

Rekommunalisierung von Krankenhäusern

Erschienen in der Jahresschlussausgabe 2020 der „Kommunalwirtschaft“, Heft 11/12

In ländlichen Regionen verabschieden sich private Krankenhausträger immer häufiger aus der stationären Krankenhausversorgung. Dies reicht von der Schließung einzelner Fachabteilungen bis hin zur Schließung von Standorten bzw. Krankenhäusern. Die betroffenen Kommunen stehen rechtlich und/oder politisch in der Verantwortung, die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu müssen.

Die immer größeren Schwierigkeiten, Fachkräfte für den ländlichen Raum zu gewinnen, und die bundespolitischen Vorgaben durch die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) haben die Situation der Krankenhäuser, die Versorgung in der Fläche zu gewährleisten, erheblich erschwert. Zudem hat die Einführung der Pflegebudgets im Rahmen der Krankenhausfinanzierung dazu geführt, dass die privaten Klinikbetreiber über die Pflege keine Rendite mehr erwirtschaften können. In der Folge ziehen sich die privaten Träger immer häufiger aus der Versorgung zurück. Die Corona-Pandemie hat diese Entwicklung nur verzögert, denn sobald die Sonderregelungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes entfallen, werden die Fragestellungen wieder akut oder sind es bereits, wie die Beispiele in einigen Landkreisen zeigen. Das Klinikum Peine wurde jüngst wieder durch den Landkreis und die Stadt für ca. 30 Mio. € von der AKH-Gruppe zurückgekauft, nachdem das Klinikum im Frühjahr Insolvenz hatte anmelden müssen. Auch das MEDICLIN Krankenhaus am Crivitzer See soll zum 1. Januar 2021 wieder in kommunale Hand übergeben werden. Aktuell verhandeln der Landkreis und MEDICLIN über die Modalitäten der Übernahme. Gleichzeitig hat die Corona-Situation die politische Forderung nach einer Rekommunalisierung von Krankenhäusern, um die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen und diese vor den Sparmaßnahmen privater Unternehmen zu schützen, immer lauter werden lassen.

Rechtlich ist die Situation eindeutig: Wenn private Krankenhausträger den Versorgungsauftrag zurückgeben, haben die Kommunen die bedarfsnotwendige medizinische Versorgung sicherzustellen. Im Rahmen einer Rekommunalisierung gilt es aber, eine Reihe von Fallstricken zu vermeiden, denn eine sinnvolle Versorgung kann immer nur dann sichergestellt werden, wenn ein zukunftsfähiges Modell entwickelt werden kann.

- **Transaktion und Kaufpreisfindung**

Bereits im Rahmen des Transaktionsprozesses und der damit verbundenen Kaufpreisfindung gibt es für die Kommune einige entscheidende Dinge zu bedenken.

Ein Augenmerk sollte darauf gelegt werden, die Probleme bzw. die Ursachen für die vermutlich schwierige Lage des jeweiligen Krankenhauses zu identifizieren. Diese können sehr vielfältig sein. Eine Einschätzung der bestehenden Probleme und den möglichen Einfluss des Trägers auf deren Bewältigung ist entscheidend für die Entwicklung eines zukunftsfähigen Modells.

Die Kaufpreisfindung bietet ebenfalls einige Stolpersteine. In der Regel wird nicht nur der reine Versorgungsauftrag von der Kommune übernommen, sondern auch Teile der bestehenden Infrastruktur wie z. B. Immobilien, sofern diese zur weiteren Erfüllung des Versorgungsauftrages geeignet sind. In diesem Bezug ist zu bedenken, dass diese Immobilien zumeist keinen

oder einen nur sehr geringen Wert aufweisen, sofern sie nicht als Krankenhaus genutzt werden. Entsprechend sollte sich der Ansatz dieser Position im Kaufpreis gestalten.

Entgegen der üblichen Erwartungen an einen Preis kann sich im Rahmen einer Krankenhaus-Transaktion auch ein negativer Kaufpreis ergeben. Ein Grund hierfür kann beispielsweise der Ansatz von notwendigen Rückzahlungen von Fördermitteln sein. Aber auch andere Verpflichtungen gegenüber Dritten können sich mindernd auf den Kaufpreis auswirken.

- **Medizinisches Versorgungskonzept (Krankenhausplanung)**

Wie bereits erwähnt kann eine sinnvolle Versorgung nur dann sichergestellt werden, wenn diese auf einem zukunftsfähigen Modell basiert, das auf die Bedürfnisse der jeweiligen Region abgestimmt ist. Grundlage dafür sollte in jedem Fall eine detaillierte Analyse der derzeitigen Leistungserbringung und Strukturen sein. Im Folgenden möchten wir einige elementare Fragestellungen für die Entwicklung eines Zukunftskonzepts zusammenfassen:

■ Leistungen

- Welcher Versorgungsauftrag liegt vor und zu welchen Leistungen ermächtigt er den zukünftigen Träger?
- Welche Leistungen wurden bisher erbracht?
- Wie stellt sich der Bedarf an Leistungen in der Region dar?
- Ist es notwendig, die Leistungsstruktur z. B. durch eine neue Fachabteilung zu ergänzen oder eine bestehende Fachabteilung zu schließen, um dem Bedarf der Region gerecht zu werden?

■ Infrastruktur

- Gibt es zentral erbrachte Dienstleistungen, die eventuell für eine Übergangszeit weiterhin über den ehemaligen Träger erbracht werden, z. B. IT oder zentrales Medizincontrolling?
- Wie ist der Zustand von Gebäuden und technischer Ausstattung? Ergeben sich hieraus Investitionsbedarfe?
- Gibt es eventuell bereits Pläne für bauliche Maßnahmen?

■ Finanzen

- Wo genau liegen die Ursachen für den wirtschaftlichen Fehlschlag des bisherigen Trägers? Liegen krankenhausespezifische, systembedingte/regulatorische oder bedarfsbedingte Ursachen vor?
- Sind bereits Ausgleichsmechanismen wie z. B. ein Sicherstellungszuschlag vereinbart?

■ Personal

- Gibt es Probleme in der Rekrutierung und Bindung von Fachkräften?

- Gibt es unbesetzte Stellen, die einen deutlich negativen Einfluss auf die mögliche Leistungserbringen haben, wie z. B. fehlende Fachärzte oder Fachpflegepersonal?

Hat man diese strategischen Fragen geklärt, gilt es ein in der Praxis umsetzbares Betriebskonzept zu entwickeln. Hierbei stehen Kliniken vor der Herausforderung, eine kosten- und erlösorientierte Betriebsorganisation, ein dem Leistungsangebot entsprechendes Raumangebot und ein dem Patientenkielentel angepasstes Servicelevel unter Beachtung der gesetzgeberischen Vorgaben anzubieten. Darüber hinaus ist, insbesondere in Kenntnis des knappen Arbeitsmarktes der medizinischen Berufe, die Gewinnung und Bindung von Mitarbeitern mit einem definierten Qualifikationsniveau ein entscheidender Erfolgsfaktor.

Aus diesem Grund ist ein wesentlicher Teil einer organisationalen Standortbetrachtung die Analyse und Bewertung der Personalstruktur in Quantität und Qualität, da die Qualität und Produktivität von Management und Mitarbeitern maßgeblich die weitere Entwicklung der Klinik bestimmen. Zudem müssen die baulichen Strukturen auf funktionale Effizienz für die jeweilige Nutzungsform bewertet sowie die vorhandenen Betriebsorganisationskonzepte auf Zukunftsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit plausibilisiert werden.

Die Erkenntnisse aus den Eckpunkten der strategischen Ausrichtung mit ihren unterschiedlichen Wirkungsmechanismen auf die unternehmerische Prozessgestaltung werden hinsichtlich des Einflusses auf Leistungsfähigkeit, ökonomische Effizienz und Arbeitgeberattraktivität bewertet.

- **Verwaltungsstruktur**

Je nach Größe des Hauses kann es schwierig sein, Verwaltungsstrukturen zu schaffen, die einerseits ausreichend sind, um das Haus auf einer stabilen Basis zu führen, und andererseits z. B. in Bezug auf die Personalkosten wirtschaftlich tragbar sind. Hier stehen insbesondere kleine Häuser unter 300 Betten häufig vor der Problematik, dass zentrale Themenbereiche der Verwaltung lediglich mit einer Person oftmals auch noch in einer Teilzeitanstellung besetzt sind. Sowohl die anfallenden Aufgaben als auch die dem Haus zur Verfügung stehende Refinanzierung aus den Fallpauschalen rechtfertigen auch grundsätzlich keinen höheren Personaleinsatz. Dennoch hat der Ausfall – geplant sowie ungeplant – oder der Weggang der betreffenden Person unmittelbar eine Bearbeitungslücke und im schlimmsten Fall sogar einen enormen Wissensverlust für das Haus zur Folge. Darüber hinaus stehen die jeweiligen Personen auf ihrem Fachgebiet häufig als Einzelkämpfer ohne fachlichen Austausch da. Auf diese Problematik gilt es eine Antwort zu finden. Mögliche Antworten hierauf können Fusionen, Kooperationen, aber auch der Anschluss an einen Klinikverbund sein (ausführliche Informationen hierzu s. Springer Verlag „Consulting im Gesundheitswesen“).

- **Rechtsform**

Sowohl die Wahl der Rechtsform als auch die Struktur der Verwaltung sind von entscheidender Bedeutung bei der Übernahme eines Krankenhauses durch die Kommune.

Mögliche Rechtsformen sind

- der kommunale Eigenbetrieb

- die Anstalt des öffentlichen Rechts
- die Gesellschaft mit beschränkter Haftung
- die Aktiengesellschaft.

Während der Eigenbetrieb keine juristische Person ist, sind die anderen drei Rechtsformen juristische Personen des öffentlichen Rechts bzw. im Falle der GmbH und der AG des privaten Rechts. Die Gemeinde haftet in der Rechtsform des Eigenbetriebs direkt unbeschränkt, in der AöR subsidiär unbeschränkt. Bei der GmbH ist die Haftung auf die Kapitaleinlage und bei der AG auf das Gesellschaftsvermögen beschränkt. In der Praxis hat sich die GmbH als häufigste Rechtsform herauskristallisiert, da diese eindeutig am performantesten ist. Die Vorteile der GmbH sind sicherlich die einfache Gründung und die flexible Geschäftstätigkeit im Betrieb.

- **Einbindung in das kommunale Beteiligungsmanagement/-controlling**

Die Übernahme eines Krankenhauses kann auf den kommunalen Haushalt immense wirtschaftliche Auswirkungen haben. Die Kommune muss davon ausgehen, dass die wirtschaftliche Entwicklung des Krankenhauses sehr volatil und mit Risiken verbunden ist, auf die schnell und flexibel reagiert werden muss. Deshalb ist entscheidend, dass die Kommune von Beginn an die unternehmerische Verantwortung übernimmt und sowohl die generelle Entwicklung des Krankenhauses als auch die Wirksamkeit von etwaig ergriffenen Maßnahmen zur Optimierung überwacht. Aus diesem Grund ist die vollständige Integration des neuen Krankenhauses in das kommunale Beteiligungsmanagement unumgänglich.

Hierbei stellt sich zunächst die zentrale Frage, ob und wenn ja, welche Kompetenzen aus dem Bereich des Krankenhauscontrollings bereits im Beteiligungsmanagement der jeweiligen Kommune vorhanden sind. Unter anderem gilt es, Berichts- und Informationsstandards zu setzen und Situationen und Daten analysieren und bewerten zu können bzw. in den kompetenten Austausch mit der Krankenhausgeschäftsführung treten zu können. Sofern bereits Kompetenzen vorhanden sind, muss geprüft werden, inwiefern diese ausreichend sind bzw. wo eventuell durch die Übernahme ein größerer Bedarf an fachlichem Know-how besteht. Sind keinerlei Kompetenzen vorhanden, so müssen diese aufgebaut werden. Sowohl für die Ergänzung bereits vorhandener Kompetenzen sowie für den kompletten Neuaufbau ergeben sich zwei Möglichkeiten der Umsetzung:

- Interne Kompetenzen durch eigenes Personal (Weiterbildung und Neueinstellungen)
- Externe Kompetenzen durch Kooperationen, Beratung, Klinikverbünde oder Ähnliches

Im Weiteren stellt sich die Frage, ob bereits ein standardisiertes Berichtswesen mit genügend Aussagekraft und einer zuverlässigen Datenqualität etabliert ist.

Hierbei hilft es nicht, erst im Rahmen des jährlich zu erstellenden Beteiligungsberichtes einen Einblick in die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses zu erhalten, zumal Beteiligungsbericht und Jahresabschluss in der Regel erst spät im Folgejahr vorliegen. Der Schwerpunkt für die Steuerung und Überwachung liegt unter anderem auf einer unterjährigen Berichterstattung durch die Krankenhausgeschäftsführung an das kommunale Beteiligungsmanagement.

Im besten Fall erfolgt die Berichterstattung monatlich, mindestens jedoch quartalsweise. Der Bericht kann nach den spezifischen Informationsbedürfnissen des Beteiligungscontrollings bzw. der Aufsichtsgremien aufgebaut werden. Jedoch sollten unbedingt Standards festgelegt werden, die den Aufbau, die Darstellung und die inhaltlichen Anforderungen bestimmen, um überhaupt ein Controlling zu ermöglichen.

Konkret ergeben sich für das Beteiligungscontrolling folgende Aufgaben:

- Vorbereitung und Kontrolle von Zielvorgaben (z. B. Planvorgaben, Kennzahlen)
- Beschaffung aller relevanten Informationen (jährliche Wirtschaftspläne, Jahresabschlüsse)
- Mitwirkung bei Planungsgesprächen
- Organisation des Berichtswesens und inhaltliche Vorgaben (Soll-Ist-Vergleiche, GuV, Liquidität, Investitionen etc.)
- Analyse und Kommentierung der Jahresberichte
- Aufbereitung und Verdichtung der Informationen entsprechend den Anforderungen des Adressaten (z. B. Landrat, Kreistag, Ausschüsse)

Die Rekommunalisierung eines Krankenhauses stellt eine komplexe Herausforderung dar, die eine stringente Struktur und umfassende Kenntnis aller möglichen Themen benötigt. Es ist nicht möglich, ein Krankenhaus zu übernehmen oder als Träger zu betreiben, ohne die notwendige Managementenerfahrung zu haben. Hierbei wird die Kommune immer auf die Erfahrung und Kapazitäten eines Dritten angewiesen sein.

ENDERA-Gruppe

Kompetenz im Gesundheitswesen

Jan Patrick Glöckner (ENDERA-Gruppe)

Linda Harzen (ENDERA-Gruppe)

Sarah Meyer (ENDERA-Gruppe)

Wilhelmstraße 26

53721 Siegburg

info@endera-gruppe.de

www.endera-gruppe.de