

Universität Paderborn  
FB 5 – Wirtschaftswissenschaften

**Wirtschaftliche Führung öffentlicher Krankenhäuser**

– eine kritische Betrachtung der Public Private Partnership im deutschen Krankenhauswesen aus institutionenökonomischer Sicht –

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Grades  
eines Doktors der Wirtschaftswissenschaften

vorgelegt von

**Ursula Ennemann**

Oktober 2003

*Für meinen Mann*

*Marc*

## **Vorwort**

Die vorliegende Arbeit wurde im Wintersemester 2002 / 2003 von der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Paderborn als Dissertation angenommen.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Bernd Rahmann, der mich als Doktorvater zur Promotion ermutigte, während der letzten Jahren betreute und mir dabei stets als wertvoller Gesprächspartner zur Seite stand. Seine Anregungen und Denkanstöße waren mir bei der Durchführung der vorliegenden Dissertation eine große Hilfe. Bedanken möchte ich mich auch bei Prof. Dr. K.-H. Schmidt für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Mein besonders herzlicher Dank gilt meinen Eltern, ohne deren Unterstützung und steten Zuspruch die vorliegende Dissertation niemals entstanden wäre. Ihr ebenso fürsorglicher wie motivierender Beistand hat mich immer in meinem Handeln verstärkt und angetrieben. Ebenfalls danken möchte ich meiner Schwester Regina, die als „Leidensgenossin“ großes Verständnis für mich hatte, und meiner Schwester Miriam, die mich mit ihrer fröhlichen Natur oftmals aufheitern und ablenken konnte.

Ganz besonders danke ich meinem lieben Mann Marc, dem ich diese Arbeit widme. Er hat mir während des gesamten Zeitraums immer verständnisvoll und liebevoll zur Seite gestanden und somit einen maßgeblichen Anteil an dem Gelingen dieser Arbeit.

Essen, im Oktober 2003

Ursula Ennemann

**Inhaltsverzeichnis:**

|   | Seite      |
|---|------------|
| <b>Inhaltsverzeichnis</b>                                     | <b>I</b>   |
| <b>Abkürzungsverzeichnis</b>                                  | <b>IV</b>  |
| <b>Tabellenverzeichnis</b>                                    | <b>VI</b>  |
| <b>Abbildungsverzeichnis</b>                                  | <b>VII</b> |
| <br>  |            |
| <b>1. Problemstellung und Vorgehensweise</b>                  | <b>1</b>   |
| <br>  |            |
| <b>2. Grundzüge des Krankenhauswesens</b>                     | <b>6</b>   |
| <b>2.1 Das System der Gesundheitsversorgung</b>               | <b>6</b>   |
| 2.1.1 Ausgaben für Gesundheitsleistungen                      | 6          |
| 2.1.2 Das Krankenhaus als Element des Gesundheitswesens       | 9          |
| <b>2.2 Darstellung des Krankenhausbetriebes</b>               | <b>14</b>  |
| 2.2.1 Trägerschaft  | 14         |
| 2.2.2 Zielsystem  | 17         |
| 2.2.3 Rechtsformen  | 21         |
| 2.2.4 Krankenhausführung                                      | 23         |
| <b>2.3 Grundlagen der Krankenhausfinanzierung</b>             | <b>27</b>  |
| 2.3.1 Krankenhausfinanzierung 1972 bis 1992                   | 27         |
| 2.3.2 Krankenhausfinanzierung 1993 bis 2002                   | 29         |
| 2.3.3 Krankenhausfinanzierung ab 2003                         | 31         |
| <br>  |            |
| <b>3. Privatisierungstendenzen öffentlicher Krankenhäuser</b> | <b>34</b>  |
| <b>3.1 Abgrenzung der Begrifflichkeiten</b>                   | <b>34</b>  |
| 3.1.1 Privatisierung  | 34         |
| 3.1.1.1 Formelle Privatisierung                               | 34         |
| 3.1.1.2 Materielle Privatisierung                             | 35         |
| 3.1.2 Public Private Partnership                              | 39         |
| 3.1.2.1 Ausdifferenzierung in der Literatur                   | 39         |
| 3.1.2.2 PPP-Begriff im Rahmen dieser Arbeit                   | 44         |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>3.2 Privatwirtschaftliche Motive im Krankenhauswesen</b>                           | <b>46</b> |
| 3.2.1 Finanzsituation   | 46        |
| 3.2.2 Anforderungen an das Management   | 48        |
| 3.2.3 Veränderte Zielstrukturen   | 50        |
| <b>3.3 Public Private Partnership-Entwicklungen im deutschen<br/>Krankenhauswesen</b> | <b>51</b> |
| <b>4. Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus aus institutionenökonomischer<br/>Sicht</b>   | <b>55</b> |
| <b>4.1 Besonderheiten der Krankenhausleistung</b>                                     | <b>55</b> |
| 4.1.1 Charakter der Krankenhausleistung   | 55        |
| 4.1.2 Mehrstufiger Produktionsprozess   | 60        |
| <b>4.2 Wirtschaftlichkeit: Input, Output, Qualität</b>                                | <b>62</b> |
| 4.2.1 Der Wirtschaftlichkeitsbegriff im Krankenhaus                                   | 62        |
| 4.2.1.1 Input   | 66        |
| 4.2.1.2 Output  | 68        |
| 4.2.1.3 Qualität  | 73        |
| 4.2.2 Möglichkeiten und Grenzen von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen                   | 76        |
| <b>4.3 Neue Institutionenökonomie</b>   | <b>77</b> |
| 4.3.1 Property-Rights-Theorie   | 79        |
| 4.3.2 Principal-Agent-Theorie   | 82        |
| 4.3.3 Anwendung institutionenökonomischer Ansätze im Krankenhaus                      | 86        |
| <b>5. Analyse der Krankenhausführung</b>  | <b>90</b> |
| <b>5.1 Modellauswahl</b>  | <b>90</b> |
| <b>5.2 Modell 1: Klassische Organisationsstruktur</b>                                 | <b>91</b> |
| 5.2.1 Krankenhausträger   | 93        |
| 5.2.1.1 Handlungs- und Verfügungsrechte   | 93        |
| 5.2.1.2 Zielvorstellungen   | 98        |
| 5.2.2 Krankenhausleitung  | 102       |
| 5.2.2.1 Handlungs- und Verfügungsrechte   | 102       |
| 5.2.2.2 Zielvorstellungen   | 108       |

---

|  |            |
|--|------------|
| <b>5.3 Modell 2: Public Private Partnership</b>                              | <b>116</b> |
| 5.3.1 Krankenhausträger  | 120        |
| 5.3.1.1 Handlungs- und Verfügungsrechte                                      | 120        |
| 5.3.1.2 Zielvorstellungen  | 122        |
| 5.3.2 Krankenhausmanager   | 123        |
| 5.3.2.1 Handlungs- und Verfügungsrechte                                      | 123        |
| 5.3.2.2 Zielvorstellungen  | 127        |
| 5.3.3 Krankenhaus-Direktorium  | 128        |
| 5.3.3.1 Handlungs- und Verfügungsrechte                                      | 128        |
| 5.3.3.2 Zielvorstellungen  | 130        |
| <b>5.4 Zwischenergebnis</b>  | <b>130</b> |
| <br>   |            |
| <b>6. Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der<br/>Krankenhausführung</b> | <b>132</b> |
| 6.1 Konzentration der Handlungs- und Verfügungsrechte                        | 132        |
| 6.2 Handlungsbereiche der Akteure nach Wirtschaftlichkeitsfaktoren           | 136        |
| 6.3 Principal-Agent-Probleme und ökonomische Auswirkungen                    | 142        |
| 6.3.1 Input  | 142        |
| 6.3.2 Output   | 150        |
| 6.3.3 Qualität   | 157        |
| 6.4 Vergleichende Betrachtung nach Modellen                                  | 165        |
| <br>   |            |
| <b>7. Gestaltungsperspektiven</b>  | <b>172</b> |
| <br>   |            |
| <b>Literaturverzeichnis</b>  | <b>179</b> |
| <br>   |            |
| <b>Internetadressenverzeichnis</b>   | <b>198</b> |

## **Abkürzungsverzeichnis**

|            |  |
|------------|--|
| AG-KHG     | Gesetz zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Schleswig-Holstein  |
| BayKrG     | Bayerisches Krankenhausgesetz  |
| BPfIV      | Bundespflegesatzverordnung   |
| BremKHG    | Bremisches Krankenhausfinanzierungsgesetz  |
| EigBG      | Eigenbetriebsgesetz Baden-Württemberg  |
| EKG        | Elektrokardiogramm   |
| gem.       | gemäß  |
| GemO       | Gemeindeordnung für Baden-Württemberg  |
| GKV        | Gesetzliche Krankenversicherung  |
| GO         | Gemeindeordnung Nordrhein-Westfalen  |
| HGO        | Hessische Gemeindeordnung  |
| HKHG       | Hessisches Krankenhausgesetz   |
| HmbKHG     | Hamburgisches Krankenhausgesetz  |
| KH         | Krankenhaus  |
| KHG LSA    | Gesetz des Landes Sachsen-Anhalt zum Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze |
| KHG NW     | Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen   |
| KHG        | Krankenhausfinanzierungsgesetz   |
| KSVG       | Kommunalselbstverwaltungsgesetz  |
| LKG Berlin | Landeskrankenhausgesetz Berlin   |
| LKG        | Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz  |
| LKGBbg     | Krankenhausgesetz des Landes Brandenburg   |
| LKHG       | Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg  |
| Nds.KHG    | Niedersächsisches Gesetz zum Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze         |
| NGO        | Niedersächsische Gemeindeordnung   |
| OP         | Operation(-ssaal)  |

|          |                                  |
|----------|----------------------------------|
| PKV      | Private Krankenversicherung      |
| PPP      | Public Private Partnership       |
| SächsKHG | Sächsisches Krankenhausgesetz    |
| SKHG     | Saarländisches Krankenhausgesetz |
| ThürKGH  | Thüringer Krankenhausgesetz      |
| u. a.    | unter anderem                    |

**Tabellenverzeichnis**

Seite:

|   |     |
|---|-----|
| Tabelle 1: Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen 1998        | 7   |
| Tabelle 2: Handlungsbereiche nach Wirtschaftlichkeitsfaktoren | 141 |
| Tabelle 3: Principal-Agent-Problematik – Input                | 149 |
| Tabelle 4: Principal-Agent-Problematik – Output               | 156 |
| Tabelle 5: Principal-Agent-Problematik – Qualität             | 163 |
| Tabelle 6: Vergleichende Betrachtung Modell 1 und 2           | 170 |

**Abbildungsverzeichnis**

Seite:

|  |     |
|--|-----|
| Abbildung 1: Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung                     | 10  |
| Abbildung 2: Bettenzahl und Krankenhausanzahl nach Trägerschaft 1998                 | 15  |
| Abbildung 3: Zielsystem des Krankenhauses  | 17  |
| Abbildung 4: Übersicht der Rechtsformen  | 22  |
| Abbildung 5: Beispiel einer Organisationsstruktur im Krankenhaus                     | 24  |
| Abbildung 6: Klassische Organisation der Krankenhausleitung                          | 25  |
| Abbildung 7: Zahlungsströme in der Krankenhausfinanzierung                           | 28  |
| Abbildung 8: Vergütungsformen für allgemeine Krankenhausleistungen gemäss BPfIV 1995 | 30  |
| Abbildung 9: Privatisierungsformen   | 38  |
| Abbildung 10: Kliniken in der Betriebsführung führender privater Klinikbetreiber     | 53  |
| Abbildung 11: Mehrstufiger Krankenhausproduktionsprozeß                              | 61  |
| Abbildung 12: Zusammenhang zwischen Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Effektivität   | 64  |
| Abbildung 13: Wirtschaftlichkeitsbeeinflussende Faktoren                             | 65  |
| Abbildung 14: Qualitätsindikatoren   | 74  |
| Abbildung 15: Klassische Organisationsstruktur der Krankenhausführung                | 93  |
| Abbildung 16: Public Private Partnership   | 119 |
| Abbildung 17: Bündelung der Handlungs- und Verfügungsrechte                          | 134 |

## 1. Problemstellung und Vorgehensweise

Im deutschen Krankenhauswesen hat sich in den letzten Jahrzehnten ein erheblicher Strukturwandel vollzogen. Die Knappheit der finanziellen Mittel hat zu zahlreichen Reformbestrebungen geführt mit dem Ziel, mehr Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit in den Krankenhäusern zu erreichen. Zu den Bemühungen um Gesundheitsreformen gehört insbesondere die Einführung einer leistungsorientierten Vergütung für Krankenhausleistungen. Erste Ansätze wurden im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 durch den Einsatz von Fallpauschalen und Sonderentgelten als Abrechnungseinheiten realisiert. Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 soll diese Entgeltform ab dem Jahr 2003 geändert werden, und die Einführung eines umfassenden pauschalierenden Entgeltsystems auf Basis der DRG-Systematik (Diagnosis Related Groups) ist geplant. Das DRG-System sieht für jeden Behandlungsfall im Krankenhaus einen prospektiv vereinbarten, indikationsbezogenen Festpreis als Entgelt für die stationäre Einrichtung vor.<sup>1</sup> Im Vergleich zum bisherigen Finanzierungssystem entsteht ein deutlicher finanzieller Anreiz, die Behandlungen der Patienten möglichst wirtschaftlich durchzuführen.

Der vor diesem Hintergrund zunehmende Konkurrenz-, Wettbewerbs- und Kostendruck trifft die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft umso stärker aufgrund ihrer teilweise desolaten finanziellen Situation. Obwohl es keine allgemeine Übersicht gibt, aus der die Fehlbeträge öffentlicher Krankenhäuser hervorgeht<sup>2</sup>, gibt es zahlreiche Fälle, die zeigen, dass Kommunen mit ihren Kliniken große Defizite erwirtschaften. Inwieweit das Mittel der Subventionspolitik an dieser Stelle bei sich ständig verschlechternden Rahmenbedingungen aufrechterhalten werden kann, ist fraglich.<sup>3</sup>

Unter diesen Rahmenbedingungen ist ein neuer Trend bei öffentlich geführten Krankenhäusern zu beobachten. Zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses sehen öffentliche Krankenhasträger einen Ausweg in der Vergabe der Krankenhausbetriebsführung an private Klinikgesellschaften im Rahmen eines Management-

---

<sup>1</sup> Vgl. Roeder, N./Rochell, B./Scheld, H. H. (2000), S. 689f.

<sup>2</sup> Vgl. Müller von der Grün, C. P. (2000), S. 481.

<sup>3</sup> Vgl. Bruckenberger, E. (1998), S. 4f.

vertrages. In dieser Vertragskonstruktion übernimmt ein Manager einer privaten Klinikgesellschaft die Betriebsführung des Krankenhauses mit dem Ziel, das Finanzergebnis zu verbessern.

Diese Form der öffentlich-privaten Zusammenarbeit (Public Private Partnership) reicht in zwei klassische Felder der Finanzwissenschaft hinein und zwar zum einen im Rahmen der Frage nach der Rechtfertigung von Aufgaben des öffentlichen Sektors und zum anderen hinsichtlich der Form der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben. Letzteres steht im weiteren Verlauf dieser Arbeit im Mittelpunkt der Betrachtung. Ist eine Public Private Partnership zwischen öffentlichem Krankenhaus und privater Klinikgesellschaft der geeignete Weg zu mehr Wirtschaftlichkeit und gleichzeitig zur Erfüllung der öffentlichen Aufgabe einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung?

Der Gesetzgeber erhofft sich, durch die Einführung leistungsorientierter Entgelte für Krankenhausleistungen die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen zu begrenzen. Es wird vorausgesetzt, dass das Management der Krankenhäuser in der Lage ist, die vorgesehenen wirtschaftlichen Anreize zur Sicherung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser umzusetzen und den Anforderungen gerecht zu werden. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit die klassische Struktur und Organisation des Managements öffentlicher Krankenhäuser für die Umsetzung von externen Wirtschaftlichkeitsanreizen förderlich oder eben hinderlich ist.

Eine Public Private Partnership zwischen öffentlichem Krankenhaus und privater Klinikgesellschaft weist gegenüber einem rein öffentlichen Krankenhaus einige Unterschiede und Besonderheiten hinsichtlich der organisatorischen Gestaltung des Managements aus. Stehen diese Unterschiede in Verbindung mit der Wirtschaftlichkeit es Krankenhauses? Welche Änderungen bei einer PPP werden vorgenommen und in welcher Weise wirkt sich dies auf das wirtschaftliche Verhalten der beteiligten Individuen aus? Welche Rolle spielen dabei die kommunalpolitischen Vorstellungen des Krankenhausträgers? Diese und weitere Fragen ergeben sich aus der Feststellung, dass öffentliche Krankenhäuser in zunehmenden Maße unter Wirtschaftlichkeitsdruck geraten und in diesem Zusammenhang einen Managementvertrag mit

einem privaten Anbieter abschließen. Zentraler Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist daher, ob die Wahrnehmung der öffentlichen Aufgabe einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen in Form einer Public Private Partnership der richtige Weg zu mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhauswesen ist.

Diese vorliegende Fragestellung erfordert zum einen die Analyse unterschiedlicher Krankenhausmanagementstrukturen und zum anderen die Beurteilung der Auswirkungen dieser Organisationsumgebungen auf das wirtschaftliche Verhalten der Individuen. In diesem Zusammenhang sollen theoriegeleitete Handlungserklärungen und Empfehlungen erfolgen.

Als theoretischer Bezugsrahmen eignet sich die Neue Institutionenökonomie, da ökonomische und soziale Strukturen erklärt werden. Im Rahmen der Neuen Institutionenökonomie wird berücksichtigt, dass es Institutionen nicht nur statisch hinsichtlich Allokationseffizienz zu untersuchen gilt, sondern auch der Wandel von Institutionen und die Formulierung konkreter Gestaltungsempfehlungen von wesentlicher Bedeutung ist.<sup>4</sup> In diesem Wandel wird der Rolle des Menschen eine besondere Bedeutung beigemessen. Je nach Fragestellung können die Verhaltensweisen des einzelnen Menschen unterschiedlich ausfallen, wie z. B. eigennutzorientiertes Verhalten, eingeschränkt rationales oder vollkommen rationales Verhalten.

Zu den vielfältigen institutionenökonomischen Ansätzen gehören insbesondere die Property-Rights-Theorie und die Principal-Agent-Theorie. Die Property-Rights-Theorie beschäftigt sich im wesentlichen mit der unterschiedlichen Ausgestaltung von Handlungs- und Verfügungsrechten und den damit verbundenen Auswirkungen auf das ökonomische Verhalten der Individuen.<sup>5</sup> Die Principal-Agent-Theorie analysiert Abhängigkeitsverhältnisse zwischen zwei oder mehr Individuen, die in einer Auftraggeber-Auftragnehmer-Beziehung zueinander stehen.

---

<sup>4</sup> Vgl. Richter, R. (1996), S. 2.

<sup>5</sup> Vgl. Furubotn, E./Pejovich, S. (1972), S. 1139.

In der neuartigen Form der Public Private Partnership im deutschen Krankenhauswesen stehen sich Akteure aus öffentlichem Sektor und Privatwirtschaft mit unterschiedlichen Zielvorstellungen und Interessen gegenüber. Da in der Zusammenarbeit das partnerschaftliche Verhalten letztlich über Erfolg oder Misserfolg entscheidet, kommt dem Verhalten der Public Private Partnership-Beteiligten eine zentrale Bedeutung zu. Die Property-Rights-Theorie stellt vor diesem Hintergrund ein geeignetes Analyseinstrumentarium zur Untersuchung der Funktionsweise von Public Private Partnership dar, da der Fokus auf einer neutralen Darstellung der unterschiedlich zugeteilten und abgegrenzten Handlungs- und Verfügungsrechte liegt. Darauf aufbauend lassen sich die entsprechenden Auswirkungen auf das ökonomische Verhalten der Individuen im Rahmen der Principal-Agent-Theorie erörtern und bewerten. Im Ergebnis werden Aussagen zu einer stärker oder schwächer wirtschaftlichkeitsorientierten Krankenhausführung ermöglicht.

Zur Einführung in die Grundlagen des Krankenhauswesens werden in Kapitel 2 die wesentlichen Rahmenbedingungen aufgeführt und abgegrenzt. Kapitel 3 beschäftigt sich mit dem neuartigen Trend der partnerschaftlichen Zusammenarbeit von öffentlichem Krankenhaus und privater Klinikgesellschaft. Im Rahmen einer LiteratURAUSwertung erfolgt die begriffliche Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes Public Private Partnership. Empirische Tatbestände zu dieser Entwicklung im deutschen Krankenhauswesen können in der vorliegenden Arbeit nur ansatzweise aufgezeigt werden. Die Datenlage ist diesbezüglich als intransparent zu bezeichnen und die wenigen vorhandenen Daten werden vielfach nicht zur Veröffentlichung bereit gestellt.

Die wesentlichen Grundlagen der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus bildet Kapitel 4 ab. Unter Berücksichtigung krankenhausspezifischer Besonderheiten, die insbesondere den Produktionsprozess und die Bedeutung des Qualitätsaspektes betreffen, wird ein bestimmter Wirtschaftlichkeitsbegriff entwickelt. Die relevanten institutionökonomischen Teilelemente der Property-Rights- und Principal-Agent-Theorie werden dargestellt und hinsichtlich einer Anwendung auf den Krankenhausbereich aufbereitet.

Auf dieser Basis erfolgt in Kapitel 5 eine ausführliche Analyse zweier unterschiedlicher Krankenhausführungsorganisationen, zum einen eine klassische Organisations-

struktur und zum anderen eine Public Private Partnership-Konstruktion. Neben der Verteilung der Handlungs- und Verfügungsrechte werden die unterschiedlichen individuellen Interessen und Zielvorstellungen der Beteiligten dargestellt und erörtert.

In Kapitel 6 folgt die Bewertung des ökonomischen Verhaltens der Individuen auf Basis unterschiedlicher Principal-Agent-Probleme und der Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausführung. Im Ergebnis zeigt sich, inwieweit die Gestaltung der Organisationsumgebung im Krankenhaus und die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten aus dem öffentlichen und privaten Sektor mit einer wirtschaftlicher Krankenhausführung in Verbindung stehen.

Abschließend wird in Kapitel 7 eine kritische Betrachtung der Public Private Partnership im Krankenhauswesen vorgenommen und um Ansätze für zukünftige Gestaltungsempfehlungen ergänzt.

## 2. Grundzüge des Krankenhauswesens

### 2.1 Das System der Gesundheitsversorgung

#### 2.1.1 Ausgaben für Gesundheitsleistungen

Das deutsche Gesundheitswesen zählt zu den Systemen mit einem sehr hohen medizinischen Qualitätsstandard und einem flächendeckenden Versorgungsniveau. Allerdings ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt in Deutschland auch höher als in jedem anderen europäischen Land.<sup>6</sup> In einer 1997 veröffentlichten internationalen Gesundheitsstudie stellt die OECD darüber hinaus fest, dass die Ergebnisse des deutschen Gesundheitssystems nur knapp über dem Durchschnitt der Länder liegen, während der entsprechende Ressourceneinsatz jedoch überdurchschnittlich hoch ist.<sup>7</sup> Vor diesem Hintergrund liegt eine genauere Betrachtung des Ressourceneinsatzes nahe. Wie stellt sich die Gesundheitsausgabenhöhe und –struktur in Deutschland dar? Welche Gesundheitsbereiche verursachen besonders hohe Ausgaben? Wie ist der Begriff des Gesundheitswesens abzugrenzen und welche einzelnen Bereiche zählen dazu?

Eine allseits anerkannte inhaltliche Abgrenzung und Definition des Begriffes Gesundheitswesen gibt es bisher nicht. Es läuft vielmehr auf eine Aufzählung der dem Gesundheitswesen zugehörigen Bereiche hinaus. Demnach kann man sagen, das Gesundheitswesen umfasst „die Gesamtheit aller Personen und Institutionen, die dem Ziel dienen, die Gesundheit zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen. Dieses Ziel lässt sich in weitere Unterziele unterteilen, etwa Vorsorge und Aufklärung, Behandlung, Pflege und Rehabilitation, sowie Ausbildung, Forschung und Lehre.“<sup>8</sup>

Aus den genannten Unterzielen lassen sich wesentliche Institutionen des Gesundheitswesens ableiten, zu denen die Einrichtungen der ambulanten und stationären Versorgung, der Rehabilitation, der Arzneimittelversorgung und der öffentliche Ge-

<sup>6</sup> Vgl. Düllings, J. (1998), S. 97. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt betrug 1997 in Deutschland 10,4%. Übertragen wurde dies allein von den USA mit 14,0%.

<sup>7</sup> Vgl. OECD (1997), S. 77ff.

<sup>8</sup> Henke, K.-D./Göpfarth, D. (1997), S. 1.

sundheitsdienst gehören. Eine vollständige Abgrenzung bzw. Aufzählung fällt aufgrund der Vielzahl von Einrichtungen und des unbestimmten Begriffes des Gesundheitswesens nicht leicht. Betrachtet man jedoch die Aufteilung der gesamten Gesundheitsausgaben<sup>9</sup> auf einzelne Einrichtungen des Gesundheitswesens, so sind die wesentlichen quantitativen Schwerpunkte deutlich erkennbar.

| Art der Einrichtung   | 1998           |              |
|---|----------------|--------------|
|   | Mio. DM        | %            |
| <b>Gesundheitsschutz</b>  | <b>9.933</b>   | <b>2,4</b>   |
| davon Öffentlicher Gesundheitsdienst                            | 3.151          | 0,8          |
| davon Sonstige Einrichtungen des Gesundheitsschutzes            | 6.782          | 1,6          |
| <b>Ambulante Gesundheitsversorgung</b>                          | <b>186.674</b> | <b>45,2</b>  |
| davon Arztpraxen  | 56.285         | 13,4         |
| davon Zahnarztpraxen  | 25.041         | 6,1          |
| davon Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe               | 11.221         | 2,7          |
| davon Apotheken   | 52.504         | 12,7         |
| davon Gesundheitshandwerk                                       | 32.189         | 7,8          |
| davon Einrichtungen der ambulanten Pflege                       | 9.603          | 2,3          |
| davon Sonstige ambulante Einrichtungen                          | 832            | 0,2          |
| <b>Stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung</b>      | <b>157.869</b> | <b>38,2</b>  |
| davon Krankenhäuser   | 118.806        | 28,8         |
| davon Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen                | 12.176         | 3,0          |
| davon Stationäre und teilstationäre Pflege                      | 26.868         | 6,5          |
| davon Einrichtungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation | 18             | 0,0          |
| <b>Krankentransporte / Rettungsdienste</b>                      | <b>5.140</b>   | <b>1,2</b>   |
| <b>Verwaltung</b>   | <b>21.962</b>  | <b>5,3</b>   |
| <b>Sonstige Wirtschaftszweige</b>                               | <b>15.154</b>  | <b>3,7</b>   |
| <b>Ausland</b>  | <b>842</b>     | <b>0,2</b>   |
| <b>Nicht aufteilbare Ausgaben</b>                               | <b>15.159</b>  | <b>3,7</b>   |
| <b>Gesundheitsausgaben insgesamt</b>                            | <b>412.733</b> | <b>100,0</b> |

TABELLE 1: GESUNDHEITSAUSGABEN NACH EINRICHTUNGEN 1998<sup>10</sup>

<sup>9</sup> Die Gesundheitsausgaben umfassen Sachleistungen, Personal- und laufende Sachausgaben, Investitionsausgaben, laufende Zuschüsse und Investitionszuschüsse, die von den verschiedenen Ausgabenträgern getätigt werden. Unter den Ausgabenträgern sind sämtliche öffentliche und private Institutionen, die Leistungen für Gesundheit finanzieren, zu verstehen. Dazu gehören die öffentlichen Haushalte, gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Pflegeversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, private Krankenversicherung, Arbeitgeber, privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbsziele. Vgl. Statistisches Bundesamt (2001b), S. 32f.

<sup>10</sup> Eigene Darstellung auf Grundlage des Statistischen Bundesamtes (2001b), Tabellen 4 und 5 im Anhang. Bei dieser Aufstellung handelt es sich um die ersten Ergebnisse der neuen Gesundheitsausgabenrechnung, die eine Weiterentwicklung der bisherigen Gesundheitsausgabenrechnung darstellt

Im Jahr 1998 wurden in der gesamten Bundesrepublik Deutschland insgesamt 412,7 Mrd. DM für Gesundheitsleistungen ausgegeben. Die ambulante sowie stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung ist mit über 80% der Gesundheitsausgaben von besonderer Bedeutung. Für Leistungen in Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken und anderen ambulanten Einrichtungen wurden 186,7 Mrd. DM verwendet. Die Ausgaben für Einrichtungen des stationären und teilstationären Sektors beliefen sich auf insgesamt 157,9 Mrd. DM. Dabei entfällt die mit Abstand größte Ausgabenposition von 118,8 Mrd. DM (28,8%) allein auf die Krankenhäuser.

Aber nicht nur die Tatsache, dass die stationäre Krankenversorgung im Rahmen der gesamten Gesundheitsausgaben den größten Ausgabenblock einnimmt, stellt das Krankenhaus oft in den Mittelpunkt gesundheitspolitischer Diskussionen. Vor allem die Entwicklung der Ausgaben innerhalb dieses Sektors ist auffallend und gibt Anlaß zu kritischen Fragen und Stellungnahmen.<sup>11</sup> Während in den Jahren von 1980 bis 1998 die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung um 188% und die Kosten für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel um 171% anstiegen, steigerten sich die Kosten für stationäre Leistungen im gleichen Zeitraum dagegen um insgesamt 239%.<sup>12</sup> Der Begriff der ‚Kostenexplosion‘<sup>13</sup> entstand und hat dazu geführt, dass die Krankenhausversorgung als der Kostentreiber des Gesundheitswesens bis heute im Zentrum öffentlicher Diskussionen steht. Trotz zahlreicher Kostendämpfungsversuche<sup>14</sup> seitens des Gesetzgebers haben sich die Gesundheits- und insbesondere Krankenhausausgaben ständig ausgeweitet. Die Vermutung über etwaige Unwirtschaftlichkeiten und Ineffizienzen im Krankenhausbereich stellt einen zentralen Kritikpunkt der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung dar. Dies liegt nicht zuletzt auch an der erheblichen

---

und sich stärker an den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und internationalen Anforderungen orientiert. Aufgrund dieser Neuentwicklung liegen zunächst nur Daten für das Berichtsjahr 1998 und das Referenzjahr 1996 vor. Eine Zeitreihendarstellung ist daher zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich. Die Ergebnisse der neuen Gesundheitsausgabenrechnung sind nicht mit den Ergebnissen der Vorjahre nach der alten Gesundheitsausgabenrechnung vergleichbar.

<sup>11</sup> Vgl. beispielsweise Siebig, J. (1980); Deppe, H.-U. (1983); Herder-Dorneich, P./Wasem, J. (1986); Dröge, J. (1990).

<sup>12</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2001a), S. 26-62.

<sup>13</sup> Vgl. beispielsweise Thiemeyer, T. (1978); Metze, I. (1982); Herder-Dorneich, P./Wasem, J. (1986); Seehofer, H. (1996).

<sup>14</sup> Zu diesen Kostendämpfungsmaßnahmen gehören beispielsweise das Krankenversicherungs-Kostendeckungsgesetz (KVKG) 1977, Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHKG) 1981, Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (KHNG) 1984, Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1989 und Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993.

volkswirtschaftlichen Bedeutung des Krankenhaussektors. In diesem Wirtschaftszweig finden 1,1 Mio. Menschen Beschäftigung und es entstehen Einkommen in Höhe von 64 Mrd. DM.<sup>15</sup> Die Gesamtkosten aller Krankenhäuser hatten 1994 einen Anteil am Bruttosozialprodukt in Höhe von 3,3%.<sup>16</sup>

### 2.1.2 Das Krankenhaus als Element des Gesundheitswesens

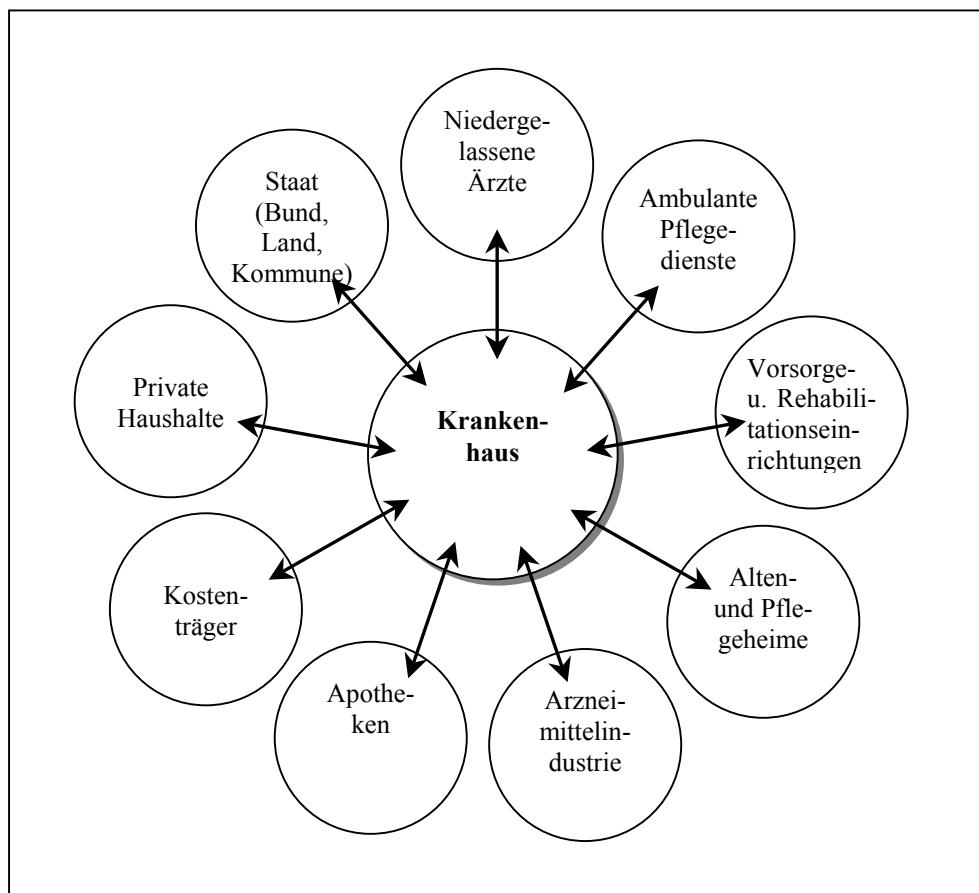
Neben Ausgabenwachstumsproblematik und volkswirtschaftlicher Bedeutung des Krankenhaussektors ist die Funktion bzw. Stellung der Krankenhäuser im System der Gesundheitsversorgung von besonderem Interesse. Krankenhäuser erbringen ihre Leistungen nicht vollkommen losgelöst von den anderen Beteiligten des Gesundheitswesens. Es besteht ein sehr komplexes Beziehungsgeflecht, wobei die einzelnen Einrichtungen und Elemente des Gesundheitssektors in ganz unterschiedlicher Weise miteinander verknüpft sind.<sup>17</sup> Betrachtet man dieses Geflecht aus Sicht des Krankenhauses ergeben sich – je nachdem wie weit oder eng der Begriff des Gesundheitswesens definiert ist – eine Vielzahl von Verbindungen. Abbildung 1 zeigt die nach Ansicht der Verfasserin wesentlichen Austauschbeziehungen.

---

<sup>15</sup> Vgl. Göpffarth, D./Milbrandt, B. (1997), S. 5f.

<sup>16</sup> Vgl. BASYS (1998).

<sup>17</sup> Vgl. Henke, K.-D./Göpffarth, D. (1997), S. 3f.

ABBILDUNG 1: DAS KRANKENHAUS IM SYSTEM DER GESUNDHEITSVERSORGUNG<sup>18</sup>

Die **niedergelassenen Ärzte** sind im System der Gesundheitsversorgung von besonderer Bedeutung, da sie über die Einweisung eines Patienten in ein Krankenhaus entscheiden. In Deutschland ist es gesetzlich geregelt, dass die stationäre Behandlung erst als letzte in Frage kommen darf. Gemäß § 39 SGB V haben die ambulante, vor- und nachstationäre Behandlungsform absoluten Vorrang vor der vollstationären Versorgung. Das bedeutet, dass „zunächst in der Praxis des niedergelassenen Arztes überprüft wird, ob eine Einweisung in ein Krankenhaus notwendig ist, was immer dann der Fall ist, wenn die personellen und technischen Mittel der Praxis nicht ausreichen, den Patienten erfolgversprechend zu behandeln bzw. wenn eine Gefährdung des Patienten entstehen würde“<sup>19</sup>.

<sup>18</sup> In Anlehnung an Trill, R. (1996), S.28.

<sup>19</sup> Trill, R. (1996), S. 29.

Bei den **ambulanten Pflegediensten** handelt es sich um Einrichtungen, die der ambulanten pflegerischen Versorgung zu Hause lebender kranker und hilfsbedürftiger Menschen dient.<sup>20</sup> Für das Krankenhaus sind diese Dienste von Bedeutung, wenn es um die Problematik der Fehlbelegung geht. Patienten, die in Krankenhäusern untergebracht sind, obwohl sie der stationären Behandlung nicht bedürfen<sup>21</sup>, gelten als Fehlbelegung und der Krankenhausträger ist gemäß § 17a KHG zum Abbau bzw. zur Verhinderung einer solchen verpflichtet. Für Krankenhäuser ist es daher wichtig und notwendig, ein Kontakt- und Informationssystem mit den ambulanten Pflegediensten einzurichten, um eine Weiterbehandlung ohne Verzögerung bei entsprechenden Patienten zu gewährleisten.<sup>22</sup>

**Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen** sind gemäß § 107 Abs. 2 SGB V Einrichtungen, in denen Maßnahmen im Vorfeld einer akuten Erkrankung und/oder Rehabilitation, d. h. Maßnahmen nach einer akuten Erkrankung bzw. zur Verhinderung einer Verschlimmerung einer akuten Erkrankung durchgeführt werden. Der Vorsorge- und Rehabilitationsbereich ist hinsichtlich des Behandlungsverlaufs eines Patienten in fließendem Übergang mit dem Akutbereich des Krankenhauses zu sehen.<sup>23</sup>

**Alten- und Pflegeheime** dienen der Unterbringung, Versorgung, Pflege und Betreuung von älteren, chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen.<sup>24</sup> Da der Anteil der Menschen über 60 Jahre in den kommenden Jahren stark zunehmen wird<sup>25</sup>, wird das Versorgungssystem für alte und pflegebedürftige Menschen vermehrt benötigt und an Bedeutung gewinnen. Für die Krankenhäuser ist daher wichtig, sich „auf die veränderte Entwicklung in der Struktur der zukünftigen Patienten einzustellen [...] und ggf. Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen“<sup>26</sup> einzugehen.

---

<sup>20</sup> Vgl. Beske, F. (1999), S. 206ff.

<sup>21</sup> § 107 Abs. 1 SGB V.

<sup>22</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S. 31.

<sup>23</sup> Vgl. Knorr, K.-E./Wernick, J. (1991), S. 10f.

<sup>24</sup> Vgl. Beske, F. (1999), S. 207f.

<sup>25</sup> Die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland prognostizieren einen Anstieg der Menschen über 60 Jahre von 20,4% im Jahr 1992 auf 33,9% im Jahr 2040. Dagegen wird der Anteil der Altersgruppe der 20- bis 60jährigen Menschen von 58,1% im Jahr 1992 auf 50,0% im Jahr 2040 abnehmen. Vgl. auch Beske, F. (1999), S. 34ff.

<sup>26</sup> Trill, R. (1996), S. 31.

Die **Arzneimittel- bzw. Pharmazeutische Industrie** stellt die für die Behandlung von Patienten notwendigen Medikamente her. Die Hersteller beliefern direkt oder indirekt die Abnehmer mit ihren zahlreichen Produkten, dabei werden ca. 70% der Arzneimittel über den pharmazeutischen Großhandel vertrieben, ca. 10% direkt an die Apotheken und ca. 20% direkt an die Krankenhäuser geliefert.<sup>27</sup>

Die **Apotheken** sind wesentlicher Bestandteil im System der Arzneimittelversorgung. Ein Patient bekommt nach einer ärztlichen Behandlung i. d. R. ein Rezept von seinem behandelnden Arzt ausgehändigt, mit dem er in einer Apotheke die verschriebene Arznei erhält. Der Apotheker rechnet die Arznei direkt mit der Krankenkasse auf Grundlage des Rezeptes ab.<sup>28</sup> Bei der Abgabe der Arzneimittel sind die Apotheker an das sogenannte aut-simile-Gebot gebunden, d. h. sie dürfen dem Patienten ausschließlich die Arznei aushändigen, die durch den Arzt verschrieben wurde.<sup>29</sup>

Wesentlicher **Kostenträger** im Gesundheitswesen und zentrale Institution aus Finanzierungssicht ist die **Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)**. Dieser Pflichtversicherung gehören ca. 89% der Bevölkerung an.<sup>30</sup> Die gesetzlichen Krankenkassen schließen beitragspflichtige Versicherungsverträge mit den Mitgliedern bzw. Versicherten ab. Dafür erfolgt im Krankheitsfall die Finanzierung der entsprechenden medizinischen Leistungen durch die Krankenkassen nach dem Sachleistungsprinzip. Speziell für die Krankenhausversorgung bedeutet dies, dass die für den Versicherten bzw. Patienten erbrachten Krankenhausleistungen nach dem gesetzlich vorgeschriebenen Vergütungssystem direkt von den Krankenkassen mit dem Krankenhaus abgerechnet werden.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> Vgl. Dröge, J. (1990), S. 96.

<sup>28</sup> Vgl. Haubrock, M./Peters, S./Schär, W. (1997), S. 26.

<sup>29</sup> Vgl. Dröge, J. (1990), S. 106.

<sup>30</sup> Darüber hinaus gibt es die Private Krankenversicherung (PKV), durch die etwa 9% der Bevölkerung gegen das Krankheitsrisiko abgesichert sind. Die restlichen 2% sind entweder durch besondere Sicherungsformen, wie z. B. Anspruchsberechtigte als Sozialhilfeempfänger oder Kriegsschadenrentner, abgesichert oder gar nicht krankenversichert. Vgl. Das Bundesministerium für Gesundheit (2000), Punkt 10.2, S. 1.

<sup>31</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S. 29.

Die **privaten Haushalte** sind in unterschiedlicher Form mit dem Krankenhaus verbunden. Zum einen sind über eine Million Menschen in Deutschland in Krankenhäusern beschäftigt, d. h. die privaten Haushalte stellen ihre Arbeitskraft zur Verfügung.<sup>32</sup> Zum anderen gehören die Mitglieder der privaten Haushalte zu den potenziellen Patienten des Krankenhauses, welches sie im Krankheitsfall aufsuchen. Dabei können die Menschen durch selbständige präventive Gesundheitsvorsorge dazu beitragen, das eigene gesundheitliche Wohlergehen zu fördern, die Krankheitsabwehr zu verbessern und mögliche Krankheitsursachen zu vermeiden.<sup>33</sup>

Der **Staat** tritt als bedeutendster Krankenhasträger hervor. Zudem finanziert er die Investitionskosten der Krankenhäuser, um ein leistungsfähiges Krankenhauswesen zu erhalten und seine Fürsorgefunktion wahrzunehmen. In seiner Rolle als Gesetzgeber prägt er durch Gesetze und Verordnungen die Rahmenbedingungen des Krankenhauswesens.<sup>34</sup> Des Weiteren sind die Bundesländer gemäß § 6 Abs. 1 KHG dazu verpflichtet, sog. Krankenhauspläne aufzustellen, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Im Rahmen der Krankenhausplanung erfolgt die Beurteilung der derzeitigen und zukünftigen Versorgungssituation mit Krankenhausleistungen und die Einleitung der notwendigen Maßnahmen zur Strukturanpassung.<sup>35</sup>

Die aufgezeigten Beziehungen zwischen Krankenhaus und anderen Elementen des Gesundheitswesens geben einen groben Überblick über das gesundheitliche Versorgungssystem in der Bundesrepublik Deutschland und seiner Verknüpfungen. Von wesentlichem Interesse für den weiteren Verlauf dieser Arbeit ist jedoch nicht nur die Stellung des Krankenhauses innerhalb des Gesundheitssystems, sondern vielmehr das Krankenhaus selbst. Wie ist ein Krankenhausbetrieb aufgebaut und strukturiert? Welche Aufgaben und Ziele werden verfolgt und wie ist die Leitung eines Krankenhauses zusammengesetzt?

---

<sup>32</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S. 30.

<sup>33</sup> Vgl. Zdrowomyslaw, N. (1997), S. 157ff.

<sup>34</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S. 30.

<sup>35</sup> Vgl. Janssen, D. (1999), S. 31.

## 2.2 Darstellung des Krankenhausbetriebes

Krankenhäuser sind „Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.“<sup>36</sup>

Krankenhäuser werden in Deutschland in allgemeine Krankenhäuser, sonstige Krankenhäuser und Bundeswehrkrankenhäuser unterschieden. Die allgemeinen Krankenhäuser verfügen über Betten in vollstationären Fachabteilungen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische und neurologische Patienten vorgehalten werden. Zu den sonstigen Krankenhäusern zählen die Einrichtungen, die ausschließlich über psychiatrische oder psychiatrische und neurologische Betten verfügen sowie reine Tages- oder Nachtkliniken. Bundeswehrkrankenhäuser dienen dagegen vorwiegend der Behandlung von Bundeswehrangehörigen.<sup>37</sup>

### 2.2.1 Trägerschaft

Nach ihrer Trägerschaft können Krankenhäuser in öffentliche, frei-gemeinnützige und private Einrichtungen unterteilt werden.<sup>38</sup> Öffentliche Krankenhäuser werden von Gebietskörperschaften (Bund, Land, Bezirk, Kreis, Gemeinde) oder von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften (Arbeitsgemeinschaften, Zweckverbände)

---

<sup>36</sup> Legaldefinition der Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 SGB V. Diese Vorschrift greift im wesentlichen auf die Definition des Krankenhausbegriffes nach § 2 Nr. 1 KHG zurück, welche maßgeblich für die Krankenhausfinanzierung und förderrechtliche Fragen ist.

<sup>37</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2000), S. 6.

<sup>38</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2000), S. 6

oder von Sozialversicherungsträgern (Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften) betrieben oder unterhalten.<sup>39</sup> Freigemeinnützige Krankenhäuser werden hingegen von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten. Private Krankenhäuser sind gewerbliche Unternehmen, die einer Konzession nach § 30 Gewerbeordnung bedürfen.

Der Anteil der Trägerarten an der stationären Versorgung<sup>40</sup> fällt je nach Betrachtungsweise unterschiedlich aus.

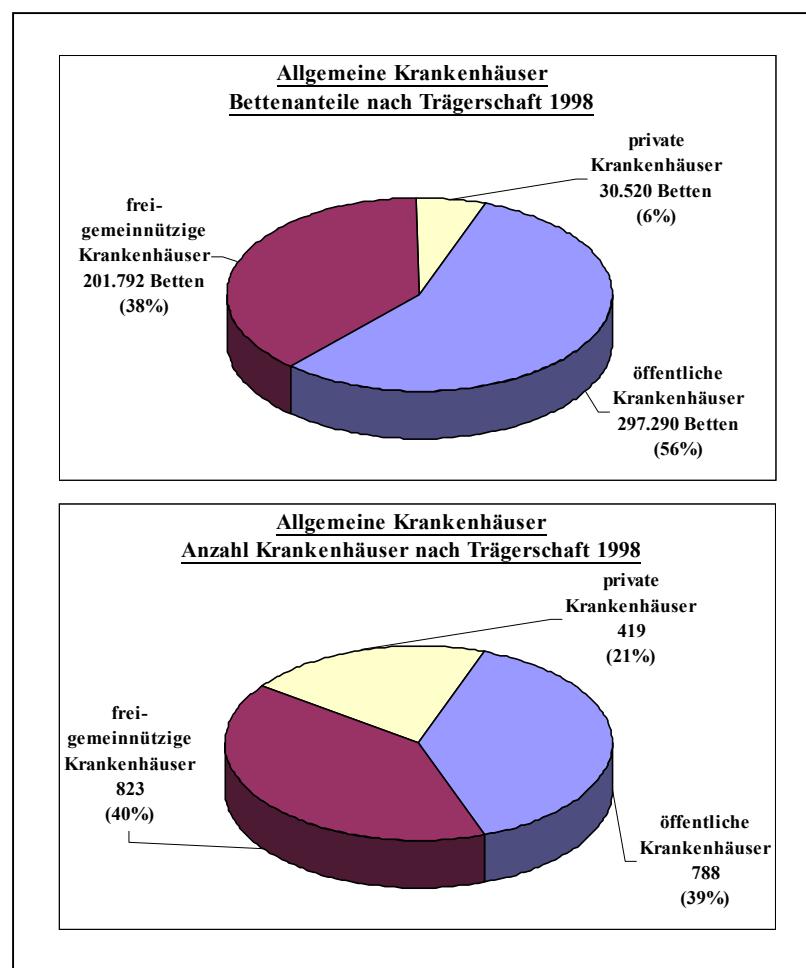


ABBILDUNG 2: BETTENZAHL UND KRANKENHAUSANZAHL NACH TRÄGERSCHAFT 1998<sup>41</sup>

<sup>39</sup> Krankenhausträger mit einer selbständigen Rechtsform (z. B. GmbH) gehören dann zu den öffentlichen Trägern, wenn Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften unmittelbar oder mittelbar mit mehr als 50% des Nennkapitals oder des Stimmrechts beteiligt sind.

<sup>40</sup> Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird unter „stationärer Versorgung“ ausschließlich der Bereich der Allgemeinen Krankenhäuser verstanden.

<sup>41</sup> Eigene Darstellung auf Grundlage des Statistischen Bundesamtes (2000), S. 26f.

Gemessen an der Anzahl der Krankenhausbetten haben die öffentlichen Krankenhäuser mit 56% der Gesamtbettenzahl mit Abstand die größte Bedeutung in der stationären Versorgung. Die Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft folgen mit 38% und der vergleichsweise geringe Restanteil von 6% der Betten ist den privaten Krankenhäusern zuzurechnen.

Betrachtet man die Verhältnisse stattdessen anhand der Krankenhausanzahl stehen die freigemeinnützigen Krankenhäuser mit 823 Einrichtungen (40%) an erster Stelle, dicht gefolgt von den Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft mit 788 Einrichtungen (39%). Die verbleibenden 419 der insgesamt 2.030 Krankenhäuser in Deutschland sind Privatkliniken (21%). Die Ursache liegt in der Krankenhausgröße begründet, d. h. die großen Krankenhäuser mit mehr als 500 Betten werden überwiegend in öffentlicher Trägerschaft geführt. Private Krankenhäuser sind dagegen vorwiegend nur mit weniger als 100 Betten anzutreffen.<sup>42</sup> Es bleibt festzustellen, dass die öffentlichen Krankenhäuser hinsichtlich Betten- und Krankenhausanzahl den gewichtigsten Anteil an der stationären Versorgung einnehmen.

Die Entwicklung in den letzten Jahren deutet hingegen einen für die Zukunft gegenwärtigen Trend an. Insgesamt war die Zahl der Krankenhäuser seit 1990 rückläufig.<sup>43</sup> Während 1990 bundesweit noch 2.207 Krankenhäuser zu verzeichnen waren, hat sich diese Zahl bis 1998 um 177 (-8,0%) auf 2.030 Krankenhäuser reduziert. Bemerkenswert ist dabei die Verteilung auf die einzelnen Krankenhausträger. Die Zahl der freigemeinnützigen Krankenhäuser hat sich in diesem Zeitraum nur geringfügig von 843 auf 823 (-20 Krankenhäuser bzw. -2,4%) verändert. Bei den öffentlichen Trägern ist dagegen ein Rückgang von 1.043 auf nur noch 788 Krankenhäuser (-255 Krankenhäuser bzw. -24,4%) festzustellen. Im gegensätzlichen Verlauf dazu hat sich die Zahl der Privatkrankenhäuser von 321 auf nunmehr 419 gesteigert (+98 Krankenhäuser bzw. +30,5%).<sup>44</sup> Diese Zahlen zeigen einen wachsenden Trend zu privaten Krankenhausträgern. Gerade öffentliche Träger suchen vor dem Hintergrund verän-

<sup>42</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2000), S. 26 f.

<sup>43</sup> Ab 1990 hat sich mit der deutschen Einheit die Systematik der Krankenhausstatistik verändert. Einen Vergleich für die Jahre vor 1990 vorzunehmen ist daher schwierig.

<sup>44</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (1999), S. 40 in Verbindung mit Statistisches Bundesamt (2000), S. 26f.

derter Rahmenbedingungen und verstärktem Leistungsdruck oftmals die Lösung ihrer Haushaltsdefizite in der Überführung ihrer Einrichtungen in eine private Trägerschaft.

### 2.2.2 Zielsystem

Das Zielsystem eines Krankenhauses ist letztlich auf die Initiative und das Grundanliegen, das den Krankenhausträger zum Betrieb eines Krankenhauses veranlasst hat, zurückzuführen. Das für die Errichtung eines öffentlichen Krankenhauses ursächliche Grundanliegen ist im Prinzip der Daseinsfürsorge festzustellen. Davon ausgehend ist der Zielinhalt in Form des Sachziels<sup>45</sup> der Krankenhausversorgung sowie des Formalziels<sup>46</sup> der Bedarfsdeckung abzuleiten. Aufbauend lässt sich ein Zielsystem mit Hauptziel, Nebenzielen und weiter nachgeordneten Zwischen- und Unterzielen abzeichnen.<sup>47</sup>

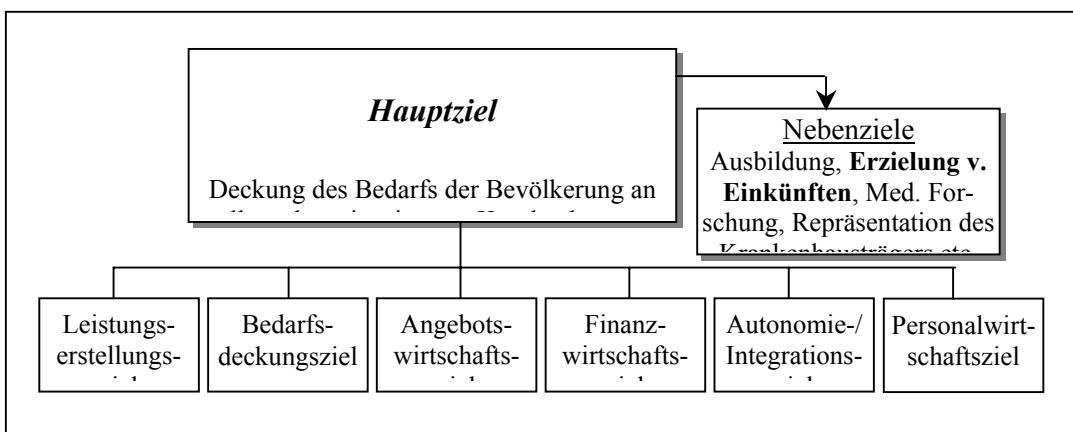


ABB. 3: ZIELSYSTEM DES KRANKENHAUSES<sup>48</sup>

<sup>45</sup> „Sachziele beziehen sich auf das konkrete Handeln bei der Ausübung der verschiedenen betrieblichen Funktionen und somit auf die Steuerung des güter- und finanzwirtschaftlichen Umsatzprozesses.“ Thommen, J.-P. (1991), S. 90.

<sup>46</sup> „Formalziele hingegen stellen übergeordnete Ziele dar, an denen sich die Sachziele auszurichten haben und in denen der eigentliche Sinn des unternehmerischen Handelns zum Ausdruck kommt.“ Thommen, J.-P. (1991), S. 90.

<sup>47</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1987), S. 14.

<sup>48</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1976), S. 26 in Verbindung mit Eichhorn, S. (1987), S. 15.

Das Hauptziel eines Krankenhausbetriebes ist die Deckung des Bedarfs an voll- und semistationären Krankenhausleistungen. Parallel zu diesem Hauptziel werden ein oder mehrere Nebenziele angestrebt, wie z. B. Aus- und Weiterbildung, Erzielung von Einkünften oder auch die Repräsentation des Krankenhausträgers. Welche Nebenziele verfolgt werden und in welcher Intensität hängt von den jeweiligen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen des einzelnen Krankenhauses ab.<sup>49</sup>

Abgeleitet aus den Haupt- und Nebenzielen lassen sich verschiedene nachgeordnete Zwischen- und Unterziele unterscheiden, die das Zielsystem konkretisieren. Im Krankenhaus sind das Leistungserstellungsziel, Bedarfsdeckungsziel, Angebotswirtschaftsziel, Finanzwirtschaftsziel, Autonomie- und Integrationsziel und Personalwirtschaftsziel zu nennen (vgl. Abbildung 3).<sup>50</sup>

- Das Zwischenziel der **Leistungserstellung** beinhaltet zum einen Art, Zahl und Qualität der Leistungen und zum anderen Gestaltung und Ablauf des Leistungsprozesses. Als konkrete Unterziele sind das Betriebsführungs-, Leistungsfähigkeits- und Kostenwirtschaftlichkeitsziel zu nennen. Es werden insbesondere die Zielvorstellungen über die Führungsgrundsätze, über das qualitative und quantitative Niveau der Krankenhausversorgung sowie über die Wirtschaftlichkeit des Betriebsablaufes festgelegt.
- Das **Bedarfsdeckungsziel** dient der Umsetzung der formalen Komponente des Krankenhauszielsystems. Als Unterziele sind entsprechend der Bedarfskongruenz des Leistungsangebots die Dringlichkeit des Bedarfs, seine räumliche und auch zeitliche Verteilung zu sehen. Die betriebliche Betätigung im Krankenhaus soll den objektiv- und bedingt-notwendigen Bedarf an Krankenhausleistungen decken. Darunter ist „derjenige Individualbedarf (Existenz- und Kulturbedarf) zu verstehen, dessen Befriedigung aufgrund ethisch-kultureller und gesundheitspolitischer Grundsatzentscheidungen im Hinblick auf das Sozialprodukt und auf den allgemeinen Wohlstand notwendig erscheint und damit dringlicher ist als die Be-

---

<sup>49</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1987), S. 14f.

<sup>50</sup> Vgl. im folgenden Eichhorn, S. (1987), S. 16ff; Eichhorn, S. (1976), S. 24ff.

friedigung anderer Bedarfe“<sup>51</sup>. Die räumliche Bedarfskongruenz umfasst dabei eine regional gleichmäßige Krankenhausversorgung und gleichzeitig muss hinsichtlich der zeitlichen Bedarfskongruenz gewährleistet sein, dass das Krankenhaus in der Lage ist, die Schwankungen der Inanspruchnahme auffangen zu können.

- Das **Angebotswirtschaftsziel** definiert in seinen Unterzielen einerseits die Preisgestaltung des Krankenhauses und andererseits die externen Kontakte zur Umwelt und deren Information. Hinsichtlich ihrer Preispolitik sind die meisten Krankenhäuser in Deutschland an genaue rechtliche Vorgaben gebunden. Gemäß § 16ff. KHG und der BPfIV gibt es detaillierte Vorschriften darüber, „welche Preise für stationäre Krankenhausbehandlung gelten, welche Funktionen sie haben und wie sie zu ermitteln sind“<sup>52</sup>. Das Unterziel des Aufbaus externer Kontakte betrifft dagegen die Beziehungen des Krankenhauses zu verschiedenen anderen Beteiligten der Krankenversorgung, wie z. B. den einweisenden Ärzten, den gesetzlichen Krankenkassen oder den anderen Krankenhäusern.
- Das Zwischenziel der **Finanzwirtschaft** gliedert sich in die Unterziele Liquiditätssicherung, Sicherung der Eigenwirtschaftlichkeit und funktionelle Kapitalerhaltung. Dem Liquiditätssicherungsziel fällt je nach Rechtsform des Krankenhauses eine unterschiedlich große Bedeutung zu. Während ein Regiebetrieb oder regiebetriebsähnlich geführtes Krankenhaus voll in die Finanzwirtschaft des Krankenhausträgers eingegliedert ist, nimmt die Notwendigkeit der Liquiditätssicherung bei finanzverantwortlichen/unabhängigen und erwerbswirtschaftlichen Krankenhäuser entsprechend stark zu. Die Ziele der Eigenwirtschaftlichkeit und funktionellen Kapitalerhaltung sind darauf ausgerichtet die dauerhafte Erfüllung der Leistungserstellungs- und Bedarfsdeckungsziele zu sichern, und zwar unabhängig von der finanziellen Situation des Krankenhausträgers. Ihnen wird daher eine besondere Bedeutung zugemessen.

---

<sup>51</sup> Eichhorn, S. (1976), S. 27. Der objektiv- und bedingt-notwendige Bedarf ist nicht immer deckungsgleich mit dem subjektiv empfundenen Bedarf des Einzelmenschen. Dieser kann größer oder auch kleiner sein. Vgl. dazu Eichhorn, S. (1975), S. 44-47.

<sup>52</sup> Brede, H. (2001), S. 244ff.

- Das **Autonomie- und Integrationsziel** sieht in einem der Unterziele den Grad der Unabhängigkeit gegenüber der Einflussnahme Dritter, insbesondere seitens des Staates, vor. Die betriebliche Entscheidungsfreiheit wird vor allem durch das herrschende Finanzierungssystem und die der vom Krankenhaussträger an die Krankenhausleitung zugewiesene Rolle bestimmt. Ein weiteres Unterziel sieht Art und Umfang der Kooperation mit anderen selbständigen Wirtschaftseinheiten, wie z. B. andere Medizinbetriebe, Krankenhäuser oder sonstige Betriebe, vor.
- Beim **Personalwirtschaftsziel** geht es um die quantitative und qualitative Sicherung des Potenzials an Arbeitsleistungen. Die zur Ausführung der Krankenhausarbeit erforderlichen personellen Kapazitäten müssen in entsprechender Quantität und zum richtigen Zeitpunkt bereitgestellt werden. Darüber hinaus gilt es die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter sicherzustellen, Möglichkeiten zur Persönlichkeitsentfaltung zu bieten, positive Antriebe und soziale Kontakte zu fördern, soziale Konflikte zu vermeiden und ähnliches mehr.

Die Bestimmung und Konkretisierung des Zielsystems eines Krankenhauses ist idealtypisch Aufgabe des Krankenhaussträgers. Bei der praktischen Umsetzung und Realisierung der Ziele bleibt jedoch zu berücksichtigen, dass ein Krankenhaus ein soziales System mit einer Vielzahl von internen und externen Beteiligten ist, die mit ihren unterschiedlichen Verhaltensmotiven Einfluss darauf nehmen. Die interne Krankenhausstruktur ist durch sehr verschiedenenartige Berufsgruppen geprägt: Ärzte, Pflegepersonal, Verwaltungsdienst, medizinisch-technisches Personal usw. Diese Gruppen verfolgen oft andersartige und teils konkurrierende Ziele. Während das Pflegepersonal z. B. eine optimale Patientenbetreuung durch verbesserte apparative und personelle Ausstattung anstrebt, bemüht sich die Krankenhausleitung eher um den sparsamen Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel.<sup>53</sup> Neben den Krankenhausmitarbeitern spielen aber auch krankenhausexterne Beteiligte eine wichtige Rolle bei der Zielumsetzung des Krankenhauses. So ist dem Staat an einer möglichst bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gelegen, wogegen die

<sup>53</sup> Dieser Sachverhalt individueller Interessen wird detailliert anhand von zwei Modellbeispielen in Kapitel 5 der Arbeit erörtert. Eine ausführliche Auflistung und Betrachtung unterschiedlicher Zielvorstellungen und Interessen von Krankenhaussträger, Ärztlichem Leiter, Pflegedienstleiter und Verwaltung leitung ist ebenfalls berücksichtigt und enthalten.

gerechten Krankenhausversorgung gelegen, wogegen die Krankenkassen verstärkt eine Kostenreduzierung anstreben.<sup>54</sup>

Insgesamt ist es von zentraler Bedeutung und Wichtigkeit, dass das Krankenhaus seine angestrebten Ziele in Verbindung mit denen der anderen Beteiligten sieht. Eine Zielrealisierung wird nur dann möglich sein, wenn die unterschiedlichen Verhaltensmotive in Einklang gebracht werden können. Inwieweit hierbei unterschiedliche Krankenhausorganisationsstrukturen zur Erreichung einer wirtschaftlichen Betriebsführung eine Rolle spielen, ist ein zentraler Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit.

### 2.2.3 Rechtsformen

Die pluralistische Trägerstruktur, die unterschiedlichen Krankenhausgrößen und die aufgrund steigender wirtschaftlicher Anforderungen veränderte Zielgewichtung haben zu einer großen Vielfalt von Rechtsformen<sup>55</sup> in der Krankenhauslandschaft geführt. Dies ist insbesondere bei den öffentlichen Krankenhasträgern festzustellen.

Grundsätzlich lassen sich Rechtsformen des öffentlichen und des privaten Rechts unterscheiden. Während öffentlich-rechtliche Rechtsformen ausschließlich Trägern der öffentlichen Verwaltung zur Verfügung stehen, können privatrechtliche Rechtsformen sowohl von Privatleuten als auch von Trägern der öffentlichen Verwaltung genutzt werden.<sup>56</sup> Einen Überblick über die wesentlichen Rechtsformen<sup>57</sup> gibt Abbildung 4.

---

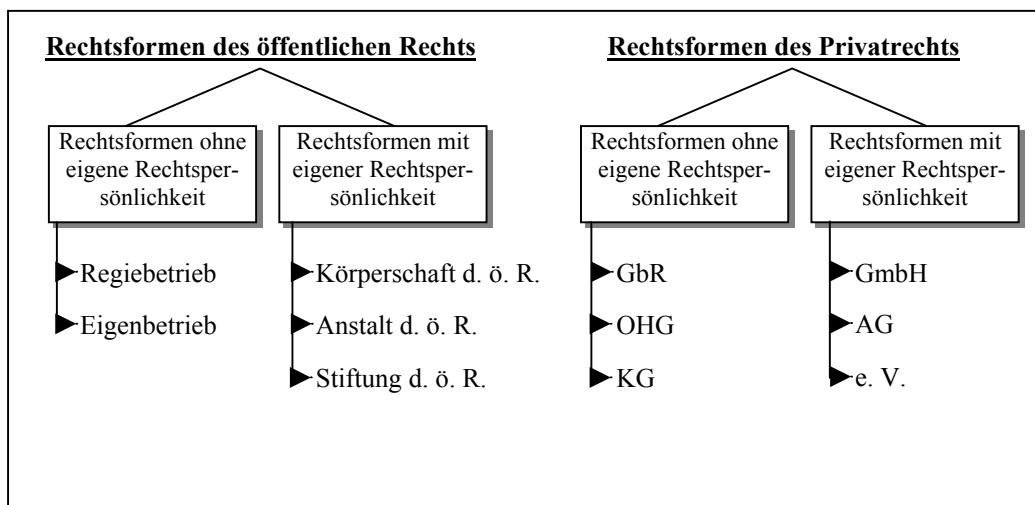
<sup>54</sup> Vgl. Morra, F. (1996), S. 25ff.

<sup>55</sup> Der Begriff der Rechtsform ist als Ausdruck „der gesetzlich umschriebenen Form, durch welche die Rechtsbeziehung der Krankenhäuser im Innen- und Außenverhältnis geregelt wird“, zu verstehen.

Gronemann, J. (1988), S. 2

<sup>56</sup> Vgl. Buse, H. R. (2000), S. 49.

<sup>57</sup> Die Auflistung der Rechtsformen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Verschiedene Sonderformen wurden vernachlässigt, da sie für den Betrieb eines Krankenhauses von geringer Bedeutung sind.

ABBILDUNG 4: ÜBERSICHT DER RECHTSFORMEN<sup>58</sup>

Die einzelnen Rechtsformen stehen einer Kommune im allgemeinen alle zur Erfüllung kommunaler Aufgaben zur Verfügung. Inwieweit sie sich allerdings für den Betrieb eines Krankenhauses eignen, hängt von unterschiedlichen Merkmalen und Rahmenbedingungen ab, wie z. B. organisatorische Selbständigkeit, Kapitalbedarf oder Haftungsinanspruchnahme.<sup>59</sup>

Durch die Wahl einer bestimmten Rechtsform wird die Teilnahme des Krankenhauses am Rechtsverkehr festgelegt wird, d. h. wer für das Krankenhaus nach außen gegenüber Dritten auftritt und in welcher Form für Verbindlichkeiten gehaftet wird.<sup>60</sup> Neben dieser Regelung des Außenverhältnisses wird durch die Rechtsform ein Rahmen für die interne Organisation des Krankenhauses festgelegt. Dies betrifft insbesondere die „notwendigen Organe für Willensbildung, Beschlussfassung, Beschlussausführung und Ausführungskontrolle“<sup>61</sup>, durch die Entscheidungsstrukturen auf den Ebenen des Krankenhausträgers und der Krankenhausleitung geschaffen werden. Den jeweiligen Organen, wie z. B. Geschäftsführer, Gesellschafterversammlung usw., müssen entsprechende Kompetenzen zugeordnet werden. Dabei sind einige prinzipielle gesetzliche Regeln zu berücksichtigen und einzuhalten. Es gibt jedoch eine Vielzahl gesetzlicher Freiräume, die durch individuelle vertragliche Vereinba-

<sup>58</sup> Eigene Darstellung auf Grundlage von Knorr, K.-E./Wernick, J. (1991), S. 15-64 und Buse, H. R. (2000), S. 49-73.

<sup>59</sup> Vgl. dazu ausführlich Knorr, K.-E./Wernick, J. (1991), S. 15-64 und Buse, H. R. (2000), S. 49-73.

<sup>60</sup> Vgl. Knorr, K.-E./Wernick, J. (1991), S. 12.

<sup>61</sup> Vgl. Knorr, K.-E./Wernick, J. (1991), S. 13.

rungen genutzt und ausgelegt werden können. Das hat zur Folge, dass die meisten Regelungen der internen Krankenhausstruktur und auch der Umfang von Entscheidungsspielräumen der Krankenhausleitung nicht mehr direkt auf eine bestimmte Rechtsform zurückgeführt werden können.<sup>62</sup>

Um die Führung eines Krankenhauses hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit und Effizienz beurteilen zu können, darf die Rechtsform nur als grundsätzlicher Rahmen betrachtet werden und die tatsächliche Krankenhausorganisation, die Ausgestaltung der

Verfügungsrechte und Verteilung der Kompetenzen muss analysiert werden. Das folgende Kapitel geht kurz auf grundlegende Merkmale der Organisation und Struktur der Krankenhausführung ein.

#### 2.2.4 Krankenhausführung

Die Organisation des Krankenhauses gilt als stark hierarchisch, d. h. es gibt eine Vielzahl von Hierarchieebenen, die zu verlängerten Entscheidungswegen, weniger Flexibilität innerhalb der Organisation und dadurch geringerer Motivation bei den Mitarbeitern führen.<sup>63</sup>

Im allgemeinen ist im Krankenhaus eine divisionale Organisationsstruktur anzutreffen, d. h. der Gedanke des Produktes bzw. der Spezialisierung steht im Vordergrund. Dieser lässt sich im Krankenhaus in Form von medizinischen Fachabteilungen ausdrücken.<sup>64</sup> Die folgende Abbildung 5 zeigt eine beispielhafte Organisationsstruktur eines Krankenhauses mit drei Fachabteilungen und den üblichen Leistungs- und Funktionsbereichen.

---

<sup>62</sup> Vgl. Büsing, A./Theis, U. (1996), S. 60f.

<sup>63</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S. 121.

<sup>64</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S. 121ff.

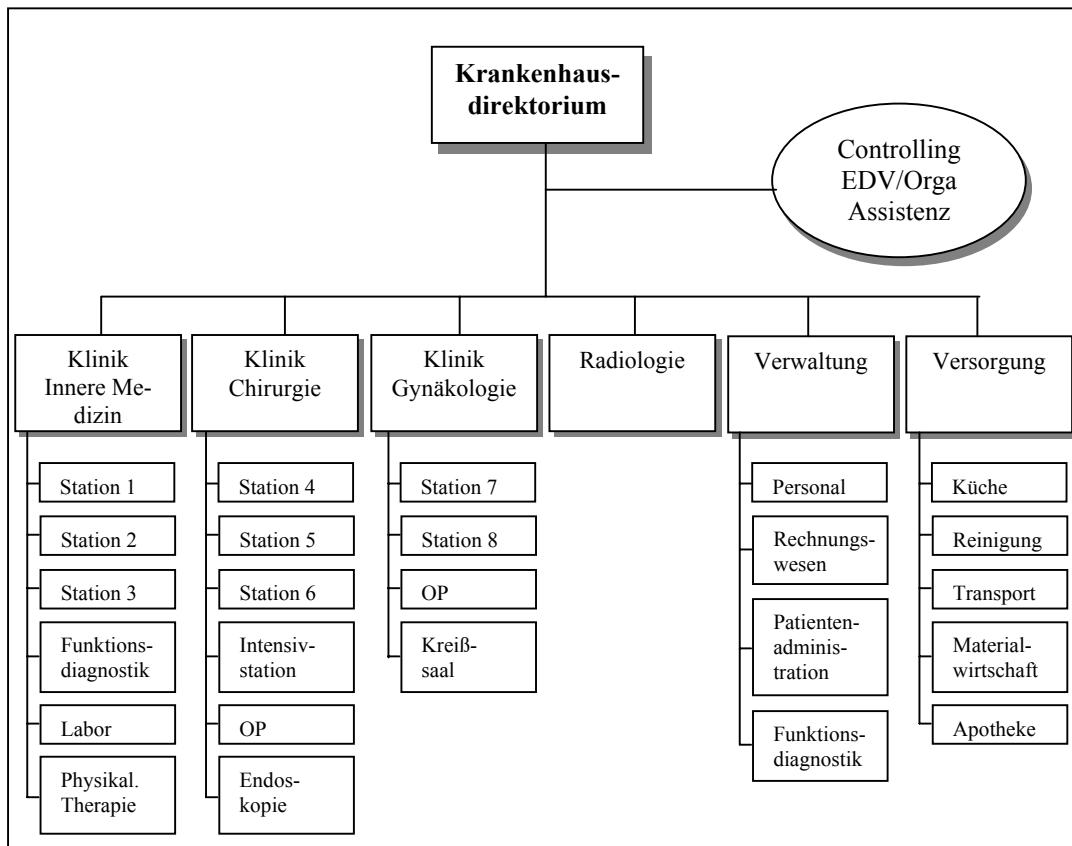


ABBILDUNG 5: BEISPIEL EINER ORGANISATIONSSTRUKTUR IM KRANKENHAUS<sup>65</sup>

Eine typische Krankenhausorganisation gibt es allerdings nur hinsichtlich der Gliederung nach medizinischen Fachabteilungen. Die Zu- und Anordnung der Funktions- und Leistungsbereiche<sup>66</sup> kann je nach Krankenhaus stark voneinander abweichen und hängt häufig von der Krankenhausgröße und einzelner Machtkonstellationen, insbesondere zwischen den Chefärzten, ab.<sup>67</sup> Außerdem wurde in Abbildung 5 dem Krankenhausdirektorium die Stabsstelle Controlling, EDV/Orga und Assistenz zugeordnet. Ein solcher Aufbau ist ebenfalls nicht in allen Krankenhäusern vorzufinden, da die Eingliederung dieser Funktionen in die Linienorganisation der Verwaltung gleichermaßen geläufig ist.

<sup>65</sup> Trill, R. (1996), S. 124.

<sup>66</sup> „Die Funktionsbereiche sind i. d. R. interdisziplinäre Einheiten. In ihnen können je nach Aufgabenstellung Ärzte, Krankenpflegepersonal, medizinisch-technisches Assistenzpersonal und Techniker beschäftigt sein. Neben den Funktionsbereichen wie Röntgen, Labor, Operationsbereich, Endoskopie, Sonographie und physikalische Therapie gibt es zunehmend mehr teilstationäre Bereiche, z. B. Geriatrie und Psychiatrie.“ Beske, F. (1999), S. 145.

<sup>67</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S. 125.

Für die vorliegende Arbeit von wesentlichem Interesse ist die der Gesamtorganisation des Krankenhauses übergeordnete innerbetriebliche Organisation des Führungsgeriums. Dieses setzt sich üblicherweise aus dem Ärztlichen Leiter, dem Pflegedienstleiter und dem Verwaltungsleiter zusammen und bildet gemeinsam das Krankenhausdirektorium.<sup>68</sup> Diese Instanz ist als zentrales Management zur gemeinsamen Leitung des Krankenhauses zu verstehen.<sup>69</sup>

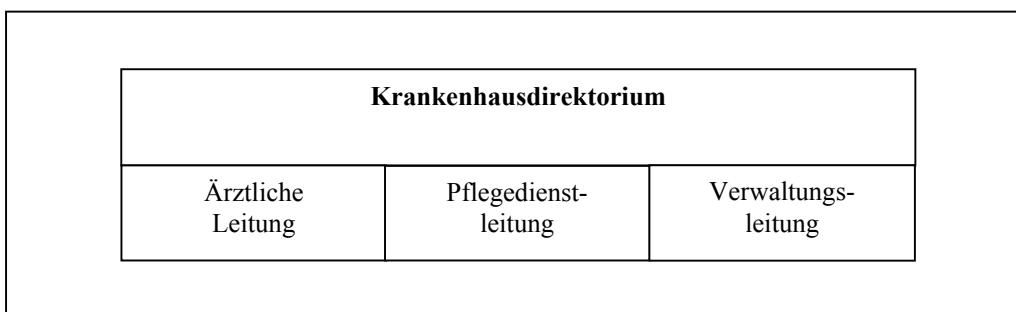


ABBILDUNG 6: KLASISCHE ORGANISATION DER KRANKENHAUSLEITUNG<sup>70</sup>

Die einzelnen Mitglieder sind neben der Führung des Krankenhauses für ihre jeweiligen Bereiche verantwortlich, das bedeutet der Verwaltungsleiter steht unmittelbar dem Verwaltungs- und Versorgungsdienst vor, der Ärztliche Leiter dem medizinischen Dienst und der Pflegedienstleiter dem Pflegedienst.<sup>71, 72</sup>

Diese berufsständische Zusammensetzung und Strukturierung hat ihren Ursprung in der Arbeitsteilung und Aufgabengliederung im Krankenhaus.<sup>73</sup> Die daraus entstehende Problematik führt allerdings dazu, dass die Leistungserstellung im Kranken-

<sup>68</sup> Die Bezeichnungen Krankenhausleitung, Krankenhausführung und Krankenhausdirektorium werden häufig synonym verwendet. Im Rahmen dieser Arbeit bezieht sich die Bezeichnung Krankenhausdirektorium ausschließlich auf das Gremium bestehend aus Ärztlichem Leiter, Pflegedienstleiter und Verwaltungsleiter. Der Begriff der Krankenhausleitung umfasst dagegen neben dem Krankenhausdirektorium auch andere vorhandene Führungspositionen, wie z. B. den Krankenhausmanager oder Geschäftsführer bei einer singulären Führungsspitze. Der Begriff Krankenhausführung meint schließlich sowohl die Krankenhausleitung als auch die entsprechenden Organe des Krankenhaussträgers und stellt damit die übergreifende Begrifflichkeit dar.

<sup>69</sup> Vgl. Precht, C. (2000), S. 29.

<sup>70</sup> Precht (2000), S. 29.

<sup>71</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S. 125f.

<sup>72</sup> Von der jeweiligen Bereichsverantwortung unberührt bleibt die Eigenverantwortung der leitenden Ärzte für die Behandlung ihrer Patienten. Vgl. dazu auch Eichhorn, S. (1976), S. 77.

<sup>73</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1976), S. 36f.

haus dreispurig nebeneinander organisiert wird. Während der Behandlung und des Aufenthaltes eines Patienten im Krankenhaus unterstehen die jeweiligen behandelnden Ärzte dem zuständigen Facharzt, das Pflegepersonal der Pflegeleitung und das Haus- und Wirtschaftspersonal der Verwaltungsleitung. Obwohl eine einheitliche Leistung für den Patienten erbracht wird, die stationäre Behandlung mit dem Ziel der Gesundheitszustandsverbesserung, kann keine einheitliche Abstimmung der Arbeitsabläufe erfolgen<sup>74</sup>. Diese Dreispurigkeit führt zu zahlreichen Problemen, wie z. B.:<sup>75</sup>

- » uneinheitliche Betriebsgestaltung
- » zu große Eigenständigkeit
- » mangelnde Koordination
- » gegenseitiges Abkapseln der einzelnen Berufsgruppen
- » Unverständnis für die Arbeit der anderen Bereiche
- » mangelnde Ausrichtung der Gesamtleistung auf den Patienten als Empfänger der Krankenhausleistung

Die berufsständisch getrennte Zuständigkeit reicht häufig auch bis zu den ausführenden Instanzen der untersten Hierarchieebenen. So werden die einzelnen Krankenhausabteilungen, die sich nach Disziplinen und Subdisziplinen gliedern, von einem Arzt geleitet, der als Chefarzt oder leitender Arzt bezeichnet wird. Je nach Anzahl der Betten oder Funktionsbreite der Krankenhausabteilung setzt sich die Zahl der Oberärzte zusammen. Das Fundament des Ärztlichen Dienstes bilden wiederum die Assistenzärzte. Der Pflegebereich, der mit rund 49% den größten Anteil der Beschäftigten im Krankenhaus repräsentiert, gliedert sich ähnlich in Pflegedienstleitung, Abteilungsleitung und Stationsleitung. Je nach Krankenhausgröße ist der Pflegebereich mehr oder weniger differenziert unterteilt.<sup>76</sup>

Diese spezielle berufsständische Gliederung des Krankenhausdirektoriums findet hingegen nicht seine Analogie im Aufbau der personellen Besetzung der Leitungsinstanzen des Krankenhasträgers. „Die einzelnen Berufsgruppen des Krankenhauses, die einzeln und/oder gemeinsam die Funktion des Krankenhauses vertreten, werden

<sup>74</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1976), S. 77f.

<sup>75</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1976), S. 78.

<sup>76</sup> Vgl. Beske, F. (1999), S. 145.

dort nicht durch berufsgruppenspezifische Vertreter repräsentiert.“<sup>77</sup> Welche Auswirkungen dies auf die Führung des Krankenhauses unter Berücksichtigung individueller Interessen der Beteiligten hat, wird in Kapitel 5 und 6 dieser Arbeit analysiert und dargestellt.

## 2.3 Grundlagen der Krankenhausfinanzierung

Ziel dieses Kapitels ist es, eine Überblick über die konstituierenden Strukturelemente des Krankenhausfinanzierungssystems in der Bundesrepublik Deutschland zu geben. Dabei gilt es zu zeigen, in welcher Form sich die Systematik der Krankenhausfinanzierung im Laufe der Zeit geändert hat und der Gesetzgeber verstärkt eine wettbewerbs- und leistungsorientierte Steuerung des Krankenhauswesens verfolgt. Auf dieser Basis wird deutlich, dass sich das Anforderungsprofil an das Krankenhaus der Zukunft und vor allem an die Krankenhausführung verändert hat. Es gilt, die Anreize der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung auch innerhalb des Krankenhauses umsetzen.

### 2.3.1 Krankenhausfinanzierung 1972 bis 1992

Die Finanzierung der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland wird im wesentlichen durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 und durch die Bundespflegesatzverordnung geregelt.<sup>78</sup> Kernpunkt dieser Krankenhausfinanzierung ist das Prinzip der Mischfinanzierung<sup>79</sup>, wobei „der Bund ein Drittel und die Länder zwei Dritteln der Investitionskosten im Krankenhaussektor übernehmen“<sup>80</sup>; die

---

<sup>77</sup> Naegler, H. (1992), S. 25.

<sup>78</sup> Vor dem Jahr 1972 wurden die deutschen Krankenhäuser monistisch finanziert, d. h. nur die gesetzlichen Krankenkassen waren für die Finanzierung zuständig.

<sup>79</sup> Geläufiger als der Begriff Mischfinanzierung ist fälschlicherweise der Terminus der sogenannten dualen Finanzierung. Diese Bezeichnung deutet nur auf zwei Finanzierungsquellen hin und lässt unberücksichtigt, dass Krankenhäuser in unterschiedlicher Trägerschaft ihre Kosten nicht nur aus zwei Finanzierungsquellen decken. Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1985), Ziff. 373.

<sup>80</sup> Die gesetzlichen Regelungen wurden seit 1972 allerdings mehrfach modifiziert und seit dem Jahr 1985 hat sich der Bund ganz aus der Finanzierungsverantwortung der Krankenhausinvestitionen zurückgezogen und dies allein den Ländern überlassen. Vgl. Henke, K.-D. (1997), S. 2.

Finanzierung der Neu-, Umbau- und Erweiterungsinvestitionen sowie der Großgeräte erfolgt über die öffentliche Hand bzw. durch die Steuerzahler. Die Krankenkassen bzw. die Beitragszahler bringen die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten – einschließlich der Instandhaltungskosten – auf.“<sup>81</sup>

Die Zahlungsströme des Krankenhausfinanzierungssystems sind in der folgenden Abbildung 7 dargestellt:

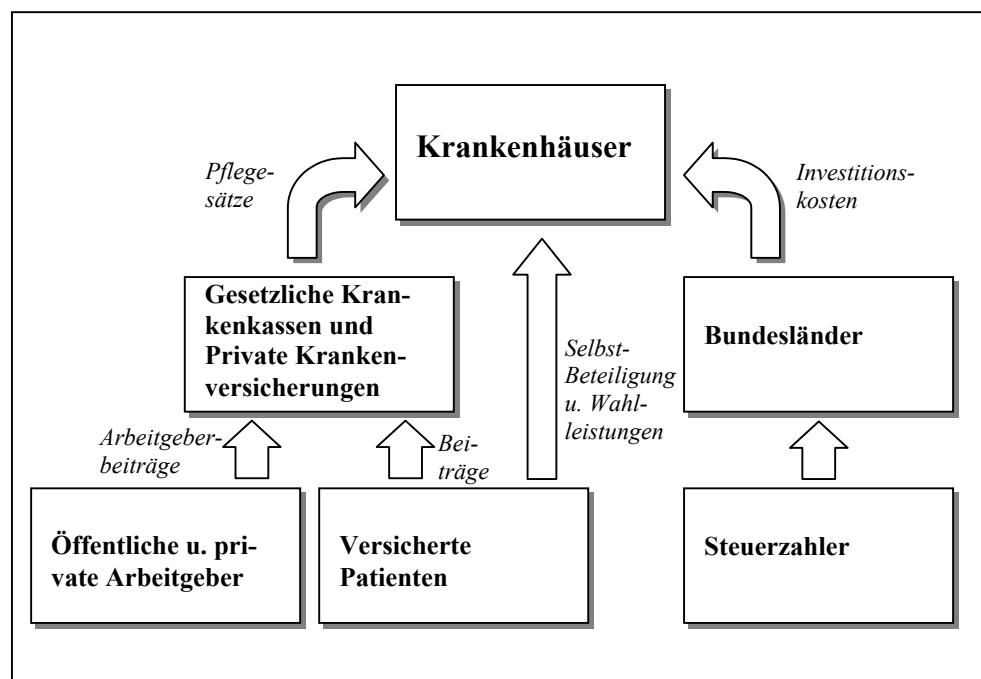


ABBILDUNG 7: ZAHLUNGSSTRÖME IN DER KRANKENHAUSFINANZIERUNG<sup>82</sup>

Gemäß § 9 Abs. 3 KHG erhalten die Krankenhäuser von den Bundesländern pauschale Fördermittel für ihre Investitionskosten. Für die Betriebskosten, die durch die Krankenkassen und Beitragszahler finanziert werden, gilt stattdessen die Systematik eines prospektiven Budgets auf Basis des Selbstkostendeckungsprinzips.<sup>83</sup> Im Vorjahr wird aufgrund der vorauskalkulierten Selbstkosten des Krankenhauses und einer erwarteten Belegung ein Budget zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen festgelegt.<sup>84</sup> Nach Ablauf des vereinbarten Budgetzeitraums erfolgt gegebenenfalls

<sup>81</sup> Henke, K.-D. (1997), S. 1.

<sup>82</sup> In Anlehnung an Finsinger, J. (1989), S. 160.

<sup>83</sup> Diese Regelung gilt seit Anpassung und Modifizierung der Bundespflegesatzverordnung im Jahr 1985. In der Zeit davor wurden die nachgewiesenen Kosten in Form einer vergangenheitsorientierten Istkostenerstattung vergütet.

<sup>84</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S. 46.

eine Budgetanpassung entsprechend der tatsächlichen Belegung, die sogenannte flexible Budgetierung.<sup>85</sup>

Diese Form der Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten führt zu einer Krankenhausverweildauer<sup>86</sup> verlängernden Wirkung. „Je mehr Patienten bei reduzierten Krankenhausaufenthalten behandelt wurden, desto höher fielen die krankenhausindividuellen Verluste aus. Wurde dagegen die Verweildauer gegenüber den Planwerten verlängert, stieg mit jedem behandelten Patienten der Gewinn.“<sup>87</sup> Dies führte darüber hinaus zu Überkapazitäten im Akutbereich durch Fehlbelegungen in beachtlicher Größenordnung und zu einer tendenziellen Verschlechterung der medizinischen Versorgung aufgrund der Anreize zur Vollbelegung der Krankenhäuser. Mit dem Jahr 1993 wurde eine leistungsgerechte Finanzierung eingeführt, bei der „die Verweildauer als Effizienzkriterium an Bedeutung verliert und schließlich ein positiver Effekt auf die Kostenentwicklung eintreten soll.“<sup>88</sup>

### 2.3.2 Krankenhausfinanzierung 1993 bis 2002

Die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip und die merkliche Veränderung der Finanzierungsgrundsätze kam mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) zum 01.01.1993. Das GSG sieht vor, das Budget und die Pflegesätze medizinisch leistungsgerecht zu bemessen, sodass es einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung möglich sein müsste, den Versorgungsauftrag zu erfüllen.<sup>89</sup>

Das neue Entgeltsystem für die Krankenhäuser, das mit Wirkung ab dem 01.01.1995 bzw. spätestens zum 01.01.1996 einsetzt, lässt sich in folgende Grundelemente untergliedern:

---

<sup>85</sup> Vgl. Lebok, U. (2000), S. 90ff.

<sup>86</sup> Die Krankenhausverweildauer entspricht der Zahl der Tage, die ein Patient in stationärer Behandlung verbringt.

<sup>87</sup> Lebok, U. (2000), S. 92.

<sup>88</sup> Lebok, U. (2000), S. 92.

<sup>89</sup> Vgl. § 3 Abs. 1 und 2 BPfIV.

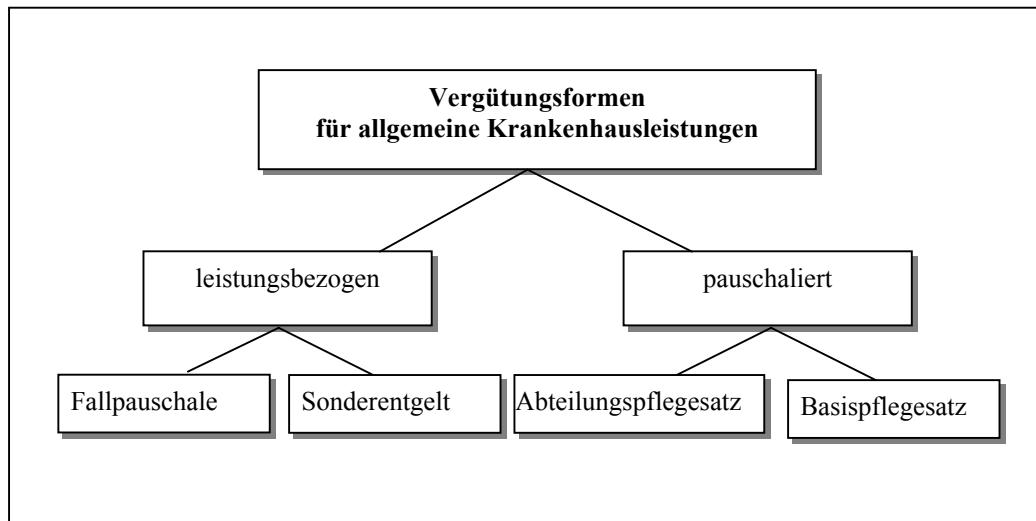


ABBILDUNG 8: VERGÜTUNGSFORMEN FÜR ALLGEMEINE KRANKENHAUSLEISTUNGEN  
GEMÄß BPFLV 1995<sup>90</sup>

**Fallpauschalen** vergüten sämtliche im Krankenhaus erbrachten Leistungen eines medizinisch definierten Behandlungsfalles bis zum Erreichen der vom Gesetzgeber fixierten Grenzverweildauer. Das bedeutet, die Fallpauschale soll von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten den gesamten Behandlungsfall auf Vollkostenbasis abdecken.<sup>91</sup>

Ein **Sonderentgelt** bezieht sich dagegen nur auf „einen Behandlungsaspekt eines bestimmten Falles, ist als Teilleistung zu verstehen und beschreibt überwiegend chirurgische Eingriffe“<sup>92</sup>.

Krankenhausleistungen, die nicht über Fallpauschalen und Sonderentgelte vergütet werden, sind über Abteilungs- und Basispflegesätze abzurechnen. Die **Abteilungspflegesätze** beinhalten – differenziert nach Fachabteilungen – alle ärztlichen und pflegerischen Leistungen auf den Stationen. Der **Basispflegesatz** umfasst alle nicht-medizinischen Leistungen, wie z. B. Unterkunft, Verpflegung und Verwaltung.<sup>93</sup>

<sup>90</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S. 50.

<sup>91</sup> Vgl. Precht, C. (2000), S. 225.

<sup>92</sup> Precht, C. (2000), S. 225.

<sup>93</sup> Vgl. Janssen, D. (1999), S. 69f.

Der Gesetzgeber erhoffte sich durch das neue Entgeltsystem eine strukturelle Kostendämpfung aufgrund der durch die Fallpauschalen bewirkten Beschränkung der Verweildauer auf das medizinisch notwendige Maß. Darüber hinaus sollte das Kostenbewusstsein im Krankenhaus gestärkt werden, da erzielte Gewinne im Krankenhaus verbleiben können. Nicht zuletzt wird durch die Leistungsorientierung der Entgelte eine bessere Transparenz der Kostenlage im Krankenhaus angestrebt und eine Optimierung der Behandlungsabläufe durch eine Straffung des Leistungsangebotes erwartet.<sup>94</sup>

Inwieweit konnten diese Ziele erreicht werden? Eine **dreijährige Begleitforschung**, die 1996 vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegeben wurde, zeigt, dass das Ziel der Verweildauerreduzierung erreicht werden konnte. Für das Jahr 1997 teilten 71,9% der Kliniken mit, aufgrund der Fallpauschalen die Verweildauer gesenkt zu haben. Eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, mehr Kostenbewusstsein und die Optimierung der Behandlungsabläufe in den Krankenhäusern ist dagegen nicht im gewünschten Maße erkennbar.<sup>95</sup> Darüber hinaus werden lediglich 20-30% aller Krankenhausleistungen über Fallpauschalen und Sonderentgelte vergütet, d. h. der größte Anteil wird immer noch über tagesgleiche Pflegesätze abgegolten, die keinen kausalen Zusammenhang zwischen Kosten und Leistungen der Patientenbehandlung zulassen.

Aus diesem Grund ist für 2003/2004 die Einführung eines vollständig leistungsorientierten Vergütungssystems für das deutsche Krankenhauswesen vorgesehen.

### 2.3.3 Krankenhausfinanzierung ab 2003

In Anbetracht der fortlaufend wachsenden Mittelknappheit im deutschen Gesundheitswesen und der geschilderten Notwendigkeit, die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauswesens zu steigern, hat sich der Gesetzgeber dazu entschieden, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem für Krankenhausleistung einzuführen.

---

<sup>94</sup> Vgl. Janssen, D. (1999), S. 70f.

<sup>95</sup> vgl. Engelmoehr, I. (1999), S. 14f.

Bereits in den siebziger Jahren wurden an der Yale University die sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG) entwickelt. Es handelt sich hierbei um ein Fall-Klassifizierungssystem, bei dem „alle Behandlungsfälle jeweils spezifischen Behandlungsfallgruppen zugeordnet (werden), die ähnliche Behandlungsfälle aufgrund vorliegender Daten wie Diagnosen, Prozeduren, erhaltene Leistungen und entstandene Kosten vereinen“<sup>96</sup>. Dadurch kann die Behandlung eines Patienten im Krankenhaus insgesamt betrachtet und jeder Krankenhausfall einer eindeutigen DRG zugeordnet werden. Für jeden Behandlungsfall wird ein prospektiv vereinbarter, indikationsbezogener Festpreis als Entgelt für das Krankenhaus festgelegt. Im Vergleich zu herkömmlichen individuell festgelegten Tagespauschalen soll dadurch ein finanzieller Anreiz entstehen, die Behandlungen möglichst wirtschaftlich durchzuführen.<sup>97</sup>

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 sieht mit dem neuen § 17b KHG die gesetzliche Grundlage für die Einführung des DRG-Systems zur Vergütung der Krankenhausleistungen in der Bundesrepublik Deutschland vor. Dieses leistungsorientierte Vergütungssystem für die allgemeinen und vollstationären Krankenhausleistungen<sup>98</sup> soll die bisher abgerechneten Tages- und Fallpauschalen zum 1. Januar 2003 ablösen.<sup>99</sup> Damit sowohl Krankenhäuser als auch Krankenkassen die Möglichkeit haben, sich an das neue Finanzierungssystem anzupassen, vollzieht sich die Umstellung in folgenden zeitlichen Phasen:<sup>100</sup>

- » **2003/2004:** Budgetneutrale Jahre, d. h. Grundlage bleiben zunächst die konventionell verhandelten Budgets. Die Abrechnung erfolgt über die neuen DRG statt über die bisherigen Tagessätze.
- » **Ab 2005:** Vereinbarung landesweiter Preise. Das sich hieraus ergebende Gesamtvolumen zeigt im Vergleich zum Budget des Vorjahres den Anpassungsbedarf der einzelnen Krankenhäuser.
- » **Ab 2007:** Es gelten für alle Krankenhäuser einheitliche Preise in Deutschland.

---

<sup>96</sup> Roeder, N./Rochell, B./Scheld, H. H. (2000), S. 689.

<sup>97</sup> Vgl. Fischer, W. (1999), S. 5.

<sup>98</sup> Mit Ausnahme der psychiatrischen Behandlungen.

<sup>99</sup> Vgl. Rochell, B. (2000), S. 190.

<sup>100</sup> Vgl. Schröder, K. T. (2001).

Ziel dieser Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung in Form des DRG-Systems ist es, durch „eine leistungsgerechte und transparente Vergütung eine wirtschaftlichere Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen zu ermöglichen“<sup>101</sup>. Das hat gleichzeitig zur Folge, dass sich die Krankenhäuser zukünftig mehr und mehr unter Wettbewerbsbedingungen am Markt behaupten müssen. „Das Wettbewerbs- und Konkurrenzprinzip wird mit der Einführung der fallpauschalierten Vergütung für Krankenhausleistungen konsequent umgesetzt. Die unternehmerische Antwort darauf liegt in einer Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit durch Erreichen eines angemessenen Preis-Leistungs-Verhältnisses unter Beibehaltung eines qualitativ hochwertigen Medizin- und Servicestandards.“<sup>102</sup>

---

<sup>101</sup> Leber, W-D./Schlottmann, N./Stackelberg, J-M. (2001), S. 75.

<sup>102</sup> Lohmann, H. (2001), S. 4.

### 3. Privatisierungstendenzen öffentlicher Krankenhäuser

Zielsetzung dieses Kapitels ist zum einen die begriffliche Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes Public Private Partnership und zum anderen die Darstellung derartiger Entwicklungstendenzen zwischen öffentlichen Krankenhäusern und privaten Klinikbetreibern in der BRD. Von Bedeutung ist dabei insbesondere die Motivation, die beide Partner zu einer solchen Zusammenarbeit veranlasst.

#### 3.1 Abgrenzung der Begrifflichkeiten

##### 3.1.1 Privatisierung

Der Begriff der Privatisierung wird in vielfältiger und unterschiedlicher Weise genutzt. Der Gegenstandsbereich, auf den sich dieser Begriff bezieht, ist im Laufe der Zeit und im Zuge zahlreicher Privatisierungsdiskussionen stets umfangreicher geworden.<sup>103</sup> In der Literatur ist beispielsweise „die vollständige oder teilweise Übertragung bzw. Veräußerung von öffentlichem Vermögen an Private“<sup>104</sup>, die Veränderung von einer öffentlich-rechtlichen in eine privatrechtliche Rechtsform<sup>105</sup> und die Übertragung von Leistungen von einem öffentlichen Aufgabenträger auf private Wirtschaftssubjekte<sup>106</sup> gleichermaßen unter dem Terminus Privatisierung zu finden. Üblicherweise werden die verschiedenen Privatisierungsformen in zwei Kategorien aufgeteilt: die formale und materielle Privatisierung.<sup>107</sup>

###### 3.1.1.1 Formale Privatisierung

Die formale Privatisierung, die auch als Organisationsprivatisierung bezeichnet wird, lässt die Zuordnung einer Aufgabe als öffentliche Aufgabe unberührt. Der öffentliche Träger bedient sich zur Aufgabenwahrnehmung in diesem Fall privatrechtlich orga-

<sup>103</sup> Cronauge spricht in diesem Zusammenhang von einer „babylonischen Sprachverwirrung“. Vgl. Cronauge, U. (1992), S. 9.

<sup>104</sup> Loesch, A. (1987), S. 42.

<sup>105</sup> Vgl. Bohle, T. (2000), S. 644ff.

<sup>106</sup> Vgl. Steinheuer, W. (1991), S. 11.

<sup>107</sup> Vgl. Budäus, D. (1997), S. 6.

nisierter Einheiten, d. h. die „Aufgaben werden Kapitalgesellschaften in Form der GmbH oder AG übertragen, deren Eigentümer die öffentlichen Gebietskörperschaften bleiben (Eigengesellschaften)“<sup>108</sup>. Somit erfolgt keine Verlagerung der Verfügungsberechtigungen vom öffentlichen in den privaten Sektor, sondern lediglich eine organisatorische Neuordnung innerhalb des öffentlichen Sektors. Aus diesem Grund wird die formale Privatisierung auch als „unechte oder Scheinprivatisierung“<sup>109</sup> bezeichnet und von einigen Autoren aus dem Privatisierungsbegriff ausgeschlossen.<sup>110</sup> Auch im Rahmen dieser Arbeit wird die formale Privatisierung nicht weiter von Bedeutung sein. Es sollte jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass gerade der Rechtsformwechsel zu einer kommunalen Krankenhaus-GmbH in der aktuellen Diskussion sehr populär ist.<sup>111</sup> In einer privatrechtlichen Krankenhausorganisation werden kürzere Entscheidungswege, die Anwendung betriebswirtschaftlicher Führungs- und Steuerungsinstrumente und eine größere Unabhängigkeit vom Krankenhaussträger unterstellt. Auf dieser Grundlage sehen einige Autoren eine beinahe universale Lösung der unterstellten Effizienzprobleme im Krankenhaus.<sup>112</sup>

### 3.1.1.2 Materielle Privatisierung

Neben der formalen bildet die materielle Privatisierung eine weitere Privatisierungskategorie. Oftmals wird unter der materiellen Privatisierung ausschließlich die vollständige Verlagerung einer Aufgabe vom öffentlichen auf den privaten Bereich und damit eine Reduzierung des öffentlichen Aufgabenbestandes und eine Staatsentlastung verstanden. Der Staat steht nicht länger in der Pflichterfüllung einer bestimmten Aufgabe.<sup>113</sup> Diese recht eng gefasste Begriffsbestimmung wird der heutigen Privati-

---

<sup>108</sup> Budäus, D. (1997), S. 6.

<sup>109</sup> Buse, H. R. (2000), S. 134.

<sup>110</sup> Vgl. beispielsweise Steinheuer, W. (1991), S. 11.

<sup>111</sup> So sind beispielsweise die vier Krankenhäuser von Stadt und Kreis Heilbronn seit Anfang dieses Jahres zu einer kommunalen GmbH fusioniert und werden unter dem Namen SLK-Kliniken Heilbronn GmbH geführt. Vgl. Schmid, W. (17.11.2000); <http://www.unfallchirurgie-heilbronn.de/> Patienten/geschichte.html vom 19.07.2001. In Berlin ist zum 1. Januar 2001 die bundesweit größte Krankenhaus-GmbH gegründet worden, der neun städtische Kliniken und das Max-Bürger-Zentrum für Sozialmedizin und Geriatrie angehören. Vgl. o. V. (01.12.2000); Posch, M. (25.01.2001). Auch für das Berliner Universitätsklinikum Charité ist das Modell der Klinik-Privatisierung in Form eines Rechtsformwechsels zur GmbH im Gespräch. Vgl. Kotlorz, T. (04.09.2000).

<sup>112</sup> Vgl. Quaas, M. (1992), S. 59-65.

<sup>113</sup> Vgl. beispielsweise Hengstschläger, J. (1995), S. 165ff.

sierungswirklichkeit allerdings nicht mehr gerecht. Es ist eine wesentlich genauere Ausdifferenzierung des Begriffs der materiellen Privatisierung notwendig, um die existierenden Privatisierungsformen zu erfassen. Im folgenden werden daher vier verschiedenen Ausprägungen unterschieden: die vollständige Aufgabenprivatisierung, die Privatisierung der Organisation, die Privatisierung der Finanzierung und die Vermögensprivatisierung.<sup>114</sup>

Bei der vollständigen Aufgabenprivatisierung wird Organisation und Finanzierung von bisher staatlich wahrgenommenen Aufgaben auf Private verlagert, wobei dies mit oder ohne Gewährleistungspflicht der öffentlichen Hand vollzogen werden kann. Die Aufgabenprivatisierung ohne Gewährleistungspflicht der öffentlichen Hand stellt die „Maximalform aller Privatisierungsmöglichkeiten“<sup>115</sup> dar. Der Staat zieht sich völlig aus einer Aufgabe zurück und gibt damit alle betreffenden Rechte und Pflichten ab.<sup>116</sup>

Bei der vollständigen Aufgabenprivatisierung mit Gewährleistungspflicht wird die rechtliche und finanzielle Durchführungskompetenz in den Privatsektor verlagert, die Aufgabenverantwortung verbleibt jedoch bei der öffentlichen Hand.<sup>117</sup> Die bekannteste Form dieser Konzeption ist das Betreibermodell, welches seinen Ursprung im Bereich kommunaler Abwasserbeseitigungsanlagen<sup>118</sup> hat. Im Vergleich zur vollständigen Privatisierung ohne Gewährleistungsverantwortung bleibt dem öffentlichen Träger eine begrenzte Einwirkungsmöglichkeit erhalten, da er die Versorgungsbedingungen festlegen und überprüfen kann und bestimmte Kontrollrechte behält.<sup>119</sup>

---

<sup>114</sup> Vgl. Budäus, D. (1997), S. 7.

<sup>115</sup> Hamer, E. (1981), S. 40.

<sup>116</sup> Inwieweit dieser vollständige Rückzug der öffentlichen Hand aus einer Aufgabenverantwortung und die Verlagerung auf Private möglich ist, hängt von der Gestaltung des rechtlichen Rahmens ab, innerhalb dessen der öffentliche Träger über Art und Umfang der von ihm wahrzunehmenden Aufgaben entscheiden kann. Vgl. Steinheuer, W. (1991), S. 15 ff.

<sup>117</sup> Vgl. Hamer, E. (1981), S. 42.

<sup>118</sup> Vgl. Pfüller, H.-J. (1988); Schoch, F. (1994b), S. 85f.

<sup>119</sup> Vgl. Völmicke, C. (1996), S. 51.

Bei der Privatisierung der Organisation der Aufgabenwahrnehmung bleibt die rechtliche und finanzielle Durchführungskompetenz beim öffentlichen Träger bestehen. Lediglich die praktische Organisation der Leistungserstellung wird in den Privatsektor verlagert.<sup>120</sup> Die öffentliche Hand beauftragt private Unternehmen, die die Rolle eines öffentlichen Erfüllungsgehilfen einnehmen, in dem sie die entsprechende Leistung produzieren bzw. herstellen. Dem öffentlichen Träger bleibt nicht nur das Kontrollrecht, sondern er „trägt auch das Ausfallrisiko für die bestimmte Leistung zu einem festgesetzten Preis des privaten Trägers“<sup>121</sup>. Diese Art der Privatisierung kann z. B. in Form eines Betriebsführungsvertrages<sup>122</sup> erfolgen.<sup>123</sup> Im Vergleich zum Betreibermodell führt ein Betriebsführer auf vertraglich geregelter Basis die öffentliche Einrichtung im Namen des öffentlichen Aufgabenträgers auf dessen Rechnung und Risiko.<sup>124</sup>

Die Privatisierung der Finanzierung wird vor allem vor dem Hintergrund des wachsenden Investitionsbedarfs der Gebietskörperschaften zunehmend wichtiger. Hier werden Leasing-Modelle, Fonds-Finanzierung, Forfaitierung u. ä. als Lösungsmöglichkeit kommunaler Finanzierungsprobleme gesehen.<sup>125</sup>

Vermögensprivatisierung ist die „vollständige oder teilweise Übertragung bzw. Veräußerung von öffentlichem Vermögen (Grundstücke, Betrieb oder Unternehmensbeteiligungen) an private Unternehmen oder Personen“<sup>126</sup>. Diese Privatisierungsform ist insbesondere auf Bundesebene von Bedeutung, wo sich der Bund durch Verkauf seines Beteiligungsbesitzes von seinen Industriekonzernen trennt.<sup>127</sup>

Der Begriff Privatisierung und die unterschiedlichen Ausprägungen lassen sich demnach folgendermaßen zusammenfassen:

---

<sup>120</sup> Vgl. Hamer, E. (1981), S. 42.

<sup>121</sup> Völmicke, C. (1996), S. 52.

<sup>122</sup> Eine andere Bezeichnung für Betriebsführungsvertrag lautet auch Managementvertrag. Im folgenden werden die Begriffe Betriebsführungsvertrag und Managementvertrag und auch Betriebsführer und Manager synonym verwendet.

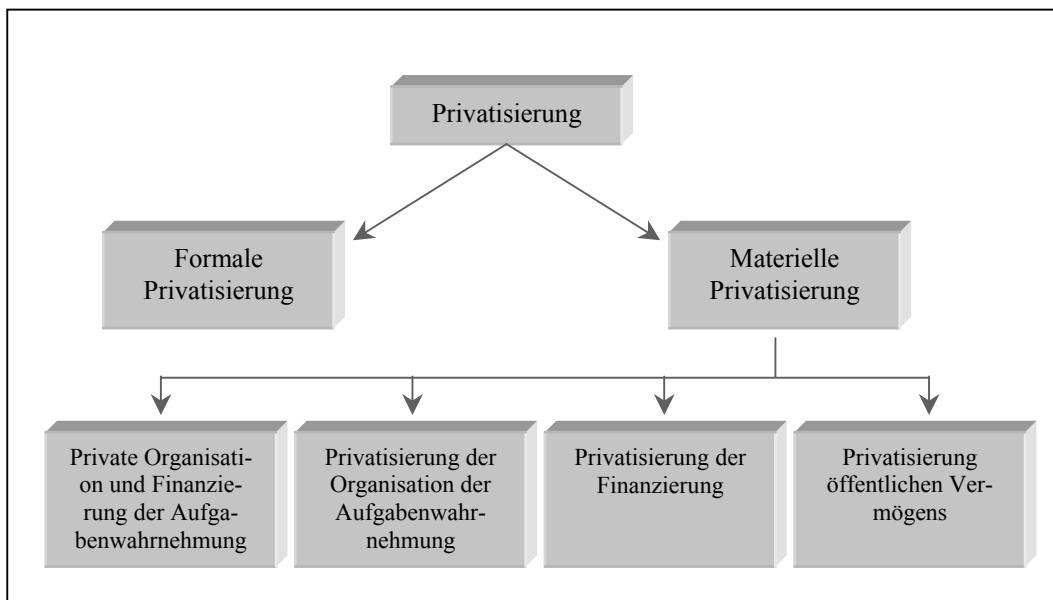
<sup>123</sup> Eine andere Form ist beispielsweise die Auftragsvergabe.

<sup>124</sup> Vgl. Tettinger, P. J. (1997), S. 127.

<sup>125</sup> Vgl. dazu Kirchhoff, U. (1996).

<sup>126</sup> Loesch, A. (1987), S. 42.

<sup>127</sup> Vgl. Schuppert, G. F. (1998), S. 75f.

ABBILDUNG 9: PRIVATISIERUNGSFORMEN<sup>128</sup>

Soweit im weiteren Verlauf dieser Arbeit Fragen der Privatisierung erläutert werden, sind nur die Maßnahmen von Bedeutung, bei denen staatliche Verfügungsrechte auf private Wirtschaftssubjekte verlagert werden.<sup>129</sup> Dies umfasst grundsätzlich den Bereich der materiellen Privatisierung, wobei die vollständige Aufgabenprivatisierung ohne Gewährleistungsverantwortung<sup>130</sup>, die Finanzierungs- und Vermögensprivatisierung<sup>131</sup> unberücksichtigt bleiben. Im Mittelpunkt der Betrachtung der vorliegenden Arbeit steht die Privatisierung der Organisation der Aufgabenwahrnehmung und die Aufgabenprivatisierung mit öffentlicher Gewährleistungsverantwortung. Beide Privatisierungsformen zeigen in besonders deutlicher Weise, dass es in der Privatisierungsdiskussion nicht nur „Alles-oder-nichts-Lösungen“<sup>132</sup> gibt, die das gegensätzliche Denken von einer rein staatlichen Erfüllungs- und Durchführungsverantwortung

<sup>128</sup> In Anlehnung an Budäus, D. (1997), S. 6.

<sup>129</sup> Vgl. Budäus, D. (1997), S. 9.

<sup>130</sup> Die vollständige Privatisierung ohne Gewährleistungsverantwortung und damit rein marktwirtschaftlich orientierte Krankenhauswirtschaft scheidet für das deutsche Gesundheitssystem aus. Krankenhäuser sind Teil der sozialen Infrastruktur, d. h. sie gehören zu den Grundvoraussetzungen für das wirtschaftliche und soziale Leben einer Region. Bei einer rein marktwirtschaftlich gestalteten Steuerung von Angebot und Nachfrage wäre eine gleichmäßige und flächendeckende Krankenhausversorgung für alle Bevölkerungsgruppen gefährdet. Die Krankenhausversorgung ist somit eine öffentliche Aufgabe, die zumindest im Rahmen einer bleibenden Gewährleistungsverantwortung des öffentlichen Trägers vollzogen werden muss. Vgl. Eichhorn, S. (1995b), S. 213ff.

<sup>131</sup> Die Formen der Finanzierungs- und Vermögensprivatisierung sind im Rahmen dieser Arbeit nicht (oder höchstens am Rande) von Bedeutung, da es im wesentlichen um die Ausgestaltung organisatorischer Strukturen und Zielbeziehungen im Krankenhaus vor dem Hintergrund öffentlicher und/oder privater Verfügungsrechte geht.

<sup>132</sup> Schoch, F. (1994a), S. 963.

versus einer rein privaten Aufgabenerfüllung widerspiegeln. Es geht vielmehr um „Formen der arbeitsteiligen und kooperativen Aufgabenerledigung, mit denen die Verwaltung ihre eigene Rolle im Prozess der Erbringung öffentlicher Dienstleistungen gleichzeitig neu definiert“<sup>133</sup>. Eine Zusammenarbeit mit Privaten kann wichtige Vorteile mit sich bringen<sup>134</sup>, ohne dass seitens des öffentlichen Trägers ein volliger Kompetenz- und Steuerungsverlust eintreten muss. Je nach Konzeption der Zusammenarbeit kann eine Garantenstellung der öffentlichen Hand aufrecht erhalten bleiben bzw. eine fallweise graduelle Abstufung der Verantwortungsintensität vorgenommen werden. Aus dieser Sicht wird die große Bedeutung und Chance von Teilprivatisierungen<sup>135</sup> und damit den ‚Grauzonen‘ einer Verquickung von öffentlichem und privatem Sektor deutlich.

Formen der kooperativen Zusammenarbeit zwischen öffentlichem und privatem Sektor werden in der neueren Literatur ganz allgemein auch als Public Private Partnership bezeichnet. Die Frage der Begriffsdefinition und der Bedeutung für die Führung öffentlicher Krankenhäuser wird in den folgenden Kapiteln erörtert und dargestellt.

### 3.1.2 Public Private Partnership

#### 3.1.2.1 Ausdifferenzierung in der Literatur

Formen der kooperativen Zusammenarbeit zwischen öffentlichem und privatem Sektor werden in der neueren Literatur ganz allgemein auch als Public Private Partnership (PPP) bezeichnet. Dabei lässt sich PPP am ehesten als Mischform charakterisieren und zwar in dem Sinne, dass es „Vor- und Zwischenformen der ebenfalls in unterschiedlicher Nuancierung ausgestalteten Grundmuster“<sup>136</sup> der materiellen und

<sup>133</sup> Schuppert, G. F. (1998), S. 77.

<sup>134</sup> Wie z. B. die Erschließung von Know-how und finanziellen Mitteln oder auch die Nutzung von Mengeneffekten.

<sup>135</sup> Der Begriff der Teilprivatisierung ist folgendermaßen zu verstehen: alle Grundmodelle der Privatisierung eignen sich auch für bloße Teilprivatisierungen. Wenn sich Staat oder Kommune z. B. nur teilweise von ihrem Besitz an einem Unternehmen oder einer Liegenschaft trennen, liegt eine Teilprivatisierung vor. Auch im Rahmen einer vollständigen materiellen Privatisierung kann nur ein abspaltbarer Teil einer Gesamtaufgabe in den privaten Sektor verlagert werden und damit teilprivatisiert werden. Vgl. Schoch, F. (1994a), S. 963.

<sup>136</sup> Tettinger, P. J. (1997), S. 126.

auch formalen Privatisierung sein können. Diese Charakterisierung lässt bereits erkennen, dass sich die Begriffe PPP und Privatisierung inhaltlich z. T. sehr ähnlich sind und überschneiden. Angesichts der erläuterten vielfältigen Verwendung des Begriffes der Privatisierung verbirgt sich demnach hinter PPP ein thematisch noch viel weiter gefächerter Spannungsbogen. Im folgenden wird beispielhaft gezeigt, dass der Terminus PPP in der Literatur auf sehr unterschiedliche Weise abgegrenzt wird.

BUDÄUS und GRÜNING entwickeln einen Definitionsvorschlag, bei dem eine Unterscheidung in PPP i. e. S. und i. w. S. erfolgt. Die Merkmale für PPP i. e. S. lauten folgendermaßen.

- „Interaktion zwischen öffentlicher Hand und Akteuren aus dem privaten Sektor,
- Fokus auf Verfolgung komplementärer Ziele,
- Synergiepotentiale bei der Zusammenarbeit,
- Prozessorientierung,
- Identität und Verantwortung der Partner bleiben intakt und
- die Zusammenarbeit ist (gesellschafts-)vertraglich formalisiert.“<sup>137</sup>

Die Definition für PPP i. w. S. umfasst dieselben Merkmale mit dem Unterschied, dass die Zusammenarbeit lediglich auf informellem Wege stattfindet. BUDÄUS und GRÜNING führen eine Vielzahl von Beispielen für unterschiedliche PPP-Konstruktionen auf, die sie in einem Portfolio einordnen. Von besonderem Interesse für diese Arbeit ist dabei die vorgenommene Ausgrenzung von nicht zielkomplementären Formen der Zusammenarbeit aus dem PPP-Begriff. Diese werden unter dem Oberbegriff des Contracting Out<sup>138</sup> gefasst und es wird angenommen, dass in diesen Fällen Zielkonflikte das Bild bestimmen und somit keine Partnerschaft vorliegt. Es handelt sich zwar um eine Kooperation zwischen öffentlichem und privatem Bereich, wobei „der private Contractor Leistungen für die öffentliche Organisation erbringt. Dabei ist aber entscheidend, dass der private Contractor nicht an der Erbringung der

---

<sup>137</sup> Budäus, D./Grüning, G. (1997), S. 54.

<sup>138</sup> Contracting Out ist als eine Erscheinungsform der Teilprivatisierung zu verstehen, die insbesondere vier Gestaltungsvarianten umfasst: Fremdvergabe, Submission, Konzessionierung und Gutschein-system. Vgl. dazu ausführlich Schuppert, G. F. (1997b), S. 541f.

Leistung selbst interessiert ist, sondern nur an den damit verbundenen Einnahmen“<sup>139</sup> und damit keine Zielkomplementarität besteht. Als Beispiele werden Leasing, Outsourcing, das Betreibermodell und ähnliches aufgeführt.

SCHUPPERT bezieht sich in seinem Text auf die genannten Merkmale der PPP-Definition von BUDÄUS und GRÜNING. Zusammenfassend sieht er die „Funktionslogistik von Public Private Partnership in der erfolgreichen Parallelschaltung der Interessen der beteiligten Akteure, von öffentlichem und privatem Interesse“<sup>140</sup>. Jedoch folgt er nicht der Abgrenzungsdarstellung hinsichtlich des Contracting Out. Während BUDÄUS und GRÜNING auch das Betreiber- bzw. Betriebsführungsmodell unter Contracting Out subsumieren und damit aus dem PPP-Begriff ausschließen, führt SCHUPPERT den Abschluss eines Betriebsführungs- und Managementvertrages zwischen einem öffentlichen Krankenhaus und einer privaten Klinikgesellschaft als Beispiel für PPP auf. Er sieht diese Form der Zusammenarbeit nicht durch Zielkonflikte geprägt, sondern zeichnet ganz im Gegenteil die Verfolgung komplementärer Ziele beider Partner auf. SCHUPPERT bezeichnet dieses PPP-Modell auch als Verselbständigung und Teilprivatisierung der Krankenhausbetriebsführung.

P. EICHHORN versteht unter PPP ganz allgemein die „Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und privaten Unternehmen zur Verfolgung gemeinsamer Ziele“<sup>141</sup>. Darüber hinaus erweitert er den PPP-Begriff auch auf die kontraktbestimmte Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und privatem Unternehmen, d. h. ebenso wie SCHUPPERT zählt auch hier Contracting Out zu PPP. Als mögliche Erscheinungsformen werden die gemischtwirtschaftliche Kooperation, das Betreibermodell, das Betreuungsmodell, das Leasing-, Pacht- oder Konzessionsmodell und ähnliches genannt.<sup>142</sup>

GOTTSCHALK bezieht seine Überlegungen zu PPP speziell auf den Bereich der Versorgungswirtschaft, d. h. den Wirtschaftsbereich der leistungsgebundenen Energie- und Wasserversorgung. Er erweitert die von P. EICHHORN genannte Definition

<sup>139</sup> Vgl. Budäus, D./Grüning, G. (1997), S. 51f.

<sup>140</sup> Schuppert, G. F. (1997a), S. 95.

<sup>141</sup> Eichhorn, P. (1995), S. 174.

<sup>142</sup> Zur näheren Erläuterung dieser Erscheinungsformen vgl. Eichhorn, P. (1995), S. 175f.

und versteht unter PPP „die auf besonderer vertraglicher Basis und längerfristig angelegte Zusammenarbeit zwischen Trägern öffentlicher Aufgaben [...] und privaten Einrichtungen und Unternehmen zur Verfolgung gemeinsamer wirtschaftlicher Ziele“<sup>143</sup>. Hier wird der PPP-Begriff an das Bestehen besonderer Kooperations- oder Finanzierungsverträge, die auf längere Dauer angelegt sind, geknüpft. Deutlich ausgeschlossen von PPP werden Verträge, die zwar langfristig angelegt sind, aber lediglich die üblichen geschäftlichen Beziehungen zwischen öffentlichen und privaten Vertragspartnern regeln, wie z. B. Kauf-, Miet- oder Pachtverträge.<sup>144</sup>

Speziell für den Bereich der kommunalen Entsorgungswirtschaft stellt SINZ in seinem Text Überlegungen zum PPP-Begriff an. Er sieht als entscheidendes Merkmal, dass „privatwirtschaftliches Know-how von außen in die öffentliche Aufgabenerfüllung eingebracht wird. Dies kann sowohl durch gesellschaftsrechtliche Verknüpfungen als auch schuldrechtliche Konstruktionen geschehen.“<sup>145</sup> Als Beispiel für die vielfältigen Möglichkeiten an organisatorischen Lösungen nennt er Betriebsführungs-, Betreiber- und Kooperationsmodelle.

HABERSACK wiederum sieht den Begriff PPP eng mit dem des gemischtwirtschaftlichen Unternehmens verbunden. Darunter ist ein in Form des privaten Gesellschaftsrechts geführtes Unternehmen zu verstehen, an dem mindestens eine öffentliche Institution und mindestens ein privater Gesellschafter beteiligt ist. Zur Unterscheidung der Begrifflichkeiten schlägt HABERSACK vor, PPP als „spezielle Ausprägung des gemischtwirtschaftlichen Unternehmens“<sup>146</sup> zu sehen. Charakteristisch ist dabei zum einen der beschränkte Gesellschafterkreis, der sich aus einem privatrechtlich organisierten Unternehmen und einer Kommune zusammensetzt und zum anderen der Unternehmensgegenstand, der auf dem Gebiet der Daseinsfürsorge liegt. Gemischtwirtschaftliche Unternehmen finden sich hingegen auch in anderen Bereichen.<sup>147</sup>

---

<sup>143</sup> Gottschalk, W. (1997), S. 154.

<sup>144</sup> Vgl. Gottschalk, W. (1997), S. 154.

<sup>145</sup> Sinz, K. (1997), S. 185.

<sup>146</sup> Habersack, M. (1996), S. 545.

<sup>147</sup> Vgl. Habersack, M. (1996), S. 546.

Von keiner abschließenden Begriffsdefinition, sondern einem offenen PPP-Begriff bzw. einer Begriffsnäherung geht ROGGENCAMP aus. Hier bedeutet PPP, dass „die Akteure aus öffentlichen und privaten gesellschaftlichen Sphären die aus einer Partnership erwachsenen Chancen sowie Risiken teilen und gleichberechtigt die ihnen in der jeweiligen Partnerschaft zugesuchten Rollen ausüben. Eine PPP impliziert über die arbeitsteilige Wahrnehmung der gemeinsamen Aufgaben eine Entscheidungs- und Verantwortungsgemeinschaft [...]“<sup>148</sup>. Auf Basis dieses Merkmals der Verantwortung zieht ROGGENCAMP auch die Grenze zwischen PPP und Privatisierung. Während bei den Modellvarianten der Privatisierung die Gewährleistungsverantwortung beim öffentlichen Partner verbleibt, ist bei einer PPP davon auszugehen, dass beide Partner für die Sicherstellung der Leistungserbringung Verantwortung tragen. Zur Verdeutlichung nennt ROGGENCAMP das Beispiel des Betreibermodells, welches nicht zu den PPP's zu zählen ist, da die Gewährleistungsverantwortung ausschließlich beim öffentlichen Sektor bleibt.<sup>149</sup>

TETTINGER hingegen wählt eine sehr weit gefasste Definition. Hier werden mit PPP die „unterschiedlichsten Formen eines Zusammenwirkens von Hoheitsträgern mit privaten Wirtschaftssubjekten, deren Einschaltung in die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe von der Motivation des Verwaltungsträgers (Bund, Land, Kommune, Universität usw.) her durchweg auf ihrer spezifischen Fachkompetenz und/oder ihrer Finanzstärke beruhen“<sup>150</sup>, umschrieben. Darüber hinaus nimmt TETTINGER keine Ab- oder Ausgrenzungen aus dem PPP-Begriff vor.

Neben diesen Autoren gibt es noch weitere Definitionsversuche, Abgrenzungen und Beschreibungen für den Begriff PPP. Die Bandbreite ist – wie schon mit den bisherigen Ausführungen gezeigt – sehr groß.

---

<sup>148</sup> Roggencamp, S. (1999), S. 55.

<sup>149</sup> Vgl. Roggencamp, S. (1999), S. 52ff.

<sup>150</sup> Tettinger, P. (1997), S. 125f.

### 3.1.2.2 PPP-Begriff im Rahmen dieser Arbeit

Für den weiteren Verlauf dieser Arbeit ist es notwendig eine Begriffsbestimmung festzulegen, die eine sinnvolle Diskussionsgrundlage bildet. Im folgenden wird daher der PPP-Begriff in Anlehnung an die von BUDÄUS und GRÜNING aufgestellten Merkmale verwendet, d. h. Interaktion zwischen öffentlicher und Hand und Akteuren aus dem privaten Sektor, Fokus auf Verfolgung komplementärer Ziele, Synergiepotentiale bei der Zusammenarbeit, Prozessorientierung, Identität und Verantwortung der Partner bleiben intakt und die Zusammenarbeit ist (gesellschafts-)vertraglich formalisiert. Dabei ist die Unterscheidung in PPP i. e .S. und i. w. S. nicht so wesentlich, da diese lediglich an das letztgenannte Merkmal geknüpft ist und somit eine Frage des Grades der formalen Institutionalisierung ist. Da dieser Institutionalisierungsgrad kein essentieller Bestandteil der PPP-Problematik ist und für diese Arbeit nicht von ausschlaggebender Bedeutung ist, reicht es im folgenden aus nur von PPP zu sprechen.

Darüber hinaus wird nicht der von BUDÄUS und GRÜNING vorgenommenen Interpretation und entsprechenden Ausgrenzung bestimmter Modellkonstruktionen gefolgt. Unter dem Oberbegriff des Contracting Out schließen BUDÄUS und GRÜNING insbesondere den Betriebsführungsvertrag aufgrund fehlender Zielkomplementarität aus dem PPP-Begriff aus. Hier folgt wird der Ansicht SCHUPPERT'S, der das Betriebsführungsmodell klar als PPP interpretiert, gefolgt. Seine Darstellung bezieht sich auf das Katharinenhospital der Stadt Stuttgart, dessen Krankenhausführung der privaten Sana Kliniken-Gesellschaft mbH aus München übertragen wurde. Anlass dazu waren die hohen Betriebsverluste des Krankenhauses und die Notwendigkeit, diese im Rahmen der kommunalen Haushaltslage erheblich zu reduzieren. Zu diesem Zweck wurde zwischen den beiden Einrichtungen ein Managementvertrag abgeschlossen, der den Einsatz eines Mitarbeiters des Sana-Verbundes als wirtschaftlichen Betriebsführer bzw. Krankenhausmanager des Katharinenhospitals vorsieht.<sup>151</sup>

---

<sup>151</sup> Vgl. ausführlich Schuppert, G. F. (1996), S. 173ff.

Im folgenden wird diese Konstruktion beispielhaft hinsichtlich der PPP-Kriterien geprüft<sup>152</sup>:

- **Verfolgung komplementärer Ziele:**

Als Ziel des kommunalen Trägers, hier die Stadt Stuttgart, lässt sich eindeutig das der Betriebskostensenkung im Katharinenhospital nennen. Die Entlastung des kommunalen Haushalts steht im Vordergrund. Zu diesem Zweck wird die Funktion der Krankenhausführung an die private Sana-Kliniken GmbH vergeben. Dafür zahlt die Stadt Stuttgart der privaten Sana-Gesellschaft ein zweigeteiltes Entgelt. Zum einen wird eine monatliche Pauschalgebühr entrichtet und zum anderen eine erfolgsabhängige Prämie in Höhe der erreichten jährlichen Ergebnisverbesserung.<sup>153</sup> Durch diese Erfolgsprämie wird das kommunale Ziel der Betriebskostensenkung auch für den privaten Vertragspartner zum Unternehmensziel. Es besteht Zielkomplementarität zwischen dem öffentlichen Träger und der privaten Sana-Gesellschaft.<sup>154</sup>

- **Interaktion zwischen öffentlicher Hand und privaten Akteuren:**

Interaktions-Partner sind in diesem Fall die Stadt Stuttgart als öffentlicher Krankenausträger und die private Sana-Gesellschaft.

- **Synergiepotenziale bei der Zusammenarbeit:**

Anlass der öffentlich-privaten Zusammenarbeit ist die Betriebskostensenkung im Katharinenhospital. Darüber hinaus ist es dem privaten Partner möglich Vorteile zu realisieren, die ohne Zusammenarbeit nicht erreichbar gewesen wären. Hierzu zählt z. B. die Nutzung von Mengen- und entsprechenden Preiseffekten im Einkauf, die durch ein größeres Bestellvolumen, d. h. die Summe der Bestellungen der anderen privaten Sana-Kliniken und des Katharinenhospitals, erzielt werden können.

---

<sup>152</sup> SCHUPPERT sieht das Zutreffen der PPP-Kriterien ohne weitere Prüfung als gegeben an. Nur das Kriterium der Zielkomplementarität wird differenzierter dargestellt.

<sup>153</sup> Vgl. Schuppert, G. F. (1996), S. 175.

<sup>154</sup> Für die Zielerreichung war es außerdem notwendig, die Führungsstruktur des Katharinenhospitals neu zu gestalten, womit eine Neuordnung der Kompetenzen verbunden war. Dieser Sachverhalt wird intensiv in Kapitel 5 erläutert.

- **Prozessorientierung:**

Ein Prozess umfasst eine Folge logisch zusammenhängender Aktivitäten zur Erstellung einer Leistung oder Veränderung eines Objektes (Transformation).<sup>155</sup>

Das Merkmal der Prozessorientierung bezieht sich im vorliegenden Fall auf den Vorgang der Krankenhausführung. Die Krankenhausführung beinhaltet eine Vielzahl von Aktivitäten mit dem Ziel der wirtschaftlichen Leitung der Einrichtung. Der Input für diesen Prozess ist durch den privaten Interaktionspartner, den Krankenhausmanager, zu erbringen.

- **Identität und Verantwortung der Partner bleiben intakt und die Zusammenarbeit ist vertraglich formalisiert:**

Die Zusammenarbeit wird durch den Abschluss eines Managementvertrages festgelegt und damit vertraglich formalisiert. Die Identität und Verantwortung beider Partner bleiben vertragsgemäß in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unbefürt.

Bereits diese beispielhafte Darstellung zeigt, dass das Modell eines Betriebsführungsvertrages nicht ohne weiteres aus dem Begriff PPP ausgegrenzt werden kann. Das vorliegende Beispiel entspricht den aufgestellten Kriterien für PPP und ist auch als diese zu bezeichnen. Die wesentliche Feststellung ist, dass bei einem so stark ausdifferenzierten und unterschiedlich verstandenen Begriff wie dem der PPP eine grundsätzliche Zuordnung verschiedener Modellgestaltungen nur schwer möglich ist. Es ist vielmehr notwendig fallweise die Entscheidung über Zugehörigkeit oder Ausgrenzung zu treffen.

## 3.2 Privatwirtschaftliche Motive im Krankenhauswesen

### 3.2.1 Finanzsituation

Ein häufig vorzufindender Grund und Auslöser ist die teilweise desolate finanzielle Situation öffentlich geführter Krankenhäuser. Viele Kommunen erwirtschaften große

---

<sup>155</sup> Vgl. Hill, W./Fehlbaum, R./Ulrich, P. (1994), S. 122ff.

Defizite mit ihren Kliniken, so dass Handlungsbedarf zur Entlastung der kommunalen Haushalte besteht. Eine allgemeine Übersicht, aus der die Fehlbeträge der Krankenhäuser hervorgehen, gibt es nicht,<sup>156</sup> sondern nur Hinweise auf Einzelfälle, so wie in dem bereits aufgezeigten Beispiel des Katharinenhospitals der Stadt Stuttgart. Bei Abschluss des Managementvertrages mit der Sana-Gesellschaft wurde 1991 noch ein erheblicher Bilanzverlust von 20 Millionen DM im Katharinenhospital verzeichnet, der schon nach gut zwei Jahren abgebaut werden konnte. Die Entwicklung des Betriebsergebnisses im Katharinenhospital stellt sich in den Jahren 1991 bis 1994 folgendermaßen dar.<sup>157</sup>

| Jahr             | 1991           | 1992          | 1993         | 1994         |
|------------------|----------------|---------------|--------------|--------------|
| Betriebsergebnis | - 20,6 Mio. DM | - 8,5 Mio. DM | -2,1 Mio. DM | + 446.000 DM |

Die Verbesserung der finanziellen Situation des Katharinenhospitals ist gemäss Sana-Konzept auf strukturverbessernde Maßnahmen zurück zu führen, wie z. B.:<sup>158</sup>

- Verlagerung der Entscheidungskompetenzen vom Rathaus ins Krankenhaus
- Budgetierung und Kontrolle der erbrachten Leistungen sowie Ausbau eines aussagefähigen Rechnungswesens
- Stärkung des mittleren Managements
- Ausbau des medizinischen Leistungsangebotes
- Modernes Personalmanagement
- Ausrichtung der Betriebsorganisation auf den Patienten

Es gibt darüber hinaus weitere Beispiele, bei denen durch eine öffentlich-private Zusammenarbeit letztlich schwarze statt rote Zahlen im Krankenhausergebnis geschrieben wurden. Anfang der neunziger Jahre nahm das Klinikum Kassel, das größte kommunale Krankenhaus in Hessen, die Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH an. Bis zu dem Zeitpunkt drohte das Krankenhaus in mangelnde Rentabilität abzugleiten, da vor allem die notwendigen Rationalisierungsinvestitionen aufgrund von Geldmangel ausblieben. Heute hat das Klinikum Kassel diese Notlage längst über-

<sup>156</sup> Vgl. Müller von der Grün, C. P. (2000), S. 481.

<sup>157</sup> Vgl. Sana Kliniken-Gesellschaft mbH (27.08.2003).

<sup>158</sup> Vgl. Sana Kliniken-Gesellschaft mbH (27.08.2003).

wunden und arbeitet erfolgreich und rentabel in den privatwirtschaftlichen Strukturen.<sup>159</sup>

Das Leipziger Land hingegen hat sich vollständig von seinen ehemaligen Kreiskrankenhäusern in Borna und Zwenkau getrennt und diese seit dem Jahr 2000 zu 100% an die private Helios-Kliniken GmbH abgetreten. Das Landratsamt sieht in dem privaten Klinikbetreiber einen qualifizierten und solventen Partner, der in der Lage ist, die Krankenhäuser im Leipziger Land in eigener Trägerschaft und Verantwortung zu führen.<sup>160</sup> Neben den beiden Krankenhäusern kaufte die Helios-Kliniken GmbH außerdem die beiden Grundstücke, auf denen sich die Kliniken befinden. Als Alleingesellschafterin der beiden Kliniken und Eigentümerin von Grund und Boden ist für die Fuldaer Klinikgesellschaft der Weg frei, auch kurzfristig über Investitionen zu entscheiden, die notwendig werden können.<sup>161</sup>

Diese erfolgreichen Lösungsmodelle, wobei das Spektrum von der Rechtsformänderung bis hin zum 100%-igen Verkauf reicht, regen viele Kommunen in Deutschland an, über eine Neuordnung der Trägerschaft ihres Krankenhauses nachzudenken.

### 3.2.2 Anforderungen an das Management

Die möglicherweise problematische Finanzsituation eines kommunalen Krankenhauses ist nicht der einzige Beweggrund für privatwirtschaftlich orientierte Neuregelungen. Ausschlaggebend sind ebenso die in den letzten Jahren veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und die sich daraus ergebenden neuen und höheren Anforderungen an die Krankenhausführung bzw. das Krankenhausmanagement.

Eine gewisse Initialzündung wird dabei dem Gesundheitsstrukturgesetz zugeschrieben<sup>162</sup>, an das sich eine Reihe von weiteren gesetzlichen Neuerungen anschließt bis hin zur aktuellen Situation der Einführung eines neuen DRG-Abrechnungssystems

<sup>159</sup> Vgl. Müller, Claus Peter (26.07.2000).

<sup>160</sup> Vgl. ter Vehn, J. (29.09.2000).

<sup>161</sup> Vgl. Helios-Kliniken GmbH (31.10.2000).

<sup>162</sup> Vgl. Trill, R. (1996), S. 9ff.

für die deutschen Krankenhäuser ab dem Jahre 2003. Neu ist dabei für die Kliniken, dass sie nicht mehr nur nach den Prinzipien der Bedarfswirtschaft und Selbstkosten-deckung arbeiten können. Es gilt auch die erwerbswirtschaftlichen Aspekte zu berücksichtigen und die Klinik entsprechend auszurichten und zu führen. Insgesamt führen alle Entwicklungen dazu, „die Leistungsprozesse im Krankenhaus stärker vorausschauend, systematisch und ganzheitlich zu strukturieren. Es wird zunehmend für das Krankenhausmanagement wichtiger, Chancen zu erkennen, Risiken zu vermeiden bzw. deren Auswirkung zu reduzieren und andererseits die Stärken des Krankenhauses zu betonen und auszubauen und vorhandene Schwächen abzumildern bzw. zu reduzieren.“<sup>163</sup>

Vor dem Hintergrund dieser wachsenden Anforderungen und der zunehmenden marktwirtschaftlichen Komponenten reicht das Verwalten eines Krankenhauses nicht mehr aus.<sup>164</sup> Für die Krankenhausführung wächst die Schwierigkeit, vermehrt für wirtschaftliche Abläufe in den Krankenhäusern zu sorgen und eine gewisse Markt-orientierung anzustreben, mit der man zu Zeiten des Selbstkostendeckungsprinzips nicht konfrontiert war. Schlagworte wie Qualitätsmanagement, Prozessorientierung, Corporate Identity oder Controlling, die man nur aus dem privaten Sektor kannte, sind mittlerweile auch im Krankenhauswesen zur Selbstverständlichkeit geworden.<sup>165</sup> Es scheint daher naheliegend sich auch am privaten Sektor zu orientieren und eine qualifizierte Unterstützung durch ein etabliertes Managementunternehmen in Anspruch zu nehmen.

Inwiefern dieser Weg einer Managementunterstützung tatsächlich sinnvoll ist, wird noch im weiteren Verlauf der Arbeit zu prüfen sein. Zusammenfassend bleibt festzu-stellen, dass Krankenhäuser ein modernes betriebliches Management brauchen, um den zukünftigen Anforderungen gerecht werden zu können, d. h. bedarfs- und er-werbswirtschaftliche Elemente zu koppeln.<sup>166</sup>

---

<sup>163</sup> Trill, R. (1996), S. 9.

<sup>164</sup> Vgl. Becker, G. (2000), S. 260ff.; Adam, D. (1996b), S. 13ff.

<sup>165</sup> Vgl. ausführlich Eichhorn, S./Schmidt-Rettig, B. (1995), S. 25ff.

<sup>166</sup> Vgl. o. V. (20.10.2000).

### 3.2.3 Veränderte Zielstrukturen

In Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer wirtschaftlichen Krankenhausführung und den damit verbundenen wachsenden Anforderungen an das Management lässt sich auch eine Veränderung der Zielsetzung kommunaler Krankenhäuser feststellen. Das für die Errichtung eines öffentlichen Krankenhauses ursächliche Grundanliegen ist im Prinzip der Daseinsfürsorge durch den Träger festzustellen. Davon ausgehend ist das Sachziel der Krankenhausversorgung sowie das Formalziel der Bedarfsdeckung abzuleiten. Das Hauptziel des Krankenhauses ist demnach die Deckung des Bedarfs an voll- und teilstationären Krankenhausleistungen. Parallel zum Hauptziel werden noch ein oder mehrere Nebenziele, wie z. B. Sicherung der Arbeitszufriedenheit des Personals, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Erzielung von Einkünften oder Repräsentation des Krankenhausträgers, angestrebt.<sup>167</sup>

Üblicherweise treten Nebenziele in ihrer Bedeutung weit hinter das Hauptziel zurück. Aufgrund der verschärften Finanzsituation im Krankenhauswesen und der veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen ist diese klassische Sichtweise über die Zielvorstellungen des öffentlichen Krankenhausträgers allerdings nicht mehr ausreichend. Die Träger sind vielmehr dazu gezwungen, dem Wirtschaftlichkeitsziel eine sehr hohe Priorität einzuräumen. Genauer gesagt gewinnt das bisherige Nebenziel der Erzielung von Einkünften zunehmend an Bedeutung, während gleichermaßen die Gewichtung des Formalziels der reinen, ausschließlichen Bedarfsdeckung innerhalb des Zielsystems abnimmt.<sup>168</sup>

Diese veränderte Zielstruktur führt zu den bereits erläuterten steigenden Anforderungen an die Krankenhausführung und die damit verbundene Problematik. Außerdem ist zu beobachten, dass im allgemeinen erwartet wird, dass öffentliche Krankenhäuser die geänderte Zielorientierung hinsichtlich mehr Wirtschaftlichkeit im Umfeld unveränderter Organisations- und Anreizstrukturen realisieren können. Ein neuer Schwerpunkt in der Zielsetzung eines Krankenhauses wird jedoch nicht zwangsläufig auch zum Ziel der Krankenhausleitung. Es bedarf bestimmter Anreize, die in der

<sup>167</sup> Siehe dazu ausführlich Kapitel 2.2.2 dieser Arbeit.

<sup>168</sup> Für die amerikanischen Verhältnisse im Krankenhauswesen bemerken McCarthy und Minnis zutreffend: „Cost containment pressure makes all hospitals behave as profit-maximizing firms regardless of ownership status (for-profit or non-profit).“ McCarthy, J./Minnis, P. (1994), S. 1204.

Lage sind, die Motivation der entsprechenden Personen zu aktivieren und damit ihre Bedürfnisse zu befriedigen.<sup>169</sup> Aufgrund dieser Frage der Anreizsystematik und der Zielsetzung der Einkunftszielung suchen öffentliche Krankenhäuser vermehrt den Erfolg in der Zusammenarbeit mit einem privaten Partner. Für private Klinikbetreiber ist schon immer das Ziel positiver Einkünfte bzw. der Erwerbswirtschaftlichkeit Bestandteil der Krankenhausstruktur gewesen. Es lässt demnach die entsprechende Erfahrung und das Know-how, wie dieses Ziel zu erreichen ist, vermuten.

Inwiefern diese aufgeführten Motive für eine öffentlich-private Zusammenarbeit im deutschen Krankenhauswesen auch tatsächlich in der Praxis umgesetzt werden, wird im folgenden Kapitel untersucht.

### **3.3 Public Private Partnership-Entwicklungen im deutschen Krankenhauswesen**

Schon seit einigen Jahren ist auf dem deutschen Krankenhausmarkt ein Verdrängungswettbewerb zugunsten der privaten und zulasten der öffentlichen Krankenhausträger zu beobachten. In den Jahren von 1990 bis 1998 erhöhte sich die Zahl privater Krankenhäuser um 30,5% während die Zahl öffentlicher Krankenhäuser um 24,4% sank. Diese statistischen Daten umfassen allerdings nur die Fälle des vollständigen Trägerwechsels. Nicht ausgewiesen werden die zahlreichen PPP-Modelle, durch die ebenfalls der Anteil und die Präsenz privater Klinikbetreiber wächst. Eine allgemeine Übersicht oder Statistik diesbezüglich gibt es nicht.

Entsprechende Strukturveränderungen und Tendenzen sind stattdessen in den Geschäftszahlen privater Klinikbetreiber und ihrem Wachstum zu finden. Zu den vier größten deutschen privaten Klinikketten gehören die Sana-Kliniken GmbH, die Asklepios-Kliniken GmbH, die Rhön-Klinikum AG und die Helios-Kliniken GmbH. Diese privaten Klinikketten haben sich mit unterschiedlicher Intensität darauf spezialisiert, öffentliche und freigemeinnützige stationäre Einrichtungen in 100%-iger Trägerschaft zu übernehmen, mit verschiedenem gesellschaftsrechtlichem Anteil gemeinsam oder im Rahmen eines Management-Vertrages zu führen. Der folgende

---

<sup>169</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1995a), S. 118.

Überblick konzentriert sich auf Größe und Geschäftsfeld der privaten Klinikketten Sana und Asklepios, da diese die größte Anzahl öffentlicher Krankenhäuser mit Managementvertrag vorweisen.<sup>170</sup>

Die Sana-Kliniken Gesellschaft mbH ist der größte private Krankenhausbetreiber der Bundesrepublik Deutschland. Über 19.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in den insgesamt 46 Verbund-Kliniken und sieben Alten- und Pflegeheimen mit über 14.000 Betten an 38 Standorten beschäftigt. Für 27 der Verbund-Kliniken, von denen 24 öffentliche Krankenhäuser sind, und die sieben Alten- und Pflegeheime führt die Sana-Kliniken GmbH das Management der Häuser, die übrigen Einrichtungen befinden sich in privater Trägerschaft der Sana-Gesellschaft.<sup>171</sup>

Zur Asklepios-Kliniken GmbH gehören 44 Kliniken und ein Kurstift. Insgesamt beschäftigt Asklepios über 12.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei ca. 9.000 Betten. Die Asklepios-Gruppe hat mit 33 Akutkliniken<sup>172</sup> ihren Schwerpunkt in der Akutmedizin.<sup>173</sup> Für neun dieser Einrichtungen, von denen sich sieben Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft befinden, besteht ein Betriebsführungsvertrag. Weitere 21 Einrichtungen sind im Eigentum oder mehrheitlichem Anteil von Asklepios und an zwei Kliniken ist Asklepios gesellschaftsrechtlich beteiligt.<sup>174</sup>

Die folgende Abbildung 10 verdeutlicht die regionale Verteilung der Krankenhäuser, die mit einem Managementvertrag durch die Sana- und Asklepios-Kliniken GmbH geführt werden.

<sup>170</sup> Die Rhön-Klinikum AG führt Einrichtungen ausschließlich in rein privater Trägerschaft, jeweils in der Rechtsform der GmbH oder AG. Konzeptionen des Managementvertrages oder einer gemeinsamen Beteiligung mit kommunalen Krankenhäusern liegen nicht vor. Die Helios-Kliniken GmbH hat sich darauf spezialisiert, Akutkliniken vorwiegend im Eigentum oder mehrheitlichem Anteil zu führen. In 15 Fällen haben kommunale Träger ihre Häuser der Führung durch Helios anvertraut. Davon werden acht Krankenhäuser in gemeinsamer Trägerschaft mit den Kommunen betrieben, die über eine Sperrminorität insbesondere die strukturelle Entwicklung der Häuser mit beeinflussen können und Wünsche der Bevölkerung in die Häuser einbringen möchten. Für weitere sechs Akutkliniken besteht eine 100%-ige Helios-Trägerschaft und ein städtisches Krankenhaus wird über einen Managementvertrag von der Helios-Gruppe geleitet.

<sup>171</sup> Vgl. <http://www.sana.de/html/portrait.htm> vom 29.08.2001 und <http://www.sana.de/html/kliniken.htm> vom 29.08.2001.

<sup>172</sup> Allgemeine Krankenhäuser werden mitunter auch als Akutkrankenhäuser bezeichnet. Es handelt sich um Krankenhäuser, die für die Grundversorgung der Bevölkerung zuständig sind und in denen vor allem akute Krankheiten oder Verletzungen behandelt werden. Vgl. o. V. (04.09.2000).

<sup>173</sup> Die übrigen 12 Einrichtungen sind akutnahe Rehabilitationskliniken.

<sup>174</sup> Vgl. Asklepios Kliniken GmbH (1999), S. 10f.

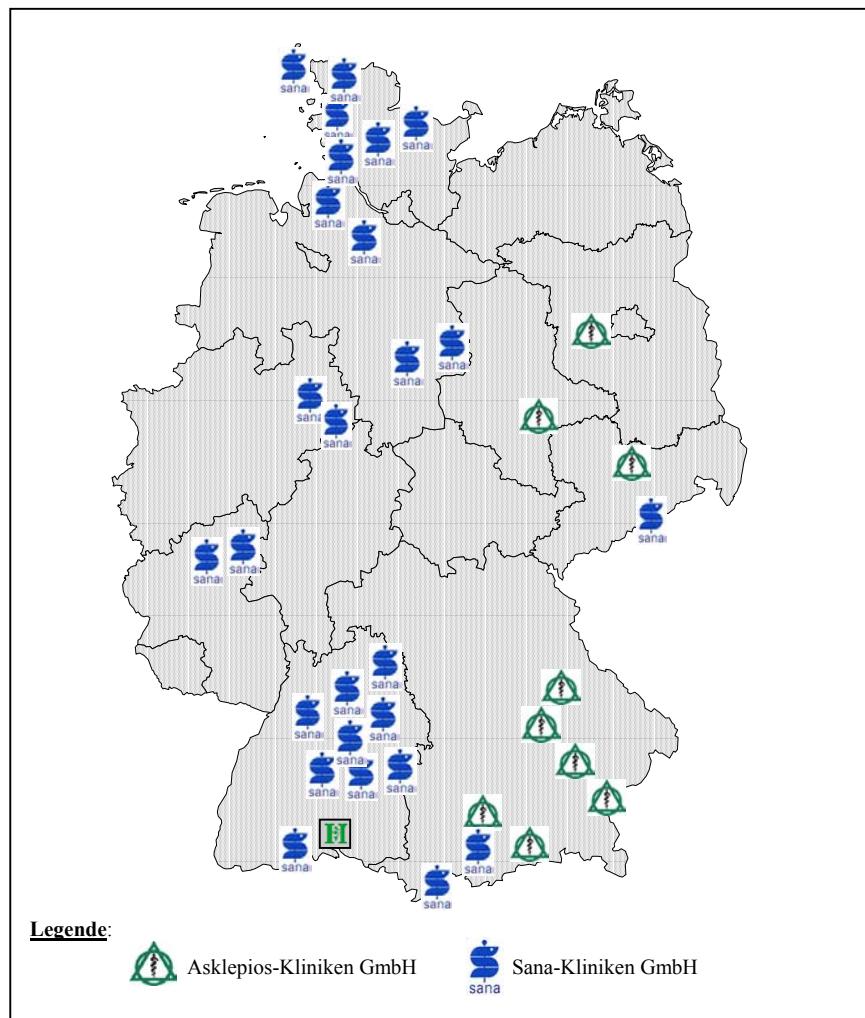


ABBILDUNG 10: KLINIKEN IN DER BETRIEBSFÜHRUNG FÜHRENDER PRIVATER KLINIKBETREIBER<sup>175</sup>

Die Sana-Kliniken GmbH führt mit Abstand die meisten Krankenhäuser im Rahmen eines Managementvertrages. Der Geschäftsführer der Sana-Kliniken GmbH, Dr. Reinhard Schwarz, gilt als Gestalter und Vorreiter des Management-Vertrages.<sup>176</sup> Die regionalen Schwerpunkte der in dieser Form betreuten Einrichtungen liegen in Baden-Württemberg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Die Ausbreitung der durch die Asklepios-Kliniken GmbH geführten Einrichtungen konzentriert sich dagegen vornehmlich auf das Bundesland Bayern und vereinzelt in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg.

<sup>175</sup> Eigene Darstellung auf Grundlage von Asklepios-Kliniken GmbH (1999); <http://www.sana.de/html/kliniken.htm> vom 29.08.2001

<sup>176</sup> Vgl. Preusker, U. K. (2001), S. 32.

Es ist deutlich festzustellen, dass es sich bei PPP im deutschen Krankenhauswesen nicht nur um wenige Einzelfälle handelt. Allein die Anzahl der Managementführungsverträge von zwei großen privaten Klinikketten zeigt, dass es sich um einen florierenden Geschäftsmarkt mit Expansionspotenzial handelt.

Hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung des Krankenhausmarktes sprechen Experten davon, dass Deutschland sich erst „am Anfang einer großen Privatisierungswelle“<sup>177</sup> befindet bzw. „die öffentlichen Kliniken vermehrt auf der Suche nach Fluchtwegen ins Private“<sup>178</sup> sind. Ein extremes Ausmaß dieser Ansicht wurde in einer Studie der weltweit tätigen Unternehmensberatung Arthur Andersen vorgestellt. Demnach werden bis zum Jahr 2015 mehr als die Hälfte der 820 öffentlichen Krankenhäuser schließen oder von anderen Trägern aufgekauft. Die Zahl der freigemeinnützigen Krankenhäuser wird ebenfalls leicht abnehmen, während die Anzahl privater Kliniken von 382 auf 600 deutlich zunehmen wird. Insgesamt wird sich die Anzahl deutscher Krankenhäuser um fast 600 reduzieren. Das zentrale Merkmal dieser Entwicklung ist der Trend der Klinikette. Die Studie beschreibt, dass sich alle überlebenden Einrichtungen in der Hand von rund 50 Krankenhausketten befinden werden.<sup>179</sup>

Unabhängig davon, wie sich der deutsche Krankenhausmarkt in den kommenden Jahren im einzelnen entwickeln wird, steht fest, dass es einen Trend der öffentlichen Krankenhäuser zur privatwirtschaftlichen Zusammenarbeit gibt. Für die vorliegende Arbeit ist dabei die Form der PPP im Rahmen des Management-Vertrages interessant. Die Erörterung dieser Gestaltungsvariante wird im folgenden aus institutionökonomischer Sicht vorgenommen.

---

<sup>177</sup> Schwarz, R./Jendges, T. (2001), S. 36.

<sup>178</sup> Quaas, M. (2001), S. 40.

<sup>179</sup> Vgl. Preusker, U. K. (2000), S. 8f.

## 4. Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus aus institutionenökonomischer Sicht

Ziel dieses Kapitels ist zum einen die Entwicklung eines Wirtschaftlichkeitsbegriffs für das Krankenhaus und zum anderen die Verbindung des theoretischen Ansatzes der Neuen Institutionenökonomie mit der Institution Krankenhaus. Damit wird der Rahmen für die spätere Modellanalyse festgelegt und die notwendigen Kriterien zur Wirtschaftlichkeitsprüfung entwickelt.

### 4.1 Besonderheiten der Krankenhausleistung

#### 4.1.1 Charakter der Krankenhausleistung

Die spezifische Leistung eines Krankenhauses besteht ganz allgemein im „Erkennen, Heilen, Bessern oder Lindern von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden der das Krankenhaus aufsuchenden Patienten“<sup>180</sup>. Es handelt sich dabei primär nicht um die Bereitstellung von Sachleistungen, sondern um immaterielle Dienste an einer Person. Krankenhäuser werden demnach im allgemeinen der Gruppe der Dienstleistungsbetriebe zugeordnet.<sup>181</sup>

Dienstleistungen im allgemeinen und Krankenhausleistungen im besonderen weisen im Vergleich zu Sachleistungen einige Spezifika und Problemstellungen auf:<sup>182</sup>

##### » Uno-actu-Prinzip

Das uno-actu-Prinzip umschreibt den Tatbestand, dass Produzent und Konsument bei der Leistungserstellung unmittelbar zusammen arbeiten. Für die Krankenhausleistung bedeutet das, dass ärztliche Untersuchungen, pflegerische Leistungen, physikalisch-therapeutische Anwendungen und

<sup>180</sup> Eichhorn, S. (1975), S. 13.

<sup>181</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1975), S. 13; Sidamgrotzki, E. (1994), S. 49; Seelos, H.-J. (1998), S. 107ff.

<sup>182</sup> Vgl. Herder-Dorneich, P. (1980), S. 4ff.

ähnliches nur durch das Krankenhauspersonal erbracht werden kann, wenn der Patient anwesend ist.<sup>183,184</sup>

#### » Keine Lager- und Transportfähigkeit

Dienstleistungen und demnach auch Krankenhausleistungen sind nicht lagerfähig.<sup>185</sup> Sie müssen zum Zeitpunkt und am Ort des Aufkommens der Nachfrage produziert werden. Daraus folgt außerdem, dass Dienstleistungen nicht transportfähig sind. Während ein Sachgut an einer Stelle produziert und an weit entfernter Stelle konsumiert werden kann, setzt die Dienstleistung die Anwesenheit des Konsumenten voraus.

#### » Geringe Kapazitätselastizität

Ändert sich kurzfristig die Nachfrage im Dienstleistungsbereich, erfolgt die Kapazitätsanpassung i. d. R. erst mit großer Verzögerung. Insbesondere im Krankenhaus ist der Einsatz qualifizierter Fachkräfte mit einer langen Ausbildung und Einarbeitung verbunden. Vorübergehend kann die Kapazität daher allenfalls durch Überstunden ausgeweitet werden. Ein weiterer Problempek hinsichtlich der Kapazität im Krankenhaus ist die Bettenzahl, die nicht beliebig variiert werden kann. In Zeiten der Spitzenbeanspruchung können bestenfalls Notbetten aufgestellt werden. Dagegen entstehen in Zeiten der normalen Beanspruchung sogenannte Leerkapazitäten. Ein Krankenhaus gilt nur dann als leistungsfähig, wenn jederzeit Patienten behandelt und aufgenommen werden können. Damit wird vorausgesetzt, dass ständig Bettenreserven bereitgehalten werden.<sup>186</sup>

---

<sup>183</sup> „Ökonomisch formuliert heißt das, Produktion und Konsum fallen räumlich und zeitlich zusammen, die Produktion erfolgt in Kundenpräsenz.“ Herder-Dorneich, P. (1980), S 5.

<sup>184</sup> Als weitere Konsequenz ergibt sich daraus, dass der Patient direkt am Gesundungsprozess im Krankenhaus beteiligt ist. Seine Mitwirkung oder auch Verweigerung an diesem Prozess wirken sich stark auf das Ergebnis der Krankenhausleistung aus. Vgl. Herder-Dorneich, P./Wasem, J. (1986), S. 114f.

<sup>185</sup> „Es mag auch einzelne industrielle Güter geben, die nicht oder nur schwer zu lagern sind (z. B. elektrischer Strom). Das sind jedoch Ausnahmen, während die Nicht-Lagerfähigkeit bei Diensten geradezu als Definitionskriterium anzusehen ist.“ Herder-Dorneich, P. (1980), S. 5

<sup>186</sup> Vgl. Herder-Dorneich, P. (1980), S. 6f.

### » Beschränkte Rationalisierbarkeit

Die Leistungsprozesse im Krankenhaus werden von Menschen erbracht und getragen und betreffen zudem den Menschen selbst, d. h. den Patienten. Rationalisierung durch technischen Fortschritt und Maschinen ist daher nur in begrenztem Maße möglich. Gerade im ärztlichen und pflegerischen Bereich kann die Leistung des Personals durch technischen Fortschritt unterstützt und vereinfacht werden, sie ist aber nur in seltenen Fällen dazu geeignet, vollständig substituiert zu werden. Im Verwaltungsbereich des Krankenhauses ist es hingegen gelungen, Dienstleistungen z. B. durch EDV-Anlagen zu ersetzen. Hier wurde menschliche Arbeit durch Kapital substituiert.<sup>187</sup>

Neben seiner spezifischen Dienstleistungseigenschaft ist die Krankenhausleistung durch Besonderheiten bei der Bereitstellung am Markt geprägt. Nach der Theorie der öffentlichen Güter<sup>188</sup> lassen sich grundlegend private und öffentliche Güter unterscheiden.

**Private Güter** sind für den Konsumenten mit Nutzen verbunden, der gemäß des Ausschlußprinzips nur auf den Erwerber bzw. die Erwerbergruppe des Besitztitels beschränkt ist. Zudem rivalisiert der Konsum bei privaten Gütern, d. h. der Konsumnutzen wird durch zusätzliche Nachfrager reduziert.<sup>189</sup> Ausschließbarkeit und Rivalität führen dazu, dass die Individuen ihre Präferenzen offenbaren müssen, wenn sie den entsprechenden Konsumnutzen erhalten möchten. Dadurch wird ein Gut marktfähig, das bedeutet Anbieter und Nachfrager können sich dezentral einigen und es wird keine Vermittlung durch den Staat notwendig.<sup>190</sup>

**Öffentliche Güter** hingegen sind dadurch gekennzeichnet, dass niemand aus ökonomischen oder technischen Gründen vom Konsum ausgeschlossen werden kann und

---

<sup>187</sup> Vgl. Herder-Dorneich, P./Wasem, J. (1986), S. 113.

<sup>188</sup> Die Theorie der öffentlichen Güter beschäftigt sich mit der Frage, welche Aufgaben in den Bereich der öffentlichen Hand und welche in den privaten Sektor fallen.

<sup>189</sup> Vgl. Musgrave, R. A. (1994), S. 69.

<sup>190</sup> Vgl. Blankart, C. B. (2001), S. 57.

die Nichtrivalität unter den Konsumenten überwiegt, d. h. der den Individuen aus der Nutzung des öffentlichen Guts zufließende Nutzen ist unabhängig von der Zahl der Nutzer.<sup>191</sup> Die beiden Eigenschaften der Nichtausschließbarkeit und Nichtrivalität

haben zur Konsequenz, dass für das einzelne Individuum keine spürbaren Rückwirkungen entstehen, wenn es aus der Finanzierungsgemeinschaft für ein öffentliches Gut ausschert. Der Umfang des Angebots, von dem es nicht ausgeschlossen werden kann, wird sich kaum ändern. Es besteht demnach für das Individuum der starke Anreiz, sich an der Finanzierung des öffentlichen Gutes nicht zu beteiligen, seine wahren Präferenzen zu verhüllen und als sogenannter Freifahrer zu agieren. Da alle Individuen vor der gleichen Situation stehen, macht ihr gleichgerichtetes Verhalten eine Bereitstellung des Gutes über den Markt unmöglich.<sup>192, 193</sup>

Neben privaten und öffentlichen Gütern unterscheiden sich **meritorische Güter** in der Art und Weise, wie der Bedarf an solchen Gütern entsteht. Es handelt sich um Güter, bei denen die Bedingungen für ein Marktangebot in Form von Ausschließbarkeit und Rivalität zwar gegeben sind, aber aus gesellschaftlicher Sicht unerwünschte Ergebnisse hervorgebracht werden.<sup>194</sup> Aus Gründen verzerrter Präferenzen, fehlender oder falscher Informationen oder irrationaler Entscheidungen der Bürger greift der Staat daher trotzdem in die Bereitstellung solcher Güter ein.<sup>195</sup> Dies kann durch ordnungspolitische Maßnahmen oder durch eine vom Staat veranlasste Produktion geschehen. In welchem Umfang und welcher Art derartige meritorische Eingriffe notwendig sind, ist objektiv nicht bestimmbar. Es existieren auf jeden Fall „gewisse Gemeinschaftsbewertungen und ein Verantwortungsbewusstsein für das Ganze in

---

<sup>191</sup> Vgl. Blankart, C. B. (2001), S. 57f.

<sup>192</sup> Vgl. Blankart, C. B. (2001), S. 59.

<sup>193</sup> Die stark polarisierende Unterscheidung in rein öffentliche und rein private Güter trifft für die Realität i. d. R. nicht zu. Hier dominieren die sogenannten Mischgüter, die sowohl Eigenschaften des privaten als auch des öffentlichen Gutes besitzen. Ein Beispiel für ein Mischgut ist die Impfung gegen eine ansteckende Krankheit, die einen privaten Nutzen für den Geimpften und ein öffentliches Gut hinsichtlich der sinkenden Gefahr einer Ansteckung für andere darstellt. Vgl. Brümmerhoff, D. (2001), S. 109f.

<sup>194</sup> Meritorische Güter werden auf dem Markt in zu geringem Umfang angeboten bzw. nachgefragt, wie z. B. der Bereich Krankenversicherungen oder Schulbildung. Bei den sogenannten demeritorischen Gütern trifft das Gegenteil zu, d. h. diese Güter werden infolge gestörter Konsumentenpräferenz in zu starkem Maße nachgefragt, wie z. B. Tabak, Alkohol oder Rauschgift. Vgl. Petersen, H.-G. (1990), S. 128ff.

<sup>195</sup> Vgl. Brümmerhoff, D. (2001), S. 113.

einer solidarischen Gesellschaft; ihre Existenz kann der konventionellen Doktrin der individuellen Entscheidung gewisse Begrenzungen auferlegen“<sup>196</sup>. Gleichzeitig ist das

Konzept meritorischer Güter aber auch mit Vorsicht zu bedenken, da es in seiner Argumentationsweise als Rechtfertigung für totalitäre Regelungen dienen kann.<sup>197</sup>

Inwiefern trifft diese Gütersystematik auf Krankenhausleistungen zu? Ist das Rivalitätsprinzip und das Prinzip des Ausschluss zutreffend oder nicht zutreffend? Bei der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen entsteht dann Rivalität, wenn eine Vollauslastung bzw. Überschreitung der vorhandenen Kapazitäten vorliegt. Damit ist die Rivalität im Konsum zwar vergleichsweise gering, aber gegeben. Der Ausschluss von zahlungsunwilligen Individuen von der Inanspruchnahme der Krankenhausleistungen wird in Deutschland nicht praktiziert ist aber möglich. Zum einen durch die Finanzierung über eine freiwillige private Krankenversicherung und zum anderen über eine direkte Bezahlung der Leistungen. Das Ausschlussprinzip ist demzufolge anwendbar.<sup>198</sup> Beide konstitutiven Merkmale eines öffentlichen Gutes sind nicht erfüllt, so dass Krankenhausleistungen nicht zu den öffentlichen Gütern gehören. Als Konsequenz müsste das Krankenhauswesen in der BRD daher privatwirtschaftlich organisiert sein<sup>199</sup>, aber obwohl kein Marktversagen vorliegt, werden die Krankenhausleistungen vom Staat bzw. von Parafisci angeboten. Es müssen meritorische Gründe ausschlaggebend sein.<sup>200</sup> Das Interesse des Staates steht im Vordergrund, der gesamten Bevölkerung eine Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Dieses Staatsinteresse wird mit der Korrektur verzerrter Präferenzen und der Versorgungssicherheit für alle Bürger gerechtfertigt. Damit wird die Annahme zugrunde gelegt, Individuen würden die Kosten der Gesundheitsvorsorge über- bzw. deren Nutzen unterschätzen und demnach Gesundheitsleistungen in für sie unzureichendem Maße

---

<sup>196</sup> Musgrave, R. A. (1994), S. 90.

<sup>197</sup> Vgl. Musgrave, R. A. (1994), S. 90.

<sup>198</sup> Vgl. Steiner, P. (1997), S. 55.

<sup>199</sup> Tatsächlich sind einige Autoren der Meinung, dass Krankenhausleistungen zu den privaten Gütern zählen und die Lösung in einem wettbewerbsorientierten Krankenhauswesen zu finden ist, das sich allein am marktwirtschaftlichen Mechanismus orientiert. Vgl. beispielsweise Sauerzapf, M. (1980) oder Wiemeyer, J. (1984).

<sup>200</sup> Vgl. Steiner, P. (1997), S. 56.

nachfragen. Des Weiteren wird angenommen, dass nicht alle Individuen den am Markt entstehenden Preis für Krankenhausleistungen entrichten zu können und damit von notwendigen Leistungen aus finanziellen Gründen ausgeschlossen würden.<sup>201</sup> Die Verantwortung des Angebotes von Krankenhausleistungen liegt demnach beim Staat, wobei dies nicht bedeutet, dass die Produktion durch Private automatisch auszuschließen ist.

#### 4.1.2 Mehrstufiger Produktionsprozess

Die Produktion im Krankenhaus „kann als gesteuerter, interaktiver Prozeß mit komplexen Beziehungen und differenziertem Mitteleinsatz umschrieben werden“<sup>202</sup>. Daran beteiligt sind Personengruppen aus Bereichen der Medizin, Pflege, Medizintechnik, Versorgung und Verwaltung. Hinzu kommt eine Vielzahl von Sachgütern des medizinischen, technischen und wirtschaftlichen Bedarfs, die für das Zustandekommen der spezifischen Krankenhausleistung notwendig sind.<sup>203</sup>

Zur Differenzierung des Krankenhausproduktionsprozesses sind in der Literatur unterschiedliche Darstellungen zu finden. Ein häufig verwendeter Ansatz ist das Stufenmodell von EICHHORN.<sup>204</sup> In diesem Modell werden zwei Produktionsstufen unterschieden und zwar die Primärleistungen zum einen und die Sekundärleistungen zum anderen.

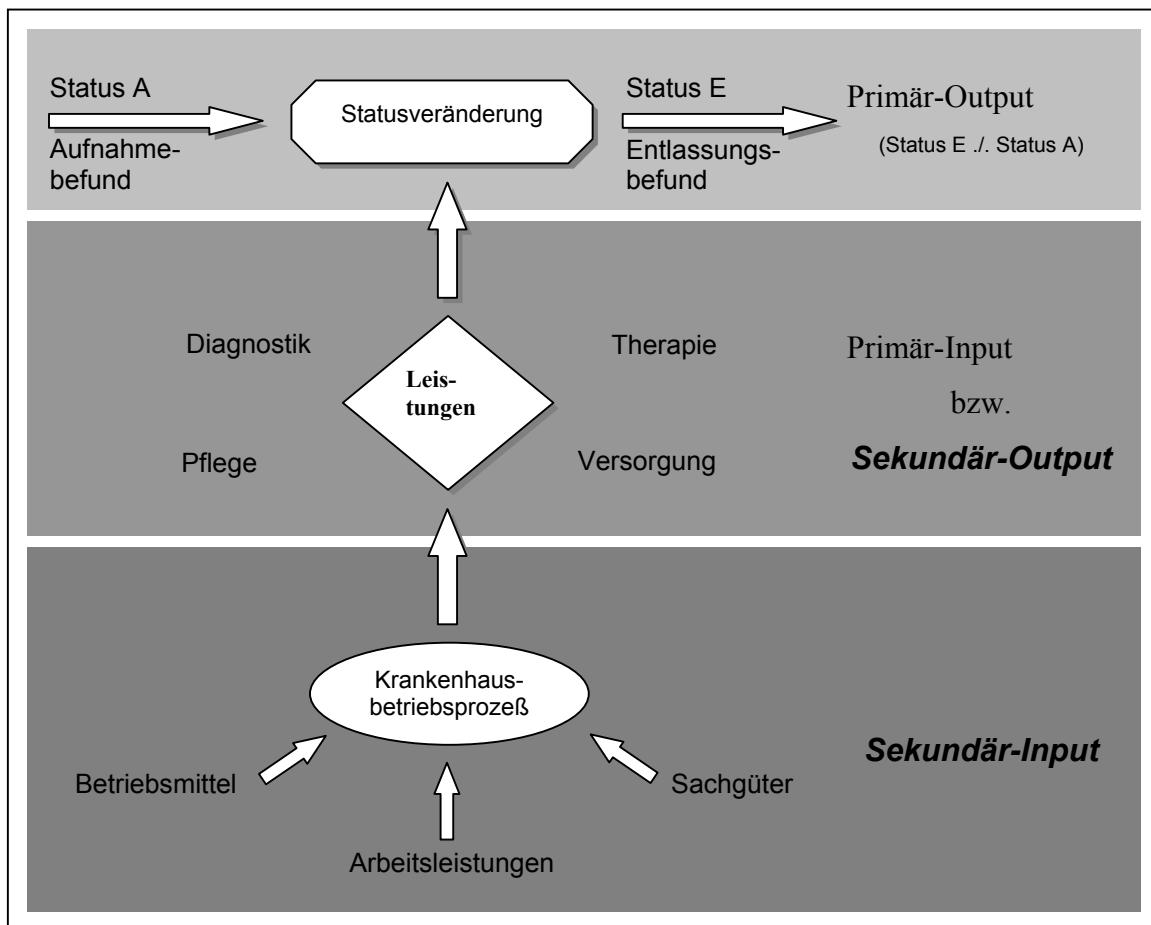
---

<sup>201</sup> Vgl. Brümmerhoff, D. (2001), S. 113.

<sup>202</sup> Morra, F. (1996), S. 33.

<sup>203</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1975), S. 15.

<sup>204</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1975), S. 15ff und derselbe (1987), S. 28f.

ABBILDUNG 11: MEHRSTUFIGER KRANKENHAUSPRODUKTIONSPROZESS<sup>205</sup>

Im Sekundärbereich fließen zunächst die Produktionsfaktoren Sachgüter, Arbeitsleistungen und Betriebsmittel als sogenannter Sekundär-Input in den Krankenhausbetriebsprozess ein. Auf dieser Grundlage erfolgt die Produktion von Einzelleistungen in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Pflege und Hotelversorgung, die wiederum den Sekundär-Output ergeben.<sup>206,207</sup> Im Rahmen der Patientenbehandlung bilden diese Einzelleistungen – verteilt auf Pflegetage – ihrerseits den Primär-Input für die eigentliche Krankenhausleistung in Form der Verbesserung des Gesundheits- bzw.

<sup>205</sup> Eichhorn, S. (1975), S. 16.

<sup>206</sup> Die sekundäre Leistungsmessung bezieht sich demnach auf Zwischenprodukte bzw. Hilfsgrößen, die dem Produktionsergebnis vorgelagert sind. „Nicht das Ergebnis wird als Leistung bezeichnet, sondern das Tätigwerden mit der Absicht ein Ergebnis zu erzielen.“ Neubauer, G./Demmler, G. (1991), S. 28.

<sup>207</sup> Eichhorn weist darauf hin, dass auch der Sekundärbereich des Krankenhausbetriebsprozesses mehrstufig sein kann. Vgl. Eichhorn, S. (1987), S. 29.

Krankheitszustandes des Patienten.<sup>208</sup> Die Statusveränderung des Humanfaktors Patient von der Aufnahme bis zur Entlassung stellt demnach den Primärbereich der Krankenhausproduktion dar und letztlich den tatsächlichen Primär-Output.<sup>209</sup>

In diesem Zusammenhang und insbesondere vor dem Hintergrund von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen stellt sich zwangsläufig die Frage, wie bzw. ob überhaupt die Krankenhausleistung in Form eines geänderten Gesundheitszustandes eines Menschen gemessen werden kann. Die Problematik geeigneter Indikatoren für die Operationalisierung des Krankenhaus-Outputs ist Bestandteil des folgenden Kapitels.

## 4.2 Wirtschaftlichkeit: Input, Output, Qualität

### 4.2.1 Der Wirtschaftlichkeitsbegriff im Krankenhaus

Was ist unter Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus zu verstehen? Die Beantwortung dieser Frage ist nicht einfach, da in der Literatur von unterschiedlichen Definitionen und Abgrenzungen des Wirtschaftlichkeitsbegriffs ausgegangen wird.<sup>210</sup> Im folgenden wird dieser Begriff schrittweise definiert und im Hinblick auf eine Anwendung im Krankenhaus konkretisiert.

Der Terminus Wirtschaftlichkeit beschreibt das Verhältnis von Zweck und Mitteln, das auf das sogenannte ökonomische Prinzip mit den Ausprägungen des Minimal- und Maximalprinzips zurückzuführen ist. Voraussetzung für die Bestimmung beider Ausprägungen – und damit für den Begriff Wirtschaftlichkeit – ist die Operationalisierbarkeit der Leistung, die als Output zu betrachten ist.<sup>211</sup> Erfolgt die Bewertung des Outputs, sind die absolute und relative Wirtschaftlichkeit zu unterscheiden. Während bei der Ausprägungsform der absoluten Wirtschaftlichkeit der Wert des ermittelten Ergebnisses in Beziehung zu dem jeweils festgelegten Ziel steht, wird bei der

<sup>208</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1987), S. 28.

<sup>209</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1975), S. 17.

<sup>210</sup> Vgl. Lenzen, H. (1986), S. 43ff.

<sup>211</sup> Die Problematisierung der Outputgröße im Krankenhaus folgt in Kapitel 4.2.1.2 dieser Arbeit.

relativen Wirtschaftlichkeit der ermittelte Wert im Vergleich zu einem anderen Ergebnis gesehen und interpretiert.<sup>212</sup>

Im Zusammenhang mit dem Wirtschaftlichkeitsbegriff sind in der Literatur oftmals auch die Begriffe Effizienz und Effektivität zu finden. Eine klare inhaltliche Abgrenzung und Unterscheidung erfolgt nur selten, da alle drei Begriffe in ganz unterschiedlicher und teilweise überschneidender Form definiert<sup>213</sup> oder sogar synonym angewendet werden. Einer solchen terminologischen Gleichsetzung wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit nicht gefolgt, sondern die begriffliche Unterscheidung orientiert sich an P. EICHHORN, der in seinen betriebswirtschaftlichen Ausführungen im Gegensatz zur gängigen Forschung und Lehre insbesondere Dienstleistungsunternehmen, Nonprofit-Organisationen und staatliche bzw. kommunale Verwaltungen berücksichtigt.<sup>214</sup>

Demnach umfasst Effizienz „im Besonderen die Wirkungskraft der Handlungsweise bzw. die Leistungsfähigkeit des Mitteleinsatzes“<sup>215</sup>. Zentraler Punkt ist die Beurteilung des Verhältnisses von Mitteleinsatz (Input) und Ergebnis (Output), sowie dessen Ergiebigkeit bzw. Wirkungsgrad. „Genau genommen reicht die Gegenüberstellung von Input und Output für eine Effizienzaussage nicht aus, denn es kommt zusätzlich auf den Outcome, also auf die Auswirkungen des Output, sowie auf dessen Einwirkungen, den Impact, an.“<sup>216</sup>

Die Effektivität hingegen erstreckt sich insbesondere auf die Zielerreichung. Es soll eine Aussage über das Verhältnis von Tatsächlichem (Ist) und Erwünschtem (Soll) getroffen werden bzw. ob mit einem bestimmten Output das gewünschte Ziel erreicht werden konnte.<sup>217</sup>

Sowohl Effizienz als auch Effektivität beinhalten Wirtschaftlichkeitsaspekte, gehen aber noch einen Schritt weiter und bewerten den Zweckerfolg bzw. die Zielrealisie-

<sup>212</sup> Vgl. Gabler-Wirtschafts-Lexikon (1993), S. 3785.

<sup>213</sup> Vgl. beispielsweise Fessmann, K.-D. (1980), S. 18ff.

<sup>214</sup> Vgl. Eichhorn, P. (2000).

<sup>215</sup> Eichhorn, P. (2000), S. 140.

<sup>216</sup> Eichhorn, P. (2000), S. 140.

<sup>217</sup> Vgl. Eichhorn, P. (2000), S. 140.

rung. Der Zusammenhang der Begrifflichkeiten Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Effektivität wird in Abbildung 12 verdeutlicht.

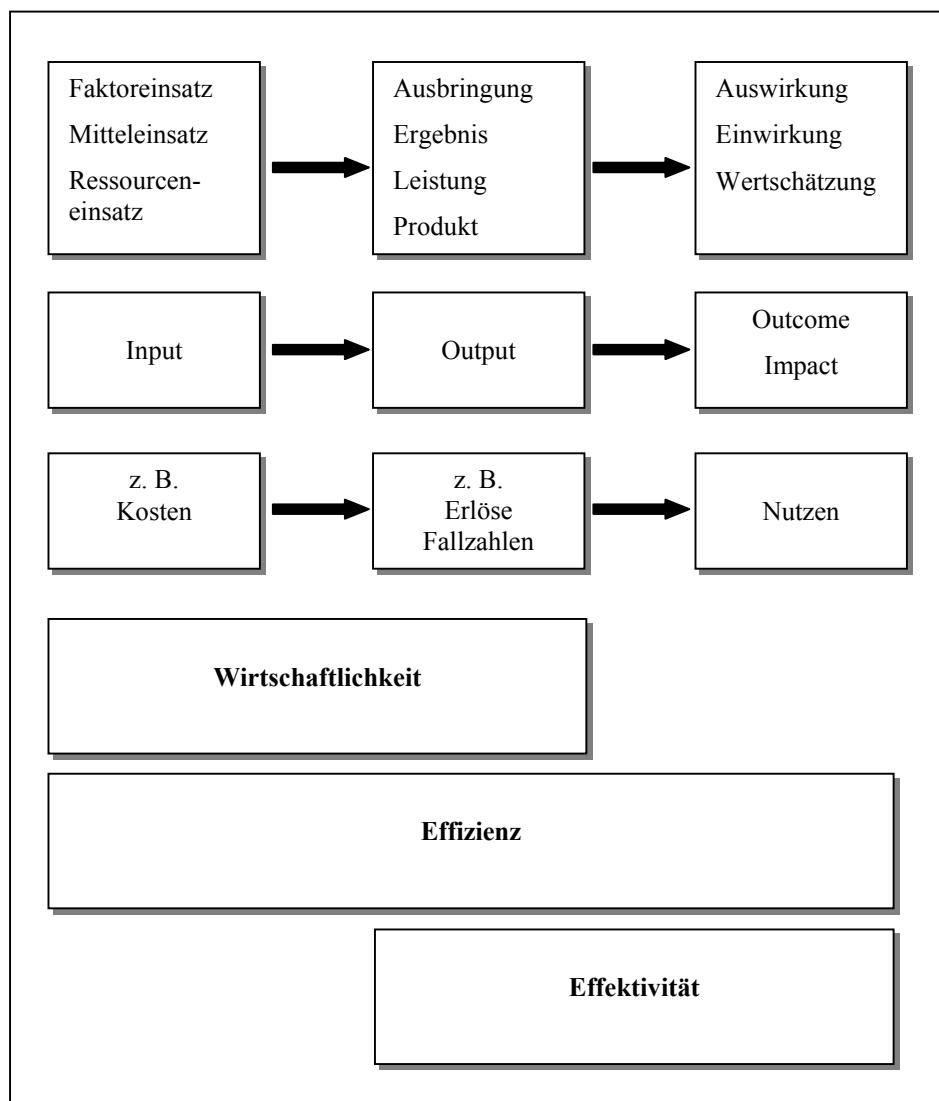


ABBILDUNG 12: ZUSAMMENHANG ZWISCHEN  
WIRTSCHAFTLICHKEIT, EFFIZIENZ UND EFFEKTIVITÄT<sup>218</sup>

Inwiefern findet nun der Begriff der Wirtschaftlichkeit speziell Anwendung im Krankenhaus? In der Krankenhausgesetzgebung ist an vielen Stellen die Wortwahl der wirtschaftlichen Krankenhaus- bzw. Betriebsführung zu finden, wie z. B. in §3 BPfIV, §17 KHG oder §115 SGB V. Das Problem liegt darin, dass der Begriff nahezu selbstverständlich verwendet wird, jedoch an keiner Stelle exakt definiert ist.

<sup>218</sup> Eichhorn, P. (2000), S. 141.

In der Krankenhausliteratur arbeitet ein Krankenhaus i. d. R. dann wirtschaftlich, wenn „es ihm gelingt, die in der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung vorgegebenen Leistungen mit dem geringst möglichen Mitteleinsatz zu erreichen“<sup>219</sup>. Demnach ist Wirtschaftlichkeit als angemessenes Verhältnis zwischen Krankenhaus-Output und der zu seiner Erstellung notwendige Input in Form von Arbeitsleistungen, Sachgütern und Betriebsmitteln zu verstehen.<sup>220</sup>

Diese Auslegung der Wirtschaftlichkeit als absolute Kostengünstigkeit der Krankenhausleistung ist allerdings eine sehr einseitige Sichtweise. Ein gerade für das Krankenhaus maßgeblicher Faktor wird nicht berücksichtigt: die Qualität<sup>221</sup>. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund von Qualitätsmängeln bei der Krankenhausbehandlung Wiedereinweisungen oder Nachbehandlungen erforderlich werden können.<sup>222</sup> Durch derartige vermeidbare Behandlungsmaßnahmen entstehen Folgekosten, die sich letztlich auf die Gesamtkosten des Krankenhauses (d. h. Input/Mitteleinsatz) auswirken. Die Qualität ist somit durchaus ein Faktor der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus und dementsprechend wird der Wirtschaftlichkeitsbegriff im Rahmen dieser Arbeit nicht nur als Verhältnis von Input und Output, sondern unter Hinzunahme der Qualität der erbrachten Krankenhausleistung verstanden. Abbildung 13 verdeutlicht diesen Zusammenhang.

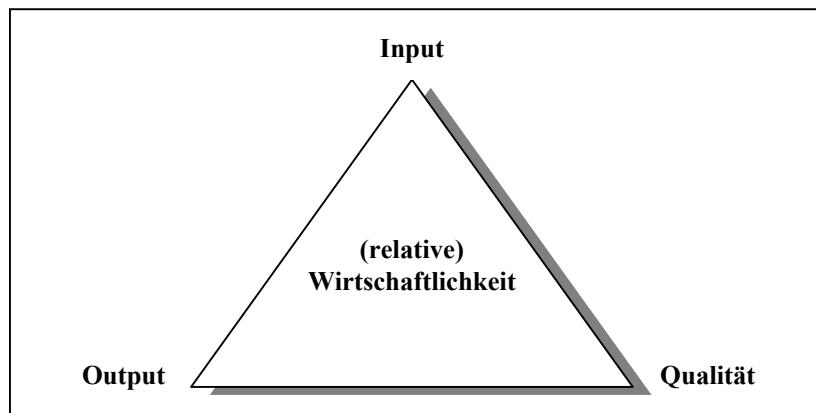


ABBILDUNG 13: WIRTSCHAFTLICHKEITSBEEINFLUSSENDE FAKTOREN<sup>223</sup>

<sup>219</sup> Eichhorn, S. (1987), S. 25.

<sup>220</sup> Vgl. Janssen, D. (1999), S. 10.

<sup>221</sup> Eine ausführliche Darstellung des Qualitätsaspektes im Krankenhaus erfolgt in Kapitel 4.1.2.3 dieser Arbeit.

<sup>222</sup> JANSSEN nennt in seiner Arbeit zur Verdeutlichung des Qualitätsaspektes in Bezug auf die Kostenentwicklung einer Krankenhausbehandlung das Beispiel von Wundinfektionen, bei denen mit durchschnittlich 7,3 zusätzlichen Pflegetagen je aufgetretener Infektion zu rechnen ist. Vgl. Janssen, D. (1999), S. 11.

<sup>223</sup> In Anlehnung an Janssen, D. (1999), S. 12.

#### 4.2.1.1 Input

Die physischen Inputs in den Krankenhausproduktionsprozess umfassen Arbeitsleistungen, Betriebsmittel und Sachgüter. Die größte Bedeutung fällt der Kategorie Arbeitsleistungen bzw. Personal zu, da „die Behandlungen des Kranken überwiegend durch Fachkräfte des Krankenhauses erfolgt“<sup>224</sup>. Folglich stellen auch die Personalkosten die größte Ausgabenposition im Krankenhausbudget dar: ca. zwei Drittel der Gesamtkosten entfallen auf den Personalbereich, während nur ein Drittel Sachkosten sind.<sup>225</sup>

#### Arbeitsleistungen bzw. Personal

Im Jahr 1998 waren bundesweit in öffentlichen Krankenhäusern insgesamt 500.670 Vollkräfte beschäftigt. Die größte Mitarbeitergruppe stellt der Pflegedienst mit 185.332 Vollkräften dar, gefolgt vom medizinisch-technischen Dienst mit 79.310 Vollkräften. Der ärztliche Dienst nimmt die drittgrößte Position mit 66.585 Vollkräften ein. Gegenüber dem Vorjahr sank die Zahl der in öffentlichen Krankenhäusern insgesamt Beschäftigten um 2,3%.<sup>226</sup>

Im Bereich der Personalkosten stellen die Kosten für den Pflegedienst mit insgesamt 14,3 Mrd. DM den größten Kostenblock dar, gefolgt vom ärztlichen Dienst mit 8,3 Mrd. DM und vom medizinisch-technischen Dienst mit 4,4 Mrd. DM. Die gesamten Personalkosten in öffentlichen Krankenhäusern betrugen im Jahr 1998 rund 37,6 Mrd. DM und sind damit im Vergleich zum Vorjahr um 0,1% leicht angestiegen.<sup>227</sup>

Für eine personalintensive Produktion wie sie im Krankenhaus vorzufinden ist, ist der Faktor Personal von besonderer Bedeutung. Gerade vor dem Hintergrund zunehmenden Wettbewerbs unter den Krankenhäusern wird es für das einzelne Haus

<sup>224</sup> Herder-Dorneich, P./Wasem, J. (1986), S. 53.

<sup>225</sup> Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (1999), S. 43f.

<sup>226</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2000), S. 46.

<sup>227</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2000b), S. 26f.

existentiell wichtig durch hochwertige medizinische Leistungen und qualifizierte Betreuung der Patienten überzeugen zu können.

### **Betriebsmittel**

Die Inputkategorie Betriebsmittel umfasst im Krankenhaus vor allem den sogenannten medizinischen Bedarf, der unter den Sachkostenbegriff fällt. Innerhalb des Sachkostenbereichs entfallen im Durchschnitt ca. 50% auf den medizinischen Bedarf, alle anderen Sachkostenarten<sup>228</sup> sind vergleichsweise unbedeutend. Der medizinische Bedarf lässt sich wiederum in Arzneimittel, Verbrauchsmaterialien und Instrumente, Narkose- und OP-Bedarf, Laborbedarf, Blut und Blutplasma und sonstiges untergliedern.

Im Sachkostenbereich öffentlicher Krankenhäuser ist im Jahr 1998 im Vergleich zum Vorjahr eine Steigerung um 1,5% auf insgesamt 18,8 Mrd. DM festzustellen. Der Anteil des medizinischen Bedarfs beträgt dabei 9,8 Mrd. DM bzw. 52,2% der gesamten Sachkosten.<sup>229</sup>

### **Sachgüter**

Die dritte Inputkategorie stellen die Sachgüter bzw. Investitionen dar, zu denen neben den Krankenhausgebäuden insbesondere die medizinisch-technischen Geräte als Investitionsgüter zu zählen sind.

Die Gestaltung der Gebäude- und Raumanlagen eines Krankenhauses tragen wesentlich zum Wohlbefinden von Patienten, Besuchern und des Personals bei. Für die Patienten liegt der Schwerpunkt auf der Ausstattung der Patientenzimmer, d. h. Vorhandensein einer eigenen Nasszelle, Ausstattung mit Telefon und Fernsehen oder auch Angebote von Medienleistungen. Für das Personal haben dagegen die baulichen und räumlichen Gegebenheiten des Krankenhauses vorwiegend Auswirkungen auf die Möglichkeiten und Grenzen des Krankenhausbetriebsablaufs.<sup>230</sup>

<sup>228</sup> Neben dem medizinischen Bedarf gehören zu den Sachkostenarten im Krankenhaus z. B. der Wirtschaftsbedarf, Wasser, Energie, Brennstoffe, Lebensmittel und auch der Verwaltungsbedarf.

<sup>229</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2000b), S. 30f.

<sup>230</sup> Vgl. Steiner, P. (1997), S. 139; Klütz, A. (1983), S. 253f.

Neben den Krankenhausgebäuden gehören vor allem medizinisch-technische Großgeräte zu den wesentlichen Investitionen im Krankenhaus. Dabei stellt die rasante Entwicklung des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts eine große Herausforderung und gleichzeitig einen erheblichen Kostenfaktor dar. „Der medizinische Fortschritt wird für den einzelnen Patienten bessere Behandlungsmöglichkeiten bieten, aber den heute schon massiven Kostendruck noch verstärken.“<sup>231</sup> Dennoch entscheidet die Verfügbarkeit von medizinisch-technischen Geräten eines Krankenhauses über seine Angebotsmöglichkeiten von diagnostischen und therapeutischen Leistungen und damit über den Status der Einrichtungen gegenüber anderen stationären Leistungserbringern.<sup>232</sup>

#### 4.2.1.2 Output

Wie bereits im mehrstufigen Produktionsprozess gezeigt werden konnte, besteht der eigentliche Output eines Krankenhauses in der Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten. Es stellt sich die Frage, ob eine derartige Zustandsveränderung operationalisierbar und messbar gemacht werden kann?

Zu diesem Zweck müsste der Gesundheitszustand des Patienten zum Beginn und auch zum Ende der Krankenhausbehandlung nach objektiven Kriterien gemessen werden können, um eine Verbesserung oder Verschlechterung bewerten zu können. Dies stellt allerdings ein aussichtloses bzw. unmögliches Unterfangen dar, da Gesundheit eine mehrdimensionale und sehr komplexe Größe mit einer Vielzahl unterschiedlicher Einflussfaktoren ist, die zudem eine erhebliche subjektive Komponente aufweist.<sup>233,234</sup> Darüber hinaus dürfte strenggenommen nicht der Anfangszustand des

---

<sup>231</sup> Grandt, D. (1999), S. 316.

<sup>232</sup> Vgl. Schwarz, R. (1997), S. 494-496.

<sup>233</sup> Vgl. Breyer, F./Zweifel, P. (1997), S. 325f.

<sup>234</sup> Ein Messinstrument, das sich für alle Zwecke und sämtliche Aspekte der Grösse Gesundheit anwenden lässt, gibt es nicht. Es bestehen jedoch Instrumente, die zumindest spezielle Teilespekte des Gesundheitszustandes der Bevölkerung messbar machen, wie z. B. das Nottingham Health Profile oder der MIMIC-Index. Vgl. dazu beispielsweise Zweifel, P./Zyssset-Pedroni, G. (1992), S. 39ff.

Patienten bei Einlieferung ins Krankenhaus als Vergleichs- und Bewertungsmaßstab dienen, sondern der fiktive Gesundheitszustand, der „sich ohne Krankenhausbehandlung am Ende des betrachteten Zeitraums eingestellt hätte“<sup>235</sup>. Dieses Ausmaß entzieht sich jedoch jeglicher Messung.

Es müssen daher andere beobachtbare Größen identifiziert werden, die als Indikatoren des Outputs geeignet sind. Die gebräuchlichsten Indikatoren sind:

- » Einzelleistungen
- » Pflegetage
- » Behandlungsfälle

Die im Krankenhaus erstellten **Einzelleistungen** werden in den Bereichen Diagnostik, Therapie, Pflege und Hotelversorgung erbracht, dazu zählen z. B. Untersuchungen, Operationen, Krankengymnastik, Fiebermessungen oder Mahlzeiten. Wählt man die Einzelleistungen als Outputmaß hat das den Vorteil, dass die prozessorientierte Leistung eines Krankenhauses sehr genau abgebildet werden kann.<sup>236</sup> Allerdings ist es methodisch nicht korrekt, Einzelleistungen als Krankenhaus-Output zu messen, da lediglich der betriebsinterne Sekundär-Output vorliegt. Vor dem Hintergrund von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen kann nicht vorausgesetzt werden, dass „sämtliche Einzelleistungen grundsätzlich auch medizinisch notwendig und in ihrem Umfang angemessen sind“<sup>237</sup>. Gilt die Einzelleistung als Wirtschaftlichkeitsmaßstab besteht sogar der Anreiz zur Mengenausweitung über das medizinisch notwendige Maß hinaus. Die Einzelleistung als Output-Maß ist daher eher ungeeignet.

Der **Pflegetag** als Output-Maß ist Ausdruck der insgesamt an einem Tag erbrachten Einzelleistungen für einen vollstationär untergebrachten Patienten.<sup>238</sup> Dividiert man nun die Gesamtkosten des Krankenhauses durch die Anzahl der angefallenen Pflegetage ergibt sich eine tagesgleiche Pauschale, die sämtliche Krankenhausleis-

<sup>235</sup> Breyer, F./Zweifel, P. (1997), S. 326.

<sup>236</sup> Vgl. Robert Bosch Stiftung (1987), S. 67f.

<sup>237</sup> Janssen, D. (1999), S. 49.

<sup>238</sup> Vgl. Robert Bosch Stiftung (1987), S. 68.

tungen abdeckt. Gleichzeitig vermeidet man die Schwierigkeit der Kostenzurechnung zu unterschiedlichen Behandlungsfällen.<sup>239</sup>

Das Problem des Pflegetages als Output-Maß liegt darin, dass der tatsächliche Kostenverlauf eines Krankenhausfalles nicht widergespiegelt wird. Während zu Beginn eines Krankenhausaufenthaltes i. d. R. hohe Kosten durch Erstdiagnostik, Operationen und andere therapeutische Maßnahmen entstehen, nehmen diese danach jeden Tag ab.<sup>240</sup> Die Einheit Pflegetag sieht dagegen für jeden Tag die gleiche durchschnittliche Leistung vor.<sup>241</sup> Ein weiterer Nachteil des Pflegetages als Maßgröße wird in seiner Beeinflussbarkeit gesehen. Da mit dem Pflegetag eine tagesgleiche Durchschnittsleistung ausgedrückt wird, besteht für das Krankenhaus der Anreiz, die Anzahl der Tage am Ende eines Behandlungsfalles medizinisch nicht indiziert auszuweiten.

Die bisherigen Ausführungen zu den Indikatoren Einzelleistung und Pflegetage legen nahe, den verbleibenden Indikator **Behandlungsfall** als Output-Maß zugrunde zu legen. Diese Größe kommt dem Endprodukt der Krankenhausbehandlung im Verhältnis zu den anderen Hilfsgrößen am nächsten. Zudem wird dem Behandlungsfall im Vergleich zum Pflegetag zugeschrieben, dass er nicht beliebig von den Krankenhäusern beeinflusst werden kann.<sup>242</sup>

Der Indikator Behandlungsfall umfasst die Gesamtheit der Einzelleistungen, die für einen Patienten während seines Krankenaufenthaltes erbracht wurden. Geht man davon aus, dass jeder Behandlungsfall mit einem bestimmten Pauschalbetrag vergütet wird, so zählen aus Krankhaussicht die Einzelleistungen und die Verweildauer pro Fall zur Kostenseite, während die Höhe der Erlöse lediglich über die Zahl und Struktur der Fälle beeinflusst werden kann. Daher besteht für das Krankenhaus der Anreiz, die Kosten pro Fall zu senken.<sup>243</sup>

---

<sup>239</sup> Vgl. Janssen, D. (1999), S. 50.

<sup>240</sup> Herder-Dorneich beschreibt beispielsweise sehr detailliert, wie unterschiedlich zwei Pflegetage hinsichtlich der Menge der erbrachten Einzelleistungen verlaufen können und zwar zum einen der Operationstag und zum anderen ein Tag kurz vor der Entlassung des Patienten. Vgl. Herder-Dorneich, P./Wasem, J. (1986), S. 43ff.

<sup>241</sup> Vgl. Steiner, P. (1997), S. 145ff.

<sup>242</sup> Vgl. Janssen, D. (1999), S. 52.

<sup>243</sup> Vgl. Robert Bosch Stiftung (1987), S. 70.

An dieser Stelle bleibt einzuwenden, dass es sich beim Indikator Behandlungsfall nicht um eine homogene Größe handelt. Jeder Patient hat seine spezifischen Eigenschaften, die eine entsprechend individuelle und einzelfallbezogene Krankenhausbehandlung erfordern. Unter diesem Gesichtspunkt „müssen Puristen zu dem Schluss kommen, der Heterogenität des Patientenspektrums könne nur dadurch adäquat Rechnung getragen werden, dass jeder Patient für sich als gesonderte Produktart angesehen wird“<sup>244</sup>. Demnach wäre es in keiner Art und Weise möglich, den Krankenhausoutput zu aggregieren oder als interinstitutionellen oder intertemporalen Vergleichsmaßstab anzuwenden. Eine sinnvolle Zwischenlösung bietet sich in Form einer Patientenklassifikation an. Hierbei werden die Behandlungsfälle nach bestimmten Unterscheidungskriterien in Fallgruppen eingeteilt.<sup>245</sup>

Es gibt weltweit eine Vielzahl von unterschiedlichen Patienten-Klassifikationssystemen.<sup>246</sup> An dieser Stelle werden zwei Systeme exemplarisch vorgestellt, die insbesondere für die Bundesrepublik Deutschland von besonderer Bedeutung sind:

#### » International Classification of Diseases (ICD)

Die ICD wurde ursprünglich als Todesursachenklassifikation von der WHO konzipiert und stellt heute die weltweit bedeutendste Krankheitsklassifikation für Krankheits- und Todesursachenstatistiken dar.<sup>247</sup> Im Rahmen der medizinischen Klassifikation bezieht sich die ICD ausschließlich auf Hauptdiagnose der Krankheitsart und etwaige Nebendiagnosen bleiben unberücksichtigt. Vorteil des ICD-Systems ist die einheitliche Verbreitung in der deutschen Krankenhauslandschaft. Als besonders

<sup>244</sup> Breyer, F./Zweifel, P. (1997), S. 331.

<sup>245</sup> Vgl. Breyer, F./Zweifel, P. (1997), S. 332.

<sup>246</sup> Zu nennen sind hier beispielsweise die in den USA entwickelten Patient Management Categories (PMC) oder die seit dem 1.1.1997 in Österreich eingeführte Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung (LKF).

<sup>247</sup> Vgl. Arbeitsgemeinschaft Diagnosestatistik (1992), S. 23ff.

nachteilig erweist sich, dass durch die ICD-Klassifikation nicht die jeweilige Fallschwere<sup>248</sup> erfasst wird und außerdem können unter einem ICD-Schlüssel verschiedene Behandlungsverfahren mit völlig unterschiedlichen Behandlungskosten subsumiert werden.<sup>249</sup>

### » Diagnosis Related Groups (DRG)

Im Vergleich zur ICD-Klassifikation berücksichtigen DRG „neben der Hauptdiagnose auch das Vorliegen von Nebenerkrankungen und Komplikationen, das Alter des Patienten sowie die Behandlungsart (operativ oder konservativ)“<sup>250</sup>. Damit kann in diesem Klassifikationssystem auch die jeweilige Fallschwere erfasst werden und das Leistungsspektrum des Krankenhauses wesentlich genauer abgebildet werden.<sup>251</sup> Dies hat dazu geführt, dass mittlerweile viele europäische Länder DRG-Systeme zur Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen einsetzen.<sup>252</sup>

Allen Patientenklassifikationssystemen gemeinsam ist die Idee, den Krankenhaus-Output zwar nicht nach dem Ergebnis der Behandlung und damit die Gesundheitsveränderung, aber zumindest nach der Schwierigkeit der Aufgabenstellung darzustellen. Auf dieser Basis wird die Heterogenität der Krankenhausleistung berücksichtigt und dennoch eine Vergleichsmöglichkeit geschaffen.

Bisher wurde hinsichtlich der Frage, wie der Output eines Krankenhauses erfasst werden kann, ausschließlich auf die Behandlung der Patienten und ihren Krankheitsverlauf eingegangen. Die Leistung eines Krankenhauses umfasst aber noch mehr. Neben denjenigen Menschen, die zu den Patienten zählen, gehören im Grunde alle Menschen zur Gruppe der Nachfrager und zwar insofern, als das ihnen die bloße

<sup>248</sup> Die Fallschwere drückt letztlich den Krankheitsverlauf hinsichtlich etwaiger Komplikationen und der entsprechenden Behandlungsintensität aus, da sich das gleiche Krankheitsbild völlig unterschiedlich entwickeln kann. Beispielsweise kann der Herzinfarkt als umkomplizierter Infarkt mit relativ kurzer Behandlungsdauer vorliegen oder auch einen komplexen Infarkt mit gleichzeitigem Herzversagen und Lungenödemen umfassen.

<sup>249</sup> Vgl. Janssen, D. (1999), S. 57.

<sup>250</sup> Breyer, F./Zweifel, P. (1997), S. 332.

<sup>251</sup> Vgl. Janssen, D. (1999), S. 58ff.

<sup>252</sup> Insgesamt nutzen acht europäische Länder ein DRG-Vergütungssystem: Finnland, Norwegen, Schweden, Lettland, Dänemark, Portugal, Spanien und Italien. Vgl. Rochell, B./Roeder, N. (2001), S. 50.

Existenz eines Krankenhauses die Sicherheit gibt, im Krankheitsfall die notwendige stationäre Behandlung in Anspruch nehmen zu können. Dieser als **Optionsnachfrage** bezeichnete Umstand wird durch die Vorhaltung von Krankenhausbetten und das entsprechende Personal bzw. die entsprechenden Geräte gewährleistet.<sup>253</sup> Die Bereithaltung von Kapazitäten zur Befriedigung der Optionsnachfrage gehört damit auch zum Krankenhaus-Output.

Im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit dienen die Hilfsgrößen Fallzahl und Vorhalteleistung als Output-Maß eines Krankenhauses.

#### 4.2.1.3 Qualität

Überlegungen zur Qualität der Leistungen im Krankenhaus und im Gesundheitswesen sind immer häufiger in der deutschen Literatur zu finden. Anlass dafür ist u. a. die Erkenntnis, dass ärztliches Handeln fehlerhaft sein kann, die Befürchtung, dass sich die Finanzierungsproblematik des Gesundheitswesens negativ auf die Qualität auswirkt oder auch die Hoffnung, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen die Wirtschaftlichkeit erhöhen.<sup>254</sup> Eine eindeutige Definition, was in der Medizin unter Qualität zu verstehen ist, die als Grundlage dieser Überlegungen dienen könnte, besteht nicht.<sup>255</sup> Auch seitens des Gesetzgebers existiert keine Legaldefinition, obwohl der Begriff der Qualität verwendet wird.<sup>256</sup>

Im Krankenhauswesen beziehen sich Qualitätsbetrachtungen üblicherweise auf die von DONABEDIAN eingeführte Unterscheidung der drei Qualitätsdimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis.<sup>257</sup> Unter der Strukturqualität werden die für die Leistungsbereitschaft des Krankenhauses eingesetzten Mittel und Ressourcen und die physische und organisatorische Umgebung verstanden.<sup>258</sup> Die Prozessqualität um-

---

<sup>253</sup> Vgl. Breyer, F./Zweifel, P. (1997), S. 326.

<sup>254</sup> Vgl. Janssen, D. (1999), S. 73.

<sup>255</sup> Eine einfache, aber wenig praktikable Definition der medizinischen Qualität könnte lauten: „Die Qualität der medizinischen Behandlung ist die Komponente des Unterschieds zwischen idealem und tatsächlichem Ergebnis, die dem Anbieter unter Berücksichtigung seiner Arbeitsmöglichkeiten zugeschrieben werden kann.“ Kaltenbach, T. (1993), S.78.

<sup>256</sup> Vgl. §137 SGB V.

<sup>257</sup> Vgl. Donabedian, A. (1966), S. 167ff.

<sup>258</sup> Vgl. Kaltenbach, T. (1993), S. 85ff.

fasst „alle Maßnahmen, die im Laufe einer Behandlung unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen Situation und individuellen Krankheitsmerkmale des Patienten ergriffen – oder nicht ergriffen – worden sind.“<sup>259</sup> Die Ergebnisqualität bezieht sich auf den Erfolg der medizinischen Behandlung, wobei diese auf die Erhaltung oder

Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten ausgerichtet ist und wie bereits erläutert nur schwer messbar ist.<sup>260, 261</sup>

Innerhalb der drei Qualitätsdimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis werden einzelne Indikatoren abgeleitet, die dazu geeignet sind, die Qualität der Krankenhausbehandlung abzubilden und zu messen. In Abbildung 14 sind die am häufigsten verwendeten Indikatoren beispielhaft zusammengestellt.

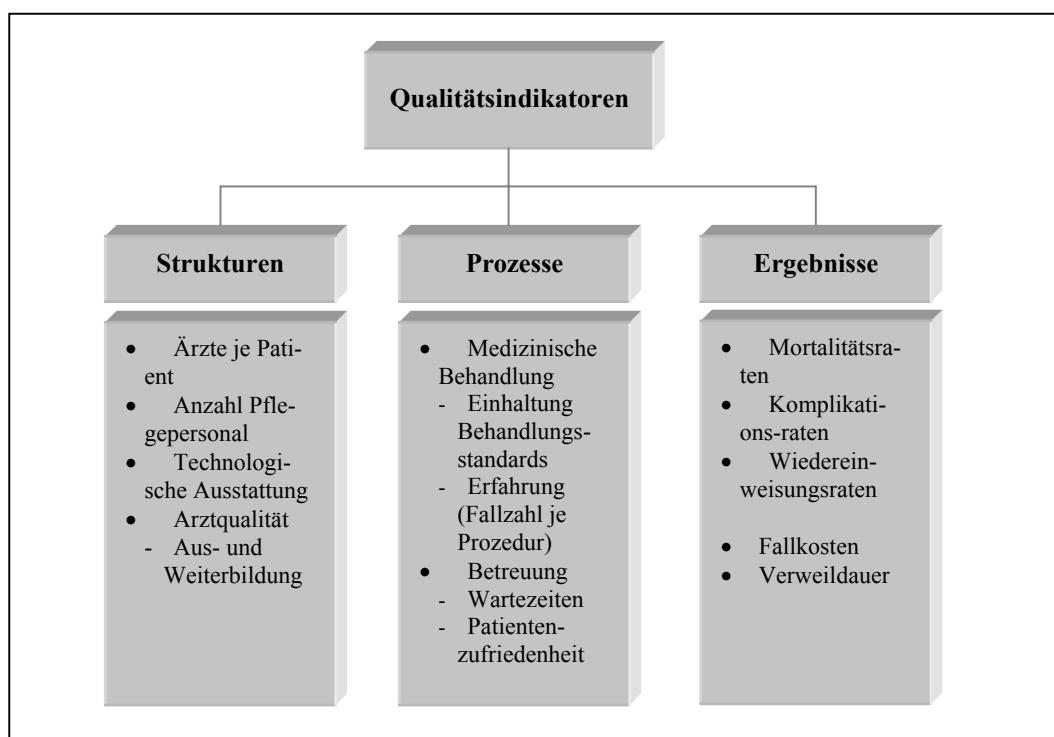


ABBILDUNG 14: QUALITÄTSINDIKATOREN<sup>262</sup>

<sup>259</sup> Kaltenbach, T. (1993), S. 89f.

<sup>260</sup> Vgl. Gorschlüter, P. (1999), S. 32.

<sup>261</sup> Bei der Einteilung der drei Qualitätsdimensionen wird von einer kausalen Beziehung ausgegangen, d. h. eine tendenziell hohe Strukturqualität ermöglicht qualitativ hochwertige Prozesse und beeinflusst insgesamt das Ergebnis positiv. Dieser kausale Zusammenhang ist allerdings nicht allgemeingültig und kann durch eine Vielzahl von Einflußgrößen gestört werden, so zeigt z. B. eine auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Therapie nicht die gewünschten Ergebnisse aufgrund der negativen psychologischen Grundeinstellung des Patienten. Vgl. Gorschlüter, P. (1999), S. 32.

<sup>262</sup> In Anlehnung an Janssen, D. (1999), S. 76 und Gorschlüter, P. (1999), S. 35.

Die **Strukturqualität** betrifft die Rahmenbedingungen, unter denen die Leistungserbringung stattfindet und ergibt sich insbesondere aus den personellen und sachlichen Ressourcen. Für die personellen Ressourcen können Indikatoren wie die patientenbezogene Personaldichte und der Grad der Ausbildung und Qualifikation des Personals gebildet werden. Die sachlichen Ressourcen werden hinsichtlich der Ausstattung des Krankenhauses mit Geräten, Apparaten und Verfahren ausgedrückt.<sup>263</sup>

Die **prozessorientierten Qualitätsüberlegungen** beziehen sich auf den Versorgungsablauf und somit auf die „Gesamtheit aller Aktivitäten, die zwischen den Ärzten, dem Personal im Pflege- und Funktionsbereich, der Einrichtung und Ausstattung sowie dem Patienten ablaufen“<sup>264</sup>. Hinsichtlich der Ablauforganisation ergeben sich Indikatoren wie z. B. auftretende Wartezeiten für die Patienten. Die Qualität der einzelnen Behandlungsprozesse findet dagegen ihren Ausdruck in den technischen Fertigkeiten und im Know-how des ärztlichen und pflegerischen Personals wie z. B. im Ausmaß der persönlichen Erfahrung, gemessen an der Fallzahl je Prozedur, oder auch an der Einhaltung von Behandlungsstandards.<sup>265</sup>

Die **Ergebnisqualität** bezieht sich letztlich auf den medizinischen Erfolg der Behandlung und damit auf den Primär-Output des Krankenhauses. In der vorliegenden Arbeit wurde bereits diskutiert, dass die Veränderung des Gesundheitszustandes eines Patienten nicht messbar ist. Die Ergebnisindikatoren dieser Qualitätsdimension können sich daher nur auf entsprechend messbare Hilfsgrößen beziehen. Gebräuchliche Indikatoren sind Mortalitäts-, Komplikations- und Wiedereinweisraten.<sup>266</sup> Neben dem medizinischen Ergebnis ist das ökonomische Ergebnis der Leistungserstellung zu berücksichtigen, dass sich im Verbrauch von Ressourcen, d. h. die insgesamt entstandenen Kosten je Fall, und im Verbrauch von Zeit, d. h. die Verweildauer je Fall, ausdrücken lässt.<sup>267</sup>

---

<sup>263</sup> Vgl. Janssen, D. (1999), S. 76.

<sup>264</sup> Eichhorn, S. (1987), S. 40.

<sup>265</sup> Vgl. Henke, N./Paffrath, D./Wettke, J. (1995), S. 199ff.

<sup>266</sup> Vgl. Janssen, D. (1999), S. 77.

<sup>267</sup> Vgl. Gorschlüter, P. (1999), S. 36.

Eine Qualitätsbetrachtung im Krankenhaus auf Basis des Konzepts von DONABE-DIAN ist nicht als vollständig und abschließend oder unproblematisch zu bezeichnen. Der Wert dieses Grundmodells liegt in seiner strukturierenden Funktion. Aufgrund der Gliederung in Qualitätsdimensionen lassen sich einzelne Indikatoren ableiten und Qualitätsziele formulieren. Die Berücksichtigung qualitativer Aspekte im Rahmen dieser Arbeit erfolgt auf allen drei Qualitätsebenen, d. h. Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, und hinsichtlich der in Abbildung 14 jeweils formulierten Indikatoren, wie z. B. Ärzte je Patient, Wartezeiten oder Fallkosten.

#### 4.2.2 Möglichkeiten und Grenzen von Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen

Die Frage der Wirtschaftlichkeit ist im Krankenhauswesen mit den genannten Schwierigkeiten verbunden. In diesem Kontext bedeutet ökonomisches Wirtschaften im Krankenhaus, dass die erforderlichen ärztlich-pflegerischen Maßnahmen mit dem geringst möglichen Mitteleinsatz erreicht werden.<sup>268</sup> Diese Betrachtungsweise kann nicht ausschließlich auf absolute Kostengünstigkeit ausgelegt und beschränkt werden, sondern muss gleichermaßen Qualitätsaspekte in die Überlegungen miteinbeziehen. Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus stellt somit eine Zweck-Mittel-Relation aus Input, Output und Qualität dar.

Voraussetzung dafür ist die Messbarkeit der Bezugsbasen. Insbesondere der Faktor Output ist im Krankenhauswesen nur kompliziert messbar und bestimmbar. Es handelt sich bei der Krankenhausleistung um einen mehrstufigen Produktionsprozess, dessen Primär-Output – die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten – sich jeglicher Messung entzieht. Der Krankenhaus-Output kann stattdessen nur über Hilfsgrößen operationalisiert werden. Als Indikator wird die Fallzahl des Krankenhauses und seine Vorhaltekapazität angenommen.

Die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung im Krankenhauswesen bezieht sich auf die relative Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses, d. h. der Vergleich mit vergleichbaren

---

<sup>268</sup> Vgl. Keun, F. (2001), S. 99f.

Krankenhäusern.<sup>269</sup> Im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit wird die Betrachtung der wirtschaftlichen Krankenhausführung auf dieser Basis erfolgen. Die Sichtweise ist nach neoinstitutionenökonomischen Ansätzen ausgerichtet, d. h. es gilt die Auswirkungen individueller Verhaltensweisen auf die festgelegten Wirtschaftlichkeitsfaktoren im Rahmen unterschiedlicher organisatorischer Regelungen zu bewerten. Das folgende Kapitel gibt den dazu notwendigen Überblick über einzelne Ansätze der Neuen Institutionenökonomie und ihr Anwendung im Krankenhaus.

### 4.3 Neue Institutionenökonomie

Allgemein formuliert untersucht die Neue Institutionenökonomie<sup>270</sup> die Auswirkungen von Institutionen auf das menschliche Verhalten.<sup>271</sup> Die Definition des Begriffs der Institution erfolgt für die vorliegende Arbeit in Anlehnung an OSTROM. „Institutionen lassen sich definieren als die Mengen von Funktionsregeln, die man braucht, um festzulegen, wer für Entscheidungen in einem bestimmten Bereich in Frage kommt, welche Handlungen statthaft oder eingeschränkt sind, welche Aggregationsregeln verwendet werden, welche Verfahren eingehalten werden müssen, welche Information geliefert oder nicht geliefert werden muss, und welche Entgelte den einzelnen entsprechend ihren Handlungen zugebilligt werden. Alle Regeln enthalten Vorschriften, die eine Handlung oder ein Ergebnis verbieten, gestatten oder verlangen. Funktionsregeln sind diejenigen Regeln, die tatsächlich angewendet, kontrolliert und durchgesetzt werden, wenn Einzelpersonen Entscheidungen über ihre zukünftigen Handlungen treffen.“<sup>272</sup>

Bei der Neuen Institutionenökonomie handelt es sich nicht um ein einheitliches und abgeschlossenes Theoriegebäude, sondern vielmehr um ein Zusammenspiel verschiedener institutionenökonomischer Ansätze. Diese verschiedenen Ansätze, die

<sup>269</sup> Vgl. Lenzen, H. (1986), S. 43ff.

<sup>270</sup> Die Vorläufer der Neuen Institutionenökonomie werden als sogenannte Alte Institutionenökonomie bezeichnet und reichen bis in die 40er Jahre des 19. Jahrhunderts zurück. Im deutschsprachigen Raum sind in diesem Zusammenhang drei wesentliche ökonomische Forschungsrichtungen zu nennen und zwar die Deutsche Historische Schule, die Österreichische Schule und die Freiburger Schule des Ordoliberalismus. Neben diesen europäischen Schulen hat sich auch ein Amerikanischer Institutionalismus entwickelt, zu dessen Hauptrepräsentanten Thorstein Veblen (1857-1929) und John Roger Commons (1862-1945) gehören. Eine ausführliche Darstellung der Geschichte der Institutionenökonomie ist beispielsweise bei Erlei, M. (1999), S. 27ff. zu finden.

<sup>271</sup> Vgl. Picot, A. (1997), S. 54.

<sup>272</sup> Ostrom, E. (1990), S. 51.

sich teilweise überschneiden, ergänzen oder auch unterscheiden, basieren weitestgehend alle auf bestimmten Annahmen zum menschlichen Verhalten.<sup>273</sup>

#### » **Individuelle Nutzenmaximierung**

Es wird angenommen, dass die Individuen im Rahmen ihrer Handlungsmöglichkeiten und –restriktionen versuchen, ihre eigenen Ziele zu verfolgen und ihren Nutzen zu maximieren.<sup>274</sup>

#### » **Begrenzte Rationalität**

Unter der Annahme der begrenzten Rationalität ist zu verstehen, dass die Präferenzen der Individuen nur unvollständig und über die Zeit veränderlich sind. Demnach werden Individuen sobald das individuelle Anspruchsniveau erreicht ist jede weitere Informationssuche beenden. Zudem sind in einer komplexen Wirklichkeit natürliche Kapazitätsgrenzen hinsichtlich Informationsaufnahme und –verarbeitung gesetzt.<sup>275</sup>

#### » **Methodologischer Individualismus**

Der methodologische Individualismus geht von der Vorstellung aus, dass jedes Individuum verschiedene und vielfältige Ziele, Präferenzen und Interessen verfolgt. Daher ist das Verhalten von Gruppen, wie z. B. Teams, Unternehmen oder dem Staat, nicht als Kollektiv zu betrachten,<sup>276</sup> sondern als Zusammenspiel des jeweils eigennützigen Handelns der Gruppenmitglieder.<sup>277</sup>

Aus der Vielfalt der institutionenökonomischen Ansätze sind insbesondere zwei Teilelemente für den weiteren Verlauf dieser Arbeit von Bedeutung, und zwar die

---

<sup>273</sup> Vgl. Picot, A. (1997), S. 54.

<sup>274</sup> Vgl. Picot, A. (1996), S. 38.

<sup>275</sup> Vgl. Richter, R. (1996), S. 3ff.

<sup>276</sup> Im Gegensatz zum methodologischen Individualismus wird aus Sicht des methodologischen Kollektivismus die Gruppe „als eine die Summe der Gruppenmitglieder übersteigende Größe mit eigenen Interessen und Handlungen aufgefaßt.“ Picot, A. (1997), S. 39.

<sup>277</sup> Vgl. Picot, A. (1997), S. 39.

Property-Rights-Theorie und die Principal-Agent-Theorie.<sup>278</sup> Im folgenden werden die grundlegenden Inhalte und Anwendungsmöglichkeiten dieser Theorien erläutert.

#### 4.3.1 Property-Rights-Theorie

Die Property-Rights-Theorie<sup>279</sup> beschäftigt sich im wesentlichen mit der unterschiedlichen Ausgestaltung von Handlungs- und Verfügungsrechten oder kurz Property Rights<sup>280</sup> und den damit verbundenen Auswirkungen auf das ökonomische Verhalten der Individuen. Die Grundidee ist, dass „der Inhalt der Verfügungsrechte die Allokation und Nutzung der Ressourcen auf spezifische und vorhersagbare Weise beeinflusst“<sup>281</sup>.

Die Property Rights an einem Gut werden als Rechtebündel interpretiert und in vier Einzelrechte unterteilt:<sup>282</sup>

- » das Recht, ein Gut zu nutzen (*usus*),
- » das Recht, das Gut formal und materiell zu verändern (*abusus*),
- » das Recht, sich entstandene Erträge anzueignen, bzw. die Pflicht, Verluste zu tragen (*usus fructus*),
- » das Recht zur vollständigen oder teilweisen Veräußerung des Gutes.

---

<sup>278</sup> Neben den beiden genannten Theorien gibt es noch eine Vielzahl weiterer institutionenökonomischer Ansätze, wie z. B. die Transaktionskostentheorie, die Neue Politische Ökonomie oder die Ökonomische Analyse des Rechts. Vgl. dazu beispielsweise Richter, R. (1996).

<sup>279</sup> Vgl. dazu Coase, R. H. (1960); Alchian, A. A./Demsetz, H. (1972); Picot, A. (1981); Richter, R. (1996).

<sup>280</sup> Der Begriff der Property Rights kann zunächst wörtlich und sehr eng gefasst als Eigentumsrechte übersetzt werden. Eine umfassendere Definition ist z. B. bei LEIPOLD zu finden, der Property Rights als „rechtlich oder institutionell sanktionierte Handlungsmöglichkeiten und Verhaltensbeziehungen zwischen Wirtschaftssubjekten“ bezeichnet. Leipold, H. (1978), S. 518. Damit sind Property Rights begrifflich weiter gefasst als die aus dem Eigentum resultierenden Rechte und stellen Verfügungsrechte dar, das bedeutet Verfügungsmöglichkeiten über materielle Dinge, Menschen oder auch Fähigkeitspotenziale. Die herkömmlichen Eigentumsrechte erscheinen demnach als spezielle Kategorie von Property Rights im Sinne von Verfügungsrechten. Vgl. auch Stauss, B. (1983), S. 280. Für den weiteren Verlauf der Arbeit gilt die umfassende Definition der Property Rights als Handlungs- und Verfügungsrechte.

<sup>281</sup> Furubotn, E./Pejovich, S. (1972), S. 1139.

<sup>282</sup> Vgl. Alchian, A. A./Demsetz, H. (1972), S. 783; Pejovich, S. (1976), S. 3.

In den Augen der Individuen ist demnach nicht allein das Eigentum oder der Besitz des Gutes ökonomisch interessant, sondern vor allem die damit verbundenen Handlungs- und Verfügungsrechte. Ohne dass sich die physischen Eigenschaften eines Gutes ändern, können verwandelte Verfügungsrechtsstrukturen das Handeln der Individuen verändern. So schränken beispielsweise Fahrverbote den ökonomischen Wert eines Autos für seinen Besitzer ein oder Mietpreisbindungen machen Immobilienbesitz weniger attraktiv.<sup>283</sup> Darüber hinaus regeln Property Rights nicht nur die Rechte und Pflichten bei der Nutzung von Ressourcen und damit die Beziehung zwischen Individuen, sondern auch die Beziehungen zwischen Gütern und Individuen.<sup>284</sup>

In Anwendung der Property-Rights-Theorie auf Unternehmen werden zweckmäigigerweise die ersten beiden der vier genannten Einzelrechte zum Koordinations- und Planungsrecht zusammengefasst. Demnach werden das Koordinations- und Planungsrecht, Aneignungsrecht des Gewinns bzw. Verlustes und Veräußerungsrecht unterschieden.<sup>285</sup> Diese Rechte können in einer Person konzentriert sein oder es liegt eine sogenannte Verdünnung der Verfügungsrechte vor, d. h. nicht alle Rechte sind der gleichen Person zugeordnet bzw. einzelne Rechte sind gleichzeitig auf mehrere Personen verteilt.<sup>286, 287</sup> Je mehr Rechte in einer Person konzentriert sind, umso stärker wird die handelnde Person auch durch die Folgen seiner Handlungen selbst getroffen. Aus property-rights-theoretischer Sicht gilt daher die allgemeine Organisationsempfehlung, die „Handlungs- und Verfügungsrechte in der Weise zu verteilen, dass möglichst vollständige Rechtebündel mit der Nutzung ökonomischer Ressourcen verbunden und dem Handelnden zugeordnet sind“<sup>288</sup>. Innerhalb von Unternehmen erfolgt die Zuordnung der Handlungs- und Verfügungsrechte durch organisatorische Regelungen, die teilweise gesetzlich zwingend vorgegeben sind<sup>289</sup> und teilweise individuell durch Vereinbarungen und Verträge ausgehandelt und festgesetzt werden können.

---

<sup>283</sup> Vgl. Picot, A. (1997), S. 55.

<sup>284</sup> Das bedeutet, dass z. B. der Besitzer eines Grundstücks einem anderen den Zugang verbieten kann. Vgl. Gabler Wirtschaftslexikon (1993), S. 2697.

<sup>285</sup> Vgl. beispielsweise Picot, A. (1981), S. 161f.

<sup>286</sup> Vgl. Picot, A. (1997), S. 55.

<sup>287</sup> In der Situation verdünnter Verfügungsrechte entstehen sogenannte Principal-Agent-Beziehungen.

<sup>288</sup> Picot, A. (1997), S. 62.

<sup>289</sup> Beispielsweise können Vorschriften zur Rechtsformenwahl bei öffentlichen und freigemeinnützigen Unternehmen bestehen.

Zusammenfassend klärt die Property-Rights-Theorie die spezifische Verteilung von Verfügungsrechten und ihre Auswirkungen auf das individuelle Nutzenstreben der Beteiligten. Innerhalb einer Unternehmung steht dabei im Mittelpunkt der Betrachtung, inwieweit die beteiligten Personen im Rahmen ihrer individuellen Nutzenüberlegungen zu wirtschaftlichem Handeln angeregt werden. Als Wirtschaftlichkeitskriterium könnte beispielsweise die vergleichsweise Erhöhung des Einsatzes von Produktionsfaktoren und damit eine weniger wirtschaftliche Produktion gelten.<sup>290</sup>

An dieser Stelle bleibt anzumerken, dass die Interpretation, jegliche Verdünnung von Verfügungsrechten führt zu einem weniger wirtschaftlichen Handeln der beteiligten Personen, in letzter Konsequenz sehr einseitig gedacht ist und dieser Überlegung Grenzen gesetzt sind. In der Realität sind eine Vielzahl von Organisationsformen zu finden, bei denen ganz bewusst auf eine völlige Konzentration der Verfügungsrechte verzichtet wurde. So liegt beispielsweise bei einer Kapitalgesellschaft das Aneignungs- und Veräußerungsrecht bei den Eigentümern, während das Kontroll- und Planungsrecht und damit die Unternehmensleitung beim Manager angesiedelt ist. Hier sind Gründe wie die Notwendigkeit der Kapitalaufbringung oder der Risikominderung von größerer Bedeutung für das Unternehmen als die alleinige Konzentration der Handlungs- und Verfügungsrechte. Für eine abschließende und vollständige Beurteilung der Organisation einer Unternehmung müssten demnach eine Vielzahl weiterer wirtschaftlicher Kriterien miteinbezogen werden, die im Rahmen der Property-Rights-Theorie nicht berücksichtigt werden.<sup>291</sup>

Trotz dieser Einschränkungen bietet die Property-Rights-Theorie einen Rahmen, um sich in systematischer Form mit unterschiedlich gestalteten Organisationsformen auseinanderzusetzen. Im Gegensatz zu vielen anderen Ansätzen wird „die koordinierende Kraft von gemeinsamen Wertvorstellungen in Organisationen ins Bewußtsein gerückt“<sup>292</sup> und hinsichtlich ihrer ökonomischen Bedeutung bewertet. Die Auseinandersetzung mit verschiedenen Organisationsformen von Unternehmen ist durch die Property-Rights-Theorie erheblich bereichert worden und zeigt – mit entsprechender

---

<sup>290</sup> Vgl. Picot, A. (1981), S. 163f.

<sup>291</sup> Vgl. Picot, A. (1981), S. 173ff.

<sup>292</sup> Picot, A. (1981), S. 189.

Umsicht angewendet – brauchbare, unsere Erkenntnisse erweiternde Resultate und Prognosen.<sup>293</sup>

#### 4.3.2 Principal-Agent-Theorie

Mit Hilfe der Principal-Agent-Theorie<sup>294, 295</sup> werden Situationen analysiert, in denen zwei oder mehrere Individuen in einem Abhängigkeitsverhältnis bzw. einer Auftraggeber-Auftragnehmer-Beziehung zueinander stehen. Für diese Abhängigkeit ist charakteristisch, dass die Handlungen und Entscheidungen eines Individuums, des sogenannten Agenten oder Auftragnehmer, nicht nur dessen eigenes Nutzenniveau, sondern auch das des anderen, des Prinzipals oder Auftraggebers, beeinflussen.<sup>296, 297</sup>

Typische Merkmale der Principal-Agent-Theorie sind eine asymmetrische Informationsverteilung und zumindest partielle Interessenkonflikte. Die Informationsasymmetrie ist dadurch gekennzeichnet, dass es „Entscheidungsträger mit besserem und solche mit schlechterem Informationsstand“<sup>298</sup> gibt. Der Agent ist üblicherweise besser informiert als der Principal und damit besteht für den Auftraggeber die Schwierigkeit, dass er die effektive Leistung oder Leistungsmerkmale des Beauftragten nicht wirklich beurteilen kann.<sup>299</sup> Interessenkonflikte liegen vor, sobald der Agent

---

<sup>293</sup> Vgl. Richter, R. (1996), S. 451f.

<sup>294</sup> Vgl. dazu Jensen, M. C. (1983); Pratt, J. W./Zeckhauser, R. J. (1985); Wenger, E./Terberger, E. (1988).

<sup>295</sup> Innerhalb der Principal-Agent-Theorie lassen sich zwei Ausrichtungen unterscheiden, und zwar den normativen und den positiven Zweig. Die normative Analyse ist sehr stark mathematisch orientiert und leitet aus getroffenen Annahmen Empfehlungen für eine effiziente Vertragsgestaltung ab. Vgl. dazu beispielsweise Spremann, K. (1995), S. 130-134. Die positive Analyse ist dagegen vielmehr verbal-argumentativ und stellt die Beschreibung und Erklärung der institutionellen Gestaltung von Auftragsbeziehungen in den Mittelpunkt. Dabei wird schwerpunktmäßig die Trennung von Eigentum und Entscheidungsbefugnis im Rahmen der Unternehmensführung und die damit verbundenen Probleme analysiert. Vgl. Fischer, M. (1995), S. 320. Für den weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit wird die positive Analyse der Principal-Agent-Theorie herangezogen.

<sup>296</sup> Vgl. Wenger, E./Terberger, E. (1988), S. 506.

<sup>297</sup> Typische Beispiele für Principal-Agent-Beziehungen sind die Verbindungen zwischen Arzt und Patient, Rechtsanwalt und Klient oder auch Vorstand und Aufsichtsrat. Darüber hinaus lassen sich Principal-Agent-Beziehungen auf jegliche Situation übertragen, die als Auftragsbeziehung gedeutet werden kann. So kann z. B. auch der Staat als Auftraggeber und der Steuerpflichtige als Auftragnehmer dargestellt werden. Vgl. dazu Schneider, D. (1987), S. 431ff.

<sup>298</sup> Wenger, E./Terberger, E. (1988), S. 506.

<sup>299</sup> Vgl. Pfaff, D./Zweifel, P. (1998), S. 184.

neben der vom Principal verfolgten Zielsetzung noch weitere individuelle und abweichende Interessen anstrebt.

Das Vorhandensein von asymmetrischer Informationsverteilung und damit unvollkommener Information führt des Weiteren dazu, dass sowohl für den Principal als auch den Agenten Informationskosten entstehen, die sogenannten Agency-Kosten. Diese Agency-Kosten setzen sich aus drei Komponenten zusammen:<sup>300</sup>

#### » **Monitoring expenditures**

Diese Kosten entstehen dem Principal bei der Überwachung und Kontrolle der Verhaltensweisen des Agenten. Der Principal ist gezwungen, den bestehenden Informationsvorsprung des Agenten zu verkleinern, damit dieser seine diskretionären Handlungsspielräume nicht zu stark zu Ungunsten des Principals ausnutzt.

#### » **Bonding expenditures oder signalling costs**

Die Signalisierungskosten des Agenten umfassen alle Handlungen, die dieser zur Verringerung der Informationsasymmetrie gegenüber dem Principal unternimmt, wie z. B. Garantiezusagen eines Verkäufers oder Sicherheitsleistungen eines Kreditnehmers.<sup>301</sup>

#### » **Residual loss**

Der sogenannte Wohlfahrtsverlust drückt letztlich den eingebüßten Nutzen des Principals aus, der ihm dadurch entsteht, dass der Agent in gewissem Maß opportunistisch handelt und somit nicht das maximale Ergebnis für ihn erzielt. Der Wohlfahrtsverlust ist damit die „Abweichung des Realzustands vom gedachten Zustand vollkommener Information“<sup>302</sup>.

Zwischen den drei Kostenkomponenten bestehen Trade-off-Beziehungen, d. h. der Wohlfahrtsverlust kann z. B. durch verstärkte Überwachungs- und Kontrollmaßnah-

---

<sup>300</sup> Vgl. Jensen, M. C./Meckling, W. (1976), S. 308.

<sup>301</sup> Vgl. Picot, A. (1997), S. 83.

<sup>302</sup> Picot, A. (1997), S. 84.

men eingeschränkt werden, während diese wiederum durch Garantiezusagen des Agent verringert werden können.<sup>303</sup>

Die verschiedenen Principal-Agent-Beziehungen können anhand der jeweiligen Informationsasymmetrie in drei Problemtypen untergliedert werden, und zwar die hidden characteristics, hidden action und hidden intention.

**Hidden characteristics** treten während der Suche eines Vertragspartners auf, d. h. noch vor Vertragsabschluß, und betreffen die für den Principal unbekannten Eigenschaften des Agent und die Qualität seiner Leistungen. Es besteht die Gefahr der Auswahl eines ungeeigneten oder unfähigen Vertragspartners, die auch als adverse selection bezeichnet wird.<sup>304</sup> Zur Bewältigung des Risikos der adverse selection wird ein Informationsaustausch zwischen den Parteien angestrebt. Dabei ist das Spektrum möglicher Maßnahmen breit gefächert, wobei grundsätzlich unterschieden wird, welcher Vertragspartner den ersten Schritt zum Informationsaustausch unternimmt. Der Agent kann sich beispielsweise durch das Senden von Signalen – in Form von Zeugnissen, Gütesiegeln, Qualitätsgarantien oder ähnliches – gegenüber dem potenziellen Principal bezüglich seiner Eigenschaften und Qualifikationen offenbaren. Seitens des Principal besteht die Möglichkeit, sich vor Vertragsabschluss durch Tests oder Gutachten genauer über die Eigenschaften des Agent zu informieren. Ein weiterer Lösungsansatz besteht in der geeigneten Gestaltung von Verträgen durch den Principal, die aufgrund der spezifischen Risikoverteilung nur von einem geeigneten Agent angenommen werden. Diese Form der Selbstauswahl des Agent wird auch als self-selection bezeichnet und ermöglicht dem Principal die Auswahl des ‚besten‘ Agent.<sup>305</sup>,<sup>306</sup>

Das Problem der **hidden action** tritt nach Vertragsabschluß auf und umfasst die fehlenden Fachkenntnisse des Principal, um die Handlungen des Agent angemessen

---

<sup>303</sup> Vgl. Fischer, M. (1995), S. 322.

<sup>304</sup> Vgl. Picot, A. (1996); S: \$):

<sup>305</sup> Vgl. Macho-Stadler, I./Pérez-Castrillo, J. D. (1997), S. 103ff.

<sup>306</sup> Allerdings kann die Vertragsgestaltung sowie die Ergebnisse der Selbstauswahl des Agent bei Wettbewerbsbedingungen zwischen mehreren Principal zum Abschluss mit einem ineffizienten Vertragspartner führen. Siehe dazu beispielsweise Macho-Stadler, I./Pérez-Castrillo, J. D. (1997), S. 117ff.

beurteilen zu können. Aus dieser Situation resultieren Moral-hazard-Risiken, d. h. dem Agent bieten sich Handlungsspielräume, die er zur Verfolgung eigener Zielvorstellungen ausnutzen kann und dadurch den Interessen des Principal zuwider handelt. In wirtschaftstheoretischer Literatur wird in diesem Zusammenhang meistens eine Gewinnmaximierungshypothese seitens des Agent unterstellt, wohingegen Anhänger der Principal-Agent-Theorie sagen, dass neben einer Gewinnmaximierung auch andere Ziele verfolgt werden. Es handelt sich demnach um ein grundlegendes Anreizproblem. Aus der Industrieökonomik lässt sich dazu folgende Beispielbetrachtung heranziehen: unter Vernachlässigung jeglicher Anreizprobleme ist der Gewinn so zwischen Aktionären (risikoneutral) und Manager (risikoavers) aufzuteilen, dass die risikoneutrale Partei das gesamte Risiko trägt. Demnach sollte der Manager in allen Zuständen das gleiche Einkommen erhalten. Hier stößt man nun auf Anreizprobleme. Der Manager könnte Handlungen, die nicht zu kontrollieren sind, ausführen und damit den Gesamtgewinn des Unternehmens steigern. Die Handlungen sind gleichzeitig mit Anstrengungen für den Manager verbunden, die für die Aktionäre nicht offensichtlich sind. Erhält der Manager nun ein Einkommen, welches nicht von der Größe des Gesamtgewinns abhängig ist, bietet sich für ihn kein Anreiz, sich anzustrengen. Für den Manager muss also eine gewinnabhängige Entlohnung in Aussicht gestellt werden (Erwartungswert), um ihn zu Anstrengungen anzureizen.<sup>307, 308</sup>

Im Fall der **hidden intention** hat der Principal spezifische Investitionen als Vorleistung erbracht, durch die er nach Vertragsabschluß in ein Abhängigkeitsverhältnis zum Agent gerät und auf dessen Leistungen angewiesen ist. Das Risiko der opportunistischen Ausnutzung dieser Abhängigkeit wird auch als Hold up bezeichnet. Im Gegensatz zur hidden action erkennt der Principal zwar das Verhalten des Agent zu seinen Ungunsten, kann es aber nicht verhindern.<sup>309</sup> Übertragen auf das Krankenhauswesen könnte ein Krankenhaus z. B. einem Patienten eine überdurchschnittliche Leistung zukommen lassen, die nur durchschnittlich bezahlt wird. Damit investiert das Krankenhaus in den Patienten und somit in die Reputation des Hauses. Diese Investition wäre dann nicht rentabel, wenn der Patient zwar die gute Leistungsquali-

<sup>307</sup> Vgl. Tirole, J. (1995), S. 83ff.

<sup>308</sup> Zur Problematik anreizorientierter Entlohnung bei risikoneutralen und risikoaversen Partnern siehe auch Lazear, E. P./Rosen, S. (1981), S. 841ff.

<sup>309</sup> Vgl. Picot, A. (1997), S. 86.

tät in Anspruch nimmt, die guten Erfahrungen aber nicht weiter gibt bzw. im nächsten Krankheitsfall ein anderes Krankenhaus in Anspruch nimmt.<sup>310</sup>

Die Principal-Agent-Theorie stellt einen wertvollen Bezugsrahmen bei der Betrachtung von Beziehungen zwischen opportunistisch handelnden Akteuren, die durch Informationsasymmetrien gekennzeichnet sind, dar. Die Verteilung der Verfügungsrechte wird als gegeben hingenommen und geprüft, welche vertraglichen Regelungen zu wählen sind.<sup>311</sup>

Es können nützliche Aussagen darüber gemacht werden, inwieweit Informationsvorsprünge und unkontrollierbare Handlungen des Agenten zu Anreizproblemen führen und welche institutionelle Gestaltung sich als vorteilhaft zur Verbesserung dieser Situation erweist.

Insgesamt wird im folgenden von dem dargestellten grundsätzlichen Principal-Agent-Problem ausgegangen. Darüber hinaus gibt es eine große Anzahl von Variationen und Weiterentwicklungen des Grundmodells, wie z. B. das Zusammenwirken von vielen Agents und vielen Principals oder die Berücksichtigung von Mehrperiodesituatoren.<sup>312</sup> Diese Variationen werden bei der vorliegenden Anwendung auf das Krankenhaus aufgrund der ohnehin hohen Komplexität nicht berücksichtigt.

#### 4.3.3 Anwendung institutionenökonomischer Ansätze im Krankenhaus

Für die ökonomische Analyse der Organisation der Krankenhausführung ist es „von zentraler Bedeutung, wie sich das Entscheidungsverhalten einer Vielzahl von Wirtschaftssubjekten koordinieren lässt“<sup>313</sup>. Dabei ist die Verteilung und Abgrenzung der Handlungs- und Verfügungsrechte zwischen Krankenhausträger und Krankenhausleitung von besonderem Interesse, da davon auszugehen ist, dass Entscheidungsträger ihre Handlungsspielräume zum individuellen Vorteil ausnutzen werden. Das

<sup>310</sup> Vgl. Wiedemann, R. (1998), S. 91ff.

<sup>311</sup> Vgl. Picot, A. (1997), S. 92ff.

<sup>312</sup> Vgl. Kreps, D. M. (1994), S. 549ff.

<sup>313</sup> Wenger, E./Terberger, E. (1988), S. 506.

Ausmaß dieses eigennützigen Verhaltens hängt stark von den jeweils zugeteilten Handlungs- und Verfügungsrechten und den dadurch gesetzten Restriktionen ab.<sup>314</sup>

Die **Property-Rights-Theorie** ermöglicht in diesem Zusammenhang eine Herausstellung der Handlungs- und Verfügungsrechte, die von den Beteiligten zum individuellen Vorteil oder auch zum übergreifenden Nachteil genutzt werden können. Die individuellen Verhaltensweisen können sich im Rahmen organisatorischer Gestaltungen unterschiedlich auf die Wirtschaftlichkeitsfaktoren auswirken. Im Krankenhaus sind als Handlungs- und Verfügungsrechte das Koordinations- und Planungsrecht, das Aneignungsrecht des Residuums und das Veräußerungsrecht zu unterscheiden.

Das Koordinations- und Planungsrecht bezieht sich auf die Geschäftsführung eines Krankenhauses. Die einzelnen Aufgaben im Rahmen der Geschäftsführung lassen sich nach unterschiedlichen Merkmalen, wie z. B. nach dem Sachcharakter, dem prozessualen Zeitablauf und der rangmäßigen Entscheidungsebene, gliedern.<sup>315</sup>

Ihrem **Sachcharakter** nach können die Aktivitäten den betrieblichen Funktionsbereichen Finanzierung, Investition, Beschaffung, Leistungserstellung und Leistungsverwertung zugeordnet werden.<sup>316</sup>

Gemessen an dem **prozessualen Ablauf** der Aufgabenerfüllung kann es sich dabei um Planungs-, Organisations-, Durchsetzungs- oder Kontrollaufgaben handeln. Die Planung umfasst die Entwicklung und Zusammenstellung notwendiger Maßnahmen, die für das Erreichen der gesetzten Ziele erforderlich sind. Die Organisation hingegen betrifft die aktuelle Gestaltung der betrieblichen Kombinationsprozesse, während im Rahmen der Durchsetzung der Vollzug der festgelegten Maßnahmen zu gewährleisten ist. Mit der abschließenden Kontrolle erfolgt ein Vergleich zwischen der Zielsetzung und dem tatsächlich Erreichten, um bei Abweichungen steuernd eingreifen zu können.<sup>317</sup>

---

<sup>314</sup> Vgl. Wenger, E./Terberger, E. (1988), S. 506f.

<sup>315</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1975), S. 27.

<sup>316</sup> Vgl. Peters, S./Preuß, O. (1997), S. 79ff.

<sup>317</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1975), S. 26f. und Naegler, H. (1997), S. 139.

Schließlich lassen sich die einzelnen Aufgaben der Geschäftsführung entsprechend ihrer **rangmäßigen Entscheidungsebene** als strategische, dispositive und operative Tatbestände klassifizieren. „Auf strategischer Ebene werden alle Entscheidungen getroffen, die die langfristige strukturverändernde Entwicklung des Krankenhauses mit Blick auf die Existenzsicherung betreffen.“<sup>318</sup> Es handelt sich um die langfristigen Management- und Grundsatzentscheidungen. Die dispositive Ebene umfasst dagegen die mittelfristigen, strukturbereinflussenden Entscheidungen, die die einzelnen Leistungsbereiche des Krankenhauses betreffen und damit auch die Koordination der betrieblichen Grundfunktionen in den Bereichen und für die Bereiche. Auf der operativen Ebene werden schließlich die kurzfristigen, ausführungsbezogenen Entscheidungen getroffen. Im Mittelpunkt steht dabei eine ablaufoptimale, patientenintegrale Gestaltung der Leistungsprozesse.<sup>319</sup>

Die Krankenhausführung stellt ein Zusammenwirken von Individuen bzw. Gruppen von Individuen dar, die sich aufgrund ihrer Sozialisation und Professionalisierung stark unterscheiden und insbesondere in ihren Zielsetzungen teilweise erheblich voneinander abweichen.<sup>320</sup> Die Beziehungen zwischen den Beteiligten sind durch ein hohes Maß an asymmetrisch verteilten Informationen gekennzeichnet. Aus diesem Grund ist es notwendig, ergänzend zur Property-Rights-Theorie und den Betrachtungen der individuellen Handlungsspielräume das Instrument der **Principal-Agent-Analyse** einzusetzen. Innerhalb des Krankenhauses besteht ein vielschichtiges und umfangreiches Geflecht von Principal-Agent-Beziehungen<sup>321</sup>. „Wer jeweils Principal und wer Agent, d. h. wer der schlecht und wer der gut informierte Transaktionspartner ist, kann nur situationsabhängig beurteilt werden.“<sup>322</sup> Beispielsweise tritt der Ärztliche Direktor eines Krankenhauses gegenüber dem Krankenhaussträger als Agent auf, während er zu seinen unterstellten Assistenzärzten in einem Principal-Verhältnis steht.<sup>323</sup> In der vorliegenden Arbeit steht die Beziehung zwischen Kran-

<sup>318</sup> Schmidt-Rettig, B. (1995), S. 378.

<sup>319</sup> Vgl. Schmidt-Rettig, B. (1995), S. 378f.

<sup>320</sup> Solche unterschiedlichen Zielsetzungen werden in Kapitel 5 dieser Arbeit im Rahmen der drei beispielhaft analysierten Modelle der Krankenhausführung ausführlich aufgezeigt und erörtert.

<sup>321</sup> Vgl. dazu auch Schwartz, A. (1997), S. 4.

<sup>322</sup> Picot, A. (1996), S. 47.

<sup>323</sup> Vgl. Picot, A. (1996), S. 47.

kenhasträger und Krankenhausleitung als Principal-Agent-Beziehung im Mittelpunkt. Dabei wird insbesondere das Zusammenspiel von gewinnmaximierendem Verhalten und anderen von der Gewinnmaximierung abweichenden Zielsetzungen berücksichtigt.

Hinsichtlich der möglichen Problemtypen asymmetrischer Informationsverteilung bei Principal-Agent-Beziehungen wird im weiteren Verlauf der Arbeit insbesondere hidden actions einbezogen. Aufgrund der hohen Plastizität der Einsatzfaktoren des Krankenhauses, insbesondere des ärztlichen Humankapitals könnte ein Krankenhaus den Patienten schlechter als vertraglich vereinbart behandeln und somit schädigen. Es könnte die Situation z. B. opportunistisch ausnutzen, indem wissentlich eine Leistung mit geringerer Qualität erbracht wird, um einen höheren Gewinn zu erzielen.<sup>324</sup>

Zusammenfassend bilden Property-Rights-Theorie und Principal-Agent-Theorie im folgenden die Grundlage für die Betrachtung unterschiedlicher Handlungs- und Verfügungsrechtsstrukturen im Krankenhaus und den Rahmen zur Bewertung der Zielbeziehungen zwischen den opportunistisch handelnden Akteuren. Im Ergebnis kann gezeigt werden, inwieweit Informationsvorsprünge und unkontrollierbare Handlungen bei den Akteuren entstehen und in welchem Ausmaß sie im Rahmen ihrer individuellen Nutzenüberlegungen zu wirtschaftlichem Handeln angeregt werden.

---

<sup>324</sup> Vgl. Wiedemann, R. (1998), S. 89f.

## 5. Analyse der Krankenhausführung

Aufbauend auf den zuvor verwendeten ökonomischen Begrifflichkeiten werden im folgenden die institutionellen Rahmenbedingungen unterschiedlicher Krankenhausorganisationen und die Zielvorstellungen und Interessen der Beteiligten modellhaft untersucht.

### 5.1 Modellauswahl

Die Struktur und Organisation der Krankenhausführung ist in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich nicht einheitlich geregelt. Als Rechtsgrundlagen sind zum einen die Landeskrankenhausgesetze und zum anderen die Abschnitte über wirtschaftliche Betätigung der Gemeinden in den Gemeindeverordnungen der Länder und vereinzelt Krankenhausbetriebsverordnungen zu unterscheiden.<sup>325</sup> Die Landeskrankenhausgesetze enthalten allgemeine Regelungen zur Betriebsführung in den Krankenhäusern. Demgegenüber umfassen die jeweiligen Gemeinde- und/oder Krankenhausbetriebsverordnungen detaillierte Vorschriften für die Leitung kommunaler Krankenhäuser.<sup>326</sup> In Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen und Thüringen ist beispielsweise die Zusammensetzung des Krankenhaus-Direktoriums aus Ärztlchem Leiter, Verwaltungsleiter und Pflegedienstleiter durch die Landeskrankenhausgesetze festgelegt.<sup>327</sup> In den anderen Bundesländern sind hierzu keine entsprechenden Bestimmungen vorgesehen.

Folglich können sowohl der Aufbau der Krankenhausträger, d. h. die Art der Organe bzw. Gremien, ihre Zuständigkeiten etc., als auch die Bestimmungen für die Krankenhausorganisation, d. h. Krankenhausleitung, Rechtsform etc., in jedem Bundes-

---

<sup>325</sup> Im Bundesrecht sind diesbezüglich keine relevanten Vorgaben enthalten. Vgl. Buse, H. R. (2000), S. 73ff.

<sup>326</sup> Lediglich für das Land Berlin sind die Regelungswerke alle in einem Landeskrankenhausgesetz zusammengefasst. Vgl. Naegler, H. (1992), S. 19.

<sup>327</sup> Vgl. § 33 Abs. 1 LKHG; § 38 Abs. 1 LKG Berlin; § 24 Abs. 1 LKGBbg; § 13 Abs. 3 HKHG; § 43 Abs. 1 LKHG M-V; § 33 Abs. 1 KHG NW; § 32 Abs. 1 SKHG; § 21 Abs. 2 SächsKHG; § 28 Abs. 2 ThürKHG.

land und jeder Kommune unterschiedlich geregelt sein. Für die Analyse der vorliegenden Arbeit ist es demnach notwendig, ein von der Realität abstrahierendes Organisationsschema zu entwickeln, dass eine Anwendung des theoretischen Analyseinstrumentariums ermöglicht und gleichzeitig die tatsächlichen Strukturen in der Realität ausreichend abbildet. Zu diesem Zweck werden im folgenden zwei unterschiedliche Krankenhausführungsmodelle entwickelt, analysiert und vergleichend gegenübergestellt. Es handelt sich zum einen um eine klassische Organisationsstruktur, und zum anderen um eine Public Private Partnership-Konstruktion. Modell 1 stellt die klassische Organisation der Krankenhausführung dar, d. h. es handelt sich um die historisch gewachsene Struktur und den Aufbau von Krankenausträger und Krankenhausleitung. In Modell 2 findet dagegen ein neuer Entwicklungstrend im deutschen Krankenhauswesen seinen Niederschlag und zwar in Form einer Public Private Partnership-Konstruktion zwischen einem öffentlichen Krankenhaus und einem privaten Klinikbetreiber. Die Analyse der Modelle erfolgt hinsichtlich der Verteilung der Handlungs- und Verfügungsrechte und individuellen Zielvorstellungen der Beteiligten.

## 5.2 Modell 1: Klassische Organisationsstruktur

Das erste Modell stellt die klassische Organisationsstruktur der Krankenhausführung dar, wie sie bei der Mehrzahl öffentlicher Krankenhäuser in Deutschland anzutreffen ist, und zwar die in der Rechtsform des Eigen- oder Regiebetriebes geführten Krankenhäuser.<sup>328</sup> Die Frage der Rechtsform ist hinsichtlich der Abgrenzung der Handlungs- und Verfügungsrechte zwischen Krankenausträger und Krankenhausleitung zwar grundsätzlich unabhängig zu stellen, sie bildet aber den äußeren Rahmen der Gestaltung. Die Wahl dieses Rahmens hat die Entscheidung über die wirtschaftliche, organisatorische und juristische Selbständigkeit des Krankenhauses von seinem Träger zur Folge.<sup>329</sup> Demnach sind die als Regiebetrieb geführten öffentlichen Krankenhäuser im Vergleich zum Eigenbetrieb durch fehlende selbständige Leitungsorgane und der daraus resultierenden stark eingeschränkten Möglichkeit des unternehmeri-

<sup>328</sup> Vgl. Burre, A. (1992), S. 23f.

<sup>329</sup> Vgl. Knorr, K.-E./Wernick, J. (1991), S. 108ff.

schen Handelns gekennzeichnet. Aus diesen Gründen wird die Rechtsform des Reibebetriebes für den Betrieb öffentlicher Krankenhäuser mittlerweile als nicht mehr zeitgemäß betrachtet<sup>330</sup> und eine Vielzahl der Krankenhäuser in Form des Eigenbetriebes geführt.<sup>331</sup> Die folgende Modellbetrachtung einer klassischen Organisationsstruktur wird sich daher auf die Form des Eigenbetriebes und seine Besonderheiten konzentrieren.

Im Modell der klassischen Organisationsstruktur wird die Krankenhausführung in Krankenhausträger und Krankenhausleitung, die in einer Principal-Agent-Beziehung zueinander stehen unterteilt. Der Krankenhausträger setzt sich aus drei Ebenen zusammen. Ebene 3 umfasst die obersten Leitungsorgane des Krankenhausträgers wie z. B. den Stadtrat, Kreistag, Gemeinderat oder die Stadtverordnetenversammlung. Auf Ebene 2 sind die unterschiedlichen Ausschüsse des Krankenhausträger angeordnet, wie z. B. der Krankenhaus-, Verwaltungs-, Bau- oder Personalausschuss. Die einzelnen Ausschüsse haben je nach Bundesland entweder beratende und beschließende Funktion, wie z. B. in Nordrhein-Westfalen, oder ausschließlich beschließenden Charakter, wie z. B. in Bayern oder Baden-Württemberg.<sup>332</sup> Ebene 1 stellt unterschiedliche Organe dar, wie z. B. Oberbürgermeister, Oberstadtdirektor, Landrat oder Hauptverwaltungsbeamter. Gemeinsam ist diesen Organen, dass „zwischen ihnen und dem Krankenhaus-Direktorium weitere Organe i. d. R. nicht tätig werden“<sup>333</sup>. Die Krankenhausleitung ist auf Ebene 0 angesiedelt und wird je nach Bundesland verschiedenen Organen übertragen. Meistens gehören ihr der Ärztliche Direktor, Pflegedirektor und Verwaltungsdirektor des Krankenhauses an.

<sup>330</sup> Vgl. beispielsweise Knorr, K.-E./Wernick, J. (1991), S. 104; Trill, R. (1996), S. 126f.; Buse, H. R. (2000), S. 50; Precht, C. (2000), S. 30-32.

<sup>331</sup> In Bremen und Berlin ist die Rechtsform des Eigenbetriebes bzw. einer eigenbetriebsähnlichen Struktur für Krankenhäuser sogar zwingend vorgeschrieben.

<sup>332</sup> Vgl. Naegler, H. (1992), S. 104.

<sup>333</sup> Naegler, H. (1992), S. 105.

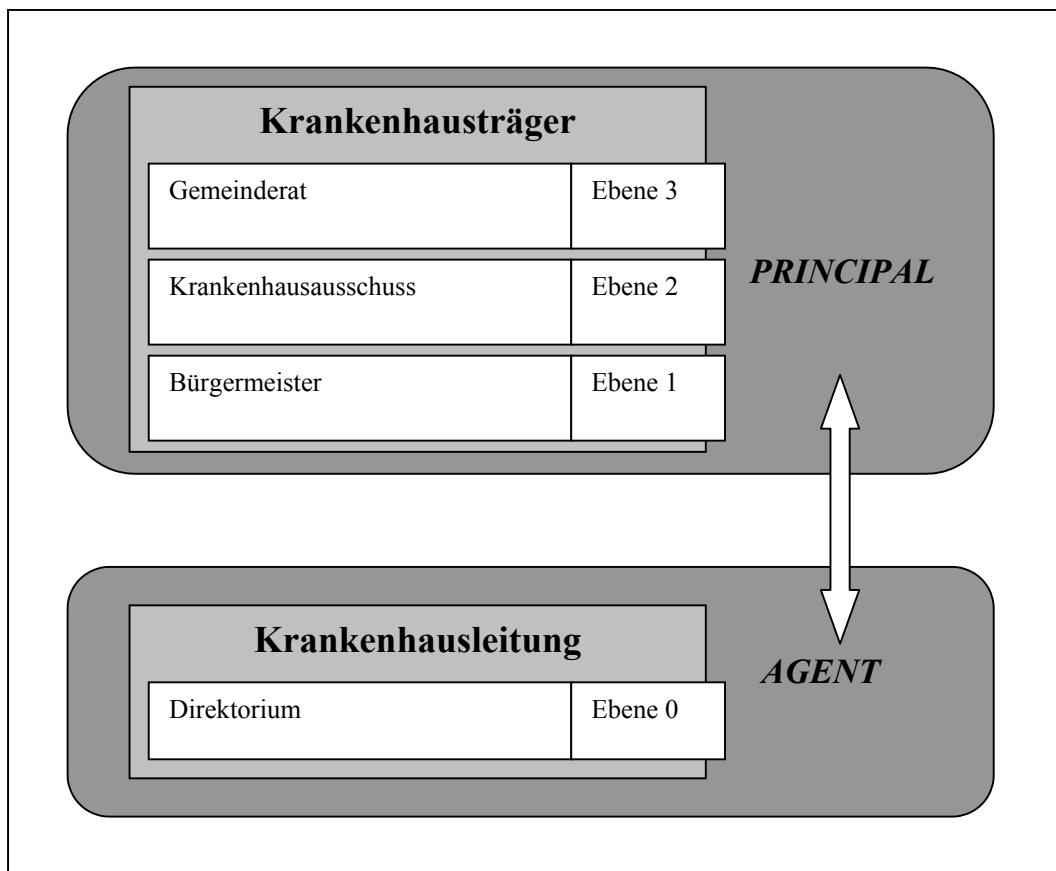


ABBILDUNG 15: KLASISCHE ORGANISATIONSSTRUKTUR DER KRANKENHAUSFÜHRUNG<sup>334</sup>

Diese Organisationsstruktur wird im folgenden hinsichtlich der Kompetenzabgrenzung und Zuteilung von Verfügungsrechten zwischen Krankenhausträger und Krankenhausleitung analysiert.

### 5.2.1 Krankenhausträger

#### 5.2.1.1 Handlungs- und Verfügungsrechte

Die Frage der Verteilung und Abgrenzung von Handlungs- und Verfügungsrechten zwischen Krankenhausträger und Krankenhausleitung wird bereits seit den siebziger Jahren in der Literatur aufgenommen und diskutiert. Im Jahre 1969 entstand im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus die Schrift „Moderne Be-

<sup>334</sup> Eigene Darstellung mit Ausschnitten aus Naegler, H. (1992), S. 104.

triebsführung im Krankenhaus“<sup>335</sup>, die sich erstmals mit Fragen der Führungsverantwortung des Krankenhausträgers und der Verantwortung der betrieblichen Leitung im Krankenhaus beschäftigte. Mittlerweile haben sich auch verschiedene andere Autoren mit Vorschlägen einer solchen Kompetenzabgrenzung beschäftigt.<sup>336</sup>

Eine Kompetenzverteilung im kommunalen Krankenhaus kann für die drei Ebenen<sup>337</sup> des Krankenhausträgers auf Basis der Rechtsvorschriften der Bundesländer vorgenommen werden. Die wesentlichen Strukturen sind bundesweit ähnlich, während die Ausgestaltung einzelner Detailfragen in den Bundesländern unterschiedlich ausfallen kann. Beispielsweise steht das Recht der Benennung des Prüfers für den Jahresabschluss in Nordrhein-Westfalen gem. § 7 Abs. 5 GemKHBVO dem Krankenhausausschuss zu und in Baden-Württemberg gem. § 9 Abs. 1 Nr. 3 EigBG dem Gemeinderat. Beiden gemeinsam ist aber, - und dies ist wesentlich für die Analyse der vorliegenden Arbeit – dass das Recht auf Ebene des Trägers und nicht der Krankenhausleitung angeordnet ist. Die im folgenden zugrunde gelegte Kompetenzverteilung im kommunalen Krankenhaus orientiert sich an den Rechtsvorschriften für das Land Baden-Württemberg. Diese Auswahl wurde getroffen, da sich das Vergleichsmodell 2 dieser Arbeit, das eine Public Private Partnership-Konstruktion darstellt, auf ein Praxisbeispiel in Stuttgart bezieht. Somit wird eine höhere Vergleichbarkeit beider Modelle erzielt.

### **Ebene 3 Gemeinderat**<sup>338</sup>

» Der Gemeinderat ist zuständig für Angelegenheiten, die er nach der Gemeindeordnung nicht übertragen kann,<sup>339</sup>

---

<sup>335</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft (1969).

<sup>336</sup> Vgl. beispielsweise Eichhorn, S. (1976), S. 49ff.; Hoffmann, H. (1983), S. 92ff.; Winter, M. (1983), S. 278ff.; Naegler, H. (1992), S. 248ff.

<sup>337</sup> Abweichend zu der hier gewählten Form von drei Ebenen der Organe des Krankenhausträgers ist in der Literatur auch die Unterscheidung von nur zwei Ebenen zu finden. In diesem Fall wird lediglich zwischen den obersten Organen, wie z. B. Gemeinderat, Kreistag oder Krankenhausausschuss, und den oberen Organen, wie z. B. Oberbürgermeister, Landrat oder Magistrat, des Krankenhausträgers abgegrenzt. Vgl. dazu beispielsweise Eichhorn, S. (1976), S. 52 oder Schwartz, A. (1997), S. 35.

<sup>338</sup> Vgl. §§ 24, 39 GemO; § 9 EigBG.

<sup>339</sup> Zu diesen Angelegenheiten gehören in Baden-Württemberg gem. § 39 Abs. 2 GemO beispielsweise der Erlass von Satzungen und Rechtsverordnungen, die Verfügung über Gemeindevermögen, die Errichtung, wesentliche Erweiterung und Aufhebung von öffentlichen Einrichtungen und Unternehmen und die Umwandlung der Rechtsform von öffentlichen Einrichtungen und Unternehmen der Gemeinde.

- » die Einstellung, Entlassung und Festlegung der Vergütung der leitenden Dienstkräfte des Krankenhauses,
- » die Feststellung des Wirtschaftsplans und des Jahresabschlusses,
- » die Verwendung des Jahresgewinns oder die Behandlung des Verlustes,
- » die Gewährung von Darlehen des Krankenhauses an die Gemeinde,
- » die Bestimmung eines Prüfers für den Jahresabschluss und
- » die Festlegung der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung<sup>340</sup>.

### **Ebene 2 Krankenhausausschuß**<sup>341</sup>

- » Der Krankenhausausschuss berät die vom Gemeinderat zu entscheidenden Angelegenheiten vor und ist zuständig für
- » die Einstellung, Entlassung und Festlegung der Vergütung der beschäftigten Dienstkräfte sowie die Übertragung einer anders bewerteten Tätigkeit,
- » die Verfügung über Vermögen des Krankenhauses,
- » die Zustimmung zu erfolgsgefährdenden Mehraufwendungen, sofern sie nicht unabweisbar sind,
- » den Abschluss von Verträgen,
- » die Festsetzung der allgemeinen Vertragsbedingungen und
- » sonstige wichtige Angelegenheiten des Krankenhauses.

### **Ebene 1 Bürgermeister**<sup>342</sup>

- » Der Bürgermeister ist Dienstvorgesetzter der beschäftigten Dienstkräfte des Krankenhauses,

---

<sup>340</sup> Zur ärztlich-pflegerischen Zielsetzung eines Krankenhauses gehören insbesondere „die Aufgabenstellung und das Bettenangebot im Rahmen des Krankenhausbedarfsplans, die Gründung oder Auflösung von Aus- und Weiterbildungseinrichtungen, die Wahrnehmung von Lehr- und Forschungsaufgaben.“ Winter, M. (1983), S. 278.

<sup>341</sup> Vgl. § 39 GemO; §§ 8, 15 EigBG.

<sup>342</sup> Vgl. §§ 10, 11 EigBG.

- » er ist gegenüber der Krankenhausleitung weisungsbefugt, um
  - a) die Einheitlichkeit der Gemeindeverwaltung zu wahren,
  - b) die Aufgabenerfüllung des Krankenhauses zu sichern und
  - c) Missstände zu beseitigen.

In Anwendung der Property-Rights-Theorie auf das Krankenhaus sind die einzelnen Handlungs- und Verfügungsrechte in die oben genannten drei wesentlichen Kategorien zu unterteilen:

- » Koordinations- und Planungsrecht
- » Aneignungsrecht des Residuum (Gewinn bzw. Verlust)
- » Veräußerungsrecht

Das **Koordinations- und Planungsrecht** bezieht sich auf die Aufgaben der Geschäftsführung des Krankenhauses, die nach dem Sachcharakter der Aktivitäten, dem prozessualen Zeitablauf und der rangmäßigen Entscheidungsebene klassifiziert werden können. Im Rahmen der folgenden Analyse Verfügungsrechtlicher Strukturen im Krankenhaus dient die rangmäßige Entscheidungsebene, d. h. strategische, dispositiv und operative Ebene, als Betrachtungsgrundlage. Im Vergleich zu den anderen Klassifizierungsmerkmalen werden bei dieser Unterteilung bereits inhaltlich verschiedene Managementebenen berücksichtigt<sup>343</sup>, die für eine Gestaltung der Krankenhausführungsstruktur entscheidend sind.

Betrachtet man die konkrete Verteilung der Handlungs- und Verfügungsrechte von Modell 1, so ist festzustellen, dass auf allen drei Ebenen des Krankenhausträgers Koordinations- und Planungsrechte angesiedelt sind:

---

<sup>343</sup> In der Krankenhausliteratur ist im allgemeinen die Vorgabe zu finden, dass strategische Managemententscheidungen dem Krankenhausträger, dispositiv Entscheidungen der Krankenhausleitung und operative Entscheidungen den jeweiligen Bereichsleitern zuzuordnen sind. Vgl. beispielsweise Schmidt-Rettig, B. (1995), S. 382f.

Dem Gemeinderat obliegt die Festlegung der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung des Krankenhauses, die vor allem das Bettenangebot und die Aufgabenstellung im Rahmen des Krankenhausbedarfsplanes beinhaltet. Mit dieser Befugnis sichert der Gemeinderat die Erfüllung des medizinischen und pflegerischen Versorgungsauftrages ab. Des Weiteren trifft der Rat die Entscheidung über die personelle Besetzung leitender Dienststellen im Krankenhaus, d. h. die Besetzung der Krankenhausleitung. Dadurch kann er trägerspezifische Anforderungen und Wertvorstellungen bei der Personalauswahl verwirklichen. Die Absicherung der Aufgabenerfüllung und die Verwirklichung trägerspezifischer Vorstellungen werden dem Gemeinderat letztlich auch im Rahmen seiner nicht übertragbaren Angelegenheiten ermöglicht, zu denen beispielsweise die Umwandlung der Rechtsform des Krankenhauses oder der Erlaß von Satzungen gehört. Der Gemeinderat trifft in diesem Sinne vor allem **strategische bzw. Grundsatzentscheidungen**, die für die Struktur, die Ausrichtung und den Fortbestand des Krankenhauses von Bedeutung sind.

Dem Krankenhausausschuss fällt die Vorberatung aller Angelegenheiten, die der Entscheidung des Gemeinderates vorbehalten sind, zu. Er legt die allgemeinen Vertragsbedingungen des Krankenhauses fest, verfügt über Vermögen des Krankenhauses und schließt Verträge für das Krankenhaus ab. Diese Entscheidungen sind der **strategischen** Entscheidungsebene zuzuordnen, da dadurch das Krankenhaus langfristig und strukturverändernd beeinflusst werden kann. Darüber hinaus ist festzustellen, dass die Befugnisse des Krankenhausausschusses neben der strategischen Entscheidungsebene auch **dispositive** Elemente der Geschäftsführungsfunktion umfasst. So obliegt ihm die Einstellung, Entlassung und Festlegung der Vergütung der Dienstkräfte des Krankenhauses. Da es sich nicht um die leitenden Dienstkräfte handelt – diese Entscheidung unterliegt dem Gemeinderat –, werden dadurch die einzelnen Bereiche des Krankenhauses und ihre Belange tangiert und es erfolgt ein strukturbeeinflussender, dispositiver Eingriff in die jeweiligen Leistungsbereiche.

Der Bürgermeister als der direkte Dienstvorgesetzte der Dienstkräfte des Krankenhauses kann der Krankenhausleitung Weisungen erteilen, um die Einheitlichkeit der Verwaltungsführung zu wahren, die Aufgabenerfüllung des Krankenhauses zu si-

chern und Missstände zu beseitigen. Damit kann er unmittelbar in den Bereich der **dispositiven** und **operativen** Geschäftsführung der Krankenhausleitung eingreifen.

Das **Recht auf Aneignung des Residuums (Gewinn bzw. Verlust)** ist hingegen eindeutig dem Gemeinderat, d. h. Ebene 3 des Krankenhasträgers, zugeordnet. Hier heißt es, dass der Rat der Gemeinde über die Verwendung des Jahresgewinns oder die Behandlung des Verlustes entscheidet.

Das **Veräußerungsrecht**, d. h. das Recht auf Verkauf des Krankenhauses bzw. von Teilen des Krankenhauses, ist nicht wörtlich in der Liste der einzelnen Handlungs- und Verfügungsrechte aufgeführt. Mit Verweis auf die Gemeindeordnung für Baden-Württemberg hat allerdings der Gemeinderat über bestimmte Angelegenheiten zu entscheiden, die nicht auf andere Organe übertragbar sind. Zu diesen Angelegenheiten gehört der teilweise oder vollständige Aufhebung von öffentlichen Einrichtungen und Unternehmen.<sup>344, 345</sup> Damit kann das Veräußerungsrecht in diesem Fall dem Gemeinderat, das bedeutet der Ebene 3 des Krankenhasträgers, zugeordnet werden.

### 5.2.1.2 Zielvorstellungen

Im Rahmen seiner Handlungs- und Verfügungsrechte setzt der Krankenhasträger zur Führung des Krankenhauses vor Ort die Krankenhausleitung als Erfüllungsgehilfen ein. Krankenhasträger und Krankenhausleitung stehen dadurch in einer Principal-Agent-Beziehung zueinander, wobei der Krankenhasträger die Rolle des Principal einnimmt und die Krankenhausleitung die des Agent. Kennzeichnend für diese Beziehung ist, dass der Krankenhasträger als Auftraggeber über einen schlechteren Informationsstand verfügt als der Auftragnehmer. Der Träger des Krankenhauses kann demnach nicht ohne weiteres davon ausgehen, dass der Agent ausschließlich die Zielvorstellungen des Krankenhasträgers verfolgt. Es muss vielmehr

---

<sup>344</sup> Vgl. § 39 Abs. 2 Nr. 11 GemO.

<sup>345</sup> Auch in anderen Bundesländern ist eine solche Regelung zu finden. Vgl. dazu beispielsweise § 41 Abs. 1 Nr. k GO für Nordrhein-Westfalen; § 51 Nr. 11 HGO; § 35 Abs. 2 Nr. 23 GO für Brandenburg; § 32 Abs. 2 Nr. 13 GO für Rheinland-Pfalz; § 35 Nr. 19 KSVG für Saarland; § 40 Abs. 1 Nr. 10 NGO; § 28 Nr. 16 GO für Schleswig Holstein.

berücksichtigt werden, dass der Agent individuelle – vom Träger abweichende – Ziele und Interessen hat, die er anstrebt. Bevor eine Problematisierung der Durchsetzung von Zielvorstellungen erfolgen kann<sup>346</sup>, gilt es die Ziele und Interessen des Krankenhasträgers zu verbalisieren und darzustellen.

In der krankenhausökonomischen Literatur wird in diesem Zusammenhang üblicherweise ganz allgemein auf das Zielsystem des Krankenhauses verwiesen. Ausgehend von dem durch die öffentliche Hand zu erfüllenden Prinzip der Daseinsvorsorge wird ein Krankenhaus-Zielsystem mit dem Hauptziel der Bedarfsdeckung an Krankenhausleistungen und zahlreichen Zwischen- und Unterzielen aufgebaut. Gleichzeitig wird angenommen, dass dieses Krankenhaus-Zielsystem auch von allen am Krankenhaus Beteiligten angestrebt wird. Aber ist diese Darstellung bei Betrachtung aus institutionenökonomischer Sicht und Zugrundelegen der entsprechenden Annahmen zum menschlichen Verhalten<sup>347</sup> überzeugend? Gehören beim Krankenhasträger tatsächlich ausschließlich Ziele wie beispielsweise die Bedarfsdeckung, die Angebotswirtschaft oder die Leistungserstellung zu den wesentlichen Zielvorstellungen?

Stattdessen ist davon auszugehen, dass die am Krankenhaus beteiligten Individuen, d. h. an dieser Stelle die Mitglieder des Krankenhasträgers, das Krankenhaus als „eine Umgebung auffassen, mit deren Hilfe und unter deren Zwängen sie ihre eigenen individuellen – aber nicht notwendig eigensüchtigen – Ziele zu verfolgen suchen“<sup>348</sup>. Es ist notwendig, die besonderen und typischen Zielvorstellungen der jeweiligen Individuen zu identifizieren und herauszustellen. Der Krankenhasträger setzt sich aus Gemeinderat, Krankenhausausschuss und Bürgermeister zusammen. Da es sich hierbei um vergleichsweise homogene Gruppen mit ähnlichen Zielen handelt, kann bei der folgenden Erörterung der Zielvorstellungen auf eine Differenzierung der drei Trägerebenen verzichtet werden

---

<sup>346</sup> Die Frage der Durchsetzung von Zielvorstellungen wird in Kapitel 6 dieser Arbeit problematisiert.

<sup>347</sup> Zu den Annahmen menschlichen Verhaltens im Rahmen der Neuen Institutionenökonomie gehören die oben genannte individuelle Nutzenmaximierung, die begrenzte Rationalität und der methodologische Individualismus.

<sup>348</sup> Gäfgen, G. (1990), S. 172.

Dem Träger eines öffentlichen Krankenhauses können demnach folgende typische Zielvorstellungen zugeordnet werden. Es handelt sich zum einen um Ziele, die den Betrieb des Krankenhauses und seine Leistungserstellung betreffen und zum anderen um typische Interessen von Kommunalpolitikern.<sup>349</sup>

### **Ziele Krankenhasträger**

- » Bedarfsdeckung an Krankenhausleistungen
- » Erzielung von Einkünften mit dem Krankenhausbetrieb
- » Steigerung der politischen Wiederwahlchancen

Das Interesse der **Deckung des Bedarfs an Krankenhausleistungen** ergibt sich zwangsläufig aus der gesetzlichen Verpflichtung der Länder die Bereitstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten. Gemäß § 6 Abs. 1 KHG sind die Länder zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung dazu verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen. Mit der Krankenhausplanung wird die derzeitige und zukünftige Versorgungssituation mit Krankenhausleistungen beurteilt und entsprechend notwendige Strukturanpassungen eingeleitet. Das Bedarfsdeckungsprinzip stellt eine sehr vage und wenig konkrete Formulierung dar und besagt, dass jeder Mensch im Bedarfsfall „Anspruch auf die notwendige Versorgung mit Gesundheitsleistungen unabhängig von etwaigen finanziellen Vorleistungen, seiner Zahlungsfähigkeit und Zahlungswilligkeit“<sup>350</sup> hat. Da die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen von vielen verschiedenen Faktoren abhängt und nur sehr bedingt planbar ist, ergibt sich für den Krankenhasträger der Anspruch, eine größtmögliche Versorgung anbieten zu können. Diese Interpretation von größtmöglicher Versorgung kann für den Krankenhasträger aber nur unter gleichzeitiger Beachtung von Qualitätsgesichtspunkten tragbar sein. Eine Kombination von Mengen- und Qualitätsziel erscheint daher sinnvoll.<sup>351</sup> Als Mengenmaß bietet sich die Zahl der Patientenfälle an. Geht man von der Existenz eines bestimmten

---

<sup>349</sup> Sicherlich zeigt jede Benennung und Begrenzung von Zielvorstellungen gemessen an der Realität nur einen kleinen Ausschnitt der unterschiedlichen Möglichkeiten. Ohne eine Vereinfachung wäre allerdings keine Theorieanwendung möglich, so dass hier eine Auswahl der wesentlichen Ziele und Interessen vorgenommen wurde.

<sup>350</sup> Zdrowomyslaw, N. (1999), S. 48.

<sup>351</sup> Vgl. Gäfgen, G. (1990), S. 182f.

Qualitätsniveau aus, bezieht sich das Zielinteresse des Krankenhausträgers demnach auf die Summe der Krankenhausfälle. Diese Darstellung ermöglicht annäherungs-

weise eine Auslegung der Zielformulierung von bedarfsgerechter Krankenhausversorgung.

Die **Erzielung von Einkünften** mit dem Krankenhausbetrieb wird – abgesehen von privaten Krankenhäusern – in der Krankenhaus-Literatur meist als Nebenziele erwähnt.<sup>352</sup> Welche Nebenziele in welcher Intensität verfolgt werden, hängt von den jeweiligen Rahmenbedingungen und Gegebenheiten des Krankenhauses ab.<sup>353</sup> Klassischerweise steht für öffentliche Krankenhäuser das Ziel der reinen Bedarfsdeckung im Vordergrund. Berücksichtigt man aber die Entwicklungen im deutschen Krankenhauswesen und die in diesem Zusammenhang zunehmend bedrückende Finanzsituation, gewinnt das Interesse der Einkünfteerzielung erheblich an Bedeutung. Für den Krankenhausträger stellt ein positives Krankenhausbetriebsergebnis nicht mehr nur ein Nebenziele dar, sondern wird zu einem zentralen Aspekt, der für die Existenz und den Erhalt einer stationären Einrichtung ausschlaggebend ist. Die Erzielung von Einkünften gehört mittlerweile zu den wesentlichen Interessen und Zielen des Krankenhausträgers.

Neben den Interessen der Bedarfsdeckung und Einkünfteerzielung des Krankenhausträgers, die sich direkt auf den Betrieb des Krankenhauses richten, müssen auch individuelle Zielvorstellungen von Kommunalpolitikern einbezogen werden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die **Berücksichtigung von Wiederwahlchancen** zu nennen.<sup>354</sup> Diese hängen nicht „von der Maximierung eines objektiven Indikators, der den Beitrag des Krankenhauses zur Volksgesundheit widerspiegeln würde, sondern von der Vorstellung der Bevölkerung von einem Krankenhaus ab“<sup>355</sup>. Von großem Interesse für die Bevölkerung ist, dass das Krankenhaus einen hohen Status hinsichtlich Qualität, medizinischer Ausstattung und Vollständigkeit der Fachabteilun-

<sup>352</sup> Vgl. beispielsweise Eichhorn, S. (1976), S. 26 in Verbindung mit Eichhorn, S. (1987), S. 15.

<sup>353</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1987), S. 14.

<sup>354</sup> Eine weitere typische kommunalpolitische Zielsetzung, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll, ist z. B. die Verwirklichung von ideologischen Präferenzen, die in der Gesundheitspolitik durchaus eine Rolle spielt.

<sup>355</sup> Gäfgen, G. (1990), S. 184.

gen aufweist, damit sie in allen Notfällen beste Versorgung erhalten.<sup>356</sup> Diese Vorstellung ist heutzutage nicht mehr alleine ausschlaggebend. Im Zuge der sich zusätzlichen Finanzsituation im deutschen Gesundheitswesen nimmt auch die Bevölkerung den Zusammenhang zwischen hohen Krankenhauskosten und hohen Krankenversicherungsbeiträgen wesentlicher stärker wahr.<sup>357</sup> Das Interesse an einer wirtschaftlichen Krankenhausführung steigt und findet auch Berücksichtigung bei den Überlegungen zur Wahl der Kommunalpolitiker.

## 5.2.2 Krankenhausleitung

### 5.2.2.1 Handlungs- und Verfügungsrechte

In der überwiegenden Zahl der öffentlichen Krankenhäuser in der BRD ist ein kollegiales Krankenhaus-Direktorium anzutreffen<sup>358</sup>, so dass die drei großen Berufsgruppen des Krankenhauses in der Krankenhausleitung repräsentiert sind.<sup>359</sup> Für die Analyse der Verteilung der Handlungs- und Verfügungsrechte sind die Einzelzuständigkeiten der Mitglieder einerseits und die gemeinsamen Aufgaben des Krankenhaus-Direktoriums andererseits zu unterscheiden. Bei den Einzelzuständigkeiten handelt es sich um Aufgaben, die ausschließlich in den Kompetenzbereich eines Mitgliedes fallen, d. h. dem „Ärztlichen Leiter [obliegt] die Leitung des Ärztlichen Dienstes, dem Pflegedienstleiter die Leitung des Pflegedienstes und dem Verwaltungsleiter die Leitung des Verwaltungs-, Wirtschafts- und Versorgungsbereiches des Krankenhauses.“<sup>360</sup> Die gemeinsamen Aufgaben betreffen das Krankenhaus-Direktorium als kollegiales Leitungsorgan und werden gemeinsam entschieden. Bei Meinungsverschiedenheiten entscheidet die Mehrheit.<sup>361</sup>

<sup>356</sup> Vgl. Gäfgen, G. (1990), S. 184f.

<sup>357</sup> Vgl. beispielweise Fischer, K. (17.12.1999); Fiedler, E. (17.12.2000).

<sup>358</sup> In der Mehrzahl der Bundesländer ist diese Form der Zusammensetzung der Krankenhausleitung sogar gesetzlich durch das jeweilige Landeskrankenhausgesetz vorgeschrieben. Siehe dazu auch Kapitel 5.1 dieser Arbeit.

<sup>359</sup> Vgl. Sachs, I. (1994), S. 149.

<sup>360</sup> Sachs, I. (1994), S. 158.

<sup>361</sup> Vgl. Winter, M. (1983), S. 280.

Die Zuordnung der Handlungs- und Verfügungsrechte für das Krankenhausdirektorium und die einzelnen Mitglieder der Krankenhausleitung orientiert sich an einer von WINTER entwickelten Kompetenzverteilung speziell für den kommunalen Krankenhausbereich in Form einer Dienstordnung:

### **Krankenhaus-Direktorium**

- » „Die Krankenhausleitung hat alle Aufgaben der laufenden Betriebsführung, die sich der Rat der Stadt, der Krankenhausausschuss oder der [Bürgermeister] nicht selbst vorbehalten haben, in eigener Zuständigkeit wahrzunehmen. Ihr obliegen insbesondere die
- » Vorbereitung und Durchführung von Entscheidungen der für das Krankenhaus zuständigen Organe sowie die Unterrichtung des [Bürgermeisters];
- » Beratung des Entwurfs des Wirtschaftsplans, des Finanzplanes, der Zwischenberichte [...] sowie Aufstellung des Jahresabschlusses und des Jahresberichtes;
- » Erarbeitung von Vorschlägen über Aufgabenänderungen, bauliche und betriebliche Fortentwicklungen sowie Zielsetzung des Krankenhauses;
- » Entscheidung über die Einführung neuer Verfahren in der medizinischen Diagnostik und der Therapie, vor allem dann, wenn zusätzlich Personal- oder Sachaufwendungen damit verbunden sind;
- » Koordinierung der Krankenhausdienste einschließlich der Arbeits- und Dienstpläne;
- » Beschlussfassung über sämtliche Angelegenheiten, die zwar einzelnen Mitgliedern der Krankenhausleitung übertragen sind, sich aber im Einzelfall auch auf die Bereiche anderer Mitglieder der Krankenhausleitung auswirken;
- » Behandlung von Beschwerden, die von besonderer Bedeutung sind und den Zuständigkeitsbereich des einzelnen Mitgliedes der Krankenhausleitung überschreiten;
- » Behandlung grundsätzlicher Angelegenheiten im Rahmen der Funktion des Krankenhauses als Ausbildungs- oder Weiterbildungsstätte.“<sup>362</sup>

Diese gemeinsamen Aufgaben der Krankenhausleitung sind aus property-rights-theoretischer Sicht der Kategorie des **Koordinations- und Planungsrechts** zuzuord-

---

<sup>362</sup> Winter, M. (1983), S. 281f.

nen. Es handelt sich um Befugnisse und Entscheidungen der dispositiven Geschäftsführungsebene, die durch einen mittelfristigen Zeithorizont und eine strukturbbeeinflussende Wirkung gekennzeichnet sind. Die gemeinsamen Aufgaben der Krankenhausleitung führen zu Entscheidungen, die die Belange einzelner Krankenhausbereiche betreffen und gleichzeitig der Koordination bedürfen, wie z. B. die Entscheidung über den Einsatz neuer Verfahren in der medizinischen Diagnostik und Therapie.

Neben den gemeinsamen Aufgaben der Krankenhausleitung gibt es Einzelzuständigkeiten der Mitglieder der Krankenhausleitung. Die Verteilung der Handlungs- und Verfügungsrechte auf jedes einzelne Mitglied, d. h. den Ärztlichen Leiter, den Pflegedienstleiter und den Verwaltungsleiter, könnte wie folgt aufgelistet werden:

### **Ärztlicher Leiter**

- » „Koordination und Sicherung der medizinischen und medizinisch-technischen Dienste einschließlich der medizinischen Versorgungsdienste. Er wirkt auf die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Versorgung des Krankenhauses hin;
- » die Krankenhausapotheke (alternativ: die ordnungsgemäße Belieferung des Krankenhauses durch eine krankenhausfremde Apotheke);
- » den sozialen Dienst des Krankenhauses;
- » grundsätzliche Regelungen für die Gestaltung von Dienstplänen, Urlaubsplänen und Vorschläge für Arbeitsabläufe sowie den Bereitschaftsdienst und die Rufbereitschaft für den ärztlichen und den medizinisch-technischen Dienst, unter Wahrung der Wirtschaftlichkeit;
- » Sicherstellung der Krankenhaushygiene einschließlich der Gesundheitsüberwachung der Mitarbeiter, Überwachung der Durchführung aufsichtsbehördlicher Anordnungen und Wahrung der gesetzlichen Verpflichtungen im medizinischen Bereich;
- » Aufstellung von Grundsätzen über die ärztlichen Aufzeichnungen und die ärztliche Dokumentation einschließlich der damit verbundenen Datenverarbeitung und des Datenschutzes;
- » Gewährleistung der dem Krankenhaus im medizinischen Bereich obliegenden Pflichten im Rettungsdienst, in der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen

- Ärzten, mit Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens, der Katastrophenabwehr und den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen;
- » Beurteilung von Anforderungen zur Beschaffung von medizinischen Anlagegütern sowie Feststellung, Koordinierung und Überwachung des medizinischen Sachbedarfs;
  - » Koordinierung der Fortbildung der ärztlichen sowie der im medizinisch-technischen Dienst tätigen Mitarbeiter und die Auswahl geeigneter Ärzte für Ausbildungsaufgaben in den Ausbildungs- und Weiterbildungsstätten;
  - » Mitwirkung bei der Ermittlung und Begründung des Personalbedarfs für den ärztlichen und den medizinisch-technischen Dienst;
  - » Vorschläge für die Einstellung, Höhergruppierung, Abordnung, Versetzung und Entlassung und für die fachliche Beurteilung von ärztlichen Mitarbeitern sowie für die Vorbereitung von Arbeitszeugnissen;
  - » Im Rahmen seines Aufgabengebietes kann der Leitende Arzt den Krankenhausärzten und den der ärztlichen Fachaufsicht unterstellten nichtärztlichen Mitarbeitern Weisungen erteilen.“<sup>363</sup>

### **Pflegedienstleiter**

- » „Die Leitende Pflegekraft ist insbesondere zuständig für die Koordination des Dienstes im pflegerischen Bereich. Sie wirkt auf die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der pflegerischen Versorgung des Krankenhauses hin;
- » Mitwirkung bei der Ermittlung und Begründung des Personalbedarfs für den Pflege- und Funktionsdienst;
- » Vorschläge für die Einstellung, Höhergruppierung, Abordnung, Versetzung und Entlassung und für die fachliche Beurteilung von Mitarbeitern im Pflege- und Funktionsdienst sowie für die Vorbereitung von Arbeitszeugnissen;
- » grundsätzliche Regelung für die Gestaltung der Dienstpläne, Urlaubspläne, Vorschläge für Arbeitsabläufe sowie die Bereitschafts- und Rufbereitschaftsdienste für den Pflegedienst und den pflegerischen Funktionsdienst;

---

<sup>363</sup> Winter, M. (1983), S. 283f.

- » Organisation und Gestaltung des Einsatzes der Schülerinnen und Schüler der Krankenpflegeschule im Rahmen der praktischen Ausbildung im Zusammenwirken mit der Schulleitung;
- » die Durchführung der Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals;
- » Überwachung der wirtschaftlichen Verwendung der pflegerischen Verbrauchs- und Gebrauchsgüter; Beurteilung von Anforderungen zur Beschaffung von pflegerischen Anlagegütern.“<sup>364</sup>

### **Verwaltungsleiter**

- » „Der Leiter des Wirtschafts-, Verwaltungs- und technischen Dienstes erfüllt die Aufgaben, die sich aus dem laufenden Wirtschafts- und Verwaltungsdienst ergeben. Er ist insbesondere zuständig für
- » das Rechnungswesen, die Leistungserfassung, die Aufstellung der Kosten- und Leistungsrechnung und der Statistiken;
- » Vorbereitung der Entwürfe und Ausführung des Wirtschaftsplans, des Finanzplanes, der Zwischenberichte, des Jahresabschlusses und des Jahresberichtes;
- » Ermittlung und Abrechnung der Leistungsentgelte;
- » Entscheidung über Stundung, Niederschlagung und Erlaß von Forderungen;
- » Wahrnehmung der Dienstaufsicht, Sicherstellung der Anwendung der arbeitsrechtlichen Bestimmungen und Durchführung der dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung dienenden Maßnahmen;
- » Vorbereitung der Stellenübersicht unter Beteiligung der übrigen Mitglieder der Krankenhausleitung;
- » Koordinierung und Planung der Organisation des Krankenhauses sowie deren Kontrolle durch das betriebliche Rechnungswesen;
- » Organisation und Arbeitsgestaltung des Verwaltungs-, Wirtschafts- und technischen Dienstes;
- » Beschaffungswesen einschließlich Bedarfsermittlung, Einkauf und Lagerhaltung sowie Verwaltung des beweglichen und unbeweglichen Vermögens; Instandhaltung der beweglichen und unbeweglichen Einrichtungen;
- » allgemeine Verwaltung, Personenstandsangelegenheiten, Einhaltung der Hausordnung und Ausübung des Hausrechts;

---

<sup>364</sup> Winter, M. (1983), S. 284f.

- » Verhandlungen, insbesondere mit den Organen der Stadt, den Aufsichtsbehörden, den beteiligten Sozialversicherungsträgern;
- » Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter in seinem Bereich.“<sup>365</sup>

Die jeweiligen Einzelzuständigkeiten der Mitglieder der Krankenhausleitung sind ebenfalls der Kategorie des **Koordinations- und Planungsrechts** zugehörig. Sie beziehen sich weniger auf die dispositive Geschäftsführungsebene, sondern es handelt sich vielmehr um die operative Entscheidungsebene. Dies umfasst kurzfristige Entscheidungen, die die ablaufbezogene Steuerung einzelner Leistungsbereiche des Krankenhauses betreffen. Im ärztlichen Bereich gehören beispielsweise die Gestaltung der Arbeitsabläufe des Ruf- und Bereitschaftsdienstes, die Sicherstellung der Krankenhaushygiene und auch die Gewährleistung der dem Krankenhaus obliegenden Pflichten im Rettungsdienst dazu. Im Bereich des Pflegedienstes sind Aufgaben wie z. B. die Einsatzorganisation der Schülerinnen und Schüler der Krankenpflegeschule im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung und die Überwachung der wirtschaftlichen Verwendung pflegerischer Verbrauchsmaterialien zu nennen. Den Verwaltungsbereich betreffen stattdessen z. B die Abrechnung der Leistungsentgelte, die Aufstellung diverser Kosten- und Leistungsberichte und Statistiken und die Entscheidung über Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter der Verwaltung.

Zusammenfassend liegt eine kollegiale Krankenhausleitung vor, bei der die gemeinsamen Aufgaben des Krankenhausdirektoriums vor allem die dispositive Geschäftsführungsebene betreffen und die Einzelzuständigkeiten der Mitglieder des Direktoriums auf die operative Entscheidungsebene ausgerichtet sind. Kann das Krankenhaus-Direktorium im Rahmen ihrer gemeinsamen Aufgaben keine Einigkeit erlangen, wird die Problementscheidungen auf die nächsthöhere Entscheidungsebene verlagert, d. h. den Krankenhausausschuss oder den Gemeinderat.<sup>366</sup>

---

<sup>365</sup> Winter, M. (1983), S. 282f.

<sup>366</sup> Vgl. Schuppert, G. F. (1996), S. 174.

### 5.2.2.2 Zielvorstellungen

Im Rahmen der Handlungs- und Verfügungsrechte soll die Krankenhausleitung bzw. das Krankenhausdirektorium den vom Krankenhausträger erteilten Auftrag der Betriebsführung des Krankenhauses erfüllen. Das Krankenhausdirektorium bzw. die Mitglieder des Direktoriums verfügen im Vergleich zum Krankenhausträger über einen wesentlich besseren Informationsstand, der sie für diesen Auftrag befähigt. Dieser Sachverhalt lässt nicht gleichzeitig die Schlussfolgerung zu, dass der Agent ausschließlich den erteilten Auftrag erfüllt und damit die Ziele und Interessen des Auftraggebers verfolgt. Aus institutionenökonomischer Sicht ist davon auszugehen, dass die Mitglieder des Krankenhausdirektoriums eigene individuelle Zielvorstellungen haben und beabsichtigen werden diese zu verwirklichen. Eine Auswahl der wesentlichen Ziele und Interessen des Ärztlichen Leiters, Pflegedienstleiter und Verwaltungsleiters lässt sich folgendermaßen darstellen:<sup>367</sup>

#### **Ziele Ärztlicher Leiter**<sup>368</sup>

- » Einkommen
- » Sachausstattung
- » Personalausstattung
- » Medizinische Qualität / Behandlungserfolg
- » Verfügbarkeit von Behandlungskapazität
- » Prestige
- » Image

„Ein erstes Motiv der ärztlichen Tätigkeit ist die **Einkommenserzielung**.“<sup>369</sup> Für den leitenden Arzt im Krankenhaus sind dabei i. d. R. zwei Einkommenskomponenten zu unterscheiden. Zum einen ist er Angestellter des Krankenhauses und erhält ein pauschales Monatsentgelt für die Behandlung gesetzlich versicherter Patienten und zum

<sup>367</sup> Es muss davon ausgegangen werden, dass sich die Mitglieder des Krankenhausdirektoriums nicht primär als Organe des Krankenhausdirektoriums verstehen, sondern vielmehr als Sprecher der eigenen Berufsgruppe. Vgl. Eichhorn, S. (1976), S. 71.

<sup>368</sup> Vgl. Gäfgen, G. (1990), S. 188ff.

<sup>369</sup> Gäfgen, G. (1990), S. 191.

anderen hat der leitende Arzt gegenüber Privatpatienten das Recht der freien Liquidation. Letzteres stellt den variablen Vergütungsanteil dar, der sich an den gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen bemisst.<sup>370</sup> Zu diesen wahlärztlichen Leistungen gehört die Chefarztbehandlung und die Unterbringung in Zwei- bzw. Einbettzimmern.<sup>371</sup> Der liquidationsberechtigte Arzt ist in diesem Zusammenhang verpflichtet, dem Krankenhausträger gegenüber ein Nutzungsentgelt zu zahlen, mit dem die vom Träger zur Verfügung gestellte Infrastruktur abgegolten wird und das der Deckung der durch die Behandlung von Privatpatienten entstandenen Kosten dient.<sup>372</sup> Das Interesse des Ärztlichen Leiters liegt aus dieser Sicht neben dem fixen Einkommensanteil in der Erzielung eines möglichst hohen variablen Entgelts durch die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen bei der Behandlung von Privatpatienten.

Neben der direkten monetären Entlohnung gibt es weitere Interessen des Ärztlichen Leiters. Ausgehend von den ethischen Normen des ärztlichen Berufsbildes, dem Berufsrecht und der Ausbildung wird das oberste Streben der bestmöglichen Behandlung für den Patienten vermittelt.<sup>373</sup> Dieser Sachverhalt führt im ärztlichen Bereich dazu, die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen über das notwendige Maß hinausgehend auszuweiten.<sup>374</sup> Als Voraussetzung dafür müssen entsprechende Ressourcen vorhanden sein, so dass beim Ärztlichen Leiter das Ziel einer möglichst großen **Personal- und Sachausstattung** in seinem Bereich festzustellen ist.<sup>375</sup>

Eng verbunden mit der Personal- und Sachausstattung ist auch das Motiv der **medizinischen Qualität** und des **Behandlungserfolges** zu sehen. „Die medizinische Qualität bezieht sich auf die sachliche Anwendung medizinischen Wissens und medizinischer Technologie. Der Behandlungsprozess ist möglichst schnell, adäquat und sicher durchzuführen mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Patienten wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern.“<sup>376</sup> Vor diesem Hintergrund hat der Ärztli-

<sup>370</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1995a), S. 280.

<sup>371</sup> Vgl. Herder-Dorneich, P./Wasem, J. (1986), S. 51f.

<sup>372</sup> Vgl. Ernst, C. (2000), S. 29.

<sup>373</sup> Vgl. Gorschlüter, P. (1999), S. 47.

<sup>374</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1976), S. 70f.

<sup>375</sup> Vgl. Winter, M. (1983), S. 288.

<sup>376</sup> Gorschlüter, P. (1999), S. 48.

che Leiter das Ziel, eine möglichst hohe medizinische Qualität mit großem Behandlungserfolg auszuweisen. Hohe medizinische Qualität ist i. d. R. nur noch in Verbindung mit einer entsprechenden medizinisch-technischen Ausstattung darzustellen.

Eine weitere Zielvorstellung des Ärztlichen Leiters ist die **Verfügbarkeit von Behandlungskapazität**, die sich im allgemeinen in einer Vermehrung der Bettenzahl niederschlägt.<sup>377</sup> Eine große Anzahl von Betten ermöglicht eine hohe Leistungsbereitschaft und steigert darüber hinaus das Ansehen und Prestige des Arztes. Vor dem Hintergrund einer großen leistungsfähigen medizinischen Abteilung hat der Arzt eine bessere Verhandlungsposition, wenn es um die Frage der Personal- und Sachausstattung geht.

Die Zielvorstellungen eines hohen Personal- und Sachausstattungsgrades, großer medizinischer Qualität mit entsprechenden Behandlungserfolgen und umfangreicher Verfügbarkeit von Behandlungskapazität steht in direktem Zusammenhang mit **Prestige- und Imagegesichtspunkten**. Zum einen spiegeln das Qualitätsniveau, die Behandlungserfolge und die Krankenhausgröße den medizinischen Status eines Krankenhauses wider und erhöhen dadurch das Ansehen und Prestige des Ärztlichen Leiters allgemein.<sup>378</sup> Darüber hinaus wird dadurch das Image der medizinischen Behandlung des Krankenhauses geprägt, welches insbesondere bei der Bevölkerung und den einweisenden Ärzten eine große Rolle spielt. Üblicherweise wählt der einweisende Arzt das für seinen Patienten geeignete Krankenhaus aus. Bei dieser Auswahlentscheidung sind neben Lage und guter Erreichbarkeit des Krankenhauses für den Patienten die Qualifikation des Krankenhausarztes und seine Reputation ein wichtiges Entscheidungskriterium.<sup>379</sup> Der einweisende Arzt beeinflusst mit seinen Entscheidungen maßgeblich die Auslastung und Bettenbelegung des Krankenhauses. Im Zuge zunehmender Aufklärung und Selbständigkeit geht „von den Patienten bei der Auswahl des Krankenhauses immer mehr Einfluss aus, indem sie bei ihrem niedergelassenen Arzt Präferenzen hinsichtlich des Krankenhauses äußern, in das sie (im Bedarfsfalle) eingewiesen werden möchten“<sup>380</sup>. Insgesamt sind Prestige und

<sup>377</sup> Vgl. Gäfgen, G. (1990), S. 189ff.

<sup>378</sup> Vgl. Gäfgen, G. (1990), S. 191.

<sup>379</sup> Vgl. Schwartz, A. (1997), S. 72.

<sup>380</sup> Schwartz, A. (1997), S. 72.

Image im Hinblick auf ihre Außenwirkungen und das entsprechende Einweisungsverhalten für den Ärztlichen Leiter von maßgeblicher Bedeutung bzw. direkt nachfrage- und damit i. d. R. einkommenswirksam.<sup>381</sup>

Die wesentlichen Zielvorstellungen des Pflegedienstleiters sind im Vergleich zum Ärztlichen Leiter wie folgt zusammenzufassen:

### **Ziele Pflegedienstleiter**

- » Einkommen<sup>382</sup>
- » Verbesserung der Arbeitssituation<sup>383</sup>
- » Flexible Arbeitszeiten<sup>384</sup>
- » Qualifiziertes Pflegepersonal<sup>385</sup>
- » Hohe Pflegequalität<sup>386</sup>
- » Personal- und Sachausstattung<sup>387</sup>

Für den Pflegedienstleiter besteht ebenso wie für den Ärztlichen Leiter das Interesse der **Einkommenserzielung**. Da wir in einer einkommensorientierten Gesellschaft leben, ist diese Zielvorstellung sogar nicht unwesentlich vorzufinden.<sup>388</sup> Allerdings bestehen im pflegerischen Bereich weitaus geringere Möglichkeiten der Einkommensmaximierung, als beispielsweise im Ärztlichen Bereich durch das System der Privatliquidation. Daher stehen im Pflegebereich neben gewissen pekuniären Anreizen verschiedene andere Interessen im Vordergrund.

Zu diesen Interessen gehört vor allem die **Verbesserung der Arbeitssituation**. Im Pflegedienst gibt es eine Reihe von Arbeitsbedingungen, die als berufliche Belastungen empfunden werden. Zu diesen zählen die Zerrissenheit in der Pflegearbeit, das

---

<sup>381</sup> Vgl. Zweifel, P. (1982), S. 365.

<sup>382</sup> Vgl. Winter, M. (1983), S. 288f.

<sup>383</sup> Vgl. Bartholomeyczick, S. (1993), S. 88-92.

<sup>384</sup> Vgl. Bartholomeyczick, S. (1993), S. 87f.

<sup>385</sup> Vgl. Streubelt, M. (1996), 208f.

<sup>386</sup> Vgl. Gorschlüter, P. (1999), S. 48.

<sup>387</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1991), S. 460ff.

<sup>388</sup> Vgl. Winter, M. (1983), S. 288f.

Defizit-Gefühl im zentralsten Bereich der Pflege und die körperliche Schwerarbeit.<sup>389</sup> Die Zerrissenheit betrifft die Struktur der Arbeitsorganisation in der Pflege. Obgleich der Pflegedienst mit hoher Genauigkeit und ständiger Konzentration verbunden ist, wird diese Aufgabe ständig unterbrochen und zerrissen und zwar durch „das tägliche Chaos auf der Station, bei dem die Krankenschwester gleichzeitig verschiedenen

Vorgesetzten<sup>390</sup> und Anforderungen der Funktionseinheiten<sup>391</sup> Rechnung tragen muss, unterschiedlichen Bedürfnissen der PatientInnen genügen möchte und von Angehörigen ebenfalls gefordert wird“<sup>392</sup>. Die Folge ist, dass die zu erledigende Arbeit häufig nicht in der vorgesehenen Zeit durchgeführt werden kann und Überstunden anfallen.<sup>393</sup> In Verbindung damit steht auch die Belastung durch das Defizit-Gefühl, d. h. das Gefühl nicht genügend Zeit für die Patienten zu haben. Abgesehen von dem dadurch ausgedrückten unspezifischen Zeitdruck wird deutlich, dass beim Pflegedienst das Gefühl besteht, ein selbstverständliches Berufsziel, und zwar das der ganzheitlichen Pflege und Versorgung des Patienten, nicht erreichen zu können.<sup>394</sup> Begleitet werden diese Arbeitsbedingungen von einem weiteren häufig genannten Belastungsbereich in Form von körperlicher Schwerarbeit. An erster Stelle steht hier das Heben und Tragen bei der Pflege von schwer pflegebedürftigen, bettlägerigen Patienten und die daraus resultierenden Rückenschmerzen. Sie sind häufig für das Pflegepersonal der Anlass, sich weiter zu qualifizieren und so der Schwerarbeit zu entgehen oder den Beruf ganz zu wechseln.<sup>395</sup>

---

<sup>389</sup> Vgl. Bartholomeyczick, S. (1993), S. 88-92. Bartholomeyczick hat diese Angaben aus den Ergebnissen verschiedener Krankenhausbefragungen entnommen, abgeglichen und zusammengestellt. Zu den Befragungen bzw. Studien siehe ausführlich Fuchs, J./Himmel, W./Wilhelm, J. (1987); Bartholomeyczick, S. (1987); Pröll, U./Streich, W. (1984); Albrecht, H./Büchner, E./Engelke, D. R. (1982).

<sup>390</sup> Das Pflegepersonal ist sowohl der leitenden Pflegekraft unterstellt als auch an Weisungen der leitenden Ärzte im Rahmen der ärztlichen Fachaufsicht gebunden. Vgl. Eichhorn, S. (1976), S. 57.

<sup>391</sup> Zu den Funktionseinheiten zählen beispielsweise EKG, EEG, Anästhesie, OP und Aufnahme des Krankenhauses. Vgl. Müller, M.-L./Schär, W. (1997), S. 229ff.

<sup>392</sup> Bartholomeyczick, S. (1993), S. 89.

<sup>393</sup> „In den meisten Untersuchungen gibt nur etwa ein Viertel des befragten Pflegepersonals an, keine nennenswerten Überstunden machen zu müssen. Für nahezu die Hälfte des Personals gehören aber mindestens 6 Überstunden im Monat zur Regel. In dieser Angabe sind meist nicht die Mehrarbeitszeiten enthalten, die durch die etwas frühere Ankunft und das dafür etwas spätere Verlassen des Arbeitsplatzes entstehen.“ Bartholomeyczick, S. (1993), S. 89.

<sup>394</sup> Vgl. Bartholomeyczick, S. (1993), S. 91.

<sup>395</sup> Vgl. Bartholomeyczick, S. (1993), S. 91f.

Ein weiteres Kennzeichen des Pflegeberufs ist neben den Arbeitsbedingungen die **Arbeitszeit**. Aufgrund der Notwendigkeit den Patienten 24 Stunden am Tag zu pflegen ergibt sich der Schichtdienst rund um die Uhr als normale Arbeitszeitform.<sup>396</sup> Die Vielzahl vorhandener Arbeitszeitmodelle können grundlegend in Form von geteiltem Dienst<sup>397</sup>, Dreischichtdienst<sup>398</sup> und Kernarbeitszeit<sup>399</sup> charakterisiert werden. Hier wäre die Entwicklung neuer Arbeitszeitmodelle denkbar, um dem zunehmenden betrieblichen Flexibilitätsbedarf des Krankenhauses und den Bedürfnissen des Pflegepersonals Rechnung zu tragen.<sup>400</sup>

Flexible Arbeitszeitmodelle und eine gute Arbeitssituation verbessern zudem die Möglichkeit, **qualifiziertes Pflegepersonal** für das Krankenhaus zu gewinnen. Dies gehört ebenfalls zu den Zielsetzungen des Pflegedienstleiters, da qualifizierte und zufriedene Arbeitskräfte die Grundlage für eine **hohe Pflegequalität** bilden.<sup>401</sup> Das Interesse hoher pflegerischer Qualität liegt im Berufsbild und –ethos des Pflegedienstes begründet. Während im ärztlichen Bereich eine eher naturwissenschaftliche Berufsprägung zu finden ist und das Ziel der bestmöglichen Patientenbehandlung von Bedeutung ist, gilt im Pflegebereich für die Patientenorientierung vielmehr das Ideal einer ganzheitlichen Pflege, d. h. der Patient steht mit seinen physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen im Vordergrund.<sup>402</sup>

In Zusammenhang mit hoher pflegerischer Qualität und bestmöglicher Pflege des Patienten steht zugleich das Streben des Pflegedienstleiters nach der **Personal- und Sachausstattung** seines Bereiches. Um eine bestmögliche Patientenpflege und Pflegequalität zu erreichen, wird er entsprechende Maximierungstendenzen verfolgen,

---

<sup>396</sup> Vgl. Bartholomeyczick, S. (1993), S. 87.

<sup>397</sup> Unter einem geteilten Dienst versteht man „einen Tagdienst von z. B. 6.00 bis 20.00 Uhr, der durch eine längere Pause von 4 Stunden (z. B. von 12.00 bis 16.00 Uhr) unterbrochen wird. Der Nachtdienst arbeitet in der Zeit von 20.00 bis 6.00 Uhr.“ Precht, C. (2000), S. 79.

<sup>398</sup> „Der typische Dreischichtdienst besteht in seiner Standardform aus Frühdienst, Spätdienst und Nachtdienst (praktische Umsetzung i. d. R.: Frühdienst 6.00 bis 13.00 Uhr, Spätdienst 13.00 bis 20.00 Uhr, Nachtdienst 20.00 bis 6.00 Uhr).“ Precht, C. (2000), S. 79.

<sup>399</sup> Die Kernarbeitszeit sieht im Zeitraum von 7.00 bis 17.00 Uhr einen verstärkten Personaleinsatz vor. Begleitet wird diese Kernarbeitszeit mit einem schwächer besetzten Frühdienst von 6.00 bis 14.00 Uhr, einem ebenfalls schwächer besetzten Spätdienst von 15.00 bis 21.00 Uhr und einem Nachtdienst von 20.30 bis 6.30 Uhr. Vgl. Precht, C. (2000), S. 80f.

<sup>400</sup> Vgl. Precht, C. (2000), S. 81-87.

<sup>401</sup> Vgl. Streubelt, M. (1996), 208f.

<sup>402</sup> Vgl. Gorschlüter, P. (1999), S. 48.

ohne die ökonomische Komponente zu berücksichtigen, d. h. um das Bestmögliche für den Patienten zu erbringen, werden unter Umständen entbehrliche Leistungen als unabdingbar notwendig deklariert, ohne die dabei entstehenden Kosten zu bedenken.<sup>403</sup>

Während Arzt- und Pflegedienst hinsichtlich Berufsbild, Berufsrecht und Berufsethos einen vergleichbaren Hintergrund aufweisen, stellt die Verwaltung einen ganz andersartigen Bereich dar. Die Zielvorstellungen des Verwaltungsleiters werden im folgenden zusammengestellt und erläutert.

### **Ziele Verwaltungsleiter**<sup>404</sup>

- » Primär pekuniäres Einkommen
- » Output
- » Hoher Auslastungsgrad
- » Große Bettenanzahl
- » Hochkarätige Ausstattung
- » Qualifizierte Ärzte
- » Prestige
- » Status des Krankenhauses

„Wegen der hauptamtlichen Verwaltungstätigkeit ist es nicht unrealistisch, bei Verwaltungsleitern **primär ein pekuniäres Einkommensinteresse** zu unterstellen.“<sup>405</sup> Im Gegensatz zur medizinisch und pflegerischen Tätigkeit im Krankenhaus verpflichtet ihn sein Berufsbild nicht unmittelbar dazu, das Bestmögliche für den Patienten zu erbringen und den maximal möglichen und sichersten Behandlungserfolg zu erzielen.<sup>406</sup>

<sup>403</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1991), S. 460f.

<sup>404</sup> Vgl. Gäfgen, G. (1990), S. 185-188.

<sup>405</sup> Gäfgen, G. (1990), S. 186.

<sup>406</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1991), S. 460.

Eine andere vom Verwaltungsleiter verfolgte Zielgröße stellt die vom Krankenhaus produzierbare Leistungsmenge, d. h. der **Output**, dar. Es handelt sich dabei um die Zahl der Patientenfälle, die im Krankenhaus stationär behandelt werden. Der Verwaltungsleiter ist im Vergleich zum Ärztlichen Leiter und Pflegedienstleiter für die allgemeine interne Krankenhauskoordination und –führung und auch die Vertretung nach außen bei Verhandlungen mit Sozialversicherungsträgern zuständig. Daher wird er vom Krankenhausträger und externen Beteiligten verstärkt an Zielgrößen wie z. B. der Fallzahl gemessen. Eine Steigerung der erbrachten Leistung stellt sich in diesem Zusammenhang positiv dar. Abgesehen davon steigt mit größerem Output in gewissem Maße auch der Umfang der einzusetzenden Mittel. In diesem Fall hat der Verwaltungsleiter verstärkt die Möglichkeit, die Arten von Inputs zu verwenden, die auch von persönlichem Nutzen für ihn sind.<sup>407</sup>

Eng verbunden mit einem großen Output ist ein **hoher Auslastungsgrad**<sup>408</sup> des Krankenhauses. Je mehr Patienten behandelt und dementsprechend Fallzahlen erbracht werden, umso mehr Betten des Krankenhauses sind belegt. Ein hoher Auslastungsgrad ist für den Verwaltungsleiter von Interesse, da somit der Druck auf Erweiterungsinvestitionen wächst.<sup>409</sup> Damit verbunden ist die **Zahl der Betten** des Krankenhauses, die unter diesen Umständen langfristig ausgeweitet werden muss und mit einer entsprechend höheren vom Bundesland an das Krankenhaus zu zahlenden Investitionsförderung verbunden ist.<sup>410</sup>

Neben Auslastungsgrad und Krankenhausgröße ist die **medizinische Ausstattung** des Krankenhauses für den Verwaltungsleiter von großem Interesse. Eine hochkarätige Ausstattung demonstriert hohe Pflegequalität und verleiht dem Krankenhaus eine hohen medizinischen Rang, der wiederum ermöglicht es, **hochqualifizierte und**

---

<sup>407</sup> Vgl. Gäfgen, G. (1990), S. 186f. Gäfgen verweist darüber hinaus hinsichtlich der Gründe eines Interesses an vergrößerter Produktion auf Ogur, J. (1974), S. 116.

<sup>408</sup> Der Auslastungs- oder auch Nutzungsgrad gibt die Belegung der jeweiligen Betten des Krankenhauses in Prozent an. Vgl. Statistisches Bundesamt (2000), S. 7.

<sup>409</sup> „Für größere Investitionen, d. h. insbesondere Neubau, Umbau oder Erweiterungsbau gibt es Zuschüsse, die beantragt werden müssen und entsprechend den nachgewiesenen Kosten vergeben werden.“ Henke, K.-D. (1997), S. 14.

<sup>410</sup> Vgl. Simon, M. (2001), S. 18f.

**angesehen Ärzte** für das Krankenhaus zu gewinnen.<sup>411</sup> Beides ist Voraussetzung für ein medizinisch führendes Krankenhaus mit hoher Auslastung und Fallzahl.

Eine übergreifende Begründung für die bisher genannten Zielvorstellungen des Verwaltungsleiters ist sein **Prestigestreben**. Sowohl ein großer Krankenhaus-Output, ein hoher Auslastungsgrad, die Krankenhausgröße, eine hochkarätige Ausstattung als auch hochqualifiziertes ärztliches Personal tragen zu seinem persönlichen Prestige bei.<sup>412</sup> Darüber hinaus tangieren diese Faktoren den **Status des Krankenhauses** und erhöhen diesen. Der Status eines Krankenhauses ist relativ und hängt von dem des jeweils führenden Krankenhauses ab, d. h. allein die Status-Erhaltung erfordert einen ständigen Ausbau in Qualität und Ausstattung. „Im Extremfall kann man also das Prestige- und indirekte Einkommensstreben des Krankenhausmanagements (bzw. Verwaltungsleiters) abbilden als eine Minimierung des Abstandes zum höchsterreichbaren Status unter beschränkenden Bedingungen. Zumindest aber muss das Statusstreben als eine der wichtigen Zielsetzungen einer Krankenhausverwaltung angesehen werden.“<sup>413</sup>

### 5.3 Modell 2: Public Private Partnership

Modell 2 zeigt im Vergleich zur klassischen Organisationsstruktur der Krankenhausführung einen neuen Entwicklungstrend im deutschen Krankenhauswesen. Es handelt sich um die Kooperation zwischen öffentlichem Krankenhaus und privater Klinikgesellschaft im Rahmen der Krankenhausbetriebsführung, d. h. eine Public Private Partnership-Konstruktion.

Die Darstellung der Organisationsstruktur von Modell 2 erfolgt in Anlehnung an das Beispiel des Katharinenhospitals in Stuttgart. Für das bislang im Rahmen einer klassischen Organisationsstruktur geführte Krankenhaus hat die Stadt Stuttgart als kommunaler Träger die Krankenhausführung im Rahmen eines Managementvertrages an

<sup>411</sup> Vgl. Gäfgen, G. (1990), S. 187.

<sup>412</sup> Vgl. Winter, M. (1983), S. 288f.

<sup>413</sup> Gäfgen, G. (1990), S. 187.

die private Sana Kliniken-Gesellschaft mbH übertragen. Anlass dazu waren die hohen Betriebsverluste des Katharinenhospitals und die Notwendigkeit, diese im Rahmen der kommunalen Haushaltsslage deutlich zu reduzieren. Zu diesem Zweck wurde der Einsatz eines Mitarbeiter des Sana-Verbundes als wirtschaftlichen Betriebsführer bzw. Krankenhausmanager des Katharinenhospitals vereinbart. Die Stadt Stuttgart erhoffte sich durch diese Neuorganisation der Krankenhausführung unter Einbeziehung eines erfolgreichen privaten Leistungserbringers die bisher erzielten Betriebsverluste abzubauen und das Katharinenhospital zu einer leistungsfähigen stationären Einrichtung mit positivem Wirtschaftsergebnis zu entwickeln.<sup>414</sup>

Tatsache ist, dass das Katharinenhospital vor der Zusammenarbeit mit der Sana-Gesellschaft im Jahre 1991 einen Bilanzverlust in Höhe von 20 Millionen DM zu verzeichnen hatte, der bereits nach gut zwei Jahren Krankenhausführung mit der neu gestalteten Führungsstruktur abgebaut werden konnte.<sup>415</sup> Heute wird das Katharinenhospital nach wie vor durch einen Krankenhausmanager der Sana geführt und aufgrund des Erfolges wurde dieses Konzept auch auf vier weitere Krankenhäuser der Stadt Stuttgart übertragen.<sup>416</sup>

Inwieweit konnte die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausführung allein durch den Einsatz eines Krankenhausmanagers in solchem Umfang gesteigert werden? Wie wurden in diesem Fall die Handlungs- und Verfügungsrechte zwischen Krankenhausträger, Krankenhausmanager und Krankenhausleitung zugeordnet und abgegrenzt? Welche Rolle spielen möglicherweise veränderte Zielvorstellungen der Beteiligten und wie wirken sich diese auf die Leistungserstellung des Krankenhauses aus? Ist in der Form der Public Private Partnership zwischen öffentlichem Krankenhaus und privater Klinikgesellschaft vielleicht sogar ein Lösungsansatz des Finanzproblems im deutschen Krankenhauswesen zu sehen?

Diese und andere Fragen ergeben sich bei Betrachtung des Katharinenhospitals als Erfolgs- und Paradebeispiel. Die nachfolgend durchgeführte Analyse der Organisati-

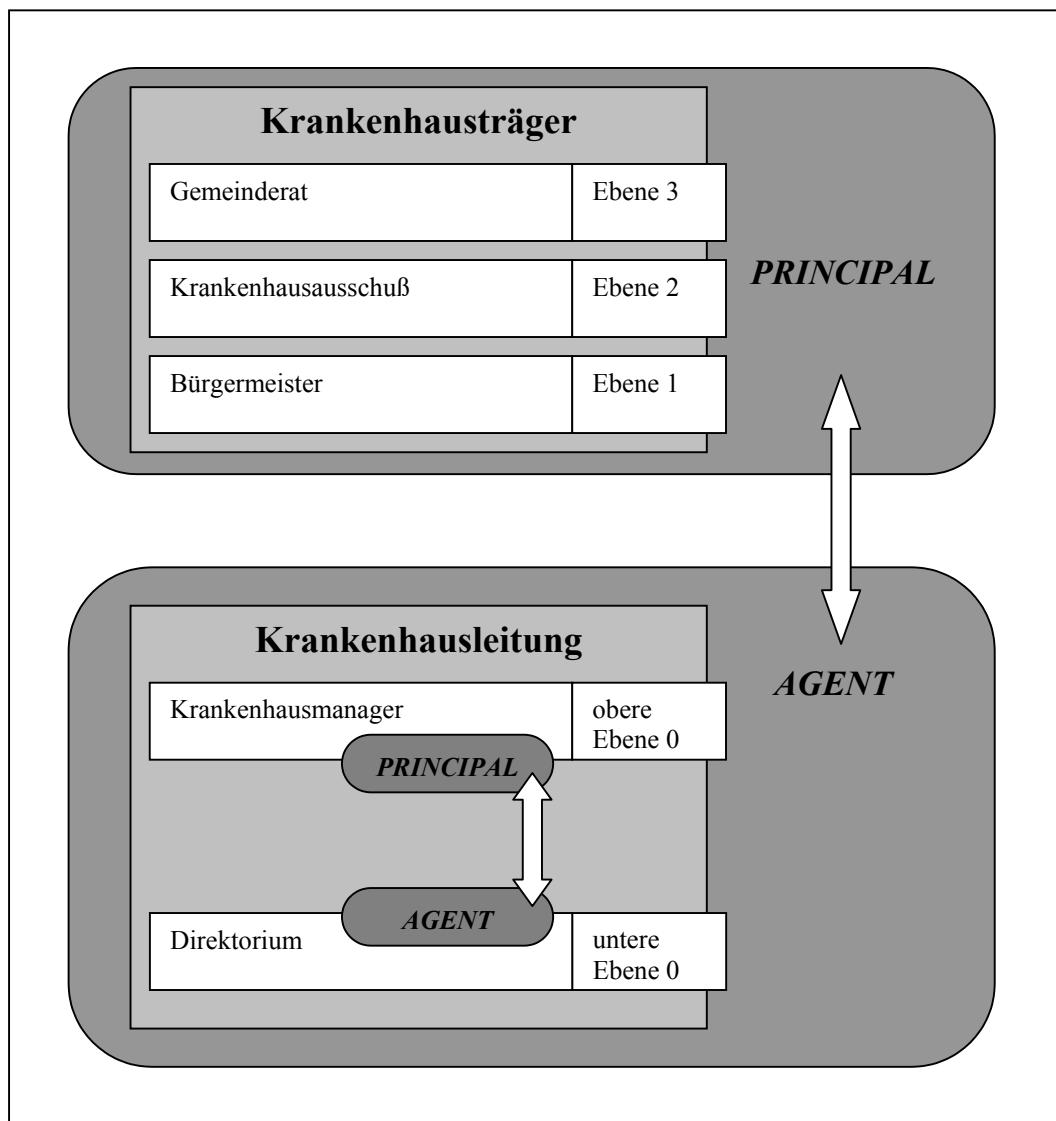
<sup>414</sup> Vgl. Schuppert, G. F. (1996), S. 173-190.

<sup>415</sup> Vgl. Müller, C. P. (26.07.2000).

<sup>416</sup> Zu diesen Krankenhäusern gehört das Bürgerhospital, das Krankenhaus Bad Cannstatt, das Olga-hospital und Frauenklinik Berg der Stadt Stuttgart. Vgl. Schuppert, G. F. (1996), S. 175.

on der Krankenhausführung stellt diesen Sachverhalt im Detail dar und schafft somit die Vergleichbarkeit mit Modell 1 als klassischer Krankenhausorganisation.

Im Aufbau des Modells 2 zeigt sich eine ähnliche Grundstruktur wie bei der klassischen Krankenhausorganisation in Modell 1. An der Unterteilung der Krankenhausführung in Krankenhausträger und Krankenhausleitung hat sich nichts geändert. Der Krankenhausträger, der sich wie gehabt in die drei Ebenen kommunaler Leistungsorgane untergliedert, steht in einer Principal-Agent-Beziehung zur Krankenhausleitung. Die Veränderung ist hingegen beim Aufbau der Krankenhausleitung festzustellen, die in diesem Fall nicht nur aus der Ebene 0 des Krankenhausdirektoriums, d. h. Ärztlicher Direktor, Pflegedirektor und Verwaltungsdirektor, besteht. Es wurde eine weitere übergeordnete Ebene der Krankenhausleitung geschaffen, die durch den Krankenhausmanager der privaten Klinikgesellschaft besetzt ist. Dadurch ergibt sich innerhalb der Krankenhausführung eine zweite Principal-Agent-Beziehung und zwar zwischen dem Krankenhausmanager als Principal und dem Krankenhausdirektorium als Agent. Der Krankenhausmanager übernimmt somit eine Doppelfunktion; er ist sowohl Agent gegenüber dem Krankenhausträger als auch Principal gegenüber dem Krankenhausdirektorium. Diese Konstruktion lässt sich grafisch folgendermaßen darstellen:

ABBILDUNG 16: PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP<sup>417</sup>

Die Zuordnung und Abgrenzung der einzelnen Handlungs- und Verfügungsrechte zwischen Krankenhasträger, Krankenhausmanager und Krankenhausdirektorium und ihre unterschiedlichen Zielvorstellungen werden in den folgenden Kapiteln aufgezeigt.

<sup>417</sup> Eigene Darstellung.

### 5.3.1 Krankenhasträger

#### 5.3.1.1 Handlungs- und Verfügungsrechte

Analog zu der in Modell 1 beschriebenen Struktur der Handlungs- und Verfügungsrechte des Krankenhasträgers lässt sich diese für Modell 2 in Anlehnung an das genannte Beispiel des Katharinenhospitals in Stuttgart wie folgt darstellen:

#### **Ebene 3 Gemeinderat<sup>418</sup>**

- » Der Gemeinderat ist zuständig für Angelegenheiten, die er nach der Gemeindeordnung nicht übertragen kann,
- » die Einstellung, Entlassung und Festlegung der Vergütung der leitenden Dienstkräfte des Krankenhauses,
- » die Feststellung des Wirtschaftsplans und des Jahresabschlusses,
- » die Verwendung des Jahresgewinns oder die Behandlung des Verlustes,
- » die Gewährung von Darlehen des Krankenhauses an die Gemeinde,
- » die Bestimmung eines Prüfers für den Jahresabschluss und
- » die Festlegung der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung.

#### **Ebene 2 Krankenhausausschuß<sup>419</sup>**

- » Der Krankenhausausschuss berät die vom Gemeinderat zu entscheidenden Angelegenheiten vor und ist zuständig für
- » die Zustimmung zu erfolgsgefährdenden Mehraufwendungen, sofern sie nicht unabweisbar sind,
- » die Festsetzung der allgemeinen Vertragsbedingungen und
- » sonstige wichtige Angelegenheiten des Krankenhauses.

---

<sup>418</sup> Vgl. §§ 24, 39 GemO; §9 EigBG.

<sup>419</sup> Vgl. § 39 GemO; §§ 8, 15 EigBG.

**Ebene 1 Bürgermeister**<sup>420</sup>

- » Der Bürgermeister ist Dienstvorgesetzter der beschäftigten Dienstkräfte des Krankenhauses,
- » er ist gegenüber der Krankenhausleitung weisungsbefugt, um
  - a) die Einheitlichkeit der Gemeindeverwaltung zu wahren,
  - b) die Aufgabenerfüllung des Krankenhauses zu sichern und
  - c) Missstände zu beseitigen.

Ähnlich wie bei der klassischen Organisationsstruktur in Modell 1 ist festzustellen, dass sich **Koordinations- und Planungsrechte** über alle drei Ebenen des Krankehasträgers verteilen. Der Gemeinderat ist vor allem für strategische bzw. Grundsatzentscheidungen zuständig, d. h. ihm obliegen die Festlegung der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung des Krankenhauses, die Besetzung der Krankenhausleitung und die nicht übertragbaren Angelegenheiten laut Gemeindeordnung. Darüber hinaus bestehen Kontrollaufgaben des Gemeinderates gegenüber der Krankenhausleitung und zwar in Form der Feststellung des Wirtschaftsplanes und des Jahresabschlusses, der Benennung des Prüfers und Entscheidung über die Gewährung von Darlehen des Krankenhauses an die Gemeinde. Zusammenfassend ist die Zuteilung der Handlungs- und Verfügungsrechte auf der Ebene des Gemeinderates in Modell 1 und 2 identisch.

Die Befugnisse des Krankenhausausschusses erstrecken sich grundsätzlich auf die Vorberatung aller vom Gemeinderat zu treffenden Entscheidungen und darüber hinaus auf die Kontrolle der Krankenhausleitung hinsichtlich seiner erforderlichen Zustimmung bei erfolgsgefährdenden Mehraufwendungen. Des Weiteren obliegt es dem Krankenhausausschuss die allgemeinen Vertragsbedingungen des Krankenhauses festzulegen, was zu den strategischen Entscheidungen der Geschäftsführungs-funktion gezählt werden kann.<sup>421</sup> Damit bleibt festzustellen, dass der Umfang der Handlungs- und Verfügungsrechte auf Ebene des Krankenhausausschusses bei Mo-

---

<sup>420</sup> Vgl. §§ 10, 11 EigBG.

<sup>421</sup> Für eine ausführlichere Darstellung und Beschreibung siehe Kapitel 5.2.1.1 dieser Arbeit.

dell 1 wesentlich größer ist als bei Modell 2, bei dem nur Ausschnitte wiederzufinden sind.

Demgegenüber ist die Zuordnung der Rechte auf Ebene 1 des Bürgermeisters wiederum deckungsgleich zu Modell 1. Auch bei der Public Private Partnership-Konstruktion ist der Bürgermeister Dienstvorgesetzter der Dienstkräfte des Krankenhauses und kann der Krankenhausleitung aus Gründen der Einheitlichkeit der Verwaltungsführung, der Sicherung der Aufgabenerfüllung und der Beseitigung von Missständen Weisungen erteilen. Dem Bürgermeister obliegt damit eine Kontrollfunktion der Krankenhausleitung und er kann unter bestimmten Umständen in den Bereich der laufenden Geschäftsführung des Krankenhauses eingreifen.

Während einzelne Bestandteile des Koordinations- und Planungsrechts auf allen drei Ebenen des Krankenhausträgers angesiedelt sind, lässt sich das **Recht auf Aneignung des Residuum (Gewinn bzw. Verlust)** eindeutig dem Gemeinderat, d. h. Ebene 3 des Trägers, zuordnen. Über die Verwendung des Jahresgewinns oder die Behandlung des Verlustes des Krankenhauses entscheidet letztverantwortlich der Rat der Gemeinde.

Das **Veräußerungsrecht** wird ebenfalls durch den Gemeinderat wahrgenommen und zwar im Rahmen seiner nicht übertragbaren Angelegenheiten gemäß § 39 Abs. 2 GemO. In dieser gesetzlichen Auflistung ist unter Nr. 11 die teilweise oder vollständige Aufhebung von öffentlichen Einrichtungen und Unternehmen als Entscheidung des Gemeinderats zu finden.

### 5.3.1.2 Zielvorstellungen

In Modell 2 setzt der Krankenhausträger zur Führung des Krankenhauses vor Ort nicht wie in Modell 1 die Krankenhausleitung, sondern den Krankenhausmanager als direkten Erfüllungsgehilfen ein. Die Principal-Agent-Beziehung besteht demnach zwischen dem Krankenhausträger als Principal und dem Krankenhausmanager in der Rolle des Agent. Es ist davon auszugehen, dass auch in diesem Fall der Agent nicht

nur die Interessen des Trägers als Auftraggeber verfolgt, sondern eigene Zielvorstellungen berücksichtigt.

Die Ziele und Interessen des Krankenhausträgers sind hier identisch mit dem vorhergehenden Modell 1, d. h.:

### **Ziele Krankenhausträger**

- » Bedarfsdeckung an Krankenhausleistungen
- » Erzielung von Einkünften mit dem Krankenhausbetrieb
- » Steigerung der politischen Wiederwahlchancen

Eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Zielvorstellungen wird daher an dieser Stelle nicht erneut vorgenommen.<sup>422</sup>

#### **5.3.2 Krankenhausmanager**

##### ***5.3.2.1 Handlungs- und Verfügungsrechte***

Dem Krankenhausmanager als zusätzliches Organ der Krankenhausleitung sind die nachfolgend genannten Handlungs- und Verfügungsrechte zugeordnet:<sup>423</sup>

#### **Obere Ebene 0 Krankenhausmanager**

- » Der Krankenhausmanager ist verantwortlich für die wirtschaftliche Krankenhausführung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages laut Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg und er ist zuständig für
- » die Erledigung der Geschäfte der laufenden Betriebsführung, d. h.
  - » Vollzug des Wirtschaftsplans,
  - » Einsatz des Personals,
  - » Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern,

---

<sup>422</sup> Siehe Kapitel 5.2.1.2 dieser Arbeit.

<sup>423</sup> Vgl. Schuppert, G. F. (1996), S. 174-183.

- » Umsetzung in eine interne Budgetierung,
- » Aufnahme der im Vermögensplan ausgewiesenen Kredite sowie
- » sonstige Maßnahmen, die zur Aufrechterhaltung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses notwendig sind,
- » die Einstellung, Entlassung und Festlegung der Vergütung der beschäftigten Dienstkräfte sowie die Übertragung einer anders bewerteten Tätigkeit,
- » die Veräußerung von beweglichen Vermögensgegenständen,
- » den Abschluss sonstiger Verträge,
- » die Entscheidung über einzelne Investitionen bis 200.000,- DM,
- » die Zustimmung bei der Auswahl leitender Krankenhausmitarbeiter,
- » die Festlegung von Vertragslaufzeiten und Anreizen zu wirtschaftlichem Handeln in den Anstellungsverträgen der leitenden Ärzte,
- » die Entscheidung über die Inanspruchnahme von Leistungen der Ämter, Eigenbetriebe oder Gesellschaften des Krankenhausträgers und
- » die Umsetzung der vom Träger festgelegten ärztlich-pflegerischen Zielsetzung.
- » Der Krankenhausmanager nimmt an Sitzungen des Gemeinderates teil und an Sitzungen des Krankenhausausschusses mit beratender Stimme teil. Er vollzieht die Beschlüsse des Gemeinderates sowie die Entscheidungen des Bürgermeisters in Angelegenheiten des Krankenhauses.<sup>424</sup>

Die Handlungs- und Verfügungsrechte des Krankenhausmanagers sind aus property-rights-theoretischer Sicht der Kategorie **Koordinations- und Planungsrecht** zuzuordnen.

Dem Krankenhausmanager obliegt die wirtschaftliche Krankenhausführung und die Erledigung der Geschäfte der laufenden Betriebsführung. In Modell 1 der klassischen Organisationsstruktur ist diese Zuständigkeit der Betriebsführung stattdessen den gemeinsamen Aufgaben der Krankenhausleitung zugeordnet. Dies ist eine grundsätzliche und wesentliche Neuverteilung der Handlungs- und Verfügungsrechte innerhalb der Krankenhausleitung dar. Des Weiteren ist der Krankenhausmanager für den

---

<sup>424</sup> Vgl. § 10 Betriebssatzung für die Krankenhäuser der Landeshauptstadt Stuttgart vom 15. Dezember 1994 bzw. Schuppert, G. F. (1996), S. 175.

Einsatz des Personals und die Aufnahme der im Vermögensplan ausgewiesenen Kre-dite zuständig. Diese Entscheidungs- und Durchführungsrechte werden in Modell 1 ebenfalls von der Krankenhausleitung als gemeinsame Aufgaben wahrgenommen und stellen dispositive Elemente der Geschäftsführung dar. Darüber hinaus ist der Krankenhausmanager für den Vollzug des Wirtschaftsplans, die Budgetverhandlun-gen mit den Kostenträgern und die Umsetzung in die interne Budgetierung verant-wortlich. Diese Befugnisse gehören zur operativen Geschäftsführungsebene des Verwaltungsbereichs, die innerhalb der klassischen Organisationsstruktur durch den Verwaltungsdirektor als Einzelzuständigkeiten wahrgenommen werden.

Neben dispositiven und operativen Entscheidungsrechten des Krankenhausmanagers sind ihm auch Aufgaben der strategischen Entscheidungsebene zugeteilt. Die Einstel-lung, Entlassung und Festlegung der Vergütung der Dienstkräfte, die Veräußerung von beweglichen Vermögensgegenständen sowie der Abschluss sonstiger Verträge wird in Modell 1 durch den Krankenhausausschuss, d. h. einem Organ des Kranken-hausträgers, wahrgenommen. Bei diesen Befugnissen ist demnach nicht nur eine Neuverteilung innerhalb der Krankenhausleitung vorgenommen worden, sondern zwischen Krankenhausträger und Krankenhausleitung.

Die bis zu dieser Stelle behandelten Handlungs- und Verfügungsrechte des Kranken-hausmanagers sind jeweils entsprechend in der Aufstellung der Rechte innerhalb des Modells der klassischen Organisationsstruktur wiederzufinden. Darüber hinaus sind dem Krankenhausmanager Entscheidungen zugeteilt, die in dieser konkreten Formu-lierung keine Entsprechung in Modell 1 finden und daher genauer betrachtet werden sollen.

Bemerkenswert sind die Ermächtigungen des Krankenhausmanagers im Bereich der Personalentscheidungen. Ihm obliegt die Einstellung, Entlassung und Vergütungsbe-stimmung der Dienstkräfte des Krankenhauses. Weiterhin kann die Berufung leiten-der Krankenhausmitarbeiter, die in Händen des Gemeinderates liegt, nur mit Zu-stimmung des Krankenhausmanagers erfolgen. Im Ergebnis bedeutet das, dass „wichtige Personalentscheidungen nicht gegen den Willen des [...] (Krankenhausma-

nagers) getroffen werden“<sup>425</sup> können. Außerdem hat der Krankenhausmanager die Möglichkeit in den Anstellungsverträgen der leitenden Ärzte Anreize zu wirtschaftlichem Handeln und die Vertragslaufzeiten festzulegen. Dadurch liegt die Gestaltung und Steuerung des Belohnungs- und Anreizsystems, welches bei der Entlohnung von Krankenhausärzten von zentraler Bedeutung ist<sup>426</sup>, letztverantwortlich in der Hand des Krankenhausmanagers.<sup>427</sup>

Der Krankenhausmanager kann über die Inanspruchnahme von Leistungen der Ämter, Eigenbetriebe oder Gesellschaften des Krankenhausträgers entscheiden. Er beschließt, welcher Zulieferer im Gefolge der Make or Buy-Entscheidungen des Krankenhauses den Zuschlag erhält. Damit obliegt allein dem Krankenhausmanager die bedeutende Entscheidung, ob das Krankenhaus die städtischen Dienstleistungsangebote (weiterhin) in Anspruch nimmt oder nicht.<sup>428</sup> Diese Handlungsbefugnis hat nicht nur Konsequenzen für das Krankenhaus im Rahmen seines Einkaufs, sondern unter Umständen auch Auswirkungen auf die allgemeine Struktur und den Umfang des kommunalen Dienstleistungsangebotes.<sup>429</sup>

Abschließend gehört zu den Handlungs- und Verfügungsrechten des Krankenhausmanagers die Umsetzung der vom Krankenhausträger festgelegten ärztlich-pflegerischen Zielsetzung. Da es sich bei solchen Zielen i. d. R. um sehr vage und weiträumig formulierte Vorgaben handelt<sup>430</sup>, wird dem Krankenhausmanager damit die „Vorgabenkonkretisierungskompetenz“<sup>431</sup> zugestanden. Der Krankenhausträger stellt mit seiner Zielsetzung normative Vorgaben, dessen Interpretation und konkrete Ausgestaltung ausschließlich im Entscheidungsspielraum des Krankenhausmanagers liegt.<sup>432</sup>

---

<sup>425</sup> Schuppert, G. F. (1996), S. 184.

<sup>426</sup> Vgl. dazu ausführlich beispielsweise Ernst, C. (2000).

<sup>427</sup> Vgl. Schuppert, G. F. (1996), S. 184.

<sup>428</sup> Vgl. Schuppert, G. F. (1996), S. 186.

<sup>429</sup> Die Verdeutlichung des Sachverhalts anhand von Beispielen ist bei Schuppert, G. F. (1996), S. 186 zu finden.

<sup>430</sup> Sogenannte Generalklauseln wie z. B. die Vorgabe einer zeitgerechten und bedarfsgerechten Versorgung mit Krankenhausleistungen.

<sup>431</sup> Schuppert, G. F. (1996), S. 184.

<sup>432</sup> Vgl. Schuppert, G. F. (1996), S. 183f.

Zusammenfassend sind dem Krankenhausmanager umfangreiche Handlungs- und Verfügungsrechte zugeordnet sind, insbesondere im Bereich Personal, Finanzierung und Aufgabenkonkretisierung. Er nimmt die ihm übertragenen Aufgaben der Krankenhausführung allein wahr und hat dabei das Alleinentscheidungsrecht.

### 5.3.2.2 Zielvorstellungen

Die wesentlichen Zielvorstellungen des Krankenhausmanagers umfassen folgende Aspekte:

#### **Ziele Krankenhausmanager**<sup>433</sup>

- » Einkommen
- » Ergebnisverbesserung
- » Kostensenkung
- » Inanspruchnahme von Leistungen durch günstige Zulieferer

Als grundlegende Zielvorstellung ist für den weder medizinisch noch pflegerisch, sonder kaufmännisch orientierten Krankenhausmanager die Erzielung von **Einkommen** anzunehmen. Der Krankenhausmanager ist Mitarbeiter der privaten Klinikgesellschaft und erhält für die Wahrnehmung der Sachaufgabe der Betriebsführung des öffentlichen Krankenhauses eine feste Pauschalvergütung.<sup>434</sup>

Neben der festen Pauschalvergütung enthält das Einkommen des Krankenhausmanagers einen variablen Vergütungsanteil. Dieser wird prozentual an der erreichten jährlichen Ergebnisverbesserung des öffentlichen Krankenhauses bemessen.<sup>435</sup> Im Rahmen seiner Handlungs- und Verfügungsrechte ist der Krankenhausmanager für die Betriebsführung des Krankenhauses und damit auch für das Geschäftsergebnis ver-

---

<sup>433</sup> Vgl. Schuppert, G. F. (1996), S. 175.

<sup>434</sup> Vgl. Schuppert, G. F. (1996), S. 176.

<sup>435</sup> Vgl. Schuppert, G. F. (1996), S. 175.

antwortlich. Je **besser** das **Ergebnis** des Krankenhauses ausfällt, umso höher ist der variable Vergütungsanteil des Krankenhausmanagers.

Eine deutliche Verbesserung des Geschäftsergebnisses eines Krankenhauses, das bisher hohe Betriebsverluste ausgewiesen hat, ist nur im Zuge ausgeprägter Kosten-senkung möglich. Das Interesse der **Kostensenkung** des öffentlichen Krankenhauses gehört demnach gleichermaßen zu den Zielvorstellungen des Krankenhausmanagers. Auf diese Weise ist „das kommunale Ziel der Betriebskostensenkung zugleich zu einem Unternehmensziel der Klinikgesellschaft Sana-GmbH“<sup>436</sup>, die hier durch den Krankenhausmanager repräsentiert ist, geworden.

Abweichend von den Zielvorstellungen des Krankenhausträgers ist anzunehmen, dass der Krankenhausmanager eigene Interessen bei der **Inanspruchnahme von Leistungen durch Zulieferer** verfolgen wird. Dem Krankenhausmanager obliegt die Entscheidung, ob das Krankenhaus die städtischen Dienstleistungsangebote (weiterhin) in Anspruch nimmt oder nicht. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Krankenhausmanager Angestellter der privaten Klinikgesellschaft ist, die noch weitere stationäre Einrichtungen führt. Es ist daher naheliegend, im Rahmen des Einkaufs für die Krankenhäuser, Vorteile durch Mengen- und Preiseffekte bei den Zulieferern zu nutzen. Die Entscheidung für oder gegen einen städtischen oder privatwirtschaftlichen Zulieferer wird demnach in Abhängigkeit von dem größtmöglichen zu erzielenden Vorteil getroffen werden und kann entsprechend negativ für die bisher in Anspruch genommenen städtischen Dienstleister ausfallen.

### 5.3.3 Krankenhaus-Direktorium

#### 5.3.3.1 Handlungs- und Verfügungsrechte

Das Krankenhaus-Direktorium der Public Private Partnership-Konstruktion besteht aus einem Ärztlichen Leiter, einem Pflegedienstleiter und einem Verwaltungsleiter. Demnach ist es vom strukturellen Aufbau und der Zusammensetzung identisch mit

---

<sup>436</sup> Schuppert, G. F. (1996), S. 175.

dem Modell der klassischen Organisationsstruktur. Entscheidend anders ist seine Einordnung in das Weisungsgefüge der Krankenhausführung. Dem Krankenhaus-Direktorium ist im Rahmen der Public Private Partnership ein weisungsbefugter Krankenhausmanager übergeordnet. Die Festlegung der Aufgaben des Direktoriums sieht daher folgendermaßen aus:

#### **Untere Ebene 0 Krankenhaus-Direktorium<sup>437</sup>**

- » Dem Krankenhaus-Direktorium obliegt die Beratung und Unterstützung des Krankenhausmanagers bei der Krankenhausführung im Rahmen der Zielsetzung des Krankenhausträgers und
- » ist dafür verantwortlich, dass der Patient im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel und des medizinisch Zweckmäßigen und Notwendigen im Krankenhaus bestmöglich versorgt wird.

Das Krankenhaus-Direktorium ist nunmehr dem Krankenhausmanager zur Erfüllung seiner Aufgaben zu- und untergeordnet. Die Mitglieder des Krankenhaus-Direktoriums sind an Weisungen des Krankenhausmanagers gebunden und „ihm gemeinsam für die Beachtung der Grundsätze der Leistungsfähigkeit, Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit verantwortlich“<sup>438</sup>.

Während dem Direktorium in der klassischen Organisationsstruktur sowohl gemeinsame Geschäftsführungsauflagen als auch den jeweiligen Mitgliedern Einzelzuständigkeiten zugeordnet waren, hat sich die Funktion des Krankenhaus-Direktoriums hier zu einem rein beratenden und unterstützenden Gremium gewandelt. Eine entsprechende Zuteilung von Rechten auf den Ärztlichen Direktor, den Pflegedirektor und den Verwaltungsdirektor liegt nicht mehr vor.

---

<sup>437</sup> Vgl. Schuppert, G. F. (1996), S. 174f.

<sup>438</sup> Schuppert, G. F. (1996), S. 175.

### 5.3.3.2 Zielvorstellungen

Das Krankenhaus-Direktorium nimmt in dem vorliegenden Modell 2 die Rolle des Agent gegenüber dem Krankenhausmanager ein. Als Auftragnehmer obliegt ihm die Beratung und Unterstützung des Krankenhausmanagers bei der Erfüllung seiner Aufgaben. Trotzdem kann auch in diesem Fall nicht unbesehen davon ausgegangen werden, dass das Direktorium ausschließlich die Ziele und Interessen seines Auftraggebers verfolgt. Die Mitglieder des Direktoriums werden nach wie vor eigene Zielvorstellungen und individuelle Interesse verwirklichen wollen. Da es sich um die bereits in Kapitel 5.2.2.2 dieser Arbeit detailliert erläuterten Ziele und Interessen des Ärztlichen Leiter, Pflegedienstleiters und Verwaltungsleiters handelt, kann an dieser Stelle auf eine Wiederholung verzichtet und auf das entsprechende Kapitel verwiesen werden.

## 5.4 Zwischenergebnis

Die wesentlichen Erkenntnisse der Analyse der Krankenhausführung für Modell 1 und 2 lassen sich folgendermaßen kurz zusammenfassen:

Die Untersuchung der **Struktur der Handlungs- und Verfügungsrechte** zeigt, dass das Aneignungsrecht des Residuum und das Veräußerungsrecht sowohl in Modell 1 (Klassische Organisationsstruktur) als auch in Modell 2 (Public Private Partnership-Konstruktion) dem Krankenhasträger – genauer gesagt dem Gemeinderat – zugeordnet sind. Unterschiede zeigen sich dagegen bei der Aufgliederung und Zuteilung des Koordinations- und Planungsrechts. In Modell 1 erstrecken sich die strategischen, dispositiven und operativen Geschäftsführungsentscheidungen des Koordinations- und Planungsrechts auf den Krankenhasträger bis hin zum Krankenhaus-Direktorium. Im Vergleich dazu sind in Modell 2 diese Entscheidungsrechte zwar noch teilweise dem Krankenhasträger verblieben, aber in wesentlich geringerem Umfang. Stattdessen sind erhebliche Entscheidungen auf die Ebene des Krankenhausmanagers verlagert worden und gleichzeitig wurden dem Krankenhaus-Direktorium jegliche Koordinations- und Planungsrechte entzogen. Abbildung 18

verdeutlicht diesen Sachverhalt unterschiedlich zugeordneter Handlungs- und Verfügungsrechte in der Krankenhausführung.

In Zusammenhang mit der verfügsrechtlichen Struktur beider Modelle wurden die **Zielvorstellungen und Interessen** der Beteiligten und die daraus entstehenden Principal-Agent-Beziehungen analysiert. Es zeigte sich, dass die Ziele von Krankenhausträger und Krankenhaus-Direktorium in Modell 1 und 2 nahezu identisch sind. Der Krankenhausträger beabsichtigt insbesondere die Deckung des Bedarfs an Krankenhausleistungen und die Erzielung von Einkünften bzw. die Vermeidung von Verlusten mit dem Krankenhausbetrieb. Darüber hinaus bestehen kommunalpolitische Interessen in Form von möglichst hohen Chancen wiedergewählt zu werden. Die Mitglieder des Krankenhaus-Direktoriums sind stattdessen an einer möglichst optimalen ärztlichen Behandlung der Patienten (Ärztlicher Leiter), an einer möglichst optimalen pflegerischen Versorgung der Patienten (Pflegedienstleiter) oder an einem leistungsfähigen und angesehenen Krankenhaus (Verwaltungsleiter) interessiert. Im Rahmen des PPP-Modells sind zusätzlich Zielvorstellungen des Krankenhausmanagers festzustellen und zwar vor allem das mit seiner Einkommenserzielung verbundene Interesse, ein positives Krankenhausergebnis zu erreichen. Insgesamt wurde deutlich, dass es sich je nach Position und Berufsfeld des Beteiligten um ganz unterschiedliche und zum Teil sehr heterogene Interessen handelt, die innerhalb des Krankenhausbetriebes aufeinandertreffen.

Es stellt sich die Frage, inwieweit die Durchsetzung der Ziele, insbesondere die des Krankenhausträgers, im Rahmen der jeweiligen Principal-Agent-Beziehungen möglich bzw. problematisch ist und welche Auswirkungen damit auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausführung verbunden sind?

## 6. Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausführung

Im Anschluss an die Analyse unterschiedlicher Strukturen der Handlungs- und Verfügungsrechte in der Krankenhausführung und die individuellen Zielvorstellungen der beteiligten Akteure, beschäftigt sich Kapitel 6 mit der daraus resultierenden Principal-Agent-Problematik und den ökonomischen Auswirkungen. Das beinhaltet die Fragestellungen, inwieweit die Handlungs- und Verfügungsrechte in konzentrierter bzw. verdünnter Form vorliegen, worin die wesentlichen Principal-Agent-Probleme bestehen, welche Nutzenmaximierung der Akteure sich daraus ergibt und zu welchen wirtschaftlichen Konsequenzen diese Tatbestände für das Krankenhaus führen.

### 6.1 Konzentration der Handlungs- und Verfügungsrechte

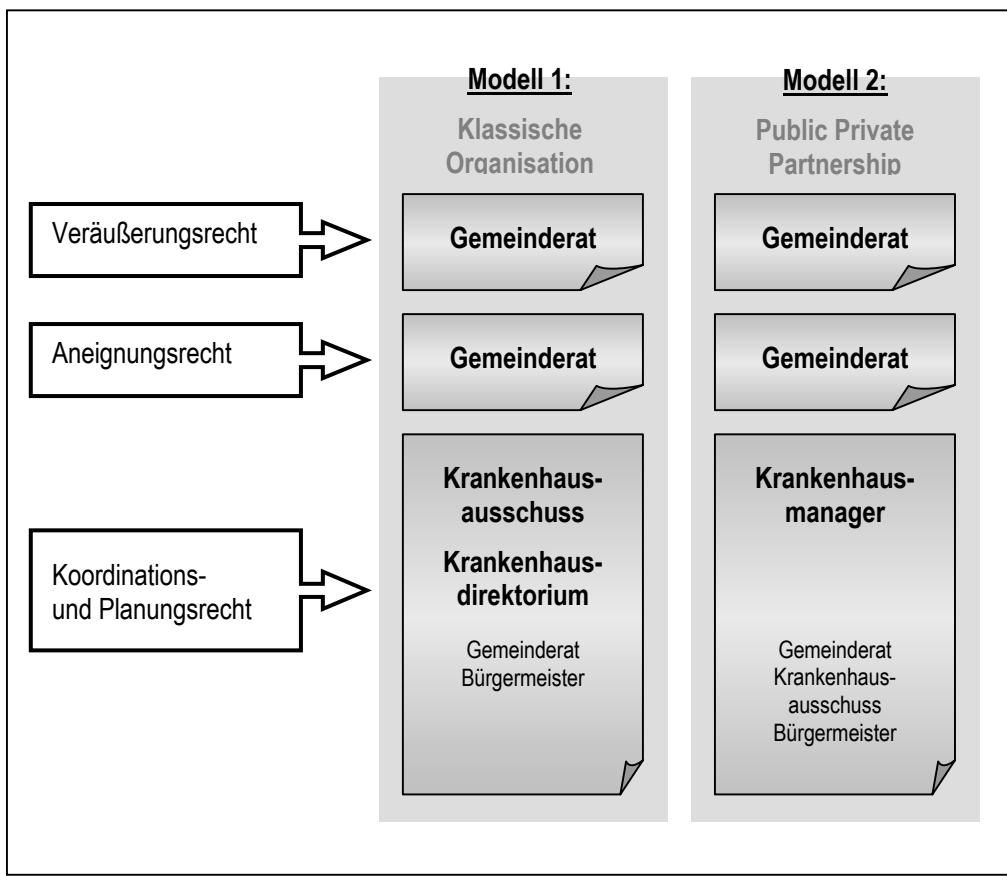
Die spezifische Verteilung von Handlungs- und Verfügungsrechten steht in Verbindung mit den Auswirkungen auf das individuelle Nutzenstreben der Beteiligten. Bei den abzugrenzenden Handlungs- und Verfügungsrechten handelt es sich um das Koordinations- und Planungsrecht, das Aneignungsrecht des Residuum und das Veräußerungsrecht. Auf Grundlage der Property-Rights-Theorie gilt es festzustellen, inwieweit diese Rechte in konzentrierter Form als Rechtebündel oder in verdünnter Form vorliegen. Je mehr Rechte bei einem Akteur konzentriert sind, umso stärker wird dieser auch durch die Folgen seiner Handlungen getroffen. Diese Beurteilungsweise impliziert, dass eine Konzentration von Handlungs- und Verfügungsrechten zu mehr Wirtschaftlichkeit führt. Verdünnte Verfügungsrechte, d. h. einzelne Rechte sind auf mehrere Akteure verteilt, führen hingegen zu suboptimalen Ergebnissen hinsichtlich der ökonomischen Auswirkungen. Aus property-rights-theoretischer Sicht ergibt sich die Organisationsempfehlung, den handelnden Akteuren möglichst vollständige Rechtebündel zuzuordnen.

In Anwendung der Property-Rights-Theorie auf die betrachteten Modelle der Krankenhausorganisation lässt sich feststellen: Sowohl im Rahmen der klassischen Organisationsstruktur in Modell 1 als auch bei der Public Private Partnership-

Konstruktion in Modell 2 sind das **Aneignungs- und Veräußerungsrecht** der obersten Krankenhasträgerebene, d. h. dem Gemeinderat, zugeordnet. In beiden Organisationsmodellen entscheidet der Gemeinderat über die Verwendung des Jahresgewinns bzw. die Behandlung des Verlustes und über die teilweise oder vollständige Aufhebung des Krankenhauses.

Die Verteilung bzw. Zuordnung des **Koordinations- und Planungsrechtes** weist hingegen Unterschiede in den Modellen auf. Im Rahmen der klassischen Organisationsstruktur, Modell 1, entscheidet der Krankenhausausschuss weitreichend über Personalfragen, d. h. die Einstellung, Entlassung und Festlegung der Vergütung der beschäftigten Dienstkräfte. Diese Kompetenzen liegen in Modell 2 zu einem großen Teil beim Krankenhausmanager. Ähnliche Unterschiede zeigen sich bei der Verantwortung für die wirtschaftliche Führung des Krankenhauses. Die klassische Organisationsstruktur sieht eine gemeinschaftliche Verantwortung der Mitglieder des Krankenhausdirektoriums gegenüber dem Krankenhausträger vor. Neben gemeinsamen Aufgaben sind den Mitgliedern weitere Einzelzuständigkeiten übertragen, durch die eine ablauforientierte Steuerung der entsprechenden Leistungsbereiche des Krankenhauses gewährleistet sein soll. Im Vergleich dazu ist die Zuständigkeit der wirtschaftlichen Führung des Krankenhauses in der Public Private Partnership-Konstruktion ausschließlich der Person des Krankenhausmanagers zugeordnet. Eine weitere Abweichung ist im Bereich der Investitionen festzustellen, die in Modell 1 ausschließlich in der Entscheidung und Verfügung des Krankenhausausschusses liegt. In Modell 2 sind dagegen dem Krankenhausmanager umfangreiche Handlungsrechte für die Anschaffung von Investitionsgütern zugeteilt.

Die Verteilung der property-rights-theoretischen Rechtebündel in Form des Aneignungs-, Veräußerungs- und Koordinations- und Planungsrechtes auf die jeweiligen Organe und Führungsebenen im Krankenhaus lässt sich grafisch folgendermaßen verdeutlichen:

ABBILDUNG 17: BÜNDELUNG DER HANDLUNGS- UND VERFÜGUNGSBEREICHE<sup>439</sup>

Das Koordinations- und Planungsrecht ist sowohl in Modell 1 als auch in Modell 2 nicht in gebündelter Form einer Person oder einem Organ zugeteilt. Die Zuständigkeiten sind auf mehrere Instanzen übertragen, wobei Schwerpunkte in der Verteilung erkennbar sind, und zwar ganz allgemein beim Krankenhausausschuss und dem Krankenhausdirektorium in Modell 1 und dem Krankenhausmanager in Modell 2. Im Ergebnis ist das Koordinations- und Planungsrecht in Modell 1 schwerpunktmäßig auf zwei Organe verteilt und somit stark verdünnt, und in Modell 2 auf die Person des Krankenhausmanagers verdichtet und vergleichsweise konzentrierter. Insbesondere die Verdünnung der Kompetenzen auf das dreiköpfige Krankenhausdirektorium

<sup>439</sup> Eigene Darstellung.

in Modell 1 wurde auf die Einzelperson des Krankenhausmanagers in Modell 2 fo-  
kussiert.

Aus Sicht der Property-Rights-Theorie weist die stärkere Konzentration der Hand-  
lungs- und Verfügungsrechte in Modell 2 auf eine höhere Effizienz hin, während bei  
Modell 1 eine geringere Effizienz zu erwarten ist. Die Ineffizienz ist in diesem Fall  
durch das Ausmaß der Verdünnung der Handlungs- und Verfügungsrechte gekenn-  
zeichnet. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, eine weiterführende und tiefer-  
gehende Bewertung des Koordinations- und Planungsrechtes für beide Modellorga-  
nisationen durchzuführen. Da sich die individuellen Verhaltensweisen der Akteure  
letztlich auf die Frage der ökonomischen Auswirkungen richtet, erfolgt die Bewer-  
tung der Handlungsbereiche im folgenden nach Wirtschaftlichkeitsfaktoren.

## 6.2 Handlungsbereiche der Akteure nach Wirtschaftlichkeitsfaktoren

Als wesentliches Merkmal einer wirtschaftlichen Krankenhausführung sind die Faktoren Input, Output und Qualität zugrunde zu legen. Der Faktor Input untergliedert sich in Personal, Sachgüter und Betriebsmittel. In Modell 1, der klassischen Organisationsstruktur, liegt die Personalverantwortlichkeit und damit die Beeinflussbarkeit des **Personalinputs** ausschließlich beim Krankenhaussträger, da er für die Einstellung, Entlassung und Vergütungsfestlegung aller beschäftigten Dienstkräfte des Krankenhauses zuständig ist. Ebenso unterliegt die Verfügung über Vermögen und investive Mittel des Krankenhauses, d. h. die **Sachgüter**, ausschließlich dem Krankenhaussträger.<sup>440</sup>

In der Public Private Partnership-Konstruktion, Modell 2, ist eine veränderte Zuordnung der Handlungsbereiche bezüglich dieser Wirtschaftlichkeitsfaktoren festzustellen. Für die Inputfaktoren Personal und Sachgüter befindet sich die Entscheidungsfähigkeit und Beeinflussbarkeit nicht mehr ausschließlich beim Krankenhaussträger, sondern ist teilweise auf den Krankenhausmanager verlagert. Ihm obliegt die Einstellung, Entlassung und Festlegung der Vergütung der nicht-leitenden Dienstkräfte des Krankenhauses. Darüber hinaus ist er ermächtigt, Vertragslaufzeiten und zusätzliche Anreize zu wirtschaftlichem Handeln in den Anstellungsverträgen leitender Ärzte festzulegen. Im Bereich der Sachgüter kann der Krankenhausmanager die alleinige Entscheidung über einzelne Investitionen bis 200.000,- DM treffen.

Der Handlungsbereich in bezug auf die **Betriebsmittel** liegt in Modell 1 und 2 zum Teil beim Krankenhaussträger. Ihm obliegt die Feststellung des Wirtschaftsplans, der als Planungsrahmen und Maßinstrument für den Verbrauch der Betriebsmittel dient. Der Vollzug des Wirtschaftsplans und die interne Budgetierung liegen hingegen im

---

<sup>440</sup> Die Krankenhäuser erhalten gemäß § 9 Abs. 3 KHG von den Bundesländern pauschale Fördermittel für ihre Investitionskosten. Diese Fördermittelunterstützung erfolgt aufgrund der engen finanziellen Restriktionen der Bundesländer jedoch nur begrenzt, sodass Krankenhaussträger i. d. R. zusätzliche Investitionen aus Eigenmitteln erbringen müssen. Vgl. Robbers, J. (1998), S. 2ff.; Schnack, D. (1999), S. 22f.

Rahmen der laufenden Betriebsführung in Modell 1 in den Händen der Krankenhausleitung bzw. in Modell 2 in den Händen des Krankenhausmanagers. Innerhalb der Krankenhausleitung ist das Krankenhausdirektorium gemeinschaftlich für die Beratung des Wirtschaftsplanentwurfs verantwortlich. Die Vorbereitung des Entwurfs und die Ausführung des festgestellten Wirtschaftsplans fällt in die Einzelzuständigkeit des Verwaltungsdirektors als Mitglied des Krankenhausdirektoriums. Das Public Private Partnership-Modell sieht demgegenüber die Zuordnung dieser Handlungsrechte allein bei der Person des Krankenhausmanagers vor.

Der Wirtschaftlichkeitsfaktor Output unterteilt sich in die Merkmale Fallzahl und Vorhalteleistung. In beiden Modellen liegt der Handlungsbereich hinsichtlich der Anzahl der **Behandlungsfälle** des Krankenhauses teilweise beim Krankenhausträger und teilweise bei der Krankenhausleitung bzw. beim Krankenhausmanager. Zu berücksichtigen ist dabei, dass auf die Höhe der Fallzahl in unterschiedlicher Weise eingewirkt werden kann. Die Entscheidung über die Aufnahme bzw. Entlassung eines Patienten und damit die Generierung eines Falles trifft der behandelnde Arzt im Krankenhaus. Allerdings ist für das Fallpotenzial ausschlaggebend, inwieweit die betreffenden niedergelassenen Ärzte als Einweiser ihre Patienten in das Krankenhaus überweisen und ob bei Selbsteinweisung des Patienten die Wahl auf das betreffende Krankenhaus fällt.<sup>441</sup> Zu den wesentlichen Wirkungen zählen in diesem Sinne das ärztliche Renommee, die Beziehung zu den niedergelassenen Ärzten und der Status des Krankenhauses. In den Handlungsbereich des Arztes fällt die Möglichkeit, über seine Qualifikation und Reputation die Zahl der Krankenhausfälle zu erhöhen.<sup>442</sup> Die Pflege einer guten Beziehung zu den niedergelassenen Ärzten der Region basiert einerseits auf den Bemühungen des Krankenhausarztes<sup>443</sup>, andererseits auf dem Engagement des Verwaltungsdirektors bzw. Krankenhausmanagers. Hierzu bieten sich beispielsweise Kooperationsvereinbarungen mit Niedergelassenen hinsichtlich der Gerätenutzung an.<sup>444</sup> Der Status eines Krankenhauses basiert vor allem auf Qualität

<sup>441</sup> Vgl. Schwing, C. (2000a), S. 32f.

<sup>442</sup> Vgl. Schwartz, A. (1997), S. 72.

<sup>443</sup> Vgl. Breyer, F. (1997), S. 336ff.

<sup>444</sup> Vgl. Becker-Lühl, H.-G. (1994), S. 146-149.

und Ausstattung der stationären Einrichtung.<sup>445</sup> Die Qualität ist eng an die medizinische Behandlung und damit an die ärztliche Leistung gebunden. Die Ausstattung hingegen umfasst einen entsprechenden Einsatz von Personal bzw. die Investition von Sachgütern. Die Bestimmung dieser Inputfaktoren liegt im Handlungsbereich von Krankenhausträger bzw. Krankenhausmanager.

Der Handlungsbereich für die **Vorhalteleistung** bezieht sich auf die Bereithaltung von Krankenhauskapazitäten zur Befriedigung der Optionsnachfrage der Bevölkerung. Die Festlegung von Krankenhauskapazitäten erfolgt in der Bundesrepublik Deutschland durch die staatlichen Krankenhausplanungsbehörden.<sup>446</sup> Dieser rechnerische Bettenbedarf basiert auf Fallzahlen, Nutzungsgraden, Prognosen zur Bevölkerungs- und Morbiditätsentwicklung sowie medizinischen Entwicklungen in den Fachgebieten und komplementären Angeboten.<sup>447</sup> Die Veränderung von Bettenkapazitäten erfolgt in Abstimmung mit der Krankenhausplanungsbehörde. Dies geschieht entweder zwangsweise, d. h. die Planungsbehörde errechnet für das Krankenhaus eine andere als die bestehende Bettenanzahl und verordnet die Kapazitätsanpassung, oder freiwillig, d. h. der Krankenhausträger beantragt und begründet eine Veränderung der Bettenzahl und erhält die Genehmigung der Behörde.<sup>448</sup> Vor diesem Hintergrund ist der Handlungsbereich und die Beeinflussbarkeit der Vorhalteleistung in Modell 1, der klassischen Organisationsstruktur, vollständig dem Krankenhausträger zuzuordnen. Die Rolle der Krankenhausplanungsbehörde wird in der Modellbasis nicht betrachtet, so dass die Zuordnung von Handlungs- und Verfügungsrechten an dieser Stelle unberücksichtigt bleiben kann. In Modell 2, der Public Private Partnership-Konstruktion, ist der Handlungsbereich bezüglich der Vorhalteleistung zum Teil auf den Krankenhausmanager verlagert. Der Krankenhausträger ist zwar nach wie vor für die Festlegung der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung zuständig, die Interpretation, Ausgestaltung und Umsetzung dieser Zielsetzung ist hingegen ausdrücklich Aufgabe

---

<sup>445</sup> Vgl. Gäfgen, G. (1990), S.187.

<sup>446</sup> Dies gilt für den Bereich der Plankrankenhäuser, zu denen öffentliche Krankenhäuser in Deutschland gehören.

<sup>447</sup> Vgl. Beske, F./Michel, C. (1998), S. 69ff.

<sup>448</sup> Vgl. Knorr, G. (1998), S. 85ff.

des Krankenhausmanagers. Die Bestimmung des Bettenangebotes liegt im Rahmen der Vorgaben somit teilweise in seinem Handlungsbereich.

Der Wirtschaftlichkeitsfaktor Qualität ist in die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgeteilt. In bezug auf die **Strukturqualität** ist im Rahmen des klassischen Organisationsmodells der Handlungsbereich vollständig dem Krankenhausträger zugeteilt. Die Qualitätsdimension Struktur umfasst die für die Leistungserbringung notwendigen Mittel und Ressourcen. Zu den daraus ableitbaren Indikatoren zählen insbesondere die Anzahl der Ärzte je Patient, die Anzahl Pflegepersonal je Patient und die technologische Ausstattung. Da die Zuständigkeit für die Personalausstattung und die Verfügung über investive Mittel und Vermögen in der Verantwortung des Krankenhausträgers liegt, ist ihm ebenfalls die Beeinflussbarkeit und Steuerung der Strukturqualität zugeordnet. In Modell 2, der Public Private Partnership-Konstruktion, liegt im Vergleich dazu eine Verlagerung und Aufteilung des Handlungsbereiches vor. Gemäß seiner Verfügungsrechte in den Bereichen Personal und Sachgüter kann neben dem Krankenhausträger auch der Krankenhausmanager Einfluss auf die Strukturqualität ausüben.

Die Handlungsbereiche für Prozess- und Ergebnisqualität sind in beiden Modellen der Ebene des Agent zugeordnet, d. h. der Krankenhausleitung bzw. dem Krankenhausmanager. Die **prozessorientierten Qualitätsüberlegungen** beziehen sich vor allem auf den Versorgungsablauf des Patienten<sup>449</sup> und finden ihren Ausdruck in Indikatoren wie z. B. Wartezeiten für Patienten oder Einhaltung medizinischer Behandlungsstandards. In Modell 1 liegt die Steuerung und Beeinflussbarkeit der medizinischen Behandlung als Einzelzuständigkeit beim Ärztlichen Leiter. Er ist u. a. für die Koordination der medizinischen und medizinisch-technischen Dienste, die Regelung der medizinischen Arbeitsabläufe und die Festlegung von Grundsätzen zur ärztlichen Dokumentation bevollmächtigt. Der Pflegedienstleiter übernimmt diese Zuständigkeiten für die pflegerische Betreuung im Patientenversorgungsprozess. Die bereichsübergreifende Gesamtkoordination aller Krankenhausdienste und –prozesse ist dem Krankenhausdirektorium zugeordnet. Der Handlungsbereich der Prozessqualität liegt

<sup>449</sup> Die Kernprozesse im Krankenhaus umfassen die medizinische und pflegerische Behandlung und Versorgung des Patienten. Die unterstützenden Prozesse, wie z. B. die Verwaltungsabläufe, werden an dieser Stelle nicht näher betrachtet.

somit in Modell 1 vollständig bei der Krankenhausleitung. In Modell 2 erfolgt die unmittelbare Durchführung des Patientenversorgungsablaufs ebenso durch den ärztlichen und pflegerischen Bereich im Krankenhaus. Allerdings sind dem Ärztlichen Leiter und Pflegedienstleiter keine vergleichbaren Einzel- oder Gesamtzuständigkeiten wie in Modell 1 zugesprochen. Das Krankenhausdirektorium ist lediglich als unterstützende und beratende Instanz dem Krankenhausmanager untergeordnet und ganz allgemein für eine bestmögliche Patientenversorgung zuständig. Die oben genannte Steuerung der einzelnen Krankenhausbereiche und deren Gesamtkoordination unterliegt stattdessen dem Krankenhausmanager als Einzelperson. Er hat im Rahmen seines Handlungsbereiches die Möglichkeit, beispielsweise über eine entsprechende vertragliche Anreizgestaltung für den Arzt, eine höhere Prozessqualität in der medizinischen Behandlung zu erreichen. Aus dieser Sicht ist der Handlungsbereich vollständig beim Krankenhausmanager angesiedelt.

Die Dimension der **Ergebnisqualität** im Krankenhaus bezieht sich auf das medizinische und ökonomische Ergebnis der Leistungserstellung. Gebräuchliche Indikatoren für das medizinische Ergebnis sind Mortalitäts-, Komplikations- und Wiedereinweisungsraten. Für das ökonomische Ergebnis eignen sich vor allem Fallkosten und Verweildauer. Der Handlungsbereich hinsichtlich der Ergebnisqualität liegt in Modell 1 vollständig bei der Krankenhausleitung. Mortalitäten, Komplikationen und Wiedereinweisungen resultieren vornehmlich aus der Qualität der medizinischen Behandlung und pflegerischen Betreuung des Patienten. In ihren Einzelzuständigkeiten sind der Ärztliche Leiter und der Pflegedienstleiter für die Sicherstellung einer leistungsfähigen medizinischen und pflegerischen Versorgung verantwortlich. Eine Steuerungsmöglichkeit besteht z. B. über die Festlegung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter. Die ökonomischen Indikatoren Fallkosten und Verweildauer liegen formal ebenfalls im Handlungsbereich des Ärztlichen Leiters und Pflegedienstleiter, da sie jeweils auf die Wirtschaftlichkeit der medizinischen und pflegerischen Versorgung hinwirken sollen. In Modell 2 liegt der Handlungsbereich der Ergebnisqualität vollständig beim Krankenhausmanager. Er ist für die wirtschaftliche Krankenhausführung im Rahmen des entsprechenden Sicherstellungsauftrages verantwortlich und befugt, notwendige Maßnahmen durchzuführen. Diese

Möglichkeit besteht beispielsweise darin, die Arbeitsverträge der Ärzte mit zusätzlichen Anreize für wirtschaftliches Handeln zu ergänzen.

Die jeweiligen Handlungsbereiche der Akteure nach Wirtschaftlichkeitsfaktoren lassen sich zusammenfassend wie folgt darstellen:

| <b>Handlungsbereiche nach Wirtschaftlichkeitsfaktoren</b> | <b>Modell 1:<br/>Klassische Organisation</b> |   | <b>Modell 2:<br/>PPP</b>       |                             |
|---|--|---|--------------------------------|-----------------------------|
|   | <b>Principal<br/>KH-Träger</b>               | <b>Agent<br/>KH-Leitung</b>                     | <b>Principal<br/>KH-Träger</b> | <b>Agent<br/>KH-Manager</b> |
| Input:  |  |   |                                |                             |
| » Personal  | ++   |   | +                              | +                           |
| » Sachgüter   | ++   |   | +                              | +                           |
| » Betriebsmittel  | +  | +   | +                              | +                           |
| Output:   |  |   |                                |                             |
| » Fallzahl  | +  | +   | +                              | +                           |
| » Vorhalteleistung  | ++   |   | +                              | +                           |
| Qualität:   |  |   |                                |                             |
| » Strukturqualität  | ++   |   | +                              | +                           |
| » Prozessqualität   |  | ++  |                                | ++                          |
| » Ergebnisqualität  |  | ++  |                                | ++                          |
| <i><u>Legende:</u></i>                                    |  |   |                                |                             |
| ++ <i>Handlungsbereiche hauptsächlich zugeordnet</i>      |  | + <i>Handlungsbereiche teilweise zugeordnet</i> |                                |                             |

TABELLE 2: HANDLUNGSBEREICHE NACH WIRTSCHAFTLICHKEITSFAKTOREN

Im Rahmen des Public Private Partnership-Modells sind in der Anzahl mehr Handlungsbereiche, die die Wirtschaftlichkeit eines Krankenhauses bestimmen, auf der Ebene des Krankenhausmanagers zugeordnet, als auf der Ebene der Krankenhausleitung in Modell 1. Gemäß der property-rights-theoretischen Empfehlung sind damit

der handelnden Person, in diesem Fall dem Krankenhausmanager, zwar verstärkt Handlungs- und Verfügungsrechte zugeteilt, aber keine vollständigen Rechtebündel. In beiden Krankenhausmodellen liegt somit Inkongruenz zwischen der Verantwortung der Zielerreichung und der notwendigen Entscheidungskompetenz vor. Darüber hinaus liegen asymmetrische Informationen und individuelle Interessen vor, die zu unterschiedlichen Verhaltensweisen und ökonomischen Auswirkungen führen. Dieser Sachverhalt wird im folgenden Kapitel bewertet.

### 6.3 Principal-Agent-Probleme und ökonomische Auswirkungen

#### 6.3.1 Input

In beiden Krankenhausorganisationsmodellen beauftragt der Krankenhaussträger einen Agenten zur operativen Führung des Krankenhauses vor Ort. Entscheidend ist dabei, dass die ausführenden Personen krankenhauspezifische Fachkenntnisse bereitzustellen sollen, die der Krankenhaussträger nicht vorhält. In **Modell 1** behält sich der Krankenhaussträger vollständig die Einstellung, Entlassung und Vergütung des Krankenhauspersonals vor. Die Ausübung dieses Handlungsrechtes erfordert berufsspezifische Kenntnisse im Bereich der Medizin und Pflege und Informationen über die Personalsituation im Krankenhaus.<sup>450</sup> Der Krankenhaussträger ist in dieser Hinsicht auf die Beratung und Unterstützung des Krankensdirektoriums angewiesen. Das Krankensdirektorium weist die notwendige Berufsgruppenzugehörigkeit und Fachkenntnis in Medizin und Pflege auf und ist über den Personaleinsatz und notwendige Personalanpassungen informiert.

Der Krankenhaussträger ist wesentlich an der Erzielung eines positiven Krankenhausbetriebsergebnisses interessiert. Eine Verringerung der Personalkosten bei gleichbleibender Krankenhausleistung lässt die größte Ergebnisverbesserung erwarten. Durch das Handlungsrecht im Bereich Personal ist dem Krankenhaussträger eine direkte Beeinflussung und Veränderung des Faktors möglich und er strebt eine Redu-

<sup>450</sup> Vgl. Zaddach, M. (2002), S. 52f.

zierung an. Eine gleichgerichtete Zielverfolgung und Mithilfe durch die Mitglieder des Krankenhausdirektoriums erscheint in diesem Zusammenhang jedoch fraglich. Gemäss seinen persönlichen Zielvorstellungen ist der Ärztliche Leiter an einer möglichst großen Personalausstattung interessiert. Begründet liegt dies zum einen in den ethischen Normen des ärztlichen Berufsbildes und –rechts einer bestmöglichen medizinischen Patientenbehandlung. Zum anderen strebt der Ärztliche Leiter persönlich nach einem möglichst hohen Behandlungserfolg, um dadurch sein Ansehen und Prestige zu steigern. Sowohl eine bestmögliche Patientenbehandlung als auch ein hoher Behandlungserfolg wird vom Ärztlichen Leiter mit einem möglichst großen ärztlichen Personalbestand in Verbindung gebracht und als Zielvorstellung verfolgt.<sup>451</sup> Der Pflegedienstleiter verfolgt ebenfalls das Interesse einer möglichst umfangreichen Personalausstattung. Mehr Personal führt zu einer Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegebereich, da die oftmals sehr hohe zeitliche und körperliche Arbeitsbelastung reduziert werden kann. Ein hoher Personalbestand im Pflegedienst wird mit pflegerischer Qualität und großem Betreuungserfolg in Verbindung gebracht.<sup>452</sup> Für den Verwaltungsleiter ist eine qualitativ und quantitativ hochkarätige Personalbesetzung attraktiv, da diese zur Gewinnung eines positiven Krankenhausimage und Steigerung des persönlichen Prestige beiträgt. Im stetig wachsenden Wettbewerb der Krankenhäuser kann ein positives Krankenhausimage nur dann erreicht werden, wenn neben fortschrittlicher technischer Ausstattung auch geeignete Personalressourcen zur Verfügung stehen.<sup>453</sup>

Alle Mitglieder des Krankenhausdirektoriums sind aus ihren persönlichen Zielvorstellungen heraus nicht an einer Reduzierung des Personalinputs interessiert. Es tritt das Principal-Agent-Problem auf, dass der Agent seine individuellen Verhaltensweisen dahingehend ausrichtet, bestehende Informationsvorteile bei der Unterstützung und Beratung des Principal für eigene Interessen auszunutzen. Diese Möglichkeit besteht für das Krankenhausdirektorium bei der Mitwirkung der Ermittlung des Personalbedarfs und den Vorschlägen für Einstellungen, Entlassungen, Einstufungen etc. von Mitarbeitern. Im Ergebnis beinhalten diese Vorschläge der Direktoriumsmitglieder einen wachsenden und nicht sinkenden oder stagnierenden Personalbe-

<sup>451</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1995a), S. 280.

<sup>452</sup> Vgl. Köhrer, D. (1991), S. 73.

<sup>453</sup> Vgl. Buchholz, W. (1998), S. 20ff.

darf. Das eigennützige Verhalten findet keine Einschränkung, da weder das Einkommen des Ärztlichen Leiters, des Pflegedienstleiters noch des Verwaltungsleiters an erhöhte Personalkosten geknüpft sind. Es bestehen keine Auswirkungen auf die jeweilige persönliche wirtschaftliche Situation.<sup>454</sup> Andere Anreize, zum Ziel des Krankenhasträgers beizutragen und Wirtschaftlichkeitspotenziale im Personalbereich einzuholen, bestehen nicht. Der Principal ist daher gezwungen, diese Diskrepanz über verstärkte Kontrollmaßnahmen auszugleichen.

In **Modell 2** sind die Handlungsbereiche dahingehend verteilt, dass sich der Einfluss des Krankenhasträgers auf die Einstellung, Entlassung und Vergütung der leitenden Dienstkräfte des Krankenhauses beschränkt. Der Krankenhausmanager mit krankenhauspezifischen Fachkenntnissen und Know-how aus der Erfahrung anderer Krankenhäuser<sup>455</sup> übernimmt die Entscheidungskompetenz für alle sonstigen Dienstkräfte des Krankenhauses.

Dem Krankenhasträger ist es im Public Private Partnership-Modell möglich, seine Zielvorstellung von reduzierten Personalaufwendungen im Bereich der leitenden Dienstkräfte direkt zu beeinflussen. Die Handlungsweise des Krankenhausmanagers bestimmt die Entwicklung der sonstigen Personalaufwendungen. Gemäss seiner persönlichen Zielvorstellung ist er an einer Kostensenkung interessiert, da sich sein variabler Einkommensanteil an der jährlich erreichten Ergebnisverbesserung bemisst. Dieser Anreiz führt dazu, dass der Krankenhausmanager als Agent im Rahmen seines individuellen Verhaltens auf eine Verringerung der Personalaufwendungen hinwirkt. Im Fall einer Krankenhausergebnisverschlechterung aufgrund erhöhter Personalaufwendungen, ist die Einkommenshöhe des Krankenhausmanagers direkt betroffen und damit seine persönliche wirtschaftliche Situation beeinträchtigt. Diese Abhängigkeit bewirkt eine Zielunion zwischen dem Krankenhasträger als Principal und dem Krankenhausmanager als Agent. Die Principal-Agent-Problematik, dass Informationsvorteile des Agent zur Realisierung individueller Zielvorstellungen, die das Nutzenniveau des Principal beeinträchtigen, ausgenutzt werden, tritt nicht ein. Der Krankenhausmanager verfolgt die dem Krankenhasträger gleichgerichtete Ziel-

<sup>454</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1995a), S.280f.; Winter, M. (1983), S. 288f.

<sup>455</sup> Vgl. Borgmann, M. (1999), S. 32.

vorstellung zu verringrigernden Personalaufwendungen, ohne dass der Krankenhausträger vermehrte Kontrollmaßnahmen einsetzen muss.

Die Entscheidungskompetenz hinsichtlich des Vermögens und der investiven Mittel des Krankenhauses liegt im klassischen Organisationsmodell, **Modell 1**, vollständig

beim Krankenhausträger. Zur Durchführung dieses Handlungsrechtes sind entsprechende Kenntnisse und Informationen über Anpassungsnotwendigkeiten der Krankenhausgebäude- und Raumanlagen erforderlich und der Anschaffungsbedarf von medizinisch-technischen Großgeräten muss eingeschätzt und bewertet werden. Zu diesem Zweck ist das Krankenhausdirektorium als Agent eingesetzt, der beratend und unterstützend für den Principal Entscheidungsvorlagen zu den genannten Fragestellungen anfertigt.

Die Verringerung des Sachgüter-Inputs trägt zur Steigerung des Krankenhausbetriebsergebnisses bei und stellt somit die Zielvorstellung des Krankenhausträgers dar. Durch sein Handlungsrecht im Bereich Sachgüter beeinflusst er diesen Faktor direkt und strebt eine entsprechende Reduzierung an. Ein ähnliches Bestreben ist auf Seiten des Krankenhausdirektoriums als Agent nicht erkennbar. Der Ärztliche Leiter zeigt ein primäres Interesse an medizinischer Qualität und Behandlungserfolg, so dass für ihn insbesondere eine möglichst hochwertige medizinisch-technische Ausstattung von Wichtigkeit ist. „Neben der Frage, welche Leistungen in Diagnose und Therapie möglich sind, hängt es wesentlich von der technischen Ausstattung ab, wie die Leistungen unter qualitativen Gesichtspunkten wie der Geschwindigkeit, Präzision, Patientenbelastung und medizinischen Wirksamkeit erstellt werden können.“<sup>456</sup> Für den Pflegedienstleiter sind gute räumliche und bauliche Gegebenheiten des Krankenhauses wesentlich, um die Arbeitssituation im pflegerischen Bereich zu verbessern. Insbesondere ein funktioneller Aufbau der Krankenhausanlage trägt zu den Möglichkeiten und Grenzen des Krankenhausbetriebsablaufs und dem damit verbundenen Aufwand für das Pflegepersonal bei.<sup>457</sup> Sind stattdessen die Transportwege besonders weit, die räumlichen Gegebenheiten zur Unterbringung der Patienten sehr klein und

---

<sup>456</sup> Steiner, P. (1997), S. 139f.

<sup>457</sup> Vgl. Steiner, P. (1997), S. 138.

darüber hinaus in einem baulich schlechten Zustand, umso ungünstiger stellen sich die Arbeitsbedingungen der Pflege dar. Aus Sicht des Verwaltungsleiters tragen eine hochkarätige medizinisch-technische Geräteausstattung und großzügige Raum- und Gebäudeanlagen erheblich zur Steigerung des Krankenhausstatus bei.<sup>458</sup> Dies wirkt sich weiterhin positiv auf sein persönliches Image aus und gehört zu seinen individuellen Zielvorstellungen.

Die Mitglieder des Krankenhausdirektoriums sind gemäß ihrer persönlichen Zielvorstellungen nicht an einer Verringerung des Sachgütereinsatzes interessiert. Zur Verfolgung der eigenen Interessen nutzen sie ihre Informationsvorteile und ihr Expertenwissen gegenüber dem Krankenhasträger. Dazu gehört insbesondere die Ein- und Abschätzung des medizinisch-technischen Fortschritts durch den Ärztlichen Leiter und die Bewertung von Organisationsabläufen in der Pflege innerhalb von unterschiedlichen räumlichen Gegebenheiten durch den Pflegedienstleiter. Diese Inhalte finden ihre Anwendung im Rahmen der Aufgabe des Krankenhausdirektoriums, dem Krankenhasträger Vorschläge und Entwürfe über baulich-betriebliche Fortentwicklungen des Krankenhauses und notwendigen medizinisch-technischen Gerätebedarf zu unterbreiten. Die individuelle Verhaltensweise des Agent führt dazu, dass er an dieser Stelle seinen Informationsvorsprung ausnutzt, um die oben genannten eigen-nützigen Vorstellungen zu realisieren. Es bestehen keine Anreize für die Mitglieder des Direktoriums, entgegen ihren individuellen Interessen das Ziel des Krankenhasträgers zu unterstützen und Einsparungspotenziale in der Sachgüterausstattung zu verfolgen. Dies liegt letztlich auch darin begründet, dass eine Steigerung der Aufwendungen im Sachgüterbereich die persönliche wirtschaftliche Situation von Ärztlichem Leiter, Pflegedienstleiter und Verwaltungsleiter nicht tangiert oder beeinträchtigt. Diese Situation muss seitens des Krankenhasträgers als Principal durch erhöhte Kontrollmittel aufgefangen werden.

In **Modell 2**, Public Private Partnership, überträgt der Krankenhasträger dem Krankenhausmanager das Entscheidungsrecht über Einzelinvestitionen bis zu einem Wert von 200.000,- DM. Im Rahmen seiner Aufgabe als Agent, das Krankenhaus wirtschaftlich zu führen, ist es dem Krankenhausmanager damit möglich, die Beschaf-

---

<sup>458</sup> Vgl. Beck, J. (1993), S. 11.

fung von Sachgütern innerhalb seines Handlungsspielraumes zu steuern. Gemäß seiner persönlichen Zielvorstellungen ist er daran interessiert, die Aufwendungen für Sachgüter und Investitionen gering zu halten, um eine möglichst hohe Steigerung des Krankenhausbetriebsergebnisses zu erzielen. Der Anreiz dafür entsteht durch die Verknüpfung mit seinem variablen Einkommensbestandteil und der möglichen Beeinträchtigung seiner persönlichen wirtschaftlichen Situation. Der Krankenhaussträger als Principal schafft durch diese Konstellation eine Umgebung, in der die individuellen Zielvorstellungen des beauftragten Agent mit seiner verfolgten Zielsetzung übereinstimmt. Das Verhalten des Krankenhausmanagers ist entweder auf die Vermeidung von Investitionsausgaben oder die Veranlassung von Rationalisierungsinvestitionen ausgerichtet. In beiden Fällen wirkt sich der Umgang mit Investitionsmitteln verringernd auf den Sachgüterinput aus. Diese individuelle Handlungsweise des Agent dient somit dem Principal, ohne dass zusätzliche Kontrollmaßnahmen notwendig werden.

Ebenso wie Personal und Sachgüter beeinflusst auch der Inputfaktor Betriebsmittel das Krankenhausergebnis positiv oder negativ. Der Krankenhaussträger nutzt sein Entscheidungsrecht der Feststellung des Wirtschaftsplans, um den Betriebsmittelverbrauch bereits innerhalb des Planungsrahmens einzuschränken. Die Erstellung und der Vollzug des Wirtschaftsplans liegt stattdessen in der Verantwortung des jeweiligen Agent, dem Krankenhausdirektorium bzw. Krankenhausmanager. Das Krankenhausdirektorium in **Modell 1** ist hierbei jedoch nicht gleichermaßen an einer Senkung des Betriebsmitteleinsatzes interessiert. Sowohl der Ärztliche Leiter als auch der Pflegedienstleiter weisen bei ihren individuellen Zielvorstellungen eine bestmögliche medizinische Behandlungsqualität bzw. eine bestmögliche Pflegequalität auf. Vor diesem Hintergrund, das Beste für den Patienten mit dem sichersten Behandlungserfolg erbringen zu wollen, entstehen Maximierungstendenzen im Umgang mit Leistungen und den damit verbundenen Betriebsmitteln<sup>459</sup>.

Für die Mitglieder des Krankenhausdirektoriums besteht ein Interessenkonflikt hinsichtlich der persönlichen Zielsetzung und der Vorstellung des Krankenhaussträgers. Der Informationsvorteil liegt auf der Seite des Krankenhausdirektoriums als Agent.

---

<sup>459</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1991), S. 460.

Der Ärztliche Leiter kann als Fachexperte die Notwendigkeit der zu erbringenden ärztlichen Leistungen einschätzen und Einsparmöglichkeiten für die damit in Zusammenhang stehenden Medikamente und Materialien bewerten. Im Arzneimittelbereich kann bereits die Berücksichtigung günstigerer Präparate mit gleicher Wirksamkeit, sog. Generika, zu hohen Einsparungen führen.<sup>460</sup> Der Pflegedienstleiter ist Fachmann auf dem Gebiet der Beurteilung des Einsatzes von Verbrauchsmaterialien für die pflegerische Patientenversorgung. In diesem Bereich kann allein der bewusste und sparsame Umgang mit Verbrauchsmaterialien zu einer Reduzierung führen. Diese Informationsvorteile nutzt das Krankenhausdirektorium als Agent insbesondere bei der Erstellung des Wirtschaftsplans aus, in dem die Werte für den Betriebsmittelverbrauch höher als notwendig angesetzt und entsprechend argumentiert werden. Für die Mitglieder des Krankenhausdirektoriums besteht kein Anreiz, entgegen ihren individuellen Interessen, zum Nutzenniveau des Krankenhasträgers beizutragen und Einsparpotenziale im Betriebsmittelbereich preiszugeben. Wiederum ist die persönliche Wirtschaftslage von Ärztlichem Leiter, Pflegedienstleiter und Verwaltungsleiter durch einen erhöhten Verbrauch nicht beeinträchtigt, so dass dem Krankenhasträger nur zusätzliche Kontrollmaßnahmen zur Steuerung bleiben.

Im Public Private Partnership-**Modell 2** ist der Krankenhausmanager mit der Erstellung und dem Vollzug des Wirtschaftsplans betraut. Im Gegensatz zum Krankenhausdirektorium ist er ebenso wie der Krankenhasträger an einer Senkung der Betriebsmittelaufwendungen interessiert, um mit einer dadurch erreichten Verbesserung des Krankenhausbetriebsergebnisses gleichermaßen seinen variablen Einkommensanteil zu steigern. Zu diesem Zweck nutzt der Krankenhausmanager krankenhaus-spezifische Informationen und Erfahrungen, die auf der Ebene seines Auftraggebers nicht vorhanden sind.<sup>461</sup> Den Hintergrund bildet hierbei vor allem die private Klinikgesellschaft, die den Krankenhausmanager für die Führung des öffentlichen Krankenhauses gestellt hat. Die Klinikgesellschaft besitzt oder betreibt ein oder mehrere andere Gesundheitseinrichtungen, die in ihrer Gesamtheit mit dem öffentlichen Krankenhaus z. B. wesentlich größere Bestellmengen beim Einkauf von Betriebsmitteln generieren können, als einzeln. Dadurch ergibt sich eine stärkere Verhandlungs-

<sup>460</sup> Vgl. Goslich, L. (2002a), S. 53f.

<sup>461</sup> Vgl. Borgmann, M. (1999), S. 32.

position gegenüber den Lieferanten und es lassen sich Preisnachlässe bzw. Mengenrabatte erzielen.<sup>462</sup> Darüber hinaus besteht für den Krankenhausmanager in seiner Rolle als Principal gegenüber dem Krankenhausdirektorium als Agent die Notwendigkeit, den Anreiz im Umgang mit Betriebsmitteln sparsam und wirtschaftlich zu sein, weiterzugeben. Neben Kontrollmaßnahmen, wie z. B. die Prüfung des Betriebsmittelverbrauchs über eine regelmäßige Berichterstattung, kann er eine vertraglich zugrunde gelegte Beteiligung am Umfang der gesenkten Kosten einrichten.

Die wesentlichen Principal-Agent-Probleme, die in Modell 1 und 2 hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsfaktors Input bestehen, sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

|              | <b>Modell 1:<br/>Klassische Organisation</b>   | <b>Modell 2:<br/>P P P</b>   |
|--------------|--|--|
| <b>Input</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» Fehlende Fachkenntnisse des Principal bei der krankenhauspezifischen Personalauswahl, der Sachgüterbeschaffung und dem Betriebsmittelverbrauch</li> <li>» Fehlende Anreize für den Agent zur Einhaltung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen beim Personal-, Sachgüter- und Betriebsmitteleinsatz</li> <li>» Ausnutzung des Informationsvorsprungs durch den Agent zur Realisierung eigennütziger Interessen in Form von Personal-, Sachgüter- und Betriebsmittelmaximierung</li> <li>» Hohe Kontrollnotwendigkeit durch den Principal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» Fehlende Fachkenntnisse des Principal bei der krankenhauspezifischen Personalauswahl leitender Führungskräfte, der Sachgüterbeschaffung und dem Betriebsmittelverbrauch</li> <li>» Doppelte Principal-Agent-Beziehung und dadurch bedingte doppelte Kontrollmaßnahmen zur Reduzierung von Informationsasymmetrien und unkontrollierbaren Handlungen</li> <li>» Kontrollnotwendigkeit durch den Principal</li> </ul> |

TABELLE 3: PRINCIPAL-AGENT-PROBLEMATIK – INPUT

<sup>462</sup> Experten gehen davon aus, dass „65 Prozent aller Rationalisierungsreserven im Krankenhaus direkt oder indirekt die Bereiche Einkaufsmanagement und Logistikorganisation tangieren“. Schwing, C. (2000), S. 37. Die Zukunft der Beschaffung medizinischer Produkte wird im weltweiten Einkauf über Nutzung des Internets gesehen. Derzeit verschwenden deutsche Krankenhäuser jährlich bis zu drei Mrd. DM durch übererteuerten Einkauf medizinischer Geräte und ineffiziente Strukturen bei der Beschaffung. Vgl. Frädrich, A. (2000), S. 50f.

Diese Principal-Agent-Probleme führen zu ökonomischen Auswirkungen hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsfaktors Input. In Modell 1 ist ein steigender Personal-, Sachgüter- und Betriebsmitteleinsatz festzustellen. Für das Krankenhausdirektorium als Agent bestehen keine Anreize, entgegen ihren individuellen Interessen, auf eine Senkung des Inputs hinzuwirken und bestehende Rationalisierungsreserven auszunutzen. Unter der Annahme einer gleichbleibenden Leistungserbringung führt dieses Verhalten zu einer ökonomischen Verschlechterung des Krankenhausbetriebsergebnisses. Darüber hinaus ist es für den Krankenhaussträger als Principal notwendig, verstärkte Kontrollmaßnahmen durchzuführen, um eine Inputreduzierung zu erreichen. Kontrollmaßnahmen könnten beispielsweise in Form einer regelmäßigen Berichterstattung des Agent bestehen. Der Principal prüft und vergleicht die Berichterstattung, so dass steigender Personal-, Sachgüter- und Betriebsmitteleinsatz frühzeitig erkannt wird. Eine umfangreiche und häufige Berichterstattung führt zu vermehrtem Aufwand sowohl für den Principal als auch für den Agent.

Die ökonomischen Auswirkungen in Modell 2 zeigen ein entgegengesetztes Ergebnis. Der Krankenhausmanager als Agent handelt entsprechend seinen individuellen Interessen und der gesetzten Anreize, was in der Tendenz zu einem sinkenden Personal-, Sachgüter- und Betriebsmitteleinsatz führt. Unter der Annahme einer gleichbleibenden Leistungserbringung führt dieses Verhalten zu mehr Wirtschaftlichkeit und einer Verbesserung des Krankenhausbetriebsergebnisses. Außerdem sind keine verstärkten Kontrollmaßnahmen durch den Principal nötig und der damit verbundene Aufwand ist entsprechend geringer.

### 6.3.2 Output

Die Anzahl der stationären Krankenhausfälle in der Bundesrepublik Deutschland ist von 13,9 Mio. Fälle im Jahre 1991 auf insgesamt 15,9 Mio. Fälle im Jahre 1998 angestiegen. Das entspricht einem Wachstum von über 14%.<sup>463</sup> Bei der gleichzeitig sinkenden Anzahl von Krankenhäusern müssen die Krankenhaussträger zukünftig mit einer höheren Leistungserbringung rechnen, um eine bedarfsgerechte Versorgung der

<sup>463</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2000a), S. 14.

Bevölkerung zu gewährleisten. Es ist davon auszugehen, dass der Krankenhausträger insbesondere vor diesem Hintergrund an einer Steigerung des Outputfaktors Fallzahl interessiert ist. Die Beeinflussung des Faktors Fallzahl ist ihm im Rahmen seiner Handlungsbereiche indirekt durch die Ausstattung des Krankenhauses mit Personal und Sachgütern möglich. Eine hochwertige und umfangreiche Krankenhausausstattung führt zu einer Steigerung des Status der stationären Einrichtung und kann die Zuweisung von Patienten durch die niedergelassenen Ärzte bzw. die Selbsteinweisungen fördern. Weitreichendere Einflussmöglichkeiten hat das Krankenhausdirektorium bzw. der Krankenhausmanager.

In **Modell 1**, klassische Organisationsstruktur, führen die unterschiedlichen Informationen und Interessen der Mitglieder des Krankenhausdirektoriums zu uneinheitlichen Verhaltensweisen. Ein Motiv des Ärztlichen Leiters ist seine Einkommenserzielung, welches neben einem fixen Entgelt aus freien Liquidationserlösen durch die Behandlung von Privatpatienten besteht. Besonders lukrativ für den Ärztlichen Leiter ist der Bestandteil der Privatliquidation. Er ist daher bemüht, die Anzahl der behandelten Privatpatienten zu lasten der gesetzlich versicherten Patienten zu steigern, da sich somit seine persönliche wirtschaftliche Situation verbessert.<sup>464</sup> Der Handlungsbereich des Ärztlichen Leiters besteht direkt in der Aufnahme bzw. Entlassung eines Patienten und indirekt in der Ausgestaltung seines Renommees und in der Beziehungspflege zu den niedergelassenen Ärzten der Region. Insbesondere den Handlungsbereich der direkten Beeinflussbarkeit wird der Ärztliche Leiter im Rahmen seines Informationsvorteils ausnutzen, d. h. bei Patientenaufnahmen werden Privatpatienten bevorzugt<sup>465</sup> und über einen möglichst langen Zeitraum stationär behandelt. Diese Konzentration auf Privatpatienten führt aus Sicht des Krankenhausträgers jedoch nicht zur gewünschten Fallzahlsteigerung.<sup>466</sup> Der Verwaltungsleiter zeigt ebenfalls ein persönliches Interesse an einer Steigerung der Fallzahl. Zum einen wirkt sich eine hohe Fallzahl und ein entsprechend hoher Auslastungsgrad positiv auf den Krankenhausstatus und damit auch auf das persönliche Prestigestreben des Verwaltungsleiters aus. Zum anderen ist die Fallzahl eine Zielgröße, an der er bei Verhandlungen mit Sozialversicherungsträgern gemessen wird. Eine Steigerung der erbrach-

<sup>464</sup> Vgl. Schwing, C. (1998), S. 36.

<sup>465</sup> Diese Möglichkeit besteht nicht, wenn es sich um Notfallbehandlungen handelt.

<sup>466</sup> Evtl. Hinweis auf Verhältnis GKV – PKV und Versorgungssicherheit.

ten Leistungen wirkt sich günstig auf seine Verhandlungsposition aus.<sup>467</sup> Der Handlungsbereich des Verwaltungsleiters besteht – ähnlich wie beim Ärztlichen Leiter – in der Herstellung guter Beziehungen zu den einweisenden Ärzten. Für den Pflegedienstleiter besteht keine Abhängigkeit von Patientenzahl und persönlichem Einkommen oder persönlichem Prestige oder der Verhandlungsposition. Das individuelle Interesse des Pflegedienstleiters liegt stattdessen darin, einen möglichst geringen Arbeitsaufwand zu haben. Je weniger Patienten gleichzeitig pflegerisch versorgt werden müssen, umso günstiger gestaltet sich die Arbeitssituation des Pflegepersonals hinsichtlich Quantität und Qualität. Der Pflegedienstleiter ist aus dieser Sicht an einer Verminderung des Outputfaktors Fallzahl interessiert, hat jedoch keine vergleichbaren Handlungsbereiche wie der Ärztliche Leiter und Verwaltungsleiter, um entsprechenden Einfluss auszuüben.

In **Modell 2**, Public Private Partnership, ist der Krankenhausmanager gemäß seiner persönlichen Zielvorstellungen grundlegend daran interessiert, das Krankenhausbetriebsergebnis zu steigern, um sein Einkommen zu maximieren. Kurzfristig lassen sich diese Ergebnisverbesserungen durch eine entsprechende Senkung des Inputs erreichen, mittel- bis langfristig ist jedoch die Weiterentwicklung und der Ausbau von Leistungspotenzialen, d. h. die Steigerung der Fallzahl, unerlässlich.<sup>468</sup> Der Krankenhausmanager nutzt seine Handlungsbereiche, um die gesamte Krankenhausfallzahl zu erhöhen. Da die einweisenden niedergelassenen Ärzte zu den Schlüsselfaktoren bei der Höhe der Krankenhausfallzahl gehören, kann der Krankenhausmanager seine Verfügungsrechte für Kooperationen und Zusammenarbeit anwenden. Denkbare Möglichkeiten sind „kostengünstige und wirtschaftlich nutzbare Praxisräumlichkeiten zur Verfügung zu stellen, die Verwendung von Einrichtungen und Personal des Krankenhauses anzubieten und Unterstützung bei der Erfüllung der vertragsärztlichen Bereitschaftspflicht zu gewähren“<sup>469</sup>. Konkret umgesetzte Kooperationen in der Praxis sind z. B. die Einrichtung einer Notfallpraxis eines niedergelassenen Arztes in einem Krankenhaus oder die Zusammenarbeit in der poststationären Erfolgskontrolle. Durch die Notfallpraxis wird die Notfallambulanz des Krankenhauses von Bagatelfällen entlastet und gleichzeitig komplettiert sie das Kranken-

<sup>467</sup> Vgl. beispielsweise Köhrer, D. (1991).

<sup>468</sup> Vgl. Schwarz, R. (1997), S. 494ff.

<sup>469</sup> Goslich, L. (2002b), S. 55.

hausangebot und trägt somit zur Patientenbindung bei. Bei der Durchführung der poststationären Nachkontrolle durch den niedergelassenen Arzt wird erreicht, dass das Krankenhaus eine Rückmeldung über den Erfolg seiner Eingriffe erhält, die ansonsten oftmals fehlt, da viele Patienten den Gang ins Krankenhaus zur Nachuntersuchung scheuen.<sup>470</sup> Aufgrund der Kompetenzen des Krankenhausmanagers, insbesondere Vertragsabschlüsse zu tätigen, die ärztlich-pflegerische Zielsetzung zu konkretisieren und die Sachgüter- und Raumausstattung weitestgehend festzulegen, kann er vergleichende Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten anbieten und umsetzen. Der Krankenhausmanager nutzt seine Kenntnisse zu unternehmerischem Handeln und unterstützt somit die Zielvorstellung des Krankenhausträgers. Darüber hinaus ist er im Rahmen der doppelten Principal-Agent-Beziehung als Principal darauf angewiesen, den Impuls der allgemeinen Fallzahlsteigerung insbesondere an den ärztlichen Leiter des Krankenhausdirektoriums weiterzugeben, um eine möglichst große Wirkung zu erzielen. Eine Möglichkeit bietet sich in der Ablösung der ärztlichen Privatliquidation zugunsten einer Beteiligung am wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses oder eines üppigeren Salärs.<sup>471</sup>

Neben der Fallzahl gehört die Vorhalteleistung zum Outputfaktor eines Krankenhauses und gilt als Maßgröße für das Leistungsangebot. Da es sich hierbei um die Bereithaltung von Kapazitäten zur Befriedigung einer Optionsnachfrage handelt, ist zu berücksichtigen, dass der Bedarf zeitlichen Schwankungen unterliegt und nicht gleichmäßig anfällt, d. h. „in Zeiten der normalen Beanspruchung führt die Vorsorge für Spitzenbelastungen zu Leerkapazitäten“<sup>472</sup>. Diese Bereitstellung von Leistungskapazitäten ist verbunden mit hohen Kosten der Ressourcenvorhaltung, insbesondere der Personalkosten. Der Krankenhausträger, der zur Verbesserung des Krankenhausbetriebsergebnisses an einer Verminderung des Inputs interessiert ist, beabsichtigt nicht die Steigerung der Vorhalteleistung, sondern nutzt seine Handlungsrechte zur Beibehaltung des bestehenden Kapazitätsniveaus bei erhöhter Auslastung. Darüber hinaus liegen im deutschen Krankenhauswesen erhebliche Überkapazitäten vor<sup>473</sup>, so

<sup>470</sup> Vgl. Schnack, D. (2002a), S. 52f.

<sup>471</sup> Vgl. Schwing, C. (1998), S. 36.

<sup>472</sup> Steiner, P. (1997), S. 180.

<sup>473</sup> Vgl. Knorr, G. (1998), S. 81ff.

dass bereits seit Jahren ein Bettenabbau betrieben wird<sup>474</sup>. Das Bestreben eines Krankenhauses, seine Kapazitäten konstant zu halten, stellt vor diesem Hintergrund vielmehr eine Herausforderung dar.

Die Mitglieder des Krankenhausdirektoriums in **Modell 1** zeigen nicht zwangsläufig ein gleichgerichtetes persönliches Interesse hinsichtlich des Umfangs der Vorhalteleistung. Für den Ärztlichen Leiter gehört die Verfügbarkeit von Behandlungskapazitäten zur individuellen Zielvorstellung. Begrenzt ist die verfügbare Behandlungskapazität durch die Anzahl der Betten, so dass eine hohe Bettenzahl eine entsprechend hohe Leistungsbereitschaft und Behandlungskapazität ermöglicht. Dies wiederum erhöht sein Ansehen und Prestige, so dass der Ärztliche Leiter grundlegend an einem Ausbau der ihm zugehörigen Bettenzahl interessiert ist.<sup>475</sup> Der Pflegedienstleiter strebt ebenfalls eine Ausweitung der Vorhalteleistung des Krankenhauses an, allerdings nicht primär um die Bettenzahl zu steigern, sondern hinsichtlich der damit verbundenen Erhöhung der Personalressourcen. Eine Ausweitung der Vorhalteleistung umfasst auch die Einstellung zusätzlichen Pflegepersonals, wodurch die Arbeitssituation bei normaler Beanspruchung entlastet und verbessert wird. Für den Verwaltungsleiter ist mit einer Steigerung der Vorhalteleistung eine erhöhte Bettenzahl verbunden, die wiederum für den Krankenhausstatus und dem damit für ihn verbundenen persönlichen Prestige förderlich ist.

Die individuellen Zielvorstellungen der Mitglieder des Krankenhausdirektoriums führen zu einem Bestreben nach erhöhten Vorhalteleistungen des Krankenhauses. Zu diesem Zweck nutzen Ärztlicher Leiter, Pflegedienstleiter und Verwaltungsleiter ihre Informationsvorteile gegenüber dem Krankenhaussträger. Im Rahmen ihrer Aufgabe, Vorschläge über Aufgabenänderungen sowie Fortentwicklungen der Zielsetzung des Krankenhauses zu erarbeiten, finden ihre individuellen Aspekte Anwendung. Die Mitglieder des Krankenhausdirektoriums werden dem Principal eine verstärkte Ausweitung der Aufgabenstellung des Krankenhauses und die damit verbundene Erhöhung der Vorhalteleistung empfehlen und begründen. Der Principal ist als Entscheidungshilfe auf die Empfehlung angewiesen, da er nicht das notwendige krankenhaus-

<sup>474</sup> Die Zahl der Krankenhausbetten in Deutschland verringerte sich von 665.565 Betten im Jahre 1991 auf 571.629 Betten im Jahre 1998 (-14%). Vgl. Statistisches Bundesamt (2000a), S. 14.

<sup>475</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1990), S. 31ff.

spezifische Fachwissen und die genaue Kenntnis der Situation vor Ort besitzt. Der vorliegende Interessenkonflikt führt dazu, dass dem Principal erhöhte Kosten zur Überwachung und Kontrolle der Verhaltensweisen des Agent entstehen.

Dem Krankenhausmanager in **Modell 2**, Public Private Partnership, ist ein erweiterter Handlungsbereich im Vergleich zum Krankenhausdirektorium zugeteilt. Ihm obliegt ausdrücklich die Interpretation, Ausgestaltung und Umsetzung der ärztlich-pflegerischen Zielsetzung des Krankenhauses. Vor dem Hintergrund seiner persönlichen Zielsetzung ist er bemüht, die Vorhaltung von Leistungskapazitäten möglichst gering zu halten, um hohe Fixkosten zu vermeiden. Zu diesem Zweck nutzt der Krankenhausmanager sein betriebswirtschaftliches Know-how und fördert die erhöhte Auslastung der bestehenden Kapazitäten<sup>476</sup> und nicht die Ausweitung der Vorhalteleistung.<sup>477</sup> Mit seiner individuellen Verhaltensweise unterstützt der Krankenhausmanager die Zielvorstellung des Krankenhausträgers. Gleichzeitig besteht aber die Gefahr, dass die betriebswirtschaftliche Sichtweise des Krankenhausmanagers nicht mit der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen übereinstimmt. Da der Krankenhausträger verpflichtet ist, die Bereitstellung entsprechender Krankenhauskapazitäten und –leistungen zu gewährleisten, ergibt sich die dringende Notwendigkeit, den Krankenhausmanager diesbezüglich zu kontrollieren.

In der nachfolgend dargestellten Tabelle sind die grundlegenden Principal-Agent-Probleme, die sich hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsfaktors Output ergeben, aufgeführt.

---

<sup>476</sup> Vgl. Engelmohr, I. (2000), S. 24ff.

<sup>477</sup> Liegt bereits eine optimale Auslastung der vorhandenen Kapazitäten vor und besteht darüber hinaus Nachfrage nach Krankenhausleistungen, ist auch die Ausweitung der Vorhaltekapazität denkbar, um den Krankenhausoutput in Form der behandelten Fälle weiterhin zu steigern.

|               | <b>Modell 1:<br/>Klassische Organisation</b>   | <b>Modell 2:<br/>P P P</b>  |
|---------------|--|---|
| <b>Output</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» Ärztlicher Leiter nutzt seine Informationsvorteile zur Steigerung der Behandlungsfälle im Krankenhaus für die Gruppe der Privatpatienten</li> <li>» Fehlende Anreize für den Pflegedienstleiter zur Steigerung der Behandlungsfälle</li> <li>» Fehlende Fachkenntnisse des Principal bei der Entscheidung über die Bereithaltung von Krankenhauskapazitäten</li> <li>» Beratungsvorschläge des Agenten hinsichtlich der Vorhalteleistung umfassen individuelle, der Zielvorstellung des Principal entgegengesetzte Inhalte</li> <li>» Hohe Kontrollnotwendigkeit durch den Principal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» Fehlende Fachkenntnisse des Principal bei der Entscheidung über die Bereithaltung von Krankenhauskapazitäten</li> <li>» Gewährleistung der Bereitstellung der notwendigen Krankenhauskapazitäten und -leistungen hinsichtlich einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung muss kontrolliert werden</li> <li>» Doppelte Principal-Agent-Beziehung und dadurch bedingte doppelte Kontrollmaßnahmen zur Reduzierung von Informationsasymmetrien und unkontrollierbaren Handlungen</li> <li>» Kontrollnotwendigkeit durch den Principal</li> </ul> |

TABELLE 4: PRINCIPAL-AGENT-PROBLEMATIK – OUTPUT

In Modell 1 führen die vorliegenden Principal-Agent-Probleme hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsfaktors Output zu dem Ergebnis, dass die Steigerung der Krankenhausfallzahl partiell auf die Patientengruppe der Privatpatienten beschränkt bleibt. Dies ist auf den besonderen Einfluss des Ärztlichen Leiters und seine individuelle Motivation zurückzuführen. Darüber hinaus ergibt sich aufgrund der persönlichen Zielsetzungen der Mitglieder des Krankenhausdirektoriums die Tendenz zur Steigerung der Vorhalteleistung. Verbunden damit sind erhöhte Fixkosten und eine geringere Auslastung der Bettenkapazitäten. Unter der Maßgabe, den Krankenhausoutput bei gleichem bzw. verminderter Input zu steigern, bewirkt die Krankenhausführung in Modell 1 eine ökonomische Verschlechterung des Krankenhausbetriebsergebnisses. Des Weiteren entstehen unwirtschaftliche Zusatzkosten durch die vermehrte Kontrollnotwendigkeit seitens des Principal über den Agenten.

Die Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausführung in Modell 2 sind gegenteilig. Der Krankenhausmanager erzielt durch seine Möglichkeiten der

Kundenbindung über niedergelassene Ärzte eine Steigerung der gesamten Krankenhausfallzahl. Dadurch wird die für die Verbesserung des Krankenhausbetriebsergebnisses notwendige Outputsteigerung erreicht. Darüber hinaus ist er um eine gesteigerte Auslastung der Krankenhauskapazitäten bemüht, statt einen Ausbau der Vorhaltekapazitäten und die damit verbundenen erhöhten Fixkosten. Insgesamt trägt diese Ausrichtung der Krankenhausführung zu einer ökonomischen Verbesserung des Krankenhausbetriebsergebnisses bei. Auf der anderen Seiten entstehen Zusatzkosten durch notwendige Kontrollmaßnahmen des Principal, damit die Bereitstellung von Krankenhausleistungen zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung gewährleistet bleibt. Im Verhältnis zur Steigerung des Krankenhausoutputs sind diese Kontrollkosten vergleichsweise gering.

### 6.3.3 Qualität

Die Strukturqualität umfasst die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung im Krankenhaus, insbesondere die personellen und sachlichen Ressourcen. Zu den Indikatoren gehören die Anzahl der Ärzte je Patient, die Anzahl des Pflegepersonals, die technologische Ausstattung und die Arztqualität. Die Steigerung der Strukturqualität ist somit vor allem mit zusätzlichen Aufwendungen für die Bereitstellung von personellem und sachlichem Input verbunden. Der Krankenhaussträger ist einerseits im Rahmen der Verbesserung des Krankenhausbetriebsergebnisses an einer Senkung des Inputs interessiert. Andererseits verfolgt er das kommunalpolitische Ziel seiner Wiederwahl. Das führt dazu, dass er gegenüber der Öffentlichkeit ein Krankenhaus mit qualitativ hochwertiger Infrastruktur ausweisen will, da der Wähler im Krankheitsfall eine umfassende und bestmögliche stationäre Versorgung erwartet. Diese Vorstellung ist heutzutage aber nicht mehr allein ausschlaggebend, da die Bevölkerung den Zusammenhang zwischen hohen Krankenversicherungsbeiträgen und hohen Krankenhauskosten wahrnimmt. Im Ergebnis strebt der Krankenhaussträger daher aus Imageaspekten das Ziel an, die Strukturqualität des Krankenhauses hoch bzw. konstant zu halten und aus ökonomischen Aspekten das Ziel, den Input für die Strukturqualität zu senken. Unabhängig von der Beziehung zwischen Principal und Agent besteht auf der Ebene des Krankenhaussträgers die Problematik konträrer Zielvorstel-

lungen aus unternehmerischer Sicht und aus politischer Sicht. Sowohl in **Modell 1** als auch in **Modell 2** besteht vor allem in dieser Hinsicht das Problem nicht eindeutiger bzw. variierender Zielvorstellungen seitens des Krankenhasträgers.<sup>478</sup>

Überdies sind die auftretenden Principal-Agent-Probleme und individuellen Verhaltensweisen der beteiligten Akteure hinsichtlich der Strukturqualität analog zu den Ausführungen in Kapitel 6.3.1 Input zu betrachten.

Im Gegensatz zur Strukturqualität umfasst die Prozessqualität den Ablauf der Leistungserbringung im Krankenhaus. Diesbezügliche Qualitätsüberlegungen sind nicht vordergründig mit einem erhöhten Einsatz von Ressourcen und entsprechendem Kostenaufwand verbunden<sup>479</sup>, sondern beziehen sich auf die Fragestellung der Prozessoptimierung krankenhausinterner Abläufe. Dies betrifft insbesondere einen optimierten Verlauf der Patientenversorgung, der zu möglichst geringen Wartezeiten für den Patienten führt und die Einhaltung von Behandlungsstandards, die ein einheitliches Qualitätsniveau der Patientenbehandlungsprozesse gewährleisten. Eine hohe Prozessqualität trägt zur Zufriedenheit des Patienten bei und bewirkt somit ein positives Image des Krankenhauses. Vor diesem Hintergrund ist der Krankenhasträger an einer möglichst hohen Prozessqualität interessiert. Auf der Grundlage der Handlungs- und Verfügungsrechtsstruktur ist es ihm nicht möglich, die Prozessqualität direkt zu beeinflussen. Ihm fehlen die notwendigen krankenhauspezifischen Fachkenntnisse im Bereich der medizinischen und pflegerischen Patientenbehandlung bzw. –versorgung, um eine Beurteilung vornehmen zu können. Der beauftragte Agent in Modell 1 und 2 ist für diesen operativen Handlungsbereich zuständig.

Im Rahmen der klassischen Organisationsstruktur, **Modell 1**, kann das Krankenhausdirektorium unmittelbar auf die Prozessqualität im Krankenhaus einwirken. Der Ärztliche Leiter ist Experte für alle medizinischen Arbeitsabläufe und Dienste im Krankenhaus. Diese Kenntnisse sind Voraussetzung insbesondere für die Regelung der medizinischen Behandlungsabläufe und die Festlegung von Grundsätzen zur ärztlichen Dokumentation. Die Regelung der Behandlungsabläufe beinhaltet die Ent-

<sup>478</sup> Vgl. Preusker, U. K. (1999), S. 18f.

<sup>479</sup> Eine qualitative Leistungserbringung bedingt nicht gleichermaßen hohe Kosten. Siehe dazu beispielsweise Gorschlüter, P. (1999).

scheidung über die Anwendung von medizinischen Methoden, die nur aus ärztlicher Sicht gefällt werden kann. Beispielsweise gilt es im Bereich der Operationsmethodik zwischen dem Einsatz konventioneller Verfahren, wie der offenen Gallenblasenoperation, und neuer Verfahren, wie der Form der Laparoskopie, abzuwägen und einen Standard für das Krankenhaus zu bestimmen.<sup>480</sup> Darüber hinaus steht und fällt die adäquate Darstellung des Leistungsspektrums mit der Güte der medizinischen Dokumentation und Kodierung. Der ärztliche Sachverstand über klinische Abläufe und Inhalte des Kodiersystems ist entscheidend von Bedeutung, um eine möglichst hochwertige Dokumentation und somit eine geringe entgeltrelevante Fehlerrate zu erzielen.<sup>481</sup> Der Pflegedienstleiter übernimmt als Fachexperte die vergleichbaren Aufgaben für den gesamten Bereich der pflegerischen Tätigkeiten und Arbeitsstrukturen im Krankenhaus.<sup>482</sup> Für die bereichsübergreifende Gesamtkoordination aller Krankenhausprozesse sind die Mitglieder des Krankenhausdirektoriums gemeinsam verantwortlich.

Gemäß ihrer Zielvorstellungen sind sowohl der Ärztliche Leiter als auch der Pflegedienstleiter an einer qualitativ hochwertigen medizinischen und pflegerischen Patientenbehandlung interessiert. Es liegt nahe, dass beide Experten die Steigerung ihrer berufsgruppenspezifischen Prozessqualität im Krankenhaus unterstützen. Allerdings bleibt festzustellen, dass aus Sicht der Verantwortlichen die Behandlungs- und Versorgungsqualität vordergründig einfacher und schneller zu verbessern ist, in dem beispielweise eine spezielle Fachkraft eingestellt wird. Die Reorganisation und Optimierung der zugrunde liegenden Prozessschritte ist hingegen zeitaufwendiger und schwieriger. Vor diesem Hintergrund besteht zwar die Absicht, die Prozessqualität zu erhöhen, allerdings ist die Motivation im Vergleich zu anderen Methoden eher gering und die Fachexperten nutzen ihr professionelles Wissen diesbezüglich aus.<sup>483</sup> Darüber hinaus handelt es sich hierbei um die beschränkte und fokussierte Betrachtung des Ärztlichen Leiters und Pflegedienstleiters auf ihre jeweiligen Aufgabenbe-

<sup>480</sup> Die laparoskopische Cholezystektomie hat mittlerweile die offene Operation so gut wie vollständig abgelöst. Bei diesem eleganten Routine-Eingriff gehört das Durchtrennen des Gallengangs zu den potenziellen Komplikationen, die in der konventionellen offenen Chirurgie erheblich weniger auftreten. Vgl. Schwing, C (2001), S. 84ff.

<sup>481</sup> Vgl. Sitzler, G. (2001), S. 60f.

<sup>482</sup> Vgl. Sitzler, G. (2002), S. 70f.

<sup>483</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1995a), S. 167ff.

reiche und Ressorts. Für eine übergreifende Optimierung der Krankenhausprozesse bestehen keine Anreize, zumal „Medizin und Pflege sich manchmal wie Feuer und Wasser verhalten“<sup>484</sup>.

In **Modell 2**, Public Private Partnership, ist der Krankenhausmanager als Agent für den Handlungsbereich der Prozessqualität gegenüber dem Krankenhausträger als Principal verantwortlich. Aus Sicht des Krankenhausmanagers trägt die Verbesserung der Prozessorganisation im Krankenhaus zur Steigerung der Leistungsfähigkeit bei, wodurch sich wiederum bessere ökonomische Ergebnisse erzielen lassen. Die Ausrichtung der Krankenhausprozesse auf den Patienten ermöglicht eine zielorientierte Steuerung der Leistungserstellung hinsichtlich Qualität, Kosten, Zeit und Patientenzufriedenheit.<sup>485</sup> In diesem Sinne gehört die Steigerung der Prozessqualität ebenso zu den individuellen Zielvorstellungen des Krankenhausmanagers.

Die unmittelbare Verrichtung des Patientenversorgungsprozesses erfolgt wie in Modell 1 durch das ärztliche und pflegerische Personal des Krankenhauses. Im Unterschied dazu sind dem Ärztlichen Leiter und dem Pflegedienstleiter in Modell 2 keine Einzel- oder Gesamtzuständigkeiten bzw. Verfügungsrechte zugeteilt. Im Rahmen der doppelten Principal-Agent-Beziehung ist das Krankenhausdirektorium als beratende und unterstützende Instanz in der Rolle des Agent mit dem Krankenhausmanager als Principal verbunden. Die Mitglieder des Krankenhausdirektoriums sind für eine bestmögliche Patientenversorgung zuständig, die Steuerung der einzelnen Krankenhausbereiche und deren Gesamtkoordination unterliegt hingegen dem Krankenhausmanager als Einzelperson. Der Krankenhausmanager als Principal verfügt über krankenhausspezifisches Know-how<sup>486</sup>, wodurch sich ein wesentlich geringeres asymmetrisches Informationsgefälle zum Agent ergibt, als in Modell 1. Somit besteht für den Agent weniger die Möglichkeit zu unkontrollierbaren Handlungen. Des Weiteren kann der Krankenhausmanager für die verbleibenden Informationsasymmetrien Mittel zur zielorientierten Anreizgestaltung einsetzen, wie z. B. die Beteiligung des Ärztlichen Leiters am wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses. Insgesamt ist das

<sup>484</sup> Schwing, C. (2001a), S. 49.

<sup>485</sup> Vgl. Scheer, A.-W./Chen, R./Zimmermann, V. (1996), S. 77.

<sup>486</sup> Es finden sich beispielsweise vermehrt Mediziner mit ökonomischem Wissen in entsprechenden Führungspositionen im Krankenhaus. Vgl. Schnack, D. (2001), 46f.

Bedürfnis des Krankenhausmanagers auf eine bereichsübergreifende Prozessoptimierung ausgerichtet, um eine maximale Produktivitätssteigerung zu erreichen. Durch seine Steuerungsfunktion bewirkt er die Überwindung der Hürden der Berufsgruppenzugehörigkeit und vermindert das Ressortdenken einzelner. Erst durch eine funktionierende berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit können umfangreiche Produktivitätsreserven durch Prozessoptimierung erzielt werden.<sup>487</sup>

Die Dimension der Ergebnisqualität im Krankenhaus bezieht sich auf den Erfolg der Patientenversorgung, der zum einen mit medizinischen Hilfsindikatoren wie Mortalitäts-, Komplikations- und Wiedereinweisungsraten und zum anderen mit ökonomischen Größen wie Fallkosten und Verweildauern umschrieben werden kann. Der Krankenhaussträger strebt eine hohe Ergebnisqualität an, das bedeutet sowohl für die medizinischen Indikatoren eine Verringerung der Raten als auch im Bereich der ökonomischen Messgrößen geringere Fallkosten und Verweildauern. Eine direkte Beeinflussung der Ergebnisqualität ist dem Krankenhaussträger nicht möglich, sondern erfolgt durch den beauftragten Agent.

In **Modell 1**, klassische Organisationsstruktur, wirkt das Krankenhausdirektorium auf die Ergebnisqualität im Krankenhaus ein. Der Ärztliche Leiter ist Fachexperte für die Beurteilung von Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität aus medizinischer Sicht. Insbesondere vor dem Hintergrund des stetigen medizinischen Fortschritts und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ist eine entsprechende Fachkenntnis hierzu unabdingbar.<sup>488</sup> Dies lässt sich beispielsweise für den Bereich der Intensivmedizin verdeutlichen<sup>489</sup>, in dem unterschiedliche Beatmungsstrategien zu veränderten Behandlungsergebnissen führen können. So gibt es Intensivkonzepte, nach „denen durch frühe Extubation, kurzfristigem Aufenthalt auf der Intensivstation und somit früher Verlegung auf Normalstation die Mortalität bei Herzinfarkt und Schlaganfall deutlich reduziert werden konnte“<sup>490</sup>. Der Ärztliche Leiter kann seinen Informationsvorsprung hinsichtlich medizinischer Fragestellungen nutzen und z. B. durch

<sup>487</sup> Vgl. Preusker, U. K. (1999a), S. 28ff.

<sup>488</sup> Vgl. beispielsweise Schwing, C. (2002), S. 78-84.

<sup>489</sup> Für die Intensivmedizin werden bis zu ein Viertel der Ressourcen eines Krankenhauses verwendet. Vgl. Schwing, C. (2001b), S. 62f.

<sup>490</sup> Schwing, C. (2002a), S. 70.

gezielte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Mitarbeiter umsetzen. Gemäß seiner persönlichen Zielvorstellungen ist er an einer hohen medizinischen Behandlungsqualität und entsprechenden Ergebnisqualität interessiert. Im vorliegenden Beispielfall der Intensivmedizin führt eine Verbesserung der medizinischen Ergebnisse gleichzeitig zu einer Steigerung der ökonomischen Ergebnisqualität, da eine Verkürzung der Verweildauer auf der kostenintensiven Intensivstation erzielt wird und die Fallkosten sinken. Dieser Zusammenhang zwischen medizinischer und ökonomischer Ergebnisqualität wird jedoch nicht zwangsläufig vom Ärztlichen Leiter gefördert. An erster Stelle nutzt er seine Sachkenntnis und richtet seine individuellen Verhaltensweisen auf die Steigerung der medizinischen Ergebnisqualität aus, unabhängig von den wirtschaftlichen Auswirkungen, da ihn diese nicht betreffen. Gleichermaßen gilt für den Pflegedienstleiter und den Bereich der Pflege. Zur Steigerung der Ergebnisqualität zählt aus dieser Sicht neben der pflegerischen Versorgung während des Krankenaufenthalts insbesondere die Anleitung und Beratung des Patienten für die Zeit danach. Eine qualitative Verbesserung bzw. das Erkennen von Mängeln kann nur auf Basis von entsprechenden Fachkenntnissen erfolgen.<sup>491</sup>

In Rahmen von **Modell 2**, Public Private Partnership, ist der Krankenhausmanager für den Handlungsbereich der Ergebnisqualität gegenüber dem Krankenhaussträger verantwortlich. Entsprechend seiner persönlichen Zielvorstellungen ist der Krankenhausmanager an einer hohen medizinischen Ergebnisqualität, um das Ansehen des Krankenhauses bei der Bevölkerung zu steigern, und einer hohen ökonomischen Ergebnisqualität, um das wirtschaftliche Krankenhausbetriebsergebnis zu verbessern, interessiert. Nicht zuletzt zählt die Qualität der Ergebnisse eines Krankenhauses zu den wesentlichen, wenn nicht sogar entscheidenden Wettbewerbsfaktoren.<sup>492</sup> In diesem Sinne besteht Interessengleichheit zwischen Krankenhaussträger und Krankenhausmanager.

Die unmittelbare Durchführung und Beeinflussung hängt wie in Modell 1 letztlich vom Verhalten des ärztlichen und pflegerischen Personal des Krankenhauses ab. Im Rahmen der doppelten Principal-Agent-Beziehung muss der Krankenhausmanager

<sup>491</sup> Vgl. Karberg, S. (2002), S. 68-69.

<sup>492</sup> Vgl. Kemper, K. (2000), S. 44ff.

als Principal eine entsprechende Steuerung des Agent erreichen. Als Experte mit krankenhausspezifischen Fachkenntnissen kann er seine Erfahrungen hinsichtlich ergebnisqualitätssichernder Maßnahmen aus anderen Krankenhäusern der privaten Klinikkette einsetzen und somit die asymmetrische Informationslage gegenüber dem Agent verringern. Während der Agent die medizinische Ergebnisqualität bereits aus eigenem Interesse verfolgt, müssen Anreize für das Ziel der verbesserten ökonomischen Ergebnisqualität geboten werden. Zu diesem Zweck kann der Krankenhausmanager leitenden Ärzten wirtschaftliche Beteiligungen gewähren, wenn Verweildauern und Fallkosten erfolgreich gesenkt werden.

Die wesentlichen Principal-Agent-Probleme hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsfaktors Qualität sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

|                 | <b>Modell 1:<br/>Klassische Organisation</b>  | <b>Modell 2:<br/>P P P</b>   |
|-----------------|---|--|
| <b>Qualität</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» Fehlende Anreize für den Agent zur Einhaltung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen bei der Strukturqualität, Prozessqualität und ökonomischen Ergebnisqualität; stattdessen vermehrter Ressourceneinsatz</li> <li>» Fehlende Fachkenntnisse des Principal insbesondere bei der Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität im Krankenhaus</li> <li>» Interessenkonflikt für den Agent die Gesamtkoordination im Krankenhaus hinsichtlich der Prozessqualität zu optimieren, stattdessen Ressortdenken</li> <li>» Hohe Kontrollnotwendigkeit durch den Principal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» Fehlende Fachkenntnisse des Principal insbesondere bei der Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität im Krankenhaus</li> <li>» Doppelte Principal-Agent-Beziehung und dadurch bedingte doppelte Kontrollmaßnahmen zur Reduzierung von Informationsasymmetrien und unkontrollierbaren Handlungen</li> <li>» Kontrollnotwendigkeit durch den Principal</li> </ul> |

TABELLE 5: PRINCIPAL-AGENT-PROBLEMATIK – QUALITÄT

In Modell 1 ist im Ergebnis festzustellen, dass die medizinische Qualität vom Agent gesteigert wird, dies allerdings aufgrund der Principal-Agent-Problematik mit einem erhöhten Ressourceneinsatz verbunden ist. Die ökonomische Qualität und die Realis-

sierung von Wirtschaftlichkeitsreserven bleibt unberücksichtigt, da für den Agent kein Handlungsanreiz besteht. Des Weiteren ist das Bemühen des Agent, die Qualität zu erhöhen, auf das eigene Ressort gerichtet, statt auf die Gesamtheit des Krankenhauses. Das Ressortdenken führt zu Produktivitätsverlusten im Hinblick auf die Prozessqualität. Die Krankenhausführung in Modell 1 bewirkt durch die Vernachlässigung der ökonomischen Qualität und die fehlende bereichsübergreifende Prozessoptimierung eine ökonomische Verschlechterung des Krankenhausbetriebsergebnisses.

Der Krankenhausmanager in Modell 2 ist neben einer gesteigerten medizinischen Qualität gleichzeitig an einer verbesserten ökonomischen Qualität interessiert. Im Rahmen der doppelten Principal-Agent-Beziehung gibt er als Principal diesen Anreiz an das Krankenhausdirektorium in der Rolle des Agent weiter. Möglichkeiten dazu bieten sich insbesondere in der vertraglichen Festlegung von Wirtschaftlichkeitsanreizen für leitende Ärzte, die zu einer Verminderung des Ressourceneinsatzes führen. Dabei ist für den Krankenhausmanager eine bereichsüberreifende Verbesserung der Prozessqualität wichtig, um bestehende Produktivitätsreserven zu realisieren. Die Krankenhausführung in Modell 2 führt aufgrund der Berücksichtigung der ökonomischen Qualität und der ganzheitlichen Krankenhaussicht zu einer wirtschaftlichen Verbesserung des Krankenhausbetriebsergebnisses.

## 6.4 Vergleichende Betrachtung nach Modellen

In beiden Modellen ist das Koordinations- und Planungsrecht sowohl auf den Principal, den Krankenhasträger, als auch auf den Agent, das Krankenhausdirektorium bzw. den Krankenhausmanager, verteilt. Die Auswertung der einzelnen Handlungsbereiche nach Wirtschaftlichkeitsfaktoren zeigt, dass in Modell 1 die wesentlichen Verfügungsrechte beim Principal liegen. In Modell 2 wurde stattdessen eine umfangreiche Verlagerung von Verfügungsrechten auf den Krankenhausmanager als Agent vorgenommen. Sein Handlungsspielraum zur Aufgabenerfüllung und Steuerung des Krankenhauses ist größer als beim Krankenhausdirektorium in Modell 1. Es handelt sich somit um die Zuordnung von weitreichenderen Verfügungsrechten, aber auch beim Krankenhausmanager liegen keine vollständigen Rechtebündel vor, wie es aus property-rights-theoretischer Sicht für effizientes Handeln empfohlen wird. In beiden Modellen bilden Verfügungsrechtsstrukturen die Grundlage, aus der sich Principal-Agent-Beziehungen ergeben. Die daraus resultierenden Informationsasymmetrien und Interessenkonflikte sind von unterschiedlicher Art und Intensität und führen darüber hinaus zu abweichenden Verhaltensweisen der Individuen, die sich auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausführung auswirken.

### Modell 1:

Der Krankenhasträger beauftragt im Rahmen der klassischen Organisationsstruktur des Modells 1 das Krankenhausdirektorium mit der Führung des öffentlichen Krankenhauses. Das Direktorium besteht aus Mitgliedern der drei großen Berufsgruppen im Krankenhaus, Arzt, Pflege und Verwaltung, und verkörpert somit krankenhaus-spezifische Fachkenntnisse in allen Bereichen. Der Krankenhasträger befindet sich in der Situation, nicht über ausreichend Informationen und Know-how für die Krankenhausführung zu verfügen. Zwischen Principal und Agent liegen asymmetrisch verteilte Informationen vor. Der Principal ist auf die Beratung und Unterstützung des Agent angewiesen, um Entscheidungen treffen zu können, insbesondere zur Personalauswahl, Sachgüterbeschaffung, Festlegung von Art und Umfang der Vorhaltekapazitäten, Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität und zum Betriebsmittelverbrauch.

In diesem Zusammenhang entstehen für den Agent Interessenkonflikte zwischen seinen individuellen, eigennützigen Zielen und den Zielvorstellungen des Principal. Während der Principal eine Reduzierung der Inputfaktoren beabsichtigt, entspricht die Steigerung dieser Faktoren dem Eigennutzen des Agent. Für ihn bestehen keine Anreize, die eine Realisierung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen vorteilhaft erscheinen lassen. Ähnliches zeigt sich hinsichtlich der Frage von Art und Umfang der Vorhaltekapazitäten. Der Principal ist aus verschiedenen Gründen daran interessiert, die vom Krankenhaus bereitgestellten Leistungskapazitäten zu erhalten. Diese Zielvorstellung teilt der Agent gemäß seiner persönlichen Interessen nicht, sondern strebt vielmehr eine Steigerung der Bettenzahl und damit eine Ausweitung der Vorhaltekapazitäten an. Er nutzt seinen krankenhausspezifischen Informationsvorteil und zeigt dem Principal im Rahmen seiner Beratung und Anfertigung von Entscheidungsvorlagen die Notwendigkeit einer höheren Leistungskapazität auf. Des Weiteren ist der Krankenhaussträger zur Verbesserung des Krankenhausbetriebsergebnisses an einer Ausweitung des Krankenhausoutputs in Form der Behandlungsfälle interessiert. Für den Agent besteht kein Anreiz die allgemeine Fallzahl im Krankenhaus zu erhöhen und somit die Zielvorstellung des Principal zu verwirklichen. Stattdessen führt das Instrument der Privatliquidation dazu, dass sich der Ärztliche Leiter auf die Gruppe der Privatpatienten fokussiert, da damit für ihn eine Verbesserung des persönlichen Einkommens verbunden ist. Ebenfalls eigennützig zeigt sich das Interesse und Verhalten des Agent hinsichtlich der Qualität im Krankenhaus. Der Principal beabsichtigt eine erhöhte Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungserbringung, sowohl aus medizinischer als auch ökonomischer Sicht. Für den Agent besteht zwar ein persönlicher Anreiz zur Verbesserung der medizinischen Ergebnisqualität, allerdings unter Vernachlässigung der ökonomischen Gesichtspunkte und beschränkt auf das eigene fachliche Ressort. Die eigennützigen, den Zielvorstellungen des Principal entgegengesetzten Interessen des Agent erfordern ein hohes Maß an Kontrollnotwendigkeit. Nur durch entsprechende Maßnahmen ist es dem Principal möglich, die Eigennutzmaximierung des Agent zu begrenzen.

Im Ergebnis führen die individuellen Verhaltensweisen des Agent in Modell 1 insbesondere zu einem verstärkten Ressourceneinsatz und steigenden Fixkosten für die

Bereitstellung von Vorhaltekapazitäten. Gleichzeitig wird nur eine beschränkte Outputsteigerung bei den Krankenhausfällen erreicht. Die Qualitätsbestrebungen fokussieren sich auf eine gesteigerte medizinische Qualität zu lasten der ökonomischen Faktoren. Das Ressortdenken der Mitglieder des Krankenhausdirektoriums bedingt Produktivitätsverluste mangels einer übergreifenden Gesamtkoordination des Krankenhauses. Diese einzelnen ökonomischen Auswirkungen führen insgesamt zu einer unwirtschaftlichen Krankenhausführung und Verschlechterung des Krankenhausbetriebsergebnisses.

### **Modell 2:**

In Modell 2, Public Private Partnership, befindet sich der Krankenausträger ebenfalls in der Situation, nicht über ausreichend Informationen und Know-how für die Krankenhausführung zu verfügen. Auch in diesem Fall beauftragt er einen Agent mit der Führung des öffentlichen Krankenhauses, allerdings handelt es sich im Vergleich zu Modell 1 um einen professionellen Krankenhausmanager einer privaten Klinikette. Der Krankenausträger geht davon aus, für die von ihm zu treffenden Entscheidungen in den Bereichen Personalauswahl, Sachgüterbeschaffung, Betriebsmittelverbrauch und Vorhalteleistung in seinem Sinne vom Krankenhausmanager beraten und unterstützt zu werden. Es liegt ein ähnlich asymmetrisches Informationsverhältnis vor, wie bereits in Modell 1 gezeigt wurde.

In anderer Weise wirken sich die persönlichen Zielvorstellungen und Verhaltensweisen des Krankenhausmanagers aus. Er befindet sich hinsichtlich der Verwendung des Krankenhausinputs nicht in einem Interessenkonflikt, da er in Zielunion mit dem Principal eine Reduzierung des Ressourceneinsatzes beabsichtigt. Dieses Verhalten resultiert aus dem Anreiz, dass das variable Einkommen des Krankenhausmanagers an das finanzielle Ergebnis des Krankenhauses gebunden ist und analog mit einer Kostensenkung zunimmt. Auf dieser Basis wird auch für den Outputfaktor Krankenhausfallzahl eine vergleichbare Übereinstimmung der Interessen zwischen Principal und Agent hergestellt. Während in Modell 1 das Interesse des Agent lediglich in der Zunahme der zu behandelnden Privatpatienten liegt, ist der Krankenhausmanager in Modell 2 um eine Steigerung der gesamten Fallzahl bemüht. Ein erhöhter Krankenhausoutput ist neben der Kostensenkung Voraussetzung für eine Verbesserung des

Krankenhausbetriebsergebnisses und beeinflusst somit die persönliche wirtschaftliche Situation des Krankenhausmanagers. Eng verbunden mit dem Output im Krankenhaus ist der Faktor Qualität. In Übereinstimmung mit dem Krankenhausträger bewirkt der Krankenhausmanager sowohl eine medizinische als auch ökonomische Qualitätsverbesserung. Die Umsetzung findet im Rahmen der doppelten Principal-Agent-Beziehung zwischen Krankenhausmanager und Krankenhausdirektorium statt. Im Vergleich zum Krankenhausträger in Modell 1 hat der Krankenhausmanager aufgrund seines krankenhauspezifischen Know-hows und den Erfahrungen aus anderen Krankenhäusern der privaten Klinikkette eine bessere Ausgangssituation. Die Informationsasymmetrie ist geringer und der Krankenhausmanager kann die Anreizgestaltung für den Agent gezielt einsetzen. Darüber hinaus nimmt der Krankenhausmanager die Koordination der bereichsübergreifenden Gesamtkoordination und Prozessoptimierung im Krankenhaus wahr. Die Ausübung dieser Funktion fehlt in der Krankenhausorganisation von Modell 1.

Die Ausgestaltung von Art und Umfang der Vorhaltekapazitäten liegt in Modell 2 teilweise im Handlungsbereich des Krankenhausmanagers. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht setzt er eine geringe Vorhaltekapazität mit möglichst hoher Auslastung um. Damit besteht die Gefahr einer eingeschränkten bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Im Vergleich zu Modell 1 muss der Krankenhausträger demnach verstärkt kontrollieren und überwachen, ob durch die Handlungen des Krankenhausmanagers seine Gewährleistungsverpflichtung in Frage gestellt wird.

In Modell 2 führen die individuellen Verhaltensweisen des Krankenhausmanagers als Agent zu einem verminderten Ressourceneinsatz im Krankenhaus. Zugleich wird eine umfangreiche Outputsteigerung der gesamten Fallzahlen erreicht. Die Qualitätsüberlegungen sind auf medizinische und ökonomische Faktoren gerichtet und durch eine bereichsübergreifende Prozessoptimierung können Produktivitätsreserven realisiert werden. Im Ergebnis führen diese einzelnen ökonomischen Auswirkungen im Vergleich zu Modell 1 insgesamt zu einer wirtschaftlicheren Krankenhausführung und Verbesserung des Krankenhausbetriebsergebnisses.

Die Ergebnisse der vergleichenden Betrachtung von Modell 1 und 2 sind in der folgenden Tabelle konzentriert und zusammenfassend dargestellt.

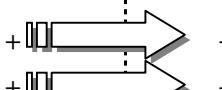
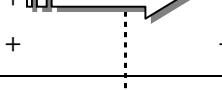
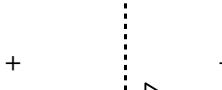
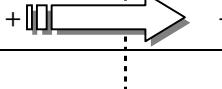
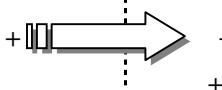
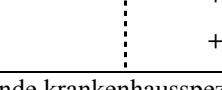
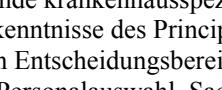
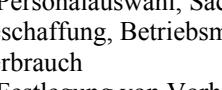
|  | <b>Modell 1: Klassische Organisation</b>   |                                 | <b>Modell 2: PPP</b>  |   |
|--|--|---------------------------------|---|---|
|  | <b>Principal<br/>KH-Träger</b>   | <b>Agent<br/>KH-Direktorium</b> | <b>Principal<br/>KH-Träger</b>  | <b>Agent<br/>KH-Manager</b>   |
| Handlungsbereich Input:                        |  |                                 |   |   |
| » Personal                                     | ++   |                                 | +    | +   |
| » Sachgüter                                    | ++   |                                 | +    | +   |
| » Betriebsmittel                               | +  | +                               | +    | +   |
| Handlungsbereich Output:                       |  |                                 |   |   |
| » Fallzahl                                     | +  | +                               | +    | +   |
| » Vorhalteleistung                             | ++   |                                 | +    | +   |
| Handlungsbereich Qualität:                     |  |                                 |   |   |
| » Strukturqualität                             | ++   |                                 | +    | +   |
| » Prozessqualität                              |  | ++                              |   | ++   |
| » Ergebnisqualität                             |  | ++                              |   | ++  |
| <b>Principal-Agent-Probleme</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>» Fehlende krankenhauspezifische Fachkenntnisse des Principal bei:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalauswahl, Sachgüterbeschaffung, Betriebsmittelverbrauch</li> <li>- Festlegung von Vorhaltekapazitäten</li> <li>- Beurteilung insbesondere der Prozess- und Ergebnisqualität</li> </ul> </li> <li>» Ausnutzung von Informationsvorteilen durch den Agent bei der Beratung des Principal; Realisierung eigennütziger Interessen</li> <li>» Keine Anreize für den Agent zur:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realisierung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen beim Personal-, Sachgüter- und Betriebsmitteleinsatz</li> <li>- Steigerung der Krankenhausfallzahl (alle Patientengruppen)</li> <li>- Optimierung der Gesamtkoordination aller Krankenhausbereiche</li> </ul> </li> <li>» Hohe Kontrollnotwendigkeit</li> </ul> |                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>» Fehlende krankenhauspezifische Fachkenntnisse des Principal für seinen Entscheidungsbereich der:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalauswahl, Sachgüterbeschaffung, Betriebsmittelverbrauch</li> <li>- Festlegung von Vorhaltekapazitäten</li> <li>- Beurteilung insbesondere der Prozess- und Ergebnisqualität</li> </ul> </li> <li>» Kein Anreiz für den Agent zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen</li> <li>» Doppelte Principal-Agent-Beziehung und dadurch bedingte doppelte Kontrollmaßnahmen</li> <li>» Kontrollnotwendigkeit</li> </ul> |   |
| <b>Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>» Erhöhter Personal-, Sachgüter- und Betriebsmitteleinsatz</li> <li>» Beschränkt wachsende Krankenhausfallzahlen</li> <li>» Steigende Fixkosten bei sinkender Auslastung der Kapazitäten</li> <li>» Produktivitätsverluste durch Ressortdenken der einzelnen Abteilungen</li> <li>» Verschlechterung des Krankenhausbetriebsergebnisses</li> </ul>  |                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>» Verminderter Personal-, Sachgüter- und Betriebsmitteleinsatz</li> <li>» Anstieg der Krankenhausfälle</li> <li>» Erhöhte Auslastung der Kapazitäten</li> <li>» Verbesserung des Krankenhausbetriebsergebnisses</li> <li>» Realisierung von Produktivitätsreserven durch abteilungsübergreifende Prozessoptimierung</li> </ul>   |   |
| <i>Legende:</i>                                | ++ Handlungsbereiche hauptsächlich zugeordnet  |                                 | + Handlungsbereiche teilweise zugeordnet  |   |

TABELLE 6: VERGLEICHENDE BETRACHTUNG MODELL 1 UND 2

Im Ergebnis wird demnach mit der Organisationsstruktur in Form der Public Private Partnership mehr Wirtschaftlichkeit in der Krankenhausführung erreicht, als unter den Rahmenbedingungen der klassischen Krankenhausorganisation. Public Private Partnership erscheint somit als ein zukunftsweisender Weg zur Lösung der finanziellen Probleme im deutschen Krankenhauswesen.

## 7. Gestaltungsperspektiven

In der Praxis zeigen verschiedene Beispiele, dass der Einsatz eines privaten Krankenhausmanagers zur Führung eines öffentlichen Krankenhauses, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erhöht. Bedingt durch sein ökonomisches Interesse und die stark monetär ausgerichteten Anreize bewirkt er eine finanzielle Ergebnisverbesserung des Krankenhauses. „Die wirtschaftlichen Zahlen dieser Lösung sind beeindruckend“<sup>493</sup>. Dieser Sachverhalt wird jedoch unabhängig vom Aspekt der zeitlichen Dauer der Inanspruchnahme des Klinikmanagers betrachtet. Die Möglichkeit der Einkommenserzielung bezogen auf den fixen Einkommensbestandteil bleibt für den Krankenhausmanager im zeitlichen Verlauf nahezu konstant. Der Anreiz durch die Verbesserung des Krankenhausbetriebsergebnisses auch das persönliche variable Einkommen zu steigern, bleibt hingegen nicht zwangsläufig gleich hoch. Es ist anzunehmen, dass das Potenzial der Ergebnisverbesserung im zeitlichen Verlauf abnimmt. In der Anfangsphase der Public Private Partnership bestehen noch umfangreiche Möglichkeiten und Reserven, das Krankenhausbetriebsergebnis zu steigern. Je mehr das finanzielle Ergebnis durch die Professionalisierung der Führung des Krankenhauses, die Verbesserung der Ressourcennutzung und die Optimierung der internen Prozessabläufe gesteigert werden konnte, umso geringer können die Zuwachsräten mit der Zeit ausfallen. Eine unendliche Steigerung der Ergebnisverbesserung ist unwahrscheinlich. In diesem Fall nimmt mit dem Umfang der sich verringernden Steigerung des Krankenhausbetriebsergebnisses auch der damit verbundene variable Einkommensanteil des Krankenhausmanagers ab.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage der weiteren partnerschaftlichen Zusammenarbeit. Eine denkbare Möglichkeit wäre die Fortführung bei geänderten bzw. angepassten Konditionen, die dem Interesse der Einkommenserzielung des Krankenhausmanagers gerecht werden, wie z. B. eine Erhöhung des prozentualen Anteils an der Ergebnissesteigerung. Damit schmälert sich gleichzeitig der zu erzielende Überschuss des öffentlichen Trägers. Eine andere denkbare Möglichkeit wäre die Auflösung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit. Dies hätte zum einen den Verlust des

---

<sup>493</sup> Quaas, M. (2001), 42.

Krankenhausmanagers als wesentlichen Know-how-Träger und zum anderen die Rückkehr zur klassischen Organisationsstruktur im Krankenhaus zur Folge. Gemäß der in der vorliegenden Arbeit durchgeföhrten Analyse bedeutet dies die Rückkehr zur ‚alten Situation‘ und der damit verbundenen suboptimalen wirtschaftlichen Führung des Krankenhauses.

Es wird deutlich, dass der Faktor des betriebswirtschaftlichen Know-how im Bereich Krankenhausmanagement zunehmend von Bedeutung ist. „Gute Medizin, gute Pflege, gute Verwaltung habe sie alle – aber meistens kein Management. Ein Management, das an den vielen Rädchen dreht, die nötig sind, um das komplexe Unternehmen Krankenhaus auf ein Ziel hin zu föhren.“<sup>494</sup> Es gilt die zunehmenden krankenhausextern gesetzten Anreize, zu denen vor allem die Einföhrung der leistungsorientierten Krankenhausvergütung und die damit einhergehenden Veränderungen zählen, krankenhausintern zielgerichtet umzusetzen. Diesen Anforderungen kann nur dann entsprochen werden, wenn es gelingt, das Management der Krankenhäuser zu qualifizieren.<sup>495</sup> Der Einsatz eines privaten Krankenhausmanagers mit entsprechender Qualifikation schafft für das öffentliche Krankenhaus kurz- und mittelfristige Abhilfe. Eine langfristige Lösung ist damit nicht zwangsläufig gewährleistet.

Stattdessen ergibt sich die Überlegung, ob nicht weiterführende strukturelle Veränderungen in Form von Privatisierungen die erfolgsversprechende Zukunftsperspektive sind. Unterstützt wird dieser Gedankengang durch die Feststellung, dass aus Sicht der privaten Klinikgesellschaften nicht nur das Interesse an einer zeitlich begrenzten oder unbegrenzten privat-öffentlichen Zusammenarbeit besteht. Der Abschluss eines Managementvertrages wird von einigen Experten nur als erster Schritt der privaten Klinikgesellschaft beurteilt, um später das öffentliche Krankenhaus vollständig zu übernehmen bzw. zu kaufen.<sup>496</sup> Die deutschen Krankenhäuser stehen zunehmend leistungs- und wettbewerbsorientierten Strukturen gegenüber. Die Ausgestaltung in Richtung einer marktwirtschaftlichen Umgebung nimmt zu<sup>497</sup> und die Krankenhausführungskräfte sind mit entsprechend veränderten Anforderungen konfrontiert. Der

<sup>494</sup> Goslich, L. (2002), S. 52f.

<sup>495</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1991), S. 457.

<sup>496</sup> Vgl. beispielsweise Simon, M. (2001), S. 20; Preusker; U. K. (2001a), S. 26.

<sup>497</sup> Vgl. Eichhorn, S. (1995c), S. 215ff.

Einsatz von Managementtechniken, die bessere Informations- und Kontrollmöglichkeiten bieten, wird zur Steuerung der stationären Einrichtung notwendig.<sup>498</sup> Diese Veränderungen finden in einem Umfeld historisch gewachsener Krankenhausorganisationsstrukturen statt, in denen die bloße Verwaltung des Krankenhauses ausreichte und Management und Steuerung nicht erforderlich war.<sup>499</sup> Die Weiterentwicklung des Marktes für Krankenhausleistungen aufgrund marktwirtschaftlicher Prinzipien legt die Anpassung der Krankenhausorganisationsstrukturen und ihrer Trägerschaft nahe.

In der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass es sich bei der Krankenhausversorgung um eine öffentliche Aufgabe handelt, die im Rahmen einer pluralen Trägerlandschaft gewährleistet werden soll.<sup>500</sup> Gemäß §§ 6, 7 KHG sind die Länder dazu verpflichtet, Krankenhauspläne aufzustellen und in enger Abstimmung mit den an der Krankenhausversorgung Beteiligten zu arbeiten, um die in § 1 KHG genannten Ziele zu erreichen. Allerdings ist der öffentliche Sicherstellungsauftrag nicht gleichzeitig mit der Dominanz der öffentlichen Trägerschaft bei der Leistungserstellung im Krankenhauswesen zu begründen.<sup>501</sup> Eingangs wurde bereits erläutert, dass im deutschen Krankenhauswesen meritorische Gründe ausschlaggebend sind, dass der Staat die Aufgabe erfüllt, für die soziale Sicherung der Bevölkerung zu sorgen. Die Verantwortung des Angebots von Krankenhausleistungen liegt in der öffentlichen Hand. Eine rein marktwirtschaftlich orientierte, vollständig privatisierte Krankenhauswirtschaft scheidet danach aus, da Krankenhäuser als Grundvoraussetzung für wirtschaftliches und soziales Leben einer Region betrachtet werden und eine flächendeckende Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet sein muss. Diese Einschränkung des Marktes aufgrund des Konzepts der meritorischen Güter ist sehr kritisch zu sehen. Der Eingriff in die Konsumentensouveränität und die Festlegung von Präferenzen aus diesen Gründen ist problematisch und birgt eine gewisse Willkür in sich, so dass einige das Konzept sogar für vollständig überflüssig halten.<sup>502</sup> Es ist nicht die zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit, ob oder in-

<sup>498</sup> Vgl. Gäfgen, G. (1990), S. 171f.

<sup>499</sup> Vgl. Soßna, W. (1996), S. 23.

<sup>500</sup> Siehe Kapitel 3.1.2 dieser Arbeit

<sup>501</sup> Vgl. Schulz-Nieswandt, F. (1996), S. 304f.

<sup>502</sup> Vgl. Brümmerhoff, D. (2001), S. 114.

wieweit die Krankenhausversorgung eine öffentliche oder private Aufgabe ist bzw. in rein staatlicher oder privater Verantwortung geführt werden sollte. Der Sachverhalt, dass meritorische Gründe zu einer staatlichen Aufgabenerfüllung im deutschen Krankenhauswesen führen, wird daher als gegeben betrachtet. Es geht vielmehr um die Frage, inwieweit sich eine staatliche oder private Produktion und Bereitstellung der Leistungen anbietet. Die bisher dominante und stark geprägte öffentliche Trägerschaft bei der Bereitstellung von Krankenhausleistungen ist auf der Basis der vorliegenden Analyseerkenntnisse zu überdenken.

Eine wirtschaftliche Führung öffentlicher Krankenhäuser zeichnet sich demnach bei Beteiligung von Privaten ab, durch die vor allem gewohnte Organisationsstrukturen aufgebrochen und Management-Know-how ins Krankenhaus gebracht werden. Ausgehend von dieser Feststellung sollte daher eine konsequente Neuverteilung der Rollen zwischen öffentlicher Hand und Privatwirtschaft im Krankenhauswesen stattfinden und folgendermaßen gestaltet sein:

- » Die Erbringung von Krankenhausleistungen wird durch privatwirtschaftliche Anbieter wahrgenommen. Ihre ökonomische Ausrichtung bildet die Grundlage für mehr Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Krankenhauswesen.
- » Die öffentliche Hand zieht sich aus der bisherigen Leistungserbringung zurück und nimmt ausschließlich die Regelung und Durchsetzung des Angebotes an Krankenhausleistungen nach Flächenversorgungskriterien wahr.

Diese Gestaltung des Krankenhauswesens berücksichtigt die Verantwortung des Staates für das Angebot von Krankenhausleistungen und ihm verbleiben Einwirkungs- und Kontrollmöglichkeiten zur Festlegung von Versorgungsbedingungen. Gleichzeitig übernehmen auf der Grundlage einer vollständigen Aufgabenprivatisierung mit Gewährleistungspflicht Private die Produktion und Bereitstellung der Krankenhausleistungen, wodurch aus institutionenökonomischer Sicht eine höhere Wirtschaftlichkeit erzielt werden kann.

Warum zeigt sich die Entwicklung in Richtung verstärkter Krankenhausprivatisierungen in der Praxis dagegen nur bedingt? In den alten Bundesländern gehören Krankenhausprivatisierungen noch zu den Ausnahmen, während in den neuen Bundesländern vergleichsweise mehr von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird. Im Zeitraum von 1991 bis 1998 wurde in Ostdeutschland ein Rückgang der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft von ca. 40% verzeichnet und gleichzeitig stieg die Zahl der Privatkrankenhäuser um ca. 330%.<sup>503</sup>

Die Schwierigkeiten bei der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser sind auf verschiedene Gründe zurückzuführen. Entscheidend ist vor allem die Einflussnahme der Kommunalpolitiker einerseits und der Personalvertreter andererseits<sup>504</sup>, und die Frage der vertraglichen Ausgestaltung hinsichtlich einer dauerhaften und gleichmäßigen Sicherstellung der Krankenhausleistungen.

Die Zurückhaltung von Politikern bei Privatisierungsmaßnahmen ist oftmals mit der Sorge verbunden, mit dem Krankenhausbetrieb einen wesentlichen Einflussbereich zu verlieren. Verbunden mit weniger Aufgabenbereichen, die dem Einfluss der Politiker unterliegen, verringern sich die Möglichkeiten Wahlversprechungen zu formulieren. Darüber hinaus sinkt mit steigender Privatisierung die Anzahl attraktiver Positionen mit entsprechender Anerkennung im kommunalen Bereich.<sup>505</sup> Diese kommunalpolitischen Interessen stehen im Widerspruch zu unternehmerischem und wirtschaftlichen Handeln, wie auch das Beispiel der Strukturqualität in der vorliegenden Arbeit deutlich gezeigt hat.<sup>506</sup>

Neben den Kommunalpolitikern gehören i. d. R. auch die Gewerkschaften in ihrer Funktion als Personalvertretung zu den Gegnern der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser. Die Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di setzt sich für die Interessen ihrer Mitglieder ein, das bedeutet z. B. die Befürwortung des Flächentarifvertrages als Wettbewerbsordnung oder die Verhinderung weiterer Ausgründungen von Ein-

<sup>503</sup> Vgl. Simon, M. (2001), S. 21.

<sup>504</sup> Vgl. Preusker, U. K. (2002). S. 56f.

<sup>505</sup> Vgl. Növer, R. (1993), S. 34f.

<sup>506</sup> Siehe Kapitel 6.3.3 Qualität der vorliegenden Arbeit.

richtungen in den Servicebereichen.<sup>507</sup> Mit einer Privatisierung sieht Ver.di negative Auswirkungen für die Beschäftigten eines öffentlichen Krankenhauses verbunden und steht diesen Maßnahmen ablehnend gegenüber.<sup>508</sup>

Schwierigkeiten bei Privatisierungsmaßnahmen ergeben sich in der Praxis außerdem hinsichtlich der Anforderungen an die Gestaltung der vertraglichen Rahmenbedingungen. Aufgrund des öffentlichen Sicherstellungsauftrages sind die Kommunen zu einer gleichmäßigen und dauerhaften Versorgung mit Krankenhausleistungen verpflichtet. Diese Gewährleistung muss im Rahmen einer entsprechenden Ausgestaltung der Privatisierungsbedingungen gegeben sein. Eine erfolgreich umgesetzte Privatisierung liegt beispielsweise beim Städtischen Klinikum Remscheid und den Sana-Kliniken GmbH vor. Zu den in diesem Fall wesentlichen festgelegten Privatisierungsbedingungen bzw. Vertragsbestandteilen gehören folgende Punkte:

- » „Die Stadt veräußert 75% der Anteile und verbleibt als Minderheitsgesellschafter in der Gesellschaft mit allen Rechten und Pflichten, die sich daraus ergeben.“
- » Im Gesellschaftsvertrag wurden Regelungen getroffen, wonach wesentliche Fragen, wie etwa die Änderung der medizinischen Struktur, einer einstimmigen Beschlussfassung durch die Gesellschafterversammlung bedürfen.
- » Eine Anteilsveräußerung ist nur aufgrund einstimmigen Beschlusses der Gesellschafterversammlung möglich.
- » Eine Rückfallklausel.
- » Die bestehende Struktur des Krankenhauses bleibt erhalten – Grundlage ist der gültige Feststellungsbescheid.
- » Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird entsprechend der Genehmigung verwirklicht.
- » Das vom Aufsichtsrat beschlossene Sozial-pädiatrische Zentrum wird eingerichtet.
- » Die Versorgungsausrichtung des Klinikums als Akutkrankenhaus für alle Bevölkerungsschichten bleibt erhalten.

<sup>507</sup> Vgl. [http://www.verdi.de/0x0ad00f05\\_0x0000d65b](http://www.verdi.de/0x0ad00f05_0x0000d65b) vom 16.09.2002.

<sup>508</sup> Vgl. beispielsweise o. V. (04.02.2002); Schirg, O. (05.03.2002); Schnack, D. (2002), S. 38.

- » Die medizinische Weiterentwicklung des Klinikums ist ebenso Ziel der Gesellschaft wie der betriebswirtschaftliche Erfolg.
- » Es wird ein Entwicklungskonzept für die bauliche und medizinische Weiterentwicklung vorgelegt, das bindende Aussagen über Investitionssummen und ihre Umsetzung enthält mit einer entsprechenden Sicherheit für die Stadt Remscheid.“<sup>509</sup>

Im Ergebnis bleibt festzustellen, dass sich die Politik aus dem operativen Tagesgeschäft der Krankenhausführung heraushalten muss, um eine wirtschaftliche Krankenhausführung zu erreichen.<sup>510</sup>

Im Rahmen der Krankenhausprivatisierung verbleibt dem Staat die Gewährleistungspflicht, mit der Einfluss- und Kontrollmöglichkeiten verbunden sind, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu garantieren. Die bisher wahrgenommene Funktion als öffentlicher Krankenhasträger wandelt sich damit zum ‚Regelsetzer‘ und ‚Schiedsrichter‘.

---

<sup>509</sup> Oberbürgermeister der Stadt Remscheid (26.08.2003).

<sup>510</sup> Vgl. Preusker, U. K. (1999), S. 18ff.

## Literaturverzeichnis

- Adam, Dietrich: Krankenhausmanagement im Wandel, in: Adam, Dietrich (Hrsg.): Krankenhausmanagement, Wiesbaden: Gabler, 1996b, S. 5-18.
- Adam, Hans/Henke, Klaus-Dirk: Gesundheitsökonomie, in: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim; München: Juventa Verlag, 1998, S. 779-798.
- Ablrecht, H./Büchner, E./Engelke, D. R.: Arbeitsmarkt und Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals in Berliner Krankenhäusern, Berlin Forschung, Band 3, 1982.
- Alchian, Armen A./Demsetz, Harold: Production, Information Costs, and Economic Organization, in: The American Economic Review, 72, 1972, S. 777-795.
- Arbeitsgemeinschaft Diagnosestatistik: Diagnosestatistik – Einsatz im Krankenhaus und für Pflegesatzverhandlungen, in: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (Hrsg.), Band 4, Baden-Baden: 1992.
- Asklepios-Kliniken GmbH: Mensch, Medizin, Mitverantwortung, Hungen: pictura GmbH, 1999.
- Axtner, Wilfried: Krankenhausmanagement: Empfehlungen zu Zielen, Rechtsform, Organisation, Information und Führung auf der Grundlage einer empirischen Untersuchung, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1978.
- Bartholomeyczik, Sabine: Arbeitsbedingungen und Gesundheitsstörungen bei Krankenschwestern – Ergebnisse einer Untersuchung, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 40. Jahrgang, Beilage Heft 1, 1987.
- Bartholomeyczik, Sabine: Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus, in: Badura, Bernhard (Hrsg.): System Krankenhaus: Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim; München: Juventa-Verl., 1993, S. 83-99.
- BASYS (Hrsg.): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich, Übersichten 1997, Augsburg: 1998.
- Beck, Jürgen/Schulte, Reinhard: Zur Effizienz der Versorgung mit Krankenhausleistungen: Eine Analyse aus betriebswirtschaftlicher Sicht, Diskussionsbeiträge des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaft der FernUniversität Hagen, Diskussionsbeitrag Nr. 209, 1993.

- Becker, Gerhard: Auf dem Weg vom Verwalter zum Dienstleister, in: führen und  
wirtschaften im Krankenhaus, 17. Jahrgang, Heft 3, 2000, S. 260-265.
- Beske, Fritz: Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur – Leistungen – Wei-  
terentwicklung, 3., völlig neu bearbeitete Auflage, Köln: Dt. Ärzte-Verlag,  
1999.
- Beske, Fritz/Michel, Claus: Bedarf und Überkapazität im Gesundheitssystem, in:  
Arnold, Michael/Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report '98: Aktuelle  
Beiträge, Trends und Statistiken, Stuttgart; Jena; Lübeck; Ulm: G. Fischer,  
1998, S. 59-79.
- Blankart, Charles Beat: Öffentliche Finanzen in der Demokratie: eine Einführung in  
die Finanzwissenschaft, 4. völlig überarb. Auflage, München: Vahlen, 2001.
- Bohle, Thomas: Rechtsfragen der Umstrukturierung von Krankenhäusern, in: das  
Krankenhaus, Heft 8, 2000 S. 642-647.
- Borgmann, Martina: Wie sieht der Krankenhausmanager der Zukunft aus? Füh-  
rungskräfte in Krankenhäusern, in: KlinikManagement aktuell, Mai 1999, S.  
32-33.
- Brede, Helmut: Grundzüge der Öffentlichen Betriebswirtschaftslehre, München;  
Wien: Oldenbourg, 2001.
- Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter: Gesundheitsökonomie, Berlin; Heidelberg; New  
York; Barcelona; Budapest; Hong Kong; London; Milan; Paris; Santa Clara;  
Singapore; Tokyo: Springer, 1997.
- Bruckenberger, Ernst: Vorwort, in: Jeschke, Horst A. (Hrsg.): Krankenhausmanage-  
ment zwischen Frustration und Erfolg, Kulmbach: Baumann-Verlag, 1998, S.  
4-6.
- Brümmerhoff, Dieter: Finanzwissenschaft, 7., völlig überarbeitete Auflage, Mün-  
chen; Wien: Oldenbourg, 1996.
- Brümmerhoff, Dieter: Finanzwissenschaft, 8., völlig überarbeitete und stark erweiter-  
te Auflage, München; Wien: Oldenbourg, 2001.
- Buchholz, Werner: Krankenhäuser im Wettbewerb: Effizienz entscheidet über das  
Verbleiben am Markt, in: Jeschke, Horst A. (Hrsg.): Krankenhausmanage-  
ment zwischen Frustration und Erfolg, Kulmbach: Baumann-Verlag, 1998, S.  
20-37.

- Budäus, Dietrich/Grünig, Gernod: Public Private Partnership – Konzeption und Probleme eines Instruments zur Verwaltungsreform aus Sicht der Public Choice-Theorie, in: Budäus, Dietrich/Eichhorn, Peter (Hrsg.): Public Private Partnership: Neue Formen öffentlicher Aufgabenerfüllung, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlags Gesellschaft, 1997, S. 25-66.
- Budäus, Dietrich: Privatisierung öffentlich wahrgenommener Aufgaben – Grundlagen, Anforderungen und Probleme aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht, Hochschule für Wirtschaft und Politik, Arbeitsbereich Management, Heft Nr. 30, Hamburg, 1997.
- Burre, Athanasius: Das „Humanitätsdreieck“ im Krankenhaus – Interdependenzen zwischen Träger, Mitarbeiter und Patient. Lösungsansichten aus Sicht des Trägers, in: Trägergemeinschaft Katholischer Krankenhäuser im Bistum Trier (Hrsg.): Wirtschaftlichkeit und Humanität – ein Zielkonflikt im christlichen Krankenhaus?, Trier, 1992, S. 37-46.
- Buse, Henning R.: Geeignete Rechtsformen für kommunale Krankenhäuser, Verwaltungswissenschaftliche Abhandlungen; N.F., Band 15, Köln; Berlin; Bonn; München: Heymanns, 2000.
- Büssing, André/Theis, Ursula: Welche Bedeutung hat die Rechtsformenwahl für Krankenhäuser?, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG), Bd. 2, Heft 2, Sept 96, S. 49-63.
- Coase, Ronald H.: The Problem of Social Cost, in: Journal of Law and Economics, Vol. 3, 1960, S. 1-44.
- Cronauge, Ulrich: Privatisierung in der Vergangenheit aus kommunaler Sicht, in: Klein, Peter (Hrsg.): Privatisierung kommunaler Aufgaben, Bonn: Vorwärts-Verlag, 1992, S. 7-12.
- Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000, Stand: Juni 2000.
- Deppe, Hans-Ulrich: Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa, Frankfurt am Main: Campus, 1983.
- Deutsche Krankenhausgesellschaf (Hrsg.): Moderne Betriebsführung im Krankenhaus, Arbeitsgemeinschaft Deutsches Krankenhaus, 5. Deutscher Krankenhaustag, Düsseldorf, 1969.

- Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.): Zahlen, Daten, Fakten '99, Düsseldorf:  
Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, 1999.
- Deutsches Krankenhausinstitut e. V. (Hrsg.): Begleitforschung zur Bundespflege-  
satzverordnung 1995 – Abschlußbericht –, Schriftenreihe Wissenschaft und  
Praxis der Krankenhausökonomie, Band 7, Düsseldorf, 1999.
- Diderichsen, Finn: Marktreformen im Gesundheitswesen und die Beständigkeit des  
Sozialstaats, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Band 27, 1997, S. 53-70.
- Donabedian, Avedis: Evaluating the Quality of Medical Care, in: Milbank Memorial  
Fund Quarterly (MMFQ), Vol. 4, No. 2, 1966, S. 166-206.
- Dröge, Jürgen: Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen der Bundesrepublik  
Deutschland, Regensburg: Transfer-Verlag, 1990.
- Düllings, Josef: Krankenhäuser in Europa: Zahlen, Fakten, Trends, Düsseldorf:  
Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, 1998.
- Eichhorn, Peter: Das Prinzip Wirtschaftlichkeit, 2., durchgesehene Auflage, Wiesba-  
den: Gabler, 2000.
- Eichhorn, Peter: Public Private Partnership – Praxis, Probleme, Perspektiven, in:  
Neumann, Lothar F. / Schulz-Nieswandt, Frank (Hrsg.): Sozialpolitik und öf-  
fentliche Wirtschaft: in memoriam Theo Thiemeyer, Berlin: Duncker und  
Humblot, 1995, S. 173-184.
- Eichhorn, Siegfried/Schmidt-Rettig, Barbara (Hrsg.): Krankenhausmanagement im  
Werte- und Strukturwandel: Handlungsempfehlungen für die Praxis, Stuttgart;  
Berlin; Köln: Kohlhammer, 1995.
- Eichhorn, Siegfried: Krankenhausbetriebslehre: Theorie und Praxis des Kranken-  
hausbetriebes, Bd. 1, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart; Ber-  
lin; Köln; Mainz: Kohlhammer, 1975.
- Eichhorn, Siegfried: Krankenhausbetriebslehre: Theorie und Praxis der Kranken-  
haus-Leistungsrechnung, Bd. 3, Köln; Stuttgart; Berlin; Main: Kohlhammer,  
1987.
- Eichhorn, Siegfried: Krankenhausbetriebslehre: Theorie und Praxis des Kranken-  
hausbetriebes, Bd. 2, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart; Ber-  
lin; Köln; Mainz: Kohlhammer, 1976.
- Eichhorn, Siegfried: Krankenhausmanagement: Gegenwärtige Situation und Perspek-  
tiven, in: Die Betriebswirtschaft, 51. Jahrgang, Heft 4, 1991, S. 455-465.

- Eichhorn, Siegfried: Mitarbeitermotivation im Krankenhaus, 1. Auflage, Gerlingen: Bleicher, 1995a.
- Eichhorn, Siegfried: Public Private Partnership: Praxis, Probleme, Perspektiven, in: Neumann, Lothar F./Schulz-Nieswandt, Frank (Hrsg.): Sozialpolitik und öffentliche Wirtschaft: in memoriam Theo Thiemeyer, Berlin: Duncker & Humblot, 1995b.
- Eichhorn, Siegfried: Perspektiven für die Ordnungspolitik in der Krankenhauswirtschaft, in: Neumann, Lothar F./Schulz-Nieswandt, Frank (Hrsg.): Sozialpolitik und öffentliche Wirtschaft, Berlin: Duncker und Humblot, 1995c, S. 213-235.
- Engelmoehr, Ines: .Fallpauschalen und Sonderentgelte führen zu sinkender Verweildauer – und zu Wartelisten! Abschlußbericht: Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995, in: KlinikManagement aktuell, Juli 1999, S. 14-17.
- Engelmoehr, Ines: Vom Landesbetrieb zum modernen Dienstleistungsunternehmen: Veränderungsdruck eröffnet neue Chancen, in: KlinikManagement aktuell, April 2000, S. 24-26.
- Erlei, Mathias: Neue Institutionenökonomik, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1999.
- Ernst, Christian: Krankenhaus-Controlling und monetäre Anreize für leitende Ärzte: eine Agency-theoretische Analyse, Wiesbaden: Dt. Univ.-Verlag; Wiesbaden: Gabler, 2000.
- Fessmann, Klaus-Dieter: Organisatorische Effizienz in Unternehmungen und Unternehmungsteilbereichen, Düsseldorf: Mannhold, 1980.
- Fiedler, Eckart: Anreize für eine effiziente Versorgung schaffen, in: Die Welt vom 17.12.2000.
- Finsinger, Jörg: Einige Aspekte der Krankenhausfinanzierung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Duru, G./Launois, R./Schneider, F./Schulenburg, J.-M. Graf v. d. (Hrsg.): Ökonomische Probleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Frankreich, Frankfurt am Main; New York: Campus-Verlag, 1989, S. 157-175.
- Fischer, Marc: Agency-Theorie, in: Wist, Heft 6, 1995, S. 320-322.
- Fischer, Katja: Infarkt der Berliner AOK kündigte sich schon lange an, in: Die Welt vom 17.12.1999.

- Fischer, Wolfram: Diagnosis Related Groups (DRG's) im Vergleich zu den Patientenklassifikationssystemen von Österreich und Deutschland, Wolfertswil: 1999.
- Frädrich, Andreas: Weltweite Zusammenführung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen: Erhebliche Kosteneinsparungen für Beschaffung medizinischer Produkte durch weltweiten Einkauf, in: KlinikManagement aktuell, September 2000, S. 50-52.
- Fuchs, J./Himmel, W./Wilhelm, J.: Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege, in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 40. Jahrgang, 1987, S. 50-54.
- Furubotn, Eirik/Pejovich, Svetozar: Property Rights and Economic Theory: A Survey of Recent, JEL, Vol. 10, 1972, S. 1137-1162.
- Gabler-Wirtschafts-Lexikon, 10. Auflage, Wiesbaden: Gabler, 1993.
- Gäfgen, Gérard/Oberender, Peter (Hrsg.): Technologischer Wandel im Gesundheitswesen, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges., 1988.
- Gäfgen, Gérard: Gesundheitsökonomie: Grundlagen und Anwendungen, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlags-Gesellschaft, 1990.
- Göppfarth, Dirk/Milbrandt, Beate: Das Gesundheitswesen als Beschäftigungs- und Wachstumsfaktor, TH Berlin, 9/1997.
- Gorschlüter, Petra: Das Krankenhaus der Zukunft: integriertes Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz, Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, 1999.
- Goslich, Lorenz: Das ABC der Klinikführung, in: KlinikManagement aktuell, Heft 5, 2002, S. 52-54.
- Goslich, Lorenz: Minimale Reibungsverluste: Einkaufsgemeinschaft, in: KlinikManagement aktuell, Heft 10, 2002a, S. 53-54.
- Goslich, Lorenz: Kooperation ja, aber..., in: KlinikManagement aktuell, Heft 8, 2002b, S. 55-56.
- Gottschalk, Wolf: Praktische Erfahrungen und Probleme mit Public Private Partnership (PPP) in der Versorgungswirtschaft, in: Budäus, Dietrich/Eichhorn, Peter (Hrsg.): Public Private Partnership: Neue Formen öffentlicher Aufgabenerfüllung, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlags Gesellschaft, 1997, S. 153-166.

- Grandt, Daniel: Für die Zukunft rüsten: Strategische Krankenhausplanung vor dem Hintergrund des medizinischen Fortschritts, in: *Krankenhaus-Umschau*, 68. Jahrgang, Heft 5, 1999, S. 316-320.
- Gronemann, Josef/Keldenich, Klaus (Hrsg.): *Krankenhausökonomie in Wissenschaft und Praxis*, Festschrift für Professor Dr. Siegfried Eichhorn zum 65. Geburtstag, Kulmbach: Verlag E. C. Baumann KG, 1988.
- Habersack, Mathias: Private public partnership: Gemeinschaftsunternehmen zwischen Privaten und der öffentlichen Hand – Gesellschaftsrechtliche Analyse, in: *Zeitschrift für Unternehmens- und Gesellschaftsrecht*, 25. Jahrgang, Heft 3, 1996, S. 544-563.
- Hamer, Eberhard: *Privatisierung als Rationalisierungschance*, Hannover: Philler Verlag, Minden, 1981.
- Haubrock, Manfred/Peters, Sönke H. F./Schär, Walter (Hrsg.): *Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus*, Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1997.
- Helios-Kliniken GmbH: Helios nun alleiniger Träger der Kliniken Borna und Zwenkau, Pressemitteilung vom 31..10.2000.
- Hengstschläger, Johannes: Privatisierung von Verwaltungsaufgaben, in: *Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer (VVDStRL)*, Heft 54, 1995, S. 165-190.
- Henke, Klaus-Dirk/Göpffarth, Dirk: Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung, *Veröffentlichungsreihe des Berliner Zentrums Public Health* Nr. 97/4, Berlin, 1997.
- Henke, Klaus-Dirk: Quo vadis, Gesundheitswesen?, *Diskussionspapier 1997/04, Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation der Technischen Universität Berlin*, Fachbereich 14, Berlin: Eigenverlag, 1997.
- Herder-Dorneich, Philipp/Wasem, Jürgen: *Krankenhausökonomik zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit*, Baden-Baden: Nomos-Verlags-Gesellschaft, 1986.
- Herder-Dorneich, Philipp: *Gesundheitsökonomik: Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen*, Stuttgart: Enke, 1980.
- Hill, Wilhelm/Fehlbaum, Raymond/Ulrich, Peter: *Organisationslehre I: Ziele, Instrumente und Bedingungen der Organisation sozialer Systeme*, 5. Auflage, Bern: 1994.

- Hoffmann, Hermann: Die Krankenhausbetriebsleitung, in: Müller, Hans-Werner (Hrsg.): Führungsaufgaben im modernen Krankenhaus: ein Handbuch für Krankenhasträger, Verwaltungen, Behörden, Ärzte und Pflegepersonal, 2., völlig neubearbeitete Auflage, Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz: Kohlhammer, 1983, S. 87-102.
- Ipsen, Jörn: Privatisierung öffentlicher Aufgaben: private Finanzierung kommunaler Investitionen; Sysmposium des Instituts für Kommunalrecht der Universität Osnabrück am 15. September 1993, Köln; Berlin; Bonn; München: Heymann, 1994.
- Janssen, Dirk: Wirtschaftlichkeitsbewertung von Krankenhäusern: Konzepte und Analysen von Betriebsvergleichen, Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, 1999.
- Jensen, Michael C./Meckling, W. H.: Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure, in: Journal of Financial Economics, Vol. 3, 1976, S. 305-360.
- Jensen, Michael C.: Organization Theory and Methodology, in: The Accounting Review, Vol. 58, No. 2, 1983, S. 319-339.
- Jeschke, Horst A.: Motivation von Krankenhausführungskräften, insbesondere von Krankenhausärzten, in: Eichhorn, Siegfried/Schmidt-Rettig, Barbara (Hrsg.): Motivation im Krankenhaus, Gerlingen: Bleicher, 1990, S. 25-37.
- Kaltenbach, Tobias: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total-quality-Management, 2. Auflage, Melsungen: Bibliomed, Med. Verl.-Gesell., 1993.
- Karberg, Sascha: Viele Probleme viele Aufgaben: Praxisforum Pflegequalität, in: KlinikManagement aktuell, Oktober 2002, S. 68-69.
- Kemper, Katharina: Unantastbare Selbstverständlichkeit oder neue Perspektiven? Qualitätsmanagement / DIN ISO 9000: Quo vadis – Qualität im Gesundheitswesen, in: KlinikManagement aktuell, August 2000, S. 44-50.
- Kirchhoff, Ulrich: Finanzierungsmodelle für kommunale Investitionen, 6., erw. und überarb. Aufl., Stuttgart: Dt. Sparkassenverl., 1996.
- Klütz, Annemarie: Der Pflegedienst, in: Müller, Hans-Werner (Hrsg.): Führungsaufgaben im modernen Krankenhaus: ein Handbuch für Krankenhasträger, Ver-

- Verwaltungen, Behörden, Ärzte und Pflegepersonal, 2., völlig neubearbeitete Auflage, Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz: Kohlhammer, 1983, S. 249-270.
- Knorr, Gerhard: Anreize für den Abbau von Überkapazitäten, in: Arnold, Michael/Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report '98: Aktuelle Beiträge, Trends und Statistiken, Stuttgart; Jena; Lübeck; Ulm: G. Fischer, 1998, S. 81-92.
- Knorr, Karl Ernst/Wernick, Jens: Rechtsformen der Krankenhäuser, Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, 1991.
- Köck, Christian M.: Wunsch und Wirklichkeit: Über die Liberalisierung des Marktes im Gesundheitsbereich, in: Arnold, Michael/Paffrath, Dieter (Hrsg.): Krankenhaus-Report 1995: aktuelle Beiträge, Trends und Statistiken, Stuttgart; Jena: G. Fischer, 1995, S. 59-79.
- Köhrer, Dietmar: Gesetzliche Krankenversicherung und Krankenhäuser: Treffpunkt Pflegesatzverhandlung: Eine Untersuchung zur wirtschaftlicheren Betriebsführung von Krankenhäusern, Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges., 1991.
- Kotlorz, Tanja: Motzkus: Charité muss privatisiert werden, in: Die Welt, 04.09.2000.
- Kreps, David M.: Mikroökonomische Theorie, Landsberg/Lech: Verl. Moderne Industrie, 1994.
- Lazear, Edward P./Rosen, Sherwin: Rank-Order Tournaments as Optimum Labour Contracts, The Journal of Political Economy, Vol. 89, S. 841-864.
- Leber, Wulf-Dietrich/Schlottmann, Nicole/Stackelburg, Johann-Magnus von: Die Einführung von DRGs in Deutschland – Erste Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung, in: Arnold, Michael/Sollmann, Susanne (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart: Schattauer, 2001, S. 75-86.
- Lebok, Uwe: Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Krankenhausverweildauer in Deutschland, Berlin: Duncker und Humblot, 2000.
- Leipold, Helmut: Theorie der Property Rights: Forschungsziele und Anwendungsbeziehe, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 7. Jahrgang, 1978, S. 518-525.
- Lenzen, Herbert: Kriterien für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern: eine kritische Analyse derzeitiger Prüfungsverfahren und Entwicklung eines krankenhausspezifischen Kennzahlensystems, 2. Auflage, Frankfurt am Main; Thun: Deutsch, 1986.

- Loesch, Achim von: Privatisierung öffentlicher Unternehmen: ein Überblick über die Argumente, 2., verb. und erw. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlags Gesellschaft, 1987.
- Lohmann, Heinz: Krankenhaus- und Personalmanagement unter DRGs, in: Arnold, Michael/Sollmann, Susanne (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2001, Stuttgart: Schattauer, 2002, S. 3-12.
- Macho-Stadler, Inés/Pérez-Castrillo, J. David: An Introduction to the Economics of Information, Oxford University Press, 1997.
- Metze, Ingolf: Gesundheitspolitik: ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz: Kohlhammer, 1982.
- Morra, Francesco: Wirkungsorientiertes Krankenhausmanagement: ein Führungs-handbuch, Bern; Stuttgart; Wien: Haupt, 1996.
- Müller von der Grün, Claus Peter: Die Geschichte des Krankenhauses, in: führen und wirtschaften im Krankenhaus, 17. Jahrgang, Heft 5, 2000, S. 481-484.
- Müller, Claus Peter: Wie Krankenhäuser gesund werden, Schrittmacher des Erfolgs privater Kliniken: Die Sana Kliniken GmbH zeigt den Weg in die Wirtschaftlichkeit, FAZ vom 26.07.2000.
- Müller, Marie-Luise/Schär, Walter: Pflegemanagement, in: Haubrock, Manfred/Peters, Sönke H. F./Schär, Walter (Hrsg.): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1997, S. 222-262.
- Musgrave, Richard A.: Die öffentlichen Finanzen in Theorie und Praxis, Band 1, 6. aktualisierte Auflage, Tübingen: Mohr, 1994.
- Naegler, Heinz: Krankenhausmanagement und seine Aufgaben: Leitungsaufgaben, in: Haubrock, Manfred/Peters, Sönke H. F./Schär, Walter (Hrsg.): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1997, S. 134-171.
- Naegler, Heinz: Struktur und Organisation des Krankenhaus-Managements unter besonderer Berücksichtigung der Abgrenzung zwischen Krankenhausträger und Krankenhaus-Direktorium: Ergebnis einer empirischen Untersuchung, Frankfurt am Main; Bern; New York; Paris: Lang, 1992.

- Növer, Rainer: Privatisierung kommunaler Leistungen, IHK-Schriftenreihe, Nr. 10, Krefeld, 1993.
- o. V.: Helios kuriert marode Krankenhäuser: Häufig Vorbehalte in der Bevölkerung gegen private Klinikette, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 04.09.2000.
- o. V.: Protest gegen Privatisierung, in: Ärzte Zeitung, 04.02.2002.
- Oberbürgermeister der Stadt Remscheid: Offener Brief an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sana-Klinikums Remscheid GmbH vom 26.08.2003.
- OECD: Health Data, 1997.
- Ogur, J.: The non-profit firm: a test of the theory for the hospital industry, in: Journal of Economics and Business, Vol. 26, 1974, S. 115-120.
- Ostrom, Elinor: Governing the Commons, The Evolution of Institutions for Collective Action, Cambridge: Cambridge Univ. Pr., 1990.
- Pejovich, Svetozar: The capitalist corporation and the socialist firm; a study of corporate efficiency, in: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik, 112, 1976, S. 1-25.
- Peters, Sönke/Preuß, Olaf: Das Krankenhaus als Betrieb, in: Haubrock, Manfred/Peters, Sönke H. F./Schär, Walter (Hrsg.): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1997, S. 67-110.
- Petersen, Hans-Georg: Finanzwissenschaft, Band 1, 2. Auflage, Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, 1990.
- Pfaff, Dieter/Zweifel, Peter: Die Principal-Agent-Theorie: Ein fruchtbare Beitrag der Wirtschaftstheorie zur Praxis, in: WiSt, Heft 4, 1998, S. 184-190.
- Pföhler, Wolfgang: Total Quality Management aus Sicht der DKG, in: Das Krankenhaus, Heft 1, 1999, S. 8-11.
- Pfüller, H.-J.: Privatisierung kommunaler Kläranlagen: Erfahrungen mit dem Betreibermodell in Niedersachsen, 2. Auflage, Hannover : Der Niedersächs. Minister fuer Wirtschaft, Technologie und Verkehr, 1988.
- Picot, Arnold: Der Beitrag der Theorie der Verfügungsrechte zur ökonomischen Analyse von Unternehmensverfassungen, in: Bohr, Kurt (Hrsg.): Unternehmensverfassung als Problem der Betriebswirtschaftslehre, Berlin: Erich Schmidt Verlag, 1981, S. 153-198.

- Picot, Arnold: Die grenzenlose Unternehmung: Information, Organisation und Management; Lehrbuch zur Unternehmensführung im Informationszeitalter, 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden: Gabler, 1996.
- Picot, Arnold: Organisation: eine ökonomische Perspektive, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1997.
- Posch, Michael: Kaum Widerspruch gegen Krankenhaus-GmbH, in: Berliner Morgenpost, 25.01.2001.
- Pratt, John W./Zeckhauser, Richard J.: Principals and agents: the structure of business, Boston: Harvard Business School Press, 1985.
- Precht, Claus: Das Krankenhaus im Wandel: Konzepte, Strategien, Lösungen, Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, 2000.
- Preusker, Uwe K.: Die Politik muss aus dem Tagesgeschäft raus!, in: KlinikManagement aktuell, Dezember 1999, S. 18-20.
- Preusker, Uwe K.: Kommunikation und Mitarbeiter-Motivation als Produktivitätsreserven nutzen: Change Management, in: KlinikManagement aktuell, November 1999a, S. 28-30.
- Preusker, Uwe K.: Muss ein Viertel der deutschen Kliniken bis zum Jahr 2015 schließen?, in: KlinikManagement aktuell, April 2000, S. 8-9.
- Preusker, Uwe K.: Im Gespräch mit Dr. Reinhard Schwarz, in: KlinikManagement aktuell, Januar 2001, S. 32.
- Preusker, Uwe K.: Verteilungskämpfe um den Zukunftsmarkt Krankenhaus, in: KlinikManagement aktuell, Oktober 2001a, S. 26-27.
- Preusker, Uwe K.: Wir haben nasse Füsse, anderen steht das Wasser bis zum Hals, in: KlinikManagement aktuell, Juni 2002, S. 56-57.
- Pröll, U./Streich, W.: Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz – Forschung – Fb 386, Dortmund, 1984.
- Quaas, Michael: Die kommunale Krankenhaus-GmbH, in: das Krankenhaus, Heft 2, 1992, S. 59-65.
- Quaas, Michael: Zur Zukunft kommunaler Krankenhäuser: Rechtliche Risiken und Verfahrensschritte einer Privatisierung, in: das Krankenhaus, Heft 1, 2001, S. 40-45.

- Richter, Rudolf: Neue Institutionenökonomik: eine Einführung und kritische Würdigung, Tübingen: Mohr, 1996.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Krankenhausfinanzierung in Selbstverwaltung: Kommissionsbericht, Teil 1, Gerlingen: Bleicher, 1987.
- Rochell, Bernhard: DRG à la français: Groupes Homogènes de Malades – das französische Fallgruppensystem, in: Krankenhaus-Umschau, Heft 3, 2000, S. 190-197.
- Rochell, Bernhard/Roeder, Norbert: DRG-basierte Entgeltsysteme in Europa, in: Arnold, Michael/Litsch, Martin/Schellschmidt, Henner (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart; New York: Schattauer, 2001, S. 49-65.
- Roeder, Norbert/Rochell, Bernhard/Scheld, Hans Heinrich: Sicher in die DRGs: Die notwendige Vorbereitung im Krankenhaus, in: Das Krankenhaus, Heft 9, 2000, S. 689-700.
- Roggencamp, Sibylle: Public Private Partnership: Entstehung und Funktionsweise kooperativer Arrangements zwischen öffentlichem Sektor und Privatwirtschaft, Frankfurt am Main; Berlin; Bern; New York; Paris; Wien: Lang, 1999.
- Sachs, Ilse: Handlungsspielräume des Krankenhausmanagements: Bestandsaufnahme und Perspektiven, Wiesbaden: Gabler, 1994.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Jahresgutachten 1985/86, Stuttgart; Mainz: 1985.
- Saed-Hedayati, Babak: Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser in Deutschland: Notwendigkeit, Voraussetzungen, Ziele und Realisierungschancen, Hamburg: Kovac, 1995.
- Sana Kliniken-Gesellschaft mbH: Der Managementvertrag für Krankenhäuser: Katalysator für Eigeninitiative und Ergebnisverantwortung, Pressemitteilung vom 27.08.2003.
- Sauerzapf, Maria: Das Krankenhauswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Institutionelle Regelungen aus ökonomischer Sicht, Baden-Baden: Nomos-Verlags-Gesellschaft, 1980.
- Scheer, August-Wilhelm/Chen, Rong/Zimmermann, Volker: Prozeßmanagement im Krankenhaus, in: Adam, Dietrich (Hrsg.): Krankenhausmanagement, Wiesbaden: Gabler, 1996, S. 75-96.

- Schirg, Oliver: Externer Berater soll bei Privatisierung des LBK helfen, in: Die Welt, 05.03.2002.
- Schmidt-Rettig, Barbara: Funktionsorientierte Gestaltung der Krankenhausleitung, in: Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel: Handlungsempfehlungen für die Praxis, Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer, 1995, S. 377-384.
- Schnack, Dirk: Privatisierung als letzte Rettung: Wer nicht investieren kann, geht baden, in: KliniManagement aktuell, November 1999, S. 22-23.
- Schnack, Dirk: Medizinische Kompetenz gefragt: Klinikmanagement, in: KlinikManagement aktuell, Dezember 2001, S. 46-47.
- Schnack, Dirk: Klinik Privatisierung: Nordfriesischer Bürgerentscheid, in: KlinikManagement aktuell, März 2002, S. 38.
- Schnack, Dirk: Ärztenetz und Krankenhaus Hand in Hand, in: KlinikManagement aktuell, August 2002a, S. 52-53.Schneider, Dieter: Wachstumsneutrale Besteuerung bei Wettbewerb und als Principal-Agent-Problem, in: ZfbF, 39, 1987, S. 431-454.
- Schoch, Friedrich: Privatisierung von Verwaltungsaufgaben, in: Deutsches Verwaltungsblatt (DVBl.), 1. September 1994a, S. 962-977.
- Schoch, Friedrich: Rechtsfragen der Privatisierung von Abwasserbeseitigung und Abfallentsorgung, in: Ipsen, Jörn: Privatisierung öffentlicher Aufgaben: private Finanzierung kommunaler Investitionen; Symposium des Instituts für Kommunalrecht der Universität Osnabrück am 15. September 1993, Köln; Berlin; Bonn; München: Heymann, 1994b, S. 63-92.
- Schröder, Klaus Theo: Erwartungen der Bundesregierung an die Einführung des DRG-Systems, Rede von Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder auf dem Deutschen Chirgentag am 26.10.2001 in Hamburg.
- Schulz, Fred: Die Wahrung kommunaler Interessen im Privatisierungsverfahren: Das Fallbeispiel Remscheid, Referat im Rahmen des 2. Gesundheitskongress der Sana-Kliniken GmbH am 18. September 2001, Messe Stuttgart.
- Schulz-Nieswandt, Frank: Öffentliche Krankenhäuser als Mittel der Gesundheitspolitik, in: ZögU, Band 19, Heft 3, 1996, S. 300-313.
- Schuppert, Gunnar Folke: Die öffentliche Verwaltung im Kooperationsspektrum staatlicher und privater Aufgabenerfüllung – Erscheinungsformen von Public

- Private Partnership als Herausforderung an Verwaltungsrecht und Verwaltungswissenschaft, in: Budäus, Dietrich/Eichhorn, Peter (Hrsg.): Public Private Partnership: Neue Formen öffentlicher Aufgabenerfüllung, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlags Gesellschaft, 1997a, S. 93-124.
- Schuppert, Gunnar Folke: Jenseits von Privatisierung und „schlankem“ Staat: Vorüberlegungen zu einem Konzept von Staatsentlastung durch Verantwortungsteilung, in: Gusy, Christoph (Hrsg.): Privatisierung von Staatsaufgaben: Kriterien – Grenzen – Folgen, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlags Gesellschaft, 1998, S. 72-115.
- Schuppert, Gunnar Folke: Verselbständigung und Teilprivatisierung der Krankenhausbetriebsführung durch Abschluß von Managementverträgen mit privaten Klinikgesellschaften, in: Der Personalrat, Heft 5, 1996, S 173-190.
- Schuppert, Gunnar Folke: Vom produzierenden zum gewährleistenden Staat: Privatisierung als Veränderung staatlicher Handlungsformen, in: König, Klaus/Benz, Angelika (Hrsg.): Privatisierung und staatliche Regulierung: Bahn, Post und Telekommunikation, Rundfunk, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomosverlags-Gesellschaft, 1997b, S. 539-575.
- Schwartz, Andrea: Informations- und Anreizprobleme im Krankenhaussektor: eine institutionenökonomische Analyse, Wiesbaden: Gabler, 1997.
- Schwarz, Reinhart/Jendges, Thomas: Privatisierungstendenzen im deutschen Krankenhauswesen, in: KlinikManagement aktuell, Heft Januar 2001, S. 36-38.
- Schwarz, Reinhart: Wer nicht umdenkt, verschwindet vom Markt: Bisherige Rezepte des Gesundschrumpfens und das Bemühen um Kostendämpfung reichen in einem immer enger werden Markt nicht aus, das Überleben zu sichern, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 14. Jahrgang, 6/97, S. 494-496.
- Schwing, Claus: Volkswirtschaftlich positiv verhalten, in: KlinikManagement aktuell, Februar 1998, S. 36-37.
- Schwing, Claus: Die Zukunftsstrategie heißt Kooperation: Strukturanalyse deutscher Krankenhäuser, in: KlinikManagement aktuell, März 2000, S. 36-37.
- Schwing, Claus: Dem niedergelassenen Großabonnenten ausgeliefert: Patientenrekрутierung für das Krankenhaus, in: KlinikManagement aktuell, August 2000a, S. 32-34.

- Schwing, Claus: Echte Bedrohung für den ärztlichen Stand: Behandlungsfehler Galenbalse, in: KlinikManagement aktuell, November 2001, S. 84-87.
- Schwing, Claus: Dramatischer Veränderungsprozess: Die Medizin-Manager, eine neue Führungselite im Krankenhaus, in: KlinikManagement aktuell, Mai 2001a, S. 46-49.
- Schwing, Claus: Outcomeparameter Lebensqualität: Prozessmanagement von Intensivpatienten mangelhaft, in: KlinikManagement aktuell, April 2001b, S. 62-64.
- Schwing, Claus: Wir wissen verdammt wenig: Minimalinvasive Chirurgie, in: KlinikManagement aktuell, Oktober 2002, S. 78-84.
- Schwing, Claus: Neurologen in Erklärungsnot: Intensivmedizinische Qualitätssicherung, in: KlinikManagement aktuell, April 2002a, S. 70-74.
- Seehofer, Horst: Strukturelle Reform im Gesundheitsbereich, in: Wirtschaftsdienst, Heft 2, 1996, S. 59-62.
- Seelos, Hans-Jürgen: Zur Dienstleistungsökonomie der Krankenhausleistungsproduktion, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Band 21, Heft 1, 1998, S. 107-114.
- Sidamgrotzki, Edgar: Change-Management im Krankenhaus: Krisen bewältigen, Chancen nutzen, Zukunft sichern, Lengwil: Libelle, 1997.
- Sidamgrotzki, Edgar: Kompendium des integrierten Krankenhaus-Managements, Lengwil: Libelle, 1994.
- Siebig, Josef: Beurteilung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus, Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz: Kohlhammer, 1980.
- Simon, Michael: Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P01-205, Berlin: 2001.
- Sinz, Klaus: Praktische Erfahrungen und Probleme mit Public Private Partnership in der Entsorgungswirtschaft, in: Budäus, Dietrich/Eichhorn, Peter (Hrsg.): Public Private Partnership: Neue Formen öffentlicher Aufgabenerfüllung, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlags Gesellschaft, 1997, S. 185-194.
- Sitzler, Gerhard: EDV ist kein Allheilmittel: DRG Dokumentation und Kodierung, in: KlinikManagement aktuell, November 2001, S. 60-65.

- Sitzler, Gerhard: Die umfassenden Aufgaben des Pflegedienstes, in: KlinikManagement aktuell, Februar 2002, S. 70-72.
- Soßna, Werner: Betriebswirtschaft im Krankenhaus unter GSG-Bedingungen, in: Mayer, Elmar/Walter, Beowulf (Hrsg.): Management und Controlling im Krankenhaus, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1996, S. 21-28.
- Spremann, Klaus: Hilft die Agency-Theorie bei der praktischen Gestaltung von Arbeitsbeziehungen?, in: Die Betriebswirtschaft (DBW), 55. Jahrgang, 1995, S. 130-134.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1998, Stuttgart: Metzler-Poeschel, 2000.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe S. 2 Ausgaben für Gesundheit 1970-1998, Wiesbaden: 2001a.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitswesen: Neue Gesundheitsausgabenrechnung, Wiesbaden: Februar 2001b.
- Stauss, Bernd: Private und öffentliche Unternehmen im Effizienzvergleich. Unternehmensverfassungen ‚im Lichte‘ der Property Rights-Theorie, in: Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Band 6, Heft 3, 1983, S. 278-298.
- Steiner, Peter: Messung und Bewertung öffentlicher Leistungen – Der Krankenhausoutput, Sternenfels; Berlin: Verlag Wissenschaft und Praxis, 1997.
- Steinheuer, Wilfried: Privatisierung kommunaler Leistungen: Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen nordrhein-westfälischer Städte und Gemeinden, Köln, 1991.
- Streubelt, Monika: Pflegemanagement, in: Raem, Arnold M./Schlieper, Peter (Hrsg.): Der Arzt als Manager, München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 1996, S. 199-220.
- ter Vehn, J.: Kreis trennt sich endgültig von ehemaligen Hospitälern: Restliche Anteile sowie Grund und Boden werden an Helios-Gruppe veräußert, in: Leipziger Volkszeitung, 29.09.2000.
- Tettinger, Peter J.: Die rechtliche Ausgestaltung von Public Private Partnership, in: Budäus, Dietrich/Eichhorn, Peter (Hrsg.): Public Private Partnership: Neue

- Formen öffentlicher Aufgabenerfüllung, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlags Gesellschaft, 1997, S. 125-142.
- Thiemeyer, Theo: „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, in: Pfaff, M./Voigtländer, H. (Hrsg.): Sozialpolitik im Wandel. Von der selektiven zur integrativen Sozialpolitik, Bonn: Neue Gesellschaft, 1978, S. 77-102.
- Tirole, Jean: Industrieökonomik, München; Wien: Oldenbourg, 1995.
- Trill, Roland: Krankenhaus-Management: Aktionsfelder und Erfolgspotentiale, Neuwied; Kriftel; Berlin: Luchterhand, 1996.
- Tscheulin, K./Helmig, B.: Wahlleistungen: Tests für ihre Bedeutung im Krankenhaus, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 1(1995), S. 81-84.
- Völmicke, Christine: Privatisierung öffentlicher Leistungen in Deutschland: Potential, Umsetzung, Auswirkungen, Frankfurt am Main; Berlin; Bern; New York; Paris; Wien: Lang, 1996.
- Wenger, Ekkehard/Terberger, Eva: Die Beziehung zwischen Agent und Prinzipal als Baustein einer ökonomischen Theorie der Organisation, in: WiSt, Heft 10, 1988, S. 506-514.
- Wiedemann, Regina: Wettbewerb unter Krankenhäusern: eine institutionenökonomische Analyse unter besonderer Berücksichtigung von Informationsasymmetrien, Frankfurt am Main; Berlin; Bern; New York; Paris; Wien: Lang, 1998.
- Winter, Manfred: Der Wirtschafts-, Verwaltungs- und technische Dienst, in: Müller, Hans-Werner (Hrsg.): Führungsaufgaben im modernen Krankenhaus: ein Handbuch für Krankenhausträger, Verwaltungen, Behörden, Ärzte und Pflegepersonal, 2., völlig neubearbeitete Auflage, Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz: Kohlhammer, 1983, S. 271-334.
- Zaddach, Michael: Ingolstädter Unternehmenskultur: Personal- und Kostenmanagement, in: KlinikManagement aktuell, September 2002, S. 52-54.
- Zdrowomyslaw, Norbert: Gesundheitsökonomie, München; Wien: Oldenbourg, 1999.
- Zweifel, Peter/Zysset-Pedroni, Gabriella: Was ist Gesundheit und wie lässt sie sich messen?, in: Andersen, Hanfried H./Henke, Klaus-Dirk/Graf v. d. Schulenburg, J.-Matthias (Hrsg.): Basiswissen Gesundheitsökonomie, Bd. 1: Einführende Texte, Berlin: Ed. Sigma Bohn, 1992, S. 39-62.

Zweifel, Peter: Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens, Berlin; Heidelberg; New York: Springer-Verlag, 1982.

Zweifel, Peter: Outputmessung im Gesundheitswesen bei unvollkommener Information, in: Wille, Eberhard (Hrsg.): Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen: Aspekte der Zielbildung und Outputmessung unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens, Frankfurt am Main; Bern; New York: Lang, 1986, S. 127-150.

**Internetadressen:**

<http://www.sana.de/html/portrait.htm> vom 29.08.2001.

<http://www.sana.de/html/kliniken.htm> vom 29.08.2001.

<http://www.helios-kliniken.de/unternehmen/privatisierung/default.htm>

vom 29.08.2001.

<http://www.helios-kliniken.de/unternehmen/default.htm> vom 29.08.2001.

[http://www.verdi.de/0x0ad00f05\\_0x0000d65b](http://www.verdi.de/0x0ad00f05_0x0000d65b) vom 16.09.2002.