanten und stationären Strukturen aufzubrechen und eine klare Leistungsplanung vorzunehmen.<sup>17</sup>

<sup>1</sup> Vgl. Deutsches Ärzteblatt 22. Februar 2021: Krankenhäuser verzeichnen im Januar Erlösrückgang

<sup>2</sup> Vgl. Deutsches Ärzteblatt 22. Februar 2021: Krankenhäuser verzeichnen im Januar Erlösrückgang

<sup>3</sup> Vgl. Blum, K. et al. (DKI): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2019, Düsseldorf: 2019, S. 6

<sup>4</sup> Vgl. Blum, K. et al. (DKI): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2019, Düsseldorf: 2019, S. 6

<sup>5</sup> Vgl. Radio Essen vom 31.12.2020: Essen: Sankt Vincenz Krankenhaus schließt nach fast 140 Jahren

<sup>6</sup> f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus: Kartellamt genehmigt Fusion im Ruhrgebiet, 1/21, S. 8

<sup>7</sup> Vgl. Statistische Bundesamt Deutschland, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 2016, Statistische Berichte, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, Information und Technik Nordrhein-Westfalen, Jg. 1995, 2005, 2016, zitiert nach: Stollmann, F.: Landeskrankenhausplanung, Digitalisierung und Strukturfonds (Vortrag mit Foliensatz), Folie 2, auf: 3.000.000.000 Euro aus dem Strukturfonds für Krankenhäuser, ZENO-Konferenz am 17. September 2020 in Bonn

<sup>8</sup> Vgl. Busse, R. et al.: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, in: Hacker, J. (Hg.): Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften. Diskussion N. 7, Berlin: 2016, sowie Bertelsmann Stiftung (Hg.), Loos, S. et al.: Zukunftsfähige Krankenhausversorgung: 2019

<sup>9</sup> Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 34-36, S. 34

<sup>10</sup> Vgl. Lemke, T.: Klinikträger Sana. Den gordischen Knoten lösen, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 38f, S. 39

<sup>11</sup> Vgl. Reseck, L.: Interview. „Der Hubschrauber fliegt auch nachts um drei.“, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 14-17, S. 14

<sup>12</sup> Vgl. Balling, S.: Interview mit Melanie Huml: „Keine zentrale Kliniklandschaft“, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, Nr. 9/2018, S. 804-806, S. 804

<sup>13</sup> Vgl. Schmid, A. et al.: Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassennärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Bayreuth: 2018, S. 17

<sup>14</sup> Vgl. Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 34-36, S. 35

<sup>15</sup> Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 34-36, S. 34

<sup>16</sup> Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 34-36, S. 34

<sup>17</sup> Vgl. Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 34-36, S. 34



Entscheidend für diese Erkenntnis sind zwar auch wirtschaftliche Faktoren, vor allem aber medizinische sowie Qualitätsergebnisse. Mohrmann schreibt:

*„Wir wissen, dass es gut ist, Operationen dort vornehmen zu lassen, wo diese häufiger gemacht werden, wo ein eingespieltes, hochqualifiziertes Team alle Therapieoptionen beherrscht, mit Komplikationen umgehen kann, idealerweise auch angrenzende Fachdisziplinen vorhält. Bezweifeln wir ernsthaft die Korrelation zwischen Ausmaß der Gesundheitskompetenz und Wahl der Behandlungsstätte?“<sup>18</sup>*

Diese Einsicht muss nicht zwangsläufig bedeuten, dass kleine Krankenhäuser Verlierer der anstehenden Veränderungen sein werden.<sup>19</sup> Doch wird mit Veränderungen vor Ort zu lange gewartet, bleibt am Ende oftmals nur der Weg der Privatisierung, da eine fehlerhafte Medizinstrategie und Qualitätsprobleme schließlich auch zu wirtschaftlichen Problemen führen können, insbesondere bei kleinen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung.<sup>20</sup>

Das passende medizinische Leistungsangebot ist also zu definieren. Jedoch werden Bürgerinitiativen, die sich vor Ort gegen die Schließung von Krankenhausstandorten richten, oftmals als Gruppierungen gesehen, deren Einwände zwar emotional nachvollziehbar, aber aus Sicht medizinischer Qualität und wirtschaftlicher Überlegungen sachlich nicht überzeugen können.<sup>21</sup> Vor Ort wiederum kritisieren Bürger und mitunter auch Kommunalpolitiker, dass zum Beispiel ihre Landesregierung nicht auf konstruktive Vorschläge und Konzepte für ihr Krankenhaus eingeht, so zum Beispiel bei der Schließung des Martin-Luther-Krankenhauses (MLK) in Zeven.<sup>22</sup> Hier kritisiert der Landrat, dass die Ideen von Bürgern und Kommunalpolitik die Landesregierung und die Krankenkassen überhaupt nicht interessiert hätten, während die zuständige Krankenkassenvertreterin vor Ort nach eigener Aussage relativ früh „keine Zukunftsperspektive“ für das MLK gesehen hat.<sup>23</sup>

Wie diese strukturellen Probleme angegangen werden können und inwieweit ein bundesweiter Zusammenschluss kommunaler Häuser zu einer sinnvollen und an Qualitätsmaßstäben orientierten Krankenhausstruktur, die Erreichbarkeit, ambulante Notwendigkeiten, Wirtschaftlichkeit und Gemeinwohlorientierung vereinbart und dabei auf Synergieeffekte und digitale Vernetzung setzt, führt, ist Gegenstand dieser Konzeptstudie.

<sup>18</sup> Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 34-36, S. 34

<sup>19</sup> Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 34-36, S. 35

<sup>20</sup> Vgl. Schmid, A. et al.: Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Bayreuth: 2018, S. 16

<sup>21</sup> Vgl. Reseck, L.: Schließung des MLK Zeven. Mit der Lücke leben, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 20-22, S. 21

<sup>22</sup> Vgl. Reseck, L.: Schließung des MLK Zeven. Mit der Lücke leben, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 20-22, S. 21

<sup>23</sup> Vgl. Reseck, L.: Schließung des MLK Zeven. Mit der Lücke leben, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 20-22, S. 21



### 3 | ZIELSETZUNG UND MOTIVATION DIESER KONZEPTSTUDIE

Diese Studie erfolgt vor dem Hintergrund einer Reihe von Dysfunktionalitäten in der Krankenhausfinanzierung, mit denen das Management aller Träger umgehen muss, und wie sie beispielhaft in Kapitel 5c dieser Studie und im Folgenden skizziert werden. Insbesondere die mangelnde Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer – jährlich fehlen mehr als drei Milliarden Euro – übt gewaltigen Druck auf die Kliniken aus.<sup>24</sup> Dazu kommen Fehlfinanzierungen in gerade in der Bevölkerung als besonders sensibel betrachteten Bereichen, etwa in der Pädiatrie.<sup>25</sup> Dies wird in Kapitel 5c ausgeführt.

Inwieweit sich diese Fehlanreize über eine Reform des Vergütungssystems beseitigen lassen, ist nicht Teil dieser Studie. Denn auch das beste Vergütungssystem würde zu Unzufriedenheit führen, wenn sich die Leistungsanbieter allein profitorientiert verhalten. Das Gesundheitswesen ist geprägt von Marktversagen – adverse Selektion, unvollständige und asymmetrische Informationen und Moral Hazard seien hier nur kurz als Stichpunkte genannt. Ihnen ist in dieser Studie ein eigenes institutionenökonomisches Kapitel gewidmet. Der intuitive Ruf in der Bevölkerung nach wohnortnaher Daseinsvorsorge und öffentlichen Organisationsformen, die nicht rein profitorientiert arbeiten und möglichst in freigemeinnütziger oder öffentlicher Hand liegen, scheint vor diesem Hintergrund durchaus erklärbar, ebenso die Kritik, wenn private Investoren Gelder ausschütten, die letztlich aus Beitragsmitteln stammen.

Zugleich erfordern aber die Knappheit der Ressourcen – finanzielle Mittel, aber vor allem die sinkende Zahl von Fachkräften – sowie die Erkenntnisse über den Zusammenhang von Mindestmengen und medizinischer Qualität deren möglichst effizienten Einsatz. Betriebswirtschaftliche Erkenntnisse und Techniken sind gefragt. Das Ziel dieser Studie ist es deshalb, den Wunsch nach öffentlicher Daseinsvorsorge und den Anspruch auf eine im Krankheitsfall notwendige, ausreichende und zweckmäßige Versorgung in Einklang zu bringen mit betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten für eine wirtschaftliche Krankenhaussteuerung. Dazu wird die Möglichkeit der Schaffung eines bundesweiten kommunalen Krankenhauskonzerns untersucht.

Es geht in dieser Konzeptstudie ausdrücklich nicht darum, finanzielle Mittel im akutstationären Bereich einzusparen! Deutschland gibt im OECD-Vergleich ohnehin einen relativ geringen Anteil seiner Gesundheitsausgaben für Krankenhäuser aus (28 Prozent bei einem OECD-Durchschnitt von 38 Prozent, Dänemark: 44 Prozent).<sup>26</sup> Das Ziel ist vielmehr, Voraussetzungen zu schaffen, um mit zeitgemäßen Managementmethoden eine patientenfokussierte exzellente medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgungsstruktur organisieren zu können, die weniger dem Einfluss kommunalpolitischer Notwendigkeiten unterliegt und sich stärker an Fragen einer sinnvollen Medizin- und Versorgungsstrategie und erst nachgeordnet von Wirtschaftlichkeit ausrichtet.

<sup>24</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Bundesländer sind für Investitionsmittel verantwortlich

<sup>25</sup> Vgl. Kapitel 8.1

<sup>26</sup> Vgl.: OECD (2019), „Health expenditure by provider“, in Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/bf63f5fd-en>

### 4 | FORSCHUNGSFRAGE UND METHODIK DIESER KONZEPTSTUDIE

**Die konkrete Forschungsfrage dieser Studie lautet: Inwieweit könnte es mit einem über-regionalen (bundesweiten) kommunalen Krankenhauskonzern gelingen, unabhängiger von kommunalpolitischen Einflüssen, auf Basis modernen Medizinmanagements eine qualitativ hochwertige und unter Erreichbarkeitsgesichtspunkten ausreichende öffentliche Krankenhausstruktur zu gestalten?**

Methodisch wird dabei wie folgt vorgegangen: Zunächst wird theoriegeleitet der in der Frage der (öffentlichen) Krankenhausstruktur oftmals bemühte Begriff der „Daseinsvorsorge“ behandelt und literaturgestützt in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext gestellt. Anschließend werden aus institutionenökonomischer Sicht private Strukturen im Gesundheitswesen bewertet sowie der politikgetriebene Einfluss auf öffentliche Einrichtungen untersucht.

Im Anschluss erfolgt ein literaturgestützter Überblick über die gegenwärtige Situation und Struktur der deutschen Krankenhauslandschaft, die auch vor dem Hintergrund der gesamtwirtschaftlichen Lage infolge der COVID19-Pandemie gespiegelt wird.

Anhand eines deskriptiven Literatur- und Statistiküberblicks auf Basis öffentlich zugänglicher Daten und aktueller Studien und Gutachten wird ein Überblick über die derzeitige Krankenhausstruktur insbesondere mit Blick auf kommunale Häuser gegeben, ebenso über den Einsatz moderner Managementtools und den Grad der professionalisierten Führung. Anhand mikro-ökonomischer und betriebswirtschaftlicher Theorien wird dargelegt, welche Besonderheiten und Anreizmechanismen im Gesundheitswesen wirken und welche Organisationsformen und Führungsinstrumente sich für öffentliche Einrichtungen anbieten. Im Anschluss erfolgt eine Auswertung von leitfadengestützten Experteninterviews. Diese sollen einerseits abbilden wie sich die Führung eines Konzerns von der eines Einzelkrankenhauses unterscheidet. Andererseits sollen sie zeigen, wie eine sinnvolle Struktur für einen kommunalen Krankenhauskonzern aussehen kann.

Gesprächspartner für die Experteninterviews waren zunächst fünf Geschäftsführer und Vorstandsvorsitzende von kommunalen, freigemeinnützigen sowie in Trägerschaft der Berufsgenossenschaft befindlichen Krankenhäusern und Klinikkonzernen:

- **Dr. Axel Fischer**, Vorsitzender der Geschäftsführung München Klinik gGmbH
- **Dr. Markus Horneber**, Vorstandsvorsitzender Agaplesion gAG
- **Reinhard Nieper**, Vorsitzender der Geschäftsführung BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung GmbH
- **Prof. Dr. Erika Raab**, Geschäftsführerin Kreisklinik Groß-Gerau GmbH
- **Andreas Barthold**, Hauptgeschäftsführer Alexianer GmbH

Des Weiteren wurden vier Interviews mit juristischen Fachexperten geführt, wobei dies teilweise firmenbezogen als Doppelinterview erfolgte:

- **RA Prof. Dr. Bernd Halbe**, Dr. Halbe Rechtsanwälte
- **RA Dr. Oliver Klöck**, Mitglied der Geschäftsführung, **RA Michael Stein**, Partner, Taylor Wessing
- **RA Peter Pfeiffer**, Partner Curacon Wirtschaftsprüfung und Beratung
- **RA Oliver Stein**, Prokurist/Senior Manager, Fachbereich Gesundheitswesen und Sozialwirtschaft, BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, **RA Lorenz Frank**, BDO Legal Rechtsanwaltsgesellschaft mbH

Für beide Expertengruppen wurde jeweils ein Interviewleitfaden entworfen und genutzt, wobei die Interviewführung semileitfadengestützt erfolgte, sodass sich teilweise eine gewisse Diskussion mit zahlreichen Nachfragen entspann. Die Gespräche dauerten jeweils etwa eine Stunde und wurden über Microsoft Teams, Skype oder Zoom geführt. Alle Interviews wurden mit Einverständnis der Interviewpartner aufgezeichnet. Der Fragenkatalog (vgl. Anlage 1 und Anlage 2) wurde den Interviewpartnern im Vorfeld des Interviews zur Vorbereitung übersandt. Die Inter-



views wurden nach der Aufnahme weitestgehend wörtlich transkribiert. Die Interviewpartner erhielten die Transkripte und konnten Korrekturen vornehmen, Streichungen oder Schwärzungen (Anonymisierungen) vornehmen. Es wurde zugesagt, dass keine wörtlichen Zitate in der Studie veröffentlicht werden, sondern lediglich Paraphrasierungen.

Kapitel 13.1. zeigt einen Überblick über die Organisationen der interviewten Krankenhausmanager mit Spezifikationen zur Forschungsfrage. Auf diese wird im Zuge der Konzeption einer Struktur für einen kommunalen Krankenhauskonzern in der Auswertung eingegangen. Das Experteninterview, welches in den Bereich der qualitativen Sozialforschung fällt, ist eine anerkannte Forschungsmethode in der qualitativen Sozialforschung. Mayring sieht gar eine „qualitative Wende“ in den Sozialwissenschaften.<sup>27</sup> Die qualitative Forschungsmethode ermöglicht es, detailliertes Wissen aus den Erfahrungen von Personen zu gewinnen.<sup>28</sup> Die hier vorgenommene Form des Experteninterviews ist der Form des problemzentrierten Interviews zuzuordnen. Dieser Begriff fasst alle Formen der offenen, halbstrukturierten Befragung zusammen. Dabei kann der Interviewte frei antworten, Aufgabe des Interviewers ist es darauf zu achten, dass sich das entspinnde Gespräch auf die definierte Problemstellung, in diesem Fall die Forschungsfrage der Konzeptstudie, fokussiert.<sup>29</sup> Mayring nennt folgende Grundgedanken:

- Das Interview erfolgt vor dem Hintergrund der Subjektivität des Interviewten
- Nötig ist eine Vertrauenssituation zwischen Interviewer und Interviewten
- Die Forschungsfrage behandelt ein spezifisches gesellschaftliches Problem, das vor dem Interview objektiv analysiert wurde
- Der Interviewleitfaden lenkt die Aufmerksamkeit auf spezifische Fragestellungen, der Interviewte wird aber zu offenen Antworten ermuntert, ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten.<sup>30</sup>

Bei der Konzeptionierung eines Leitfadens lassen sich grob drei Formen von Fragen unterscheiden:<sup>31</sup>

1. Sondierungsfragen, also allgemeine Einstiegsfragen, um die subjektive Bedeutung des Themas für den Interviewten herauszuarbeiten,
2. Leitfadenfragen, die die wesentlichen Aspekte für die Datenerhebung bearbeiten, und
3. Ad-hoc-Fragen, die nicht im Leitfaden verzeichnet sind, aber für die Themenstellung oder die Aufrechterhaltung des Gesprächsleitfadens wichtig sind.

Da die Studienautoren mit den interviewten Experten bekannt sind und für die Gewinnung zur Teilnahme bereits im Vorfeld über die Bedeutung des Themas gesprochen worden war, fokussierten sich die Fragen auf Leitfadenfragen und Ad-hoc-Fragen. Der Fokus des Interviews lag auf einer klar formulierten Problemstellung, nämlich der Forschungsfrage, sowie den Erfahrungen der Interviewten mit dem Thema Verbund und Konzern im Vergleich zu Einzelkrankenhäusern, wobei auf Formulierungen wenig Wert gelegt wurde.

Nach den Richtlinien von Dresing und Pehl wurden die Expertengespräche in einem persönlichen (allerdings teilweise fernmündlichen) Gespräch abgehalten, aufgenommen und transkribiert.<sup>32</sup>

Die einzelnen Schritte der Auswertung:

1. Transkription des aufgenommenen Interviews (weitgehend wortwörtlich)
2. Autorisierung des Textes durch die Interviewten, mit dem Hinweis, nicht auf sprachliche Aspekte zu achten
3. Zuordnung der Aussagen zu 30 (Management-Experten) bzw. 26 (juristische Experten) Überschriften, die sich aus Leitfaden, Ad-hoc-Fragen und Ergänzungen im Zuge der Interviews ergeben haben, inklusive Zusammenfassung und Paraphrasierung
4. Vergleich der in der theorie- und literaturgestützten Analyse herausgearbeiteten Kernfragen mit den verdichteten Aussagen aus den Interviews

<sup>27</sup> Vgl. Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung, 6. Auflage, Weinheim und Basel: 2016, S. 9

<sup>28</sup> Vgl. Hennink, M.: Qualitative Research Methods, 2. Auflage, London/Thousand Oaks/New Delhi/Singapur: 2020, S. 10

<sup>29</sup> Vgl. Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung, 6. Auflage, Weinheim und Basel: 2016, S. 66

<sup>30</sup> Vgl. Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung, 6. Auflage, Weinheim und Basel: 2016, S. 69

<sup>31</sup> Vgl. Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung, 6. Auflage, Weinheim und Basel: 2016, S. 69f

<sup>32</sup> Vgl. Dresing, T., Pehl, T.: Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende, 6. Auflage, Marburg: 2015, S.17ff.



# DASEINS- VORSORGE

---

## 5 | DASEINSVORSORGE

### a. Definition und Interpretation des Begriffs „Daseinsvorsorge“

Die öffentliche Debatte über die Schließung oder Privatisierung von Krankenhäusern wird oft geführt unter dem Stichwort „Daseinsvorsorge“. Dieser Begriff geht insbesondere zurück auf den Juristen Ernst Forsthoff, der darunter die Probleme und Folgen der Industrialisierung oder die „soziale Empfindlichkeit des modernen Massendaseins“<sup>33</sup> behandeln wollte.<sup>34</sup> Was sich konkret hinter diesem Begriff verbirgt und wie er sich in Forsthoffs Werken verändert hat, ist eher Aufgabe einer theoretischen oder ideengeschichtlichen Abhandlung.<sup>35</sup> Für die praktische Politik in Europa bedeutender dürfte das französische Konzept des „Service Public“ sein, das auch im europäischen Recht die entscheidende Rolle spielt, wenn es um die Dienste von allgemeinem wirtschaftlichen Interesse und der Frage zwischen Markt- und Staatswirtschaft geht. Kersten schreibt: *„Wer also in der Diskussion um die Daseinsvorsorge in Europa an Forsthoff anknüpfen will, muss verwaltungswissenschaftlich und verfassungspolitisch über ihn hinausgehen. Er muss in der Debatte die aktive Rolle des Individuums soziologisch, politisch und rechtlich vor allem in der Unionsbürgerschaft, der Demokratietheorie, dem Marktverständnis und im Subsidiaritätsbegriff entfalten: Die soziale Disziplinierung des Individuums, die mit der Daseinsvorsorge untrennbar verbunden ist, erfordert, dass die Bürger aktiven Einfluss auf die Vorsorge für ihr Dasein gewinnen können. Dies spricht zunächst für einen Vorrang des Marktes und des Wettbewerbs vor „staatlichen Lösungen“ bei der Ausgestaltung der Daseinsvorsorge.“*<sup>36</sup>

Mit der Entscheidung für die Soziale Marktwirtschaft als Wirtschaftsordnung im Einigungsvertrag von 1990 ist privatem Handeln ein Vorrang vor staatlichem Handeln eingeräumt worden.<sup>37</sup> Der ordnungspolitische Rechtfertigungsdruck bei der Frage „privat oder öffentlich“ steht also bei jenen, die gegen private Anbieter argumentieren. Zugleich lassen sich aber aus institutionenökonomischer Sicht zahlreiche Formen von Marktversagen beschreiben, die im Gesundheitswesen anzutreffen sind, und die Privatisierungen – insbesondere mit Blick auf profitmaximierende Betreiber – von Krankenhäusern in Verbindung mit bestehenden und kaum vollständig behebbaren Dysfunktionalitäten (siehe Kapitel 5.c) des Finanzierungssystems als kritisch erscheinen lassen.

Dazu kommt, dass in Deutschland ein Konsens zu herrschen scheint, dass Gesundheit kein Gut wie ein Konsumartikel ist, und es verantwortungslos wäre, Gesundheit allein den Gesetzen des Marktes zu überlassen.<sup>38</sup> Die Öffentlichkeit steht mitunter Privatisierungen, insbesondere von Krankenhäusern, stark ablehnend gegenüber. Es gibt also einen Widerspruch zwischen der wirtschaftlichen Grundordnung in der Bundesrepublik Deutschland einerseits und (möglicherweise berechtigten) Bedenken sowie der Skepsis in der Bevölkerung andererseits, was private Lösungen in der Daseinsvorsorge angeht.

Dieser Widerspruch lässt sich möglicherweise mittels der Verbindung privatwirtschaftlichen Handelns und öffentlicher Einrichtungen oder eines „Non Profit“-Ansatzes auflösen. Der Wunsch der Bevölkerung nach einer leistungsfähigen Daseinsvorsorge, nach einer wohnortnahen medizinischen Versorgung in nicht profitmaximierenden Einrichtungen jedenfalls darf politisch nicht gering geschätzt oder gar ignoriert werden, schließlich gibt es Belege dafür, dass enttäuschte Erwartungen auf diesem Feld in die Hände von Populisten spielen oder gar das freiheitlich-demokratische Grundverständnis desavouieren.

<sup>33</sup> Forsthoff, E.: DR 5 (1935), S. 398, zitiert nach: Kersten, J.: Die Entwicklung des Konzepts der Daseinsvorsorge im Werk von Ernst Forsthoff, in: DER STAAT 44 (2005), S. 543-569, S. 544

<sup>34</sup> Vgl. Kersten 2005, S. 543-569, S. 544

<sup>35</sup> Vgl. Kersten 2005, S. 543 – 569

<sup>36</sup> Ebd., S. 567

<sup>37</sup> Vgl. Horn, K.: Die Soziale Marktwirtschaft. Alles, was Sie über den Neoliberalismus wissen müssen, Frankfurt am Main: 2010, S. 11

<sup>38</sup> Vgl. Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 34-36, S. 35

### b. Politische Gefahren infolge enttäuschter Erwartungen mit Blick auf die Daseinsvorsorge

In jedem Fall verschärft die globale Pandemie die Diskussionen über regionale Disparitäten in der Daseinsvorsorge, ein Thema, das schon seit Längerem immer wieder die Medien beherrscht, insbesondere, aber nicht nur, mit Blick auf den ländlichen Raum.<sup>39</sup> Diermeier analysiert, dass in Deutschland analog zu anderen westlichen Demokratien bessere Wahlergebnisse der rechts-populistischen AfD mit einer schwächeren Daseinsvorsorge einhergehen, wobei ein genereller Unterschied zwischen Stadt und Land weniger ausschlaggebend erscheint.<sup>40</sup> Vor allem die Faktoren Abwanderung und Arbeitslosigkeit nutzen dem Rechtspopulismus, was sich insbesondere in Ostdeutschland zeigt, eine innovative Wirtschaft geht eher zulasten der AfD.<sup>41</sup> Der Abwanderungsprozess wiederum stellt die Verwaltung in weniger urbanen Regionen vor das Problem, eine angemessene öffentliche Daseinsvorsorge anzubieten, um das Ziel der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse nicht vollends aus den Augen zu verlieren.<sup>42</sup> Dabei steigen die Ausgaben pro Kopf für die fixkostenstarken Bereiche Personennahverkehr, Bildungsinfrastruktur und Breitbandinternet sowie medizinische Vorhaltung, wenn die Zahl der Abgabenzahler schrumpft.<sup>43</sup>

Auch Rickardsson kommt zu dem Schluss, dass Personen in Gegenden mit einer schrumpfenden Bevölkerung und geringerem Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen empfänglicher dafür sind, rechtsextrem zu wählen.<sup>44</sup> In den USA wollen Bewohner ländlicher Bundesstaaten sich damit auch gezielt von urbanen Milleus mit guter sozialer und wirtschaftlicher Infrastruktur distanzieren.<sup>45</sup> Studien aus Großbritannien zeigen, dass die Zustimmung zum Brexit dort am größten ist, wo die öffentlichen Ressourcen besonders knapp sind, in Frankreich zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Wahlergebnis des rechtspopulistischen Rassemblement National und der Entfernung zum nächsten Bahnhof.<sup>46</sup>

Um den Graben zwischen Städten und ländlichen Regionen im Wahlverhalten und den tendenziell deutlich stärkeren Trend für rechtspopulistisches oder rechtsextremes Wahlverhalten zu erklären, wird häufig auf vier Faktoren in nicht-urbanen Räumen verwiesen: hohe Arbeitslosigkeit, niedriger Bildungsgrad, niedriges Einkommen und niedriger Anteil an Migranten. Fraglich ist aber, ob diese Erklärungsmuster ausreichen, oder ob nicht auch eine Kaskade von Konsequenzen aus einer Entvölkerung von Regionen eine wesentliche Ursache für rechtsextremes Wahlverhalten sein kann.<sup>47</sup> Der Zusammenhang ist dabei einfach: Je weniger Menschen in einer Region leben, desto schwieriger ist es, Strukturen der Daseinsvorsorge funktionell in Betrieb zu halten und vor allem zu finanzieren. „Intelligent Schrumpfen“ war bereits in den 2000er-Jahren die Maßgabe für Regionen mit Bevölkerungsrückgang.<sup>48</sup> Dieser Ansatz hat aber offensichtlich nicht verhindert, dass auch in Deutschland populistisches Wahlverhalten stärker wurde. Weltweit gilt: Ein Bevölkerungsrückgang im ländlichen Raum schwächt dort die gesamtwirtschaftliche Nachfrage, das wirkt sich negativ auf die Arbeitsmärkte aus und führt zur Schließung von wichtigen Einrichtungen für öffentliche und private Dienstleistungen.<sup>49</sup> In Deutschland gelten als besonders wichtige Einrichtungen der Daseinsvorsorge das medi-

<sup>39</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 539, sowie exemplarisch: Schwager, C.: Das Sterben der Kliniken, in: „Berliner Zeitung“ vom 22.1.2021, S. 3

<sup>40</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 539

<sup>41</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 540f

<sup>42</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 541

<sup>43</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 541

<sup>44</sup> Vgl. Rickardsson, J.: The urban-rural divide in radical right populist support: the role of resident's characteristics, urbanization trends and public service supply, in: The Annals of Regional Science 2021, published 12 February, S. 1, <https://doi.org/10.1007/s00168-021-01046-1>

<sup>45</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 542f

<sup>46</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 543

<sup>47</sup> Vgl. Rickardsson, J.: The urban-rural divide in radical right populist support: the role of resident's characteristics, urbanization trends and public service supply, in: The Annals of Regional Science 2021, published 12 February, S. 2, <https://doi.org/10.1007/s00168-021-01046-1>

<sup>48</sup> KfW-Research: WirtschaftsObserver online, No. 9, März 2006, S. 6

<sup>49</sup> Vgl. Rickardsson, J.: The urban-rural divide in radical right populist support: the role of resident's characteristics, urbanization trends and public service supply, in: The Annals of Regional Science 2021, published 12 February, S. 2, <https://doi.org/10.1007/s00168-021-01046-1>



zinische Leistungsangebot und Bildungseinrichtungen, wenngleich es keine klare Definition gibt, welche Arten von Daseinsvorsorge in welchem Umfang vorzuhalten sind.<sup>50</sup> Festzuhalten ist, dass das Niveau der regional vorhandenen Einrichtungen der Daseinsvorsorge nicht in direktem Zusammenhang steht zum Einkommen in der jeweiligen Region.<sup>51</sup> Diese empirische Erkenntnis passt bereits zum Forsthoffschen Begriff der Daseinsvorsorge, der zufolge die „soziale Bedürftigkeit“ des Einzelnen mit Blick auf Einrichtungen zur Versorgung mit Gas, Wasser, Strom, Abwasser oder Verkehrsmitteln nicht vom Vermögen abhängt.<sup>52</sup> Selbst ohne finanzielle Sorgen können also politische Frustrationen aus dem Gefühl der Verlassenheit oder des Abgehängtseins entstehen, unabhängig davon, ob die Ursache dabei in einer gefühlten oder tatsächlichen Benachteiligung liegt.<sup>53</sup> Dabei muss die Bündelung von sozialen Dienstleistungen mit dem Ziel einer qualitativen Verbesserung nicht dazu führen, dass die Bürger in veränderten Strukturen der Daseinsvorsorge eine Verbesserung sehen.<sup>54</sup> Jedenfalls lässt sich für Deutschland nicht schlicht eine politische Stadt-Land-Spaltung analysieren, vielmehr scheint sich die besonders hohe Zuwendung zum Rechtspopulismus in jenen ländlichen Räumen zu konzentrieren, die ein teilweise äußerst schwaches Angebot an öffentlichen Leistungen vorweisen.<sup>55</sup>

Dies lässt sich auch für Schweden aufzeigen: Dort zeigt Rickardsson, dass öffentliche Dienstleistungen eine wichtige Rolle insbesondere im nicht-urbanen Raum spielen, wenn es um die Unterstützung für die rechtspopulistische Partei der Schwedendemokraten geht.<sup>56</sup> Im ländlichen Raum zeigt sich demnach ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen öffentlicher Daseinsvorsorge („public service supply“) und Wahlstimmen für die Schwedendemokraten.<sup>57</sup> Dieser statistische Zusammenhang gilt so allerdings nicht für den urbanen Raum.<sup>58</sup> Hier ist eine Differenzierung nötig: In urbanen Gegenden mit einem großen Gesundheitssektor sinkt die Wahrscheinlichkeit für Wahlerfolge der Schwedendemokraten, eine große Polizeiwache erhöht diese aber, was wohl auf entsprechende Kriminalitätsraten zurückzuführen sein dürfte.<sup>59</sup> Generell gilt: Wenn die Bürger mit dem Angebot an öffentlichen Dienstleistungen zufrieden sind, sinkt die Wahrscheinlichkeit signifikant, dass sie ihre Stimme den Schwedendemokraten geben.<sup>60</sup> Statistisch zeigt Rickardsson, dass der Stadt-Land-Unterschied im Wahlverhalten sogar signifikant sinkt, wenn der Zugang zu und die Zufriedenheit mit öffentlichen Dienstleistungen berücksichtigt werden.<sup>61</sup> In anderen Worten: Der – und das scheint weltweit zu gelten – höhere Anteil von Stimmen für rechtspopulistische und rechtsextreme Parteien in ländlichen Regionen im Vergleich zu urbanen Regionen lässt sich höchstens zum Teil auf kulturelle oder sozioökonomische Faktoren zurückführen, sondern vielmehr auch auf die Zufriedenheit und den Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen.

Auch für Deutschland zeigen empirische Daten, dass eine bessere Daseinsvorsorge ceteris paribus signifikant zu einem schlechteren AfD-Wahlergebnis auf kommunaler Ebene führt.<sup>62</sup> Dies gilt ausdrücklich auch bezüglich der Erreichbarkeit von Krankenhäusern. Allerdings sinkt dieser

<sup>50</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 544

<sup>51</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 546

<sup>52</sup> Vgl. GesundheitsWirtschaft 5/14: Liberales Drehbuch, S. 7

<sup>53</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 546

<sup>54</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 547

<sup>55</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 549f

<sup>56</sup> Vgl. Rickardsson, J.: The urban-rural divide in radical right populist support: the role of resident's characteristics, urbanization trends and public service supply, in: The Annals of Regional Science 2021, published 12 February, S. 3, <https://doi.org/10.1007/s00168-021-01046-1>

<sup>57</sup> Vgl. Rickardsson, J.: The urban-rural divide in radical right populist support: the role of resident's characteristics, urbanization trends and public service supply, in: The Annals of Regional Science 2021, published 12 February, S. 21, <https://doi.org/10.1007/s00168-021-01046-1>

<sup>58</sup> Vgl. Rickardsson, J.: The urban-rural divide in radical right populist support: the role of resident's characteristics, urbanization trends and public service supply, in: The Annals of Regional Science 2021, published 12 February, S. 21, <https://doi.org/10.1007/s00168-021-01046-1>

<sup>59</sup> Vgl. Rickardsson, J.: The urban-rural divide in radical right populist support: the role of resident's characteristics, urbanization trends and public service supply, in: The Annals of Regional Science 2021, published 12 February, S. 21, <https://doi.org/10.1007/s00168-021-01046-1>

<sup>60</sup> Vgl. Rickardsson, J.: The urban-rural divide in radical right populist support: the role of resident's characteristics, urbanization trends and public service supply, in: The Annals of Regional Science 2021, published 12 February, S. 22, <https://doi.org/10.1007/s00168-021-01046-1>

<sup>61</sup> Vgl. Rickardsson, J.: The urban-rural divide in radical right populist support: the role of resident's characteristics, urbanization trends and public service supply, in: The Annals of Regional Science 2021, published 12 February, S. 23, <https://doi.org/10.1007/s00168-021-01046-1>

<sup>62</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 555

Effekt deutlich bei Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern.<sup>63</sup> Aktuelle Forschungen lassen vor diesem Hintergrund für Deutschland noch keine eindeutigen Aussagen zu, inwieweit Mängel oder empfundene Mängel in der Daseinsvorsorge in ländlichen Regionen wirkliche ursächliche Treiber für populistische oder extreme Wahlentscheidungen sind.<sup>64</sup> Ein Blick auf Erregungen bei Krankenhausschließungen, auf regionale Wahlergebnisse und den sich weltweit vertiefenden politischen und soziokulturellen Graben zwischen Stadt- und Landbevölkerungen geben aber ausreichend Anlass zu der Vermutung, dass sich nicht erfüllende Erwartungen und Unzufriedenheit im Zusammenhang mit Einrichtungen der Daseinsvorsorge – insbesondere Schulen und Krankenhäuser – zu höheren Wahlergebnissen von Rechtsextremen und Rechtspopulisten führen.

### C. Daseinsvorsorge am Beispiel der Pädiatrie: Unwuchten im DRG-System, Privatisierung, Vorsicht bei rein privaten Lösungen

Die empirischen Befunde über den Zusammenhang zwischen der Wahlentscheidung für rechtspopulistische Parteien und dem Vorhandensein von Strukturen der Daseinsvorsorge sind für die Gesundheitspolitik nicht unerheblich, selbst wenn sich noch keine eindeutigen Schlüsse daraus ziehen lassen. Zugleich dürfte aber auf Grundlage des Common Sense angenommen werden, dass Krankenhausbehandlungen kein Gut wie etwa Konsumartikel sind, weshalb es durchweg Ablehnung gibt, Gesundheit allein den Gesetzen des Marktes zu überlassen.<sup>65</sup> Diese einfache Empfindung lässt sich durchaus auf Basis ökonomischer Theorien begründen.

Als „lernendes System“ ist das derzeitige Krankenhaus-Entgeltsystem konzipiert.<sup>66</sup> Die Fallpauschalen, Diagnosis Related Groups (DRG), die Krankenhäuser für Leistungen abrechnen können, sollen die Kosten spiegeln, die eine Behandlung verursacht.<sup>67</sup> Die schwierige Aufgabe, die jeweiligen Relativgewichte für die einzelnen Leistungen zu kalkulieren, die dann multipliziert mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert den Rechnungsbetrag ergeben, den Krankenhäuser mit den Krankenkassen abrechnen, obliegt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).<sup>68</sup> Da die Kosten für Prozeduren im Krankenhaus jedes Jahr auf Basis von Angaben der Kalkulationshäuser neu beziffert werden, verschieben sich permanent die Gewichte. Theoretisch ist es in einem solchen System nicht sinnvoll, dass sich Krankenhäuser auf vermeintlich „lukrative“ Leistungen fokussieren, denn was viel Erlös generiert, sollte auch hohe Kosten verursachen. Gewinn und Umsatz sind bekanntlich nicht dasselbe.

In der Praxis kommt es aber trotzdem zu Klagen, denen zufolge es Bereiche im Krankenhaus gebe, die unterfinanziert seien. Ein Beispiel, das nicht nur in der Fachpresse seit einiger Zeit diskutiert wird, ist der Bereich der Kinderheilkunde. Das „Deutsche Ärzteblatt“ stellte am 28. Februar 2020 fest: „Denn die Experten sind sich einig, dass die Pädiatrie im DRG-System unterfinanziert ist. Das hat mehrere Gründe.“<sup>69</sup>

Das Blatt zitiert unter anderem den Abteilungsleiter der Allgemeinen Pädiatrie und Neonatologie im Universitätsklinikum Gießen, Prof. Dr. med. Klaus-Peter Zimmer, der zunächst auf das Problem der mangelnden Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer hinweist:<sup>70</sup> Krankenhäuser müssten infolge zu geringer Fördermittel DRG-Erlöse nutzen, um nötige Investitionen zu finanzieren. Da Kinderkliniken bis zu 85 Prozent Personalkosten hätten (im Durchschnitt liege der Personalkostenanteil in den Krankenhausbudgets bei lediglich 60 Prozent), müssten sie besonders stark beim Personal sparen.

<sup>63</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 555

<sup>64</sup> Vgl. Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568, S. 561

<sup>65</sup> Vgl. Mohrmann, M.: Aus Kassenblick. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 34-36, S. 35

<sup>66</sup> Vgl.: Bundesgesundheitsministerium (BMG): Krankenhausfinanzierung

<sup>67</sup> Vgl.: Bundesgesundheitsministerium (BMG): Krankenhausfinanzierung

<sup>68</sup> Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus: Das Institut

<sup>69</sup> Osterloh, F.: Pädiatrie: Wege aus der Unterfinanzierung, in: Deutsches Ärzteblatt 9/2020 v. 28. Februar 2020, Online-Ausgabe

<sup>70</sup> Vgl. Osterloh, F.: Pädiatrie: Wege aus der Unterfinanzierung, in: Deutsches Ärzteblatt 9/2020 v. 28. Februar 2020, Online-Ausgabe und Kapitel 6



Zimmer weist des Weiteren auf das breite Leistungsspektrum in der Pädiatrie hin. 400 bis 500 verschiedene Fallpauschalen kämen dort zum Tragen, in Abteilungen der Erwachsenenmedizin seien es im Durchschnitt dagegen weniger als 200. Der Grund dafür liege vor allem in seltenen Krankheiten, die häufig in den ersten Lebensjahren festgestellt würden. Als Folge verweist der Artikel auf eine „Notfallquote durch akut auftretende Erkrankungen“<sup>71</sup>, die „mit 50 Prozent enorm hoch sei“<sup>72</sup>. Anders als die vielen planbaren Leistungen seien Notfälle im DRG-System unterfinanziert.

Letzteres wiederum führt der Artikel auf starke saisonale Schwankungen in der Kinderheilkunde zurück. Letztlich führe das zu deutlich höheren Vorhaltekosten als in der Erwachsenenmedizin, was sich aber nicht im Entgeltsystem widerspiegele. Insbesondere Maximalversorger litten unter dieser Situation.<sup>73</sup>

Das „Deutsche Ärzteblatt“ verweist auf eine Studie der Medizinerin Annic Weyersberg vom Cologne Center for Ethics, Rights, Economics and Social Sciences of Health an der Universität zu Köln, in deren Rahmen folgende Aussagen von Teilnehmern gefallen seien:<sup>74</sup>

→ „Kinderkliniken werden häufig als lästiger Appendix eines Gesamtklinikums betrachtet.“

→ „Heute ist die Kindermedizin ein defizitäres Anhängsel an einem Großklinikum, das man irgendwie braucht, das man aber versucht, so klein wie möglich zu halten.“

Sind Kinderabteilungen also per se unrentabel? Fest steht, dass immer weniger Krankenhäuser Pädiatrien vorhalten. Im Zeitraum 1991 bis 2017 sank deren Zahl von 440 auf 354, die der Krankenhausbetten in Kinderkliniken ging um 33 Prozent zurück.<sup>75</sup> Insbesondere die Zahl der Pädiatrien lässt aufhorchen, ist sie doch bereits nahe an jenen 330 Krankenhausstandorten, die Deutschland hätte, wenn es eine ähnliche Reform der akutstationären Strukturen vornähme wie Dänemark.<sup>76</sup>

Zwar gibt es durchaus gute medizinische und versorgungspolitische Argumente für eine Reduktion von Klinikstandorten in Deutschland, aber insbesondere in der Kinderheilkunde scheinen ökonomische Anreize für das Schließen von Kliniken eine – vorsichtig formuliert – gewisse Rolle gespielt zu haben. Die Herausarbeitung, inwieweit dies Folge der Privatisierung von Krankenhausstandorten war oder zumindest in einen zeitlichen Kontext mit (einzelnen) Privatisierungen zu setzen ist, wäre Aufgabe einer empirischen Überprüfung.

#### d. Privatisierung im Gesundheitswesen aus institutionenökonomischer Sicht

An dieser Stelle zielführender erscheint aber eine theoretische Erwägung, inwieweit Privatisierungen von Einrichtungen der Daseinsvorsorge aus Sicht der Neuen Institutionenökonomik sinnvoll sind. Während der Begriff „Ökonomie das tatsächliche Wirtschaften real existierender Akteure“<sup>77</sup> bezeichnet, meint „Ökonomie die wissenschaftliche bzw. theoretische Auseinandersetzung mit dem Wirtschaften der Menschen“.<sup>78</sup> Die Ökonomie analysiert menschliches Handeln unter der Annahme begrenzter wirtschaftlicher Ressourcen (Arbeit, Boden, Kapital), also von Knappheit.<sup>79</sup> Dabei wird in der Regel zur modellhaften Vereinfachung das Modell des „Homo oeconomicus“ zugrunde gelegt, dem nach die Individuen wohlinformiert und durchsetzungsstark sind, klare Präferenzen ausweisen und strikt rational handeln.<sup>80</sup> Auf dieser Basis

<sup>71</sup> Osterloh, F.: Pädiatrie: Wege aus der Unterfinanzierung, in: Deutsches Ärzteblatt 9/2020 v. 28. Februar 2020, Online-Ausgabe

<sup>72</sup> Osterloh, F.: Pädiatrie: Wege aus der Unterfinanzierung, in: Deutsches Ärzteblatt 9/2020 v. 28. Februar 2020, Online-Ausgabe

<sup>73</sup> Vgl. Osterloh, F.: Pädiatrie: Wege aus der Unterfinanzierung, in: Deutsches Ärzteblatt 9/2020 v. 28. Februar 2020, Online-Ausgabe

<sup>74</sup> Vgl. Osterloh, F.: Pädiatrie: Wege aus der Unterfinanzierung, in: Deutsches Ärzteblatt 9/2020 v. 28. Februar 2020, Online-Ausgabe

<sup>75</sup> Vgl. Osterloh, F.: Pädiatrie: Wege aus der Unterfinanzierung, in: Deutsches Ärzteblatt 9/2020 v. 28. Februar 2020, Online-Ausgabe

<sup>76</sup> Vgl. hierzu: Busse, R. et al.: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, in: Hacker, J. (Hg.): Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften. Diskussion Nr. 7, Berlin: 2016, S. 10

<sup>77</sup> Erlei, M., Leschke, M., Sauerland, D.: Neue Institutionenökonomik, 2. Auflage, Stuttgart: 2007, S. 1

<sup>78</sup> Erlei, M., Leschke, M., Sauerland, D.: Neue Institutionenökonomik, 2. Auflage, Stuttgart: 2007, S. 1

<sup>79</sup> Vgl. Erlei, M., Leschke, M., Sauerland, D.: Neue Institutionenökonomik, 2. Auflage, Stuttgart: 2007, S. 1f

<sup>80</sup> Vgl. Erlei, M., Leschke, M., Sauerland, D.: Neue Institutionenökonomik, 2. Auflage, Stuttgart: 2007, S. 1f

werden wirtschaftliche und gesellschaftliche Phänomene erklärt (methodologischer Individualismus) und mitunter auch wissenschaftlich fundierte Handlungsempfehlungen an die Politik gegeben.<sup>81</sup>

Dieser Ansatz ist nicht neu, findet er sich doch schon beim Moralphilosophen Adam Smith wieder, der in seinem epochalen Werk „Vom Wohlstand der Nationen“ bereits die Vorzüge privaten Unternehmertums und den Mehrwert wohlverstandenen Eigeninteresses für die gesamtgesellschaftliche (ökonomische) Wohlfahrt hervorhob. Passend sei hier auf Smiths berühmtes Zitat hingewiesen:

„Nicht vom Wohlwollen des Fleischers, Brauers oder Bäckers erwarten wir unsere Mahlzeit, sondern von ihrer Bedachtnahme auf ihr eigenes Interesse. Wir wenden uns nicht an ihre Humanität, sondern an ihren Egoismus, und sprechen ihnen nie von unseren Bedürfnissen, sondern von ihren Vorteilen.“<sup>82</sup>

Diese Grundidee des Klassikers Smith spiegelt sich insbesondere in der (mathematischen) Modelltheorie der Neoklassik wider (Grenznutzen und Grenzkosten), die ihren Ausgangspunkt im 19. Jahrhundert hatte. Im Zentrum der neoklassischen Modellwelt steht die effiziente Allokation der knappen Mittel, und diese wird – zumindest theoretisch – im Rahmen einer Marktwirtschaft mit flexiblen Preisen für Güter und Dienstleistungen sowie Ressourcen erreicht, bestenfalls unter Bedingungen der vollständigen Konkurrenz.<sup>83</sup>

Erlei et al. attestieren der Neoklassik dabei (übrigens ebenso wie dem Keynesianismus) eine „weitgehende Vernachlässigung einer expliziten Analyse von Institutionen, die das Handeln der wirtschaftlichen Akteure ebenso beeinflussen wie die Aktivitäten der politischen Handlungsträger“.<sup>84</sup>

Dabei hatte schon Adam Smith auf die Notwendigkeit staatlichen Handelns hingewiesen, nicht nur mit Blick auf den Schutz der körperlichen Unversehrtheit und des Privateigentums nach innen sowie der äußeren Sicherheit, sondern auch mit Blick auf Effizienzgesichtspunkte: „Im System der natürlichen Freiheit hat der Souverän lediglich drei Aufgaben zu erfüllen, die sicherlich von höchster Wichtigkeit sind, aber einfach und dem normalen Verstand zugänglich: Erstens die Pflicht, das Land gegen Gewalttätigkeiten und Angriff anderer unabhängiger Staaten zu schützen, zweitens die Aufgabe, jedes Mitglied der Gesellschaft so weit wie möglich vor Ungerechtigkeiten oder Unterdrückung durch einen Mitbürger in Schutz zu nehmen oder ein zuverlässiges Justizwesen einzurichten, und drittens die Pflicht, bestimmte öffentliche Anstalten und Einrichtungen zu gründen und zu unterhalten, die ein Einzelner oder eine kleine Gruppe aus eigenem Interesse nicht betreiben kann, weil der Gewinn die Kosten niemals decken könnte, obwohl er häufig höher sein mag als die Kosten für das ganze Gemeinwesen.“

Insbesondere die Neue Institutionenökonomik befasst sich mit der Frage, unter welchen Bedingungen Ökonomen ihre Überzeugung „von der Überlegenheit der dezentralen Koordination individueller Pläne über Märkte“<sup>85</sup> möglicherweise fallen lassen müssen. Diesen neuen Forschungsansatz in Gang setzte 1937 Ronald Coase mit dem Aufsatz „The Nature of the Firm“, mit dem er zum „Vater der modernen Transaktionskostenökonomik“<sup>86</sup> wurde.

Auf Basis institutionenökonomischen Denkens lässt sich eine Reihe von Arten von **Marktversagen** analysieren, die im Gesundheitswesen zum Tragen kommen können, und die im Folgenden weiter ausgeführt werden:

- MONOPOLSTRUKTUREN
- PRINZIPAL-AGENTEN-PROBLEME
- ADVERSE SELEKTION
- UNVOLLSTÄNDIGE INFORMATIONEN
- MORAL HAZARD
- EXTERNE EFFEKTE

<sup>81</sup> Mehr zur Ökonomie als Wissenschaft: Erlei, M., Leschke, M., Sauerland, D.: Neue Institutionenökonomik, 2. Auflage, Stuttgart: 2007, S. 1 – 22

<sup>82</sup> Smith, A.: Wohlstand der Nationen. Nach der Übersetzung von Max Stirner, Hg.: Schmidt, H., Köln: 2009, S. 21

<sup>83</sup> Vgl. Erlei et al., S. 43f, dort findet sich auch eine ausführliche Darstellung der Grundlagen der Neoklassik

<sup>84</sup> Erlei et al., S. 26

<sup>85</sup> Göbel, E.: Neue Institutionenökonomik. Konzeption und betriebswirtschaftliche Anwendungen, Stuttgart: 2002, S. 41

<sup>86</sup> Ebd.



## Monopolstrukturen

Das typische – und schon in der neoklassischen mikroökonomischen Modellwelt ausführlich beschriebene – Beispiel für Marktversagen zeigt sich in **Form eines Monopols**. Bereits Walter Eucken wies darauf hin, dass unregulierte Märkte zu Monopolstrukturen neigen:<sup>87</sup> „*Universal besteht der ‚Hang zur Monopolbildung‘ – ein Faktum, mit der alle Wirtschaftspolitik zu rechnen hat.*“<sup>88</sup> Monopole müssen dabei nicht Ergebnis von Kartellen oder Wettbewerbsabsprachen sein, sie können sich vielmehr aus der technischen Logik heraus ergeben. Hohe Fixkosten wie bei einer Erdgasgesellschaft, die für viel Geld Gasleitungen verlegen und instand halten muss, können in Verbindung mit kleinen Grenzkosten (die Bereitstellung zusätzlicher Einheiten Erdgas durch die dann existierenden Leitungen) zu einem natürlichen Monopol führen.<sup>89</sup>

Aus neoklassischer Sicht setzt der Monopolist einen Preis deutlich oberhalb des Gleichgewichtspreises fest, der sich bei vollständiger Konkurrenz ergäbe (das wäre der Schnittpunkt von Grenzkosten- und Nachfragekurve). Vielmehr verringert er dem reinen Modell zufolge die Produktionsmenge auf den Schnittpunkt von Grenzerlös- und Grenzkosten-(Angebots-) Kurve, der dann zu erzielende Preis auf der Nachfragekurve liegt deutlich höher.<sup>90</sup>

Das Bundeskartellamt klassifiziert Krankenhäuser unabhängig von ihrer Trägerschaft (kommunal, freigemeinnützig, privat) als Unternehmen, die untereinander im Wettbewerb stehen, weist aber darauf hin, dass aufgrund der gesetzlich und von den Organen und Institutionen der Selbstverwaltung administrierten Preisen in diesem Bereich kaum Preiswettbewerb existiere.<sup>91</sup> Ziel der Fusionskontrolle sei es deshalb in erster Linie, den Wettbewerb um die Qualität der Versorgung der Patienten zu bewahren und für die Bürger vor Ort hinreichende Auswahlalternativen zu sichern.<sup>92</sup>

Dabei werden Zusammenschlüsse in der Regel genehmigt, zwischen 2003 und Juli 2020 wurden von insgesamt 325 angemeldeten Transaktionen lediglich sieben untersagt, acht Projekte wurden nach kritischer Bewertung während informeller Voranfragen am Ende nicht beantragt.<sup>93</sup> Der Einfluss des Kartellamts auf strategische Entscheidungen von Krankenhäusern wird auch in den Experteninterviews dieser Arbeit thematisiert.

Informelle Vorprüfungen gibt es insbesondere bei Überlegungen über Fusionen im öffentlich-rechtlichen Bereich, um frühzeitig kartellrechtliche Bedenken in die politischen Entscheidungsprozesse in den einzelnen Gremien der Gebietskörperschaften einfließen zu lassen, damit so nötigenfalls rechtzeitig alternative Lösungen angegangen werden.<sup>94</sup>

Die Monopolkommission weist zwar ebenfalls darauf hin, dass ein wettbewerbsschädliches Verhalten eines marktmächtigen Krankenhauses unwahrscheinlich ist, da es keine höheren Preise setzen kann und die Möglichkeiten für eine bewusst schlechte Qualität mit dem Ziel niedriger Kosten begrenzt sind bzw. durch Größenvorteile ausgeglichen werden, aber die Monopolkommission betont auch, dass die konkurrenzlose Alleinstellung die Anreize eines Krankenhauses, ein effizientes Angebot in sämtlichen Dienstleistungsbereichen zu gewährleisten, mindert.<sup>95</sup> Dementsprechend seien Krankenhäuser Unternehmen im Sinne des Wettbewerbsrechts.<sup>96</sup> Das heißt: Krankenhäuser können durch Fusionen oder ihre regionale Alleinstellung potenziell Monopolisten werden, mitunter mag das mit Blick auf Qualitätsvorteile in größeren Einheiten sogar wünschenswert sein.<sup>97</sup>

Der Staat muss dabei selbst im Fall des Monopols nicht der bessere Unternehmer sein, wie bereits Eucken ausführte: „*Die Verstaatlichung löst das Monopolproblem nicht. Staatliche*

<sup>87</sup> Vgl. Eucken, W.: Grundsätze der Wirtschaftspolitik (7. Auflage), Tübingen: 2004, S. 30f

<sup>88</sup> Eucken, W.: Grundsätze der Wirtschaftspolitik (7. Auflage), Tübingen: 2004, S. 31

<sup>89</sup> Vgl. Varian, H.: Grundzüge der Mikroökonomik (5. Auflage), Oldenbourg: 2001, S. 410f

<sup>90</sup> Vgl. Eucken, W.: Grundsätze der Wirtschaftspolitik (7. Auflage), Tübingen: 2004, S. 34

<sup>91</sup> Vgl. Bundeskartellamt: Gesundheitswirtschaft

<sup>92</sup> Vgl. Bundeskartellamt: Gesundheitswirtschaft

<sup>93</sup> Vgl. Bundeskartellamt: Gesundheitswirtschaft

<sup>94</sup> Vgl. Bundeskartellamt: Gesundheitswirtschaft

<sup>95</sup> Monopolkommission: Auszug aus Hauptgutachten XVII (2006/2007). Kapitel V. Potenziale für mehr Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt, S. 311-333, S. 317

<sup>96</sup> Monopolkommission: Auszug aus Hauptgutachten XVII (2006/2007). Kapitel V. Potenziale für mehr Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt, S. 311-333, S. 317

<sup>97</sup> Monopolkommission: Auszug aus Hauptgutachten XVII (2006/2007). Kapitel V. Potenziale für mehr Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt, S. 311-333, S. 317

*Monopole – z. B. der Eisenbahn oder Elektrizitätswerke – treiben regelmäßig ebenso monopolistische Politik wie private Monopole.*<sup>98</sup>

Zugleich kann das Monopolproblem aber durchaus einen ersten Hinweis darauf geben, dass eine rein private Lösung möglicherweise Probleme aufwirft, die im Zusammenhang mit weiteren Formen des Marktversagens im Gesundheitswesen schwierig durch Regulierung zu lösen sind.

## Principal Agent Problem, asymmetrische Information und Moral Hazard

Eine weitere Form des Marktversagens im Gesundheitswesen lässt sich mit der **Prinzipal-Agenten-Theorie** erklären. Dabei werden Handlungen und Motivationen der beteiligten (politischen) Akteure analog zur traditionellen ökonomischen Modellstruktur (Angebot-Nachfrage-Modell) analysiert.<sup>99</sup> In der Praxis warnt auch die Monopolkommission vor „*Fehlanreizen, die sich den Anbietern von Gesundheitsleistungen aus Informationsvorsprüngen über den tatsächlichen Behandlungsbedarf gegenüber den Patienten und Kostenträgern eröffnen*“<sup>100</sup>, weist aber auch auf Fehlanreize für Patienten hin, „*die zu einer ineffizient hohen Nachfrage nach Krankenhausleistungen beitragen*“<sup>101</sup>. Die Monopolkommission schreibt weiter: „*In dem vorherrschenden gesetzlichen Vollversicherungssystem werden die Patienten bei ihren Nachfrageentscheidungen ungenügend angeleitet, die Kosten alternativer Behandlungen abzuwägen, da diese von den Krankenkassen annähernd vollständig getragen werden. Ihre Auswahlentscheidung wird daher ausschließlich von qualitativen Kriterien geleitet und ignoriert die aus ihr hervorgehenden Kosten für die Versichertengemeinschaft.*“<sup>102</sup>

Das Plädoyer für Wettbewerb auf Märkten mit möglichst großer Nähe zum Ideal der vollständigen Konkurrenz setzt voraus, dass Haushalte und Unternehmungen gut informiert sind, dass sie ihre Möglichkeitenmenge kennen und ausreichend Informationen besitzen zur Frage, welche Güter zu welchen Preisen überhaupt verfügbar sind und welche Eigenschaften diese Waren oder Dienstleistungen aufweisen; außerdem baut dieses Modell darauf, dass die Konsumenten ihre Präferenzen genau kennen.<sup>103</sup>

Das Gesundheitswesen dagegen ist neben der Tendenz zur Monopolbildung geprägt von beidseitig **asymmetrischer Information** zwischen Arzt und Patient – der Patient weiß meist die Wirkung der Leistungen seines Arztes nicht genau zu beurteilen, und der Arzt verfügt nicht über detaillierte Informationen über das behandlungsbegleitende Verhalten des Patienten.<sup>104</sup> Diese Situation kann vonseiten des Arztes zu **Moral Hazard** führen, indem er seinen diskretionären Handlungsspielraum zu seinem Vorteil ausschöpft, also im Sinne der Prinzipal-Agenten-Theorie als Agent nicht im Sinne des Prinzipals – hier seines Patienten – handelt.<sup>105</sup> Zugleich hat der Patient einen Informationsvorsprung gegenüber dem Arzt, denn nur er kennt sein behandlungsbegleitendes, gesundheitsrelevantes Verhalten (Compliance).<sup>106</sup>

Im Gesundheitswesen herrschen starke Interdependenzen und Rückkopplungseffekte zwischen den Akteuren, weshalb neben der medizinischen Behandlung auch das Verhalten des Patienten, die Versicherungsbedingungen und die finanzielle Vergütung der Leistung mit ihren Anreizen zu analysieren sind.<sup>107</sup> Dabei sind die beschriebenen **asymmetrischen Informationen** zwischen Arzt und Patienten zu berücksichtigen, insbesondere aber auch

<sup>98</sup> Eucken, W.: Grundsätze der Wirtschaftspolitik, 7. Auflage, Tübingen: 2014 (Erstauflage: 1952), S. 293, zitiert nach: Balling, S. (Diss): Sozialphilosophie und Geldpolitik bei Friedrich August von Hayek, Walter Eucken, Joseph Alois Schumpeter, Milton Friedman und John Maynard Keynes, Stuttgart: 2013, S. 50

<sup>99</sup> Vgl. Erlei, M., Leschke, M., Sauerland, D.: Neue Institutionenökonomik, 2. Auflage, Stuttgart: 2007, S. 356

<sup>100</sup> Monopolkommission: Auszug aus Hauptgutachten XVII (2006/2007). Kapitel V. Potenziale für mehr Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt, S. 311-333, S. 315

<sup>101</sup> Monopolkommission: Auszug aus Hauptgutachten XVII (2006/2007). Kapitel V. Potenziale für mehr Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt, S. 311-333, S. 315

<sup>102</sup> Monopolkommission: Auszug aus Hauptgutachten XVII (2006/2007). Kapitel V. Potenziale für mehr Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt, S. 311-333, S. 315

<sup>103</sup> Vgl. Stiglitz, J.: Volkswirtschaftslehre (2. Auflage), München: 1999, S. 499

<sup>104</sup> Vgl. Schneider, U.: Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71 (2002), 4, S. 447-458, S. 447

<sup>105</sup> Vgl. Schneider, U.: Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71 (2002), 4, S. 447-458, S. 447

<sup>106</sup> Vgl. Schneider, U.: Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71 (2002), 4, S. 447-458, S. 448

<sup>107</sup> Schneider, U.: Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71 (2002), 4, S. 447-458, S. 448f

jene zwischen Patienten bzw. Versichertem und Versicherer. Hier droht **adverse Selektion**, die sogar zum Zusammenbruch ganzer Märkte führen kann, insbesondere was den Markt für Versicherungen betrifft.<sup>108</sup>

Das Problem: Versicherte haben keinen Anreiz, Schadensfälle, gegen die sie versichert sind, zu vermeiden.<sup>109</sup> Bei Überversicherung, wenn im Schadensfall mehr als 100 Prozent der Schadenssumme erstattet werden, besteht sogar ein Anreiz, den Schadensfall selbst herbeizuführen.<sup>110</sup> Ökonomen vermuten, dass Vollversicherungen – unabhängig ob private oder staatliche – oder kostenlose staatliche Gesundheitssysteme die Menschen dazu verleiten, mehr medizinische Leistungen als erforderlich nachzufragen.<sup>111</sup> Pauly verweist in diesem Zusammenhang auf den institutionenökonomischen Begriff des „Moral Hazard“.<sup>112</sup>

Gerade auch im Krankenhaussektor schwelt seit vielen Jahren die Debatte um das Thema Indikationsqualität. Hinter dem Begriff verbirgt sich die Frage, ob wirklich alle Behandlungen in den Kliniken immer medizinisch erforderlich sind, oder ob nicht auch Eingriffe vorgenommen werden, damit sie sich positiv auf das Fallwachstum und damit letztlich den wirtschaftlichen Ertrag auswirken.<sup>113</sup>

Hier kommen vor allem Abwägungsfragen zum Tragen, wenn also nicht eindeutig festgestellt werden kann, ob ein Eingriff medizinisch wirklich sinnvoll ist. Wie groß ist die Gefahr, dass in einem solchen Fall betriebswirtschaftliche Hintergedanken zu einem entsprechenden Verhalten führen, das durchaus als eine – wenn auch schwache – Form von Moral Hazard qualifiziert werden kann?

Am 14. September 2020 berichtete das „Deutsche Ärzteblatt“ in seiner Onlineausgabe über eine Studie des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), der zufolge 60 Prozent der leitenden Krankenhausärzte während der aktuellen Coronapandemie über einen erhöhten wirtschaftlichen Druck auf medizinische Entscheidungen berichteten, und das trotz gewaltiger finanzieller Hilfsmaßnahmen der Bundesregierung für die Krankenhäuser.<sup>114</sup>

## Externe Effekte

Insbesondere in Pandemien zeigt sich, dass Gesundheit – wenn vorhanden – positive Effekte über das einzelne Individuum hinaus hat, und ebenso negative externe Effekte bei ansteckenden Krankheiten. Diese Überlegung führt zur Definition öffentlicher Güter, die auf zwei Faktoren basiert: Einerseits ist es kaum möglich, Individuen davon auszuschließen, das Gut zu nutzen bzw. von seiner Existenz zu profitieren, zweitens kann eine weitere Person ein öffentliches Gut nutzen, ohne dass weitere Kosten entstehen.<sup>115</sup> Ökonomen fassen diese beiden Eigenschaften unter den beiden Begriffen „Nicht-Ausschließbarkeit“ („Hohe Ausschlusskosten“) und „Nichtrivalität der Nutzer“ zusammen. Standardlehrbücher verweisen in diesem Zusammenhang auf die Grundlagenforschung und erklären, dass die privaten Erträge, die ein Unternehmen aus ihr ziehen könne, im Vergleich zu deren sozialen Nutzen vernachlässigbar seien, wenn es keine staatlichen Eingriffe gebe (etwa Patentschutz, der ein befristetes Monopol gewährt oder öffentliche Forschungsförderung).<sup>116</sup>

In der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird seit Längerem über die Frage diskutiert, inwieweit es sich beim Thema Gesundheit um ein öffentliches Gut handelt, vielleicht sogar um ein weltweites (Global Public Good). Richard Smith schrieb bereits 2003:

*„Health improvement requires collective as well as individual action ...“*<sup>117</sup>

<sup>108</sup> Dies soll an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden, da dies vor allem auf dem Markt für Versicherungen eine wichtige Rolle spielt, aber weniger mit Blick auf die Krankenhäuser; vgl. für eine diesbezügliche Analyse z. B. Stiglitz, S. 502ff

<sup>109</sup> Vgl. Stiglitz, J.: Volkswirtschaftslehre (2. Auflage), München: 1999, S. 507

<sup>110</sup> Vgl. Stiglitz, J.: Volkswirtschaftslehre (2. Auflage), München: 1999, S. 507

<sup>111</sup> Vgl. Bertelsmann Stiftung: Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Chartbook, Gütersloh: 2006, S. 7

<sup>112</sup> Vgl. Bertelsmann Stiftung: Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Chartbook, Gütersloh: 2006, S. 8

<sup>113</sup> Vgl. Gülker, H.: Diktatur der Fallzahlen. Auf einem Auge blind, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 09/15

<sup>114</sup> Vgl. Deutsches Ärzteblatt Onlineausgabe: Wirtschaftlicher Druck auf medizinische Entscheidungen ist gestiegen, 14. September 2020

<sup>115</sup> Vgl. Stiglitz, S. 489

<sup>116</sup> Vgl. Stiglitz, S. 489

<sup>117</sup> Smith, R.: Global public goods and health, editorial, in: Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (7), S. 475

Das Konzept des Global Public Good basiert zunächst auf der grundsätzlichen Idee, Güter nach den genannten Kriterien der Ausschließbarkeit und Rivalität der Nutzer zu charakterisieren. Der Begriff „Güter“ bezieht sich dabei auf physische Dinge wie Brot, Bücher oder Schuhe, aber auch auf Dienstleistungen.<sup>118</sup> Die meisten Güter sind privater Natur. Das bedeutet insbesondere, ihrem potenziellen Nutzer kann die Nutzung vorenthalten werden, bis er den Kaufpreis zahlt und das Gut erwirbt, und wenn er das Gut erworben und genutzt hat, kann es von keinem anderen Käufer ebenfalls erworben und genutzt werden.<sup>119</sup> Anders bei öffentlichen Gütern: Sobald diese bereitgestellt werden, kann jeder diese – im Prinzip uneingeschränkt – nutzen.<sup>120</sup>

Als Beispiel verweist Richard Smith darauf, dass niemand in einer Bevölkerung vom Nutzen der Reduzierung von Infektionsrisiken ausgeschlossen werden kann, wenn die Inzidenz gesenkt werden kann, und zugleich reduziert der Nutzen einer Person durch eine gesenkte Inzidenz nicht den Nutzen einer anderen Person.<sup>121</sup> Bei globalen öffentlichen Gütern zeigt sich dieser Effekt grenzüberschreitend.<sup>122</sup>

Globalisierung und steigende Reisetätigkeit erhöhen die Gefahr von Pandemien, wie sich im Jahr 2020 zeigt. Das führe zur Frage, ob Gesundheit nicht per se ein globales öffentliches Gut sei, schreibt Richard Smith.<sup>123</sup> Galea verweist darauf, dass das aber nicht bedeutet, dass diese auch von öffentlichen Institutionen anstelle privater Organisationen bereitgestellt werden müsse.<sup>124</sup> Er zitiert jedoch John Kenneth Galbright, dem zufolge für öffentliche Güter kollektiv bezahlt werden müsse, andernfalls würden sie nicht zur Verfügung gestellt.<sup>125</sup>

Auf den ersten Blick erscheine Gesundheit nicht als ein öffentliches Gut, schließlich gelte: Wer nicht bezahlt, erhält keine Versorgung.<sup>126</sup> Auch Galea nennt aber das klassische Beispiel des Impfens, bei dem von der Leistung eben nicht nur der Geimpfte profitiert, sondern auch andere.<sup>127</sup>

Mit Blick auf die Risikofaktoren für schwere Verläufe in der gegenwärtigen Pandemie zeigt sich, dass bestimmte Volkskrankheiten wie Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes, Raucherlunge – das Risiko für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Infektion steigern, ein gesundes Immunsystem dagegen für gesundheitliche Resilienz sorgt, sowohl auf individueller wie auf kollektiver Ebene, wie der Zukunftsforscher Daniel Dettling ausführt, und dass dieses resiliente Immunsystem sich mit gesunder Ernährung, frischer Luft und weniger Fleischkonsum erreichen lässt.<sup>128</sup> Dettling kommt zu dem Schluss: *„Gesundheit wird künftig als öffentliches Gut eine entscheidende Rolle spielen.“*<sup>129</sup>

Öffentliche Güter sind der Extremfall eines positiven externen Effekts.<sup>130</sup> Wenn die Aktivitäten eines Einzelnen oder einer Unternehmung anderen auf direkte Weise Nutzen stiften oder Schaden zufügen, ohne dass der Verursacher die Folgen seines Handelns tragen muss, sprechen Ökonomen von *„externen Effekten“*.<sup>131</sup> Dann greift das Preissystem nicht.<sup>132</sup>

Solche externen Effekte sind grundsätzlich ebenso wie Monopole oder Informationsprobleme Formen von Marktversagen.<sup>133</sup> Marktversagen bedeutet, dass der Markt zu keinen effizienten Ergebnissen im Sinne der allgemeinen Gleichgewichtstheorie (Menge und Preis ergeben sich aus dem Schnittpunkt von Angebots- und Nachfragekurve) führt und deshalb ein Staatseingriff zur Korrektur des Marktversagens erforderlich wird.<sup>134</sup>

<sup>118</sup> Vgl. ebd.

<sup>119</sup> Vgl. ebd.

<sup>120</sup> Vgl. ebd.

<sup>121</sup> Vgl. R. Smith, S. 475

<sup>122</sup> Vgl. ebd.

<sup>123</sup> Vgl. ebd.

<sup>124</sup> Galea, S.: Public Health as Public Good, Post auf der Website der Boston University School of Public Health, 10. Januar 2016

<sup>125</sup> Vgl. ebd.

<sup>126</sup> Vgl. ebd.

<sup>127</sup> Vgl. ebd.

<sup>128</sup> Vgl. Balling, S.: Optimismus statt deutsche Apokalypse. Interview mit Daniel Dettling, in: Transformation Leader 04/20, S. 82-86, S. 84

<sup>129</sup> Balling, S.: Optimismus statt deutsche Apokalypse. Interview mit Daniel Dettling, in: Transformation Leader 04/20, S. 82-86, S. 84

<sup>130</sup> Vgl. Stiglitz, J.: Volkswirtschaftslehre (2. Auflage), München: 1999, S. 173

<sup>131</sup> Vgl. Stiglitz, J.: Volkswirtschaftslehre (2. Auflage), München: 1999, S. 173

<sup>132</sup> Vgl. Stiglitz, J.: Volkswirtschaftslehre (2. Auflage), München: 1999, S. 174

<sup>133</sup> Vgl. Stiglitz, J.: Volkswirtschaftslehre (2. Auflage), München: 1999, S. 583

<sup>134</sup> Vgl. Stiglitz, J.: Volkswirtschaftslehre (2. Auflage), München: 1999, S. 583

## e. Politischer Einfluss – Principal Agent Problem

Auf das Principal Agent Problem wurde bereits mit Blick auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient eingegangen. Eine große Rolle spielt dieses Problem aber auch in der ökonomischen Analyse politischer Prozesse. Die Neue Politische Ökonomie basiert dabei auf dem Grundgedanken, „den politischen Prozess als Markt für politische Maßnahmen bzw. Leistungen zu modellieren“.<sup>135</sup> Die Handlungen und Motivationen der beteiligten (politischen) Akteure werden dabei analog zur traditionellen ökonomischen Modellstruktur (Angebot-Nachfrage-Modell) analysiert.<sup>136</sup> Die Prinzipal-Agenten-Beziehungen gelten zwischen Wählern/Bürgern und Politik sowie Bürokratie wie auch zwischen Politik und Bürokratie und gegebenenfalls (privaten) Leistungsanbietern. „Die Gesamtheit der Interdependenzen aller politischen Akteure bzw. der am politischen Prozess Beteiligten lässt sich als Kette von Prinzipal-Agenten-Beziehungen darstellen.“<sup>137</sup>

Diese Kette beginnt mit den Nachfragern nach politischen Leistungen, also einzelnen Bürgern, aber auch Interessengruppen, seien diese organisiert oder nicht organisiert.<sup>138</sup> Politiker bzw. die Regierung und die sie tragenden Parteien sind damit als Agenten des Prinzipals, also des Bürgers bzw. des Wählers, zu sehen.<sup>139</sup> Das nächste Glied in der Kette der Interdependenzen bilden die Verwaltung oder öffentliche Leistungsanbieter; hier nimmt nun die Regierung die Rolle des Prinzipals ein.<sup>140</sup> Es ist für solche Abhängigkeitsketten durchaus *„charakteristisch, dass von den Agenten in der Regel nicht unbedingt die Leistungen erbracht werden, die von den Prinzipalen gewünscht werden, weil die Agenten beispielsweise einen Informationsvorsprung vor den Prinzipalen haben und diesen für sich nutzen“*.<sup>141</sup>

Politiker sind dabei beispielsweise die Agenten der Bürger, wenn es um die Bereitstellung öffentlicher Güter geht.<sup>142</sup> Das Problem in Form einer Informationsasymmetrie besteht dabei darin, dass die Bürger nur schwer beobachten können, ob der Politiker die angemessenen Maßnahmen ergreift, um Kollektivgüter bereitzustellen.<sup>143</sup> Dabei ist in Demokratien eine zentrale Verhaltensrestriktion für den Politiker sicherlich der Wunsch, wiedergewählt zu werden.<sup>144</sup> Dieser Wunsch kann für einen Landrat mitunter nicht in Erfüllung gehen, wenn er sich für die Schließung oder Privatisierung eines Kreiskrankenhauses entscheidet, selbst wenn objektiv gesehen diese Maßnahme richtig gewesen sein mag.<sup>145</sup> So führen landes- und kommunalpolitische Interessen dazu, dass auch mangelhaft ausgestattete und häufig unrentable Kliniken weiter betrieben werden, aus Furcht vor Protesten aus der Bevölkerung, die gerade „ihr“ Krankenhaus retten will.<sup>146</sup>

<sup>135</sup> Erlei, S. 356

<sup>136</sup> Erlei, S. 356

<sup>137</sup> Erlei, S. 356

<sup>138</sup> Erlei, S. 356

<sup>139</sup> Erlei, S. 356

<sup>140</sup> Erlei, S. 357

<sup>141</sup> Erlei, S. 357

<sup>142</sup> Vgl. Voigt, S.: Institutionenökonomik (2. Auflage), Paderborn 2009, S. 116

<sup>143</sup> Vgl. Voigt, S.: Institutionenökonomik (2. Auflage), Paderborn 2009, S. 116

<sup>144</sup> Vgl. Voigt, S.: Institutionenökonomik (2. Auflage), Paderborn 2009, S. 101

<sup>145</sup> Vgl. Balling, S.: Interview mit Dr. Ulrich Maly. „Alle Chancen der Rationalisierung nutzen“, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, Nr. 1/2014

<sup>146</sup> Vgl. Rürup, B.: Der Chefökonom. Medizinische Versorgung: Überkapazitäten, Unwirtschaftlichkeit, Fehlplanung, in Handelsblatt: 21.06.2019

## f. Privat versus öffentlich

Wie aufgezeigt wurde, ist das (deutsche) Gesundheitswesen geprägt von einer Reihe von Formen von Marktversagen. In der ökonomischen Modellwelt wird versucht, dieses Marktversagen durch konkrete Staatseingriffe zu beseitigen. Zugleich gibt es aber auch grundsätzliche Kritik an privaten Akteuren, die über diese ökonomisch begründbaren Formen von Marktversagen hinausgehen.

Jedoch ist dabei im deutschen Gesundheitswesen nahezu unbestritten, dass der Einstieg privater Krankenhäuser in Deutschland seit den frühen 1990er-Jahren positive Effekte hatte, vielleicht sogar „einen trägen und verschlafenen Sektor aufgemischt“<sup>147</sup> hat mit jedenfalls „absolut positiven“<sup>148</sup> Effekten, wie selbst Funktionäre aus dem Interessenverband kommunaler Krankenhäuser zugestehen.<sup>149</sup> Allerdings wächst die Kritik, dass die mittlerweile hohen Renditen in den privaten Häusern, insbesondere in börsennotierten, zulasten beispielsweise des Pflegepersonals gehen.<sup>150</sup>

Jedoch genügt aus Sicht der Autoren dieser Studie weder die theoretische Analyse noch die Evidenz, um die Existenz privater Krankenhäuser generell zu verurteilen. Umgekehrt bleibt aber die berechtigte Frage, ob es gesellschaftlich wünschenswert wäre, eine weitere Privatisierung voranzutreiben, wenn doch das Gesundheitssystem wie gezeigt wurde von allerlei Formen des Marktversagens geprägt ist. Gerade die Pandemie verdeutlicht den Charakter eines öffentlichen Gutes, den Gesundheitsleistungen mitunter aufweisen.

Damit ergibt sich eine zunächst intellektuell ausweglose Situation: Einerseits hatten private Krankenhäuser nahezu unbestritten in den zurückliegenden 30 Jahren einen positiven Effekt auf die deutsche Krankenhauslandschaft, weil sie moderne Managementansätze und Führungsstrategien verankert haben. Andererseits liegen im Gesundheitswesen so viele Formen von Marktversagen vor, dass wohl ein rein profitmaximierender Ansatz selbst bei optimalen regulativen und preisadministrativen Rahmenbedingungen nicht zu gesellschaftlich wünschenswerten Ergebnissen führen dürfte, insbesondere mit Blick auf den Charakter von Gesundheit als öffentlichem Gut.

Als erster zentraler Schluss bleibt festzuhalten, dass im Gesundheitswesen als entscheidend gelten dürfte, auf die intrinsische Motivation von Pflegefachpersonen, Ärzten und Therapeuten zu setzen, wenn es um eine möglichst gute Versorgung von Patienten geht. Letztlich lässt sich wissenschaftlich schwer belegen, ob dies in staatlichen oder privaten Einrichtungen besser realisierbar ist. Es spricht aber einiges dafür, dass Unternehmen, die aufgrund ihrer Kapitalmarktorientierung einseitig das klassische betriebswirtschaftliche Ziel des maximalen Gewinns verfolgen, nur schwer einen dafür passenden Rahmen schaffen können. Auch die strategischen kaufmännischen Fragen – etwa die Beibehaltung der Kinderheilkunde (vgl. Kapitel 5c.) – könnten unter solchen Bedingungen anders beantwortet werden als bei gemeinnützigen oder öffentlichen Einrichtungen.

Staatliche Einrichtungen wiederum, die unter starkem Einfluss der Politik stehen, etwa der Kommunalpolitik, können ihren Betrieb meist nicht allein an medizinstrategischen und betriebswirtschaftlichen Parametern ausrichten, sich letztlich also nicht auf Patienten und Beitragszahler fokussieren, weil Landes- und Kommunalpolitiker über die Aufsichtsräte diese Entscheidungen unter Aspekten des nächsten Wahlkampfes mitprägen.

Eine Lösung dieses Dilemmas kann in möglichst politikfernen Non-Profit-Organisationen bestehen, deren Anteilseigner durchaus die öffentliche Hand sein kann. Wie eine solche Struktur für die heutigen kommunalen Krankenhäuser aussehen kann, soll im empirischen Teil dieser Arbeit analysiert werden.

<sup>147</sup> Balling, S.: Bilanzgespräch. Optimale Betriebsgröße, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 09/2018, ab S. 834

<sup>148</sup> Balling, S.: Bilanzgespräch. Optimale Betriebsgröße, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 09/2018, ab S. 834

<sup>149</sup> Balling, S.: Bilanzgespräch. Optimale Betriebsgröße, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 09/2018, ab S. 834

<sup>150</sup> Balling, S.: Bilanzgespräch. Optimale Betriebsgröße, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 09/2018, ab S. 834



## 6 | DIE WIRTSCHAFTLICHE LAGE IN DEUTSCHLAND, FOKUS GEMEINDEFINANZEN UND PRIVATISIERUNGSDRUCK

Der Druck hin zu einem Umbau der Kliniklandschaft – die These von der „Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft“ diskutieren längst nicht mehr nur Krankenkassenvertreter – entsteht aber nicht nur aus Struktur- und Qualitätsdefiziten, sondern wird sich auch verstärkt ergeben aufgrund der finanziellen Folgen der COVID-19-Krise.<sup>151</sup> Insbesondere auch mit Blick auf die Gemeindefinanzen in bisher tendenziell wirtschaftsstarken Kommunen.<sup>152</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Gewerbesteuer für die Finanzen der Kommunen in Westdeutschland deutlich relevanter ist, weshalb die Wirtschaftskrise hier auch größere Lücken in die Haushalte reißt.<sup>153</sup> Zugleich konnten bisher öffentlich-rechtliche Krankenhäuser mit dünnen oder gar negativen Ebitda-Margen beispielsweise in Baden-Württemberg von einem reichen Träger profitieren.<sup>154</sup> 2018 waren in Westdeutschland 14 Prozent der Krankenhäuser insolvenzgefährdet, in Ostdeutschland lediglich acht Prozent.<sup>155</sup> Dabei fällt auf, dass in den westdeutschen Bundesländern, die relativ viele Häuser mit schlechter Finanzlage ausweisen, der Anteil öffentlich-rechtlicher Kliniken besonders hoch und die finanzielle Lage dieser in der Regel kommunalen Häuser besonders schlecht war.<sup>156</sup> Insgesamt häuften die öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser mit einem negativen Gewinn 2018 ein kumuliertes Defizit von 560 Millionen Euro an.<sup>157</sup>

Insgesamt schneiden kommunale Krankenhäuser in Kreisen mit hohem Einkommensniveau wirtschaftlich schlechter ab als solche in Kreisen mit geringem Einkommensniveau.<sup>158</sup> Vermutlich können es sich solche Kreise oder Städte leisten, ihre kommunalen Krankenhausbetriebe mit Subventionen zu unterstützen, anstatt notwendige Anpassungen für eine bessere Krankenhausstruktur vorzunehmen.<sup>159</sup> Im allgemein als wirtschaftsstark eingestuften Bundesland Bayern beispielsweise sollen 80 Prozent der Grund- und Regelversorger über eine nur unzureichende Wettbewerbsstärke verfügen.<sup>160</sup>

Lemke schreibt:

*„Stadtteilkrankenhäuser, die in Zeiten mangelnder Mobilität und anderer Rahmenbedingungen bei Kosten und Versorgung durchaus sinnvoll gewesen sein mögen, sind heute nicht selten auf die permanenten Finanzspritzen der Kommune angewiesen. Aber spätestens seit Corona wissen wir: Auch deren Mittel sind endlich und verschiedene Interessengruppen innerhalb der Gemeinde werden künftig um die verbleibenden Gelder konkurrieren. Lieber ein neuer Kindergarten oder die Sanierung des OP? Um diese Entscheidung ist niemand zu beneiden.“<sup>161</sup>*

Die beiden Gedanken zusammengeführt droht folgende Entwicklung: Ein Einbruch der kommunalen Finanzen verhindert, dass Kommunen ihren ertragsschwachen Krankenhäusern mit Subventionen weiterhin helfen. Da für eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Veränderung der Klinikstruktur dann die Zeit und die Mittel vor Ort fehlen, drohen rasche Privatisierungen oder Schließungen von Häusern. Die möglichen Einwände gegen eine neuerliche Privatisierungs- und Schließungswelle wurden in den vorangegangenen Kapiteln diskutiert.

<sup>151</sup> Vgl. Göbel, D.: Kliniken in Rheinland-Pfalz. Unter Artenschutz, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 91/21, S. 31-33, S. 31

<sup>152</sup> Vgl. Freier, R., Geißler, R.: Kommunale Finanzen in der Corona-Krise: Effekte und Reaktionen, in: Wirtschaftsdienst 100 (2020), S. 356-363, S. 363

<sup>153</sup> Vgl. Freier, R., Geißler, R.: Kommunale Finanzen in der Corona-Krise: Effekte und Reaktionen, in: Wirtschaftsdienst 100 (2020), S. 356-363, S. 360

<sup>154</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 114

<sup>155</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 116

<sup>156</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 116

<sup>157</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 122

<sup>158</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 128

<sup>159</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 129

<sup>160</sup> Vgl. Reseck, L.: Im Schlingerkurs, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 91/21, S. 11-13, S. 12

<sup>161</sup> Lemke, T.: Klinikträger Sana. Den gordischen Knoten lösen, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 38f, S. 39



Der Druck kann aber wachsen, wenn Krankenhäuser illiquide werden. Bereits vor der COVID-19-Krise hatten Deutschlands Krankenhäuser mit wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen, die durchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit im Jahr 2018 lag bei 1,8 Prozent nach 1,4 Prozent 2017 und 0,6 Prozent 2016.<sup>162</sup> 29 Prozent der Krankenhäuser wiesen 2018 auf Konzernebene ein negatives Jahresergebnis aus.<sup>163</sup> Für 2019 geben 44 Prozent der Krankenhäuser mit mehr als 100 Betten an, Verluste zu schreiben.<sup>164</sup> Unter den Häusern mit mehr als 600 Betten waren es sogar 54 Prozent.<sup>165</sup>

Dies alles geschieht vor dem Hintergrund sinkender stationärer Fallzahlen, das Case-Mix-Volumen sank 2018 um 0,5 Prozent.<sup>166</sup> Dabei scheinen öffentlich-rechtliche Krankenhäuser (ohne Unikliniken) einen niedrigeren Case-Mix-Index (CMI) auszuweisen als Kliniken privater Träger oder Universitätskliniken.<sup>167</sup> Die Bettenauslastung 2018 lag bei 77,1 Prozent bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,2 Tagen.<sup>168</sup>

Dazu kommen die bereits erwähnten niedrigen Investitionsfördermittel der Bundesländer. Diese lagen 2018 zwar mit 3,04 Milliarden Euro etwas höher als 2017, sind aber gemessen an ihrem Anteil am Bruttoinlandsprodukt seit 1991 drastisch um mehr als 50 Prozent gesunken.<sup>169</sup> Bereits 2017 wiesen 40 Prozent der Landkreise und kreisfreien Städte instabile Krankenhausstrukturen auf.<sup>170</sup>

Im Median besitzen öffentlich-rechtliche Krankenhäuser mit fünf Prozent eine deutliche niedrigere Ebitda-Marge als private (12,3 %) und eine etwas niedrigere als freigemeinnützige (5,5 %).<sup>171</sup> Noch deutlicher wird dieser Unterschied bei Herausrechnung der Investitionsfördermittel nach dem Krankenhausgesetz (KHG): Dann erreichen öffentlich-rechtliche Häuser eine Ebitda-Marge von lediglich 2,1 Prozent im Median, bei freigemeinnützigen liegt sie bei 3,0 Prozent und bei privaten bei 10,9 Prozent.<sup>172</sup>

<sup>162</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 15

<sup>163</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 15

<sup>164</sup> Vgl. Blum, K. et al. (DKI): Krankenhausbarometer. Umfrage 2019, Düsseldorf: 2019, S. 49

<sup>165</sup> Vgl. Blum, K. et al. (DKI): Krankenhausbarometer. Umfrage 2019, Düsseldorf: 2019, S. 50

<sup>166</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 15

<sup>167</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 103

<sup>168</sup> Destatis (2020): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, S. 7

<sup>169</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand Dezember 2019, S. 77

<sup>170</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 15

<sup>171</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 103

<sup>172</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 103

## 7 | FACHKRÄFTEMANGEL

Neben finanziellen Fragen und Anforderungen an die medizinische Struktur- und Ergebnisqualität sind Krankenhäuser in Deutschland mit einem Mangel an Fachkräften konfrontiert. Die Analysen der Bundesagentur für Arbeit weisen für Gesundheits- und Pflegeberufe auch im Vergleich zu anderen Mangelberufen besonders starke Engpässe aus, es existiert ein nahezu flächendeckender Arbeitskräftemangel.<sup>173</sup> Auch das kleine ländliche Krankenhaus in Kirn, das zur Stiftung Kreuznacher Diakonie gehört, hatte nach eigenen Angaben über alle Berufsgruppen hinweg Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung, trotz einer hohen Mitarbeiteridentifikation mit Standort und Arbeitgeber.<sup>174</sup>

Grundsätzlich kann ein Teil der Lösung des Problems Fachkräftemangel vor Ort bzw. bei den Arbeitgebern selbst liegen und kann mittels einer strategischen Personalplanung, klarer Verantwortlichkeiten und ausreichender Mitarbeiter und Investitionen im Bereich Human Resources angegangen werden.<sup>175</sup> Empirische Untersuchungen zeigen, dass es oftmals hieran mangelt, vor allem in kleinen und mittleren Betrieben, die eine tragfähige Qualifizierungs- und Karriereplanung für das bestehende Personal sowie die Rekrutierung passender Bewerber von außen oftmals schlechter organisieren als Großunternehmen, dasselbe gilt für die Ansprache neuer Zielgruppen.<sup>176</sup>

Für größere, zentralisierte Einheiten im Gesundheitswesen spricht, dass medizinische Spezialkompetenzen und – trotz aller Bemühungen von Politik und Krankenhausträgern – qualifizierte Fachkräfte nur begrenzt verfügbar sind.<sup>177</sup> Dies gilt zumal deshalb, weil junge Ärzte für ländliche Grundversorger immer schwerer zu gewinnen sind.<sup>178</sup> Auch Konzernstrukturen haben hier möglicherweise Vorteile, wenn sie zum Beispiel auf die Vorteile der Digitalisierung setzen, wie die Sana-Kliniken, die in der Pathologie Proben virtuell in einer zentralen Einheit untersuchen, um so den Mangel von Pathologen auf dem Land zu entkräften.<sup>179</sup>

<sup>173</sup> Vgl. Bonin, H.: Fachkräftemangel in der Gesamtperspektive, in Jacobs, K. et al. (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher, Springer: 2020, S. 61-69, S. 63

<sup>174</sup> Vgl. Göbel, D.: Kliniken in Rheinland-Pfalz. Unter Artenschutz, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 91/21, S. 31-33, S. 31f

<sup>175</sup> Vgl. Bonin, H.: Fachkräftemangel in der Gesamtperspektive, in Jacobs, K. et al. (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher, Springer: 2020, S. 61-69, S. 68

<sup>176</sup> Vgl. Bonin, H.: Fachkräftemangel in der Gesamtperspektive, in Jacobs, K. et al. (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher, Springer: 2020, S. 61-69, S. 68

<sup>177</sup> Vgl. Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 34-36, S. 34

<sup>178</sup> Vgl. Lemke, T.: Klinikträger Sana. Den gordischen Knoten lösen, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 38f, S. 39

<sup>179</sup> Vgl. Lemke, T.: Klinikträger Sana. Den gordischen Knoten lösen, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 38f, S. 39



## 8 | BEDARFSGERECHTIGKEIT AMBULANT UND STATIONÄR

Das deutsche Gesundheitswesen weist sowohl Über- als auch Unterkapazitäten aus, Erstere vor allem in Ballungsräumen, Letztere vor allem im ländlichen Raum.<sup>180</sup> Dabei soll es auch aus Sicht der Krankenkassen nicht allein darum gehen, kleine Krankenhäuser zu Verlierern abzustempeln, wohl aber müssen alle Akteure auf den fortwährenden medizinischen Fortschritt, immer komplexere Behandlungsmethoden, Verlagerungen in den ambulanten Sektor und die Knappheiten bei Fachkräften reagieren.<sup>181</sup>

Um dieses Problem anzugehen, bedarf es eines sektorenübergreifenden Ansatzes, ambulante Versorgungsbedarfe müssen mit den differenzierten stationären Bedarfen gemeinsam geplant werden.<sup>182</sup> Hausärztliche und Notfallversorgung müssen vor allem unter dem Aspekt der Erreichbarkeit (Wohnortnähe) gedacht werden, fachärztliche Leistungen eher unter dem Aspekt von Qualität und der sich daraus ergebenden Zentralität organisiert werden.<sup>183</sup> Wissenschaftliche und politische Diskussionen zielen dabei unter anderem darauf, Krankenhausstandorte zu „Knotenpunkten“ zu machen, um das regionale medizinische, pflegerische und therapeutische Leistungsangebot zu bündeln, etwa in der Form lokaler Gesundheitszentren (LGZ) mit einer angesichts der alternden Bevölkerung Fokussierung unter anderem auf ambulante Kurzzeit- und Langzeitpflege sowie geriatrische Angebote.<sup>184</sup> Rund um solche Standorte können sich Haus- und Fachärzte ansiedeln, möglicherweise auch in der Form Medizinischer Versorgungszentren (MVZ).<sup>185</sup> Gegebenenfalls sind für die ältere Bevölkerung Fahrdienste mitzudenken.<sup>186</sup> Falls ambulante (kassenärztliche) Leistungsanbieter fehlen, sollten Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, die Lücke als ambulante Leistungsanbieter zu schließen.<sup>187</sup>

Die politische Diskussion, dass die Kommunen eine stärkere Rolle spielen sollen bei der Steuerung der Versorgungsstrukturen, hat bereits begonnen, und dies ginge womöglich zulasten des Einflusses der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen).<sup>188</sup> Gerade mit Blick auf den Fachkräftemangel sowie auf den Trend zum angestellten statt freiberuflich-niedergelassenen Arzt sowie zu Teilzeitarbeitsplätzen zeichnen sich hier Veränderungen ab.<sup>189</sup>

Neben der Öffnung von Krankenhäusern für die stationäre Versorgung läuft umgekehrt auch eine Debatte über die Umwandlung von stationären Strukturen in ambulante, die Teil des kassenärztlichen Systems sein könnten. Schmid et al. haben dafür im Jahr 2018 folgende Kriterien herausgefiltert, um aus Krankenhausstandorten „Integrierte Gesundheitszentren (IGZ)“ zu machen:<sup>190</sup>

- **Standortgröße:** 1 bis 200 Betten (grundsätzlich geeignet), 51 bis 150 Betten (idealtypisch geeignet)
- **Siedlungsstruktur:** Peripherie oder sehr periphere Gebiete
- **Leistungsspektrum:** Vorhaltung der Fachabteilung Innere Medizin
- **Spezialisierungsgrad:** Keine Fachklinik, psychosomatische oder psychiatrische Klinik



<sup>180</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 448

<sup>181</sup> Vgl. Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 34-36, S. 35

<sup>182</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 448

<sup>183</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 448

<sup>184</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 448

<sup>185</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 448

<sup>186</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 449

<sup>187</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 450

<sup>188</sup> Vgl. Balling, S.: Chance für die Kommunen. Interview mit Erwin Rüdell, in: Transformation Leader (04/20), S. 6-8, S. 8

<sup>189</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 451

<sup>190</sup> Vgl. Schmid, A. et al.: Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Bayreuth: 2018, S. 35



• **Weitere Charakteristika:**

- Krankenhausträgerschaft
- Teilnahme am gestuften System der stationären Notfallversorgung
- Anbindung an weitere Krankenhausstandorte
- Stationäre Versorgungssituation
- Ambulante Versorgungssituation
- Anbindung an ambulante Strukturen
- Demografische Entwicklung

Anhand dieser Kriterien werden „190 Standorte als potenzielle IGZ-Umwandlungskandidaten gefiltert“. <sup>191</sup> Idealtypisch für eine IGZ-Umwandlung sind demnach 75 Krankenhäuser, wobei dies heutige Standorte mit im Schnitt 102,4 Betten sind bei überwiegend (35) kommunaler Trägerschaft (freigemeinnützig und privat jeweils 20). <sup>192</sup> IGZ sollen neben klassischen ambulanten ärztlichen Strukturen unter anderem bettenführende Einheiten haben. <sup>193</sup>

Beide Vorschläge – die Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Strukturen und die Umwandlung von Krankenhäusern in KV-Strukturen – erfordern eine Änderung des Vergütungssystems bzw. das Aufbrechen der bisher grundsätzlich getrennten Vergütungsstrukturen zwischen stationärem Sektor (DRG-System) und ambulante Sektor (EBM) bzw. die Schaffung neuer Vergütungssysteme. <sup>194</sup>

Strukturell schlägt der Sachverständigenrat Gesundheit mit dem Konzept des LGZ Strukturen vor, die sowohl praxisgestützt und primär ambulant sein können als auch stationär gestützt und sektorenübergreifend. <sup>195</sup> Ausgangspunkt Ersterer könnten bestehende ärztliche Berufsausübungsgemeinschaften, Ärztehäuser, MVZ oder Praxiskliniken sein oder ambulante Pflegedienste. <sup>196</sup> Zweitere könnten aus bestehenden Krankenhäusern oder stationären Pflegeeinrichtungen entstehen. <sup>197</sup>

Der Sachverständigenrat beschreibt diese Struktur wie folgt: *„Die stationären Angebote des LGZ umfassen in erster Linie die für eine Grundversorgung typischen Fachrichtungen bzw. vor allem geriatrisch ausgerichtete Angebote. In einer regionalen oder sogar überregional abgestimmten Arbeitsteilung ist es auch denkbar und je nach lokalen Gegebenheiten sogar wünschenswert, dass das LGZ auch höher spezialisierte Leistungen erbringt, wenn sich durch eine „Bündelung“ von betroffenen Patienten eine so große Patientenzahl erreichen lässt, dass sowohl die medizinische Expertise und Routine als auch entsprechende Back-up-Leistungen sichergestellt werden können, um eine hohe Qualität der Behandlung zu gewährleisten. Eine stark interdisziplinäre Ausrichtung des am LGZ beschäftigten Gesundheitspersonals fördert effektives Arbeiten im Team. Die ambulante ärztliche Versorgung wird in erster Linie durch niedergelassene Haus- und grundversorgende Fachärzte, die im Umfeld des Krankenhauses angesiedelt und mit diesem vernetzt sind, sichergestellt. Das LGZ kann eine koordinierende Funktion übernehmen und auch selbst regelmäßige Zweigsprechstunden von Ärzten und medizinischem Fachpersonal in den Gemeinden der Region anbieten. Auf diese Weise kann insbesondere die ambulante Primärversorgung ggf. auch weiterhin ohne längere Anfahrtswege für die Patienten sichergestellt werden.“* <sup>198</sup>

<sup>191</sup> Schmid, A. et al.: Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Bayreuth: 2018, S. 36

<sup>192</sup> Vgl. Schmid, A. et al.: Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Bayreuth: 2018, S. 36f

<sup>193</sup> Vgl. Schmid, A. et al.: Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Bayreuth: 2018, S. 11

<sup>194</sup> Vgl. Schmid, A. et al.: Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Bayreuth: 2018, S. 129

<sup>195</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 612

<sup>196</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 613

<sup>197</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 613

<sup>198</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, S. 613

In der Praxis gibt es mittlerweile durchaus Ansätze, die zeigen, dass ein Rückbau eines klassischen Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung in Richtung eines ambulanten Gesundheitszentrums möglich ist, etwa der Standort Tönning des Klinikums Nordfriesland. <sup>199</sup> Dieses unterhält darüber hinaus Klinikstandorte auf der Insel Föhr, in Niebüll und Husum, die untereinander vernetzt sind und im Bereich Herzinfarkte, Schlaganfälle und pädiatrische Behandlungen mit dem Westküstenklinikum in Heide kooperieren, unter anderem über eine telemedizinische Anbindung. <sup>200</sup>

Das zur Kreuznacher Diakonie gehörende Krankenhaus Kirn soll als reduzierte stationäre Einrichtung Nukleus eines integrierten Gesundheitszentrums werden und damit künftig wirtschaftlich tragfähig arbeiten. <sup>201</sup> Das Konzept der Zukunft Gesundheitsnetzwerke Rheinland-Pfalz (zug) wurde insbesondere vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen sowie des sich nicht zuletzt daraus ableitbaren gegenwärtigen und insbesondere künftigen medizinischen und pflegerischen Fachkräftemangels entwickelt. <sup>202</sup> Dabei steht das Ambulantisierungspotenzial im Fokus: *„Ziel ist, dass Leistungen, die bisher im Krankenhaus stattfinden, aber auch ambulant erbracht werden können, sowohl von ambulanten als auch von stationären Leistungserbringerinnen und -erbringern zwingend ambulant zu erbringen sind.“* <sup>203</sup> Des Weiteren wird darauf verwiesen, dass kleine Krankenhäuser von vielen Seiten unter Druck stehen: Demografie, Personaluntergrenzen, Vergütung/Wirtschaftlichkeit, Notfallversorgung, Zentralisierung, Digitalisierung, Spezialisierung, Ambulantisierung, Qualitätsindikatoren, medizinischer Fortschritt, Finanzierungslücken und Fachkräftemangel.

Leistungen, die in der Vergangenheit stationär erbracht wurden, sollen in Kirn demnach künftig verstärkt ambulant und teilstationär erfolgen, wobei die ambulante Leistungserbringung auch dazu dienen soll, die vorhandenen und perspektivisch voraussichtlich geringer werdenen Arztpraxen zu entlasten. <sup>204</sup> Die Innere Medizin sowie die Allgemein Chirurgie sollen erweitert werden und neue Schwerpunkte bilden, zugleich soll die Teilnahme an der Notfallversorgung sichergestellt und womöglich ausgebaut werden, niedergelassene Praxen und Fachärzte in die stationäre und ambulante Versorgung integriert werden. <sup>205</sup> Einen Aufbau oder eine Erweiterung soll es in den Bereichen Reha sowie Vor- und Nachsorge geben. <sup>206</sup> Nach dem Projektstart im Februar 2021 wird sich zeigen, ob dieses Konzept bei allen Stakeholdern – Landesregierung, Kommune, Krankenkassen, Träger, Kassenärztliche Vereinigung – verankert und am Ende wirtschaftlich betrieben werden kann. <sup>207</sup>

Grundsätzlich scheinen solche Ansätze den Weg zu weisen. Es gilt, regionale Versorgungsverbünde zu schaffen, die ein reduziertes stationäres Leistungsangebot im Vergleich zu heutigen Landkrankenhäusern anbieten, dafür aber über wesentlich umfangreichere ambulante Strukturen in der Pflege und in komplementären Leistungen verfügen. <sup>208</sup> Digitale Möglichkeiten in der Diagnostik, Kurzzeitpflege und (ambulanten) Rehabilitation sollten ebenfalls zu solchen Angebotsstrukturen gehören, insbesondere auch mit Blick auf ältere Menschen. <sup>209</sup> Am Ende kann sich ein gestuftes sektorenübergreifendes oder sektorenunabhängiges Versorgungskonzept ergeben, das den klassischen Grund- und Regelversorger mit rein stationärer Ausrichtung ersetzt. <sup>210</sup>

<sup>199</sup> Vgl. Reseck, L.: Interview. Kein Problem mit Mindestmengen und Qualität, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 1/21, S. 18f, S. 19

<sup>200</sup> Vgl. Reseck, L.: Interview. Kein Problem mit Mindestmengen und Qualität, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 1/21, S. 18f, S. 18f

<sup>201</sup> Vgl. Göbel, D.: Kliniken in Rheinland-Pfalz. Unter Artenschutz, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 9/21, S. 31-33, S. 33

<sup>202</sup> Vgl. Zukunft Gesundheitsnetzwerke. Konzept für die Zukunftsentwicklung der stationären und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen in Rheinland-Pfalz – Key Facts -. Arbeitsstand Februar 2021 (Präsentation, S. 7f)

<sup>203</sup> Zukunft Gesundheitsnetzwerke. Konzept für die Zukunftsentwicklung der stationären und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen in Rheinland-Pfalz – Key Facts -. Arbeitsstand Februar 2021 (Präsentation, S. 10)

<sup>204</sup> Vgl. Göbel, D.: Kliniken in Rheinland-Pfalz. Unter Artenschutz, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 9/21, S. 31-33, S. 33

<sup>205</sup> Vgl. Göbel, D.: Kliniken in Rheinland-Pfalz. Unter Artenschutz, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 9/21, S. 31-33, S. 33

<sup>206</sup> Vgl. Göbel, D.: Kliniken in Rheinland-Pfalz. Unter Artenschutz, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 9/21, S. 31-33, S. 33

<sup>207</sup> Vgl. Göbel, D.: Kliniken in Rheinland-Pfalz. Unter Artenschutz, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 9/21, S. 31-33, S. 33

<sup>208</sup> Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 31-33, S. 34

<sup>209</sup> Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 31-33, S. 34f

<sup>210</sup> Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 31-33, S. 36

Ob der Begriff des Grund- und Regelversorgers zukünftig weiter besteht? Auch unter Krankenhausvertretern herrscht jedenfalls Zustimmung, dass sich dessen Funktion ändern muss und er sich viel stärker als Anbieter ambulanter Leistungen positionieren sollte, in enger Koordination mit anderen Gesundheitsakteuren vor Ort.<sup>211</sup> Der Sana-Konzern beispielsweise hat nach eigenen Angaben sehr gute Erfahrungen damit gemacht, insbesondere im ländlichen Raum Krankenhäuser nicht als Monolithen zu betrachten, sondern sehr genau zu analysieren, unter welchen Voraussetzungen sich Krankenhäuser medizinisch und wirtschaftlich erfolgreich führen lassen.<sup>212</sup>

Lemke schreibt:

*„Ist ein Krankenhaus im ländlichen Raum künftig noch ein Haus, in dem viele Betten (leer) stehen müssen? Das ist keine philosophische, sondern eine politisch-strukturelle Frage, deren Antwort erhebliche Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung haben wird.“<sup>213</sup>*

Inwieweit solche Strukturen sinnvoll über Solo-Einrichtungen oder über Einrichtungen im Verbund (bis hin zur Konzernstruktur) abgebildet werden, wird auch im empirischen Teil dieser Arbeit Thema sein. Dies ist ebenso vor dem Hintergrund der Entwicklung der öffentlichen Haushalte zu diskutieren.

Dabei zeigt sich die dezentrale Struktur des deutschen Gesundheitswesens auch in der COVID-19-Krise. Hierzulande wurden lediglich 13,1 Prozent der Infizierten in Krankenhäusern behandelt, in Frankreich waren es 71,5 Prozent, im Vereinigten Königreich 58,5 Prozent und in Spanien 55,2 Prozent (Stand November 2020).<sup>214</sup>

<sup>211</sup> Lemke, T.: Klinikträger Sana. Den gordischen Knoten lösen, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 38f, S. 38

<sup>212</sup> Vgl. Lemke, T.: Klinikträger Sana. Den gordischen Knoten lösen, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 38f, S. 38

<sup>213</sup> Lemke, T.: Klinikträger Sana. Den gordischen Knoten lösen, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 38f, S. 39

<sup>214</sup> Vgl. Augurzky, B., Busse, B., Gerlach, F., Meyer, G.: Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren (Barmer Institut für Gesundheitsforschung, Robert Bosch Stiftung, Bertelsmann Stiftung), S. 20

## 9 | KLEINE KLINIKEN UND CORONA

Auch in der COVID-19-Pandemie stellt sich die Frage, welche Krankenhäuser für die stationäre Versorgung der Patienten im Jahr 2020 entscheidend waren. Krankenkassenverbände bezeichnen 2020 als „goldenes Jahr der Krankenhausfinanzierung“ und verweisen darauf, dass während der ersten Corona-Welle lediglich rund 430 der knapp 2.000 Krankenhäuser in Deutschland die Versorgung getragen hätten.<sup>215</sup> Diese etwas holzschnittartigen Aussagen bestätigen empirische Daten der AOK, denen zufolge 50 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland 88 Prozent aller COVID-19-Fälle behandelt haben (Grundgesamtheit: 1.412 Krankenhäuser, die 2019 und 2020 mindestens einen somatischen AOK-Fall abgerechnet haben und ein gültiges Institutskennzeichen haben).<sup>216</sup> Die 17.094 Fälle mit AOK-Versicherten zeigen, dass 330 der 1.412 Krankenhäuser, also 23 Prozent, keine COVID-19-Patienten versorgten.<sup>217</sup> Zugleich wurden 51 Prozent der Patienten, die beatmet werden mussten, in Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten behandelt, diese großen Einrichtungen waren zu 98 Prozent an der Versorgung von COVID-19-Patienten beteiligt, bei den kleinen Kliniken mit weniger als 200 Betten waren es nur 57 Prozent.<sup>218</sup> Insgesamt haben den Löwenteil der COVID-19-Patienten rund 25 Prozent der Krankenhäuser versorgt, 25 Prozent waren überhaupt nicht in die Versorgung involviert.<sup>219</sup> Damit lässt sich zwar einerseits ein Zentrierungseffekt auf bestimmte Krankenhäuser feststellen, andererseits zeigen die Daten zu Beatmungsstunden aber auch, dass knapp ein Viertel der beatmeten COVID-19-Fälle in 244 Krankenhäusern behandelt wurde, die 2019 lediglich maximal 6.600 Beatmungsstunden aufweisen und damit über vergleichsweise wenig Erfahrung in der Behandlung solcher Patienten verfügen. Ein Teil der Patienten wurde zumindest zu Beginn der ersten Welle in Krankenhäusern ohne angemessene technische und personelle Ausstattung versorgt.<sup>220</sup> 11 Prozent aller COVID-19-Patienten und 27 Prozent aller beatmeten COVID-19-Patienten mussten in der ersten Welle der Pandemie verlegt werden, was dafür spricht, dass Patienten mit komplexen Erkrankungen besser in größeren Krankenhäusern mit der notwendigen intensivmedizinischen Kompetenz behandelt werden.<sup>221</sup>

Die Gesamtdatenlage bestätigt, dass Grundversorger in der Versorgung von COVID-19-Patienten lediglich eine untergeordnete Rolle gespielt haben.<sup>222</sup> Für die Bewältigung der Corona-Krise spielen sie allenfalls insofern eine für die Versorgung wirklich notwendige Rolle, wenn Schwerpunkt-Versorger an ihre Kapazitätsgrenzen stoßen.<sup>223</sup> Dies gilt allerdings weniger für die Frage einer qualitativ hochwertigen intensivmedizinischen Beatmung von COVID-19-Patienten, als für die ambulante Versorgung nicht hospitalisierungsbedürftiger Patienten sowie deren Testung, was letztlich zu den Vorschlägen von ambulanten Versorgungszentren passt, die sich vor allem in ländlichen Regionen mit niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten, Pflegeheimen, Therapeuten und Rehabilitationsangeboten vernetzen.<sup>224</sup> Die Nutzung ambulanten Potenzials scheint auch unter pandemischen Gesichtspunkten zielführend, sind Kliniken doch „unter infektiologischen Gesichtspunkten gefährliche Orte“.<sup>225</sup>

<sup>215</sup> Vgl. Finkenzeller, K: Finanzen im Gesundheitssektor. Ein Schreckensszenario für Pflegekräfte und Patienten, in: Zeit Online, 13. Januar 2021, 19:37

<sup>216</sup> Hentschker, C., Mostert, C. et al.: Stationäre und intensivmedizinische Versorgungsstrukturen von Covid-19-Patienten bis Juli 2020, in: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, Online-Publikation: 26. Januar 2021

<sup>217</sup> Hentschker, C., Mostert, C. et al.: Stationäre und intensivmedizinische Versorgungsstrukturen von Covid-19-Patienten bis Juli 2020, in: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, Online-Publikation: 26. Januar 2021

<sup>218</sup> Hentschker, C., Mostert, C. et al.: Stationäre und intensivmedizinische Versorgungsstrukturen von Covid-19-Patienten bis Juli 2020, in: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, Online-Publikation: 26. Januar 2021

<sup>219</sup> Vgl. Augurzky, B., Busse, B., Gerlach, F., Meyer, G.: Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren (Barmer Institut für Gesundheitsforschung, Robert-Bosch-Stiftung, Bertelsmann Stiftung), S. 28

<sup>220</sup> Vgl. Augurzky, B., Busse, B., Gerlach, F., Meyer, G.: Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren (Barmer Institut für Gesundheitsforschung, Robert-Bosch-Stiftung, Bertelsmann Stiftung), S. 28

<sup>221</sup> Vgl. Augurzky, B., Busse, B., Gerlach, F., Meyer, G.: Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren (Barmer Institut für Gesundheitsforschung, Robert-Bosch-Stiftung, Bertelsmann Stiftung), S. 28

<sup>222</sup> Vgl. Augurzky, B., Busse, B., Gerlach, F., Meyer, G.: Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren (Barmer Institut für Gesundheitsforschung, Robert-Bosch-Stiftung, Bertelsmann Stiftung), S. 20

<sup>223</sup> Vgl. Augurzky, B., Busse, B., Gerlach, F., Meyer, G.: Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren (Barmer Institut für Gesundheitsforschung, Robert-Bosch-Stiftung, Bertelsmann Stiftung), S. 20

<sup>224</sup> Vgl. Augurzky, B., Busse, B., Gerlach, F., Meyer, G.: Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren (Barmer Institut für Gesundheitsforschung, Robert-Bosch-Stiftung, Bertelsmann Stiftung), S. 20

<sup>225</sup> Vgl. Augurzky, B., Busse, B., Gerlach, F., Meyer, G.: Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren (Barmer Institut für Gesundheitsforschung, Robert-Bosch-Stiftung, Bertelsmann Stiftung), S. 24





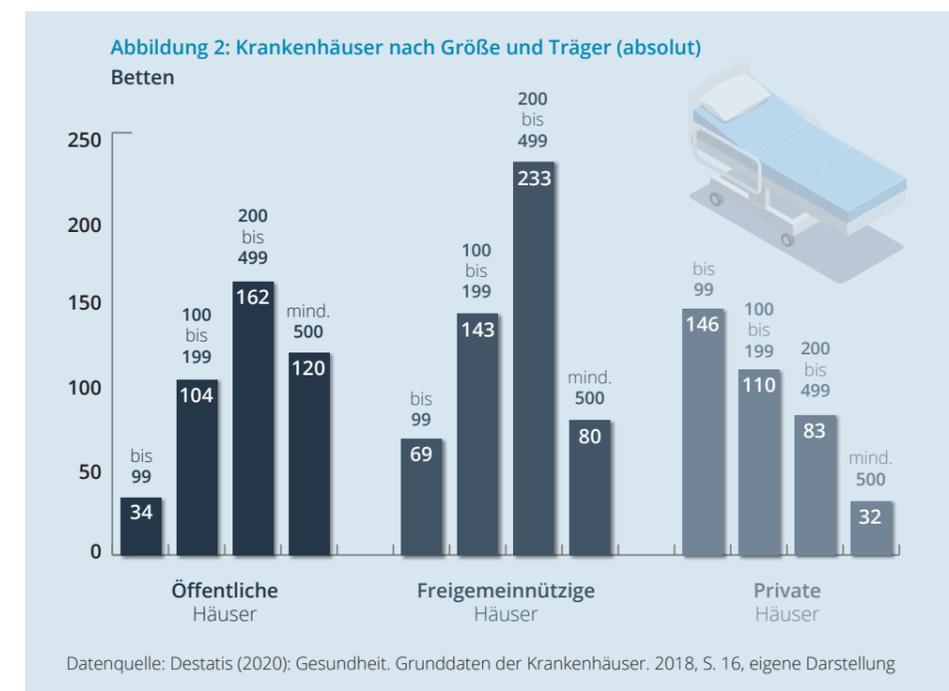
## 10 | AUSGANGSLAGE: LITERATURÜBERBLICK ZUR GEGENWÄRTIGEN KRANKENHAUSSTRUKTUR

### a. Anzahl Krankenhäuser gesamt, Anzahl kommunaler Kliniken, Größenverteilung kommunaler Krankenhäuser

Deutschland weist im internationalen Vergleich eine sehr hohe Zahl von Krankenhäusern aus, nur Polen und Frankreich haben mehr Kliniken pro 10 Millionen Einwohner als die Bundesrepublik, die auf einen Wert von 180 kommt.<sup>226</sup> Auch gemessen an der Zahl der Betten verfügt Deutschland mit 800 pro 100.000 Einwohner über eine hohe Kapazität, 2016 reichte es für den Spitzenplatz in Europa.<sup>227</sup>

Dabei schultern öffentlich-rechtliche Krankenhäuser einen Großteil der Versorgung, 48,7 Prozent der stationären Fälle wurden 2018 dort versorgt (zum Vergleich: private Träger: 17,5 %, freigemeinnützige Träger: 33,8 %).<sup>228</sup> Zugleich weisen öffentlich-rechtliche Krankenhäuser die höchsten Auslastungsgrade aus, wenngleich sie 2018 ebenso wie private Träger eine etwas geringere Auslastung verzeichneten.<sup>229</sup>

Die öffentlich-rechtlichen stellen dabei die höchste Zahl von Häusern mit mindestens 500 Betten, in keiner anderen Trägergruppe liegt der Anteil der großen Krankenhäuser höher, wie die Abbildungen 2 und 3 zeigen. Dagegen ist die mittlere Größenordnung am häufigsten bei freigemeinnützigen Krankenhäusern zu finden, dort weisen 44,4 Prozent der Kliniken eine Größe von 200 bis 499 Betten auf (s. Abb. 2 und 3).



<sup>226</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 61

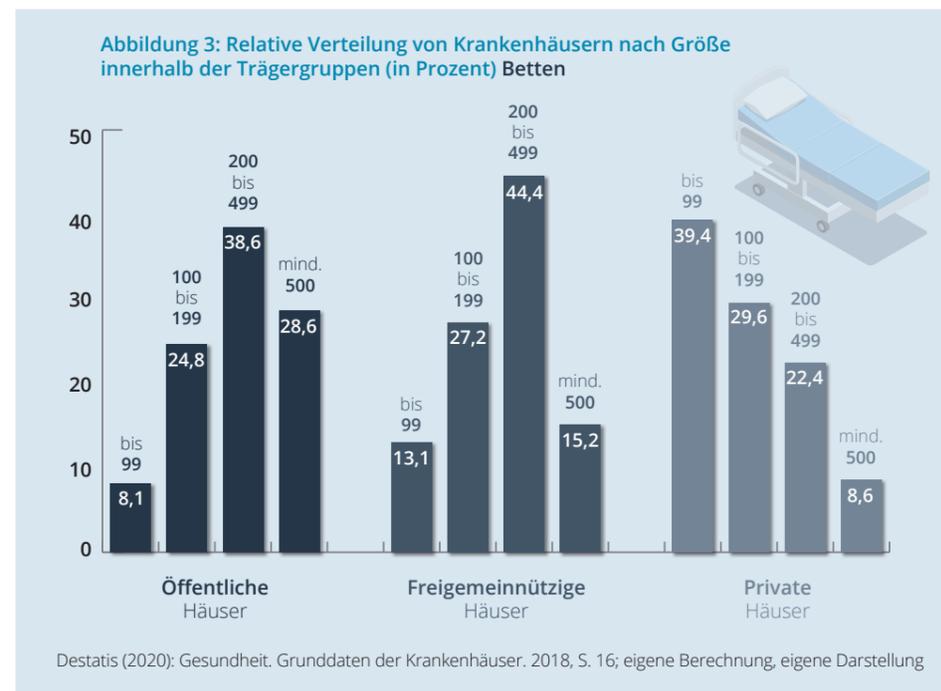
<sup>227</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2019): Den Strukturwandel meistern. Jahresgutachten 2018/19, S. 397

<sup>228</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 62

<sup>229</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 69

Insgesamt standen 2018 in Deutschland in zusammen 1.925 Krankenhäusern (2017: 1.942) rund 498.000 Betten (+ 0,2 %) für die stationäre Versorgung zur Verfügung. 37,6 Prozent der Häuser waren in privater Trägerschaft, 28,7 Prozent in öffentlich-rechtlicher und 33,8 Prozent in freigemeinnütziger.

Öffentlich-rechtliche Häuser sind im Schnitt mit 433 Betten dreimal so groß wie private, weshalb die meisten Betten (48 %) in kommunalen oder Universitätskliniken stehen, die freigemeinnützigen Krankenhäuser halten 32,9 Prozent vor und die privaten 19,1 Prozent.<sup>230</sup> Vor diesem Hintergrund scheint es sehr erwähnenswert, dass vor allem große Häuser (ab 600 Betten) besonders häufig einen Jahresfehlbetrag (54 %) aufweisen und am seltensten einen Jahresüberschuss (38 %).<sup>231</sup> Am profitabelsten arbeiten im Schnitt Krankenhäuser der mittleren Größe zwischen 300 und 599 Betten.<sup>232</sup>



## b. Einsatz moderner Steuerungsinstrumente wie Data Warehouse usw. nach Größen und Verbund

Große Krankenhäuser weisen tendenziell einen höheren Digitalisierungsgrad auf in Bezug auf Managementtools. Ein Data Warehouse beispielsweise nutzen 49 Prozent der Krankenhäuser mit weniger als 300 Betten, 59 Prozent der Krankenhäuser mit 300 bis 599 Betten und 69 Prozent der Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten.<sup>233</sup> Zugleich halten kleine Kliniken einen höheren Personalstand für das Controlling vor als größere, gemessen im Verhältnis zu 1.000 Mitarbeitern in Vollkräften: Kliniken mit weniger als 300 Betten beispielsweise haben im Schnitt 4,3 Stellen im kaufmännischen Controlling pro 1.000 Mitarbeiter, Häuser mit 300 bis 599 Betten 3,3, also eine weniger, und Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten nur 2,8.<sup>234</sup>

<sup>230</sup> Destatis (2020): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, S. 7

<sup>231</sup> Vgl. Blum, K. et al. (DKJ): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2019, S. 49 f

<sup>232</sup> Vgl. Blum, K. et al. (DKJ): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2019, S. 50

<sup>233</sup> Vgl. DVKC et al. (2020): Controlling im deutschen Krankenhausesektor 2019/2020. Studienergebnisse zum aktuellen Stand und zu Entwicklungstendenzen des Controllings in deutschen Krankenhäusern. Digitalisierung im Controlling / Controlling in der Pflege, S. 8

<sup>234</sup> Vgl. DVKC et al. (2020): Controlling im deutschen Krankenhausesektor 2019/2020. Studienergebnisse zum aktuellen Stand und zu Entwicklungstendenzen des Controllings in deutschen Krankenhäusern. Digitalisierung im Controlling / Controlling in der Pflege, S. 15

## c. Zwischenfazit Träger, Größen und Wirtschaftlichkeit

Bemerkenswert scheint, dass kommunale Krankenhäuser ihren relativen Größenvorteil nicht ausspielen können, um eine ähnlich hohe Wirtschaftlichkeit zu erreichen wie private Kliniken, die zwar meist deutlich kleiner sind, dafür aber in der Regel in größeren Verbänden organisiert sind. Dies könnte ein starkes Argument dafür sein, dass sich über eine Konzernbildung im kommunalen Sektor erhebliche Synergieeffekte und Effizienzreserven heben lassen. Zugleich zeigen die Daten, dass kleine Krankenhäuser offenkundig durchaus profitabel arbeiten können, wenn sie, wie bei den freigemeinnützigen und insbesondere privaten Trägern in Ketten organisiert sind. Krankenhausketten weisen im Durchschnitt ein Jahresergebnis von 2,2 Prozent aus, deutlich mehr als die 0,3 Prozent bei Einzelhäusern.<sup>235</sup> Damit dürfte das wirtschaftliche Synergiepotenzial bei kommunalen Häusern erheblich sein. Schließlich arbeiten kommunale Häuser im Vergleich zu den anderen Trägergruppen übermäßig oft als „Solisten“.<sup>236</sup>

Doch nicht nur das wirtschaftliche Effizienzpotenzial ist zu berücksichtigen. Eine Konzernstruktur erlaubt Verlustausgleiche, also die Quersubventionierung von wirtschaftlich starken zu wirtschaftlich schwächeren Krankenhäusern. Da die Bereitschaft der Kommunen mit gesunden Krankenhäusern dazu gering sein dürfte, müsste sich dies entweder in den gewährten Eigentumsrechten am Konzern (Barwertmethode) zeigen, oder es könnte eine Beteiligung zum Beispiel des Bundes diskutiert werden, der im Gegenzug die Verluste der defizitären Häuser übernimmt, unter der Maßgabe, dass diese auf Sicht von einigen Jahren abgebaut werden.

Mit Blick auf einen geringeren Einfluss der Kommunalpolitik auf zum Beispiel medizinstrategische Entscheidungen dürfte eine Konzernbildung erhebliche Vorteile haben. Dies gilt nicht nur in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit, sondern vor allem auf die medizinische Qualität.

Eine starke regionale oder gar überregionale Verbindung von kommunalen Kliniken kann dazu beitragen, die (telemedizinische) Vernetzung zur Steigerung der medizinischen Qualität und flexiblere und professionelle HR-Tools zur Sicherung des Bedarfs an medizinischen und pflegerischen Fachkräften zu stärken. Dabei gilt es aber ferner, Versorgungslücken zu vermeiden und ambulante Angebote mitzudenken, gerade in ländlichen und eher dünn besiedelten Gebieten, in denen Grund- und Regelversorger bereits heute Leistungen aus dem ambulanten Bereich übernehmen müssen.<sup>237</sup>

Eine solche Konzernbildung sollte daher nicht nur mit Blick auf offenkundig nicht gehobene Effizienzreserven in kommunalen Häusern und defizitäre öffentlich-rechtliche Kliniken diskutiert werden.<sup>238</sup> Nicht zuletzt die COVID-19-Pandemie zeigt, dass das deutsche Gesundheitswesen in puncto Digitalisierung und Ambulantisierung hinterherhinkt und die Krankenhäuser hierzulande einen Investitionsstau aufweisen.<sup>239</sup>

## d. Versorgungssituation: Ausstattungsgrad deutscher Krankenhäuser, Behandlung von Schlaganfällen und Herzinfarkten

Angesichts sinkender Fallzahlen, unzureichender Investitionsmittel, zahlreicher Krankenhäuser mit roten Zahlen sowie der sehr hohen Krankenhausdichte in Deutschland und insbesondere auch des Mangels an qualifizierten Fachkräften geht die Diskussion über eine weitere Struktur-

<sup>235</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 122

<sup>236</sup> Vgl. Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020, S. 130

<sup>237</sup> Vgl. Reseck, L.: Im Schlingerkurs, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 91/21, S. 11-13, S. 12

<sup>238</sup> Vgl. Berger, M., Graalman, J.: Walk this way. Ein kommunaler Krankenhauskonzern kann ein sinnvoller Weg sein, in: Transformation Leader 03/20. Moment der Wahrheit, S. 42-46, S.42

<sup>239</sup> Vgl. Berger, M., Graalman, J.: Walk this way. Ein kommunaler Krankenhauskonzern kann ein sinnvoller Weg sein, in: Transformation Leader 03/20. Moment der Wahrheit, S. 42-46, S.42



berreinigung im Krankenhausbereich in Deutschland weiter.<sup>240</sup> Diskutierte Reformvorschläge zielen auf eine Finanzierungsreform in Richtung einer Monistik sowie den Abbau der Trennung von ambulantem und stationärem Sektor in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung.<sup>241</sup>

Neben solchen politischen Reformen sind aber auch die Träger gefordert, an einer modernen und zukunftsfähigen Kliniklandschaft mitzuwirken. Dies gilt zumal deshalb, da die Klinikstruktur mit Blick auf eine qualitativ hochwertige medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung erhebliche Mängel aufweist, wie im Folgenden ausgeführt wird. Im Jahr 2016 hatten 19 Prozent der Plankrankenhäuser keine Intensivbetten, 34 Prozent verfügten nicht über einen eigenen Computertomografen.<sup>242</sup> 40 Prozent aller befragten Krankenhäuser mit Herzinfarktfällen im Jahr 2014 hatten kein Herzkatheterlabor, knapp zehn Prozent aller Herzinfarktfälle wurden in solchen Kliniken behandelt.<sup>243</sup> Rund 25 Prozent der Krankenhäuser, die einen Herzinfarkt behandelten, kamen im Gesamtjahr 2014 auf weniger als 34 solcher Fälle.<sup>244</sup>

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung kam in seinem Jahresgutachten 2018/19 zu dem Schluss: „Dies sind nur einige Indizien dafür, dass es in Deutschland viele kleine und wenig spezialisierte Krankenhäuser gibt. Für viele Krankenhäuser dürfte die Vorhaltung der Möglichkeiten für eine hochspezialisierte Versorgung kaum wirtschaftlich sein.“<sup>245</sup> Die Wirtschaftsweisen raten zu einem Abbau von Überkapazitäten mittels Schließung kleiner Krankenhäuser.<sup>246</sup>

Bereits die jüngsten Reformen, insbesondere die Reform der stationären Notfallversorgung, zielen auf eine Konzentration der Leistung in größeren Kliniken, die bestimmte Mindestvoraussetzungen erfüllen. Schließlich erhalten künftig nur solche Krankenhausstandorte einen entsprechenden Zuschlag für die Notfallversorgung, die bestimmte Strukturen vorhalten. Basis dafür ist das gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).<sup>247</sup>

Auch während der Pandemie setzt die Politik auf jene Häuser der zweiten oder dritten Stufe der Notfallversorgung (erweiterte oder umfassende), um Kapazitäten zur Behandlung von COVID-19-Patienten zur Verfügung zu haben, denn nur diese Häuser können seit November 2020 Freihaltepauschalen erhalten.<sup>248</sup> Erst wenn diese Häuser keine Kapazitäten mehr ausweisen, können zusätzliche Häuser der ersten Stufe (Basisnotfallversorgung) hinzugezogen werden.<sup>249</sup> Das bedeutet, diese Häuser müssen als Mindeststandards unter anderem eine Zentrale Notaufnahme (ZNA), eine Intensivkapazität von mindestens sechs Betten, einen Schockraum und eine 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomografie sowie die Möglichkeit der Weiterverlegung von Patienten auf dem Luftweg haben.<sup>250</sup> Derzeit erfüllen schätzungsweise 431 Krankenhausstandorte in Deutschland die Stufe der erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung, und diese bündeln 62 Prozent der gesamten Intensivkapazitäten in Deutschland.<sup>251</sup> Inklusiv der Basisstufe erfüllen laut G-BA 1.120 Krankenhausstandorte (64 % aller Krankenhausstandorte) die Voraussetzung, um zuschlagsberechtigt an der stationären Notfallversorgung teilzunehmen.<sup>252</sup>

<sup>240</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2019): Den Strukturwandel meistern. Jahresgutachten 2018/19, S. 385

<sup>241</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2019): Den Strukturwandel meistern. Jahresgutachten 2018/19, S. 385

<sup>242</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2019): Den Strukturwandel meistern. Jahresgutachten 2018/19, S. 399

<sup>243</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2019): Den Strukturwandel meistern. Jahresgutachten 2018/19, S. 399

<sup>244</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2019): Den Strukturwandel meistern. Jahresgutachten 2018/19, S. 399

<sup>245</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2019): Den Strukturwandel meistern. Jahresgutachten 2018/19, S. 399

<sup>246</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2019): Den Strukturwandel meistern. Jahresgutachten 2018/19, S. 405

<sup>247</sup> Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), S. 4

<sup>248</sup> Vgl. Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV): Fokus: Sonderregeln im Zusammenhang mit dem Coronavirus

<sup>249</sup> Vgl. Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV): Fokus: Sonderregeln im Zusammenhang mit dem Coronavirus

<sup>250</sup> Vgl. G-BA (2018): Gestuftes System der Notfallstrukturen. Anforderungen (ohne Module)

<sup>251</sup> Vgl. GKV-SV (2020): Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe (§ 136c Absatz 4 SGB V), Stand 16.03.2021, S. 3

<sup>252</sup> Vgl. G-BA: Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Thema Notfallstrukturen in Krankenhäusern

## 11 | KERNFRAGEN AUS THEORIE UND LITERATURGESTÜTZTER EMPIRIE

Die vorangegangene theorie- und literaturgeleitete Analyse wirft eine Reihe von Fragen auf, die im folgenden empirischen Teil dieser Studie angegangen werden sollen. Die wesentlichen Fragen lauten:

**Weshalb weisen Krankenhäuser in Konzernstrukturen bessere wirtschaftliche Ergebnisse aus?**

**Inwiefern führen Konzernstrukturen zu besserer medizinischer und pflegerischer Qualität?**

**Welche Zukunft hat das Einzelkrankenhaus?**

**Wie lassen sich sinnvolle Konzernstrukturen für kommunale Krankenhäuser gestalten:**

- Regional mit einem Maximalversorger im Zentrum?
- Als Landeskrankenhauskonzern?
- Überregional mit Krankenhäusern vergleichbarer Größe

**Welche Rechtsformen bieten sich als Rechtsformen an?**

Wie in Kapitel 4 dargelegt, wurden diese Fragen mit Experten anhand zweier Fragebögen ausführlich in jeweils rund einstündigen Interviews erörtert. Die Fragebögen finden sich im Anhang.



## 12 | VORTEILE DES VERBUNDS AUS SICHT DES MANAGEMENTS – ANTWORTEN AUF KERNFRAGEN

Im Folgenden wird zunächst auf die drei Kernfragen eingegangen, die sich aus den theoretischen Überlegungen und dem Literaturüberblick ergeben:

*Weshalb weisen Krankenhäuser in Konzernstrukturen bessere wirtschaftliche Ergebnisse aus?*

*Inwiefern führen Konzernstrukturen zu besserer medizinischer und pflegerischer Qualität?*

*Welche Zukunft hat das Einzelkrankenhaus?*

Dazu der Hinweis, dass alle fünf Interviewpartner, die aus dem Management stammen, sowohl über Erfahrung in der Führung von Einzelkrankenhäusern verfügen als auch von Verbänden bzw. Konzernen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Unter den Interviewten befinden sich ein Arzt, zwei Diplom-Kaufleute (einer mit der Zusatzqualifikation Diplom-Gesundheitswissenschaftler) sowie zwei Juristen (einer mit der Zusatzqualifikation eines MBA Gesundheitsmanagement).

Derzeit leiten die Interviewpartner Krankenhäuser in folgenden Strukturen:

- drei Personen führen derzeit deutschlandweit tätige gemeinnützige Konzerne mit Standorten in mehreren Regionen, zwei davon mit einer Holding-Struktur in der Rechtsform der (g)GmbH, einer der gAG
- eine Person führt einen regional tätigen Maximalversorger in der Rechtsform der gGmbH mit mehreren Krankenhausstandorten (4)
- eine Person führt eine Kreisklinik mit einem Standort in der Rechtsform der GmbH

Im Folgenden wird auf die drei herausgearbeiteten Kernfragen eingegangen.

### 12.1. Konzern und Wirtschaftlichkeit

Dass Verbände oder Konzerne mit Blick auf den Faktor Wirtschaftlichkeit Vorteile haben, wird von allen Interviewpartnern bejaht, teils aus eigener Erfahrung, teils auch mit Blick auf private Konzerne. Dabei wurden folgende Faktoren genannt, wobei das Stimmungsbild sehr homogen war:

#### → Private Konzerne

- verfügen über ein einheitliches Managementsystem und
- können sinnvolle Portfolioerweiterungen tätigen

#### → Innerhalb eines (privaten, freigemeinnützigen oder öffentlich-rechtlichen) Konzerns

- ist eine Cash-Pool-Lösung möglich, sodass Liquiditätsengpässe in einzelnen Häusern mit internen Krediten überbrückt werden können,
- helfen Benchmarks, den Gewinn eines Einzelhauses zu beurteilen,
- erlaubt ein Zentraleinkauf mit wesentlich größeren Mengen deutlich bessere Konditionen (Skaleneffekte),
- ist neben der unmittelbaren Sicherstellung der Liquidität eine bessere Finanzierungs- und Investitionstätigkeit möglich,
- lassen sich Investitionsmittel überregional dort allokatieren, wo sie besonders nötig sind und
- kann über die Zentrale/Holding und ein ggf. internes Consulting bei der Sanierung von Mitgliedshäusern kompetent mit einer höheren Reaktionsgeschwindigkeit geholfen werden.

In Kapitel 13.1. wird auf die Governance-Struktur in den drei Konzernen eingegangen, deren Vorstandsvorsitzende bzw. Vorsitzende der Geschäftsführung in dieser Studie befragt



werden. Dabei zeigt sich unter anderem, dass die Konzernspitze jeweils weisungsbefugt im gesamten Konzern ist. So lässt sich eine hohe Verbindlichkeit erzeugen. Ein Interviewpartner betont, dass dies insbesondere in Krisenzeiten notwendig sei. Selbst wenn dies in gewisser Weise im Widerspruch zur Idee der Agilität stehe, sei es mitunter erforderlich, Entscheidungen top down zu treffen, um eine hohe Verbindlichkeit zu schaffen.

Hinterfragt wurde von zwei Interviewpartnern, ob die Vorteile im Einkauf eine Konzernstruktur rechtfertigten. Diese seien auch anderweitig zu erzielen. Dasselbe gelte für den Aufbau einer IT-Struktur. Im Personalmanagement gibt es ebenfalls Vorteile. Verwiesen wird auf eine zentrale Personalabrechnung für einen Konzern mit mehreren 10.000 Mitarbeitern im Vergleich zu solchen Verwaltungseinheiten in kleinen Einzelhäusern.

Verallgemeinert kann hier von den Vorteilen von „Shared Services“ gesprochen werden. Diese dienen nach allgemeinem wissenschaftlichen Verständnis,

- zur Bereitstellung unterstützender Dienstleistungen
- zur Verbesserung bei internen Kunden
- Anwendung an mindestens zwei Standorten
- zu Kostensenkungen
- und zur Erzielung höherer Qualität.<sup>253</sup>

Im Privatsektor setzte sich die Idee von Shared Services insbesondere infolge neuer Informations- und Kommunikationstechnologien durch. Kodifizierbarkeit, Standardisierbarkeit und Modularisierbarkeit sind hierbei als Stichpunkte zu nennen.<sup>254</sup> In Konzernen führen diese Faktoren zu Skaleneffekten, und bilden damit entscheidende Vorteile im Wettbewerb. Im Unterschied zu privaten Firmen setzt der öffentliche Sektor in den USA dabei vor allem auf die Zentralisierung von IT-Abteilungen, weniger auf die Bereiche Rechnungswesen und Finanzen (Stand 2014).<sup>255</sup>

Zum Thema **genutzte Controllinginstrumente** gab es in den Experteninterviews dieser Studie folgende Äußerungen, was die Nutzung angeht:

- Klassische Leistungsberichte
- Deckungsbeitragsrechnung 1 und 2<sup>256</sup> sowie der einzelnen Häuser und Fachabteilungen
- Fallzahlen und Verweildauer
- Entlassmanagement
- Quartalszahlen
- Sachkostengespräche
- Freiwilliges InEK-Kalkulationshaus
- Monatsabschlüsse in jeder Einrichtung inklusive auf das gesamte Jahr verteilt
- Sonderauswertungen
- Case Mix
- Differenziertes Benchmarking
- 360-Grad-Controlling
- Dashboard, allerdings kein Standard-Instrument, sondern Excel-basiert, da keine Lösungen für kleinere Einzelhäuser am Markt existieren
- Auslastung
- Vergleich Ist-Soll-Zahlen
- Vorgaben für das Ebitda
- Internes Benchmarking

Unterm Strich zeigt sich, dass alle Interviewpartner Wert darauf legen, dass in ihren Organisationen ein differenziertes Controlling-System existiert. Bemerkenswert dabei ist mit Blick auf

<sup>253</sup> Vgl. Schwarz, G. (Diss): Public Shared Service Centers. A Theoretical and Empirical Analysis of US Public Sector Organizations, in: Jost, P.-J. (Hg.): Management, Organisation und ökonomische Analyse, Band 16, Wiesbaden: 2014, S. 62

<sup>254</sup> Vgl. Schwarz, G. (Diss): Public Shared Service Centers. A Theoretical and Empirical Analysis of US Public Sector Organizations, in: Jost, P.-J. (Hg.): Management, Organisation und ökonomische Analyse, Band 16, Wiesbaden: 2014, S. 297

<sup>255</sup> Vgl. Schwarz, G. (Diss): Public Shared Service Centers. A Theoretical and Empirical Analysis of US Public Sector Organizations, in: Jost, P.-J. (Hg.): Management, Organisation und ökonomische Analyse, Band 16, Wiesbaden: 2014, S. 297

<sup>256</sup> In dieser Studie wurde keine genaue Definition genutzt bzgl. dessen, was unter Deckungsbeitragsrechnung zu verstehen ist. Der Deutsche Verein für Krankenhauscontrolling (DVKC) ist im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums Standardsetzer für das Berichtswesen im Krankenhaus (<https://www.dvkc.de/dvkc-standard-100/>). In künftigen Studien kann detailliert nachgefragt werden, welche Controllinginstrumente nach welchen Standards im Detail genutzt werden.

die Forschungsfrage dieser Studie vor allem, dass kleine Einzelkrankenhäuser sehr stark von der Fachkompetenz des Geschäftsführers abhängen.

Vor allem der **Einkauf von IT-Systemen und Softwarelösungen** kann in kleineren Krankenhäusern mit einer kleineren IT-Abteilung nur gelingen, wenn zumindest eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Der Geschäftsführer selbst verfügt über umfassendes IT-Know-how und kann qualifiziert eine Auswahl treffen
- Ein Mitarbeiter der IT-Abteilung verfügt über umfangreiche Controlling- und IT-Spezialkenntnisse, um eine exzellente interne Empfehlung zum Beispiel für ein Data Warehouse auszusprechen
- Es gelingt, einen exzellenten externen Berater zu finden.

Große Krankenhäuser oder Konzerne sind weniger auf diese drei genannten Faktoren, die sehr stark von den handelnden Individuen abhängen, angewiesen. Dort sind Arbeitsteilung und Spezialisierung innerhalb der IT-Abteilungen möglich. Kritik wurde in den Experteninterviews teilweise an den vorhandenen Data-Warehouse-Lösungen geübt, die – insbesondere kleine – Krankenhäuser am Markt extern einkaufen können. Inwieweit es dort wirklich passende Systeme überhaupt gibt, wäre Aufgabe einer eigenen Analyse, die hier allerdings nicht vertieft werden soll.

## 12.2. Konzern, Patientenversorgung und Personalmanagement

Genauso einhellig wie die wirtschaftlichen Vorteile von Konzernstrukturen bewerten die befragten Vorstandsvorsitzenden und (Haupt-)Geschäftsführer die Vorteile mit Blick auf die Patientenversorgung und das Personalmanagement. Der Kerngedanke dabei: Größe führt zu höherer Fallzahl, höhere Fallzahlen führen zu besserer medizinischer Qualität. Das wiederum stärkt das Vertrauen der Patienten.

Zwar äußerte die Mehrheit der Befragten, dass die grundlegende Versorgung eines Patienten in einem Einzelkrankenhaus nicht per se schlechter sei als in einem Konzern, insbesondere wenn das ärztliche und pflegerische Personal vor Ort gut qualifiziert sei. Oft stamme es sogar aus Universitätskliniken. Kleinere Häuser hätten mitunter einen Attraktivitätsvorteil, weil sie als weniger anonym wahrgenommen würden, und ärztliches und pflegerisches Personal dort mehr Zeit für die Fürsorge für Patienten aufwenden könne. Der Vorteil kann durchaus nicht nur aus Mitarbeitersicht zutage treten, sondern auch von Patienten so empfunden werden.

Aber dieser Attraktivitätsvorteil gelte, darauf verweist ein Interviewpartner auf Nachfrage ausdrücklich, auch für einen Verbund kleinerer oder mittelgroßer Häuser. Hier könnten sozusagen die Nachteile von sehr großen Einheiten vermieden werden, aber die Vorteile genutzt und mit den Vorteilen kleinerer oder mittelgroßer Häuser verbunden werden. Einhellig lässt sich den Aussagen entnehmen, dass es gewisse strukturelle Vorteile für die medizinische Qualität bringt, wenn Häuser in vernetzten Strukturen arbeiten.

Als Nachteil von Einzelkrankenhäusern wird unter anderem genannt, dass sie oftmals Leistungen anbieten, ohne die nötige Qualität sicherstellen zu können. Es ließen sich in größeren Strukturen leichter Schwerpunkte bilden. Dabei wird auf Erfahrungen in der Kreisklinik mit der Geburtshilfe verwiesen. Ohne eine kritische Größe sei es schlicht nicht möglich, die erforderliche Qualität zu erhalten. Deshalb sei auch bei Geburtsstationen ein Konzentrationsprozess vonnöten, allerdings unter der Bedingung, dass sinkende Kapazitäten in kleinen Häusern infolge von Stationsschließungen durch Kapazitätsaufbau und Investitionen an größeren Standorten ausgeglichen würden. Gerade in der Geburtshilfe wird auf ein verändertes Aufgabengebiet von bisherigen Krankenhausstandorten verwiesen, das sich mehr auf die ambulante Vor- und ggf. Nachsorge sowie auf Leistungen von Hebammen fokussiert, sofern die eigentlich dafür vorgesehenen ambulanten Strukturen dies nicht (mehr) leisten (können).





Im Einzelnen werden im Grunde widerspruchsfrei als **Vorteile eines Konzerns** gegenüber einem Einzelkrankenhaus genannt:

- + Know-how-Transfer
- + Bessere Schulung der Mitarbeiter
- + Klinikinterner und konzernweiter berufsgruppenübergreifender Austausch zu Qualität, Best Practice (Bsp.: Ideen für den Umgang mit Mangelernährung)
- + Innovation infolge von Know-how
- + Beratung in Fragen der Medizinstrategie, ggf. durch finanzielle Hilfe beim Aufbau eines MVZ
- + Interne Benchmarks und Qualitätsindikatoren
- + Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- + Hausübergreifende Ethik-Komitees
- + Effizientere Steuerung von Patienten (Bündelung von Kapazitäten, Erfüllung von Mindestmengen und Spezialisierung)
- + Mehr Möglichkeiten, Qualitätsstandards zu entwickeln

Als „Gefahr“ im Einzelkrankenhaus wird genannt, dass Entwicklungen oder neue Erkenntnisse nicht oder unzureichend erfasst werden. Konzerne können dies mit zentralen Einheiten angehen, etwa mit eigenen Referaten (z. B. zu Fragen des Qualitäts- und Risikomanagements), regelmäßigen Chefarztrunden, Arbeitsgruppen der Fachärzte oder Plattformen zum Wissenstransfer.

Mit Blick auf das **Personalmanagement** verweisen die Befragten unter anderem auf folgende Faktoren:

- + Größe inklusive einer unternehmenseigenen Akademie erlaubt vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten für Mitarbeiter, z. B. in verschiedenen Fach- und Spezialisierungsbereichen wie Kindermedizin oder Intensivmedizin sowie
- + die Möglichkeit, eine Abteilung oder ein Haus zu wechseln bei individuellen Problemen mit Vorgesetzten oder Kollegen, und
- + für das Management Pflegepersonaluntergrenzen einzuhalten.

Auch im **Career-Management**, also der Gewinnung, Bindung und Entwicklung von Mitarbeitern, werden Vorteile gesehen. Zwar erfolge das Personalmanagement sehr stark auf Ortsebene, könne aber mittels eines guten Employer Brandings unterstützt werden. Als ein Beispiel wird eine Social-Media-Strategie genannt, die darauf abzielt, Fachkräfte aus Konkurrenzkrankenhäusern zu orten und online mit eigenen Stellenanzeigen zu konfrontieren. Solch ein lokal erprobtes Konzept lässt sich demnach auf andere Standorte übertragen.

#### Weitere Faktoren:

- + zentrales Auslandsrecruiting
- + zentrales E-Learning
- + insgesamt erhöhte Attraktivität mit Blick auf Karriereoptionen und Rotation
- + mehr Optionen für Weiterbildung zur fachlichen Qualifizierung, aber auch für Führungskräftetrainings

## 12.3. Data Warehouse und Digitalisierung

Alle fünf Interviewpartner bejahen die Frage, ob ein zentrales Data Warehouse (DWH) existiere. Einmal wurde kritisch reflektiert, ob das Berichtswesen insgesamt nicht zu aufgebläht sei. Inwieweit Konzerne mit einem entsprechend gut aufgestellten, zentralen und auf Key Performance Indicators (KPI) fokussierten Berichtswesen mit einem zentralen (DWH) hier Management-Vorteile haben, wäre wertvoll, in künftigen Untersuchungen zu eruieren.

Die Konzernvertreter weisen auf die rechtlichen Grenzen bei der zentralen Datenerfassung hin: Datenschutz verhindert die Zusammenführung von Patientendaten. Dies konterkariert zum Teil mit dem Bemühen, die Datenhoheit in der Zentrale zu verankern.

In den drei Konzernen gilt, dass die einzelnen Häuser bei der Datenerfassung sehr weit fortgeschritten sein dürften. Einmal wird die flächendeckend vorhandene digitale Fieberkurve betont. Nicht zuletzt aufgrund der erwähnten Beschränkungen durch den Datenschutz lassen sich die Größenvorteile derzeit aber nur sehr begrenzt heben, etwa wenn es darum geht, aus den Daten über die Verläufe von Krankheitsbildern zu lernen, Patientendaten also für die interne Forschung zu nutzen.

Im Kreiskrankenhaus finden sich nach Aussagen der Geschäftsführung Bereiche mit einem sehr hohen Digitalisierungsgrad, etwa in der Intensivmedizin. Zugleich sei es aber in der Verwaltung schwierig, Angebote externer Dienstleister für eine durchgehende Automatisierung zu nutzen. Im Personalbereich sei deshalb nach wie vor die Pflege manueller Tabellen geboten.

Die Vertreter der Konzerne sehen große Vorteile für ihre Organisationen im Bereich der Digitalisierung. Sie verweisen dabei auf die Möglichkeit der Spezialisierung und des Aufbaus von Expertenwissen. In größeren IT-Einheiten mit 50, 100 oder 150 Mitarbeitern kann es zum Beispiel eine Arbeitsteilung geben zwischen jenen, die sich um die Administration der Microsoft-Systeme (inkl. MS Teams) kümmern, und jenen, die beispielsweise das Krankenhausinformationssystem verwalten.

Dazu kommen Sicherheitsaspekte, wenn zum Beispiel zwei getrennte Rechenzentren betrieben werden können. Das erlaubt es, der Gefahr von Serverausfällen vorzubeugen.

Zwar wird auch darauf hingewiesen, dass Digitalisierung vor allem eine Mindset-Frage sei. Aber Verbünde können bei jedem Haus, das sie integrieren, lernen. Die Vollintegration eines neuen Hauses beispielsweise wird mit einem Jahr Dauer angegeben.

Durchaus problematisch wird auch hier die Idee eines regionalen Verbundes mit einem Maximalversorger im Zentrum gesehen. Wenn dieser seine IT als Standard definiere, könnten Schnittstellenprobleme und vor allem kulturelle Probleme entstehen.

## 12.4. Politischer Einfluss

Krankenhäuser als wesentliche Akteure der Daseinsvorsorge stehen im Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit und damit auch der Politik. Im Folgenden werden drei wesentliche politische Einflussfaktoren auf das Krankenhausmanagement analysiert: das Kartellrecht, die Landespolitik sowie die Kommunalpolitik.

Da Krankenhäuser häufig Monopolstrukturen aufweisen, unterliegen insbesondere Fusionen und Übernahmen dem Kartellrecht, wie bereits in Kapitel 5d. dieser Studie ausgeführt wurde. Die zum Zwecke dieser Erhebung geführten Experteninterviews bestätigen dies. Ein Beispiel dafür, wie das Kartellrecht das Krankenhausmanagement beschäftigt, ist die Veräußerung des Bereichs der Blutspende der München Klinik an das Bayerische Rote Kreuz. Ein Experte



bezeichnet das Kartellrecht als „große Bremse“ und „kontraproduktiv“, um Verbundstrukturen zu schaffen. Alle anderen berichten ebenfalls darüber, dass das Bundeskartellamt Übernahmen intensiv prüfe und dass dies ein wesentlicher Faktor während des Akquise-Prozesses sei, dass aber, zumindest mittlerweile, das Kartellamt wohl etwas wohlwollender prüfe und Fusionen oder Übernahmen in der Regel nicht behindere.

Als erheblich bedeutsamer bewerten – mit Ausnahme der in den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung fallenden Krankenhäuser – die Experten den Einfluss der Regierungen der Bundesländer. Insbesondere über die Krankenhausplanung übt die Landespolitik großen politischen Einfluss auf die strategischen Entscheidungen des Krankenhausmanagements aus. Dies betrifft insbesondere Bettenzahl und Standortplanung. Es sei äußerst schwierig, Strukturen anzupassen und zum Beispiel die Zahl der Betten zu verringern, so wie es häufig Gesundheitsökonominnen und Versorgungsforscher mit Blick auf die hohe Dichte an Krankenhausbetten in Deutschland fordern, wenn diese Betten im Landeskrankenhausplan aufgeführt seien. Die Gefahr bestehe, dass diese dann an Wettbewerber übertragen würden.

Starkem landespolitischen Einfluss unterliegen die Krankenhäuser auch mit Blick auf die knappen Investitionsfördermittel. Dies trifft aber ebenfalls nicht auf die BG-Kliniken zu, da diese in den Bereich der Finanzierung des SGB IX fallen. Im Experteninterview wird in diesem Zusammenhang auf die monistische Finanzierung verwiesen.

Eine interviewte Person berichtet über zahlreiche Allgemeinverfügungen vonseiten der Landespolitik während der COVID-19-Pandemie. Darauf wird weiter unten noch eingegangen. Zuvor soll aber der Einfluss der Kommunalpolitik auf strategische Entscheidungen beachtet werden. Dieser wird von den Vertretern der kommunalen Krankenhäuser als sehr stark beschrieben. Es beginnt damit, dass die Kommune Geschäftsführer bestellt sowie die Unternehmensplanung und den Jahresabschluss genehmigen muss. Auch über die Medizinstrategie wird mitunter detailliert unter politischen Gesichtspunkten entschieden.

Da Mehrheiten im Stadtrat oder Kreistag sich ändern können, muss das Krankenhausmanagement teilweise langfristige Entscheidungen unter hoher politischer Unsicherheit fällen. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn die Mehrheitsverhältnisse zwischen unterschiedlichen politischen Lagern wechseln können. So mag das eine Lager höheren Wert auf das Thema Daseinsvorsorge und kommunale Strukturen legen, das andere auf das Thema Wirtschaftlichkeit und finanzielle Stabilität. Das Krankenhausmanagement wird so Teil des Wahlkampfes. Entscheidungen werden nicht mehr nur unter den Gesichtspunkten Patientenversorgung, Wirtschaftlichkeit, Fachkräftesicherung und Medizinstrategie gefällt, sondern auch mit dem Ziel der Stimmenmaximierung von Politikern. Dies kann zu Planungs- und Perspektivunsicherheit führen, oder die aus Aspekten der medizinischen Qualität beispielsweise sinnvolle Zentralisierung von Standorten der Notaufnahme verhindern.

Interessant sind hierbei die Vorteile, die sich während eines **Insolvenzverfahrens** ergeben können, über das im Zuge der Interviews berichtet wurde. Während eines solchen Verfahrens verringert sich der Einfluss der Eigentümer rapide, das Management muss seine Entscheidungen zuvorderst vor einem Gläubigerausschuss rechtfertigen unter den Gesichtspunkten der Fortführungsprognose. Ein Expertenbeirat gewinnt an Einfluss. Unterm Strich spielen damit politische Fragen, insbesondere jene der Stimmenmaximierung für zur Wahl stehende Politiker, eine geringere Rolle. Dies erleichtert es nicht nur dem Management, seine Entscheidungen an sachlichen Faktoren auszurichten, sondern verringert womöglich auch den Druck auf Politiker, unter Gesichtspunkten der (Wieder-)Wahl zu entscheiden anstelle von Fragen der Medizinstrategie und Wirtschaftlichkeit.

Einerseits dürfte der Einfluss der Politik auf konkrete Entscheidungen des Krankenhausmanagements also eher weniger vorteilhaft sein, wenn als Maßstab strikte Kriterien der Gesundheitsökonomie unter dem Gesichtspunkt der qualitativ besten medizinischen Versorgung und der Wirtschaftlichkeit herangezogen werden. Andererseits können Krankenhäuser aber eine darüber hinausgehende Rolle als Institutionen der Daseinsvorsorge einnehmen, wenn sie eine enge Verbindung zur Lokalpolitik aufweisen. Im Rahmen der Interviews wurde darauf hingewiesen, dass kommunale Krankenhäuser durchaus auch als Ratgeber der Stadt fungie-

ren, wenn es um die kommunale Gesundheitsvorsorge gehe. Ein kommunales Krankenhaus kann demnach seine Expertise (in die politische Diskussion) einbringen. Dies gilt für Fragen der Hygiene oder der Arbeitsmedizin, nicht zuletzt in Zeiten einer epidemischen Situation. Eine enge Abstimmung mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst inklusive Überführung vorhandener Personalressourcen ist ebenfalls ein Beispiel dafür.

## 12.5. Krankenhaus-Struktur und COVID-19-Pandemie

Während der COVID-19-Pandemie haben politische Entscheidungen massiv in die Lebensbedingungen der Menschen eingegriffen, Stichwort Lockdown. Dies gilt umso mehr im Gesundheitswesen. Da in der Krankenhauspolitik die Länder und die Kommunen verfassungsrechtlich die entscheidenden Akteure sind, unterlag das Klinikmanagement hier verstärkt deren Einflüssen. Dies dürfte ein Grund gewesen sein, weshalb die Umsetzung der Behandlungsstrategien regional sehr unterschiedlich war, etwa mit Blick auf freizuhaltende (Intensiv-) Betten oder Besucherregeln. Zugleich rückte der Aspekt der Daseinsvorsorge ins Zentrum. Maximalversorger beispielsweise in München erhielten die Zusage der Kommune, dass wirtschaftliche Fragen derzeit nicht die entscheidenden seien. Das entband die Geschäftsführung in gewisser Weise von wirtschaftlichem Druck und eröffnete die Möglichkeit, unter rein versorgungsrelevanten Gesichtspunkten Entscheidungen zu treffen.

Alle Interviewpartner betonen die Bedeutung großer Expertise in der COVID-19-Pandemie, die sich aus der **Struktur als Maximalversorger, aus der Konzernstruktur oder der Kooperation mit anderen Krankenhäusern** ergeben habe.

Als entscheidende Vorteile einer Konzernstruktur werden genannt:

- einheitliches Logistikzentrum
- zentrale Rahmenverträge für den Einkauf von Masken, Schutzkitteln, Desinfektionsmitteln
- zentraler Einkauf mit spezialisierten Experten und Netzwerk für die Beschaffung, Skaleneffekte
- zentrales Qualitätsmanagement zur Prüfung beispielsweise von Masken
- zentrales Hygieneinstitut
- zentraler Krisenstab in Kooperation mit dezentralen Krisenstäben vor Ort
- täglicher Austausch
- zentrale Regeln und Dokumentation
- zentraler Cash-Pool mit der Möglichkeit zu Liquiditätshilfen zur Überbrückung von Notlagen (z. B. wenn der Rettungsschirm der Politik für die Krankenhäuser nicht ausreichte)
- überregionale Krisenkonferenzen zum Erfahrungsaustausch

## 12.6. Zukunft des Einzelkrankenhauses

Für das Einzelkrankenhaus ohne Verbundstruktur sehen alle fünf Experten aus dem Klinikmanagement kaum Zukunftsperspektiven. Hierbei muss sicher unterschieden werden zwischen Städten und ländlichen Kommunen. Auch hier bietet sich eine tiefergehende Analyse an, aber für beide Räume gelten eben auch **vergleichbare Herausforderungen**:

- **Finanzielle Folgen der COVID-19-Pandemie**
- **Digitalisierung – kleine Häuser können den Anschluss nicht halten**
- **Hohe Krankenhausdichte in Deutschland, insbesondere in Ballungsräumen**
- **In Ballungsräumen oftmals hohe Konkurrenzsituation**
- **Probleme, Mindestmengen, Personalvorgaben und Qualitätsstandards einzuhalten**



Als **Möglichkeiten für Einzelkrankenhäuser** werden genannt:

- Schließung (mit Blick auf die hohe Zahl von Krankenhäusern in Deutschland) insbesondere in Ballungsräumen mit starker Konkurrenz
- Zusammenschluss im Verbund/Konzern oder Übernahme durch bestehenden Konzern, insbesondere als Perspektive für Grund- und Regelversorger
- Überleben als hochspezialisierte Fachklinik
- Existenz als großer kommunaler Maximalversorger mit breitem Fächerspektrum (ggf. mit Verlustausgleich durch die Kommune)
- Neue Finanzierungsstruktur für Häuser außerhalb der Städte für Aufgaben als Auffangbecken/Back-up für viele soziale, pflegerische, stationäre oder präventive Aufgaben

## 12.7. Ambulantisierungspotenzial und Ambulantisierungstendenzen

Wie in Kapitel 8 dargestellt, erlebt das Gesundheitswesen einen Trend in Richtung ambulanter Versorgungsstrukturen. Dies bestätigen die geführten Experteninterviews, unter anderem die Aussage, dass kleine Krankenhäuser, insbesondere typische Grund- und Regelversorger mit einer inneren und einer chirurgischen Abteilung, oftmals Patienten versorgen, die zu 80 Prozent ambulant versorgt werden oder versorgt werden könnten. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass die Umwandlung in ein ambulantes Gesundheitszentrum oftmals schwierig umzusetzen sei. Letztlich stehe dieses möglicherweise dann vor ähnlichen Problemen wie ein Einzelkrankenhaus. Nötig sei beispielsweise die Kooperation mit einem Krankenhaus, beispielsweise wenn in gestuften regionalen Versorgungskonzepten gedacht werde. Vor allem sei auf den Einsatz interoperabler IT-Systeme zu achten.

Mehrere Experten sehen hier die Notwendigkeit, mit den politischen Akteuren vor Ort – beispielsweise einem Landrat – ein sektorenübergreifendes Versorgungskonzept zu entwickeln, das auch den Fachkräftemangel bei Haus- und Fachärzten adressiert. Das größte politische Hindernis in diesem Fall sind die unterschiedlichen Abrechnungstöpfe zwischen stationärem und ambulantem Sektor. Hier hat die Bund-Länder-AG leider keine Fortschritte erzielt.<sup>257</sup>

Umwandlungspotenzial bestehender stationärer Strukturen in ambulante Einrichtungen sehen die Experten in ihren eigenen Organisationen nicht, wohl aber die Notwendigkeit, stationäre Einrichtungen um ambulante Versorgungsmöglichkeiten zu erweitern. Ein Weg dabei ist der Kauf von Arztsitzen für den Aufbau von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Dies birgt aber große ökonomische Herausforderungen. Für Krankenhaus-Unternehmen sei es mitunter schwierig, wirtschaftlich effiziente Strukturen im ambulanten Bereich zu schaffen, gesteht ein Interviewpartner ein. Trotzdem wollen die Organisationen ihr ambulantes Angebot allesamt erweitern. In Groß-Gerau liegt der Vorschlag für ein intersektorales Gesundheitszentrum auf dem Tisch.

## 12.8. Perspektive kommunaler Krankenhauskonzern

Die Idee der Schaffung eines überregionalen kommunalen Krankenhauskonzerns wird von den Interviewten unterschiedlich beurteilt. Aus Sicht des kommunalen Maximalversorgers stellt sich die Frage, ob kleinere oder weiter entfernt liegende Häuser nicht stark divergierende Interessen haben. Das bedeute nicht, dass es keinen Raum für eine verbindlichere Zusammenarbeit gebe, etwa mit Blick auf Einkaufsgenossenschaften. Grundsätzlich wird noch viel Potenzial für Synergieeffekte infolge von Kooperationen gesehen, etwa mit Blick auf IT und Rechenzentren, Logistik oder Lagerhaltung. Hier sei auch eine stärkere Kooperation mit dem Universitätsklinikum der Stadt denkbar. Unterm Strich läuft dies auf eine stärkere regionale Kooperation hinaus.

Die Strategie wird seit einigen Jahren am Universitätsklinikum Heidelberg verfolgt. Dort hat die damalige kaufmännische Geschäftsführerin Irmtraud Gürkan bereits 2017 erklärt, eine normale Blinddarmoperation eher nicht mehr im Uniklinikum, sondern in Netzwerkkliniken angesiedelt zu sehen und beschrieben, wie sich die Hochschulmedizin dort Chefärzte mit anderen Krankenhäusern teilt.<sup>258</sup> Das Uniklinikum bezifferte die Zahl der Kooperationen mit anderen Krankenhäusern in der Region damals mit 40. Damit könne sich das Uniklinikum auf das sinnvolle Leistungsspektrum konzentrieren, und bekomme zugleich schwere Fälle von den Kooperationskliniken zugewiesen, die dann nicht an andere Maximalversorger weitergeleitet würden.

Regionale Verbundlösungen bzw. Konzernbildungen zur Hebung der Effektivitäts- und Effizienzreserven sehen auch die Vorstände/Geschäftsführer der drei überregional tätigen, nicht-kommunalen Unternehmen als praktikable und sinnvolle Option für kommunale Häuser. Zwar wird in der Struktur der Agaplesion gAG durchaus ein Vorbild für einen kommunalen Konzern gesehen, insbesondere in Anlehnung an die im Prinzip genossenschaftliche Idee. Vor allem die politische Umsetzbarkeit sei aber schwierig, da im Prinzip eine Allparteienkoalition notwendig sei, wird zu bedenken gegeben. In einer regionalen Konzernbildung wird als Vorteil gesehen, dass dort bisherige Einzelkrankenhäuser ihre medizinischen Leistungsspektren aufeinander abstimmen können.

Überregionale Zusammenschlüsse könnten zudem nicht zuletzt auf Kulturfragen stoßen, weshalb hier der Rat erteilt wird, besser auf intensive Arbeitsgemeinschaften zu setzen, insbesondere wenn es um regional entfernte kommunale Maximalversorger geht. Dort sei der Wissenstransfer besser auf diesem Weg zu organisieren. Fusionen sollten sich auf Regionen unterhalb der Ebene der Bundesländer fokussieren.

Das Kulturargument wird aber auch als Gegenargument zu regionalen Verbänden angeführt, wenn diese um einen Maximalversorger herum gebaut werden. Kleinere Häuser fürchten die Dominanz des Großkrankenhauses oder gar die Schließung des eigenen Betriebs, sodass regionale Konzernbildungen am Ende zu einem „Standortschlucken“ zu führen droht. Zudem gebe es Mentalitätsunterschiede zwischen Stadt- und Landbevölkerung.

Insofern wird positiv bewertet, dass die Initiative in Hessen gescheitert ist, alle öffentlichen Häuser in eine landesweite Stiftung als Holding zu überführen.<sup>259</sup> Als Alternative wird vorgeschlagen, eine überregionale Holdingstruktur für vergleichbare Landkrankenhäuser zu schaffen. Dies sei insbesondere notwendig mit Blick auf die Faktoren Patientensicherheit und Versorgung sowie Ambulantisierung, Pflege und Übergangspflege. In einem derartigen Konzern könnten Konzepte für die Fallsteuerung unter den Mitgliedshäusern sodann mit Blick auf Häuser einer höheren Versorgungsstufe entwickelt werden.

Neben diesen Faktoren dürften sich auch wirtschaftliche Einsparpotenziale ergeben, etwa beim Management und in der Verwaltung. Zudem könne aber gleichzeitig dem Fachkräftemangel begegnet werden, der sich mittlerweile selbst in diesen Zentralbereichen zeige, gerade im ländlichen Raum.

Den Aspekt der Politikferne, der im Folgenden noch bearbeitet wird, bewerten die Befragten unterschiedlich. Einerseits sei die Voraussetzung dafür, dass Konzernlösungen zum Erfolg werden könnten, dass es der Politik gelinge, Entscheidungsstrukturen zu schaffen, die unabhängig von den vor Ort tätigen Politikern gestaltet würden. Dies sei aber sehr schwierig, wird konstatiert. Andererseits wird das Motiv der Politikferne als nicht ausreichend für eine Konzernbildung angesehen.

Eine großflächige Übernahme kommunaler Konzerne durch existierende Non-Profit-Organisationen (freigemeinnützige Krankenhäuser) erscheint dabei kaum als Alternative. Die Vertreter der beiden konfessionellen Konzerne erklären, dass sie – nicht zuletzt aufgrund kultureller Fragen – Perspektiven für Akquisitionen eher innerhalb ihrer jeweiligen Kirchen sehen. Für die BG-Kliniken ist das Thema Expansion in andere Trägerbereiche irrelevant.

<sup>257</sup> Vgl. Paquet, R., Rösenberg, R.: Ausgangslage: im „Government“-Modus. Gesundheitspolitik im Superwahljahr 2021 (Teil 1), in: Observer Gesundheit

<sup>258</sup> Vgl.: Deges, S., Balling, S.: f&w-Bilanzgespräch Ausgabe 03/2017, Interview mit Irmtraud Gürkan: „Unser Einzugsgebiet ist letztlich international“, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, Melsungen: 2017, S. 246ff

<sup>259</sup> Vgl. Kapitel 15.3



Ein weiterer Vorschlag am Rande lautet die Bildung einer politischen Interessenvertretung für Land- und Kreiskrankenhäuser, wie sie die kommunalen Maximalversorger mit der Allianz kommunaler Großkrankenhäuser (AKG) bereits besitzen. Das allein dürfte Einzelkrankenhäusern aber das Überleben nicht sichern. Benötigt werden Strukturen für Verbundlösungen, insbesondere mit Blick auf die medizinische Qualität, aber auch die Wirtschaftlichkeit, wie Tabelle 1 zusammenfasst.

**Tabelle 1: Verdichtung wichtiger Aussagen zu Fragen der künftigen Krankenhausstrukturen aus Sicht des Managements**

Zukunft für Einzelkrankenhaus nur als hochspezialisierte Fachklinik oder kommunaler Maximalversorger (ggf. mit Verlustausgleich durch die Kommune)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓
Regionaler Verbund/Konzern als praktisch sinnvoller Weg für Einzelkrankenhäuser	✓ ✓ ✓
Überregionaler kommunaler Krankenhauskonzern als sinnvoller Weg	✓ ✓
Größe (Maximalversorger, Konzern) hat Vorteile beim Personalmanagement (Entwicklungsmöglichkeiten für Mitarbeiter, Qualifikation, Employer Branding, Karriereöglichkeiten, Rotation etc.)	✓ ✓ ✓
Entscheidender Vorteil von großen Einheiten/Konzernen: Qualitativ bessere Patientenversorgung durch Know-how-Transfer, Qualifizierung, Einhaltung von Personalvorgaben, Mengeneffekte	✓ ✓ ✓ ✓ ✓
Konzernstrukturen erlauben eine bessere Steuerung von Investitionstätigkeiten	✓ ✓ ✓
Ein zentraler Cash-Pool hilft, finanzielle Engpässe einzelner Häuser zeitweise zu überbrücken, gerade auch in der COVID-19-Pandemie / Verbünde helfen mit Blick auf Liquidität	✓ ✓ ✓
Neben Einkaufsmacht hat insbesondere in der COVID-19-Pandemie geholfen, dass die Zentrale über Spezialisten für die Beschaffung verfügte	✓ ✓ ✓
Verbünde/Konzerne haben grundsätzlich Vorteile bei der Digitalisierung (Lerneffekte in einem Haus nutzen, spezialisiertes Fachwissen aufbauen, Größendegression)	✓ ✓ ✓ ✓ ✓

Quelle: Eigene Darstellung

## 13 | RECHTLICHE STRUKTUREN FÜR KOMMUNALE KRANKENHÄUSER

### 13.1. Gesellschaftsrechtliche Strukturen von Agaplesion, Alexianern und BG-Kliniken

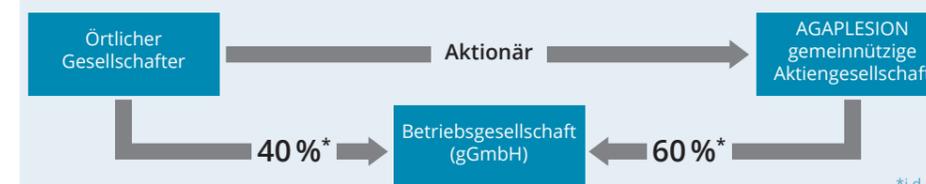
Im Folgenden wird auf die rechtliche Struktur von drei Organisationen eingegangen, die als überregionale Konzerne agieren und deren Vorstandsvorsitzende / Vorsitzende der Geschäftsführung als Experten für Interviews in dieser Studie mitwirkten.



Alle drei Konzerne agieren als Holding für rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Tochterunternehmen. **Agaplesion** firmiert in der Rechtsform der gemeinnützigen Aktiengesellschaft (gAG), die Krankenhäuser vor Ort firmieren als gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gmbH), wobei Agaplesion in der Regel 60 Prozent und der örtliche Gesellschafter 40 Prozent der Anteile hält (Abb. 4).

Der Konzernzentrale obliegt dabei die Leitungsfunktion, sowohl operativ als auch strategisch, jedoch soll die operative Selbstständigkeit im Kerngeschäft, wie die Leitung von Medizin, Pflege oder Betreuung, dezentral bei der Betreibergesellschaft vor Ort verbleiben; die bisherigen Gesellschafter der Einrichtung vor Ort bleiben mitverantwortlich, was auch der Verankerung der lokalen Identität dienen soll.<sup>260</sup>

**Abbildung 4: Beteiligungsmodell Agaplesion**



Quelle: <https://www.agaplesion.de/gesundheitskonzern/agaplesion/beteiligung>

Agaplesion nennt folgende Synergieeffekte:

- ✓ „Gemeinsame Strategieentwicklung und Umsetzung für die medizinisch-pflegerischen Kernaufgaben (z. B. Behandlungspfade, Pflegekonzepte)
- ✓ Know-how-Transfer durch Erfahrungsaustausch in gemeinsamen Expertenkreisen und Arbeitsbereichen (z. B. Pflegedienstleitungen, Controlling, IT etc.)
- ✓ Gemeinsame und dadurch bessere Nutzung materieller, personeller und finanzieller Ressourcen (z. B. Cash-Pooling, Versicherungen, Zentraleinkauf etc.)
- ✓ Unterstützende Leistungen (z. B. Labor, Speiserversorgung, gemeinsame IT-Plattform, standardisiertes Forderungsmanagement, zentrale Buchhaltung/Gehaltsabrechnungen)
- ✓ Qualitätsmanagement, interne Auditororganisation und Risikomanagement
- ✓ Benchmarking, insbesondere im Kaufmännischen Controlling und Medizincontrolling<sup>261</sup>

Die Eigentümer der Agaplesion gAG gehören allesamt zur evangelischen Kirche (Diakonien, Krankenhausstiftungen, KÖR).<sup>262</sup>

<sup>260</sup> Vgl. <https://www.agaplesion.de/gesundheitskonzern/agaplesion/beteiligung>

<sup>261</sup> Vgl. <https://www.agaplesion.de/gesundheitskonzern/agaplesion/beteiligung>

<sup>262</sup> Vgl. <https://www.agaplesion.de/gesundheitskonzern/agaplesion/aktionaere>



Insgesamt verfügt der Konzern über 20 Krankenhäuser an 23 Standorten mit 6.255 Betten, 34 MVZ, 40 Wohn- und Pflegeeinrichtungen, vier Hospize und 16 ambulante Pflegedienste. Agaplesion beschäftigt 22.000 Mitarbeiter bei einem Umsatz von 1,5 Milliarden Euro. Mit Blick auf den Umsatz ist Agaplesion das größte der in dieser Studie untersuchten Unternehmen. Die gAG selbst hat etwa 100 Mitarbeiter. Darin enthalten sind die Geschäftsführer der Tochter-GmbHs, was einerseits steuerrechtlich notwendig ist für die innerbetriebliche Leistungsverrechnung, aber auch dem Vorstandsvorsitzenden ein disziplinarisches Weisungsrecht gibt. Die Governance lässt sich aus „Mix aus Hierarchie und Agilität“ beschreiben. In strategischen Fragen soll es möglichst einen gemeinsamen Ansatz von Holding und GmbH geben. Agaplesion hat eine Matrixorganisation gewählt. Ziel ist eine Vernetzung zwischen den zentralen Diensten der Holding und den Kliniken. Dabei wird auf flache Strukturen Wert gelegt, maximal drei bis vier Hierarchieebenen. 25 Krankenhausgeschäftsführer und 25 Geschäftsführer der zentralen Dienste (u. a. für Personal, Unternehmenskommunikation, Buchhaltung, Beschaffung) sind in der Holding beschäftigt. Aufgabe der Holding ist es dabei auch, für einen einheitlichen Markenauftritt zu sorgen sowie die Einhaltung der Konzernbuchhaltungsrichtlinie, da am Ende alle Töchter bilanziell konsolidiert werden.

Betont wird ein gemeinsames christliches Wertefundament, das bei unterschiedlichen Ansichten beispielsweise über strategische Fragen zwischen Zentrale und Betreibergesellschaft vor Ort für ein gemeinschaftliches Vorgehen sorgen sollte. Im Konfliktfall könne der Konzernaufsichtsrat als Schlichtungsinstanz dienen. Der Aufsichtsrat setzt sich zusammen aus Experten (Kaufleute, Mediziner, Wissenschaftler), Politikern sowie Kirchenvertretern.

Ziel des Konzerns ist eine Umsatzrentabilität von 2,5 Prozent. Dies soll auch vor Ort erreicht werden, allerdings werden Abweichungen zeitlich begrenzt akzeptiert. Ein Cash-Pool ermöglicht einen Liquiditätsausgleich auf Basis von Krediten.

Agaplesion möchte weiterhin wachsen, wobei der Fokus auf Akquisitionen von evangelischen Häusern liegt. Die Aktionäre können ihre Anteile veräußern, aber laut Gesellschaftsvertrag nur zum Nominalwert an die gAG oder die anderen Gesellschafter, also nicht nach außerhalb des bestehenden Aktionärskreises. Auch Verkäufe der Minderheitsanteile an den Betreibergesellschaften können nicht frei verkauft werden.

Während Agaplesion als gAG firmiert, agieren die Alexianer als GmbH und die BG-Kliniken als gGmbH.



Eigentümer der Alexianer ist die Stiftung des Alexianer Ordens. Insgesamt betreibt der katholische Konzern laut Vorstand 28 Krankenhäuser. Dazu kommen 44 Einrichtungen der Altenhilfe sowie Einrichtungen der Eingliederungs- und Jugendhilfe. Der Alexianer-Konzern beschäftigt 26.000 Mitarbeiter.<sup>263</sup>

Insgesamt hat die Alexianer GmbH laut Konzernlagebericht 2019 (Bundesanzeiger) 48 Tochtergesellschaften in den Regionen Aachen, Berlin-Hedwigkliniken, Berlin-Weißensee, Köln/Rhein-Sieg, Krefeld, Münster, Münster-Misericordia, Potsdam und Sachsen-Anhalt. Dabei handelt es sich meist um hundertprozentige Beteiligungen, Mehrheitsbeteiligungen finden sich in den Regionen Berlin-Hedwig, Potsdam sowie Münster-Misericordia. Die Alexianer GmbH stellt einigen der Tochtergesellschaften das immobile Anlagevermögen in Form von Krankenhausbauten, Alten- und Behindertenhilfeeinrichtungen bereit, verwaltet es und erfüllt strategisch organisatorische Funktionen. Die Umsatzerlöse lagen 2019 bei 962 Millionen Euro. Der Aufsichtsrat der Alexianer setzt sich vergleichbar mit Agaplesion zusammen aus Experten (Kaufleute, Mediziner) sowie Kirchenvertretern.

Im Interview wurde deutlich gemacht, dass die Eigentümer – also die Stiftung des Alexianer Ordens – keinen Einfluss auf das operative Tagesgeschäft ausüben. Gleichwohl bestehe regelmäßiger Austausch mit den Gremiovorsitzenden. Ähnlich verhält es sich im Verhältnis Zentrale zu Betreibergesellschaften. Die Holding wird nur bei strategischen Fragen tätig und

<sup>263</sup> Vgl. <https://www.alexianer.de/verbund/unternehmen-und-struktur>

bei Sanierungsbedarf. Auch hier sind jedoch die Geschäftsführer der Tochter-GmbHs bei der Holding angestellt, sodass es rechtlich eine Weisungsbefugnis der Konzerngeschäftsführung gibt. Verluste einzelner Häuser im Konzernverbund können mit einer Begründung vorübergehend gerechtfertigt werden.



Während die Alexianer der älteste Konzern der im Rahmen dieser Studie analysierten ist, bilden die BG-Kliniken den jüngsten. Seit 2016 werden die berufsgenossenschaftlichen Kliniken unter dem Dach der „BG Kliniken – Kliniken der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH“ geführt. Insgesamt umfasst der Konzern laut Jahresabschluss 2019 (Bundesanzeiger) 42 Gesellschaften, wovon 40 bilanziell konsolidiert werden. Nicht konsolidiert wurden 2019 das berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus (BUK) in Hamburg, da es sich in Liquidation befand (gleichwohl gehört das Krankenhaus weiter zur Unternehmensgruppe „BG Kliniken“)<sup>264</sup>, und eine orthopädische Werkstatt in Halle (Saale). Insgesamt beschäftigt der Konzern 14.500 Mitarbeiter bei einem Jahresumsatz von gut einer Milliarde Euro.

Die Holding in Berlin ist für die Gesamtstrategie der BG Kliniken verantwortlich und steuert zentrale Aufgaben der einzelnen Geschäftsbereiche. Gesellschafter der Holding sind 18 Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, wobei die Berufsgenossenschaft Holz und Metall den größten Anteil hat (19,8 %). Ein Verkauf von Anteilen ist theoretisch möglich, aber nur innerhalb des BG-Systems.

Die Holding hält jeweils 75 Prozent an den Einzelkrankenhäusern, es besteht eine steuerrechtliche Organschaft. Die Gesellschafterversammlung als oberstes Organ ist paritätisch besetzt mit Vertretern von Arbeitgebern und Versicherten im Sinne der sozialen Selbstverwaltung, sie wählt einen Vorsitzenden, der alterniert zwischen einem Arbeitgeber- und einem Versichertenvertreter. Ein Aufsichtsrat existiert nicht, aber ein Hauptausschuss, der die Konzerngeschäftsführung überwachen und beraten soll. Dazu kommen sechs Fachausschüsse.<sup>265</sup>

Übernahmen neuer Häuser sind derzeit nicht geplant. Im Interview wird aber berichtet über eine zunehmende Zentralisierung von Aufgaben in den vergangenen fünf Jahren; nach viel Überzeugungsarbeit fielen mittlerweile alle strategischen Fragestellungen in die Hoheit des Konzerns: Personalentscheidungen bis auf Chefarzdebene, größere Bauvorhaben, Wirtschaftspläne, langfristige wirtschaftliche Verpflichtungen. Betont wird die Notwendigkeit von guter Kommunikation. In Entscheidungen müssten stets die lokal Verantwortlichen einbezogen werden, wobei wie bei den Alexianern und bei Agaplesion die einzelnen GmbH-Geschäftsführer bei der Holding angestellt sind.

Aufgabe des Konzerns sei es, die Wirtschaftspläne der Mitgliedshäuser zu genehmigen sowie Grundstückskäufe und -verkäufe. Der konkrete Aufgabenkatalog sei aber nie exakt oder abschließend. Für ein erfolgreiches Unternehmen sei entscheidend, dass es Grundakzeptanz auf allen Ebenen für den Zusammenschluss gebe. Wiederholt wird die hohe Bedeutung guter Kommunikation betont.

Der Konzern arbeitet mit einer **Balanced Scorecard**, die nach fünf Ressorts gegliedert sei:

1. Kunden und Markt
2. Medizin (welche Leistung in welcher Klinik)
3. Personal
4. Infrastruktur: Bauwesen, Einkauf, IT
5. Finanzen

Oberstes Ziel sei die Zufriedenheit von Kunden/Patienten.

Die einzelnen Krankenhäuser arbeiten als Profit-Center. Laut Konzernbericht haben auch die BG-Kliniken ein konzernweites Liquiditätsmanagement. Die Liquidität wird demnach monatlich, in Zeiten der Pandemie wöchentlich, überwacht.

<sup>264</sup> Vgl. <https://www.bg-kliniken.de/klinikum-hamburg/ueber-uns/bg-klinikum-hamburg/>

<sup>265</sup> Vgl. <https://www.bg-kliniken.de/ueber-uns/das-unternehmen/organisation/gremien/>



### 13.2. AG, GmbH und AÖR – Vor- und Nachteile möglicher gesellschaftsrechtlicher Organisationsformen

Die Organisationen der in dieser Studie befragten Manager firmieren allesamt in privatrechtlichen Rechtsformen. Dies gilt nicht nur für die Konzerne, sondern auch für die kommunalen Kliniken, die jeweils als GmbH organisiert sind. Offensichtlich haben diese Rechtsformen erhebliche Vorteile.

Dies kommt auch bei den juristischen Experteninterviews zum Ausdruck, die im Rahmen dieser Studie geführt wurden. Dort wird allerdings gleichfalls die öffentlich-rechtliche Rechtsform der **Anstalt des öffentlichen Rechts** (AÖR) teilweise als vorteilhaft angesehen. In den Interviews wurden eine Reihe von Möglichkeiten für gesellschaftsrechtliche Formen für Einrichtungen der Daseinsvorsorge und für Krankenhäuser generell diskutiert sowie speziell noch mal mit Blick auf eine Konzernbildung, jeweils in Bezug auf kommunale Träger.

Grundsätzlich kann sich die öffentliche Hand mittels Organisationen in privater Rechtsform engagieren, solange es sich dabei nicht um hoheitliche Aufgaben wie die von Polizei, Militär oder Justiz handelt. In der Praxis ist die Daseinsvorsorge auch vielfach so organisiert. Allerdings sind dabei nach Ansicht aller Interviewten Personengesellschaften wie die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GBR) oder die Offene Handelsgesellschaft (OHG) auszuschließen, da hier keine Haftungsbegrenzung möglich ist, was aber notwendig sei, wenn sich Kommunen an privatrechtlichen Unternehmen beteiligen. Entsprechend werden diese Rechtsformen im Folgenden nicht weiterverfolgt. Dasselbe gilt für die Kommanditgesellschaft, denn hier haftet der Komplementär ebenfalls unbegrenzt. Eine Beteiligung als Kommanditist erscheint ebenso wenig als sinnvoll, denn dieser verfügt über kein unternehmerisches Entscheidungsrecht, eine solche Einlage ist also lediglich eine Finanzanlage und dient nicht der Gestaltung der Daseinsvorsorge. Theoretisch denkbar ist die GmbH & Co. KG, aber unüblich.

Auch die Rechtsform des (eingetragenen) Vereins erscheint wenig angebracht. Es gebe zwar noch kommunale Einrichtungen in dieser Rechtsform und dies habe auch Vorteile, etwa dass es wie bei Stiftungen keine Publizitätspflichten (Jahresabschluss) gebe. Aber das Problem sei hier zunächst, dass mindestens sieben Mitglieder nötig seien und die Entscheidungsfindung somit mitunter schwerfällig. Mit Blick auf eine Konzernbildung scheidet diese Rechtsform im Prinzip auch deshalb aus, weil jedes Mitglied eine Stimme habe, selbst wenn bei Fusionen oder Übernahmen sehr unterschiedliche Vermögensgegenstände (unterschiedlich große oder ertragreiche Krankenhäuser) eingebracht würden. Aus diesem Grund wird auch die Form einer eingetragenen Genossenschaft (eG) als wenig sinnvoll erachtet. Bei der eG kommt dazu, dass eine ständige Mitgliederfluktuation möglich ist, was für eine dauerhafte Holdingstruktur nicht geeignet ist.

Diese Organisationsformen – Verein, eG oder auch schuldrechtliche Konstruktionen – kommen im Krankenhauswesen trotzdem des Öfteren vor. Allerdings handelt es sich dann meist um spezielle Funktionen, etwa den Einkauf, die Aus- und Weiterbildung zum Beispiel in einer von mehreren Krankenhäusern mit Einrichtungen der Altenhilfe gemeinsam betriebenen Pflegeschule oder einem IT-Rechenzentrum. Im ambulanten Sektor findet sich die eG häufig, wenn mehrere Vertragsärzte ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) führen.

Eine tiefere Integration, die beispielsweise auch einen gemeinsamen Cash-Pool zum Liquiditätsmanagement vorsieht, lässt sich so aber kaum verwirklichen. Hierfür ist die gesellschaftsrechtliche Zusammenführung von Häusern erforderlich. Die in Kapitel 12.1. dieser Studie geschilderten Vorteile von Shared Services lassen sich in Konzernstrukturen mit höherer Verbindlichkeit top down organisieren.

Möglich für Einrichtungen der Daseinsvorsorge seien grundsätzlich die Formen des Regie- oder Eigenbetriebs ohne eigene Rechtsform, der AÖR (bzw. Kommunalunternehmen), der Stiftung, der GmbH oder der AG. Im Falle einer Fusion verschiedener kommunaler Häuser könne auch ein Zweckverband gegründet werden, der seinerseits Krankenhäuser als Regie- oder Eigenbetrieb betreibt oder Unternehmen in den genannten privatrechtlichen Rechtsformen oder als AÖR führt.

Kommunale Betriebe ohne eigene Rechtsform stehen in großer Nähe zur Tagespolitik, unterliegen also Entscheidungen des Gemeinde-/ Kreis-/ Stadtrates. Diese Organisationsform ist nach Einschätzung eines Experten insbesondere für größere Einheiten ungeeignet. Generell haben sie sich nach Aussagen einiger der befragten Experten bei kommunalen Krankenhäusern nicht bewährt. Dies gilt sowohl für den Eigenbetrieb, der zwar rechtlich nicht selbstständig agiert, aber innerhalb der Verwaltung immerhin mit einem eigenen Wirtschafts- und Vermögensplan ausgestattet ist, als auch für den Regiebetrieb, der noch näher an der Kommune angesiedelt und eher als Amt der Verwaltung zu klassifizieren ist, wie es ein Experte beschreibt. Kommunale Eigenbetriebe können auch als Sondervermögen der Gemeinde aufgebaut sein, sind dann aber ebenfalls rechtlich nicht selbstständig. Ein Experte räumt dieser Organisationsform insbesondere mit Blick auf das Thema Krankenhaus 4.0 keine Zukunft ein. Die Rechtsform des kommunalen Zweckverbandes ist in ähnlichen Fällen zu finden wie der Verein oder die eG, nämlich zum Beispiel für den Betrieb eines gemeinsamen IT-Rechenzentrums im Auftrag mehrerer Kommunen. Denkbar ist zwar auch, dass ein Zweckverband in Eigenregie mehrere Krankenhäuser führt, aber mit Blick auf die nötige Verbandsversammlung wird das als in der Praxis vergleichsweise schwerfällig betrachtet.

Dies ist deutlich anders bei der **AÖR**, diese hat eigene Rechtspersönlichkeit und kann öffentlich-rechtliche Vorteile mit privatrechtlichen Vorteilen verbinden, denn einerseits behält die Kommune hier sämtliche Kontrollmöglichkeiten und hat weiter Einfluss, andererseits erhält der Vorstand aber Möglichkeiten, unternehmerisch zu agieren. Ein weiterer Vorteil: Die Kommune kann einer AÖR auch hoheitliche Befugnisse übertragen, etwa Gebühren zu erlassen. Außerdem kann eine AÖR nicht insolvent gehen, da hier das Prinzip der Gewährträgerhaftung zur Anwendung kommt. Den Kommunen obliegt also eine rechtliche Nachschusspflicht, wenn eine kommunale Klinik illiquide zu werden droht. Dieser Vorteil für das Krankenhaus und Nachteil für die Kommune liegt allerdings de facto durch entsprechende Gesellschaftsverträge oftmals auch bei privatrechtlichen Konstruktionen vor. Die AÖR kann aber darüber hinaus Mitglied im kommunalen Schadensausgleich sein.

Eine AÖR erlaubt im Vergleich zu einem rechtlich nicht selbstständigen kommunalen Krankenhaus des Weiteren die Bündelung von Sachmitteln wie öffentlichen Gebäuden, Fuhrpark oder auch von Personal in einer eigenen Gesellschaft. Damit wird das Krankenhaus zum selbstständigen Träger von Rechten und Pflichten und tauglich für Kooperationen mit anderen Trägern und Einrichtungen. Zugleich können im Gegensatz zu einer privatrechtlichen Konstruktion beispielsweise Beamte von der Kommune flexibel übernommen werden oder auch dorthin (z.B. in den öffentlichen Gesundheitsdienst) übergeleitet werden. Dies kann ein Vorteil von öffentlich-rechtlichen Konstruktionen sein, ebenso, dass hier das Mitbestimmungsrecht nicht zur Anwendung kommt.

Da das Kommunalrecht teilweise, bundeslandspezifisch, vorschreibt, dass Städte und Gemeinden sich Einflussmöglichkeiten auf Unternehmen der Daseinsvorsorge sichern müssen, stehen nicht alle privatrechtlichen Organisationsformen uneingeschränkt zur Verfügung, was im Folgenden noch ausgeführt wird.

Als öffentlich-rechtliche Rechtsform für Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft wird von den Experten die AÖR/das Kommunalunternehmen als eine sinnvolle Option gesehen, sowohl grundsätzlich für kommunale Häuser als auch für Konzernlösungen. Unter den privaten Rechtsformen wurden wie erwähnt letztlich nur die AG und die GmbH als passend angesehen, jeweils gegebenenfalls in der gemeinnützigen Form.

Wesentliches Unterscheidungsmerkmal von **GmbH** und **AG** mit Blick auf die Governance ist die Gestaltungsfreiheit. Während der gesetzliche Rahmen für die AG relativ klar und fest ist, besteht bei der GmbH mehr Flexibilität. Dies zeigt sich auch bei den drei in dieser Studie näher untersuchten Konzernen: So haben die BG-Kliniken beispielsweise keinen Aufsichtsrat, dafür eine relativ starke Stellung der Gesellschafterversammlung mit einem Hauptausschuss. Dem Gesellschaftsvertrag kommt bei der GmbH eine besonders hohe Bedeutung zu.

Vor allem ist der Vorstand bzw. die Geschäftsführung bei der AG nicht weisungsgebunden gegenüber dem Aufsichtsrat oder den Gesellschaftern. Bei der GmbH ist dies der Fall, das nähere Verhältnis regelt der Gesellschaftsvertrag individuell. Dieser kann laut einem Experten die Geschäftsführung einer GmbH in Bezug auf ihre Unabhängigkeit und Weisungs(un)gebun-

denheit auch sehr nahe an die Rolle eines Vorstands einer AG heranrücken. Ein Aufsichtsrat ist bei der GmbH nicht vorgeschrieben, oberstes Organ ist die Gesellschafterversammlung, wohingegen das Aktienrecht klar drei Organe benennt mit jeweils klaren Aufgaben: Vorstand, Aufsichtsrat und Hauptversammlung. Diese Rahmenbedingungen für AG und GmbH betonen alle interviewten Experten.

Die starke Stellung des Vorstandes in der AG dürfte dem Ziel der möglichst großen Politikferne einerseits, aber andererseits auch der Verpflichtung zur am medizinischen Bedarf orientierten Daseinsvorsorge am besten nachkommen. Alle Experten verweisen unisono auf die Weisungsungebundenheit des Vorstandes einer AG. Allerdings fiel auch in allen Gesprächen der Hinweis auf das Landesrecht, insbesondere in Nordrhein-Westfalen (NRW), und die dort verankerte Subsidiaritätsvorschrift bzw. die Einschränkungen für Aktiengesellschaften in kommunaler Hand. Demnach darf eine Kommune eine AG nur dann betreiben oder sich an ihr beteiligen, wenn der öffentliche Zweck nicht ebenso gut in einer anderen Rechtsform erfüllbar ist. Dies dürfte im Einzelfall nicht immer leicht nachzuweisen sein; als ein Grund für eine AG könnte gegebenenfalls das Argument der Fungibilität der Anteile geltend gemacht werden. Inwieweit das mit Blick auf die Gründung eines Krankenhauskonzerns verhängt, der auf langfristige Strukturen aufgebaut werden soll, könnte strittig sein.

Ein Expertenpaar berichtet, dass es in Bayern diesen Subsidiaritätsgrundsatz für die AG nicht gibt und folglich in jüngster Zeit vermehrt der Einsatz der AG als Rechtsform für kommunale Krankenhäuser zu beobachten sei. Angeführt wird das Beispiel eines Managers, der die Rechtsform der AG und die damit verbundene Politikferne sogar als Voraussetzung dafür gemacht hat, die Position des Geschäftsführers bzw. Vorstandes in einem sanierungsbedürftigen Haus anzutreten. Die Kommune ist dem Wunsch nachgekommen und am Ende stand eine erfolgreiche Sanierung. Die Struktur der AG dürfte ihre gesamte Vorteilskraft entfalten, wenn der Aufsichtsrat am Ende auch weniger mit Politikern besetzt wird und mehr aus einem multiprofessionellen Team besteht, mit Ärzten, Wirtschaftsprüfern, Rechtsanwälten, Pflegewissenschaftlern usw. Dieser Trend zur Professionalisierung und Fachkompetenz von Aufsichtsräten ist nach Ansicht eines Experten sehr begrüßenswert.

Allerdings herrscht unter den Experten keine völlige Übereinstimmung, ob eine AG für Krankenhäuser eine sinnvolle Rechtsform ist. Sie wird als sehr formal und vergleichsweise schwer zu administrieren, etwa mit Blick auf die Vorschriften zur Abhaltung einer Hauptversammlung, charakterisiert.

Hinsichtlich der zu wählenden Rechtsform für einen kommunalen Konzern gibt es folgendes Votum unter den Experten, wobei Mehrfachnennungen möglich waren und sich die Experten in einem Interview klar für die GmbH als beste Wahl entschieden:

**Tabelle 2: Sinnvolle Rechtsformen für einen kommunalen Krankenhauskonzern**

Anstalt öffentlichen Rechts (AÖR)	Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), gemeinnützige GmbH (gGmbH)	Aktiengesellschaft (AG), gemeinnützige AG (gAG)
✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von vier Experteninterviews

### 13.3. Beteiligungsmöglichkeit von Dritten an kommunalen Verbänden

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den öffentlich-rechtlichen Rechtsformen, insbesondere der AÖR oder dem Kommunalunternehmen, und den privaten, (g)GmbH oder (g)AG, liegt in den Beteiligungsmöglichkeiten von privaten Eigenkapitalgebern. Diese sind bei der AÖR und Kommunalunternehmen nicht gegeben. Die private Rechtsform erlaubt dagegen den Weg in eine sogenannte Public Private Partnership (PPP) bzw. Öffentlich-private Partnerschaft (ÖPP). Allerdings wird in den Experteninterviews betont, dass die Kommune stets maßgeblichen Einfluss behalten muss. Der Einfluss privater Investoren ist entscheidend. Als Beispiel wird auf das Klinikum Gießen-Marburg verwiesen. Dieses gehört zum privaten Konzern Rhön-Klinikum AG, die nun 95 Prozent der Aktien hält, fünf Prozent hält das Land Hessen.<sup>266</sup> Diese Konstruktion dürfte als eher ungewöhnlich zu klassifizieren und für Kommunen kaum erstrebenswert sein.

Zudem gilt für die Beteiligung privater Investoren an Unternehmen der Daseinsvorsorge, dass diese kaum ein Interesse haben dürften an einer Investition, wenn diese Unternehmen gemeinnützig arbeiten. Denn in diesem Fall – das betonen alle Experten – sind keine Gewinnausschüttungen möglich. Es ist mit dem Gemeinnützigkeitsprinzip auch nicht vereinbar, dass ein Investor Kursgewinne beim Verkauf von Anteilen einfährt. Deshalb dürfen diese nur zum Kaufpreis (z. B. wie bei Agaplesion zum Nennwert) verkauft werden. Die Realisierung von Kursgewinnen bei einer gemeinnützigen AG ist also ausgeschlossen.

Ob die Gemeinnützigkeit ein Weg ist, um eine spätere Privatisierung zu verhindern, hängt von der wirtschaftlichen Lage ab. Je profitabler eine gemeinnützige Organisation arbeitet, desto teurer wird es, wenn die Gemeinnützigkeit wegfallen sollte (z. B. weil die Kommune sich irgendwann doch für eine Privatisierung entscheidet), denn dann fallen rückwirkend auf zehn Jahre Steuerzahlungen an. Dies kann zu sehr hohen Kosten führen. Hat die Organisation keine Gewinne ausgewiesen, fallen folgerichtig diese Kosten nicht an. Als echtes Hindernis für spätere Privatisierungen wird die Rechtsform der gemeinnützigen Gesellschaft von keinem der Experten gesehen.

Allerdings gilt dies auch für eine öffentlich-rechtliche Rechtsform. Dann müsste zwar möglicherweise eine aus einer Fusion hervorgegangene AÖR rückabgewickelt oder in eine GmbH umgewandelt werden. Der Prozess wäre also etwas aufwendiger, aber als wirkliches Privatisierungshindernis sehen die interviewten Experten dies nicht.

Zusammengefasst bedeutet das also, dass die Beteiligung privater Akteure an kommunalen Krankenhäusern oder einem kommunalen Krankenhauskonzern möglich ist, wenn diese in einer privatrechtlichen Form firmieren. Bei öffentlich-rechtlichen Rechtsformen ist das kaum realisierbar. Ausgeschlossen sind private Gewinne, sei es durch Ausschüttungen bzw. Dividenden oder die Realisierung von Kursgewinnen, wenn eine Organisation in gemeinnütziger Form agiert. Denkbar ist aber, dass ein privater Anbieter den Betrieb eines (öffentlichen) gemeinnützigen Krankenhauses übernimmt und dafür ein Honorar erhält.

Denkbar wäre zudem, dass sich ein kirchlicher Träger bzw. eine freigemeinnützige Einrichtung an einem kommunalen Unternehmen beteiligt. Hier müssen selbstverständlich zunächst von einem potenziellen Investor die Vorschriften für kirchliche Einrichtungen Beachtung finden. Ein Experte weist darauf hin, dass Kirchen sich meist ausschließlich als Mehrheitseigentümer an anderen Einrichtungen beteiligen. Inwieweit sich Kirchen, die ja als Körperschaften des öffentlichen Rechts firmieren, oder freigemeinnützige Einrichtungen an kommunalen öffentlich-rechtlichen Einrichtungen beteiligen dürfen, scheint differenziert zu bewerten zu sein. Dies hängt teilweise vom Landesrecht ab, dürfte aber ohnehin eine eher theoretische Überlegung sein. Die Interessenkonflikte im Krankenhausbereich dürften nicht zuletzt dann aufbrechen, wenn es um Schwangerschaftsabbrüche oder Sterbehilfe geht.

Die Experten wurden im Rahmen der Interviews auch gefragt, wie sie zur Frage stehen, ob der Bund oder das jeweilige Bundesland sich an einem kommunalen Konzern beteiligen können oder sollen? Der Gedanke hinter dieser Frage war, dass so eine Eigenkapitalstärkung eines

<sup>266</sup> Vgl. [https://www.ukgm.de/ugm\\_2/deu/105.html](https://www.ukgm.de/ugm_2/deu/105.html)



solchen Konzerns erwirkt werden könnte, die zum Beispiel analog zum Strukturfonds für bauliche Investitionen etwa mit Blick auf die Umwandlung von Krankenhausstandorten in ambulante Zentren oder Einrichtungen der Kurzzeit- oder Langzeitpflege genutzt werden könnte. Mit Blick auf die Bundesländer erscheint das denkbar, da diese auch für die Krankenhausplanung sowie die Investitionsförderung verantwortlich sind. Das Modell einer Krankenhausstiftung in Hessen sah beispielsweise eine Hilfe zur Entschuldung von Kommunen vor, wobei vorstellbar wäre, dass das Land hier finanziell geholfen hätte.<sup>267</sup> Der kommunale Charakter wäre gewahrt worden, da nicht das Land Eigentümer der Krankenhäuser geworden wäre, sondern ein landesweiter kommunaler Zweckverband, der auch den Sicherstellungsauftrag innegehabt hätte.

Eine Beteiligung des Bundes als Eigenkapitalgeber erscheint schwieriger. Die befragten Experten verweisen darauf, dass die Krankenhausplanung nicht in dessen Zuständigkeit falle. Denkbar wäre aber ein Parallelorgan, etwa eine Stiftung, die Gelder einsammelt, und da könnte der Bund Finanzmittel zur Verfügung stellen. Mit einem entsprechenden Sondergesetz könnte der Bund Kompetenzen für die Krankenhausfinanzierung und -planung bekommen, allerdings erscheint eine große Lösung, die dem Bund uneingeschränkte Rechte zuspricht und eine Verfassungsänderung nötig macht, politisch eher unrealistisch.

Ein Experte verweist darauf, dass es in einigen Bundesländern möglich ist, dass sich Bund oder Land an einem kommunalen Zweckverband beteiligen, spricht aber von einem „Störgefühl“, wenn der Bund zu stark Einfluss auf Aufgaben der kommunalen Daseinsvorsorge nimmt. Dies gelte auch mit Blick auf die bereits erwähnte Bundeshaushaltsordnung, der zufolge sich der Bund nur beteiligen dürfe, wenn der Zweck nicht auf andere Art besser oder wirtschaftlicher zu erzielen sei.

Ein weiterer Interviewpartner erwähnt in diesem Zusammenhang auch das EU-Beihilferecht. Möglich sei, dass bei einem solchen Unterfangen ein Private-Investor-Test zu durchlaufen sei. Dies ebenfalls mit Blick auf § 65 Bundeshaushaltsgesetz. Dies gelte aber nicht nur für den Bund, sondern sei auch in § 65 der Landeshaushaltsgesetze geregelt. Dabei sei zu berücksichtigen, dass es nicht Aufgabe des Landes sei, die Krankenversorgung sicherzustellen, sondern eben der Kommunen.

Inwieweit sich Kirchen in ihrer Eigenschaft als Körperschaften des öffentlichen Rechts an AÖRs beteiligen dürfen, wird von den Experten unterschiedlich gesehen. Einem Experte zufolge wird das landesrechtlich unterschiedlich geregelt, es gebe sogar Ausnahmen, nach denen private Organisationen Mitglieder in kommunalen Zweckverbänden werden können.

Für trägerübergreifende gesellschaftsrechtliche Kooperationen scheint am Ende doch eine privatrechtliche Organisationsform die beste Wahl, also die GmbH oder die AG. Ein Experte verweist aber darauf, dass es in der Praxis sehr schwer sein werde, kommunale und konfessionelle Häuser zusammenzubringen und führt eine Reihe von Interessenkonflikten an, u. a. im Bereich Schwangerschaftsabbrüche oder Sterbehilfe.

### 13.4. Bewertung eingebrachter Assets

Was in der Praxis hochrelevant ist in Bezug auf das Thema Fusionen und Konzernbildung, ist die Bewertung der eingebrachten Assets. Die Bewertung eines eingebrachten Krankenhauses ist zunächst ausschlaggebend dafür, wie viele Anteile der Alteigentümer an dem neuen Konzern halten wird. Basis hierfür in der „normalen“ Betriebswirtschaftslehre ist ein Ertrags- oder Barwertverfahren (Discounted Cash-Flow, DCF-Verfahren). Als Orientierung kann hierfür der BGB IDW S1 Standard dienen. Dort sind die wichtigsten Bewertungsmethoden dargestellt. Allerdings berichtet das Gros der Experten aus ihrer Erfahrung, dass bei Krankenhäusern häufig der Substanzwert bedeutender ist als der Ertragswert. Letztlich obliege die Bewertung aber der freien Verhandlungsführung. Kennzahlen wie Umsatz, Gewinn oder Eigenkapital werden stets eine Rolle spielen, wenngleich Entscheidungen oft eher unter politischen Gesichtspunkten fallen. Hierbei gelten aber die Grenzen der Kommunalverfassung: Öffentliches

<sup>267</sup> Vgl. Kapitel 15.3. dieser Studie

Vermögen darf nicht verschenkt werden. Deshalb muss bei Übernahme eines privaten Krankenhauses durch eine Kommune stets im Vorfeld ein Private-Investor-Test erfolgen.

Da im Zentrum des Zusammenschlusses verschiedener kommunaler Krankenhäuser jedoch der Gedanke einer besseren Versorgung steht, dürfen Kommunen sicher Geschäfte tätigen, die aus rein betriebswirtschaftlichem Kalkül als negativ gelten würden. Oberstes Ziel der Kommune ist, die Daseinsvorsorge nachhaltig und stabil für die Zukunft zu sichern. Damit lasse sich viel rechtfertigen, ist ein Experte überzeugt. Denkbar ist auch eine finanzielle Ausgleichszahlung, diese führt aber möglicherweise zu steuerrechtlichen Konsequenzen.

### 13.5. Rolle von Aufsichtsrat und Vorstand in AÖR, (g)GmbH und (g)AG

Wie in Kapitel 13.3. dargelegt, empfehlen die Experten als Rechtsform für kommunale Krankenhäuser bzw. für einen kommunalen Krankenhauskonzern drei Arten von Rechtsformen: AÖR, (g)GmbH und (g)AG. Die Rolle von Aufsichtsrat und Vorstand wurde in den Interviews teilweise auch für andere Rechtsformen diskutiert. Da sich mit zunehmendem Fortschritt der Arbeit aber zeigte, dass die genannten drei Rechtsformen als die einzig sinnvollen erscheinen, wurde sich im Verlauf der Arbeit auf diese fokussiert.

In einem Experteninterview wurde darauf hingewiesen, dass es „höchstrichterliche Uneinigkeit“ gebe, ob Aufsichtsratsmitglieder in kommunalen Unternehmen in GmbH-Form den Weisungen des Gemeinderats oder ihrer Fraktion unterliegen. Der Bundesgerichtshof (BGH) vertrete die Meinung, dass dem eher nicht so sei, während die Verwaltungsgerichte die Weisungsgebundenheit von Aufsichtsräten nicht völlig ablehnten.

Denn kommunalrechtlich bestehe die Weisungsbefugnis des kommunalen Trägers an Aufsichtsratsmitglieder, selbst wenn diese nicht aus der Gemeindeverwaltung oder dem Lokalparlament stammen, sondern als Experten berufen bzw. gewählt werden. Dies könne insbesondere dann zu einem Dilemma führen, wenn das Thema Verschwiegenheitspflicht anstehe. Dürfen oder müssen Aufsichtsratsmitglieder Informationen an den Vertreter des Trägers weitergeben, die eigentlich vertrauliche Interna des Aufsichtsrats sind? Dieses Thema sei in der Rechtsprechung hochumstritten.

Noch deutlicher dürfte das Thema bei der Rechtsform der AG sein. Denn hier sind die Aufsichtsratsmitglieder laut Aktiengesetz weisungsungebunden, was aber zu einem Widerspruch zum Postulat der Einflussmöglichkeit der Kommune auf das Unternehmen führt. Für Aufsichtsratsmitglieder ist dies eine Situation in großer Unsicherheit. Dazu kommt, dass Aufsichtsräte zunehmend in Haftung genommen werden, wenn sie ihren Pflichten nicht ordnungsgemäß nachkommen.

Allerdings wertet mindestens ein Experte diese unterschiedlichen Rechtsvorschriften eindeutig zugunsten des Kommunalrechts. Es gebe für Aufsichtsratsmitglieder kommunaler Unternehmen durchaus ein imperatives Mandat. Eine Stimmabgabe gegen eine entsprechende Weisung des kommunalen Trägers sei allerdings wirksam, sowohl bei der AG als auch der GmbH.

Die klarsten Regeln für den Aufsichtsrat finden sich im Aktiengesetz. Bei der GmbH bestehen vergleichsweise flexible Ausgestaltungsmöglichkeiten für den Aufsichtsrat. Das Aktiengesetz sieht mindestens drei Aufsichtsratsmitglieder vor, ggf. kommt hier ab 500 bzw. 2.000 Mitarbeitern noch die unternehmerische Mitbestimmung der Arbeitnehmerseite hinzu.

Zum Aufgabengebiet des Aufsichtsrats in der AG gehört nicht das operative Geschäft. Er soll mitwirken an der Entwicklung der Unternehmensziele und der Unternehmensplanung, der Geschäftspolitik und Budgetplanung (gemeinsam mit dem Vorstand). Das Personalmanagement, also die Entscheidung über die Einstellung oder Entlassung einzelner Mitarbeiter, fällt nicht in die Zuständigkeit des Aufsichtsrats.



Zu den Regeln guter Unternehmensführung gehört es deshalb folgerichtig auch, dass der Aufsichtsrat nicht aus Teilen der Geschäftsführung wie ärztlichem Direktor oder Pflegedienstleitung besteht.

Bei der AÖR ist in der Regel der Bürgermeister Vorsitzender des Verwaltungsrates, der über den Gemeinderat gewählt wird. Ein Verwaltungsaufsichtsrat ist auf freiwilliger Basis möglich. Die Regeln zur gesetzlichen Mitbestimmung kommen nicht zur Anwendung. Grundsätzlich verlangen die Compliance-Anforderungen immer ein handlungsfähiges Aufsichtsgremium zur Kontrolle des Geschäftsführers bzw. des Vorstands. Dessen Zuständigkeiten sind bei der AG detailliert geregelt, es gibt wenig Spielraum für eigene Regelungen. Dies lässt sich als gewisser Schutz für den Vorstand interpretieren. Der Aufsichtsrat kann dem Vorstand keine Weisungen erteilen, allerdings einen Genehmigungsvorbehalt für bestimmte Rechtsgeschäfte verankern. Als einzige Möglichkeit des Aufsichtsrats, den Vorstand zu entlassen, gilt eine massive Pflichtverletzung. Wenn dem Aufsichtsrat eine einzelne Entscheidung missfällt, ist das jedoch kein Grund. Die Geschäftsführung einer GmbH kann bezüglich ihrer Stellung wie beschrieben gesellschaftsvertraglich eine ähnlich starke Stellung erhalten wie der Vorstand einer AG. Auch der Vorstand einer AÖR leitet seine Organisation in eigener Verantwortung. Zwar gelten in den einzelnen Ländern und Gemeinden durchaus unterschiedliche Regeln, aber die Mehrheit der Experten spricht von einer „sehr starken Rolle“ des AÖR-Vorstands.

### 13.6. Rechtliche Restriktionen auf dem Weg zum kommunalen Krankenhauskonzern – Aufgaben für den Gesetzgeber

Die Kommunen selbst sind also je nach Bundesland eingeschränkt in Bezug auf die Wahl der Rechtsform, in der öffentlich-rechtliche Krankenhäuser geführt werden. Die Option einer AG/gAG steht nicht in allen Bundesländern uneingeschränkt zur Verfügung. Hier können die Landesregierungen helfen, indem sie dem Beispiel Bayerns folgen und die AG zur gleichberechtigten Rechtsform machen. Zu hinterfragen ist beispielsweise § 108 Abs. 4 der Gemeindeordnung in NRW (Stand 23.03.21) mit folgendem Wortlaut: „Die Gemeinde darf unbeschadet des Absatzes 1 Unternehmen und Einrichtungen in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft nur gründen, übernehmen, wesentlich erweitern oder sich daran beteiligen, wenn der öffentliche Zweck nicht ebenso gut in einer anderen Rechtsform erfüllt wird oder erfüllt werden kann.“<sup>268</sup>

Damit kommunale Krankenhäuser möglichst frei von politischer Einflussnahme und unabhängig von Wahlkämpfen sich auf eine am Versorgungsbedarf orientierte Medizinstrategie und nach dem Ziel der Wirtschaftlichkeit agieren können, sollte darüber hinaus das kommunalrechtliche Weisungsrecht für Mitglieder von Aufsichtsräten kommunaler Unternehmen entfallen. Zumindest Fachexperten, die kein politisches Mandat führen, sollten nicht politischen Weisungen unterliegen.

### 13.7. Erfahrungen beratender Juristen aus Fusionsprozessen und Beurteilung kommunaler Krankenhauskonzerne aus dieser Perspektive

Was sind die besten Voraussetzungen, damit Fusionsprozesse gelingen? Ein Experte gibt folgende Faktoren an: gleich große Häuser, alle gut aufgestellt, gute Ergänzung im medizinischen Bereich, also keine gleichen Abteilungen. Als Gründe für das Scheitern von Fusionen werden unter anderem politische Faktoren angegeben, die oft sachfremd zum Tragen kämen. Anstehende oder gehaltene Kommunalwahlen könnten einen Fusionsprozess beispielsweise zum Erliegen bringen. Außerdem gelte: Je größer ein Verbund werden soll, desto schwieriger lässt er sich realisieren. Das treffe nicht nur bei kommunalen Konzernen zu, sondern auch bei privaten.

Die befragten Experten verfügen allesamt über jahrelange Erfahrung in der juristischen Bera-

tung und Vertretung kommunaler Krankenhäuser, insbesondere mit Blick auf Fusionsprozesse. Auch im privaten Bereich gibt es mit Blick auf Übernahmen und Fusionen im Bereich der Konzerne sehr große Expertise bei den interviewten Experten. Aus dieser Perspektive geben die Interviewpartner unter anderem als wichtigen Faktor für gelingende Zusammenschlüsse an, dass die Unternehmenskulturen der zusammengehenden Organisationen zusammenpassen müssten.

Wichtig sei ferner, eine Einigung bei der Bewertung der eingebrachten Assets zu finden. Das scheint sich aber auch stark vor dem Hintergrund der Frage der Kultur abzuspielen, denn mehrere Interviewpartner haben darauf hingewiesen, dass immer die Angst vor einer feindlichen Übernahme mitschwingt, die Furcht kleiner Häuser vor der Dominanz eines großen Hauses. Eine paradoxe Situation könne auftreten, wenn sich ein kleines Haus als deutlich ertragsstärker erweist als ein großes, und damit das Selbstverständnis ins Wanken gerate, dass das große Haus das kleine schlucke.

Die Idee eines kommunalen Krankenhauskonzerns stößt dabei auf breite Zustimmung. Ein Experte erklärt gar: „Es gibt keinen anderen Weg“ und verweist auf den Trend zu größeren Einheiten, nicht nur im stationären, sondern insbesondere auch im ambulanten Sektor. Der Krankenhausmarkt stehe unter Druck, vor allem auch als Faktor der Daseinsvorsorge. Krankenhäuser müssten sich auf sich verändernde Entgeltsysteme einstellen, das DRG-System werde infrage gestellt. Etwas Skepsis schlägt einer großen überregionalen Lösung entgegen. Empfohlen wird an einer Stelle, eher im kleineren regionalen Raum mit einem solchen Prozess zu beginnen.

Es sei eine gute Idee, wenn Bund, Länder und Kommunen zentral steuern, Krankenhäuser zusammenfassen und schauen, wo beispielsweise Unterversorgung herrsche, bemerkt ein Experte. Allerdings sei das Vorhaben wohl sehr schwierig umzusetzen, gegebenenfalls müsse dies schrittweise über einen Stufenplan erfolgen.

Ein Experte verweist auf andere Bereiche der Daseinsvorsorge jenseits des Krankenhauswesens, wo sich solch eine Konstruktion als probates Mittel für die Hebung von Synergien erwiesen habe, und nennt als seine Erfahrungsbereiche die Bereiche Entsorgung und Versorgung, insbesondere den Abfallbereich. In diesem Zusammenhang wird auch gewarnt, dass wirklich ein steuerbarer und handlungsfähiger Verbund entstehen müsse, weshalb denkbar sei, in einem kleinen Rahmen anzufangen, und vielleicht vor allem Kommunen eine Lösung zu bieten, die nach der COVID-19-Krise selbst in Schieflage geraten seien. Dabei könne ein regionaler Konzern von vielleicht drei Krankenhäusern der Ausgangspunkt sein. Mit einem Einzelkrankenhaus sei es schwierig, diese Herausforderung zu meistern. Freiwilligkeit müsse in jedem Fall die Grundlage sein, fordert ein Experte.

Als entscheidende **Vorteile einer Konzernstruktur** werden genannt:

- bessere Patientensteuerung,
- bessere IT-Qualität
- mehr Investitionsmöglichkeiten
- Spezialisierung, nicht jedes Haus in einer Region muss mit Blick auf die Daseinsvorsorge alles vorhalten
- ambulante Versorgung mitdenken, MVZ an Krankenhäuser

Mit Blick auf eine bundesweite Struktur werden vor allem Skaleneffekte genannt, die auch zu niedrigeren Kosten führen könnten. Als Vorbild dienen die privaten Konzerne. Dabei stößt eine Privatisierungsstrategie, die in den kommenden Jahren möglicherweise die Alternative zum Konzept einer stärkeren Konzernbildung bildet, eher auf Skepsis. Auch private Häuser hätten zunehmend Probleme, wird eingewandt. Der Turnaround eines defizitären Hauses gelinge nicht immer. Oft liege das Hauptmotiv für einen Klinikkauf (z.B. durch Private-Equity-Firmen) darin, rechtliche Barrieren bei der Gründung von MVZ zu beseitigen.

<sup>268</sup> [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_detail?sg=0&menu=0&bes\\_id=6784&anw\\_nr=2&aufgehoben=N&det\\_id=472900](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_detail?sg=0&menu=0&bes_id=6784&anw_nr=2&aufgehoben=N&det_id=472900)



Öffentlich-rechtliche Häuser werden mit Blick auf die Daseinsvorsorge als wichtig angesehen, ein Bekenntnis zur Trägervielfalt. Ein Experte ergänzt, dass dabei weniger entscheidend sei, welche Rechtsform jeweils gewählt werde, als Professionalität in den Aufsichts- und Beratergremien.

Zusammenfassend lassen sich folgende Punkte als Schlussfolgerung aus den Interviews mit juristischen Experten ziehen:

- ➔ *ein kommunaler Krankenhauskonzern ist erstrebenswert,*
- ➔ *das Einzelkrankenhaus hat kaum eine Zukunft,*
- ➔ *regionale Versorgungskonzepte sind nötig, ggf. in regionalen Konzernstrukturen,*
- ➔ *die Idee eines überregionalen, vielleicht sogar bundesweiten kommunalen Krankenhauskonzerns nach dem Vorbild von Agaplesion im konfessionellen Bereich stößt auf großes Interesse, hat allerdings einige rechtliche und vermutlich große politische Hindernisse zu überwinden,*
- ➔ *die Politik sollte Einfluss- und Kontrollrechte auf Unternehmen der Daseinsvorsorge wie die Krankenhäuser ausüben, allerdings sollte das Management dieser Organisationen eigenständig unternehmerisch handeln können und weitgehend weisungsungebunden agieren können, weshalb der Rechtsform der (g)AG Sympathie entgegengebracht wird, aber auch der AÖR, wenngleich die (g)GmbH möglicherweise die praktikablere Alternative ist.*





## 14 | EXKURS: GRÖSSE UND STEUERBARKEIT AM BEISPIEL DER CLEVELAND CLINIC

In der Debatte auch mit den Experten im Rahmen der Interviews wurde immer wieder infrage gestellt, ob ein überregionaler Konzern von Maximalversorgern sinnvoll sei, ob sich so ein Konzern steuern lässt. Um diese Frage anzugehen, wird ein großer internationaler Konzern als Referenz herangezogen, den einer der Studienautoren im Rahmen einer journalistischen Recherche im Oktober 2019 besuchen konnte.

Die Cleveland Clinic rangierte damals auf Rang zwei des „Becker’s Hospital Review“-Rankings.<sup>269</sup> Im jüngsten „Newsweek“-Ranking der weltweit besten Krankenhäuser 2020 erreicht die Cleveland Clinic ebenfalls Rang zwei.<sup>270</sup> Die Zahl der Betten am Standort in Cleveland, Ohio, wird dort mit 1.285 angegeben. Weltweit weist der US-Klinikonzern 6.500 Betten aus, 70.800 Mitarbeiter, darunter 4.660 Ärzte und Forscher und 18.500 Pflegefachpersonen (registered nurses) sowie 8,7 Millionen ambulante Patienten und 273.000 stationäre. Neben dem Haupt-Campus in Cleveland betreibt das Unternehmen Krankenhäuser in den US-Bundesstaaten Florida und Nevada (Las Vegas). Auslandsstandorte finden sich in Toronto, Abu Dhabi und London.<sup>271</sup> Der operative Umsatz 2019 betrug laut Firmenangaben 10,6 Milliarden Euro, der operative Gewinn 390 Millionen Euro.<sup>272</sup>

Dabei arbeitet die Cleveland Clinic nicht profitorientiert, sondern als Non-Profit-Organisation, die im Besitz von Ärzten ist.<sup>273</sup> Dies zeigt sich auch an der Ausrichtung, die der Präsident des Cleveland Main Campus, Prof. Dr. Ed Sabanegh, mit den Worten skizziert: „Jede Führungsrunde hier beginnt mit den Themen Qualität, Sicherheit und Patientenerfahrung. Sie beginnt nicht mit Finanzfragen.“<sup>274</sup>

Der überregionale und weltweite Erfolg der Cleveland Clinic mit einer Gesamtbettenzahl, die rund doppelt so groß ist wie jene der Charité, zeigt, dass die Vermutung, dass Krankenhauskonzerne, die sich als Maximalversorger aufstellen, ab einer bestimmten Größe nicht mehr steuerbar sind, kaum zutrifft. Dies scheint zumindest unter der Voraussetzung nicht zu gelten, dass sich ohne politischen Einfluss auf die Versorgung von Patienten fokussiert werden kann. Bezogen auf die Bettenzahl ist die Cleveland Clinic vergleichbar mit Agaplesion. Aber auch der private Helios-Konzern betreibt nach eigene Angaben Maximalversorger mit 1.500 Betten.<sup>275</sup> In Verbindung mit der ebenfalls zum Fresenius-Konzern gehörenden spanisch-lateinamerikanischen Klinikette Quirónsalud zeigt sich auch hier, dass größere grenzüberschreitende Krankenhauskonzerne wirtschaftlich erfolgreich sein können.

Die Cleveland Clinic wiederum demonstriert, dass dies auch im gemeinnützigen Setting mit starker kommunaler Verankerung möglich ist. Sie will dabei vor allem attraktiv für Fachpersonal sein, wie die Chief Nursing Officer Dr. Kelly Hancock im TL-Interview 2020 ausführte: „Wenn ich neue Mitarbeiter in der Pflege begrüße, dann sage ich immer, Sie können Ihre gesamte Karriere an der Cleveland Clinic verbringen und dabei sehr viele unterschiedliche Aufgaben übernehmen. Das bieten nicht viele Organisationen.“<sup>276</sup> Neben verschiedenen Spezialisierungsmöglichkeiten – zum Beispiel Kardiologie, Patientenberatung, Management, (pflege-)wissenschaftliche Forschung – gebe es Möglichkeiten, Auslandserfahrung in Toronto, London oder Abu Dhabi zu sammeln. Dabei solle an allen Standorten dasselbe „hohe Niveau“ in puncto Arbeitsbedingungen und Qualität in der Pflege gelten. Dies treffe auch auf Fragen der Digitalisierung zu. Die Cleveland Clinic arbeitet zum Beispiel am Thema Predictive Modelling, um Erkrankungen von Patienten frühzeitig zu erkennen und zu intervenieren. Dafür werden Software- und Data-Science-Experten benötigt. Auch diese Herausforderung scheint die Cleveland Clinic zu meistern, wie Sabanegh ausführte: „Wir haben hier ein sehr großes IT-Department, gelten als guter Arbeitgeber. Wir haben keine Probleme, gute Fachkräfte zu gewinnen.“<sup>277</sup>

<sup>269</sup> Vgl. Balling, S.: Raum für Erlebnisse, in: Transformation Leader 01/20, S. 28-39, S. 30

<sup>270</sup> Vgl. <https://www.newsweek.com/best-hospitals-2020>

<sup>271</sup> Vgl. <https://newsroom.clevelandclinic.org/facts-figures/about-cleveland-clinic/>

<sup>272</sup> Vgl. <https://www.modernhealthcare.com/finance/cleveland-clinic-rebounds-2019-financials>

<sup>273</sup> Vgl. <https://newsroom.clevelandclinic.org/facts-figures/about-cleveland-clinic/>

<sup>274</sup> Vgl. Balling, S.: Raum für Erlebnisse, in: Transformation Leader 01/20, S. 28-39, S. 31

<sup>275</sup> Vgl. <https://www.fresenius.de/krankenhaeuser>

<sup>276</sup> Vgl. Balling, S.: Raum für Erlebnisse, in: Transformation Leader 01/20, S. 28-39, S. 35

<sup>277</sup> Vgl. Balling, S.: Raum für Erlebnisse, in: Transformation Leader 01/20, S. 28-39, S. 39



## 15 | (ÖFFENTLICHE) VERBÜNDE UND VERBÄNDE

In der Politik sowie in der Krankenhausszene scheint sich die Erkenntnis zumindest teilweise durchzusetzen, dass Verbünde Vorteile haben. In den Kapiteln 7 und 8 dieser Studie wurde bereits auf die Kreuznacher Diakonie eingegangen. Auf dieses und auf einige weitere Beispiele soll im Folgenden nochmals Bezug genommen werden. Dabei erfolgt eine Auswahl verschiedener Verbundformen.

### 15.1. ZUG Zukunft Gesundheitsnetzwerke Rheinland-Pfalz

In einer Pressemitteilung der Staatskanzlei Rheinland-Pfalz vom 26. Februar 2021 gab die Landesregierung bekannt, dass das Projekt „ZUG Zukunft Gesundheitsnetzwerke Rheinland-Pfalz“ in die Umsetzung gehe und sich die Krankenhausstandorte Saarburg und Kirn zu „modernen Gesundheitsnetzwerken“ entwickeln sollten. Dabei sollen Gestaltungsoptionen in den Modellregionen erprobt werden. Diese sollen die Chancen und Herausforderungen adressieren, vor denen das Gesundheitswesen derzeit stehe:

- Medizinischer Fortschritt und Digitalisierung
- Zentralisierung von Spitzenmedizin an Universitätskliniken und bei Maximalversorgern, höhere Qualität medizinischer Behandlungen bei größerer Routine/Menge
- Zunehmende Probleme bei der Nachbesetzung ambulanter Arztsitze im ländlichen Raum
- Wirtschaftliche Schwierigkeiten für kleine Krankenhäuser

Dazu sollen gemeinsam mit den Krankenkassen die beiden genannten Standorte zu sektorenübergreifenden Gesundheitscampus entwickelt werden, die dann Kern von regionalen Netzwerken mit Partnerkrankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung, niedergelassenen Ärzten und anderen Akteuren des Gesundheitssystems werden.

Für das Modellprojekt Saarburg ist bis 2026 ein Neubau geplant mit einem Koordinierungs- und Beratungszentrum zur Steuerung chronisch kranker Patienten. Das Kreiskrankenhaus Saarburg soll die Fachgebiete Innere Medizin inkl. Geriatrie, Chirurgie und Psychiatrie erhalten. Geplant ist ferner u. a. eine gemeinsame Personalgestellung sowie Zusammenarbeit beim Wissenstransfer (Aus-, Fort- und Weiterbildung) mit dem Mutterhaus Trier und den Barmherzigen Brüdern Trier. Auf dem Campus soll ebenfalls ein Zentrum für die haus- und fachärztliche Versorgung entstehen. Dieses soll zusammen mit den Ambulanzen in Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten die haus- und fachärztliche Versorgung übernehmen. Auch eine Kurzzeitpflege und ein Seniorenzentrum sowie eine Pflegeschule sollen Teil des Campus werden. Das Prinzip soll in ähnlicher Weise am Standort Kirn umgesetzt werden.

### 15.2. Gesundheit Nordhessen

Die Gesundheit Nordhessen AG (GNH) wurde in einem der Experteninterviews ebenfalls als Vorbild für einen regionalen Krankenhauskonzern genannt. Den Kern dieses Klinikkonzerns bildet der Maximalversorger Klinikum Kassel. Dazu kommen für das Umland das Krankenhaus Bad Arolsen sowie ambulante Einrichtungen. Zur GNH gehören das Zentrum für medizinische Versorgung (ZMB), die Reha Zentren am Klinikum Kassel und in Kassel-Wilhelmshöhe, die Kassel School of Medicine (KSM) sowie die Servicegesellschaft ökomed. Insgesamt beschäftigt der Konzern nach eigenen Angaben 4.500 Mitarbeiter.<sup>278</sup>

Allerdings ist die GNH in Bezug auf ihre Standorte 2020 geschrumpft, die Kliniken in Wolfhagen und Hofgeismar wurde überführt in das Eigentum des Landkreises Kassel, der selbst an der GNH beteiligt ist. Die GNH wollte die Versorgung am Standort Bad Arolsen zentralisieren. Stand Mitte September gibt es Überlegungen, ob die Agaplesion gAG die Führung der derzeitigen Landkreis-Krankenhäuser übernimmt. Inwieweit die GNH nach den Veränderungen weiterhin als Vorzeigeprojekt für die Konzernbildung im kommunalen Sektor gelten kann, wird die Zu-

<sup>278</sup> Vgl. <https://www.gesundheit-nordhessen.de/unternehmen/>



kunft zeigen. Vielleicht bestätigt sich hier aber, dass der Übergang von Landkrankenhäusern zu einem überregionalen Konzern vielleicht mitunter die bessere Option darstellt.

### 15.3. Stiftung Hessischer Krankenhäuser

Im Jahr 2013 gab es in Hessen die Idee zur Schaffung eines kommunalen Krankenhauskonzerns. „Unsere Idee eines Klinikkonzerns ist mittelfristig für die kommunalen Kliniken der einzig gangbare Weg als Alternative zur Privatisierung“, sagte damals Jochen Metzner, Referatsleiter Krankenhausversorgung im Hessischen Sozialministerium.<sup>279</sup> „Gemeinsam hätten die Kliniken mehr Gewicht. Im Verbund werden Synergien erzeugt und die Kliniken können wirtschaftlich erfolgreicher arbeiten“, argumentierte Metzner damals.

Die am Konzept beteiligten Anwälte der Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH argumentierten bereits damals mit „erzielbaren Synergien insbesondere in den „Tertiärbereichen“ – also den nicht-medizinischen Bereichen wie beispielsweise Einkauf, Verwaltung, EDV etc.<sup>280</sup> Diese Vorteile seien umso größer, desto umfassender der Verbund sei.

Das Modell damals: Die teilnehmenden Kommunen bringen die Geschäftsanteile an „ihrem“ Krankenhaus mehrheitlich über eine Stiftung in eine Management-Holding GmbH ein, beispielsweise zu 94 Prozent, sodass ein „Zwergenanteil“ bei der Kommune verbleibt, der dieser bestimmte Rechte gewährt. So lasse sich beispielsweise verhindern, dass die Management-Holding GmbH ihre Anteile an der Krankenhausgesellschaft an einen Dritten verkaufe, erläuterten die Anwälte damals. Der Holding wäre in dem Modell die Aufgabe zugefallen, medizinische und wirtschaftliche Konzepte sowie die Personalkonzepte für die einzelnen Krankenhäuser zu entwickeln, diese zu optimieren und zu harmonisieren. Doppelvorhaltungen sollten reduziert werden, Raum für medizinische Schwerpunktbildung entstehen. Die operative Steuerung des Tagesgeschäfts wäre weiterhin dezentral erfolgt.<sup>281</sup>

Vor Start der neuen Struktur hätten die Alteigentümer, also die Kommunen, für eine Entschuldung der Krankenhäuser sorgen müssen, wobei im Konzept der Anwälte vorgesehen war, dass die Holding hier in gewissem Umfang geholfen hätte. Rechtlich hätten die Kommunen einen Zweckverband bilden sollen, dem der Sicherstellungsauftrag obgelegen hätte, um die einzelnen Gemeinden, Kreise und Städte davon zu befreien. Der Zweckverband wäre dem Vorschlag zufolge ebenfalls als Minderheitsmitglied an der Holding GmbH beteiligt gewesen, neben der genannten Stiftung. Die Stiftung sollte garantieren, dass die eingebrachten Vermögen dauerhaft allein für Zwecke des Sicherstellungsauftrags genutzt werden, insbesondere einer wohnortnahen medizinischen Versorgung. Sie sollte dabei frei von politischen Erwägungen agieren.<sup>282</sup>

Das ambitionierte Projekt des Zusammenschlusses der kommunalen Krankenhäuser in Hessen ist letztlich nie abgeschlossen worden. Heute gibt es den Klinikverbund Hessen, einen eingetragenen Verein. Dieser fungiert allerdings vor allem als Interessenvertretung öffentlicher Krankenhäuser in Hessen.<sup>283</sup>

### 15.4. Klinik Kompetenz Bayern

Vergleichbar mit dem Klinikverbund Hessen dürfte die Klinik Kompetenz Bayern eG (KKB) sein. Deren Ziel ist allerdings zuvorderst die Unterstützung von Kommunen, „ihrer Verpflichtung

<sup>279</sup> Vgl. TK Spezial. Informationsdienst der Techniker Krankenkasse Nr. 1: Viele kommunale Kliniken im „roten Bereich“ / Februar 2013, S. 1

<sup>280</sup> Köhler, T., Strohe, C. (Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH): „Einer für alle – alle für einen!“ – Konzept für den Erhalt öffentlicher Klinikträgerschaften in Hessen, in: TK Spezial. Informationsdienst der Techniker Krankenkasse Nr. 1 / Februar 2013, S. 3

<sup>281</sup> Vgl. Köhler, T., Strohe, C. (Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH): „Einer für alle – alle für einen!“ – Konzept für den Erhalt öffentlicher Klinikträgerschaften in Hessen, in: TK Spezial. Informationsdienst der Techniker Krankenkasse Nr. 1 / Februar 2013, S. 3

<sup>282</sup> Vgl. Köhler, T., Strohe, C. (Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH): „Einer für alle – alle für einen!“ – Konzept für den Erhalt öffentlicher Klinikträgerschaften in Hessen, in: TK Spezial. Informationsdienst der Techniker Krankenkasse Nr. 1 / Februar 2013, S. 3

<sup>283</sup> Vgl. <https://www.klinikverbund-hessen.de/verein.html>

nachzukommen und die medizinische Versorgung vorzuhalten“.<sup>284</sup> Neben politischen Forderungen nach dem Erhalt kommunaler Krankenhäuser will die KKB Entscheidungsträger in den Kliniken unterstützen, wobei folgende Leistungen im Zentrum stehen:

- Bereitstellung von Daten, Informationen und Benchmarks
- Beratung und Unterstützung einzelner Häuser und Klinikleitungen in konkreten Fragen
- Arbeits- und Projektgruppen zu aktuellen Themen
- Kollegialer Erfahrungsaustausch für Klinikvorstände

Zu dem Netzwerk gehören 31 Träger mit 62 Kliniken und 11.994 Betten.<sup>285</sup>

### 15.5. Clinotel

Ähnlich wie die KKB geht der Clinotel-Verbund vor. Die Clinotel gGmbH arbeitet nach den Prinzipien Gestalten, Messen, Intervenieren und Verbessern.<sup>286</sup> Zu Clinotel gehören 64 Mitgliedshäuser mit einem Budget von 4,9 Milliarden Euro, 70.000 Mitarbeitern und 30.000 Betten.<sup>287</sup> Laut Geschäftsführer Udo Beck liegt die Größe der Häuser in dem Verbund zwischen 80 und 1.300 Betten. Als Kernfunktionen des Verbunds nennt er Wissenstransfer, Benchmarking, zentrale Dienstleistungen, Personal- und Finanzkennzahlen und Qualitätskennzahlen. Er vergleicht das mit privaten Konzernen.<sup>288</sup>

### 15.6. Allianz kommunaler Großkrankenhäuser (AKG)

Stärker als politische Lobbyvertretung zu verstehen ist die Allianz kommunaler Großkrankenhäuser e. V. (AKG). In ihr sind nach eigenen Angaben mehr als 20 große kommunale Krankenhäuser aus ganz Deutschland zusammengeschlossen. Aufgabe der AKG ist der „kollegiale Austausch“ und insbesondere, als relevante Stimme in der gesundheitspolitischen Diskussion wahrgenommen zu werden, mit dem Ziel, eines gesamtgesellschaftlich getragenen und politisch gesteuerten Strukturwandels in der Krankenhausversorgung. Als ihren Zweck bezeichnet die AKG es, „sich untereinander auszutauschen, Leistungen und Kennzahlen intern zu vergleichen (Benchmark), verbunden mit dem Ziel, die Leistung kommunaler Großkrankenhäuser stetig zu verbessern“.<sup>289</sup>

### 15.7. Zwischenfazit Verbünde und Verbände

Die aufgeführten Beispiele zeigen, dass die Grundidee des Zusammenschlusses von Krankenhäusern durchaus zahlreiche Befürworter hat. Neben Konzernlösungen setzen deutsche Kliniken aber noch immer stark auf eher lose Verbünde. Wie in Kapitel 10 auf Basis des Literaturüberblicks aufgezeigt wurde, hat dies aber noch nicht dazu geführt, dass Einzelkrankenhäuser wirtschaftlich zu solchen in Konzernen aufholen. Auch mit Blick auf die medizinische Versorgung steht zumindest der Verdacht im Raum, dass einige dieser Krankenhäuser angesichts der in Kapitel 10 geschilderten vielfachen Ausstattungsmängel deutscher Kliniken ebenfalls Qualitätsmängel aufweisen dürften. Zugleich tritt insbesondere anhand des Beispiels der Cleveland Clinic zutage, wie erfolgreich gemeinnützige Maximalversorger überregional bzw. sogar international im Konzern agieren können.

<sup>284</sup> Vgl. <https://www.klinik-kompetenz-bayern.de>

<sup>285</sup> Vgl. <https://www.klinik-kompetenz-bayern.de>

<sup>286</sup> Vgl. <https://www.clinotel.de/der-verbund.html>

<sup>287</sup> Vgl. <https://www.clinotel.de/der-verbund.html>

<sup>288</sup> Vgl. <https://www.youtube.com/watch?v=kf4VxOQicqs&t=3s>

<sup>289</sup> Vgl. <https://www.akg-kliniken.de/die-akg/ueber-uns/>



## 16 | FAZIT UND EMPFEHLUNG

Die vorliegende Analyse kommt zu einem klaren Ergebnis:

**Kommunen sollten für ihre Krankenhäuser, soweit noch nicht geschehen, Konzernlösungen finden und ihre Kliniken in gesellschaftsrechtlichen Verbänden organisieren. Das Einzelkrankenhaus hat keine Zukunft, weder unter dem Gesichtspunkt einer guten, qualitativ hochwertigen Patientenversorgung noch unter wirtschaftlichen Aspekten.** Allenfalls Maximalversorger können künftig allein existieren, die sie tragenden Kommunen müssen dann aber womöglich bereit sein, Verluste zu tragen, gegebenenfalls dauerhaft.

Die Alternative zu einem gesellschaftsrechtlichen Zusammenschluss besteht wahrscheinlich in der Privatisierung und Schließung von Krankenhäusern. Das sind die Kernergebnisse dieser Studie. Sie ergeben sich erstens vor dem Hintergrund der allgemeinen Trends in der Medizin: Spezialisierung, Ambulantisierung und Digitalisierung. Zweitens zeigen sie sich vor dem Hintergrund empirischer Befunde auf Basis eines Literaturüberblicks, der einerseits eine teilweise qualitativ inadäquate Behandlung von Patienten in Deutschland aufgrund von Mängeln in der Ausstattung von Krankenhäusern darlegt, andererseits aber auch erheblich bessere wirtschaftliche Outcomes bei Konzernverbänden. Drittens bestätigen die Experteninterviews in dieser Arbeit den Befund auf Basis des Literaturüberblicks und nennen konkrete Gründe, die für eine Konzernbildung sprechen:

- ➔ Wissens- und Know-how-Transfer
- ➔ Investitionssteuerung, insbesondere vor dem Hintergrund unzureichender Fördermittel der Bundesländer
- ➔ Liquiditätsmanagement und Cash-Pool zur Überbrückung von wirtschaftlichen Schwierigkeiten in einzelnen (Mitglieds-)Krankenhäusern
- ➔ Internes Consulting
- ➔ Zentrale IT-Dienstleistung mit Spezialisierung
- ➔ Zentraler Einkauf und zentrales Lager (insbesondere in Pandemie-Zeiten)
- ➔ Employer Branding und zentrales Personalmanagement
- ➔ Job Rotation und an Lebensphasen angepasste Perspektiven im Konzern, mehr Flexibilität beim Personaleinsatz
- ➔ Standardisierung von Prozessen, Soft- und Hardware

Viele dieser Faktoren scheinen zunächst auch ohne gesellschaftsrechtliche Zusammenschlüsse möglich zu sein, etwa in Verbänden wie Clinotel. Allerdings zeigt sich in der Empirie dann doch, dass Konzerne mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit bessere Ergebnisse als Einzelkrankenhäuser erzielen. Die Vorteile von Konzernlösungen scheinen losere Verbände nicht zu bieten.

Auf den ersten Blick mag die einfache Lösung darin liegen, dass verlustschreibende kommunale Kliniken mit Potenzial in private Verbände überführt werden. Allerdings hat die Analyse in Kapitel 5 gezeigt, dass Privatisierungen im Gesundheitswesen, insbesondere von Krankenhäusern, ein zweiseitiges Schwert sind. Auf der einen Seite schaffen es die privaten Klinikbetreiber augenscheinlich sehr gut, mithilfe moderner Managementmethoden Krankenhäuser wirtschaftlich zu betreiben, indem sie beispielsweise effektive und effiziente Prozesse in ihren Konzernen verankern. Auf der anderen Seite besteht aber die Gefahr, dass eine zu starke Orientierung am Shareholder-Value, dem insbesondere börsennotierte Krankenhäuser unterliegen, zu unter Versorgungsgesichtspunkten oftmals kaum wünschenswerten Effekten führt, da Fragen der Ertragsfähigkeit von Stationen möglicherweise im Widerspruch stehen zum Versorgungsbedarf. Mithilfe der (neuen) Institutionenökonomik lässt sich aufzeigen, dass das Gesundheitswesen von allen denkbaren Formen des Marktversagens betroffen ist und deshalb rein private Lösungen durchaus skeptisch zu beurteilen sind. Dies wurde in Kapitel 5 am Beispiel der pädiatrischen Versorgung dargestellt.

Der Vorschlag, Krankenhausstandorte in Deutschland in großem Umfang (weiter) abzubauen und sich auf wenige Großkrankenhäuser zu fokussieren (Vorbild Dänemark), ist hierzulande mit politischen Risiken verbunden, aber auch mit möglichen Problemen in der Versorgung. Fraglich ist beispielsweise, ob sich das vorhandene Pflegepersonal einfach an große Standorte verlagern lässt. Die Attraktivität von kleinen und mittelgroßen Kliniken – durchaus als Teil von Konzernen – für viele Mitarbeiter ginge jedenfalls verloren. Des Weiteren gelingt die Zu-

sammenlegung von Krankenhausstandorten nicht immer. In den Experteninterviews wurde deutlich, dass kulturelle Unterschiede entscheidend sein können und wesentliche Faktoren, infolge derer Zusammenlegungen scheitern. Dazu kommt, dass eine Versorgungsplanung am grünen Tisch auf Grundlage von „Google-Fahrtzeiten“ lokale und regionale Gegebenheiten vernachlässigt und gegebenenfalls vor Ort zu Unmut in der Bevölkerung führt, was sich letzten Endes auch in Wahlerfolgen für (rechts-)populistische Parteien zeigen kann.

Viele Experten – auch in den für diese Studie geäußerten Interviews – empfehlen deshalb, zu regionalen Versorgungsmodellen zu kommen, die sektoren- und SGB-übergreifend aufgesetzt sind. Dies scheint ein grundsätzlich sinnvoller Ansatz zu sein. Oftmals wird dabei an ein Modell gedacht mit einem Maximalversorger – meist kommunal – im Zentrum. An dieses werden kleinere Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) angegliedert, denkbar ist eine enge gesellschaftsrechtliche Verzahnung zum Beispiel als GmbH.

Hierbei können allerdings kulturelle Unterschiede zwischen Land und Stadt auftreten oder eine zu starke Dominanz des Maximalversorgers. Grundsätzlich scheint eine regionale Vernetzung selbstverständlich sinnvoll zu sein, ggf. auch in einer regionalen Konzernstruktur.

Doch kommunale Träger sollten gleichfalls über überregionale Zusammenschlüsse nachdenken. Die beschriebenen Vorteile von Konzernen können vielleicht sogar besser zum Tragen kommen, wenn es eine überregionale Vernetzung gibt. Beispielsweise scheint der Wissenstransfer – etwa auch im Bereich des Personalmanagements (z. B. Personalrecruiting) – dann einfacher zu sein, wenn zwischen den beteiligten Krankenhäusern keine Konkurrenzsituation besteht.

Des Weiteren erlaubt eine überregionale Zusammenarbeit von kommunalen Kliniken Trägervielfalt vor Ort. Die Möglichkeiten zur Wahl von Partnern sind entsprechend größer. Diese Studie empfiehlt also nachdrücklich, insbesondere für alleinstehende Land- und Kreiskrankenhäuser, eine überregionale Konzernbildung zu prüfen.

Dies gilt auch für Maximalversorger, wenngleich hier bei den befragten Experten eine sehr große Skepsis vorherrscht. Eingewandt wird zum einen, dass aufgrund der Größe dieser Häuser bereits eine Reihe von Faktoren erfüllt seien, die auch Konzerne aufweisen, etwa Spezialisierungsmöglichkeiten und Skaleneffekte aufgrund von Leistungsmengen mit Blick auf medizinische Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dem gegenüber steht die Gefahr, dass zu große Einheiten schwer steuerbar sind.

Dieses Risiko scheint aber in gewisser Weise überschätzt zu werden, wie das Beispiel der Cleveland Clinic zeigt, die allein gemessen an der Bettenzahl weltweit doppelt so groß ist wie die Charité, und trotzdem als gemeinnütziger Konzern erfolgreich agiert, mit Blick auf Innovation, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Voraussetzung für den Erfolg einer solchen Organisation ist wahrscheinlich eine klare Governance. In den Experteninterviews kam dabei auch zur Sprache, dass eine schuldrechtliche Kooperation ein erster Schritt sein könne, um beispielsweise die beschriebenen Shared Services aufzubauen. Dies sollte für kommunale Krankenhäuser jeder Größe erwogen werden mit der (späteren) Option der gesellschaftsrechtlichen Fusion und den damit verbundenen Governance-Vorteilen.

Diese – das haben die Experteninterviews gezeigt – findet sich vor allem in der Rechtsform der (gemeinnützigen) Aktiengesellschaft (gAG). Zwar agieren gemeinwohlorientierte Krankenhauskonzerne wie die Alexianer oder die Berufsgenossenschaften in der Rechtsform der GmbH. Dies dürfte aber an einem vergleichsweise homogenen Interesse des Trägers/der Träger liegen.

Der Agaplesion-Konzern hat sich für die Rechtsform der gAG entschieden. Diese wäre auch kommunalen Krankenhäusern zu empfehlen, denn hier verbinden sich zwei Vorteile: unternehmerisch eigenverantwortliches Handeln mittels eines unabhängigen und nicht weisungsgebundenen Managements auf der einen Seite und klare Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten im Aufsichtsrat durch den/die (kommunalen) Träger. Der von einigen Experten im Rahmen der geführten Interviews genannte Vorteil der Flexibilität in der GmbH-Rechtsform erscheint den Studienautoren eher als Problem mit Blick auf den Wunsch nach Politikferne. Die Ausgestaltung eines kommunalen Konzerns als AG ist hier durchaus vorteilhaft.

Der Idee von Konzernlösungen für Krankenhäuser stehen große politische Hindernisse im Wege. Auf lokaler und regionaler Ebene müssen kommunalpolitische Verantwortungsträger bereit sein, im Interesse einer qualitativ guten Versorgung und wirtschaftlicher Tragfähigkeit, Steuerungskompetenzen abzugeben. Zugleich müsste der Gesetzgeber in einigen Bundesländern wie NRW mehr Freiraum bei der Rechtswahl für die Gesellschaftsform für Krankenhäuser gewähren, eben auch jener der (g)AG. Damit Bundesländer solche Konzernbildungen finanziell unterstützen können, ist Voraussetzung, den Kommunen die Möglichkeit zu geben, die Verantwortung für die Daseinsvorsorge mit den Ländern zu teilen. Gegebenenfalls wäre es sinnvoll, auch klare Regeln für eine Beteiligung des Bundes zu schaffen.

Auf Bundesebene wichtiger wäre es allerdings, Finanzierungsmöglichkeiten für eine sektorenunabhängige Versorgung entstehen zu lassen. Dies sollte in Absprache mit Krankenkassen, Bürgermeister, Landräten und Vertretern von kommunalen Großkliniken wie Kreiskrankenhäusern geschehen. Sinnvoll scheint es dafür, auf Bundesebene eine Vertretungsorganisation für Kreis- und Landkrankenhäuser analog der Allianz kommunaler Großkrankenhäuser zu bilden.

Unterm Strich ergeben sich also folgende Schlussfolgerungen aus dieser Studie für Kommunen:

- ➔ Für alleinstehende kleine und mittelgroße Krankenhäuser sollten Verbundlösungen gesucht werden
- ➔ Neben der regionalen Zusammenlegung von Konzernen sollte eine überregionale Konzernbildung erwogen werden
- ➔ Selbst für kommunale Maximalversorger kann eine überregionale Konzernbildung Sinn ergeben, wenngleich viele Experten dem skeptisch gegenüberstehen
- ➔ Kommunale Krankenhäuser können überregionale Synergieeffekte in ersten Schritten auch durch schuldrechtliche Kooperationen heben, die der Anfang späterer gesellschaftsrechtlicher Fusionen sein können, aber auch relativ leicht wieder auflösbar sind, wenn Kooperationen nicht funktionieren
- ➔ Die Politik sollte an einigen Stellen den politischen Rahmen anpassen, damit Konzernbildungen leichter möglich werden, zum Beispiel mit Blick auf die Rechtsform der gAG in einigen Bundesländern
- ➔ Wünschenswert ist rechtliche Klarheit, inwieweit Aufsichtsratsmitglieder in Krankenhäusern kommunaler Träger den kommunalen Gremien gegenüber weisungsgebunden und mit Blick auf Unternehmensinterna auskunftspflichtig sind, wobei die Studienautoren für eine kommunalrechtlich abgesicherte weitgehende Weisungsungebundenheit plädieren
- ➔ Prüfen sollte die Politik ferner, welche rechtlichen Möglichkeiten es gibt, damit Bund und Länder den Zusammenschluss von kommunalen Krankenhäusern zu einem Konzern als Eigenkapitalgeber unterstützen und so gezielt zugleich die Umwidmung von Krankenhausstandorten fördern können, wo dies aus Sicht von medizinischer und pflegerischer Leitung sowie des kaufmännischen Managements sinnvoll erscheint
- ➔ Die Rechtsform der gemeinnützigen Aktiengesellschaft zeichnet sich mit Blick auf Politikferne als der beste Weg ab, um das Ziel zu erreichen, einen öffentlich-rechtlichen an Gemeinwohl, medizinischem Bedarf und medizinischer Qualität sowie Wirtschaftlichkeit orientierten Krankenhauskonzerns zu etablieren.

## Monografien:

- Augurzky, B. et al.: Krankenhaus Rating Report 2020. Ende einer Ära. Aufbruch ins neue Jahrzehnt, Heidelberg: 2020
- Balling, S. (Diss): Sozialphilosophie und Geldpolitik bei Friedrich August von Hayek, Walter Eucken, Joseph Alois Schumpeter, Milton Friedman und John Maynard Keynes, Stuttgart: 2013
- Dresing, T., Pehl, T.: Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende, 6. Auflage, Marburg: 2015
- Erlei, M., Leschke, M., Sauerland, D.: Neue Institutionenökonomik, 2. Auflage, Stuttgart: 2007
- Eucken, W.: Grundsätze der Wirtschaftspolitik, 7. Auflage, Tübingen: 2004
- Göbel, E.: Neue Institutionenökonomik. Konzeption und betriebswirtschaftliche Anwendungen, Stuttgart: 2002
- Hennink, M.: Qualitative Research Methods, 2. Auflage, London/Thousand Oaks/New Delhi/Singapur: 2020
- Horn, K.: Die Soziale Marktwirtschaft. Alles, was Sie über den Neoliberalismus wissen müssen, Frankfurt am Main: 2010
- Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung, 6. Auflage, Weinheim und Basel: 2016
- Schwarz, G. (Diss): Public Shared Service Centers. A Theoretical and Empirical Analysis of US Public Sector Organizations, in: Jost, P.-J. (Hg.): Management, Organisation und ökonomische Analyse, Band 16, Wiesbaden: 2014, S. 62
- Smith, A.: Wohlstand der Nationen. Nach der Übersetzung von Max Stirner, Hg.: Schmidt, H., Köln: 2009
- Stiglitz, J.: Volkswirtschaftslehre (2. Auflage), München: 1999
- Varian, H.: Grundzüge der Mikroökonomik (5. Auflage), Oldenburg: 2001
- Voigt, S.: Institutionenökonomik (2. Auflage), Paderborn 2009

## Beiträge aus Sammelbänden:

- Kersten, J.: Die Entwicklung des Konzepts der Daseinsvorsorge im Werk von Ernst Forsthoff, in: DER STAAT 44 (2005), S. 543 - 569

## (Wissenschaftliche) Fachzeitschriften und Sammelbeiträge:

- Balling, S.: Bilanzgespräch. Optimale Betriebsgröße, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 09/2018, ab S. 834 (<https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/36143-optimale-betriebsgroesse>)
- Balling, S.: Chance für die Kommunen. Interview mit Erwin Rüdell, in: Transformation Leader (04/20), S. 6 – 8
- Balling, S.: Interview mit Melanie Huml: „Keine zentrale Kliniklandschaft“, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, Nr. 9/2018, S. 804-806
- Balling, S.: Interview mit Dr. Ulrich Maly. „Alle Chancen der Rationalisierung nutzen“, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, Nr. 1/2014 (<https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/16610-alle-chancen-der-rationalisierung-nutzen>)
- Balling, S.: Optimismus statt deutsche Apokalypse. Interview mit Daniel Dettling, in: Transformation Leader 04/20, S. 82-86
- Balling, S.: Raum für Erlebnisse, in: Transformation Leader 01/20, S. 28-39
- Berger, M., Graalman, J.: Walk this way. Ein kommunaler Krankenhauskonzern kann ein sinnvoller Weg sein, in: Transformation Leader 03/20. Moment der Wahrheit, S. 42-46
- Bonin, H.: Fachkräftemangel in der Gesamtperspektive, in Jacobs, K. et al. (Hg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Springer: 2020: S. 61-69
- Deges, S., Balling, S.: f&w-Bilanzgespräch Ausgabe 03/2017, Interview mit Irmtraud Gürkan: „Unser Einzugsgebiet ist letztlich international“, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, Melsungen: 2017, S. 246ff (<https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/31263-unser-einzugsgebiet-ist-letztlich-international>)
- Diermeier, M.: Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland, in: Z Politikwiss. 30 (2020), S. 539-568
- Forsthoff, E.: DR 5 (1935), S. 398, zitiert nach: Kersten, J.: Die Entwicklung des Konzepts der Daseinsvorsorge im Werk von Ernst Forsthoff, in: DER STAAT 44 (2005)
- f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus: Kartellamt genehmigt Fusion im Ruhrgebiet, 1/21
- Freier, R., Geißler, R.: Kommunale Finanzen in der Corona-Krise: Effekte und Reaktionen, in: Wirtschaftsdienst 100 (2020), S. 356-363
- GesundheitsWirtschaft 5/14: Liberales Drehbuch, S. 7
- Göbel, D.: Kliniken in Rheinland-Pfalz. Unter Artenschutz, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 91/21, S. 31-33, S. 31
- Gülker, H.: Diktatur der Fallzahlen. Auf einem Auge blind, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 09/15 (<https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/17901-auf-einem-auge-blind>)
- Hentschker, C., Mostert, C. et al.: Stationäre und intensivmedizinische Versorgungsstrukturen von Covid-19-Patienten bis Juli 2020, in: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, Online-Publikation, (Stationäre und intensivmedizinische Versorgungsstrukturen von Covid-19-Patienten bis Juli 2020, 26. Januar 2021)
- Kersten, J.: Die Entwicklung des Konzepts der Daseinsvorsorge im Werk von Ernst Forsthoff, in: DER STAAT 44 (2005), S. 543-569
- Lemke, T.: Klinikträger Sana. Den gordischen Knoten lösen, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 38f
- Mohrmann, M.: Aus Kassensicht. Die Kleinen sind nicht die Verlierer, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 34-36
- Reseck, L.: Im Schlingerkurs, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 91/21, S. 11-13

- Reseck, L.: Interview. „Der Hubschrauber fliegt auch nachts um drei.“, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 14-17
- Reseck, L.: Interview. Kein Problem mit Mindestmengen und Qualität, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, 1/21, S. 18f
- Reseck, L.: Schließung des MLK Zeven. Mit der Lücke leben, in: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 01/21, S. 20-22
- Rickardsson, J.: The urban-rural divide in radical right populist support: the role of resident's characteristics, urbanization trends and public service supply, in: The Annals of Regional Science 2021, published February 12, <https://doi.org/10.1007/s00168-021-01046-1>
- Schneider, U.: Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 71 (2002), 4, S. 447-458

## Fachbeiträge/Gutachten/Mitteilungen:

- Vgl. Augurzky, B., Busse, B., Gerlach, F., Meyer, G.: Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren (Barmer Institut für Gesundheitsforschung, Robert Bosch Stiftung, Bertelsmann Stiftung)
- Bertelsmann Stiftung: Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen. Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern. Chartbook, Gütersloh: 2006 ([https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP\\_Anreize\\_zur\\_Verhaltenssteuerung\\_im\\_Gesundheitswesen.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Anreize_zur_Verhaltenssteuerung_im_Gesundheitswesen.pdf))
- Bertelsmann Stiftung (Hg.), Loos, S. et al.: Zukunftsfähige Krankenhausversorgung: 2019
- Blum, K. et al. (DKI): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2019, Düsseldorf: 2019, S. 6 (<https://www.dki.de/sites/default/files/2020-12/Krankenhaus%20Barometer%202020%20-%20final.pdf>)
- Busse, R. et al.: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, in: Hacker, J. (Hg.): Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften. Diskussion Nr. 7, Berlin: 2016
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand Dezember 2019, S. 77 ([https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2\\_Themen/2.2\\_Finanzierung\\_und\\_Leistungskataloge/2.2.3\\_Investitionsfinanzierung/2.2.3.1\\_Investitionsfoerderung\\_der\\_Krankenhaeuser/2019\\_DKG\\_Bestandsaufnahme\\_KH-Planung\\_Investitionsfinanzierung.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.2_Finanzierung_und_Leistungskataloge/2.2.3_Investitionsfinanzierung/2.2.3.1_Investitionsfoerderung_der_Krankenhaeuser/2019_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung.pdf))
- DVKC et al. (2020): Controlling im deutschen Krankenhausesektor 2019/2020. Studienergebnisse zum aktuellen Stand und zu Entwicklungstendenzen des Controllings in deutschen Krankenhäusern. Digitalisierung im Controlling / Controlling in der Pflege
- G-BA (2018): Gestuftes System der Notfallstrukturen. Anforderungen (ohne Module) ([https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4894/2019-08-28\\_G-BA\\_Grafik\\_Notfallstrukturen\\_Hochformat\\_web.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4894/2019-08-28_G-BA_Grafik_Notfallstrukturen_Hochformat_web.pdf))
- G-BA: Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Thema Notfallstrukturen in Krankenhäusern (<https://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/notfallstrukturen-krankenhaeuser/#wie-viele-krankenhaeuser-bekommen-nach-der-neuen-regelunge-keine-zuschlage-und-auf-welcher-grundlage-basieren-die-zahlen>)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)
- GKV-SV (2021): Prognose der Krankenhäuser mit Basisnotfallstufe, erweiterter oder umfassender Notfallstufe (§ 136c Absatz 4 SGB V), S. 3 ([https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/Begleitinformationen\\_Prognose\\_der\\_Notfallstufen\\_Stand\\_16-03-2021.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/Begleitinformationen_Prognose_der_Notfallstufen_Stand_16-03-2021.pdf), Stand 16.03.2021)
- KfW-Research: WirtschaftsObserver online, No. 9, März 2006
- Köhler, T., Strohe, C. (Luther Rechtsanwalts-gesellschaft mbH): „Einer für alle – alle für einen!“ – Konzept für den Erhalt öffentlicher Klinikträgerschaften in Hessen, in: TK Spezial. Informationsdienst der Techniker Krankenkasse Nr. 1 / Februar 2013, S. 3 ([https://www.luther-lawfirm.com/uploads/tx\\_fwluther/2013.02\\_Einer\\_fuer\\_alle.pdf](https://www.luther-lawfirm.com/uploads/tx_fwluther/2013.02_Einer_fuer_alle.pdf))
- Monopolkommission: Auszug aus Hauptgutachten XVII (2006/2007). Kapitel V. Potenziale für mehr Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt, S. 311-333
- Osterloh, F.: Pädiatrie: Wege aus der Unterfinanzierung, in: Deutsches Ärzteblatt 9/2020 v. 28. Februar 2020, (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/212800/Paediatric-Wege-aus-der-Unterfinanzierung>)
- Paquet, R., Rösenberg, R.: Ausgangslage: im „Government“-Modus. Gesundheitspolitik im Superwahljahr 2021 (Teil1), in: Observer Gesundheit (<https://observer-gesundheit.de/ausgangslage-im-government-modus/>, 1. März 2021)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2019): Den Strukturwandel meistern. Jahresgutachten 2018/19 ([https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201819/JG2018-19\\_gesamt.pdf](https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201819/JG2018-19_gesamt.pdf))
- Schmid, A. et al.: Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassensärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Bayreuth: 2018
- Smith, R.: Global public goods and health, editorial, in: Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (7)
- Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV): Fokus: Sonderregeln im Zusammenhang mit dem Coronavirus ([https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/fokus/fokus\\_corona.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/fokus_corona.jsp))



#### Online-Medien und -Quellen:

- Bundesgesundheitsministerium (BMG): Krankenhausfinanzierung (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html>, letzter Zugriff: 9.4.2021)
- Bundeskartellamt: Gesundheitswirtschaft ([https://www.bundeskartellamt.de/DE/Wirtschaftsbereiche/Gesundheitswirtschaft/Gesundheitswirtschaft\\_node.html](https://www.bundeskartellamt.de/DE/Wirtschaftsbereiche/Gesundheitswirtschaft/Gesundheitswirtschaft_node.html), letzter Zugriff: 9.4.2021)
- Deutsches Ärzteblatt Onlineausgabe: Krankenhäuser verzeichnen im Januar Erlösrückgang (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/121363/Krankenhaeuser-verzeichnen-im-Januar-Erloesrueckgang>, 22. Februar 2021)
- Deutsches Ärzteblatt Onlineausgabe: Wirtschaftlicher Druck auf medizinische Entscheidungen ist gestiegen, (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116497/Wirtschaftlicher-Druck-auf-medizinische-Entscheidungen-ist-gestiegen>, 14. September 2020)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Bundesländer sind für Investitionsmittel verantwortlich (<https://www.dkgev.de/themen/finanzierung-leistungskataloge/investitionsfinanzierung/>, letzter Zugriff: 9.4.2021)
- Finkenzeller, K: Finanzen im Gesundheitssektor. Ein Schreckensszenario für Pflegekräfte und Patienten, in: Zeit Online (<https://www.zeit.de/wirtschaft/2021-01/finanzen-gesundheitssektor-krankenhaus-verguetung-corona>, 13. Januar 2021, 19:37)
- Galea, S.: Public Health as Public Good, Post auf der Website der Boston University School of Public Health (<https://www.bu.edu/sph/2016/01/10/public-health-as-a-public-good/>, 10. Januar 2016)
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus: Das Institut ([https://www.g-drg.de/Das\\_Institut](https://www.g-drg.de/Das_Institut), letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://newsroom.clevelandclinic.org/facts-figures/about-cleveland-clinic/>
- <https://newsroom.clevelandclinic.org/facts-figures/about-cleveland-clinic/>
- [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_detail?sg=0&menu=0&bes\\_id=6784&anw\\_nr=2&aufgehoben=N&det\\_id=472900](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_detail?sg=0&menu=0&bes_id=6784&anw_nr=2&aufgehoben=N&det_id=472900) (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.agaplesion.de/gesundheitskonzern/agaplesion/aktionaere> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.agaplesion.de/gesundheitskonzern/agaplesion/beteiligung> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.akg-kliniken.de/die-akg/ueber-uns/> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.alexianer.de/verbund/unternehmen-und-struktur> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.bg-kliniken.de/ueber-uns/das-unternehmen/organisation/gremien/> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.bg-kliniken.de/klinikum-hamburg/ueber-uns/bg-klinikum-hamburg/> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.clinotel.de/der-verbund.html> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.gesundheit-nordhessen.de/unternehmen/> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.klinikverbund-hessen.de/verein.html> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.klinik-kompetenz-bayern.de> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.modernhealthcare.com/finance/cleveland-clinic-rebounds-2019-financials> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.newsweek.com/best-hospitals-2020> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- [https://www.ukgm.de/ugm\\_2/deu/105.html](https://www.ukgm.de/ugm_2/deu/105.html) (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- <https://www.youtube.com/watch?v=kf4VxOQicqs&t=3s> (letzter Zugriff: 9.4.2021)
- OECD (2019), „Health expenditure by provider“, in Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing Paris, DOI: <https://doi.org/10.1787/bf63f5fd-en>
- Radio Essen: Sankt Vincenz Krankenhaus schließt nach fast 140 Jahren (<https://www.radioessen.de/artikel/essen-sankt-vincenz-krankenhaus-schliesst-nach-fast-140-jahren-823029.html>, 31.12.2020)
- Rürup, B: Der Chefökonom. Medizinische Versorgung: Überkapazitäten, Unwirtschaftlichkeit, Fehlplanung, in Handelsblatt: 21.06.2019 (<https://www.handelsblatt.com/politik/konjunktur/research-institute/der-chef-oekonom-medizinische-versorgung-ueberkapazitaeten-unwirtschaftlichkeit-fehlplanung/24474408.html?ticket=ST-9786850-rQwLeVvPcznWs2pkY60q-ap6>)

#### Informationen aus Vorträgen und Präsentationen:

- Stollmann, F.: Landeskrankenhausplanung, Digitalisierung und Strukturfonds (Vortrag mit Foliensatz), Folie 2, auf: 3.000.000.000 Euro aus dem Strukturfonds für Krankenhäuser, ZENO-Konferenz am 17. September 2020 in Bonn
- Zukunft Gesundheitsnetzwerke. Konzept für die Zukunftsentwicklung der stationären und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen in Rheinland-Pfalz – Key Facts –. Arbeitsstand Februar 2021 (Präsentation, S. 7f)

#### Weitere Daten:

- Destatis (2020): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, S. 7

## 18 | ANHANG

### Anhang 1: Interviewleitfaden Geschäftsführer und Vorstände

Interviewleitfaden für semileitfadengestütztes Experteninterviews mit Problemzentrierung zum Thema „Vernetzung, Verbund, Konzern – mögliche Strukturen aus gesellschaftsrechtlicher Sicht, Vor- und Nachteile“ im Rahmen der Konzeptstudie „*Ein kommunaler Krankenhauskonzern – eine wissenschaftliche Bewertung aus Sicht von Daseinsvorsorge, medizinischer Qualität und Wirtschaftlichkeit*“

#### Interviewleitfaden/Fragestellungen:

1. Skizzieren Sie bitte kurz Ihren beruflichen Werdegang. Seit wann arbeiten Sie in Konzern-Strukturen und welche Erfahrung haben Sie in der Führung von Einzelkrankenhäusern?
2. Beschreiben Sie bitte die Konzernstruktur Ihres Unternehmens aus Sicht der Managementpraxis und der gesellschaftsrechtlichen Struktur.
3. Was macht Ihre Organisation gesellschaftsrechtlich besonders?
4. Welche Vorteile hat Ihnen die Konzernstruktur in der COVID-19-Pandemie bisher gebracht?
5. Bitte erläutern Sie die gesellschaftsvertragliche Konstruktion bei Übernahmen neuer Häuser, insbesondere die Mehrheitsverhältnisse.
6. Wie ist die Governance organisiert, wie die „Machtverteilung“ zwischen Zentrale, also Konzernvorstand und Vorständen vor Ort?
  - a. Rechtlich
  - b. In der Praxis
7. Wie gestalten Sie die Konsolidierung in Ihrem Haus und wie erfolgt die Konsolidierung der einzelnen Häuser?
8. Können die Anteilseigner Ihres Konzerns ihre Anteile veräußern?
9. Sind auch neue Anteilseigner außerhalb des bisherigen Kreises denkbar? Wie steht es um private Investoren?
10. Wie unterscheidet sich die medizinische und pflegerische Versorgung in einem Konzern aus Ihrer Sicht im Vergleich zu Einzelkrankenhäusern ohne Verbundstruktur?
11. Was unterscheidet die Einführung und Einhaltung von ärztlichen und pflegerischen Qualitätsstandards in Konzernen von Einzelkrankenhäusern? Können Sie das ggf. an Beispielen veranschaulichen?
12. Welche Auswirkungen einer Konzernstruktur sehen Sie mit Blick auf das Personalmanagement?
13. Welche Auswirkungen sehen Sie mit Blick auf die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse:
  - a. Umsatz
  - b. Gewinn
  - c. Liquidität und
  - d. Finanzierungs- und Investitionsfähigkeit?
14. Welche betriebswirtschaftlichen Steuerungsmittel nutzen Sie, insbesondere mit Blick auf das Controlling?
15. Verfügen Sie über ein konzernweites Data Warehouse und falls ja, sammelt dieses Daten aller Häuser?
16. Welche Daten können Sie digital zu einzelnen Häusern abfragen?
17. Wie unterscheidet sich die Verankerung digitaler Prozesse und der Austausch von Daten in einer Konzernstruktur von einem Einzelkrankenhaus?
18. Welchen Unterschied im Digitalisierungsprozess sehen Sie bei eigenständigen Häusern?
19. Als Experte im Gesundheitswesen: Welche Zukunft sehen Sie für Einzelkrankenhäuser, die nicht Teil eines Konzerns sind?
20. Welche Erfahrungen mit dem Kartellrecht haben Sie bei Übernahmen bisher gemacht?
21. Welchem Einfluss unterliegen Ihre strategischen Entscheidungen mit Blick auf die Landespolitik?



22. Welchem Einfluss unterliegen Ihre strategischen Entscheidungen mit Blick auf die Kommunalpolitik vor Ort?
23. Die Medizin erlebt einen Trend in Richtung Ambulantisierung. Sehen Sie die Möglichkeit, Standorte in ambulante Gesundheitszentren umzuwandeln
  - a. Aus medizinischer und Versorgungssicht?
  - b. Aus politischer Sicht?
  - c. Aus rechtlicher Sicht?
  - d. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht?

## Anhang 2: Interviewleitfaden rechtliche Ausgestaltung

Experteninterview zur rechtlichen Ausgestaltung eines kommunalen Krankenhauskonzerns

### Interviewleitfaden/Fragestellungen:

1. Skizzieren Sie bitte kurz Ihren beruflichen Werdegang. Welche Erfahrungen haben Sie mit Blick auf Umwandlungen, Fusionen, Schließungen oder Privatisierungen von kommunalen Krankenhäusern?
2. Welche grundlegenden gesellschaftsrechtlichen Möglichkeiten gibt es im öffentlich-rechtlichen Bereich für Einrichtungen der Daseinsvorsorge?
3. Wie unterscheiden sich die gesellschaftsrechtlichen Möglichkeiten von Krankenhäusern im kommunalen Bereich von anderen Bereichen der Daseinsvorsorge?
4. Welche Rechtsform bietet sich an, wenn Kommunen eine Holding- oder Konzernstruktur für Einrichtungen wie Krankenhäuser bilden wollen?
5. Bitte nennen Sie die Vor- und Nachteile der folgenden Rechtsformen:
  - a. Gemeinnützige Aktiengesellschaft
  - b. Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
  - c. Eingetragene Genossenschaft
  - d. Anstalt des öffentlichen Rechts
  - e. Verein
  - f. Unterabteilung der Kämmerei
6. Gibt es die Möglichkeit, dass in eine solche Gesellschaft auch der Bund bzw. Bundesländer als Eigenkapitalinvestoren mit einsteigen?
7. Inwieweit wäre es möglich, dass in eine solche Gesellschaft freigemeinnützige Organisationen wie Kirchen mit einsteigen und Assets im Tausch gegen Eigenkapital mit einbringen?
8. Inwieweit wäre dies privaten Investoren möglich?
9. Wie lässt sich in einem solchen kommunalen Fusionsprozess der Wert der eingebrachten Assets abschätzen und bilanzieren?
10. Wie beurteilen Sie die jeweiligen Rechtsformen mit Blick auf die Wahl und Rolle des Aufsichtsrates:
  - a. Gemeinnützige Aktiengesellschaft
  - b. Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
  - c. Eingetragene Genossenschaft
  - d. Anstalt des öffentlichen Rechts
  - e. Verein
  - f. Unterabteilung der Kämmerei
11. Wie beurteilen Sie die jeweiligen Rechtsformen mit Blick auf die Wahl und Rolle des Vorstandes/der Geschäftsführung:
  - a. Gemeinnützige Aktiengesellschaft
  - b. Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
  - c. Eingetragene Genossenschaft
  - d. Anstalt des öffentlichen Rechts
  - e. Verein
  - f. Unterabteilung der Kämmerei

## 19 | IMPRESSUM

### Autoren

Dr. Stephan Balling, Prof. Dr. Björn Maier

### Mitarbeit

Elisabeth Mantouvalou (Grafische Gestaltung)

Helga Loser-Cammann (Korrektur)

Christina Konz (Transkription der Interviews)

### Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1: Anzahl Privater Krankenhäuser in Deutschland	11
Abbildung 2: Krankenhäuser nach Größe und Träger (Absolut)	43
Abbildung 3: Relative Verteilung von Krankenhäusern nach Größe innerhalb der Trägergruppen (In Prozent)	44
Abbildung 4: Beteiligungsmodell Agaplesion	59

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verdichtung wichtiger Aussagen zu Fragen der künftigen Krankenhausstrukturen aus Sicht des Managements	58
Tabelle 2: Sinnvolle Rechtsformen für einen kommunalen Krankenhauskonzern	64

### Fotonachweis

Enric Moreu/unsplash	Titel
Paul Rysz/unsplash + Malte Schmidt/unsplash	6
Clay Banks/unsplash	8
Camilo Jimenez/unsplash	13
Dan Dimmock/unsplash	17
Swravi Roshan/unsplash	18/19
Shutterstock	32
Mufid Majnun/unsplash	36
Freepik	42
gr-stocks/unsplash	48
Tingey Injury/unsplash	71
Stephan Balling	72
Branimir Balogovic/unsplash	74
Swravi Roshan/unsplash	81



### Herausgeber:

Prof. Dr. Marcus Sidki

Forschungsstelle für öffentliche und Nonprofit-Unternehmen

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

Ernst-Boehe-Straße 4, 67059 Ludwigshafen

April 2021

### Auftraggeber:

consus clinicmanagement GmbH



