

PARTNERSCHAFT: ÖFFENTLICHE KLINIKEN UND PRIVATWIRTSCHAFTLICHE UNTERNEHMEN

Die richtigen Fragen stellen

Partnerschaften mit privatwirtschaftlichen Unternehmen sind für Krankenhäuser aller Trägerschaften Alltag und folgen festen Regularien. Wenn jedoch die Entscheidungshoheit weggegeben wird oder wenn es um den Erhalt von Arbeitsplätzen der öffentlichen Hand geht, sind essenzielle Fragen im Vorfeld zu klären.

Die Beschaffung bzw. der Einkauf von Investitions- und Verbrauchsgütern, die Beauftragung von Beratungsdienstleistungen oder Baumaßnahmen gehören für eine Krankenhausleitung zum Alltag. Kooperationen zwischen Häusern in öffentlicher Trägerschaft mit privatwirtschaftlichen Einrichtungen sind dann diskussionsbehaftet, wenn es entweder um ein (teilweises) Weggeben der eigenen Entscheidungshoheit und/oder um den Erhalt von Arbeitsplätzen der öffentlichen Hand geht.

DER ÜBERGANG IN EINE PRIVATE TRÄGERSCHAFT

In den vergangenen zehn Jahren hat sich ein Mainstream etabliert, der sich dafür starkmacht, dass „Gemeinbedürfnisse“ wieder vorrangig durch die öffentliche Hand selbst erfüllt werden sollen. Gemeinbedürfnisse definieren sich als „individuelle Bedürfnisse, die nicht über den Markt befriedigt werden können, sondern nur durch öffentliche Güter“ (Gabler Wirtschaftslexikon 2017). Dies betreffe – so die vielfache Argumentation – auch den Betrieb von Akutkrankenhäusern. Das weit verbreitete Bauchgefühl der veröffentlichten Meinung zur Privatisierung öffentlicher Akutkrankenhäuser wurde in einem Artikel des „Spiegels“ vom 8. Juli 2013 plastisch zusammengefasst (Mertin 2013). Hier wird folgenden Ängsten Raum gegeben: Abbau von Arbeitsplätzen, schlechte Bezahlung der verbleibenden Mitarbeiter, Abkehr der Patienten, Kahlschlag der Medizin, Verschlechterung der Qualität und „Rosinenpickerei“ im Leistungsangebot. Dabei stört es die Autoren weder hier noch in vergleichbaren anderen Zusammenhängen, dass für keines dieser Phänomene ein grundsätzlicher Unterschied zwischen Häusern in öffentlicher Trägerschaft und denen in privater Trägerschaft belegt ist. Auch sind mehrere der Effekte (aus ökonomischer Sicht) höchst unlogisch.

So hat z.B. eine Arbeitsgruppe der Ärztekammer Baden-Württemberg herausgearbeitet, dass die als „Privatisierungsfolge“ empfundenen Effekte vielmehr Effekte der allgemeinen Ökonomisierung der Medizin sind – unabhängig von der Trägerschaft eines Hauses (Renz 2011). Auch die Aussagen „die Privatisierung laufe in Wellen ab“ und „es sei demnächst mit einer weiteren Welle zu rechnen“ haben sich seit 2010 nicht bewahrheitet (Deutsches Ärzteblatt 2010). Die in der Aussage immanente Botschaft, es handle sich bei den Häusern mit Trägerwechsel um eine beängstigend große Zahl („Welle“), ist schlichtweg falsch: Vom 2000 bis zum Jahr 2015 nahm der Anteil der Akutkrankenhäuser in öffentlicher Hand zu Gunsten der Häuser in privater Trägerschaft von 37,1 Prozent auf 29,8 Prozent ab. Das ist ein Rückgang um gut sieben Prozentpunkte in 15 Jahren (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2017). Nicht zu

vergessen sind hierbei die Vergaben einzelner Fachbereiche an privatwirtschaftlich orientierte Partner, die zum Teil seit Jahrzehnten etabliert sind. Beispiele sind die Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Tübingen (seit etwa 1987) und die Herzchirurgie am Städtischen Klinikum Stuttgart.

Was lässt sich daraus schließen? Wenn an einem Ort ein Eigentumsübergang eines Hauses von öffentlicher in privater Hand zur Debatte steht und eine rationale, ergebnisoffene Diskussion möglich ist, dann sind folgende Überlegungen wichtig:

- Worin besteht das Gemeinbedürfnis? Besteht es im Betrieb des Krankenhauses insgesamt, in der dort erbrachten medizinischen Qualität, in der Art des angebotenen Fächerkanons, im Erhalt aller Arbeitsplätze oder besteht es nur bezogen auf die Arbeitsplätze des Kerngeschäftes? Bezieht sich das alles nur auf die Jetztzeit oder auch auf die Zukunft? Wenn es sich auf die Zukunft bezieht, für wie lange? Wenn durch die Beantwortung dieser Fragen die öffentlich-strategischen Ziele geklärt würden, dann könnte auch die Methodik geklärt werden.
- Wie wird dies alles erreicht? Durch den Verbleib der Trägerschaft oder durch einen Übergang mit engen gesetzlichen bzw. vertraglichen Grenzen (ggf. mit Rückfalloption)?

AUSGLIEDERUNG VON LEISTUNGSBEREICHEN

Bei der Diskussion um die Ausgliederung einzelner Leistungsbereiche an private Partner vermischen sich rein kalkulatorisch-finanzielle Überlegungen mit den oben genannten Grundsatzüberlegungen zur Wahrung der Gemeinbedürfnisse. Dies soll im Folgenden an zwei Beispielen erläutert werden.

Bauprojekte: Am einfachsten ist eine Ausgliederung bei bevorstehenden Bauprojekten. Hat das Projekt den Prozess der internen Entscheidungsfindung und der Förderbewilligung durch das Land durchlaufen, dann ist die Vergabe an einen Generalunternehmer (oder an eine andere Form von Bauen unter PPP-Bedingungen) nurmehr eine Frage der Kalkulation, der Risikoabwägung und der Vertragsgestaltung (Haarländer et al. 2007). Grenzfragen zu den Gemeinbedürfnissen sind in diesem Fall bereits abgearbeitet.

Ausgliederung tertiärer Bereiche: Geht es um die Frage, ob das Labor oder die Kantinenverpflegung outgesourct werden soll, sind ähnliche Fragen zu stellen:

- Ist dem Gemeinbedürfnis Genüge getan, wenn die Leistungsbereiche mit unmittelbarem Patientenbezug (primäre Leistungsbereiche) in der eigenen, öffentlichen Hand bleiben? Dann könnten sekundäre Leistungsber-

che (Laborleistungen, Hygiene etc.) und tertiäre Leistungsbereiche (Reinigung, Verpflegung, Wäscherei, IT, Logistik etc.) fremdvergeben werden.

- Gibt es unter den tertiären Leistungsbereichen evtl. solche, die so eng mit den primären Leistungen verbunden sind und damit einen so direkten Einfluss auf die medizinische Qualität haben, dass man sie – wie die primären Leistungsbereiche – nicht vergeben darf?
- Zählt zu den Gemeinbedürfnissen auch der Erhalt aller Arbeitsplätze oder sogar aller Arbeitsplätze in öffentlicher Hand? Bei Erstgenannten wäre eine Fremdvergabe mit engen vertraglichen Bindungen möglich, im zweiten Fall nicht.
- Oder bedeutet Gemeinbedürfnis genau das Gegenteil: Der Erhalt der Breite und Güte des medizinischen Leistungsspektrums in eigener Hand ist derart überragend wichtig, dass in den tertiären Bereichen alle denkbaren Möglichkeiten der ökonomischen Optimierung auszuschöpfen sind (unter Erhalt eines Mindestmaßes an dortiger Qualität) – damit nicht etwa unwirtschaftliche tertiäre Bereiche aus den primären quersubventioniert werden müssen. Dann müssten zum Schutz des Kerngeschäftes intensive Bemühungen einsetzen, die tertiären Bereiche ökonomisch zu optimieren.
- Sind die genannten Grundsatzfragen einmal geklärt, dann ist Outsourcing (analog dem PPP-Bauen) in erster Linie eine Aufgabe der handwerklich ordentlichen Kalkulation, Vertragsgestaltung und Überwachung (Behrendt 2009).

BEISPIELE ZUR VERANSCHAULICHUNG

Beispiel 1: Vor etwa sechs Jahren hat sich am Städtischen Klinikum Karlsruhe eine einschlägige Diskussion ergeben. Grund war die Frage, ob zum Vorteil der patientenunmittelbaren Aufgaben der eigene Reinigungsdienst einer wirtschaftlichen Optimierung zu unterziehen sei. Er sollte an den branchenüblichen Standards gemessen werden (NN 2006). Beispielrechnungen hatten ergeben, dass unter solch optimierten Bedingungen (und beim Transfer der Finanzmittel aus der Reinigung in den klinischen Betrieb) jeder stationäre Patient dauerhaft zusätzliche 1,2 Stunden (72 Minuten) Zuwendung durch Pflegekräfte erfahren könnte. Die Entscheidung des Trägers war eindeutig: Das Gemeinbedürfnis „Erhalt der aktuellen Arbeitsplätze in eigener Hand“ wurde

höher gewichtet als die zu erwartende vermehrte Pflegebetreuung. Dieses Beispiel zeigt, wie unterschiedlich definierte Gemeinbedürfnisse zueinander in Konkurrenz treten können.

Beispiel 2: Bei einer von HCM begleiteten Expertenrunde am Karlsruhe Service Research Institute (KSRI) des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT) im März 2015 wurden die Teilnehmer dazu aufgefordert, sich vorzustellen, ein Akutkrankenhaus (unabhängig von der Trägerschaft) würde durch Privatunternehmen baulich errichtet. Die tertiären Bereiche würden dann von diesem durchgehend betrieben. Es müssten quasi nur noch Pflegekräfte, Ärzte und anderes medizinisches Personal dort einziehen und ihr eigenes Tagesgeschäft verrichten – alles andere würde durch das private Facility-Management-Unternehmen er-

LITERATUR



- Behrendt I. (2009) *Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Deutsches Ärzteblatt (2010) *Bekanntmachungen: Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer*. Deutsches Ärzteblatt, 107 (17), A 802–A 805.
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2017) *Krankenhausstatistik (Stand: August 2017)* [www.dkgev.de/media/file/57891.Foliensatz_Krankenhausstatistik_Stand_August_2017.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/57891/Foliensatz_Krankenhausstatistik_Stand_August_2017.pdf) [29.08.2017].
- Haarländer S. et al. (2007) *Public Private Partnership (PPP) im Krankenhausbereich*. Schriften zur Gesundheitsökonomie 11.
- Mertin A. (2013) *Privatisierung von Kliniken: Auf Kosten der Patienten*. www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/privatisierung-von-kliniken-auf-kosten-der-patienten-a-909728.html [29.08.2017].
- NN (2006) *Kalkulation in der Gebäudereinigung*. Bonn: Bundesinnungsverband des Gebäudereiniger-Handwerks.
- Rammoser I. (2015) *Mut zur Veränderung: Das Undenkbare denken*. HCM, 6 (6), 32–33.
- Renz G. (2011) *Privatisierung in der stationären Versorgung*. Tagung des Gesundheitsrates Südwest und der Evangelischen Akademie Bad Boll, März 2011.
- Springer Gabler Verlag (Hrsg.) *Gabler Wirtschaftslexikon* (2017) <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/58890/kollektivbeduerfnisse-v5.html> [29.08.2017].

ledigt. Die Experten haben sich unisono gegen diese Idee verwahrt – mit dem Hinweis, die Verflechtungen mit dem Kerngeschäft (und damit die Auswirkungen auf die medizinische Qualität) seien derart vielfach, dass so etwas noch nicht einmal denkbar, geschweige denn realisierbar sei (Rammoser 2015).

ZUSAMMENFASSUNG

Strategische Partnerschaften zwischen Kliniken in öffentlicher Trägerschaft und privatwirtschaftlichen Unternehmen sind immer dann diskussionsbeladen, wenn es um die Frage geht, ob durch eine solche Partnerschaft die Zuständigkeit der öffentlichen Hand für die bürgerschaftlichen Gemeinbedürfnisse berührt wird. Dies kann bei jedem denkbaren Umfang einer Partnerschaft gegeben sein – vom Gesamtübergang eines Hauses bis zur Fremdvergabe des Facility-Managements. Das Problem dabei ist jedoch nicht so sehr die operativ-vertragliche Gestaltung der Partnerschaft; hierfür gibt es jeweils zahlreiche Varianten. Vielmehr ist im Vorfeld zu klären, wie weit die Gemeinbedürfnisse reichen bzw. in welcher Gewichtung sie zueinander stehen. Diese Debatte vorurteilsfrei, faktenorientiert und ergebnisoffen zu führen, das ist die eigentliche Herausforderung.

PROF. DR. MED. MARTIN L. HANSIS

LL.M., Honorarprofessor Krankenhausmanagement, KSRI, Karlsruher Institut für Technologie (KIT), Mitglied des HCM-Redaktionsbeirats, Kontakt: martin.hansis@kit.eu

