



Positionspapier
zur Entwicklung der
kommunalen Krankenhausstrukturen
in Baden-Württemberg

Positionspapier
zur Entwicklung der kommunalen Krankenhausstrukturen
in Baden-Württemberg

Prof. Dr. Stefan Schick, Stuttgart
erstellt im Auftrag des Landkreistages Baden-Württemberg

Inhalt

I. Allgemeine Rahmenbedingungen	3
II. Kommunale Krankenhäuser und regionale Krankenhausverbände	9
1. Der Betrieb von Kliniken – öffentliche Aufgabe oder Unternehmen?	9
2. Fusionen gewerblicher Unternehmen als Vorbild?	11
3. Wesentliche Voraussetzungen für einen erfolgreichen Krankenhausverbund	12
III. Partner eines regionalen Krankenhausverbundes	22
IV. Verhältnis zu Universitätsklinika und Zentren für Psychiatrie	25
1. Verhältnis zu den Universitätsklinika	25
2. Verhältnis zu den Zentren für Psychiatrie	26
V. Rettungswesen und ambulante Notfallversorgung	27
VI. Rechtsformen, Gemeinnützigkeit und arbeitsrechtlicher Tendenzschutz	28
1. Rechtsformen von Trägerverbänden	28
2. Gemeinnützigkeit kommunaler Krankenhausverbände, arbeitsrechtlicher Tendenzschutz	29
VII. Förderwesen	30
VIII. Private Public Partnership (PPP)	30
IX. Kartellrechtliche Implikationen	31
Zusammenfassung	33
Empfehlungen	35

Einleitung

Ausgehend von der derzeitigen Situation der kommunalen Krankenhäuser in Baden-Württemberg und den erkennbaren Entwicklungen werden in dem vorliegenden Positionspapier die wesentlichen Aspekte im Zusammenhang mit kommunalen Krankenhausverbänden zusammengefasst.

I.

Allgemeine Rahmenbedingungen

Die Situation im Gesundheitswesen ist seit Jahren dadurch gekennzeichnet, dass kaum steigenden Erlösen steigende Kosten gegenüber stehen. Das Ziel der Beitragssatzstabilität wird durch einen zunehmenden Druck auf die Leistungserbringer verfolgt, deren Rationalisierungsmöglichkeiten weitestgehend erschöpft sind; das Gesundheitswesen ist chronisch unterfinanziert.

Für die kommunalen Klinikträger stellt sich dabei wie auch für die anderen Klinikträger die grundlegende Frage, wie sie den raschen und tiefgreifenden Veränderungen im Gesundheits- und Sozialwesen begegnen wollen. Um die bestehenden Optionen erkennen und beurteilen zu können, ist zunächst eine Zusammenfassung und Bewertung der derzeitigen und – soweit erkennbar – künftigen Entwicklungen erforderlich.

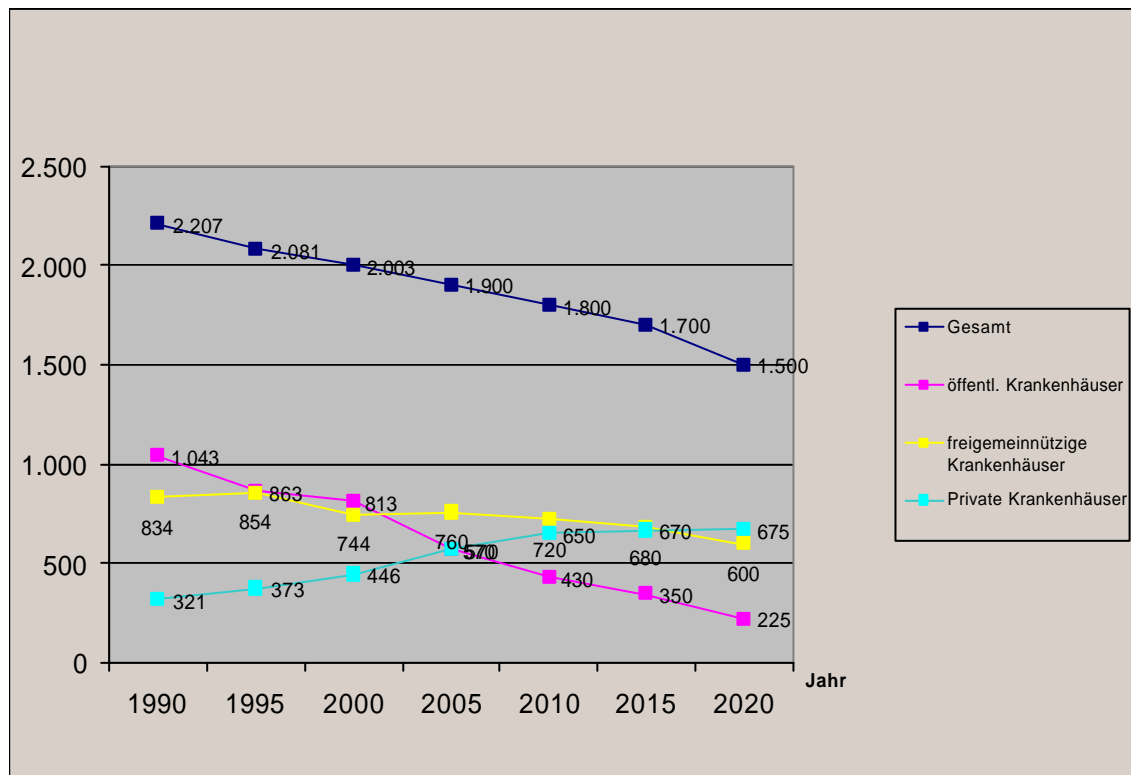
Diese Entwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen wird in den nächsten Jahren vor allem durch folgende Einzelaspekte geprägt sein:

- Die demografische Entwicklung führt zu einem späteren, insgesamt höheren Bedarf sowohl im Bereich der Akutversorgung als auch der Pflege.
- Der technologische Fortschritt führt einerseits zu besseren / aufwändigeren Behandlungsmethoden, andererseits zu einer Verweildauerverkürzung und Verlagerung in den ambulanten Bereich.
- Die Einführung der DRGs hat zur Folge
 - die weitere Verkürzung der Verweildauern
 - die weitere Verlagerung in den ambulanten Bereich
 - damit eine geringere Auslastung
- Die Einführung von Mindestfallzahlen führt zu einer Reduzierung der Zahl der Kliniken, die dauerhaft die entsprechenden Diagnosen behandeln können.

Die vorstehend beschriebenen Entwicklungen führen zu einer abnehmenden Bettenauslastung, zu einem Bettenabbau, zu einer Schließung von Fachabteilungen und letztlich zur Aufgabe ganzer Klinikstandorte.

Dabei gehen Prognosen für Deutschland davon aus, dass bis zum Jahr 2020 jede vierte stationäre Einrichtung geschlossen wird. Von den Schließungen seien die Kliniken in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft besonders betroffen: 2/3 aller kommunalen Kliniken würden geschlossen oder an private Klinikketten verkauft. Dadurch sinke der Anteil öffentlich-rechtlicher Häuser von 37% auf 15% und steige der Anteil privater Klinikketten auf 45% (Ernst & Young, Gesundheitsversorgung 2020, Februar 2005, S. 10, vgl. Abb. 1). Dies beruhe auf - mit Ausnahme der Universitätsklinika - vielfach mangelnder technologischer Ausstattung, begrenzt vorhandener Innovationsbereitschaft sowie der oft weit unterdurchschnittlichen Wirtschaftlichkeit.

Abb. 1: Anzahl der stationären Einrichtungen in Deutschland nach Trägern (1990 – 2020)



Quelle: Ernst & Young, Gesundheitsversorgung 2020, S. 108, Abb. 69

Im Gegensatz zu anderen Bundesländern haben die kommunalen Kliniken in Baden-Württemberg einen sehr hohen Stellenwert. So betrug der Anteil der Kliniken in öffentlicher Trägerschaft 1995 deutschlandweit 41,5%, in Baden-Württemberg jedoch 52,2%. Der Anteil der Kliniken in öffentlicher Trägerschaft ist bis 2004 deutschlandweit auf 36,7 %, in Baden-Württemberg nur auf 48,8 % zurückgegangen. Dabei waren vor allem kleinere Kliniken im ländlichen Bereich von der Schließung betroffen. Im Hinblick darauf ist davon auszugehen, dass sich die in der Ernst & Young-Studie prognostizierte Entwicklung – bezogen auf die Zahl der Kliniken in öffentlicher Trägerschaft – zumindest nicht in vollem Umfang auf die Verhältnisse in Baden-Württemberg übertragen lässt.

Die Entwicklung der Anzahl der Kliniken ist zudem nur sehr beschränkt aussagekräftig, da zunehmend leistungsfähigere Kliniken entstehen und die – in der dargestellten Statistik nicht erfasste – Entwicklung medizinischer Leistungen im Vordergrund steht.

Das von Ernst & Young zugrunde gelegte Szenario für die weitere Entwicklung unterstellt ferner eine sehr geringe Veränderungsbereitschaft im Bereich der Kliniken in öffentlicher Trägerschaft. Gerade die in weiten Landesteilen zu beobachtende Entwicklung hin zu effizienteren Managementstrukturen – z.B. im Rahmen einer formellen Privatisierung durch Trennung von operativem Management und strategischen Entscheidungen, ggf. einschließlich der Einbeziehung von externem Sachverstand – und die zunehmende Kooperationsbereitschaft zeigen insoweit eine positive, von dem unterstellten Szenario deutlich abweichende Entwicklung im Bereich der Kliniken in öffentlicher Trägerschaft. Dies gilt auch für die Optimierung von Prozessabläufen, insbesondere im Rahmen von Clinical Pathways, und Outsourcing.

Abb. 2: Krankenhausträgerstruktur allgemeiner Krankenhäuser nach der Anzahl der Häuser

Jahr (Stichtag 31.12.)	Ingesamt		Öffentliche		Frei- gemeinützige		Private	
	D	BW	D	BW	D	BW	D	BW
1995	2.081	295	863	154	845	72	373	69
1996	2.040	292	831	149	835	73	374	70
1997	2.020	292	818	148	820	71	382	73
1998	2.030	291	788	130	823	73	419	88
1999	2.014	292	753	122	832	80	429	90
2000	2.003	284	744	123	813	74	446	87
2001	1.995	284	723	122	804	72	468	90
2002	1.898	268	712	131	758	62	428	75
2003	1.868	261	689	129	737	61	442	71
2004	1.827	254	671	124	712	59	444	71

Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Insbesondere in Baden-Württemberg zu verzeichnende Gegenmaßnahmen sind

- die horizontale Kooperation, d.h. die Zusammenarbeit mit anderen Akutkrankenhäusern bis hin zur Fusion
- die vertikale Kooperation innerhalb der Leistungskette, d.h. die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, aber auch dem Rehabereich und dem Bereich der – ambulanten und stationären – Pflege.

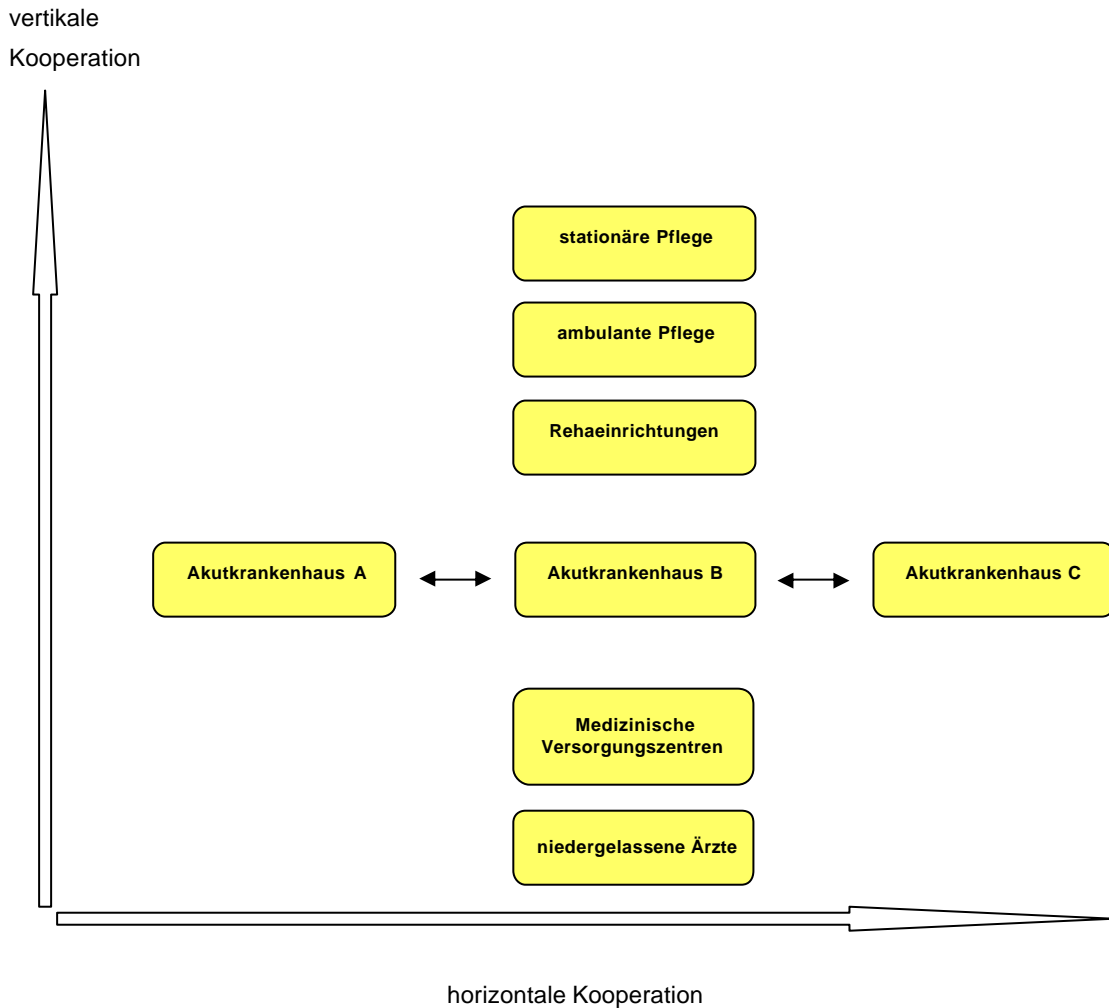
Mit der **horizontalen Kooperation** werden die folgenden Ziele verfolgt:

- Durch die Abstimmung von medizinischen Leistungsangeboten können die Fallzahlen der einzelnen Klinik, bezogen auf die jeweilige Fachrichtung oder Diagnose, erhöht oder zumindest erhalten werden. Diesem Umstand wird in Zukunft im Hinblick auf die Mindestfallzahlen, mit denen ein entsprechender Qualitätsstandard erreicht werden soll, eine zunehmende Bedeutung zukommen.
- Sofern Fachabteilungen nicht mehr dauerhaft erhalten werden können, werden Auslaufverluste vermieden.
- Bei entsprechender, frühzeitiger Weichenstellung kann das Profil der jeweiligen Kliniken geschärft werden im Hinblick auf die Spezialisierung. Diesem Marketingaspekt kommt künftig vor dem Hintergrund einer zunehmenden Markt- und Kundenorientierung eine erhöhte Bedeutung zu.
- Sowohl im Primärbereich, hier vor allem in der Großgerätenutzung, als auch im sekundären (z.B. Radiologie, Pathologie, Physiotherapie) und tertiären Bereich (z.B. Reinigung, Catering, Logistik, Apotheken) können Synergien durch einen optimierten Einsatz von Ressourcen und eine erhöhte Verhandlungsmacht im Bereich des Einkaufs realisiert werden.

Die **vertikale Kooperation** zielt auf die Akquisition und Bindung der Patienten sowie ihre optimale Versorgung ab. Dazu zählen

- im Rahmen der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten die Optimierung des Einweiserverhaltens und – vor allem durch Gründung Medizinischer Versorgungszentren – die Partizipation an solchen Behandlungen, die früher stationär durchgeführt wurden, künftig aber nur noch ambulant zulässig sind.
- die optimale Versorgung nach der Entlassung, sei es im Rehabereich, sei es im Bereich der Pflege
- die Teilhabe an der Wertschöpfung im Rahmen von Wertschöpfungsketten, z.B. im Rahmen der Integrierten Versorgung.

Abb. 3: Vertikale und horizontale Kooperationen im Gesundheitswesen



Eine noch weiter zunehmende Bedeutung werden die Patientenwanderungen – Wahl wohnortnaher oder –ferner Kliniken – bekommen. In diesem Zusammenhang ist auch die Erhaltung oder sogar die **Erhöhung der Wertschöpfung im Land Baden-Württemberg** zu sehen. Dies betrifft nicht nur die Patientenzu- und –abwanderung im Akutbereich aus bzw. in andere, vor allem angrenzende Bundesländer, sondern auch die Gewinnung ausländischer Patienten. Ein wesentlicher Aspekt wird darin bestehen, die Abwanderung von Patienten in außerhalb Baden-Württembergs liegende spezielle Fachkliniken und Rehaeinrichtungen zu vermeiden bzw. eine Zuwanderung von Patienten in solche, in Baden-Württemberg liegende Einrichtungen zu erreichen. Auch die Erreichung dieses Ziels setzt das Vorhandensein leistungsfähiger Kliniken voraus.

II.

Kommunale Krankenhäuser und regionale Krankenhausverbände

Die nachfolgenden Ausführungen beschäftigen sich zunächst mit dem Selbstverständnis kommunaler Kliniken, d.h. der Frage, ob sie in erster Linie als öffentliche Einrichtungen zu verstehen sind, die eine öffentliche Aufgabe wahrnehmen, oder als Unternehmen (vgl. unten 1.). Anschließend ist zu klären, ob es Erfahrungen aus dem gewerblichen Unternehmensbereich gibt, die auf den Bereich des Gesundheitswesens übertragbar sind (vgl. unten 2.). Mit grundsätzlichen Fragen im Zusammenhang mit Krankenhausverbänden beschäftigen sich die anschließenden Ausführungen (vgl. unten 3.).

1. Der Betrieb von Kliniken – öffentliche Aufgabe oder Unternehmen?

Die Sicherstellung einer ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgung mit stationären Krankenhausleistungen ist zunächst eine wesentliche öffentliche (kommunale) Aufgabe. Dabei muss die Erbringung der Leistungen nicht zwingend durch die öffentliche Hand erfolgen. Aus diesem Grunde sind die Stadt- und Landkreise über den Sicherstellungsauftrag des §3 LKHG nur zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung verpflichtet und nicht zum Betrieb von Kliniken. Nur bei einem Marktversagen wandelt sich die Verpflichtung zur Sicherstellung zu einer Verpflichtung zum Betrieb.

In diesem Kontext ist zu beachten, dass jede materielle Privatisierung, d.h. jeder Klinikverkauf an einen privaten Betreiber, das Risiko in sich birgt, dass dieser aus wirtschaftlichen Gründen die erforderlichen Klinikleistungen nicht mehr erbringen kann oder will und den Klinikbetrieb einstellt. Dann ist der Stadt- bzw. Landkreis – sofern die Versorgung nicht mehr anderweitig gesichert ist – verpflichtet, den Klinikbetrieb zu übernehmen. Dies ist durch entsprechende Vereinbarungen mit dem Privaten, wie z.B. durch ein Erbbaurecht, abzusichern. Es bleibt indes das Problem, dass der Stadt- oder Landkreis ggf. eine Klinik zurück erhält, die aufgrund zwischenzeitlicher Veränderungen nur noch eingeschränkt zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags geeignet ist.

Aus den vorstehenden Gründen bleibt ein Stadt- oder Landkreis, der seine Kliniken verkauft, weiterhin politisch – bei Einstellung des Klinikbetriebs durch den Privaten auch rechtlich – in die Gesundheitspolitik involviert, d.h. es handelt sich in jedem Falle um eine öffentliche Aufgabe.

Das Gesundheits- und Sozialwesen ist durch einen (relativ stark reglementierten) Markt gekennzeichnet, in dem Private eine zunehmende Bedeutung haben (vgl. dazu bereits die grundlegenden Gesichtspunkte oben I.). Dies bedeutet, dass sich Kliniken und Pflegeeinrichtungen diesem Markt stellen und die betriebswirtschaftlichen Instrumente einsetzen müssen. Dies betrifft nicht nur den Bereich des operativen Managements, sondern auch die strategische Ausrichtung. Wie bereits oben näher dargestellt, kommt insoweit der Vernetzung und Fusion – sowohl in horizontaler als auch in vertikaler Richtung – eine zentrale Bedeutung zu.

Daraus lässt sich ableiten, dass der Betrieb von Kliniken sowohl eine öffentliche Aufgabe ist als auch die Führung der Kliniken als Unternehmen beinhaltet. Ein Spannungsverhältnis kann sich vor allem dann ergeben, wenn eine Maßnahme betriebswirtschaftlich erforderlich, aus Sicht des öffentlichen Interesses aber problematisch ist. Dieses Spannungsverhältnis ist vor allem bei der Schließung von Fachabteilungen von Bedeutung. Zu einem besonderen Politikum wird häufig die Schließung der Geburtshilfe, und zwar auch dann, wenn die Geburtenzahl einer Klinik so gering ist, dass weder die Qualität (im Hinblick auf die Mindestfallzahlen) noch die Wirtschaftlichkeit (z.B. wegen der Bereitstellung von Personal 24 Stunden täglich einschließlich – im Hinblick auf etwaige Problemgeburten – der Vorhaltung von OP-Kapazitäten) gewährleistet ist. Gerade dann werden Entscheidungen nach politischen und nicht nach betriebswirtschaftlichen Kriterien getroffen, mit der Folge, dass im Extremfall die Existenz der Klinik gefährdet wird.

Die wesentlichen Thesen lassen sich daher wie folgt zusammenfassen:

- Der Betrieb von Kliniken ist sowohl eine öffentliche als auch eine unternehmerische Aufgabe.
- Im Hinblick auf den Klinikbetrieb als öffentlicher Aufgabe sollten die kommunalen Gremien nur für die grundlegenden Trägerentscheidungen (z.B. Gesellschaftsvertragsänderungen, Schließung von Standorten) zuständig sein.
- Der eigentliche Klinikbetrieb muss nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen geführt werden. Nur dies ermöglicht ein Überleben der Kliniken und damit die nachhaltige Erfüllung der öffentlichen Aufgabe „Sicherung der stationären Krankenversorgung“.

2. Fusionen gewerblicher Unternehmen als Vorbild?

Zentrale Ziele von Fusionen im gewerblichen Bereich sind die Marktberreinigung und die Gewinnung von Synergien. Beide Aspekte gelten – wie bereits oben I. dargestellt – auch für den Krankenhausbereich. Hinzu kommen allerdings Besonderheiten. Diese betreffen vor allem die Abstimmung medizinischer Leistungsangebote. Während Fusionen im gewerblichen Bereich in der Regel zu einer dauerhaften Vergrößerung führen (sollen), ist das Ziel der Fusionen im Gesundheitswesen im Ergebnis die Erhaltung einer betriebswirtschaftlich sinnvollen Größe. Mit der Fusion wird der branchenspezifischen Geschäftsentwicklung (Schrumpfung) entgegen gewirkt.

Sowohl für Fusionen im gewerblichen Bereich als auch im Gesundheits- und Sozialwesen sind die folgenden Aspekte von zentraler Bedeutung:

- Die Partner müssen „zueinander passen“. Dies betrifft nicht nur die betriebswirtschaftlichen Eckdaten wie Leistungsangebote/Märkte, Umsatz und Gewinn, sondern auch die Unternehmensstrategie, und hier auch die Unternehmenskultur. Diesem Aspekt kommt allerdings im Gesundheitswesen eine erhöhte Bedeutung zu. Dies ist von zentraler Bedeutung, wenn die Partner Körperschaften des öffentlichen Rechts, Wohlfahrtsverbände oder private Anbieter sind. Es stellt sich dann vor allem die Frage, ob sie sich und ihre Identität in dem Klinikverbund wieder finden. Die Einzelheiten werden unter III. noch näher dargestellt.
- Es reicht nicht aus, Betriebe und Einrichtungen zusammen zu legen. Sie müssen auch zusammen wachsen. Dies betrifft nicht nur das operative Management, wie z.B. im Zusammenhang mit der Beseitigung eintretender Doppelstrukturen, sondern auch das strategische Management im Hinblick auf die strategische Neuausrichtung des fusionierten Unternehmens und das normative Management, insbesondere das Zusammenwachsen der Mitarbeiter und Unternehmenskulturen. In strategischer Hinsicht stehen – wo dies möglich ist – die Erhaltung von Leistungsangeboten oder zumindest von Standorten sowie die Verbesserung der Qualität im Hinblick auf immer anspruchsvollere Standards im Vordergrund.

3. Wesentliche Voraussetzungen für einen erfolgreichen Krankenhausverbund

Insoweit ist zunächst die Frage zu klären, was unter einem Krankenhausverbund zu verstehen ist.

Die folgenden Ausführungen gehen davon aus, dass es sich dabei um eine längerfristige, verbindliche, trägerübergreifende Zusammenarbeit von Kliniken handelt. Als Beispiele in Baden-Württemberg sind zu nennen die Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken GmbH, die Regionale Kliniken-Holding Neckar-Schwarzwald GmbH, die Klinikum Mittelbaden gGmbH, die Klinikverbund Südwest GmbH, die Schwarzwald-Baar-Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH, die Hegau-Bodensee-Hochrhein-Kliniken GmbH und die Oberschwaben Klinik gGmbH (vgl. Abb. 4).

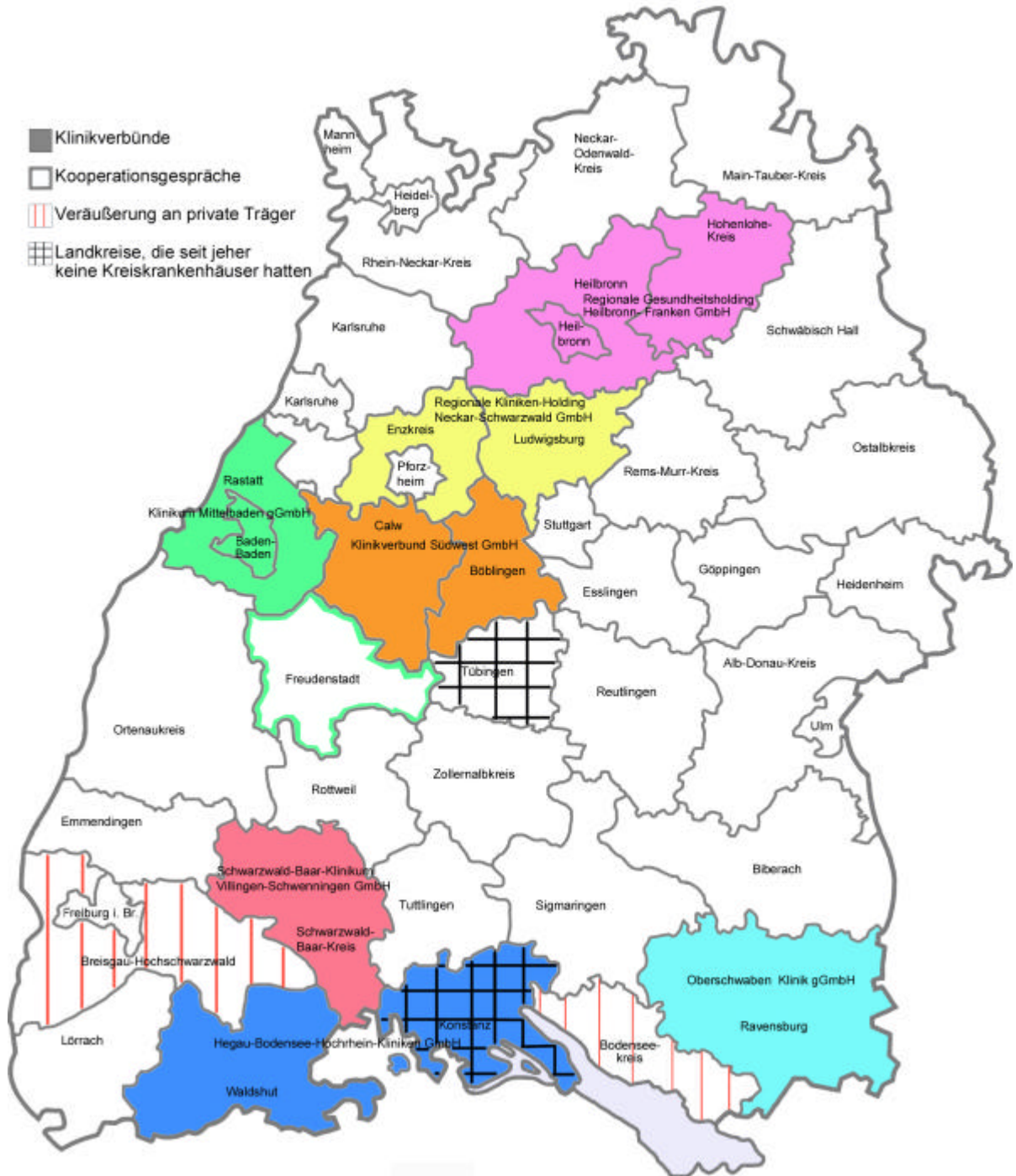
In allen Fällen geht die Zusammenarbeit über eine rein vertragliche Basis hinaus. Die Klinikträger haben ihre bisherigen Kliniken entweder in einer Gesellschaft oder über Tochtergesellschaften zusammengelegt. Die Spielarten reichen von einer Vollfusion bis hin zur Gründung einer Holding, die an den operativ tätigen Klinikgesellschaften beteiligt ist. Die Bandbreite möglicher Kooperations- und Verbundformen reicht jedoch noch weiter. Die einzelnen Gestaltungsvarianten sind unter a) bb) noch näher dargestellt.

Insbesondere im Hinblick auf die oben unter I. beschriebenen Rahmenbedingungen lassen sich grundsätzliche Kernaussagen zu erfolgreichen Fusionen treffen, wobei sich eine Untergliederung in die Themen Kooperationsfelder, Kooperationsformen, Kooperationspartner und Verfahren empfiehlt (vgl. unten a)). Anschließend folgt eine Stellungnahme zur Größe von Verbänden (vgl. unten b)), der räumlichen Komponente (vgl. unten c)), den Kriterien zur Strukturierung und Funktionalität von Krankenhausverbänden (vgl. unten d)) und der kommunalpolitischen Akzeptanz (vgl. unten e)).

Abb. 4:

Kommunale Klinikverbände in Baden-Württemberg

Stand: Oktober 2006



Quelle: Landkreistag Baden-Württemberg

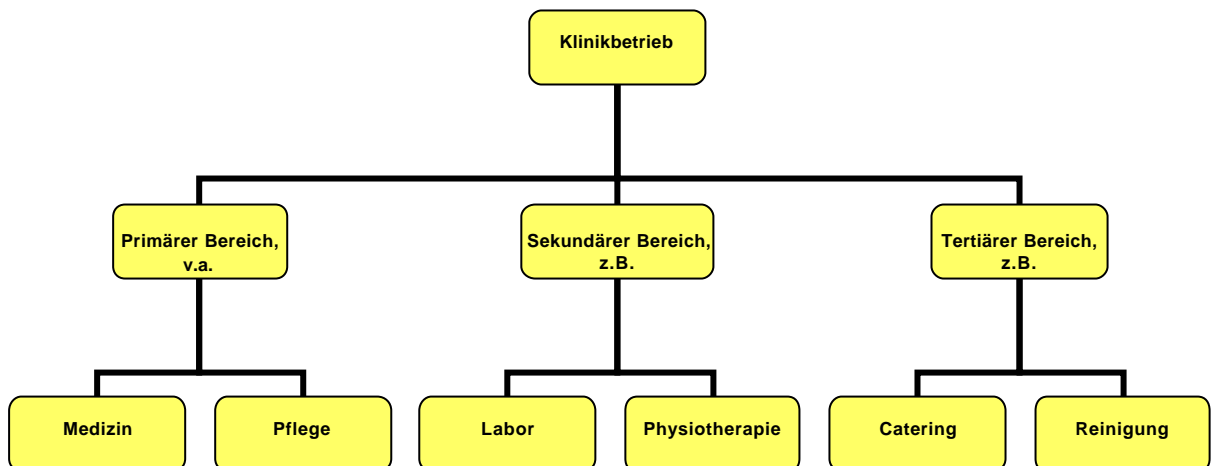
a) Grundsätzliche Kernaussagen

aa) Kooperationsfelder

Vor Beginn der Beteiligung an einem Krankenhausverbund müssen die Partner erkennen, dass eine Kooperation erforderlich oder sinnvoll ist. Die Klärung der Interessenlage der Partner bildet den Ausgangspunkt. Diese muss sorgfältig und offen, d.h. unter Offenlegung aller wesentlichen Aspekte und Interessen, erfolgen (vgl. unten dd)).

- Häufig stehen die medizinischen Leistungsangebote und vor allem die Frage im Vordergrund, wie sie sich voraussichtlich weiter entwickeln werden. Wenn man von einem abnehmenden Bedarf an stationären Leistungen ausgeht und die Mindestfallzahlen zugrunde legt (mit der weiteren Prämisse, dass diese voraussichtlich in weiten Teilen erhöht werden), stellt sich für die einzelnen Kliniken die Frage, ob sie ihre Fallzahlen erhöhen können (zu Lasten anderer Kliniken im Einzugsbereich) oder bestimmte Bereiche aufgeben sollen. Mit einer Abstimmung von Leistungsangeboten zwischen benachbarten Klinikträgern, bei der jeder Zugeständnisse zu Gunsten des anderen Trägers macht und im Gegenzug dazu selbst Vorteile hat, können finanzielle Nachteile und Nachteile im Hinblick auf die Qualität des Leistungsangebots vermieden werden.
- Anknüpfungspunkte können darüber hinaus denkbare Synergien im sekundären und/oder tertiären Bereich sein. Im Hinblick auf die Rahmenbedingungen (vgl. oben I.) und ihre Weiterentwicklung sollten Synergien im sekundären und tertiären Bereich zwar genutzt werden, aber nicht im Vordergrund stehen.

Abb. 5: Die drei Hauptfunktionsbereiche von Kliniken



bb) Kooperationsformen

Kooperationen können nur erfolgreich sein, wenn alle Kooperationspartner – möglichst gleichmäßig – Vorteile erzielen. Die Ausgewogenheit steht im Vordergrund.

Klärungsbedürftig ist insoweit zunächst die Verbindlichkeit der Kooperation. Unverbindliche Kooperationen haben den Nachteil, dass grundlegende, in der Regel nicht umkehrbare Entscheidungen wie z.B. die Aufgabe von Leistungsangeboten oder sogar von Fachabteilungen nicht durchzusetzen sind. Diese sind angesichts der unter I. dargestellten Rahmenbedingungen aber erforderlich.

Eine verbindliche Kooperation auf vertraglicher Grundlage (Beispiel aus dem tertiären Bereich: Eine Klinik erbringt für eine andere Reinigungsleistungen) birgt die Gefahr steuerlicher Nachteile (v.a. im Bereich der Umsatzsteuer) und schafft nur für die geregelten Bereiche Sicherheit. Veränderungen – wie sie zunehmend zu erwarten sind – machen neue Verhandlungen und Anpassungen erforderlich.

Bei einer ganzen oder teilweisen Zusammenlegung von Aktivitäten (Fusion von Krankenpflegesschulen, Fusion von Kliniken unter Zurückbehaltung von

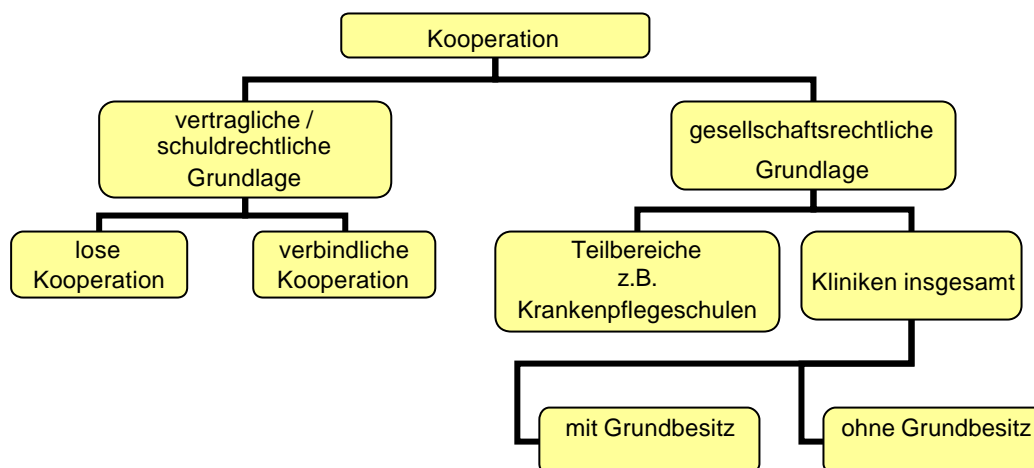
Pflegeeinrichtungen, Vollfusion, Holdinggestaltungen) müssen wesentliche, bereits erkennbare Problembereiche schon bei Begründung des Verbundes geklärt werden. Im Übrigen müssen Entscheidungsmechanismen gefunden werden, mit denen später auftretende neue Entwicklungen geklärt werden.

Im Ergebnis bedeutet dies für erfolgreiche Kooperationsformen:

- Die erforderliche Abstimmung medizinischer Leistungsangebote setzt eine rechtlich verbindliche Zusammenarbeit der Partner voraus.
- Die Kooperation auf schuldrechtlicher, vertraglicher Grundlage („Kooperationsvertrag“) kann zu steuerlichen (v.a. umsatzsteuerlichen) Nachteilen führen, die die Synergien, die sich aus der Kooperation ergeben, aufzehren. Außerdem können nur im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses erkennbare Problem- und Konfliktbereiche geregelt werden. Spätere Veränderungen müssen verhandelt und gesondert vereinbart werden. Es besteht die Gefahr, dass dann die Kooperation wieder auseinander bricht.
- Bei der Kooperation auf gesellschaftsrechtlicher Grundlage/der Fusion oder Gründung eines Zweckverbands müssen Mechanismen für die Regelung künftiger Umstände und von Konfliktsituationen vereinbart werden. Bei Begründung des Verbundes muss unter den Partnern ein Interessenausgleich gefunden werden.

Eine Auflösung der Kooperation auf gesellschaftsrechtlicher Grundlage oder im Rahmen eines Zweckverbands ist nur schwer möglich. Denn der Erfolg des Verbundes beruht darauf, dass Veränderungen eher möglich sind und bei einer Auflösung des Verbundes ausscheidende Partner entweder nur eine Abfindung in Geld oder aber Kliniken zurück erhalten, die gegenüber dem Zeitpunkt der Einbringung erheblich verändert sind.

Abb. 6: Formen der Kooperation im Gesundheitswesen



cc) Kooperationspartner

Die Kooperationspartner müssen zueinander passen. Der Frage, welche Partner für kommunale Klinikträger geeignet sind, wird unter III. noch im Einzelnen nachgegangen. Entscheidend ist, dass die Partner bei den Verhandlungen den gemeinsamen Vorteil im Vordergrund sehen. Ein erfolgreicher Verbund setzt damit ein gegenseitiges Geben und Nehmen der Partner voraus. Keine ausreichende Basis für einen erfolgreichen Verbund liegt vor, wenn einzelne Partner die anderen Partner einseitig zu ihren Gunsten dominieren wollen. Sollte letzteres in Verhandlungen auftreten, so sollte sehr frühzeitig die Frage gestellt werden, ob weitere Verhandlungen sinnvoll sind.

dd) Verfahren

Es empfiehlt sich, bereits zu Beginn der Verhandlungen die Interessenlage klar herauszuarbeiten und offen zu kommunizieren, um frühzeitig feststellen zu können, ob die Vorstellungen und Interessen in ausreichendem Maße in Deckung zu bringen sind. Eine möglichst breite Überschneidung der Interessen der Partner ist von Vorteil. Ist die Kooperation „auf Kante genäht“, so ist häufig eine Sollbruchstelle gelegt. Dies gilt auch für unausgesprochene Vorbehalte, die später zum Problem zwischen den Partnern werden können.

b) Größe des Verbundes

Die Ernst & Young-Studie (S. 108) geht davon aus, dass Kliniken mit unter 150 Betten nicht mehr lebensfähig sind. Sie kämen allenfalls als Portalkliniken in Betracht. Diese, vor allem in kommunaler Trägerschaft stehenden Kliniken sieht die Studie als besonders gefährdet an.

Eine andere Sichtweise ergibt sich aus der im Mai 2006 veröffentlichten McKinsey-Analyse. Dort werden drei Krankenhaustypen als zukunftsweisend angesehen:

- Kliniken mit bis zu 150 Betten, die über maximal drei Fachrichtungen verfügen, – im Rahmen von Kooperationen – nur eine geteilte Infrastruktur haben, d.h. nur begrenzt eine eigene Infrastruktur vorhalten.
- Kliniken mit 200 bis 400 Betten mit einem breiten allgemeinen Leistungsspektrum in einer Verbundstruktur mit anderen „gleichwertigen“ Häusern.
- Kliniken mit 500 bis 700 Betten mit dem Leistungsspektrum „Schwerpunkt- und Maximalversorgung inkl. Spezialleistungen“ (in Ausnahmefällen auch größere Zentren der „Supermaximalversorgung“) als Zentrum von Verbundstrukturen.

Kleinere Häuser sind nach Auffassung von McKinsey deshalb erfolgreich, weil sie über eine geringere Komplexität und eine niedrigere Zahl an Fachabteilungen verfügen. Sie seien häufig auch hoch spezialisiert. Gerade Letzteres ist zukünftig von zentraler Bedeutung.

An dieser Analyse wird deutlich, dass die Größe der einzelnen Klinik in der Bedeutung abnimmt, bei allen Varianten aber die Einbettung in einen Verbund erforderlich ist. Dabei steht bei den Häusern bis zu 150 Betten die Bereitstellung von Infrastruktur (z.B. im Bereich Medizintechnik) im Vordergrund, wohingegen die Zusammenarbeit im Bereich der Medizin bei den beiden anderen Varianten im Vordergrund steht.

Wesentliche Kriterien für die Größe der einzelnen Kliniken, aber auch des Verbundes insgesamt werden vor allem Synergien im Bereich der Medizin und die Hinzugewinnung von Patienten (Patientenwanderungen) sein. Weitere wesentliche Aspekte werden die Mindestfallzahlen und ihre Entwicklung sowie die insoweit bei den Partnern vorhandenen Verhältnisse sein. Insbesondere diese

Aspekte stehen im Zusammenhang mit der Erhöhung oder zumindest der Erhaltung der Leistungsfähigkeit im Vordergrund.

c) Räumliche Komponenten des Verbundes

Um Vorteile aus dem Verbund zu erzielen, ist eine gewisse räumliche Nähe erforderlich. Dieser Aspekt ist vor allem von Bedeutung im Hinblick auf die Abstimmung von Leistungsangeboten. So führt z.B. die Aufgabe der Geburtshilfe an einem Standort in Südbaden nicht zu einer Steigerung der Geburtenzahl einer kooperierenden Klinik in Nordwürttemberg. Klinikleistungen sind eben räumlich nicht beliebig zu verlagern. Eine davon abweichende Beurteilung ist allenfalls im Bereich der planbaren Leistungen denkbar, sofern für den Patienten beispielsweise ein besonderer Ruf der Klinik im Hinblick auf das Leistungsspektrum bzw. die medizinische Qualität oder das Ambiente (z.B. für Privatpatienten) von erhöhter Bedeutung ist. Auch Synergien im sekundären und tertiären Bereich setzen grundsätzlich eine gewisse Nähe voraus. Ausnahmen gelten für solche Leistungen, die im Wesentlichen ortsungebunden erbracht werden können, weil z.B. der Nachteil der räumlichen Entfernung durch die moderne Technik überwunden werden kann. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Bereiche Telemedizin, EDV und Einkauf zu nennen.

d) Kriterien für die Strukturierung und Funktionalität von Verbänden

Wie bereits unter a) beschrieben, sind nur solche Verbände erfolgreich, bei denen das gemeinsame Interesse aller Partner im Vordergrund steht, d.h. die Partner auch solchen Maßnahmen zustimmen, die im Gesamtinteresse liegen, für ihre ehemalige(n) Klinik(en) aber nachteilig sein können. Eine Grenze findet diese Bereitschaft aber dann, wenn es um die Schließung von Fachabteilungen oder sogar des ehemaligen Krankenhauses geht. Vor diesem Hintergrund sind die verbleibenden besonderen Mitsprache- und ggf. Vetorechte der Partner zu sehen. In ihnen kommt der Dualismus zwischen Klinikbetrieb als Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe und Klinik als Unternehmen zum Ausdruck.

Im Einzelnen sind die folgenden Aspekte von besonderer Bedeutung:

- Strukturierung als Unternehmen
- Flexibilität der Geschäftsführung, vor allem im Tagesgeschäft

- Einrichtung eines qualifiziert besetzten Aufsichtsrats mit überschaubarer Größe
- Beschränkung der Aufgaben der Gesellschafterversammlung auf echte Trägeraufgaben und die Maßnahmen, für die die Gesellschafterversammlung kommunalrechtlich zwingend zuständig sein muss
- Sonderrechte in grundlegenden Fragen sollten nur bei Schließung oder wesentlichen Veränderungen an den bisherigen Häusern der Gesellschafter bestehen und nur ausgeübt werden können, wenn die Finanzierung bei unveränderter Fortführung gesichert ist. Dadurch wird ein Ausgleich der unterschiedlichen Interessenlage von Politik – an der Vorhaltung eines möglicherweise nicht finanzierbaren Angebots – und der Unternehmensführung – an einer wirtschaftlichen Aufgabenerfüllung – erreicht. Ist eine Fachabteilung oder ein Standort nicht mehr über die Entgelte finanzierbar, kann der betreffende Gesellschafter die Fortführung verlangen, falls er die entsprechenden Mittel zur Verfügung stellt. Die betriebswirtschaftliche Frage der Schließung bzw. Fortführung wird so von der Wahrnehmung der öffentlichen Aufgabe (Mittelbereitstellung aus politischen Gründen) getrennt.
- Die Einbringung der Kliniken in einen Verbund führt immer zu einer Reduzierung der Steuerungsmöglichkeiten des einzelnen Partners, die im Ergebnis nur über die Entsendung von Aufsichtsratsmitgliedern und die Mitwirkung in der Gesellschafterversammlung möglich ist.
- Soweit die Gesellschafter Verluste ihrer ehemaligen Kliniken auszugleichen haben, sollte dies zeitlich begrenzt werden, um das „Wir-Gefühl“ bei Entscheidungen zu erhöhen.
- Die Neuordnung von Geschäftsfeldern sollte sich an den betriebswirtschaftlichen und medizinischen Gegebenheiten orientieren. Im Bereich der Medizin stehen die Abstimmung von Leistungsangeboten sowie die Vernetzung im Vordergrund. Im Übrigen stellt sich die Frage, ob einzelne Bereiche – z.B. die Kliniken im Rahmen einer Holding-Gestaltung – in gesonderte Tochtergesellschaften ausgelagert sowie welche Entscheidungen zentral und welche vor Ort getroffen werden sollen.

e) **Kommunalpolitische Akzeptanz von Verbänden**

Die kommunalpolitische Akzeptanz ist in der Regel davon abhängig, welche Mitwirkungsrechte in Aufsichtsrat und Gesellschafterversammlung den Gremien im Rahmen des Verbundes verbleiben. Nachfolgend sind die in der Praxis wesentlichen Aspekte zusammengefasst mit einer Kommentierung im Hinblick auf die Auswirkungen:

- Einfluss der Politik auf die Geschäftsführung. Da es sich insoweit in aller Regel um Fragen des Tagesgeschäfts, d.h. die Führung des Klinikverbundes als Unternehmen, handelt, sollte die Verantwortung für die operative Führung voll bei der Geschäftsführung liegen. Dies setzt voraus, dass die Geschäftsführung über die erforderliche Flexibilität und Freiheit verfügt. Bei Aufsichtsrat und gegebenenfalls Gesellschafterversammlung verbleibt die Entscheidung über die Bestellung der Geschäftsführung. Je größer der Verbund, desto mehr Freiheit und Flexibilität sollte die Geschäftsführung haben.
- Mitwirkung der Politik im Aufsichtsrat. Tendenziell wird die Zugehörigkeit aller Mitglieder der bisherigen Krankenhausausschüsse der Gesellschafter oder der Aufsichtsräte bereits bestehender Klinikgesellschaften im Aufsichtsrat der fusionierten Gesellschaft bzw. Holdinggesellschaft angestrebt. So entstehen häufig Aufsichtsräte mit (teilweise deutlich) mehr als zwanzig Mitgliedern. Diese sind häufig nur noch eingeschränkt funktionsfähig. Zwischenzeitlich ist allerdings eine gewisse Tendenz erkennbar, den Aufsichtsrat nicht nur mit Mitgliedern der Kommunalverwaltung und Kreisräten, sondern auch mit Externen zu besetzen, die neben ihrer Fachkunde auch eine häufig hilfreiche „Außensicht“ mitbringen. Beschränkungen ergeben sich insoweit aus Kommunalrecht, das verlangt, dass die Kommune im Aufsichtsrat oder einem entsprechenden Überwachungsorgan über einen ihrer Beteiligung entsprechenden Einfluss verfügt.
- Mitwirkung der Kommunalpolitik über die Gesellschafterversammlung. Insoweit stellt sich die Frage, ob der Landrat als gesetzlicher Vertreter des Landkreises als Gesellschafter den Landkreis in der Gesellschafterversammlung vertritt oder weitere Vertreter des Landkreises in die Gesellschafterversammlung entsandt werden. Vertritt der Landrat den Landkreis in der Gesellschafterversammlung, so wird die Rückkopplung in das kommunalpolitische Umfeld durch die Beteiligung der kommunalen Gremien vor Stimmrechtsausübung durch den Landrat gewährleistet. Werden weitere Mitglieder in die Gesellschafterversammlung entsandt, so kann das Stimmrecht eines Gesellschafters dennoch nur einheitlich ausgeübt werden.

III.

Partner eines regionalen Krankenhausverbundes

Wie bereits unter II. 3. a) cc) ausgeführt, müssen die Partner zueinander passen. Dazu lassen sich im Einzelnen die folgenden Aussagen treffen:

- Die Gemeinsamkeiten sind dann in der Regel am Größten, wenn sich **kommunale Träger** zu einem Verbund zusammenschließen: Für die Partner gelten die gleichen kommunalrechtlichen Rahmenbedingungen, die bestimmte Anforderungen an Mitwirkungsrechte kommunaler Vertreter in den Gremien, haushaltsrechtliche Vorgaben, insbesondere im Hinblick auf Planung, Rechnungslegung und Prüfung, und die Beschränkungen bei der wirtschaftlichen Betätigung der Kommunen zum Gegenstand haben.

Bei der Bildung von Klinikverbänden nicht zu unterschätzen sind die arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen. Jeder Klinikverbund muss sich bei unterschiedlichen Partnern mit der Frage des anwendbaren Arbeitsrechts (TVöD), aber auch der Altersversorgung des öffentlichen Dienstes auseinandersetzen. So löst die Vollfusion von Kliniken, deren Mitarbeiter in unterschiedlichen Versorgungswerken – vor allem Zusatzversorgungskasse des Kommunalen Arbeitgeberverbands (ZVK) und Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) – versichert sind, beinahe unlösbare Probleme aus. Denn zwischen beiden Versorgungswerken gibt es kein sog. Überleitungsabkommen, das den Übergang einer Klinik, deren Altersversorgung über ein Versorgungswerk gesichert wird, in das andere Versorgungswerk ermöglicht. Einzig die getrennte Fortführung der Mitarbeiterbestände ist eine taugliche Lösung, die jedoch wegen der beabsichtigten Veränderungen im Hinblick auf die betriebswirtschaftlichen Erfordernisse kontraproduktiv ist. Da die Mitarbeiter kommunaler Kliniken in der Regel in der ZVK versichert sind, ergeben sich insoweit beim Zusammenschluss ausschließlich kommunaler Häuser regelmäßig keine Probleme.

Außerdem ist die Willensbildung im politischen Umfeld vergleichbar. In der Praxis ergeben sich häufig allerdings Unterschiede zwischen Landkreisen und Städten/Gemeinden im Hinblick auf den Wirkungskreis.

Diese Gesichtspunkte führen auch dazu, dass bei einem ausschließlich kommunalen Verbund die Identität der kommunalen Einrichtungen erhalten bleibt.

- Den Besonderheiten bei einer **Partnerschaft mit Universitätsklinika und Zentren für Psychiatrie** ist Abschnitt IV. gewidmet.
- Bei einer **Partnerschaft mit kirchlichen Trägern** stellt sich für die kirchlichen Partner die Frage, ob sie ihre kirchliche Identität im Rahmen des Verbundes fortführen können. Diese Thematik ist für die Kirchen und kirchlichen Einrichtungen

von zentraler Bedeutung. Nach dem derzeitigen Stand setzt die Einbringung kirchlicher Einrichtungen in einen Klinikverbund grundsätzlich voraus, dass der oder die kirchlichen Partner über die Mehrheit verfügen. Dies wiederum führt dazu, dass die Gesellschaft als kirchliche Einrichtung zu führen ist. Dies bedeutet,

- dass kirchliches Arbeitsrecht anwendbar sein muss.

Im Gegensatz zum öffentlichen Dienstrecht (TVöD) gelten für kirchliche Einrichtungen in der Regel die Arbeitsvertrags-Richtlinien (AVR), die zwar an das öffentliche Dienstrecht angelehnt sind, aber trotzdem über zahlreiche Besonderheiten verfügen.

Außerdem müssen die Organe (v.a. Geschäftsführer) und die übrigen leitenden Mitarbeiter in der Regel Mitglied der Kirche des kirchlichen Partners sein. Mitarbeiter in nachgeordneten Führungsebenen müssen in der Regel zumindest Mitglied in einer Kirche sein, die der Arbeitsgemeinschaft christlicher Kirchen (Ack) angehört.

Darüber hinaus können sich Sonderprobleme dann ergeben, wenn die Partner unterschiedlichen Versorgungswerken (ZVK, kirchliche Zusatzversorgungskasse) angehören. Gegenüber der Partnerschaft von kommunalen Trägern tritt insoweit noch die sog. Gewährträgerschaft der Kirche hinzu. Dies bedeutet, dass sich die (Amts-)Kirche gegenüber der Zusatzversorgungskasse verpflichtet, bei einer Insolvenz des kirchlichen Klinikträgers für etwaige Fehlbeträge aufzukommen. Verlässt die bisher kirchliche Klinik den kirchlichen Bereich, so entfällt in der Regel auch diese Gewährträgerschaft, d.h. für den Klinikträger stellt sich die Frage nach einer anderweitigen Absicherung.

An die Stelle des Personalrats (bei Einrichtungen, die in öffentlich-rechtlicher Rechtsform geführt werden) oder des Betriebsrats (bei privatrechtlich organisierten Gesellschaften) tritt die Mitarbeitervertretung mit anderen Kompetenzen.

- dass der kirchliche Auftrag der Gesellschaft bzw. die Kirchlichkeit im Gesellschaftsvertrag festzuschreiben sind.

Die Festschreibung der Kirchlichkeit ist im Hinblick auf die Verpflichtung der öffentlichen Hand zur religionsbezogenen Neutralität verfassungsrechtlich problematisch. Das Postulat der erforderlichen Mehrheitsbeteiligung führt jedenfalls dort zu erheblichen Problemen, wo die Wertverhältnisse – Werte der einzubringenden Kliniken untereinander – keine Mehrheitsbeteiligung des kirchlichen Partners rechtfertigen. Trägerbedingte Unterschiede (z.B. Öffentlichkeit von Diskussionen im kommunalen Bereich, aus der Sicht des

kirchlichen Partners eher unerwünschte Diskussionen in der Öffentlichkeit) treten als weitere Probleme hinzu.

- Für die **Zusammenarbeit mit privaten Trägern** gibt es verschiedene Ansätze. Diese können von Management-/Betriebsführungsverträgen über die (Mehrheits-) Beteiligung der Privaten bis zur Vollübernahme reichen und sowohl die Beteiligung am Betrieb als auch an den Investitionen zum Gegenstand haben. In allen Fällen ist den Privaten daran gelegen, die unternehmerische Führung zu bekommen.

Dies gelingt mit Managementverträgen nur sehr eingeschränkt und auch nur dann, wenn dem Privaten ein relativ großer Spielraum im Rahmen der laufenden Betriebsführung eingeräumt wird. Da bei dieser Gestaltung ein Know-how-Transfer zum Träger der geführten Klinik eintreten kann, wird der Abschluss eines Managementvertrags in der Regel als Vorstufe zur Beteiligung bzw. Klinikübernahme gesehen.

Übernimmt der Private die Mehrheitsbeteiligung und bleibt der bisherige, kommunale Träger (v.a. aus grunderwerbsteuerlichen Gründen) mit mindestens 5,1% beteiligt, so werden dem kommunalen Träger Mitsprache-/Vetorechte für gravierende Maßnahmen – v.a. bei Standortschließungen – eingeräumt. Häufig verpflichtet sich der Private im Rahmen der Beteiligung zu bestimmten Investitionen in einer vertraglich festgelegten Größenordnung.

Als letzte Variante verbleibt die vollständige materielle Privatisierung durch Bestellung eines Erbbaurechts am Klinikgrundstück mit einem Heimfallrecht zugunsten der Kommune für den Fall, dass bestimmte Voraussetzungen (vertragswidrige Schließung von Standorten, Insolvenz des Privaten) eintreten.

Für den privaten Partner von zentraler Bedeutung ist die Tatsache, dass die unternehmerische Führung zwingend – bei Managementverträgen nur partiell – zum privaten Partner überwechselt.

IV.

Verhältnis zu Universitätsklinik und Zentren für Psychiatrie

1. Verhältnis zu den Universitätsklinik

Ausgangspunkt ist insoweit der Abschlussbericht der Medizinstrukturkommission Sachverständigenkommission – Universitätsmedizin – Baden-Württemberg (Stand Mai 2006). Dieser enthält zur Vernetzung mit den Universitätsklinik die folgenden Kernaussagen:

- Marktführerschaft der Universitätsklinik. Sie sollten den Kern eines Netzwerks in der Region bilden. Das Netzwerk/die Kooperation sollte rechtlich verbindlich sein.
- Im Vordergrund stehen die Sicherung und der Ausbau der Wettbewerbsfähigkeit der Universitätsklinik.
- Konzentration auf Kernkompetenzen bei gleichzeitiger Arbeitsteilung mit benachbarten Krankenhäusern entsprechend dem regionalen Versorgungsauftrag.
- Zusammenarbeit mit umliegenden Krankenhäusern zur Sicherung der Patientenströme. Die umliegenden Krankenhäuser könnten die Funktion von „Portalkliniken“ oder „Satellitenkliniken“ übernehmen.
- Verstärkung der Kooperation mit Akademischen Lehrkrankenhäusern und Akademischen Lehrpraxen im Sinne der Universitätsklinik.
- Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten in besonders aufwändigen Bereichen wie z.B. der Radiologie mit dem Ziel einer verstärkten Nutzung und Auslastung.

Im Vordergrund stehen damit Synergien, die durch eine Gewinnung von Patienten und die bessere Nutzung von Ressourcen durch die Universitätsklinik entstehen. Mit der Empfehlung, die Universitätsklinik zu Zentren der Netzwerke und die umliegenden Kliniken zu Portalkrankenhäusern zu machen, wird der Führungsanspruch der Universitätsklinik deutlich. Diese Position übersieht jedoch, dass auch Kliniken in kommunaler Trägerschaft Hochleistungsmedizin anbieten. Bei der Einbindung in ein entsprechendes Netzwerk werden die kommunalen Partner grundsätzlich von den Universitätsklinik und ihrer weiteren Zukunft (materielle Privatisierung?) abhängig. Im Hinblick auf die Vorteile für beide Seiten können zwar Vorteile entstehen, die aber die

kommunalen Häuser nicht in eine völlige Abhängigkeit von den Universitätsklinika bringen sollten. Ein gelungener Verbund setzt eine echte Partnerschaft und keine Dominanz eines Partners voraus, die Partner müssen zusammenpassen (vgl. oben). Ferner ist zu beachten, dass landespolitische Entscheidungen nach anderen Kriterien und in anderen Abläufen getroffen werden als kommunalpolitische Entscheidungen.

Da die Universitätsklinika Beteiligte in der VBL, die kommunalen Träger dagegen in der Regel Mitglied in der ZVK sind, stellen sich in der Regel die bereits unter III. dargestellten Probleme im Zusammenhang mit der Altersversorgung.

2. Verhältnis zu den Zentren für Psychiatrie

Konkrete landespolitische Vorstellungen zur weiteren Zukunft der Zentren für Psychiatrie (ZfP) sind nicht bekannt. Im Koalitionsvertrag wurde lediglich vereinbart, die Rechts- bzw. Organisationsform der ZfP zu überprüfen. Die nachfolgenden Überlegungen gehen daher von den allgemeinen psychiatriepolitischen Grundsätzen aus.

- Ansatzpunkte für eine Vernetzung ergeben sich im Hinblick auf die wohnortnahe psychiatrische Versorgung und insbesondere im Hinblick auf den gemeindepsychiatrischen Verbund. Dieser setzt zwar nicht zwingend eine Zusammenarbeit auf gesellschaftsrechtlicher Grundlage voraus. Eine Zusammenarbeit auf gesellschaftsrechtlicher Grundlage ist allerdings auch nicht ausgeschlossen. Der kommunale Partner stellt dann die medizinische (ausgenommen psychiatrische), pflegerische Versorgung und Leistungen im tertiären Bereich (Catering, Reinigung etc.) zur Verfügung. Derartige Verbünde gibt es bereits. Ihre Bedeutung wird vor allem im Hinblick auf die aktuellen Entwicklungen in den Bereichen Gerontopsychiatrie und Psychosomatik und ihre dezentrale Behandlung weiter zunehmen.
- Keine relevanten Berührungspunkte zu den kommunalen Kliniken bestehen derzeit im Hinblick auf die landespolitischen Vorgaben, nach denen (anders als in anderen Bundesländern) keine Aufgabenübertragung im Bereich des Maßregelvollzugs erfolgen soll, in diesem Bereich. Im Maßregelvollzug nimmt die öffentliche Hand/die ZfPs zugleich medizinische Aufgaben und Aufgaben des Strafvollzugs wahr. Insoweit kommt der Dezentralisierung – im Gegensatz zur Entwicklung im Bereich der Psychiatrie im Übrigen – keine wesentliche Bedeutung zu. Im Hinblick auf die spezielle Art der Betätigung, die Brisanz der Aufgabe und die bei einer dezentralen Aufgabenwahrnehmung im Übrigen entstehenden Synergien dürfte der

Maßregelvollzug kein Bereich sein, der sich für einen Verbund mit den ZfPs anbietet.

Da die Zentren für Psychiatrie Beteiligte in der VBL, die kommunalen Träger dagegen Mitglieder in der ZVK sind, stellen sich in der Regel die bereits unter III. dargestellten Probleme im Zusammenhang mit der Altersversorgung.

V.

Rettungswesen und ambulante Notfallversorgung

Klinikverbünde sind auch für den Bereich des Rettungswesens von zentraler Bedeutung. Denn durch sie werden – im Hinblick auf einen größeren Ärztepool – die Besetzung des Rettungsdienstes und die Notfallversorgung erleichtert. Im Übrigen müssen die Schnittstellen zu den Kliniken und die Funktionsfähigkeit erhalten bleiben.

Die ambulante Notfallversorgung ist – ggf. im Rahmen einer Verbundlösung – im Hinblick auf die kommunalpolitische Akzeptanz auch dann von zentraler Bedeutung, wenn beispielsweise aus betriebswirtschaftlichen oder medizinischen Gründen Klinikstandorte geschlossen werden müssen. Dann kann durch die Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) eine „medizinische Einrichtung“ am Standort erhalten und damit gleichzeitig die ambulante Versorgung vor Ort sichergestellt werden. Dies erhöht die kommunalpolitische Akzeptanz einer erforderlichen Schließungsentscheidung.

Die Gesundheitsversorgung kann darüber hinaus noch optimiert werden, wenn es gelingt, über diese Medizinischen Versorgungszentren unter Beteiligung der Klinikträger – mittelbar – der Klinik solche Behandlungen zu erhalten, die wegen der stationärsersetzenden Maßnahmen ambulant erbracht werden müssen und/oder über das Medizinische Versorgungszentrum das Einweiserverhalten zugunsten der Klinik zu verbessern (Beispiel: Die Untersuchung im MVZ ergibt, dass eine bestimmte Diagnose doch nicht ambulant behandelt werden kann, mit der Folge dass der Patient/die Patientin in das Krankenhaus des am MVZ beteiligten Klinikträgers eingewiesen wird.).

VI. Rechtsformen, Gemeinnützigkeit und arbeitsrechtlicher Tendenzschutz

1. Rechtsformen von Trägerverbänden

Als Rechtsformen für eine Zusammenarbeit im kommunalen Bereich kommen im Ergebnis nur der Zweckverband – ggf. als Träger eines Eigenbetriebs – und die GmbH in Betracht. Der Eigenbetrieb selbst benötigt eine Trägerkörperschaft, so dass eine unmittelbare Beteiligung mehrerer Kommunen an einem Eigenbetrieb nicht möglich ist, d.h. ggf. von ihnen ein Zweckverband gegründet werden muss, der seinerseits Träger des Eigenbetriebs ist.

Die **Aktiengesellschaft** ist demgegenüber nach § 103 Abs.2 Gemeindeordnung nachrangig (subsidiär). Nach bisher herrschender Meinung zur kommunalrechtlichen Beurteilung gibt es keine ausreichenden Gründe, die ausnahmsweise für die Zulässigkeit der AG sprechen. Gegen die Zulässigkeit wird angeführt, die Steuerung durch die Aktionäre erfülle nicht die kommunalrechtlichen Anforderungen, da die Aktionäre weder dem Aufsichtsrat noch dem Vorstand Weisungen erteilen können und auch der Aufsichtsrat dem Vorstand grundsätzlich keine Weisungen erteilen kann.

Der **Zweckverband als öffentlich-rechtliche Rechtsform** ist im Gesundheitswesen in Baden-Württemberg ohne größere Bedeutung. Gegen seine Eignung sprechen die geringere Flexibilität und die grundsätzliche Öffentlichkeit von Sitzungen. Zwar können nicht nur Gemeinden und Landkreise Verbandsmitglieder werden, sondern auch andere öffentlich-rechtliche Rechtsträger – falls dies das für sie geltende Recht nicht ausschließt –, und auch eine Beteiligung natürlicher und juristischer Personen des Privatrechts ist möglich, wenn die Erfüllung der Verbandsaufgaben dadurch gefördert wird und Gründe des öffentlichen Wohls dem nicht entgegenstehen. In der Praxis ist die Akzeptanz bei freigemeinnützigen Partnern, aber auch Körperschaften des öffentlichen Rechts, die nicht dem kommunalen Bereich zuzurechnen sind, gering.

Damit verbleibt als **gängige Rechtsform für Klinikverbände** die **GmbH**, die ggf. gemeinnützig ist (vgl. unten 2. zur Gemeinnützigkeit, die gemeinnützige GmbH bildet keine eigene Rechtsform). Sie eröffnet einen weiten Gestaltungsspielraum im Hinblick auf die Ausgestaltung der Organe und ihrer Kompetenzen. Ferner sind auch Holdinggestaltungen unter Beteiligung von Gesellschaften mit beschränkter Haftung sowohl als Holdinggesellschaften als auch als Tochtergesellschaften denkbar. Die sich dabei ergebenden umsatzsteuerlichen und ggf. gemeinnützigkeitsrechtlichen Fragen sind zu beachten, ggf. aber auch lösbar.

2. Gemeinnützigkeit kommunaler Krankenhausverbände, arbeitsrechtlicher Tendenzschutz

Kommunale Kliniken sind derzeit in der Regel gemeinnützig, und zwar gleichgültig, ob sie in der öffentlich-rechtlichen Organisationsform des Eigen- oder Regiebetriebs oder in privatrechtlicher Rechtsform, d.h. als GmbH, geführt werden. Damit kann eine Beseitigung der Gemeinnützigkeit zu einer rückwirkenden Besteuerung für einen Zeitraum von bis zu zehn Jahren führen. Ob sich in diesem Zeitraum überhaupt steuerpflichtige Gewinne ergeben, ist eine Frage des Einzelfalls und nicht allein aufgrund der Handelsbilanzen zu entscheiden. Häufig fallen in diesen Zeitraum auch noch wirtschaftlich gute Jahre, so dass eine Steuerpflicht nicht ausgeschlossen werden kann.

Noch wesentlicher als die Steuerpflicht etwaiger Gewinne ist jedoch der arbeitsrechtliche Tendenzschutz. Gemeinnützige Klinik-GmbHs genießen im Gegensatz zu steuerpflichtigen GmbHs Tendenzschutz, d.h. sie haben weder einen Wirtschaftsausschuss zu bilden noch einen mitbestimmten Aufsichtsrat. Ohne Tendenzschutz müssen größere GmbHs mit mehr als 500 Arbeitnehmern einen mitbestimmten Aufsichtsrat bilden, dem bei über 500 Arbeitnehmern ein Drittel Arbeitnehmervertreter angehören müssen. Bei mehr als 1.000 Arbeitnehmern ist ein mit Arbeitnehmervertretern und Arbeitgebervertretern paritätisch besetzter Aufsichtsrat zu bilden.

Die wesentlichen Aspekte lassen sich damit wie folgt zusammenfassen:

- Da die beteiligten Kommunen keine Gewinnausschüttungen erwarten, ist die Gemeinnützigkeit von Klinik-GmbHs für sie nicht nachteilig.
- Die Beseitigung der Gemeinnützigkeit führt zur rückwirkenden Besteuerung für bis zu zehn Jahre auf der Grundlage der steuerlichen Jahresergebnisse, die von den Handelsbilanzergebnissen deutlich abweichen können. Daher kann bei einer Beseitigung der Gemeinnützigkeit eine Steuerbelastung im Einzelfall nicht ausgeschlossen werden.
- Die Fortführung der Gemeinnützigkeit führt dazu, dass die Klinik-GmbH arbeitsrechtlichen Tendenzschutz genießt, d.h. keinen mitbestimmten Aufsichtsrat und keinen Wirtschaftsausschuss einrichten muss.

VII. Förderwesen

Betrachtet man die kommunalen Kliniken in Baden-Württemberg, so ergibt sich, dass die Kreiskliniken teilweise bereits ohne einen Zusammenschluss mit anderen Klinikträgern über eine wettbewerbsfähige Größe verfügen (Beispiel: GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH). Würden kommunale Klinikverbände ohne Rücksicht auf die Wettbewerbsfähigkeit anderer Klinikträger bevorzugt, so würden die anderen Klinikträger, die auf Grund ihrer Ausrichtung und Größe bereits wettbewerbsfähig sind, zu Unrecht benachteiligt. Im Hinblick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz bestünden insoweit rechtliche Bedenken.

Wünschenswert wäre es aber, wenn die Förderbehörden und hier insbesondere das Sozialministerium verstärkt selbst eine gewisse Moderationsfunktion übernehmen würden. In diesem Rahmen könnte auch über die Förderung ein Anreiz geschaffen werden, wettbewerbsfähige Strukturen zu schaffen, soweit solche nicht bereits vorhanden sind. Sondersituationen sind insoweit im Hinblick auf Universitätsklinika (Trägerschaft des Landes, Zuständigkeit des Wissenschaftsministeriums) und die Zentren für Psychiatrie (Trägerschaft des Landes, Zuständigkeit des Sozialministeriums) zu erwarten.

VIII. Private Public Partnership (PPP)

Angesichts leerer öffentlicher Kassen dürfte PPP eine zunehmende Bedeutung bekommen. Nach einer gängigen Definition ist PPP die meist langfristig vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und Privatwirtschaft, bei der die erforderlichen Ressourcen (Know-how, Betriebsmittel, Kapital etc.) von den Partnern zum gegenseitigen Nutzen in einen gemeinsamen Organisationszusammenhang eingestellt und vorhandene Projektrisiken entsprechend der Risikomanagementkompetenz der Projektpartner optimal verteilt werden. Hinsichtlich der rechtlichen Gestaltung sind grundsätzlich zu unterscheiden PPP auf Vertragsbasis und die institutionalisierte Öffentlich Private Partnerschaft (ÖPP). Bei PPP auf Vertragsbasis schließen öffentlicher und privater Partner Verträge mit dem Ziel, ein sog. Betriebsführungs- oder Betreibermodell umzusetzen. Bei der ÖPP gründen die Partner im sog. Konzessions- oder Kooperationsmodell (Joint Venture) ein neues Rechtssubjekt, an dem die Partner beteiligt sind.

Dabei ist PPP sowohl im Hinblick auf den laufenden Klinikbetrieb als auch bezüglich der erforderlichen Investitionen von Bedeutung. Zu wesentlichen Aspekten von PPP im eigentlichen Klinikbetrieb kann auf die Ausführungen oben III. (Zusammenschluss von Kommunen und Privaten im Betriebsbereich) verwiesen werden. Die Bedeutung von

PPP im Zusammenhang mit Großinvestitionen zur Vermeidung einer materiellen Privatisierung des Klinikbetriebs wird voraussichtlich deutlich zunehmen.

Bei PPP im investiven Bereich sind neben den betriebswirtschaftlichen Aspekten auch vergaberechtliche, gemeinnützigkeitsrechtliche und förderrechtliche Gesichtspunkte zu beachten.

Anwendungsfelder für PPP im investiven Klinikbereich könnten beispielsweise sein:

- Großgeräteleasing
- Sale and lease back und originäres Leasing bei Klinikneubauten (Beispiel: beabsichtigter Bau eines Klinikums im Schwarzwald-Baar-Kreis)
- Grundstücksgesellschaften gemeinsam mit dem privaten Partner.

Die denkbaren Gestaltungsvarianten sind vielfältig, die auftretenden gemeinnützigkeits- und förderrechtlichen Fragestellungen sehr komplex. Ihre Darstellung würde den Rahmen der vorliegenden Ausarbeitung bei Weitem sprengen. Ob PPP tatsächlich eine echte Alternative zu Eigeninvestitionen darstellt, ist davon abhängig, ob der Private preisgünstiger bauen kann und gleichwohl seine Renditeerwartungen erfüllt werden oder die Eigeninvestitionen mit Darlehensfinanzierung zu Kommunalkreditkonditionen die kostengünstigere Lösung ist.

IX.

Kartellrechtliche Implikationen

Ob und inwieweit das Kartellrecht auch im Klinikbereich von Bedeutung ist, ist derzeit nicht abschließend geklärt. Das Bundeskartellamt bejaht diese Frage. Danach ist auch im Klinikbereich eine Zusammenschlusskontrolle nach den allgemeinen Grundsätzen durchzuführen.

Die Zusammenschlusskontrolle setzt voraus, dass

- die beteiligten Unternehmen insgesamt weltweit Umsatzerlöse von mehr als €500 Mio. und
- mindestens ein beteiligtes Unternehmen im Inland Umsatzerlöse von mehr als €25 Mio.

erzielt haben. Dabei sind Gesellschaften, an denen eine Mehrheitsbeteiligung besteht, als ein Unternehmen zu behandeln, d.h. ihre Umsätze sind insoweit zusammenzurechnen.

Ein genehmigungspflichtiger Zusammenschluss liegt insbesondere vor

- beim Erwerb des Vermögens eines anderen Unternehmens ganz oder zu einem wesentlichen Teil.
- beim Erwerb der unmittelbaren oder mittelbaren Kontrolle durch ein oder mehrere Unternehmen über die Gesamtheit oder Teile eines oder mehrerer Unternehmen. Die Kontrolle kann durch Rechte, Verträge oder andere Mittel begründet werden, die einzeln oder zusammen unter Berücksichtigung aller tatsächlichen und rechtlichen Umstände die Möglichkeit gewähren, einen bestimmenden Einfluss auf die Tätigkeit eines anderen Unternehmens auszuüben, insbesondere durch Eigentums- oder Nutzungsrechte oder durch Rechte oder Verträge, die einen bestimmenden Einfluss auf die Zusammensetzung, die Beratung oder Beschlüsse der Organe des Unternehmens gewähren.
- beim Erwerb von Anteilen an einem anderen Unternehmen, wenn die Anteile allein oder zusammen mit sonstigen, dem Unternehmen bereits gehörenden Anteilen 50% oder 25% des Kapitals oder der Stimmrechte des anderen Unternehmens erreichen.
- bei jeder sonstigen Verbindung von Unternehmen, auf Grund derer ein oder mehrere Unternehmen unmittelbar oder mittelbar einen wettbewerblich erheblichen Einfluss auf ein anderes Unternehmen ausüben können.

Das Bundeskartellamt kann den Zusammenschluss dann untersagen, wenn zu erwarten ist, dass er eine marktbeherrschende Stellung begründet oder verstärkt, es sei denn, die beteiligten Unternehmen weisen nach, dass durch den Zusammenschluss auch Verbesserungen der Wettbewerbsbedingungen eintreten und dass diese Verbesserungen die Nachteile der Marktbeherrschung überwiegen.

Ein Unternehmen ist gemäß § 19 Abs. 2 GWB marktbeherrschend, soweit es als Anbieter oder Nachfrager einer bestimmten Art von Waren oder gewerblichen Leistungen

- ohne Wettbewerber ist oder
- keinem wesentlichen Wettbewerb ausgesetzt ist oder
- eine im Verhältnis zu seinen Wettbewerbern überragende Marktstellung hat.

Dabei wird vermutet, dass ein Unternehmen marktbeherrschend ist, wenn es einen Marktanteil von mindestens einem Drittel hat.

Bei der Beurteilung der Frage, ob eine marktbeherrschende Stellung besteht oder verstärkt wird, ist entscheidend auf den sachlich relevanten Markt, die räumliche

Marktabgrenzung, die Marktbeherrschung und die Verstärkung dieser Stellung abzustellen. Das Bundeskartellamt lässt für die Beurteilung des sachlich relevanten Markts für Akutkrankenhäuser ambulante praxisärztliche Behandlungen, Rehabilitationseinrichtungen und nicht gemäß § 108 SGB V zugelassene Kliniken unberücksichtigt. Des Weiteren prüft das Bundeskartellamt, in welchem Umfang Patienten aus verschiedenen Gebieten Krankenhäuser tatsächlich nutzen und damit unter räumlichen Gesichtspunkten als gegeneinander austauschbar ansehen.

Im Ergebnis können sich dadurch kartellrechtliche Beschränkungen hinsichtlich der Größe der Krankenhausverbände ergeben. Abgesehen von den o.g. Größenmerkmalen und Marktanteilen, die überschritten werden müssen, sind zentrale Aspekte

- die Abgrenzung der relevanten Märkte
- gegebenenfalls erforderliche Vorteile des Zusammenschlusses, die die Nachteile übersteigen.

Zusammenfassung

Die wesentlichen Aussagen zu den derzeitigen **Rahmenbedingungen** im Gesundheitswesen (vgl. oben I.) lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Kliniken in öffentlicher Trägerschaft in Baden-Württemberg haben im bundesweiten Vergleich eine herausragende Bedeutung und werden diese voraussichtlich auch behalten.
- Die Kliniken in öffentlicher Trägerschaft stellen sich dem erforderlichen Wandel durch Veränderung der Managementstrukturen, Verbesserung von Prozessabläufen, Outsourcing und nicht zuletzt das Eingehen von Kooperationen / Verbänden.
- Es sind sowohl horizontale Kooperationen – Abstimmung von Leistungsangeboten zwischen Kliniken der Akutversorgung – als auch vertikale Kooperationen – Zusammenarbeit innerhalb der Leistungskette (niedergelassener Bereich, Akutkrankenhäuser, Rehaeinrichtungen und Pflege) – erforderlich.
- Durch leistungsfähige Kliniken in öffentlicher Trägerschaft muss einem „Abwandern“ von Leistungen in andere Bundesländer oder ins Ausland vor allem im Bereich von Spezialkliniken und Rehaeinrichtungen vorgebeugt werden.

Wesentliche Gesichtspunkte bei der **Gründung kommunaler Krankenhausverbände** (vgl. oben II.) sind:

- Die Leistungsfähigkeit von Kliniken in öffentlicher Trägerschaft kann im Regelfall am besten durch kommunale Klinikverbände gesichert werden.
- Der Betrieb von Kliniken ist sowohl eine öffentliche als auch eine unternehmerische Aufgabe.
- Im Hinblick auf den Klinikbetrieb als öffentlicher Aufgabe sollten die kommunalen Gremien nur für die grundlegenden Trägerentscheidungen (z.B. Gesellschaftsvertragsänderungen, Schließung von Standorten) zuständig sein.
- Der eigentliche Klinikbetrieb muss nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen geführt werden.

Bei der Wahl der **Partner** bei Gründung **von regionalen Krankenhausverbänden** sind die folgenden Aspekte von besonderer Bedeutung (vgl. oben III.):

- Bei kommunalen Klinikverbänden kommt der Wahl der Partner besondere Bedeutung zu, d.h. die Partner müssen zueinander passen im Sinne eines gegenseitigen Gebens und Nehmens. Diese Voraussetzungen sind bei ausschließlich kommunalen Partnern am ehesten erfüllt.
- Die Abstimmung von medizinischen Leistungsangeboten ist letztlich nur durch verbindliche Kooperationen möglich.
- Verbindliche, umfassende Kooperationen im Sinne von Klinikverbänden sollten im Regelfall auf gesellschaftsrechtlicher Grundlage erfolgen.

Klinikverbände kommunaler Träger mit **Universitätsklinika und Zentren für Psychiatrie** setzen grundsätzlich voraus, dass die kommunalen Interessen und Zielsetzungen angemessen berücksichtigt werden (vgl. oben IV.).

In die Überlegungen zur Begründung regionaler Krankenhausverbände sollten auch die Auswirkungen auf das **Rettungswesen** und die **ambulante Notfallversorgung** (vgl. oben V.) einbezogen werden.

Zu **Rechtsformen, Gemeinnützigkeit und arbeitsrechtlichem Tendenzschutz** (vgl. oben VI.) ist zu beachten, dass

- für kommunale Klinikverbände die Rechtsform der GmbH am besten geeignet ist,

- die Gemeinnützigkeit von Klinik-GmbHs im Regelfall nicht negativ für die Unternehmensführung ist, aber gleichzeitig zum arbeitsrechtlichen Tendenzschutz führt,
- der Tendenzschutz Spielräume für die Ausgestaltung der Mitarbeiterbeteiligung schafft.

Bei der **Vergabe von Fördermitteln** (vgl. oben VII.) ist die Frage der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser entscheidend. Insoweit sollte die Schaffung leistungsfähiger Krankenhausverbände im Rahmen der Förderung begünstigt werden.

Die **Partnerschaft mit Privaten** (Public Private Partnership, PPP) wird insbesondere im investiven Bereich eine zunehmende Bedeutung bekommen (vgl. oben VIII.).

Bei allen Konzentrationsprozessen – dies gilt nicht nur für kommunale Klinikverbände, sondern auch materielle Privatisierungen, d.h. Klinikübernahmen durch steuerpflichtige Klinikketten – wird die Bedeutung der **kartellrechtlichen Beschränkungen** zunehmen (vgl. oben IX.).

Empfehlungen

Die erfolgreiche Führung von Kliniken setzt zunächst **in kommunalpolitischer Sicht** voraus, dass – sofern nicht bereits vorhanden – unternehmerische Strukturen geschaffen werden, die eine flexible Geschäftsführung ermöglichen. Dies beinhaltet, dass unternehmerische Entscheidungen nach betriebswirtschaftlichen Kriterien und nur wesentliche Trägerentscheidungen (v.a. Fusionen, Standortschließungen, Großinvestitionen, die einen Finanzierungsbeitrag der Kommune erforderlich machen) unter Einbeziehung kommunalpolitischer Gesichtspunkte getroffen werden. Die Führung nach betriebswirtschaftlichen Kriterien setzt außerdem qualifizierte Gremien mit einer überschaubaren Größe voraus. Dies betrifft vor allem den Aufsichtsrat und seine Besetzung.

Trägerübergreifende Klinikverbände sind nur erfolgreich, wenn nicht das Interesse an den bisherigen (Kreis-)Krankenhäusern des jeweiligen Partners bei Entscheidungen im Vordergrund steht (Ausnahme: Standortschließung), sondern das Gesamtinteresse.

In landespolitischer Hinsicht kommt der Förderung leistungsfähiger Klinikstrukturen insbesondere im Rahmen der Investitionsförderung nach Krankenhausfinanzierungsgesetz und Landeskrankenhausgesetz eine zentrale Bedeutung zu. Dabei darf im Hinblick auf die verfassungsrechtliche Zulässigkeit (Gleichbehandlung mit leistungsfähigen Kliniken in der Hand eines Trägers) die Bildung von Klinikverbänden allein nicht das entscheidende Kriterium sein.

Soweit das Land nicht nur als Förderbehörde, sondern auch als – mittelbarer – Klinikträger (Universitätsklinik, Zentren für Psychiatrie) beteiligt ist, muss bei Verbänden darauf geachtet werden, dass die kommunalen Besonderheiten und Ziele in die Ausgestaltung der Verbände eingehen.

Bei allen Klinikumgestaltungen werden künftig die **kartellrechtlichen Vorgaben** von zunehmender Bedeutung sein. Soweit danach eine Zusammenschlusskontrolle zu erfolgen hat, sollten die Kriterien für die Untersagung von Zusammenschlüssen hinterfragt und diskutiert werden. Dabei sollten die Besonderheiten des Gesundheitswesens unbedingt berücksichtigt werden, insbesondere der öffentliche Auftrag, den die Kliniken im Hinblick auf die Daseinsvorsorge im engeren Sinne wahrnehmen (Sicherstellungsauftrag der Kommunen). Die Schaffung von Klinikverbänden sollte nicht erst bei einem Marktversagen und damit dem Eingreifen des Sicherstellungsauftrags möglich sein. Insoweit sollte sich die Bundesregierung bei der EU für eine Bereichsausnahme einsetzen.

Vergleichbare, **EU-beihilferechtliche Tendenzen** sind auch bereits im Zusammenhang mit der Entscheidung der EU-Kommission vom 29. November 2005 (sog. Monti-Paket) erkennbar (2005/842/EG; 2005 C 297/04; 2005/81/EG).

Soweit die an einem potenziellen Verbund beteiligten Partner ihren Arbeitnehmern eine **Altersversorgung** in unterschiedlichen Versorgungssystemen (v.a. Zusatzversorgungskasse des Kommunalen Arbeitgeberverbandes, ZVK, und Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder, VBL) gewährt haben, sollte die Überleitung von Anwartschaften bei Betriebsübergängen ermöglicht werden. Derzeit bestehen bei einem Zusammenschluss von Kliniken, deren Arbeitnehmer in unterschiedlichen Versorgungssystemen versichert sind, keine rechtlich möglichen und betriebswirtschaftlich sinnvollen Lösungen. Dieser Gesichtspunkt ist vor allem bei Verbänden unter Einbeziehung von Universitätsklinik und Zentren für Psychiatrie von zentraler Bedeutung.

Stuttgart, den 18. Dezember 2006

gez. Prof. Dr. Stefan Schick
- Rechtsanwalt /
Fachanwalt für Steuerrecht -