

Universität Konstanz
Fakultät für Verwaltungswissenschaft
Diplomarbeit

Entscheidungsverlauf der Strukturentwicklung am Beispiel
einer Krankenhausträgersgesellschaft

Klaus Albrecht

Erstgutachter: Prof. Dr. Seibel

Zweitgutachter: Prof. Dr. Swertz

Abgabetermin: 1. Dezember 1997

Inhaltsverzeichnis

1. Problemstellung und Einführung	S. 1
1.1 Problemstellung	S. 1
1.2 Überblick	S. 3
1.3 Datensammlung	S. 5
1.4 Ein Organisationsbegriff	S. 6
2. Die Krankenhäuser in Deutschland	S. 7
2.1 Der stationäre Sektor	S. 8
2.2 Finanzierung der Krankenhäuser	S. 9
2.3 Krankenhausplanung	S. 12
2.4 Die Krankenhausträger	S. 13
2.4.1 Die öffentlichen Träger	S. 13
2.4.2 Die freigemeinnützigen Träger	S. 14
2.4.3 Die Privaten Träger	S. 16
3. Drei Krankenhausträger im Landkreis Ravensburg	S. 17
3.1 Das Heilig-Geist-Spital - eine fast unendliche Geschichte	S. 17
3.2 Der Landkreis und seine vier Kreiskrankenhäuser	S. 19
3.3 Die Franziskanerinnen und das Krankenhaus St. Elisabeth Ravensburg	S. 21
3.3.1 Die Gemeinschaft der Franziskanerinnen von Reute	S. 21
3.3.2 Das Krankenhaus St. Elisabeth	S. 24
4. Die Organisation	S. 26
4.1 Organisationsbildung	S. 26
4.1.1 Eine ökonomische Erklärung	S. 26
4.1.2 Historische Betrachtung	S. 30
4.2 Die Umwelt von Organisationen	S. 33
4.2.1 Die Grenzen der Organisation	S. 33
4.2.2 Das Organisationsset	S. 35
4.2.3 Die Ressourcen einer Organisation	S. 36
4.2.4 Abhängigkeit und Unsicherheit	S. 38
4.2.5 Eine Charakterisierung der Umwelt	S. 43

5. Man kommt ins Gespräch (Sommer '95 - Dezember '95)	S. 48
5.1 Zuspitzung der Probleme 1995	S. 49
5.2 Handhabung begrenzter Rationalität - Grundsätzliche Überlegungen	S. 51
5.2.1 Begrenzte Rationalität und Frames	S. 51
5.2.2 Sozialisation, Rollen, Habitus	S. 55
5.3 Sozialmanager handeln	S. 58
5.4 Signale der Gesprächsbereitschaft und ein Anstoß von außen	S. 59
5.5 Allgemeine Kooperationsmöglichkeiten	S. 63
5.5.1 Intraorganisatorische Kooperation	S. 64
5.5.2 Interdependenz, sowohl kompetitiv, als auch symbiotisch	S. 65
5.5.3 Prognosen und Vorbeugung, mittlerer Konzentrationsgrad	S. 66
5.5.4 Interorganisatorische Stabilisierung von Beziehungen	S. 67
6. Die Kooperation nimmt Gestalt an (Dezember '95 - Juli '96)	S. 70
6.1 Interessen und Handlungsorientierungen	S. 71
6.2 Ein exklusiver Zusammenschluß und unternehmende Beamte	S. 76
6.3 Eine wertvolle Ressource: Vertrauen	S. 80
6.4 Verständigung und Beginn einer Problemlösung	S. 84
6.4.1 Verständigung und Kompromiß	S. 85
6.4.2 Macht	S. 86
6.5 Leitbilder, Gestaltungsoptionen und Überzeugungen	S. 88
6.5.1 „World views“, „Principal Beliefs“ und „Causal Beliefs“	S. 88
6.5.2 Leitideen	S. 89
6.6 Ein Netzwerk wird gebildet	S. 93
7. Die Kooperation wird perfekt gemacht (Juli '96 - Dezember '96)	S. 98
7.1 Abstimmung im Netzwerk	S. 98
7.2 Cosmopolitans und Locals - andere Begriffe, gleiche Akteure: ein Mehrebenenproblem	S. 100
7.3 Innen- und Außendifferenzierung: Transmissionsriemen	S. 105
7.4 Entscheidungsverlauf in der Kirche	S. 106
7.5 Die Kommunalvertretungen stimmen zu	S. 110
8. Schlußbetrachtung	S. 112
Anhang	S. 117

Anlage 1:	
Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag der Oberschwaben-Klinik gGmbH	S. 118
Anlage 2: Interview-Leitfaden	S. 124
Anlage 3: Horizontale und vertikale Integration	S. 127
Anlage 4:	S. 129
Anlage 4a: Größenvergleich	S. 130
Anlage 4b: Abbaupotential	S. 131
Anlage 5:	S. 132
Anlage 5a: Kennzahlen der Oberschwaben-Klinik	S. 133
Anlage 5b: Diskussionsgrundlage zur zukünftigen Entwicklung	S. 134
Literaturverzeichnis	S. 135

1. Problemstellung und Einführung

1.1 Problemstellung

Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung setzt sich mit erklärungsbedürftigen Phänomen auseinander. „Phänomen“ wird gemeinhin mit „außergewöhnliche Erscheinung“ übersetzt. Die Übereinkunft dreier unterschiedlicher Organisationen zur Gründung einer gemeinsamen Gesellschaft kann von wissenschaftlichem Interesse sein, muß es aber nicht, weil dies vordergründig nur als ein gewöhnlicher Vorgang erscheint wie er in einer freien Gesellschaftsordnung mit Koalitionsfreiheit eigentlich zu erwarten ist. Von großem Interesse ist es dagegen, wenn sich weltliche (kommunale) und kirchliche Organisationen auf eine enge Zusammenarbeit in Form einer gemeinsamen Trägergesellschaft in einer privatrechtlichen Rechtsform einigen.

Genau dies geschah im Landkreis Ravensburg. Die Franziskanerinnen von Reute, der Landkreis und die Stadt Ravensburg errichteten zum 1. Januar 1997 die Oberschwaben-Klinik gGmbH, deren Aufgabe eine „bedarfsgerechte, flächendeckende Versorgung der Bevölkerung des Landkreises Ravensburg mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten Krankenhäusern sowie die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der in diesen Krankenhäusern behandelten Patienten“ ist (Gesellschaftsvertrag § 2 Absatz 1 Satz 3; vgl. Anlage 1). In jüngster Zeit kam es häufiger zur Bildung von gemeinsamen Trägergesellschaften, doch geschah dies immer nur zwischen kommunalen *oder* freigemeinnützigen Trägern¹, bisher jedoch nicht zwischen kommunalen *und* kirchlichen Betreibern von Krankenhäusern.

Die Errichtung der Gesellschaft geschah vor dem Hintergrund heftigster Diskussionen über die zukünftige Struktur der Kreiskrankenhäuser und dem Kampf um den Erhalt des städtischen Krankenhauses in Ravensburg. Angesichts der emotionsgeladenen Atmosphäre und den enormen Problemen vor denen die Akteure standen, ist die rasche Verwirklichung der Idee einer Neuordnung der Krankenhauslandschaft durch die Gründung der Oberschwaben-Klinik ein Phänomen. Daher soll die Entwicklung von der Idee bis zur Eintragung ins Handelsregister in dieser Arbeit nachgezeichnet werden.

Um eine sozialwissenschaftlichen Untersuchung zu rechtfertigen, muß der hier untersuchte Prozeß ein sozialer Gegenstand sein. Unter einem soziologischen Tatbestand versteht Durk-

¹ Im Landkreis Sigmaringen schlossen sich 1996 bspw. die Kreiskrankenhäuser des Landkreises und das Krankenhaus der Stadt Pfullendorf zur „Kliniken Landkreis Sigmaringen GmbH“ zusammen; vgl. o. V. 1994;

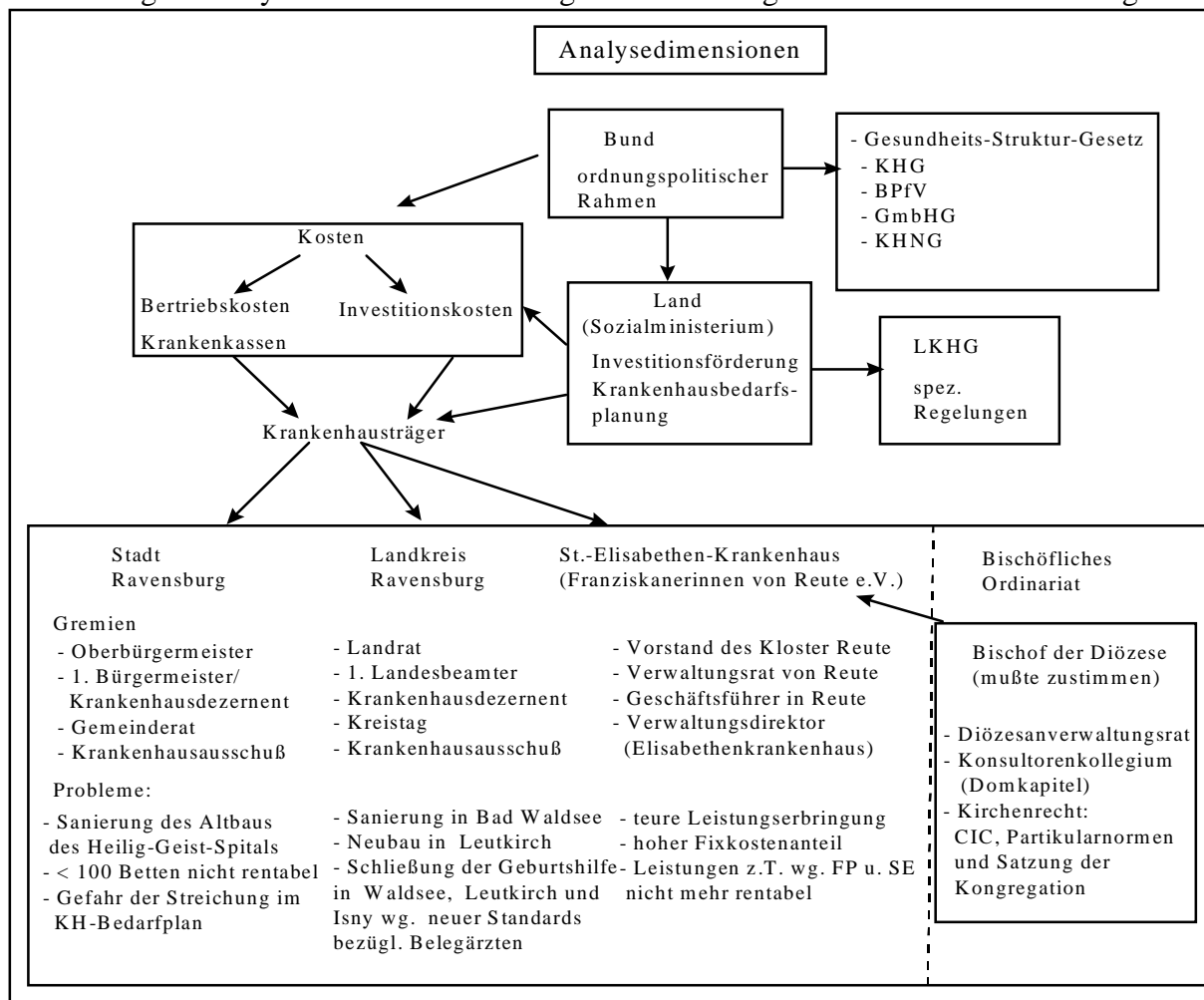
heim „jede mehr oder minder festgelegte Art des Handelns, die die Fähigkeit besitzt, auf den Einzelnen einen äußeren Zwang auszuüben; oder auch, die im Bereiche einer gegebenen Gesellschaft allgemein auftritt, wobei sie ein von ihren individuellen Äußerungen unabhängiges Eigenleben besitzt.“ (Durkheim 1965, S. 114; kursiv im Original). Entscheidungsverläufe sind ein prozeßhaftes Geschehen, welche das Handeln des Einzelnen einem Zwang unterwerfen, weil Erwartungshaltungen dem Akteur eine Handlungsweise aufnötigen, die nur innerhalb dieses bestimmten Prozesses auftreten kann und außerhalb davon dem Individuum seinen Handlungsspielraum belassen. Somit kann festgehalten werden, daß die in dieser Arbeit zu betrachtende Entwicklung einen soziologischen Tatbestand darstellt.

Der Verlauf und Aufbau der Untersuchung läßt sich mit einem weiteren Zitat von Durkheim grob umreißen: „Wird also die Erklärung eines sozialen Phänomens in Angriff genommen, so muß die wirkende Ursache, von der es erzeugt wird, und die Funktion, die es erfüllt, gesondert untersucht werden“ (Durkheim 1965, S. 181, kursiv im Original).

Drei Analyseebenen lassen sich zur Untersuchung der Ursachen unterscheiden: 1. das Verhalten oder die Eigenschaften einzelner Beteiligter in der Organisation, 2. Funktionsweisen oder Aspekte eines Segmentes der Organisation und 3. die Eigenschaften oder Aktionen der Organisation als Ganzes (Scott, 1986, S. 32). Es ist daher notwendig die Wahrnehmung der Umweltereignisse in der Perspektive der Akteure zu untersuchen sowie deren Auswirkungen auf die Organisation als Ganzes. Hierbei gibt es Abgrenzungsschwierigkeiten, denn die Krankenhäuser waren der allgemeinen Verwaltung sowohl des Klosters Reute als auch der Kommunen zugeordnet und damit Teil einer Organisation, aber aufgrund ihrer eigenen Organisationsstruktur mit einer eigenen Wirtschaftsrechnung können sie als eigene Kollektivität betrachtet werden, so daß die von Scott unterschiedenen Ebenen 2 und 3 in diesem Fall nicht eindeutig zu trennen sind. Über das Schicksal der Krankenhäuser wurde jedoch in den politischen Gremien entschieden, so daß die Kliniken in dieser Arbeit als Teil einer Organisation, nämlich der sie tragenden Körperschaft, betrachtet werden und somit die Ebene 2 im Sinne Scotts bilden. Ebene 3 sind schließlich die Trägerorganisationen.

Die nachstehende Abbildung zeigt die Probleme und Umwelteinflüsse im Landkreis Ravensburg in zusammengefaßter Form. Es werden die entscheidenden Organe dargestellt, aber auch die Abhängigkeiten von Land und Krankenkassen aufgezeigt.

Abbildung 1: Analyseebenen zur Erklärung der Entstehung der Oberschwaben-Klinik gGmbH:



Quelle: eigene Darstellung

1.2 Überblick

Damit der Leser die Geschehnisse im Landkreis Ravensburg in einen größeren Zusammenhang einordnen kann, scheint es unumgänglich die Situation der Krankenhäuser in Deutschland darzustellen (Kapitel 2).

Anschließend sollen die Probleme der Krankenhausträger im Landkreis Ravensburg näher beleuchtet werden (Kapitel 3). Alle drei Träger standen vor großen Problemen. Die Stadt Ravensburg mußte die Sanierung ihres Krankenhauses in Angriff nehmen, das seit Jahren vor der Schließung stand. Ähnliche Probleme hatte der Landkreis, der vor umfassenden Baumaßnahmen an zwei Krankenhäusern steht, die große finanzielle Ressourcen binden werden. Gleichzeitig gab es vor dem Hintergrund neuer Entgeltformen und der Budgetierung Überlegungen der Bündelung von einzelnen Leistungen an den vier Kreiskrankenhäusern bis hin zur Schließung der drei kleineren Häuser, was unter anderem zu heftigen Protesten in den betroffenen Standorten führte. Schließlich das kirchliche Krankenhaus St. Elisabeth der Franziskanerinnen

von Reute, das hohe Kosten verursachte, so daß auch ein Rückzug in Erwägung gezogen wurde, wodurch das Haus an den Kreis gefallen wäre.

Im weiteren Verlauf wird zunächst auf die Organisationsbildung und Umweltabhängigkeiten eingegangen (Kapitel 4). Es zeigt sich, daß Krankenhäuser mit ökonomischen Theorien erklärt werden können, aber, daß sie auch ein Beispiel für die Ausdifferenzierung der Medizin sind. Die weitergehende Differenzierung in unterschiedliche Träger und Versorgungsstufen läßt sich historisch begründen mit der zunehmenden Arbeitsteilung in einem hochspezialisierten Sektor der medizinischen Versorgung. Zu anderen Organisationen besteht eine Ressourcendependenz, die sie zwingt in Kontakt mit ihrer Umwelt zu treten. Von Bedeutung für den hier betrachteten Fall war die Gesundheitsreform und ihre Wirkungen auf den stationären Sektor, die Förderpolitik und Bedarfsplanung des Landes sowie die Stellung der Krankenkassen. Diese Umweltfaktoren sind unabhängige Variablen, deren Bedeutung und deren Handlungen nicht weiter hinterfragt werden. Wichtiger ist die Charakterisierung der Umwelt in der Wahrnehmung der Akteure als turbulent und sehr unsicher. Damit gewinnen Einstellung, Sozialisation, Rollenverhalten und Habitus Bedeutung für das Verhalten der in den Organisationen agierenden Individuen, die unter beschränkter Rationalität Entscheidungen über die Zukunft ihrer Organisation fällen mußten.

Der Problemdruck, der auf den Entscheidungsträgern lastete, führte schließlich dazu interorganisatorische Beziehungen aufzunehmen (Kapitel 5), um dadurch zu versuchen, Umweltbeziehungen zu stabilisieren bzw. eine eigene Machtposition gegenüber der Umwelt aufzubauen. Günstig wirkte sich hierbei die ähnliche Problemlage der Organisationen aus und das Auftreten von Akteuren mit einer marktwirtschaftlichen Orientierung. Sie entwickelten die Idee eines Verbundes der Krankenhausträger. Auf Seiten der Kommunen kannten sich die Akteure schon lange und entwickelten unternehmerisches Denken (Kapitel 6). Die Verhandlungen, die letztlich zur Gründung der Gesellschaft führten, konnten mithin unbelastet von persönlichen Rivalitäten geführt werden. Allgemein werden die Gespräche als konsensorientiert bezeichnet. Es lag also eine verständigungsorientierte Kooperation im Sinne Benz' vor, die eine innovative Lösung, wie die hier vorgefundene, am ehesten erwarten läßt (Benz 1994, S. 164). Dazu scheint die Ausbildung eines lokalen Netzwerkes von Beteiligten zur Durchsetzung dieser Lösung in den politischen Gremien von Vorteil gewesen zu sein. In Kapitel 7 werden der Entscheidungsverlauf und die formalen Grundlagen in der katholischen Kirche beleuchtet sowie die Funktionsweisen der eingerichteten Gremien.

Im abschließenden Kapitel 8 werden die vorausgegangenen Kapitel zusammengefaßt und einer Schlußbetrachtung unterzogen.

Über den möglichen Erfolg oder Mißerfolg der Oberschwaben-Klinik wird diese Arbeit nichts aussagen, weil dies reine Spekulation wäre. Zwar wurden mit der Unterschrift unter den Gesellschaftervertrag strukturelle Entscheidungen getroffen, die für den Bestand und die Handlungsmöglichkeiten von Bedeutung sein können, doch ist nach noch nicht einmal einem Jahr des Bestehens eine Prognose gewagt. Außerdem würde dies über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen und könnte daher Aufgabe einer weiteren Untersuchung in 3-5 Jahren sein, wenn sich die Gesellschaft endgültig etabliert hat.

1.3 Datensammlung

Der vorliegende Entscheidungsverlauf stellt eine Einzelfallanalyse dar. Gründe für ein Fallstudie können in der Einzigartigkeit des Untersuchungsgegenstandes liegen oder an einem Mangel sowohl finanzieller als auch personeller oder zeitlicher Forschungsressourcen leiden (Schnell, Hill, Esser 1992, S. 265f.). Der Nachteil letzterer Ursachen liegt in der möglicherweise zu geringen Verallgemeinerung der Aussagen.

Für jede Untersuchung ist die Gewinnung von Daten wichtig, um Aussagen treffen zu können. Die verschiedenen hier verwendeten Datenquellen ergänzten sich. Es wurden Datenquellen verwendet, die in einem möglichst engen Zusammenhang zur Fallanalyse standen.²

Aufgrund der heftigen Diskussionen, die in den letzten Jahren im Landkreis Ravensburg über die Krankenhäuser geführt wurden, war zu erwarten, daß sich viele Presseberichte zu dem Thema finden lassen würden. Dies hat sich bestätigt. Allerdings wurde der Entscheidungsablauf der Neustrukturierung der Krankenhausträgerschaft von der emotional geführten Debatte über die Schließung der geburtshilflichen Abteilungen in Bad Waldsee, Isny und Leutkirch in den Hintergrund gedrängt. Es fanden sich deutlich mehr Zeitungsartikel zu den Geburtshilfen im betrachteten Zeitraum. Berücksichtigt werden mußte dabei auch, daß es im Landkreis Ravensburg vier Regionalausgaben der Schwäbischen Zeitung gibt (Ravensburg/Weingarten; Bad Waldsee/Aulendorf; Wangen/Kißlegg und Bad Wurzach/Isny/Leutkirch), die in unterschiedlichem Umfang auf die Neustrukturierungen eingegangen sind. Außerdem wurden Protokolle und Anlagen der Kreistags- und Gemeinderatssitzungen, Statistiken der Oberschwaben-Klinik

² Auch Schnell, Hill und Esser fordern eine dem Untersuchungsgegenstand angemessene Erhebungstechnik (1992, S. 327)

und des Landkreises sowie Unterlagen, die durch die Bürgerinitiativen und dem Kloster Reute zur Verfügung gestellt wurden, untersucht. Ergänzend wurden Interviews geführt, weil die vorliegende Untersuchung davon ausging, daß ein wesentlicher Faktor für den raschen Entscheidungsverlauf die handelnden Akteure waren. Dies waren halbstandardisierte offene Interviews auf Basis eines Leitfadens. Damit sollte eine Vergleichbarkeit der Aussagen hergestellt und das Gespräch strukturiert werden. Der Leitfaden war für alle Interviewpartner (9) gegliedert nach der allgemeinen Situation, Zusammenarbeit mit den politischen Gremien, der Umwelt der betrachteten Organisation (Krankenkassen, Land), der Problemlösung und persönlichen Einstellungen (Beispiel in Anlage 2). Alle Interviews werden in dieser Arbeit anonymisiert wiedergegeben. Es konnten mit den Mitgliedern der Lenkungsgruppe, Vertretern der Krankenkassen und des Sozialministeriums Gespräche geführt werden. Die von Schnell, Hill und Esser genannten Nachteile eines Leitfadengesprächs³, traten teilweise auf. In zwei Fällen wurde daher ein weiteres Gespräch geführt, um ergänzende Informationen zu gewinnen.

1.4 Ein Organisationsbegriff

Die Arbeit will zeigen, wie es zur Bildung einer neuen Organisation aus der Kooperation verschiedener bis dahin autonom agierender Organisationen kommen kann. Der Organisationsbegriff, von dem im folgenden ausgegangen wird, sieht die moderne Organisation gekennzeichnet durch Arbeitsteilung, Formalisierung der Handlungsabläufe und Stetigkeit im Bestand. Weber macht dafür die zunehmende Rationalisierung aller Lebensbereiche verantwortlich.⁴

Geht man davon aus, daß eine Organisation aus Individuen besteht, die sich zur Erreichung bestimmter Ziele zusammengeschlossen haben, dann ist eine Organisation ein soziales Konstrukt. Diese Individuen werden Aufgaben auf die Mitglieder verteilen, die zur Zielerreichung notwendig sind und die Beziehungen zwischen den Organisationsangehörigen strukturieren. Deswegen ist für Scott die Organisation „*eine an der Verfolgung relativ spezifischer Ziele orientierte Kollektivität mit einer relativ stark formalisierten Sozialstruktur*“ (Scott 1986, S. 45; kursiv im Original). Türk sieht in der Organisation „eine Personenmehrheit [die; K.A.] sich aus primär instrumentellen Zwecken zusammenschließen, ein Handlungsprogramm entwickelt, das sich im Laufe der Zeit stabilisiert und insofern das Verhalten standardisiert“ (Türk 1978, S. 5). Ahrne faßt die Merkmale einer Organisation folgendermaßen zusammen: „(a) affiliation (b) collective resources (c) substitutability of individuals (d) recorded control“ (Arhne 1994, S. 2).

³ Vgl. Schnell, Hill, Esser 1992, S. 390f.

⁴ Vgl. Kieser 1993, S. 37ff.

Die Organisation besteht über einen längeren Zeitraum hinweg und besitzt Kontrolle über gemeinsame Ressourcen, die in interdependenten und stabilen Beziehungen zu anderen Organisationen gesichert werden müssen⁵.

Somit ist Scotts Definition um den Faktor Umwelt zu erweitern, denn die Organisation kann nicht unabhängig von anderen agieren. Die Organisation wird zu einem offenem System, so daß die Definition wie folgt lauten kann: „Eine [Organisation ist eine; K.A.] an der Verfolgung relativ spezifischer Ziele orientierte Kollektivität mit einer relativ stark formalisierten Sozialstruktur; [ihre; K.A.] Struktur [...], ihre Aktivitäten und deren Resultate sind stark geprägt durch Umweltfaktoren.“ (Scott 1986, S.45 und S. 47; kursiv im Original). Dieses Verständnis von Organisation erscheint für diese Arbeit geeignet zu sein.⁶

2. Die Krankenhäuser in Deutschland

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist pluralistisch organisiert. Sehr unterschiedliche Akteure versuchen ihre Dienste anzubieten oder Interessen zu vertreten, so daß sich sowohl auf der Anbieterseite also auch auf der Nachfragerseite ein heterogenes Bild ergibt. Es finden sich in allen Segmenten des Gesundheitswesens⁷ privatrechtlich und öffentlich-rechtlich organisierte Anbieter und Nachfrager. Diese Vielfalt ermöglichte offenbar eine hohe Strukturkontinuität, denn trotz unterschiedlichster Regierungs- und Staatsformen in Deutschland in den letzten 100 Jahren ist das Gesundheitswesen nahezu unverändert geblieben (Alber 1992, S. 19). Alber führt dies auf die Vielfachsteuerung zurück, die durch Bundes- und Landesgesetzgebung sowie durch Aushandlungsprozesse der verschiedenen Akteure gekennzeichnet ist (Alber 1992, S. 20). Im Rahmen dieser Arbeit wird nur auf den stationären Sektor eingegangen. Daher wird in diesem Kapitel die Situation der Krankenhäuser und Einflußfaktoren die Krankenhausfinanzierung und die Krankenhausplanung vorgestellt. Abschließen wird das Kapitel mit einer Übersicht über die verschiedenen Krankenhausträger.

⁵ Vgl. insbesondere Pfeffer/Salancik 1978; Scott 1986, S. 228ff.

⁶ Für weitere Definitionen und Abgrenzungen vgl. Scott 1986, Türk 1978, Ahrne 1994, Kieser 1993

⁷ Vgl. Herder-Dornreich 1980, S. 18ff., Manytz, Rosewitz 1988, S. 117-179, Alber 1992; Oberender, Hebborn 1994

2.1 Der stationäre Sektor

Die Krankenhausstruktur in der Bundesrepublik ist durch eine Trägervielfalt geprägt. Die pluralistische Organisation des stationären Sektors schlägt sich auch in den einschlägigen Gesetzen nieder, die auch Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips⁸ sind, bspw. im LKHG BW: „(2) Bei der Durchführung dieses Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten, insbesondere ist freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern ausreichend Raum zu geben.“(LKHG BW § 1, Absatz 2, Satz 1).

Eine Unterscheidung der Krankenhäuser ist nach Funktion und Trägerschaft möglich. Wird die Funktion betrachtet, so wird zwischen Akutkrankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Sonderkrankenhäusern und verschiedenen Versorgungsstufen, die mit einem unterschiedlichen Versorgungsauftrag verbunden sind, unterschieden.

Nach dem Träger kann man private, freigemeinnützige und öffentlich-rechtliche unterscheiden. Öffentlich-rechtliche Träger sind am häufigsten anzutreffen (1994 Bund 42%; Baden-Württemberg 53%), die privaten Träger haben den geringsten Anteil (1994 Bund 17,4%; Baden-Württemberg 22,3%); freigemeinnützige besaßen 1994 im Bund 40,5% (Baden-Württemberg 24,7%) aller Häuser. Aussagekräftiger sind die Bettenzahlen. Bei Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten dominieren öffentliche Einrichtungen, freigemeinnützige im Bereich von 200-500, die Privaten sind am häufigsten in kleineren Häusern bis 200 Betten anzutreffen (alle Angaben nach Beske, Brecht, Reinkemann 1995, Tab. 8-4, S. 112). Der Akutbereich wird zumeist von öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern abgedeckt, während Sonderkrankenhäuser⁹ eine Domäne der privaten Anbieter sind (Alber 1992, S. 78). Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Verteilung der Bettenzahlen für den Bund, das Land und den Landkreis Ravensburg:

Tabelle 1: Bettenverteilung und Anzahl der Krankenhäuser

	Allgemeine Krankenhäuser							
	zusammen		öffentliche		frei-gemeinnützige		private	
	1994	1993	1994	1993	1993	1994	1994	1993
Deutschland	569638	578621	327071	210254	340488	212030	30537	27879
Baden-Württemberg	64002	64882	46265	13971	47110	13767	3970	3801
Landkreis Ravensburg	1512	1548	827	685	863	685	0	0

Quelle: Statistisches Jahrbuch 1995 und 1996 des Statistischen Bundesamtes und Angaben der OSK; ohne PLK und Reha-Kliniken

⁸ Vgl. Eichhorn 1995, S. 5

⁹ Unter Sonderkrankenhäuser werden Einrichtungen verstanden, die nur bestimmte Krankheiten bzw. Personengruppen behandeln, während sich Akutkrankenhäuser um die akute Erkrankung, unabhängig vom Status des Patienten, kümmern (Beske, Brecht, Reinkemeier 1995, S. 109)

2.2 Finanzierung der Krankenhäuser

Die Finanzierung und damit die Sicherung des Ressourcenflusses der Krankenhäuser erlebt derzeit eine grundlegende Änderung.¹⁰ Zum besseren Verständnis sei kurz die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung aufgezeigt.

Rechtliche Grundlagen sind das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die Bundespflege-satzverordnung (BPflV) und das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie die Landeskrankenhausgesetze und weitere länderspezifische Regelungen. Seit der Verabschiedung des KHG 1972 spricht man von einer dualen Finanzierung der Krankenhäuser¹¹, das heißt die Investitionskosten werden von der öffentlichen Hand, die Betriebskosten dagegen von den Krankenversicherern übernommen. Ein geringer Teil der Finanzierung wird vom Patienten in Form eines Eigenanteils getragen (seit 1. Juli 1997 sind dies 17 DM (West) und 14 DM (Ost) täglich bis 14 Tage und einmal jährlich 20 DM pro Mitglied, außer Bayern).

Die Länder sind für die Durchführung des KHG zuständig und müssen eine Bedarfsplanung erstellen. Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Bedarfsplan bedeutet Fördermittel des Landes und einen Kontrahierungszwang für die Kassen (Döhler 1990, S. 421). Das KHG wurde für die Kostenexplosion im Krankenhausbereich verantwortlich gemacht.¹² Das Selbstkostendeckungsprinzip, das heißt die Erstattung der entstandenen Kosten, bot einen Anreiz für eine lange Verweildauer¹³.

Mit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes von 1988 (GRG) wurde die Möglichkeit der Kündigung der Versorgungsverträge mit unwirtschaftlichen Krankenhäusern durch

¹⁰ Seit 1977 wurden 46 größere Gesetze und 6.800 Einzelbestimmungen im Gesundheitswesen verabschiedet (Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung; Mitteilungen des Bundesgesundheitsministeriums vom 20. März 1997, hier S. 2; URL: http://www.bundesregierung.de/inland/index_d4.html).

¹¹ Thiemeyer sieht 7 Finanzierungsquellen: 1. Öffentl. Finanzausschüsse auf Einzelantrag, 2. Öffentl. Finanzausschüsse als Pauschale, 3. Einnahmen aus Pflegesätzen orientiert an best. Kosten, 4. Einnahmen aus Pflegesätzen aus Kosten, die pauschaliert erfaßt sind; 5. Sonstige krankenhausspez. Einnahmen; 6. Sonstige nichtkrankenhauspez. Einnahmen; 7. Zuschüsse von Dritten (Thiemeyer, T. 1984, S. 111-139).

¹² Zu den Ursachen der Kostenexplosion werden gezählt: 1. Ausweitung der Leistungen; 2. Anspruchsdenken; 3. Personalzunahme; 4. schlechte Krankenhausplanung; 5. Selbstkostendeckungsprinzip; 6. pauschalierter Pflegesatz (Breyer, Paffrath, Preuß, Schmidt 1987, S. 23), 7. tarifrechtliche Gleichstellung von Ärzten und Pflegepersonal mit übrigen Angestellten des öffentlichen Dienstes 1974 (Alber 1992, S.116); Vgl. auch Seibel 1994, S. 142f.

¹³ Die Verweildauer reduzierte sich bundesweit von 14,6 Tagen 1991 auf nur noch 12,1 Tage 1995; im Landkreis Ravensburg lag sie 1993 zwischen 8,73 Tagen (KKH Wangen) und 12,2 (KKH Bad Waldsee und städt. KHRV).

die Krankenkassen, allerdings unter Genehmigungsvorbehalt der Länder (Döhler 1990, S. 489) neu eingeführt. Es wurde von der Idee der Beitragssatzstabilität geleitet¹⁴.

Für die meisten Leistungsbereiche wurden 1992 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz Budgets eingeführt. Ein Schwerpunkt der Reformbemühungen waren die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung, der Arzneimittelbereich, die Reform der GKV und der im GRG nur wenig betroffene Krankenhaussektor (Oberender, Hebborn 1994, S. 86). Im Rahmen dieser Arbeit wird nur auf letzteren eingegangen.¹⁵ Insgesamt wird mit dem GSG eine marktwirtschaftlich orientierte Ordnungspolitik verfolgt, in dem wettbewerbliche Elemente in das Gesundheitssystem eingebaut wurden.

Die Budgets der Krankenhäuser wurden auf der Grundlage von 1992 für die Jahre 1993 bis 1995 gedeckelt; ihre Entwicklung an die Steigerung der Grundlohnsumme¹⁶ gebunden. Mit der Einführung von Sonderentgelten und Fallpauschalen auf regionaler Basis fand eine Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip statt.¹⁷ Ergänzt wurde dies durch krankenhausindividuelle Abteilungs- und Basispflegesätze, die die pflegerischen und die sogenannten Hotelkosten abdecken¹⁸. Mit den neuen Entgeltformen wurde ein leistungsbezogenes Element in die Krankenhausfinanzierung eingeführt. Damit erhoffte sich der Gesetzgeber die Ausnutzung von Rationalisierungspotentialen, die zur Beitragssatzstabilität beitragen sollen. Kritik wird primär an unter Umständen nicht kostendeckenden Fallpauschalen und einer befürchteten zunehmenden Spezialisierung geübt.¹⁹ Insgesamt werden diese Entgeltformen als Einstieg in die monistische Finanzierung der Krankenhäuser gesehen, das heißt letztlich müßten auch die Investitionskosten von den Beitragszahlern der GKV und der privaten Krankenversicherung (PKV) über die weiterhin bestehenden Pflegesätze geleistet werden. Es käme zu einer Entlastung der Länderhaushalte. Dem wird insofern Rechnung getragen, daß die Krankenhäuser Gewinne zu Investi-

¹⁴ Weitere Grundsätze waren: „[...] 2.Sicherung einer notwendigen medizinischen Versorgung (§70 Abs. 1 SGB V i.d.F. des GRG), 3. angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen (§72 Abs. 2 SGB V).“ (Oberender, Hebborn 1994, S. 74); Vgl. zum GRG 1988 Webber, Douglas 1989

¹⁵ Aus der Vielzahl der Veröffentlichungen zum GSG sollen nur zwei genannt werden, die die Gründe zur Verabschiedung und den Verhandlungsverlauf aufzeigen: Perschke-Hartmann 1994, Oberender, Hebborn 1994, S. 84ff.

¹⁶ „Grundlohnsumme ist das beitragspflichtige Arbeitsentgelt, aus dem im Durchschnitt eines bestimmten Zeitraums die Beiträge zur Sozialversicherung berechnet werden.“ (Oberender, Hebborn 1994, S. 217)

¹⁷ Fallpauschale: „Pauschalbetrag für die Abgeltung [von Krankenhausleistungen; K.A.] [...] unabhängig von den tatsächlich entstehenden Kosten“ (Oberender, Hebborn 1994, S. 216); Sonderentgelte: Pauschalbetrag für definierte Leistungskomplexe; der Unterschied zur Fallpauschale liegt darin, daß die Fallpauschale die gesamte Behandlung umfaßt, das Sonderentgelt nur einen bestimmten Ausschnitt.

¹⁸ Vgl. Eichhorn 1995, S. 18

¹⁹ Vgl. Eichhorn 1995, S. 21f. und Pfaff, Wassener 1995, S. 31

tionen verwenden dürfen²⁰.

Neben der vollstationären Behandlung ist den Krankenhäusern auch eine vor-, teil- und nachstationäre sowie ambulante Versorgung der Patienten erlaubt (§§ 115, 115a, 115b SGB V). Die Krankenkassen erhielten erleichterte Kündigungsmöglichkeiten unwirtschaftlicher Krankenhäuser (§ 110 SGB V).

In der Kombination bewirken diese Änderungen einen erhöhten Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern. Die Fallpauschalen und Sonderentgelte führen zu einer Reduzierung der Verweildauer. Damit werden zwangsläufig die Akutbetten abgebaut oder umgewidmet, das heißt einer neuen Verwendung zugeführt zum Beispiel Geriatrie oder Pflege. Die Spezialisierung kann zu einer Reduzierung des Leistungsspektrums führen und möglicherweise werden weniger lukrative Fälle auf andere Häuser abgewälzt.²¹ Gleichzeitig kann es bei gewinnbringenden Fallpauschalen zu einer Fallmaximierung kommen. Ist ein Haus nicht in der Lage seine Leistungen wirtschaftlich zu erbringen, und ist der Träger nicht bereit das entstehende Defizit zu tragen, so wird es aus dem Wettbewerb ausscheiden. Folglich können sich negative Wirkungen auf die Versorgung ländlicher Gebiete ergeben durch die Schließung von Krankenhäusern ergeben.

Mithin änderte sich in relativ kurzen Abständen die Finanzierung des Gesundheitssystems, der Krankenhäuser und damit einhergehend die Verhandlungsmacht der Akteure ständig. Die Umwelt, insbesondere die politische Umwelt (deren Bedeutung Mayntz und Rosewitz 1988 betonten), kann man als turbulent mit einem Höchstmaß an Unsicherheit beschreiben²². Einzig der scheinbare Trend zu einer mehr marktwirtschaftlichen Organisation des Gesundheitswesens und damit mehr Wettbewerb scheint relativ stabil zu sein. Gleichzeitig wurden die Krankenhäuser gezwungen ihre Kosten zu senken und Rationalisierungspotentiale auszuschöpfen. Die Lösung der Probleme wird neben einer Vielzahl von innerbetrieblichen Umstrukturierungen auch in der vermehrten Kooperation der Krankenhäuser gesehen. Dadurch versprechen sich die Akteure eine erhöhte Einkaufsmacht und eine bessere Ausnutzung von Kapazitäten (zum Bei

²⁰ Westphal geht davon aus, daß ca. 10% des Umsatzes eines Krankenhauses zur Erhaltung investiert werden muß. Er setzt dies ins Verhältnis zu angeblich in gleicher Höhe erbrachten unnötigen Leistungen und will einen erhöhten Rationalisierungsdruck durch ein einfließen der Investitionskosten in das Budget erreichen (Westphal 1997, S. 33f.).

²¹ Das Problem der Patientenselektion ist nicht zu unterschätzen. In Stuttgart beispielsweise wurde dies in einem von der Sana GmbH geführten Haus praktiziert, so daß die kostenintensiven Patienten in ein kirchliches Haus „abgeschoben“ wurden, das bei guter Auslastung im Minus war (Interview-Nr. 1030).

²² Vgl. Emery und Trist 1965, auf die später ausführlicher eingegangen wird.

spiel in der Diagnostik, Computertomographen, Kernspintomograph u. ä.), was auch beim hier behandelten Zusammenschluß eine Rolle gespielt hat.²³

2.3 Krankenhausplanung

Die Notwendigkeit einer Planung für die Bundesrepublik Deutschland²⁴ ergibt sich aus der pluralistischen Struktur der Krankenhausträger und einer Anpassung an Veränderungen der demographischen Entwicklung sowie einer damit einhergehenden Veränderung der Morbidität; außerdem soll eine regionale Über- bzw. Unterversorgung verhindert werden. Seit Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 sind die Länder für die Krankenhausplanung zuständig. Nur ein in die Krankenhausplanung eines Landes aufgenommene Krankenhaus (dies erfolgt durch Feststellungsbescheid; § 8 KHG) hat Anspruch auf Förderung und kann mit den Kassen abrechnen (§108 SGB V). Somit ist die Bedarfsplanung des Landes für die Krankenhäuser der Schlüssel, um knappe Ressourcen zu erhalten. Ziel der Planung ist es „eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern [...] zu gewährleisten“ (LKHG BW § 1 Absatz 1, Satz 1). Unter der im Gesetz angesprochenen bedarfsgerechten Versorgung ist der tatsächlich zu versorgende und nicht ein erwünschter Bedarf zu verstehen (BVerwG 3 C 41.84).²⁵ Bedarfsdeterminanten sind Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und die Einwohnerzahl (Schäfer, Wachtel 1985, S. 493)²⁶.

An der Aufstellung des Krankenhausplans beteiligt sind im Landeskrankenhauseusschuß die Vertreter der Kassen und Kommunen; die Krankenhäuser werden angehört (§ 9 LKHG BW). Eine bundeseinheitliche Planung gibt es ebensowenig, wie eine einheitliche Einteilung in Versorgungsstufen. In allen Bundesländern werden jedoch die Zahl der Krankenhäuser, die Planregionen und die Planungszeiträume festgelegt (Niemann, Browne, Beske 1989, S. 25).

²³ Vgl. Schwab, Andreas, 1997, Wendisch, Grit 1994

²⁴ Einen Überblick über die Krankenhausplanung und einen internationalen Vergleich vermittelt „Study of Methods to Determine Hospital Bed-To-Population Ratios and their Use“ 1989 GSF (Hrsg.), Kiel

²⁵ Dieser Bedarf ergibt sich für Bruckenberger aus „den leistungsrechtlichen Voraussetzungen des SGB V [sowie, K.A.] der Summe der Verordnungen für Krankenhausbehandlung durch die Ärzte und deren Anerkennung, das heißt deren Abrechnung, durch die jeweils zuständige Krankenkasse“ (Bruckenberger 1997, S. 238).

²⁶ Eine einheitliche Berechnungsmethode für alle Länder gibt es nicht. Niemann, Brown und Beske weisen aber auf eine allgemein verwendete Formel hin: „beds required = $\frac{\text{Inhabitants} \times \text{admission rate} \times \text{length of stay}}{\text{Occupancy rate} \times 1000}$ “ (1989, S. 34).

Der Krankenhausbedarfsplan III für Baden-Württemberg unterscheidet vier Versorgungsstufen: Leistungsstufe I (Grundversorgung), Leistungsstufe II (Regelversorgung), Leistungsstufe III (Zentralversorgung) und Leistungsstufe IV (Maximalversorgung). Den einzelnen Krankenhäusern der verschiedenen Leistungsstufen sind damit nach Zahl der Betten, der Fachabteilungen, Ausstattung, Patienten und Einzugsgebiet unterschiedliche Aufgaben zugewiesen.²⁷

Insgesamt gelten die Versuche der wissenschaftlichen Begründung der Bedarfsplanung als unzureichend (Beske, Brecht, Reinkemeier 1995, S.118), weil keine entsprechenden Indikatoren entwickelt worden seien (Döhler 1990, S. 422). Mit der Einführung neuer Entgeltformen wird eine Neubewertung der Krankenhausplanung notwendig,²⁸ deren Bedeutung vermutlich zukünftig geringer sein wird. Abweichungen nach § 109 SGB V sind bereits jetzt möglich. Bisher wurden die Betriebskosten der im Plan enthaltenen Betten von den Kassen nach dem Selbstkostendeckungsprinzip getragen. In der Zukunft werden sich die Krankenkassen wegen der neuen Entgeltformen an den tatsächlichen Fallzahlen orientieren. Somit scheint sich die Krankenhausplanung - wie auch andere staatliche Planungen - weg von staatlich-hierarchischer Bestimmung, hin zu einem permanenten Aushandlungsprozeß zwischen den beteiligten Akteuren zu entwickeln.

2.4 Die Krankenhausträger

2.4.1 Die öffentlichen Träger

Schulz-Nieswandt sieht öffentliche Krankenhäuser als Mittel der Gesundheitspolitik insbesondere als raumwirksame Infrastruktureinrichtung, so daß dem öffentlichen Träger eine Sicherstellungsrolle zufalle (Schulz-Nieswandt 1996, S. 303). Die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern ist mithin eine Pflichtaufgabe²⁹ von Stadt- und Landkreisen (§ 3 LKHG BW; vgl. andere Landeskrankenhausgesetze).

Im allgemeinen sind die Krankenhäuser öffentlicher Träger in Baden-Württemberg als Regiebetrieb organisiert. Ein Regiebetrieb ist in den allgemeinen Haushalt integriert und besitzt keine wirtschaftliche oder juristische Eigenständigkeit, er kann aber eine eigene Verwaltung leitung besitzen. Quaa kritisiert die überwiegende Organisation als Regiebetrieb und weist 1992 daraufhin, daß das KHG in §1 das eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhaus for-

²⁷ Vgl. Krankenhausbedarfsplan III Baden-Württemberg Allgemeiner Teil 1989, S. 36ff.

²⁸ Vgl. Eichhorn 1995, S. 22f.; Bruckenberger 1997, S. 240f.

²⁹ Vgl. LKrO BW § 2 und Püttner 1993 Rdnr. 330

dert und Voraussetzung eine organisatorische Verselbständigung sei (Quaas 1992, S. 59). Eine Alternative hierzu wären Eigenbetriebe, die eine etwas größere Eigenständigkeit besitzen können.³⁰ In bezug auf Krankenhäuser sind weitere spezialgesetzliche Besonderheiten der Krankenhausbetriebsführung zu beachten.

Zunehmend wird in der Literatur die Organisationsprivatisierung bzw. formelle Privatisierung, also die Überführung in eine Organisationsform privaten Rechts diskutiert, was sich auch die Stadt Ravensburg und der Landkreis überlegten. Gewöhnlich gilt dann die GmbH als die Rechtsform der Wahl. Man erhofft sich damit schnellere Entscheidungen, eine wirtschaftlichere Betriebsführung und nicht zuletzt auch eine Entlastung öffentlicher Haushalte. Allerdings gilt es Vorbehalte der Kommunalparlamente zu überwinden, die nur ungern Kompetenzen abgeben. Deswegen müssen die Befugnisse der Gesellschafter und der Geschäftsführung im Gesellschaftervertrag genau festgelegt werden. Ansonsten leben die alten Strukturen unter neuem Namen weiter.³¹

2.4.2 Die Freigemeinnützigen Träger

In freigemeinnütziger Trägerschaft sind Häuser der Wohlfahrtsverbände und kirchlicher Einrichtungen. Geschützt sind sie - wie auch private Träger - durch § 1 KHG (§ 1 LKHG BW), der die plurale Trägerstruktur betont. Dies bedeutet, daß der Staat eine Vielfalt im Leistungsangebot wünscht und dies in der unterschiedlichen Zielvorstellung und Motivation der Träger verwirklicht sieht. Die freigemeinnützigen Betriebe übernehmen Aufgaben, die ansonsten im Aufgabenbereich des Staates liegen. Es handelt sich daher um eine „dienende Leistung“ (Thiemeyer 1988, S. 24).

Mit der im KHG festgelegten Finanzierung der Investitionskosten durch den Staat, erwartet der Gesetzgeber die Unterordnung freigemeinnütziger Träger unter die staatliche Planung. Ein Rest von Autonomie bleibt dem Träger insofern erhalten, als er in Abhängigkeit seiner Finanzkraft sein Leistungsangebot in gewissen Grenzen variieren kann. Damit wird die Bedarfsplanung des Landes ebenso unterstützt, wie die öffentlichen Kassen entlastet werden (Rausch 1988, S. 101). Die Kostenträger erhoffen sich durch den Einsatz von Eigenmitteln eine erhöhte

³⁰ Vgl. Püttner 1993 u. ders. 1994

³¹ Vgl. Quaas 1992; Imdahl 1993; Breyer 1993; Saed-Hedayatiy 1995

Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses, die sich in im Vergleich zu öffentlichen Häusern in niedrigeren Fallkosten je Patient niederschlägt.³².

Die freigemeinnützigen Träger unterscheiden sich von privaten Trägern durch selbst festgelegte Ziele und ein eigenes, häufig christlich beeinflusstes³³, Selbstverständnis. Sie können nicht vom Staat zur Erfüllung bestimmter Aufgaben gezwungen werden. Im Unterschied zu öffentlichen Verwaltungen fehlt die Rückgriffsmöglichkeit auf öffentliche Haushalte (Thiemeyer 1988, S. 34), die in Interviews auch so bestätigt wurde. Die Franziskanerinnen von Reute als Träger des St.-Elisabthen-Krankenhauses haben sich unter anderem auch deswegen eine zukünftig privatrechtliche Rechtsform oder gar die Aufgabe des Hauses überlegt.

Abschließend ein paar Anmerkungen zu kirchlichen Krankenhäusern. Kirchliche Einrichtungen genießen den Schutz des Grundgesetzes gemäß Art. 4 und 140. Dies schließt die Selbstbestimmung der Kirchen ein sowie deren Organisation. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung von 1980 (BVerGE 25.03.80, Bd. 53; 2 BvR 208/76) die kirchliche Wohlfahrtspflege, Caritas, als Ausdruck christlicher Nächstenliebe und der christlichen Religion anerkannt (Gärtner 1994, S. 83)³⁴. Das bedeutet die Anerkennung der kirchlichen Wohlfahrt und den Einbezug der kirchlichen Krankenpflege, mithin auch den Bau und den Unterhalt von Krankenhäusern. Die Einbeziehung der religiösen Dimension unterscheidet kirchliche Häuser von anderen freigemeinnützigen Trägern (Rausch 1984, S. 271). Dies kann sich auch in der Organisation und Struktur der Klinik niederschlagen. Die Zuordnung als kirchliches Krankenhaus muß durch die Zweckbestimmung der Einrichtung und der Einbindung kirchlicher Funktionsträger in die Verwaltung, z. B. des Bischofs in einem Verwaltungsrat, gegeben sein (Gärtner 1994, S. 84). Die kirchliche Autonomie begründet die Erwartung an Mitarbeiter sich auch im privaten Leben an kirchliche Grundsätze zu halten. Dem liegt das Verständnis einer Dienstgemeinschaft³⁵ zugrunde, in der alle zum Wohle des Patienten wirken. Damit ausgeschlossen wird im Selbstverständnis der Kirchen auch ein Gegensatz von Arbeitgeber und Ar-

³² Die Kosten je Patient betragen 1994 in öffentlichen Krankenhäusern 6887,52 DM, in freigemeinnützigen 5658,61 DM und in privaten 5288,04 DM (Statistisches Jahrbuch 1996, S. 444).

³³ Vorrangiges Ziel ist ein auf die Bedarfsdeckung ausgerichtetes Betriebsgeschehen (Eichhorn 1988, S. 51); vgl. Eichhorn 1988, S. 56ff., die Präambel und §2 Absatz 3 Gesellschaftervertrag der OSK.

³⁴ „Die tätige Nächstenliebe ist eine *wesentliche Aufgabe* für den Christen und wird von den christlichen Kirchen als kirchliche *Grundfunktion* verstanden. [...] Zu dieser karitativen Tätigkeit gehört die kirchlich getragene Krankenpflege. Ihr entspricht die Organisation des kirchlichen Krankenhauses...“ (BVerGE 25.03.80, Bd. 53; 2 BvR 208/76; S. 393; Hervorhebungen im Original).

³⁵ „Dienstgemeinschaft ist eine Arbeitsgemeinschaft, die aus Diakonie/Caritas heraus handelt, eine Gemeinschaft, die sich an dem Wert und an der Würde der Menschen orientiert und diese Werte auch realisiert, eine Gemeinschaft von Menschen, die primär für Menschen da sind. So verstanden, bildet Dienstgemeinschaft die Grundlage zur Umsetzung christlicher Werte und christlicher Pflege am Menschen“ (Stolz 1994, S. 168).

beitnehmer.³⁶ Jedoch sind in einer zunehmend säkularisierten Gesellschaft kirchliche Einrichtungen gezwungen, Fachkräfte einzustellen, die nicht christlichen Glaubens sind. Dies führt dazu, daß sich immer mehr kirchliche Träger Gedanken machen, ob sie ihr Krankenhaus noch halten können, wenn der nach außen sichtbare Bezug zur Kirche, kaum noch gegeben ist.³⁷ Dies war auch für die Franziskanerinnen zu überlegen.

2.4.3 Die Privaten Träger

In privater Trägerschaft befinden sich eher kleine Krankenhäuser und sie bilden die kleinste Gruppe der Träger (1995 in Deutschland 373, in Baden-Württemberg 69 Häuser, 32166 Betten von 609123 insgesamt in Deutschland). Es darf aber nicht überraschen, daß in einer pluralistischen und marktwirtschaftlich orientierten Gesellschaft, auch private Anbieter auftreten, wenn sie eine Chance der Gewinnerzielung erkennen. Dies gilt selbst in einem so regulierten Bereich wie dem Krankenhauswesen. Alber weißt darauf hin, daß sich die Privaten auf den Bereich der Sonderkrankenhäuser konzentrieren (Alber 1992, S.78).

Damit soll der kurze Überblick über das Krankenhauswesen abgeschlossen werden. Es wurden einige Probleme aus allgemeiner Perspektive angesprochen, wie die sich ständig wandelnde Gesetzeslage, die die Akteure zur Anpassung und Überlegung ihrer Strategien zwingt. Die Krankenhäuser waren in den letzten Jahren besonders von veränderten politischen Vorstellungen betroffen und wurden von mehreren Seiten unter Druck gesetzt. Es zeigt sich damit einmal mehr, daß die Politik einer der wichtigsten Umweltfaktoren des Gesundheitswesens darstellt und damit auch der hier zu behandelnden Krankenhausträger. Neben diesem politischen Druck kamen, und das wird von allen Interviewpartnern übereinstimmend bestätigt, der demographische Wandel und der medizinische Fortschritt als weitere externe Faktoren hinzu, die im Rahmen dieser Arbeit als unabhängige Variablen nicht weiter hinterfragt werden, obwohl deren Ursachen für sich weitere interessante Untersuchungen wären.

³⁶ In diesem Zusammenhang wird von Tendenzschutz gesprochen, dem kirchliche Einrichtungen, aber auch speziell ideologisch ausgerichtete Vereinigungen unterliegen. Das Betriebsverfassungsgesetz findet in diesen Betrieben keine Anwendung, vgl. Rausch 1984, S. 273.

³⁷ Vgl. zu rückläufigen Mitgliederzahlen von Ordensgemeinschaften o. V. „Zukunftssicherung: Dernbach und Waldbreitbach gehen Kooperation ein“ in das Krankenhaus 5/94, S. 210-214, Gärtner 1994, S. 101; bezogen auf die Franziskanerinnen von Reute: „Gott in der leidenden Menschheit dienen“ in Sonderbeilage Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 08.12.95

3. Drei Krankenhausträger im Landkreis Ravensburg

Dieses Kapitel soll einen Überblick über die Probleme der Krankenhausträger vermitteln. Es wird ein eher beschreibendes Kapitel sein, in dem nacheinander die Situation der drei Träger beschrieben wird. Auf das städtische Krankenhaus Weingarten wird nicht eingegangen, weil es primär um die Krankenhausträger geht, die schließlich ihre Krankenhäuser in eine gemeinsame Gesellschaft eingebracht haben. Beginnend mit dem städtischen Krankenhaus Ravensburg werden anschließend die Kliniken des Landkreises dargestellt und schließlich das Krankenhaus St. Elisabeth, das bislang in Trägerschaft der Franziskanerinnen von Reute war. Die Ordensgemeinschaft der Franziskanerinnen wird in einem eigenen Unterkapitel vorgestellt. Dabei wird auf die Organisationsstruktur und ihre Einbettung in den kirchlichen Rahmen eingegangen.

3.1 Das Heilig-Geist-Spital - eine fast unendliche Geschichte

Die Geschichte dieses Hauses kann hier nur kurz angerissen werden. Allein der Kampf um den Erhalt und die kommunalpolitischen Auseinandersetzungen würden schon eine Diplomarbeit rechtfertigen. Das Haus selber kann auf eine 500 Jahre alte Geschichte zurückblicken, die Spitalsstiftung, die der ursprüngliche Träger war, auf eine rund 700 Jahre alte Tradition.

Das städtische Krankenhaus Ravensburg war ein Regiebetrieb der allgemeinen Verwaltung. Ende der siebziger Jahre wurde dringender Sanierungsbedarf festgestellt. Aus dem Bedarfsplan des Landes sollte das Spital gestrichen werden. Dies konnte der damalige Oberbürgermeister und sein 1. Beigeordneter verhindern. In den achtziger Jahren wurden erste Sanierungsmaßnahmen eingeleitet. Das Land stellte Fördermittel in Höhe von 7 Mio. DM für die Sanierung des gesamten Gebäudes zur Verfügung. Diese reichten jedoch gerade, um einen Funktionsneubau (OP- Räume, Röntgen, Labor, Pforte) zu erstellen, der 1989 in Betrieb genommen wurde. Die Kosten für den gesamten Gebäudekomplex liefen aber dem Bauherrn Stadt Ravensburg davon. Der 1987 neugewählte Oberbürgermeister und sein Stellvertreter stoppten deswegen die Maßnahmen 1987/88.

Mitte der neunziger Jahre forderte der Landesrechnungshof diese Mittel wegen mißbräuchlicher Verwendung zurück. Die neunziger Jahre waren im übrigen weiterhin vom Kampf um den Erhalt des Hauses geprägt. Eine Bürgerinitiative sammelte 1991 25.000 Unterschriften für die Weiterführung des Hauses als Krankenhaus der Grundversorgung. Das Heilig-Geist-Spital war zu diesem Zeitpunkt, wie auch in den Folgejahren, gut ausgelastet. Im Herbst 1991 wur-

den Überlegungen des Landes über die Ansiedlung einer Geriatrie am städtischen Krankenhaus bekannt, aber dafür soll die Chirurgie aufgegeben werden. Von der Verwaltungsspitze wurde dieser Vorschlag hoffnungsvoll aufgenommen, aber im Gemeinderat gab es lange Zeit Bedenken. Erst zwei Jahre später wurde die Geriatrie vom Gemeinderat in ein Strukturkonzept für das Spital aufgenommen. Der VdAK forderte unterdessen den Wegfall der Chirurgie zugunsten der Geriatrie³⁸.

Der Versuch vom Kreis Investitionsmittel für die Einrichtung einer geriatrischen Abteilung zu erhalten, scheiterte an der Furcht des Kreistages sich somit faktisch ein fünftes Kreiskrankenhaus aufzuhalsen.³⁹ Im Herbst '93 wurde die chirurgische Hauptabteilung in eine belegärztliche Abteilung umgewandelt.

Erst mit einer Entscheidung des Gemeinderates vom 25. April 1994 schien Ruhe in die Diskussion um das Spital einzukehren. Um eine Sanierung des Spitalgebäudes zu ermöglichen, soll im Spitalhof ein eingeschossiger Fertigtbau für 40 Betten errichtet werden, die Innere Abteilung auf 50 Betten reduziert, Platz für eine Geriatrie mit 35-40 Betten geschaffen werden und eine chirurgische Praxisklinik mit 10-15 Betten erstellt werden. Das Spitalgebäude sollte geräumt und für ca. 25 Mio. DM saniert werden. Inzwischen zeigte sich das Land auch in bezug auf die 7 Mio. DM Zuschuß aus den achtziger Jahren kompromißbereit und wollte sie gegen die Investitionsförderung für die Geriatrie aufrechnen. Weiterhin wurde von Landes- und Kassenseite über die Schließung nachgedacht. Trotzdem konnte sich das Haus im Bedarfsplan halten. Heute schließlich scheint mit dem Beschluß für eine Praxisklinik und dem beabsichtigten Einstieg in die Geriatrie der Bestand des Hauses gesichert zu sein, wenn auch nicht mehr als Akutkrankenhaus.

Zusammengefaßt läßt sich sagen, daß das Krankenhaus über einen Zeitraum von rund 20 Jahren immer latent gefährdet war. Von zwei Seiten wurde das Spital in Bedrängnis gebracht. Erstens waren dies die Landesplanung und in Koalition mit den Landesbehörden die Krankenkassen, die das Haus als nicht wirtschaftlich betrachteten und nach der Verabschiedung des GRG 1988 sogar versuchten den fiktiven Versorgungsvertrag zu kündigen⁴⁰. Zweitens mußte die Stadt immer um die Finanzierung der baufälligen Gebäude kämpfen. Aus Eigenmitteln ist

³⁸ Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 09.02.93

³⁹ Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 16.10.93

⁴⁰ Im gesamten Bundesgebiet wurde dies in etwa 20 Fällen basierend auf dem GRG versucht, aber auf dieser Grundlage wurde kein Krankenhaus geschlossen. Ein fiktiver Versorgungsvertrag wird angenommen, wenn das Krankenhaus im Bedarfsplan aufgenommen wurde und damit mit den Kassen abrechnen kann (§ 108 SGB V), so daß ein vertragsähnliches Verhältnis ohne förmlichen Abschluß eines Vertrages entstanden ist.

die Sanierung, deren Höhe auf ca. 35 Mio. DM geschätzt werden, nicht zu erreichen, so daß die Stadt auf Landesmittel und Spenden angewiesen ist.

3.2 Der Landkreis und seine vier Kreiskrankenhäuser

Der Landkreis Ravensburg war Träger von vier Krankenhäusern (Bad Waldsee, Isny, Leutkirch und Wangen im Allgäu). Organisatorisch waren die Kliniken als Regiebetriebe in die allgemeine Verwaltung integriert. Die Verwaltung der Kreiskrankenhäuser hatte ihren Sitz am größten Haus in Wangen. Während das Kreiskrankenhaus Wangen ein Haus der Regelversorgung ist, sind die drei übrigen Kliniken der Grundversorgung zugeordnet. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Bettenverteilung und Auslastung der Kreiskrankenhäuser:

Tabelle 3: Auslastung und Planbetten der Kreiskrankenhäuser

	Wangen		Isny		Bad Waldsee		Leutkirch	
	Planbetten	Auslastung %	Planbetten	Auslastung %	Planbetten	Auslastung %	Planbetten	Auslastung %
Augen	22	81,59						
Chirurgie	96	55,4	45	73,22	55	79,2	55	94
Geb./Gyn.	40	81,55	14	80,43	15*	69,2	15	
HNO	15	56,13			(11,48)			
Intensiv	10	80			3			72,8
Innere Medizin	90	71,54	41	88,34	50	84,18	45	89,9
Insgesamt 1995**	273	67,6	100	80,43	123*	78,08	115	89,64
					(119,48)			
Auslastung 1994	273	67,9	100	78,88	123	77,9	130	79,19
Auslastung 1993	273	74,4	100	76,52	145	72,17	130	81

Quelle: Angaben Landkreis Ravensburg Anlage 2 zur Sitzung des Kreistages vom 23. Januar 1996, eigene Berechnungen

* Bad Waldsee 1995 (1996), weil die Geburtshilfe im Juni 1996 geschlossen wurde, Angabe OSK

** Zahlen für Januar bis September 1995

Die gynäkologischen Stationen in Isny, Leutkirch und Bad Waldsee waren belegärztliche Abteilungen, ebenso wie die HNO-Abteilungen in Wangen und Bad Waldsee. Die Zahlen zeigen eine relativ niedrige Auslastung der Betten. Aufgrund der Ist-Belegung 1995 wären nach Berechnungen der AOK Allgäu-Oberschwaben 96 Betten abzubauen.⁴¹ Ein Gutachten der GEBERA von 1994, das im Auftrag des Landkreis Ravensburg erstellt wurde und Aussagen zur Situation der Kreiskrankenhäuser machte, stellte drei Szenarios für die mögliche zukünftige Entwicklung vor und kam zu dem Schluß, daß zwischen 79 und 128 Betten abzubauen wären.

⁴¹ Aussage des Geschäftsführers der AOK Allgäu-Oberschwaben; Kreistagsprotokoll vom am 23.01.96.

Zusammenfassend wurden in dem Gutachten Bettenüberkapazität, interne Steuerung und Kommunikation und die Zusammenarbeit mit externen Stellen sowie die Öffentlichkeitsarbeit als Problembereiche benannt. Das Kreiskrankenhaus Wangen wurde als überdimensioniert bezeichnet, Isny galt als zu aufwendig renoviert, während in Bad Waldsee und Leutkirch Renovierungsmaßnahmen unterblieben waren. Insgesamt vermißten die Gutachter eine klare Konzeption und Kooperationen mit den Fachkliniken der Umgebung.⁴² Es wurden daher vier Vorschläge zur Verbesserung der Strukturen gemacht, die von partiellem Stellen- und Bettenabbau bis zur Schließung eines Krankenhauses reichten (Gebera-Gutachten, S. 172-187).⁴³

Die im Gutachten angesprochenen versäumten Sanierungen in Bad Waldsee und Leutkirch werden mit rund 37 und 40 Mio. DM veranschlagt. Das Land fördert die Vorhaben mit 17 und 17,5 Mio. DM, so daß der Kreis selber 23 Mio. DM in Bad Waldsee und 20 Mio. DM in Leutkirch zu tragen hat.⁴⁴ Vor dem Hintergrund dieser finanziellen Belastungen mußte der Landkreis Überlegungen zur Struktur seiner Häuser anstellen. In einem Beschluß des Kreistages vom 16. März 1995 wurde der politische Wille zum Ausdruck gebracht, alle vier Krankenhäuser zu erhalten. Gleichzeitig wurde die Verwaltung beauftragt, Konzepte für eine Neustrukturierung der Kreiskrankenhäuser zu erarbeiten⁴⁵.

Mitte 1995 machte sich der Landkreis bereits Gedanken über die Zukunft der geburtshilflichen Abteilungen, als die Belegärzte aus Bad Waldsee⁴⁶ auf die neuen Standards der Deutschen Gynäkologischen und Geburthilflichen Gesellschaft hinwiesen. Ein vom Landkreis in Auftrag gegebenes Gutachten kam zu dem Schluß, daß die Geburtshilfen in den kleineren Kliniken nicht den neuen Richtlinien entsprechen. Außerdem konstatierte der Gutachter wegen der relativ niedrigen Geburtenzahlen eine geringe Erfahrung in Notfallsituationen.⁴⁷ Daher wurde die Schließung der entsprechenden Abteilungen vorgeschlagen. In den betroffenen Standorten bildeten sich Bürgerinitiativen, die Druck auf die Landkreisverwaltung ausübten.⁴⁸

⁴² Vgl. GEBERA-Gutachten „Planung der mittel- und langfristigen Konzeption der Strukturen der vier Krankenhäuser des Landkreises Ravensburg - Abschlußbericht“ 1994, hier S. 159ff

⁴³ In einer Beschlußvorlage für die Kreistagssitzung am 23. Januar 1996 erwähnt die Kreisverwaltung die weitergehende Empfehlung eines Gutachtens des Deutschen Krankenhausinstitutes aus den siebziger Jahren, das eine Schließung aller Krankenhäuser im Allgäu mit Ausnahme von Wangen forderte.

⁴⁴ Interview-Nr. 147

⁴⁵ Vgl. Kreistagsprotokoll vom 16. März 1995

⁴⁶ In einem Brief vom 20.12.95 der Belegärzte wird bezug auf ein Gespräch mit dem Landratsamt vom 06.12.95 genommen, in dem das Fehlen einer Kinderkrankenschwester im Nachtdienst beklagt und auf juristische Folgen aufmerksam gemacht wird, doch bereits vorher muß es Kontakte diesbezüglich gegeben haben.

⁴⁷ Zahl der Geburten laut Landratsamt für 1995: Bad Waldsee 246; Isny: 294; Leutkirch 265; Wangen: 687; der Krankenhausbedarfsplan III Baden-Württemberg geht von 500 Geburten je Abteilung aus (BT 1994 S. 39).

⁴⁸ In Leutkirch, Isny und Bad Waldsee entstanden Bürgerinitiativen, die es sehr engagiert verstanden Öffentlichkeit durch Leserbriefe, Demonstrationen u.ä. herzustellen.

Von Landesseite wurden Fördergelder nur für den Fall einer Schließung der Geburtshilfen in Bad Waldsee und Leutkirch in Aussicht gestellt.⁴⁹ Der Landkreis hatte nun die Vorgabe des Landes ohne die Geburtshilfe weiter zu planen. Eine Finanzierung erhöhter Qualitätsstandards in Isny erschien aus Verwaltungssicht nicht möglich, weil dies die Wirtschaftlichkeit des Hauses weiter beeinträchtigt hätte (dies galt prinzipiell auch für Leutkirch und Bad Waldsee).⁵⁰

Zusammengefaßt stand der Landkreis Ravensburg vor mehreren Problemen. Bis auf Leutkirch waren die Krankenhäuser schlecht ausgelastet. Dadurch ergaben sich Bettenüberkapazitäten, die abgebaut werden mußten. In Leutkirch und Bad Waldsee standen umfangreiche Baumaßnahmen an, die lange Zeit verschleppt wurden, jetzt aber aufgrund nicht mehr zumutbarer Zustände, insbesondere in Leutkirch, nicht länger aufgeschoben werden konnten. Zu einem weiteren Problem wurden die geburtshilflichen Abteilungen in den kleineren Häusern, die nicht mehr den von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) herausgegebenen Qualitätsstandards entsprachen und dem Kreis unter Umständen ein Organisationsverschulden angelastet worden wäre.

3.3 Die Franziskanerinnen und das Krankenhaus St. Elisabeth Ravensburg

3.3.1 Die Gemeinschaft der Franziskanerinnen von Reute

Bisheriger Träger des größten Krankenhauses im Landkreis Ravensburg, war die Genossenschaft der Barmherzigen Schwestern (Franziskanerinnen) von Reute e.V., die sich in der Tradition der „Guten Beth“ (1386 - 1420) sieht. Der Orden ist diözesanen Rechts, das heißt, er ist der Aufsicht des Bischofs der Diözese Rottenburg-Stuttgart unterstellt. Die Verpflichtung des Bischofs zur Aufsicht über juristische Personen ergibt sich aus verschiedenen Normen des CIC zum Beispiel aus cc. 615 oder 1276 § 1 CIC⁵¹ sowie der Satzung der Franziskanerinnen (§ 11 der Satzung). Der Bischof ist in seiner Aufsicht an die Normen des CIC gebunden und die Partikularnormen der Deutschen Bischofskonferenz sowie den Statuten der Diözese. Partikularnormen sollen die Verbindung zwischen staatlichem und kirchlichem Recht herstellen, weil kirchliche Organisationen auf die Rechtsordnung des Staates Rücksicht nehmen müssen. Die Bischofskonferenz ist zum Erlaß von Partikularnormen in den ihr überlassenen Materien befugt (Heimerl, Pree 1993, Rdn. 63ff., S. 67f.). Zur weiteren Ausgestaltung stehen den Ordinarien

⁴⁹ Vgl. Kreistagsprotokoll vom 23. Januar 1996 S. 485

⁵⁰ Nach Berechnungen des Landratsamtes lägen die Mehrkosten zwischen 380.000 DM und 1, 25 Mio. DM (Bschlußvorlage zu TOP4/8 der Kreistagssitzung am 23. Januar 1996).

⁵¹ Vgl. Münsterischer Kommentar zum CIC; Loseblattsammlung (1984ff.), bezieht sich immer auf CIC 1983

Befugnisse zu, die sich aber an dem universellen Recht des CIC orientieren müssen und ihm nicht widersprechen dürfen.

An der Spitze der Diözese steht der Bischof.⁵² Als Beratungsgremium zur Seite gestellt ist ihm das Domkapitel, dem die Weihbischöfe, der Generalvikar, der Domdekan und sieben weitere Domkapitulare angehören. Die Diözese nennt zwei weitere Gremien, den Diözesanpriester- rat und den Diözesanrat, der sich aus Priestern, Ordensleuten und Laienvertretern von Dekanaten, kirchlichen Organisationen und Verbänden zusammensetzt.⁵³

Die dem Bischof unterstellten Franziskanerinnen von Reute haben sich zum Erwerb der Rechtsfähigkeit nach staatlichem Recht eine Satzung nach Vereinsrecht (§ 21 BGB, nichtwirtschaftlicher Verein) gegeben. Zweck des Vereins ist die Förderung des kirchlichen Auftrages und die Erfüllung mildtätiger, gemeinnütziger Aufgaben. Dies wird unter anderem durch den Betrieb und die Unterhaltung von stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen erreicht (§ 2 Satzung). Organe sind der Vorstand, der Verwaltungsrat und die Mitgliederversammlung (§ 6 Satzung).

Der Vorstand besteht aus der Generaloberin und der Generalvikarin, die zusammen mit den Generalrätinnen von der Mitgliederversammlung gewählt werden. Die Mitgliederversammlung ist eine Delegiertenversammlung. Die Delegierten werden von den Profößschwwestern gewählt. Zusammen mit der Generaloberin, der Generalvikarin, den Generalrätinnen, der Generalsekretärin, der Generalökonomin, der Regionaloberin und der zuletzt aus dem Amt geschiedenen Generaloberin bildet die Delegiertenversammlung das Generalkapitel (§ 10 Satzung und Konstitutionen, Kap. 2)⁵⁴. Neben den Wahlen, legt die Mitgliederversammlung die langfristigen Ziele fest und bestimmt den Schwerpunkt der Vereinstätigkeit, außerdem beschließt sie über die Auflösung des Vereins. Der Bischof bestätigt die Wahl der Generaloberin und führt den Vorsitz. In der Ordensgemeinschaft ist der Bischof durch einen Priester (Superior) vertreten, der mithin vor Ort die Verbindung zwischen der Gemeinschaft und dem bischöflichen Ordinariat darstellt.

⁵² „Das bischöfliche Amt, aufgrund göttlichen Rechts eingerichtet (c. 375 CIC), gibt dem regierenden Bischof (Ortsordinarius) ‘in der ihm anvertrauten Diözese die ganze, ordentliche, eigenberechtigte und unmittelbare Gewalt’. Ausgenommen ist, ‘was von Rechts wegen oder aufgrund einer Anordnung des Papstes der höchsten oder einer anderen kirchlichen Autorität vorbehalten ist’ (c. 381)“ (Hervorhebung im Original); Dokumentation der deutschen Bischofskonferenz: Wesen der kath. Kirche - II. Rechtliche Struktur und Organisation: URL: <http://www.kath.de/pjp/weserech/wesen2.htm> 19.11.97

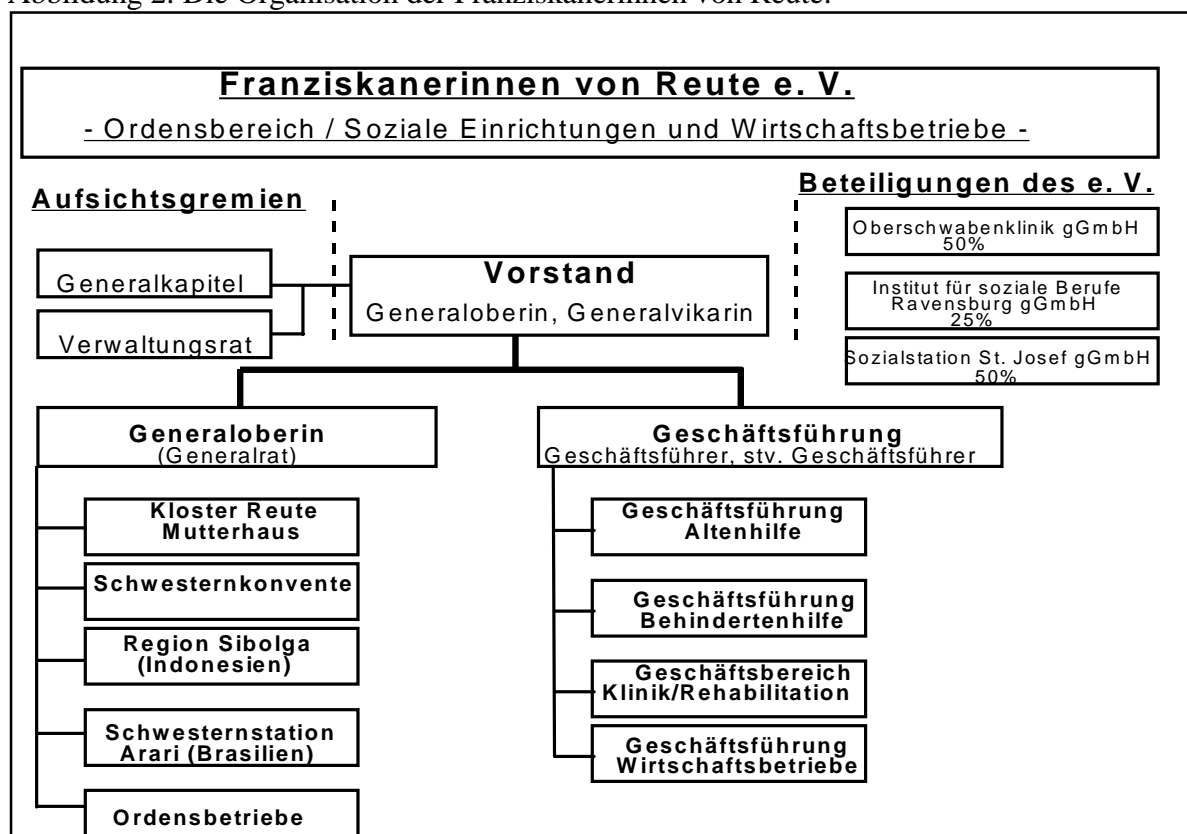
⁵³ Angaben nach Diözese Rottenburg-Stuttgart URL: <http://www.kirchen.de/dioezesen/drs/drs-verwalt.html>; 20.11.97, weitere Informationen zur katholischen Kirche unter URL: <http://www.katholische-kirche.de>

⁵⁴ Vgl. zum Generalkapitel Sebott, Reinhold, 1988, hier S. 69-72, auch cc. 631 - 633 CIC

Der Verwaltungsrat hat ähnliche Aufgaben wie ein Aufsichtsrat. Ihm gehören die Generaloberin und bis zu fünf gewählte Generalrätinnen (§ 8 Satzung) an. Er ist vorwiegend für den Geschäftsbereich zuständig. Daneben gibt es einen Generalrat, der sich um das geistige Leben der Ordensschwwestern kümmert. Ergänzt wird der Verwaltungsrat durch einen Beirat, dessen Mitglieder nicht Vereinsmitglieder sein müssen und von der Generalleitung (Vorstand und Generalrat) berufen werden. Gegenwärtig sind zwei Nichtmitglieder des Vereins berufen, der beige stellte Priester der Gemeinschaft (Superior) und eine Juristin aus dem öffentlichen Leben. Damit soll mehr Kompetenz von außerhalb in die Entscheidungen fließen (Interview-Nr. 1217).

Die verschiedenen Geschäftsbereiche der Franziskanerinnen sind unter einer übergreifenden Gesamtgeschäftsführung weitgehend selbständig organisiert (vgl. nachstehende Abbildung 2). Insgesamt sind bei den Franziskanerinnen in verschiedenen Einrichtungen ca. 1.300 Beschäftigte angestellt⁵⁵. Gegenwärtig besteht die Ordensgemeinschaft aus ca. 500 Schwestern in Deutschland (in Indonesien 80 und drei in Nordostbrasilien) als Mitglieder angeschlossen.

Abbildung 2: Die Organisation der Franziskanerinnen von Reute:



Quelle: Franziskanerinnen von Reute e. V.; Stand 02.10.97

⁵⁵ Dabei handelt es sich um Altenheime, Behindertenwerkstätten, Wirtschaftsbetriebe wie Landwirtschaft, Metzgerei u.ä. sowie ein Krankenhaus mit angeschlossener Rehabilitation, dem Jordanbad.

3.3.2 Das Krankenhaus St. Elisabeth

Eine erste stationäre Einrichtung ist das „Josefshaus“, das 1885 in Ravensburg gegründet wurde. Das heutige Krankenhaus St. Elisabeth (EK) wurde von den Franziskanerinnen 1901 in Betrieb genommen und ist gegenwärtig mit 685 (1996) Planbetten ein Haus der Zentralversorgung. Angeschlossen ist das Kinderkrankenhaus St. Nikolaus, das derzeit in einem eigenen Gebäude untergebracht ist, aber zukünftig ist an eine Integration in das Elisabethenkrankenhaus gedacht⁵⁶, allerdings werden diese Pläne gegenwärtig nicht weiterverfolgt. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Abteilungsstruktur.

Tabelle 3: Abteilungsstruktur, Planbetten und Auslastung in % des St. Elisabethenkrankenhauses

Fachabteilungen	Planbetten 1993	Auslastung 1993	Planbetten 1994	Auslastung 1994	Planbetten 1995	Auslastung 1995	Planbetten 1996	Auslastung 1996
Innere Medizin	104	87,93	95	84,14	87	81,71	87	71,69
Kardiologie	10	107,95	19	99,15	27	98,85	27	95,08
Internistische Intensivmedizin	12	85,64	12	85,75	12	84,06	12	81,56
Pädiatrie	80	73,14	80	67,17	80	65,03	80	66,73
Allgemeinchirurgie	86	69,42	86	74,11	85	72,55	85	53,36
Gefäß-/Thoraxchirurgie	21	122,31	21	126,48	21	122,6	21	103,76
Plastische Chirurgie	0	0	0	0	0	0	5	131,48
Urologie	37	58,16	37	63,9	37	52,6	37	47,38
Unfallchir./Orthopädie	94	79,41	94	77,21	94	79,01	94	70,18
Neurochirurgie	53	97,01	53	95	54	89,1	54	88,61
Gynäkologie /Geb.-Hilfe	53	90,89	53	86,44	53	77,06	50	61,42
Gynäkologie/Belegarzt	0	0	0	0	0	0	3	14,3
HNO	24	100,51	24	92,27	24	84,86	24	70,36
Neurologie	50	76,62	50	75,79	50	76,47	50	70,86
Radiologie	24	98,24	24	97,45	24	93,13	24	70,58
Anästhesie/Intensivmedizin	12	85,14	12	87,42	12	81,21	12	83,7
Augenheilkunde	10	0	10	0	10	0	10	0
Dermatologie	5	0	5	0	5	0	5	0
MundKiefer-Gesichtschir.	10	0	10	0	10	0	5	0
Summe	685	80,06	685	78,74	685	76,01	685	68,13

Quelle: Oberschwaben-Klinik gGmbH, Krankenhaus St. Elisabeth

⁵⁶ Für das Kinderkrankenhaus wurden bis 1978 noch getrennte Pflegesätze ausgehandelt, seit 1992 besteht eine gemeinsame Buchhaltung mit dem Elisabethenkrankenhaus (Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 09.12.95).

Innerhalb der Organisationsstruktur des Ordens war die Klinik eine Abteilung. In den letzten Jahren wurden in Umbau- und Neubaumaßnahmen 107 Mio. DM investiert, davon steuerte das Land 80 Mio. DM bei, 27 Mio. DM trug das Kloster selber. Ein geplanter Bettenbau wurde unter anderem wegen des Bettenüberhangs aufgegeben. Im EK waren 1995 nach einer Statistik des St.-Elisabethenkrankenhauses 154 Betten unbelegt. Dies bedeutete eine Auslastung von rund 76% bei 685 Planbetten. Ein Gutachten der gemeinsamen Lenkungsgruppe zu möglichen Kooperationen ging von einem Überhang von 50 Betten aus.

Die hohen Vorhaltungskosten aufgrund seiner Funktion als Haus der Zentralversorgung mit einer Reihe hochspezialisierter Abteilungen und somit hohen Fixkosten, sind ein Problem. Mit den neuen Entgelten hat sich die Finanzierung aller Krankenhäuser geändert. Jede erbrachte Leistung wird in Form einer Fallpauschale oder eines Sonderentgeltes (bzw. bei nicht pauschalierten Leistungen als Abteilungs- und Basispflegesatz) vom zur Verfügung stehenden Budget abgezogen. Ein unter Umständen entstehendes Defizit kann bei öffentlichen Trägern von den Haushalten getragen werden, dagegen muß ein freigemeinnütziger Betreiber eines Krankenhauses versuchen aus eigenen Mitteln einen Defizitausgleich zu erreichen, oder er zieht sich aus der Trägerschaft zurück. Dies war einer der Gründe, warum sich die Franziskanerinnen Überlegungen zur weiteren Trägerschaft des Elisabethenkrankenhauses anstellten.

Ein weiteres Problem ist die rückläufige Zahl an Ordensschwestern⁵⁷. Die Franziskanerinnen mußten sich überlegen, ob der Charakter eines ihnen gehörenden Hauses noch erhalten werden kann, wenn sie nicht mehr in ausreichender Anzahl vertreten sind und man dann nicht besser das Krankenhaus aufgeben sollte. In dem Fall wäre die Klinik aufgrund des Sicherstellungsauftrages nach § 3 LKHG BW an den Kreis gefallen. Es gab auch Überlegungen das St.-Elisabethenkrankenhaus im Rahmen einer Organisationsreform des Klosters und seiner Wirtschaftsbetriebe in eine private Rechtsform zu überführen, um auf neue Entwicklungen frühzeitig vorbereitet zu sein.⁵⁸ Dazu zählte auch der Gedanke einer engen Kooperation der Krankenhausträger im Landkreis Ravensburg.

⁵⁷ Hierzu sind die Aussagen unterschiedlich. In Interview-Nr. 1217 wurde dieser Sachverhalt zurückhaltend bewertet, gegenteiliges wurde in den Interviews Nr. 102 und 93 genannt. Vielleicht geben folgende Zahlen einen Eindruck: per 31.12.94 gab es in Deutschland 39.703 Ordensfrauen; per 31.12.96 36.265, davon 169 Novizinnen; ca. 62% der Ordensfrauen sind über 65 Jahre alt (Angaben nach Verband der Ordensoberinnen Deutschlands; URL: <http://orden.de/Allgemeines/Frauen-Statistik.html>; Mitteilung vom 04.04.97)

⁵⁸ Interview-Nr. 93

4. Die Organisation

Aus dem Zusammenschluß dreier Krankenhausträger entstand mit der Oberschwaben-Klinik eine neue Organisation. Zum besseren Verständnis der Organisationsbildung aus bereits bestehenden Organisationen, soll zunächst deren Entstehung geklärt werden.

4.1 Organisationsbildung

4.1.1 Eine ökonomische Erklärung

Olson sieht den Zweck einer Organisation in der Verfolgung kollektiver Interessen (Olson, 1992, S. 6). Individuen schließen sich zusammen, um ein oder mehrere als im gemeinsamen Interesse erachtete Ziele zu verfolgen. Es kann in diesen Fällen von formalen Organisationen gesprochen werden, da sie durch ein gewisses Maß an Dauerhaftigkeit und einer formalen Struktur geprägt sind.⁵⁹ In einer kleinen Gruppe ist der Beitrag jedes einzelnen spürbar, je größer jedoch die Organisation wird, desto geringer wird dessen relativer Wert. Schließlich kann das Individuum den Nutzen aus einem Kollektivgut⁶⁰ auch dann ziehen, wenn es nichts zu dessen Erstellung beiträgt; allerdings wird dann das Gut wahrscheinlich nicht bereitgestellt (Olson 1992, S. 43). Haben nun einzelne Mitglieder ein Interesse an diesem Gut, weil sie, selbst wenn sie die Kosten alleine tragen müßten, besser gestellt wären als ohne dieses Gut, so werden sie es erstellen, auch dann, wenn sogenannte „free-rider“ einen Nutzenzuwachs haben. Um die Anzahl der „free-rider“ möglichst gering zu halten, muß die Gruppe Anreize bieten, die nur denjenigen zugute kommen, die bereit sind, einen Beitrag zu leisten (Olson 1992, S. 59). Dies dürfen also keine kollektiven Güter sein. Vor allem in kleinen Gruppen wird es leichter sein, jemanden beispielsweise durch sozialen Druck zur Mitarbeit zu bewegen. In großen Gruppen ist dies ungleich schwieriger, weil hier die Handlungen des einzelnen nur von marginaler Bedeutung sind.

Ist das Kollektivgut relativ einfach herzustellen, bedarf es dazu nur eines Einzelnen bzw. weniger Akteure und auch nur weniger Absprachen⁶¹. Mit steigender Komplexität des Gutes werden mehr Mitglieder benötigt, das heißt die Handlungen der Individuen müssen koordiniert werden und ein Mindestmaß an kostenverursachender Struktur und Organisation ist notwendig (Olson 1992, S. 45).

Olsons Ansatz steht in der Linie einer Gruppe von Theorien, die unter dem Begriff des „Rational-Choice“ zusammengefaßt werden können und die das handelnde Individuum als umfassend informiert betrachten, so daß es seine knappen Ressourcen überlegt zur eigenen Nutzensteigerung einsetzt und die für sich beste Alternative wählt.⁶² Die Grundannahmen sind „(1) daß soziale Situationen auf *individuelle* Handlungen zurückgeführt werden können (*methodologischer Individualismus*); (2) daß solche individuellen Handlungen auf *Entscheidungen* beruhen, die *rational* getroffen werden, daß also individuellem Handeln *rationale Wahlen* zugrundeliegen [...]; und (3) daß eine Wahl dann rational ist, wenn das Kriterium für die Wahl die Frage ist, welche unter den jeweils effektiv gegebenen Handlungsalternativen unter Berücksichtigung *aller* damit verbundenen Vor- und Nachteile den *Präferenzen* des betreffenden Individuums am meisten entspricht, das heißt seinen (zu erwartenden) *Nutzen maximiert*“ (Zimmerling 1994, S. 16; Hervorhebung im Original).

Dieses Individuum wird auch als „homo oeconomicus“ bezeichnet. Der homo oeconomicus ist gerade dadurch gekennzeichnet, daß er seinen Nutzen maximiert „auf der Grundlage vollkommener Information und stabiler und geordneter Präferenzen im Rahmen gegebener Restriktionen“ (Esser 1996, S. 236). Allerdings gibt es keine vollkommene Information und oftmals wird sich das Individuum seiner Präferenzen erst *ex post* bewußt⁶³, das heißt es handelt sich um idealtypische Annahmen.

Eine weitere Begründung liefert der Transaktionskostenansatz. Zur Herstellung eines Gutes bedarf es Informationen, Kooperationspartnern und die Kontrolle der Vereinbarungen. Dies verursacht Kosten, ist sehr zeitaufwendig und mit einer hohen Unsicherheit verbunden. Bei einfachen Gütern kann dies über den Markt geregelt werden. Dies gilt dann, wenn das Gut exakt definiert ist und es keine Differenzen über die gegenseitigen Leistungen geben kann. Hierbei wird davon ausgegangen, daß die Marktteilnehmer ihre Präferenzen kennen und umfassend informiert sind, das heißt der ideale Markt wird vorausgesetzt. Je unbestimmter das Gut ist und je schwieriger die Leistungserstellung wird, desto genauer muß das Arrangement der Tauschpartner ausgehandelt sein.

Der Ausweg wird im Abschluß eines Vertrages gesehen, in dem Vorkehrungen über die Art

⁵⁹ Blau und Scott benutzen ausdrücklich das Kriterium der gemeinsamen Erreichung gemeinsamer Ziele zur Unterscheidung formaler Organisationen von anderen; Blau, Scott 1970; S. 2 ff., insbesondere S. 5.

⁶⁰ Das ideale kollektive Güter ist durch Nichtrivalität und Nichtausschließbarkeit im Konsum gekennzeichnet.

⁶¹ Vgl. Blau, Scott 1970; S. 7

⁶² Vgl. Wiesenthal, Helmut 1987

⁶³ Vgl. Esser 1996, S. 237 mit weiteren Nachweisen

und den Umfang der zu erbringenden Leistung und für eventuell notwendige Nachbesserungen getroffen werden. Es entstehen Transaktionskosten⁶⁴ für „Entwurf, Verhandlungen und Absicherung einer Vereinbarung“ (Williamson 1990, S. 22). Schließlich modifiziert der Transaktionskostenansatz von Williamson die Verhaltensannahmen der klassischen Ökonomie wie folgend: „Die Transaktionskostentheorie nimmt an, daß die Akteure begrenzt rational sind [...] und opportunistisch, wobei Opportunismus die Verfolgung des Eigeninteresses und Zuhilfenahme von List ist“ (Williamson 1990, S. 34).

Das institutionelle Arrangement muß daher der Transaktion optimal angepaßt sein, um die Transaktionskosten möglichst gering zu halten. Man kann zu diesem Zweck unterscheiden zwischen (1) dem klassischen Vertrag, der für einfache Güter mit geringer Unsicherheit und großer Konkurrenz, die beste Lösung darstellt (Williamson 1990, S. 78), (2) dem neoklassischen Vertrag, der bei langfristigen Beziehungen eingesetzt wird, weil sich über die Zeit hinweg die Unsicherheit erhöht und es zu Streitigkeiten zwischen den Partnern kommen kann. Mit Hilfe des Vertrages wird versucht, möglichen Eventualitäten zu begegnen und Kontrollmechanismen einzubauen. Die Erstellung des Gutes könnte auch organisationsintern geschehen, wobei dann hierarchische Anreiz- und Überwachungssysteme zum tragen kommen (Williamson 1990, S. 79). Schließlich (3) der relationale Vertrag, der im Austausch hochspezifischer Güter, die unter Umständen erst im Leistungsprozeß näher definiert werden, und einer sehr langfristigen Beziehung zwischen den Transaktionspartnern dient, Anwendung findet. Er bildet den Rahmen für die Austauschbeziehung und wird durch Entscheidungsprozesse ausgefüllt (Ebers, Gotsch 1993, S. 223).

Von der Art des Gutes hängt mithin die Form des institutionellen Arrangements ab. Eine Organisation bietet dann Vorteile, wenn über notwendige Anpassungen des Faktoreinsatzes schnell entschieden werden muß und dies hierarchisch infolge vertraglich festgelegter Vereinbarungen geschehen kann (Ebers, Gotsch 1993, S. 225f.). Die Organisation erreicht dadurch Flexibilität und Stabilität, indem sie kurzfristig auf Veränderungen reagieren kann, dabei jedoch nicht immer wieder aufs neue die Bedingungen der Aufgabenerfüllung mit ihrem Austauschpartner aushandeln muß.

Mit der vertikalen Integration und damit der partiellen Ausschaltung des Marktes zur Verringerung von Unsicherheit bei gleichzeitiger Erhöhung des Ressourcenflusses, läßt sich in

⁶⁴ Ein vollständiger Überblick über Transaktionskosten soll im Rahmen dieser Arbeit nicht gegeben werden; vgl. Ebers, Gotsch 1993

modernen Zeiten⁶⁵ die Entstehung von Kliniken begründen. Der Patient kann sich im Notfall regelmäßig nicht selber diagnostizieren und therapieren, das heißt er wird sich einen Spezialisten suchen, einen Arzt. Der Vertrag, der zwischen beiden Akteuren geschlossen wird, ist relativ unspezifisch, denn der Arzt kann eine vollständige Heilung nicht versprechen, auch wird er sich oftmals über die Art der Therapie noch im unklaren sein. Viele Tätigkeiten (Labor, Röntgen u.s.w.) müssen delegiert werden, weil der behandelnde Arzt nicht alle notwendigen Fähigkeiten besitzt. Um nicht jedesmal erneut Mitarbeiter zu suchen, wird er andere Ärzte und Pflegepersonal anstellen, deren Können in die entstehende Organisation integriert wird.

Mittels der Theorie der kollektiven Güter läßt sich ebenfalls die Gründung von Krankenhäusern erklären. Die kostenlose Behandlung im Krankheitsfall wirkt als selektiver Anreiz einer Versicherung beizutreten. Die Versicherung sorgt für eine ausreichende Versorgung mit Gesundheitsgütern, indem sie Verträge mit Krankenhäusern bzw. deren Betreibern abschließt, die sich daraufhin zur Behandlung der Versicherten bereit erklären. Durch dieses System der Versicherung kann das Gut Gesundheit kollektiv erstellt werden und ist jedem Gruppenmitglied, als Teil der Versichertengemeinschaft, zugänglich, wobei es sich hierbei um „inklusive Gruppen“⁶⁶ im Sinne Olsons handeln würde (Olson 1992, S. 35ff.).

In beiden Ansätzen handeln die Individuen zweckrational⁶⁷, das heißt sie führen eine Abwägung zwischen den Gütern und den Möglichkeiten zur Zielerreichung durch. Der Zweck wäre eine ausreichende Gesundheitsversorgung, das Mittel hierzu das Krankenhaus.

Die in dieser Arbeit untersuchten Krankenhausträger bemühten sich um die Herstellung des Gutes „Gesundheit“. Gesundheit ist ein Gut, das unter den Begriff der meritorischen Güter fällt.⁶⁸ Da auch vom Staat, der Gesellschaft, eine ausreichende Versorgung mit Gesundheitsgütern gewünscht wird, aber dazu kaum jemand etwas aus den genannten Gründen beitragen würde, erhebt der Staat Steuern und Abgaben zur Finanzierung und Bereitstellung dieser Güter. Der Staat wird sich also an den Investitionen für Krankenhäuser beteiligen und so zumin-

⁶⁵ Die Einschränkung „in modernen Zeiten“ wird absichtlich verwendet, um bereits an dieser Stelle deutlich zu machen, daß die Ausrichtung des Handelns am Ziel „Gewinn“ in früheren Zeiten nicht so gegeben war, sondern andere Beweggründe ursächlich waren.

⁶⁶ Inklusiv deshalb, weil keine Konkurrenz zwischen den Mitgliedern besteht und der Versicherungsbeitrag um so geringer ausfällt, je mehr Individuen der Versicherung beitreten. Zu exklusiven und inklusiven Gruppen, die sich vor allem durch ihre Ziele unterscheiden Vgl. Olson 1992 S. 36, insbesondere FN 58.

⁶⁷ „Zweckrational handelt, wer sein Handeln nach Zweck, Mitteln und Nebenfolgen orientiert und dabei sowohl die Mittel gegen die Zwecke, wie die Zwecke gegen die Nebenfolgen, wie endlich auch die verschiedenen möglichen Zwecke gegeneinander rational abwägt“ (Weber, Max 1972, S. 13)

⁶⁸ Vgl. zum Begriff der meritorischen Güter Andel, Norbert 1992, S. 334 und S. 386ff. mit weiteren Nachweisen und Herder-Dornreich, Wasseem 1986, S. 131ff. mit weiteren Nachweisen

dest die Räumlichkeiten bereitstellen. Die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsgütern wird mithin zu einer öffentlichen Aufgabe.

Angesichts der geschilderten Situation aller drei Träger, wäre eine zweckrationale Entscheidung die Schließung des städtischen Krankenhauses Ravensburg gewesen. Ebenso hätte sich der Landkreis an die Empfehlung des Gutachtens halten und zwei - oder gar alle drei kleineren Krankenhäuser - aufgeben müssen. Für das Kloster Reute wäre dies ebenfalls der einfachste Weg gewesen. Keiner der drei Träger nahm letztlich diese Option wahr, so daß weitere Motive das Handeln bestimmt haben müssen.

4.1.2 Eine historische Betrachtung

Organisationen entstehen nicht nur aus nutzenmaximierenden Überlegungen der Individuen, sondern sind in einem langen Prozeß gesellschaftlicher Ausdifferenzierung entstanden. Die Gründung von Hospitälern geschah regelmäßig aus christlichen Motiven, das heißt weltanschauliche Beweggründe spielten eine Rolle und damit kulturelle, exogene Faktoren. Darauf soll im folgenden Abschnitt eingegangen werden.

Scott⁶⁹ betrachtet die Organisationsbildung zunächst aus historischer Perspektive unter Bezugnahme auf Coleman. Coleman beschreibt die Organisationsbildung als einen historischen Prozeß, der mit gesellschaftlichen Veränderungen einhergeht:

„Zweierlei geschah: Erstens, die Menschen begannen, aus ihren starren Positionen auszuweichen, sie erwarben das Recht, vor dem Königsgericht zu erscheinen, das Recht, selbständig Verträge abzuschließen, kurz sie wurden tatsächlich Rechtspersonen mit einer gewissen Reihe von Rechten (Philosophen des 17. Jahrhunderts erhoben diese Rechte in den Rang von 'Naturrechten'), die ihnen erlaubten, vielfältige Aktivitäten nach eigenem Gutdunken auszuführen. Zweitens jedoch entstand, und zwar als direkte Konsequenz des Zerfalls der feudalen Struktur, eine neuartige intermediäre Organisation in der Gesellschaft: Ein korporativer Akteur, der aufgrund königlichen Privilegs eine ganze Reihe von Rechten für eine freie und sich ausweitende Betätigung besaß. Dieser neue korporative Akteur wurde zu dem Instrument, mit dem die Menschen ihre neu erworbenen Rechte gemeinschaftlich nutzen konnten“ (Coleman 1979, S. 16).

⁶⁹ Vgl. Scott 1986, S. 193ff.

Es änderte sich also das Verhältnis des Individuums zu einer Organisation, die nur noch Einfluß über den Ressourcenfluß und die Ressourcenverteilung besaß. Sie trat in Konkurrenz mit anderen Organisationen und Individuen (Scott 1986, S. 194). Die Anzahl der Organisationen ist für Türk auch ein Zeichen dafür, wie frei eine Gesellschaft ist. In Gesellschaften, in denen der Staat den Individuen Raum zur freien Gestaltung ihrer Beziehungen läßt und eine eher „individualistische Ideologie“ (Türk 1978, S. 59) vorherrscht, finden sich viele Organisationen, während umgekehrt eine Inkorporierung durch den Staat stattfindet (ebd. S. 59).

Historisch betrachtet hängt die zunehmende Zahl an Organisation mit der Ausdifferenzierung und Arbeitsteilung des Wirtschaftens zusammen. Wie Kieser (1993) zeigt, hat bereits Weber darauf hingewiesen. Arbeitsteilung ermöglichte Spezialisierung und zunehmende Effizienz. Die Erfüllung einer Aufgabe war nun nicht mehr von einem bestimmten Beamten abhängig, sondern von einem entsprechend qualifizierten Beamten. (Kieser 1993, S. 46f.). Voraussetzung war allerdings die Entzauberung der Welt, das heißt man begann Gegenstände rational zu hinterfragen und konnte somit zunehmend Gott und die Welt trennen (Kieser 1993, S. 43). Scott schließt aus der Literatur, daß die Entstehung einer Geldwirtschaft und die Ausdifferenzierung der Gesellschaft wesentliche Aspekte der Organisationsbildung sind (Scott 1986, S. 196)⁷⁰.

Auch in der Medizin fand eine weitergehende Ausdifferenzierung und Arbeitsteilung statt. Für die Entstehung des Gesundheitswesens war von Bedeutung, daß Krankheit auf natürliche Ursachen, losgelöst von religiösen oder mythischen Vorstellungen, zurückgeführt werden konnte und damit behandlungsfähig wurde (Mayntz, Rosewitz 1988, S. 119).

Die Gründung der mittelalterlichen Spitäler wurde durch die christliche Religion gefördert. Das Motiv der Nächstenliebe wurde leitend in der Betreuung von Armen und Kranken sowie in der Errichtung entsprechender Gebäude zur Beherbergung (Rausch 1984, S. 37ff.). Das Spital war eine multifunktionale Einrichtung, die lange Zeit von den Kirchen geführt wurde, das heißt es stand Kranken und Armen gleichermaßen offen. Nach der Reformation kam es zur Gründung von Spitälern durch die Städte. Doch bereits seit dem 12. Jahrhundert übernahmen zunehmend die Kommunen die Hospitäler (Rausch 1984, S. 45). Die Motive waren vermutlich wirtschaftlicher Natur, denn die Hospitäler genossen Privilegien und besaßen große Mittel in Folge überlassener Pfründe durch Spender.

⁷⁰ Vgl. Türk 1978, S. 60ff.

Das Heilig-Geist-Spital in Ravensburg bildet da keine Ausnahme. 1287 erstmals erwähnt und noch durch eine Laienbruderschaft geführt, übernimmt die Stadt im frühen 14. Jahrhundert die alleinige Verwaltung. Dem Spital gehörten zahlreiche Liegenschaften in der Umgebung und es war ein bedeutender Wirtschaftsfaktor in Ravensburg.⁷¹ Das Spital ist als Gebäude und als Institution seither fest in der Bürgerschaft verwurzelt.

Mit der in der christlichen Religion begründeten Motivation zur Nächstenliebe kommt jedoch ein Beweggrund in die Diskussion, der von klassischen ökonomischen Ansätzen nicht berücksichtigt wird. Die mit Schenkungen an Spitalstiftungen verbundene Heilserwartung läßt sich allenfalls noch mit altruistischen Motiven und einem guten Gewissen erklären, aber das wäre banal. Es ist mithin notwendig andere Beweggründe als die reine Nutzenmaximierung zu finden. Hierbei können Kultur und Normen als handlungsleitend ausgemacht werden. Eine genaue Bestimmung der relativen Gewichte exogener und endogener Faktoren ist jedoch für Mayntz und Rosewitz wegen der komplexen Zusammenhänge kaum möglich (Mayntz, Rosewitz 1988, S. 166).

Zusammengefaßt bildete das Christentum mithin den sozialen Kontext, in dem Organisationen entstehen und geduldet werden. Die Heilserwartung christlicher Religionen wurde verbunden mit tätiger Nächstenliebe und göttlichem Auftrag Kranken und Armen zu helfen⁷². Daraus folgte die Notwendigkeit sich entsprechend zu verhalten und das führte zur tätigen Nächstenliebe, die in Einrichtungen der Pflege ihren Niederschlag fand. Dies Handeln kann im übrigen auch mit der Wertrationalität im Sinne Webers begründet werden⁷³. Die heute säkularisierte Gesellschaft steht dazu nicht im Widerspruch, denn Hilfe für Bedürftige gilt als ein ethisches Grundprinzip, an dem sich das Handeln der Individuen ausrichtet.

Wie ein roter Faden durchzieht daher die Gründung von Krankenhäusern das Motiv der christlichen Nächstenliebe wie auch das Motto der Franziskanerinnen von Reute bezeugt, nämlich „Gott in der leidenden Menschheit dienen.“⁷⁴ Weltanschauliche Gründe spielten bei der Gründung von Krankenhäusern mithin seit jeher eine große Rolle. Die Vorbehalte kirchlicher

⁷¹ Vgl. „Das Heilig-Geist-Spital Ravensburg“ 1997, S. 3f.

⁷² „Die Sorge für die Kranken gehe vor allem und über alles. Man soll ihnen demnach so dienen wie Christus, dem man ja wirklich in ihnen dient.“ (Auszug aus dem 36. Kapitel der Bedediterinerregeln, zitiert nach Rausch 1984, S. 39); s. The Order of Saint Benedict: URL: <http://www.osb.org/osb/rb/text/rbemjo1.html#36>

⁷³ „Rein wertrational handelt, wer ohne Rücksicht auf die vor auszusehenden Folgen handelt im Dienst seiner Ueberzeugung von dem, was Pflicht, Würde, Schönheit, religiöse Weisung, Pietät, oder die Wichtigkeit einer 'Sache' gleichviel welcher Art ihm zu gebieten scheinen. Stets ist [...] wertrationales Handeln ein Handeln nach 'Geboten' oder gemäß 'Forderungen', die der Handelnde an sich gestellt glaubt“ (Weber 1972, S. 12).

⁷⁴ Vgl. „Leitbild der sozialen Einrichtungen und Wirtschaftsbetriebe“; Franziskanerinnen von Reute 1997

Organisationen gegenüber weltlichen Einrichtungen mußte auch bei der Errichtung der Oberschwaben-Klinik berücksichtigt werden. So schlugen sich Grundsätze der Franziskanerinnen von Reute in § 2 Abs. 3 des Gesellschaftsvertrages nieder, in denen unter anderem „das christliche Menschenbild“ das Handeln der Gesellschaft leiten sollen.

Rausch weist jedoch auch daraufhin wie ambivalent das Christentum, vertreten durch die katholische Kirche, im Gesundheitswesen wirkte. Denn einerseits beförderte der Gedanke der Nächstenliebe die Entwicklung der Spitäler, andererseits aber führten kirchliche Verbote, unter anderem der ärztlichen Tätigkeit, zu einem zeitweiligen Niedergang der Spitalpflege (Rausch 1984, S. 47).

Somit läßt sich zusammenfassend sagen, daß in historischer Sicht sich das gesellschaftliche Subsystem „Medizin“ ausdifferenzierte und zur Entstehung von Spitälern beitrug.⁷⁵ Gefördert wurde diese Entwicklung durch an Forschung interessierte Ärzte, dem medizinischen Fortschritt und die industrielle Revolution, die eine Wandlung des Spitals zu einem funktional ausgerichteten Krankenhaus zur Folge hatten, dessen primäres Ziel die Gesundheitsversorgung ist.

Haben sich die Organisationen gebildet, müssen sich mit ihrer Umwelt auseinandersetzen. Aus verschiedensten Gründen treten sie in Kontakt mit anderen Organisationen. Aber was ist die Umwelt einer Organisation? Diese Frage soll in den nächsten Abschnitten geklärt werden.

4.2 Die Umwelt von Organisationen

4.2.1 Die Grenzen der Organisation

Für diese Arbeit von Bedeutung ist die Reaktion der Akteure auf ihre Umwelt. Sie nahmen ihre Umgebung auf spezifische Art und Weise wahr und sind von ihr abhängig. Daher gilt es zunächst zu definieren, was Umwelt ist und damit die Grenzen der Organisation festzulegen, denn die Umwelt fängt, vereinfacht gesagt, dort an, wo die Organisation aufhört. Aber wo hört sie auf?

Pfeffer und Salancik sehen die Schwierigkeit der Bestimmung organisationaler Grenzen darin, daß Handlungen organisiert werden und nicht Individuen (1978, S. 30). Auf diese Weise können all jene einbezogen werden, die an der Organisation teilnehmen. Man kann fünf Hauptgruppen unterscheiden: Angestellte, Investoren, Lieferanten, Vertrieb und Kunden (March,

⁷⁵ Vgl. Gärtner 1994, S. 100ff. und Rausch 1984, S. 36ff.; für einen historischen Überblick

Simon 1958, S. 89). Dagegen sieht Etzioni die Grenzen durch folgende drei Dimensionen der Teilnahme gezogen: „involvement, subordination and performance“ (Etzioni 1980, S. 97). Ein Teilnehmer muß dabei nur eine der drei Bedingungen erfüllen, um bereits Organisationsmitglied zu sein. Damit läßt sich kaum noch bestimmen, wer nicht mehr der Organisation angehört, denn Etzioni gibt dafür nur eine vage Umschreibung, nämlich „low on all three criteria“ (ebd., S. 97). Pfeffer und Salancik betrachten die Organisation als die Summe aller strukturierten Verhaltensweisen über die diese Organisation Verfügungsgewalt besitzt, und sie endet dort, wo einer anderen Verfügungsfreiheit beginnt (Pfeffer/Salancik 1978 S. 32). Unter Hinweis auf die zunehmende Inkorporierung von Umweltelementen und damit der Veränderung von Grenzen gibt sich Scott mit einer pragmatischen Grenzziehung zwischen der Umwelt und der Organisation zufrieden (Scott 1986, S. 241f.).

Das Problem der Abgrenzung für die hier behandelten Organisationen besteht darin, daß sie jeweils Teil einer Gesamtorganisation waren: des Klosters, des Landkreises und der Stadt Ravensburg. Mit der Gründung der gemeinsamen Betriebsträgersgesellschaft fand eine Auslagerung aus der allgemeinen Verwaltung der ehemaligen Träger statt. Paradoxerweise fand auch eine Inkorporierung im Sinne Scotts statt. Denn die Zusammenlegung der sechs Krankenhäuser zu einer neuen Gesellschaft ist eine faktische Inkorporierung; die Grenzen wurden neu gezogen. Die bisherige Zuordnung zu einer Organisation läßt sich damit begründen, daß die jeweiligen Träger das Defizit tragen mußten. Im Falle eines Gewinnes bestimmten die Stadt Ravensburg, das Kloster Reute oder der Landkreis Ravensburg, was damit passieren würde. Mit Gründung der Gesellschaft kann ein Verlustausgleich oder eine Gewinnverteilung nur noch im Rahmen des Gesellschaftsrechts und des Gesellschaftsvertrages⁷⁶ durch die Gesellschafter vorgenommen werden. Die Gesellschaft besitzt mithin die Verfügungsrechte an den Ressourcen. Somit fand eine Exkorporierung statt. Die OSK wird Quersubventionierung soweit möglich durchführen, das heißt die Kliniken besitzen weiterhin nur beschränkte Verfügbarkeit über ihre Ressourcen; die Rechte liegen bei der Trägersgesellschaft. Insofern hat also eine Inkorporierung stattgefunden.⁷⁷

Um nicht weiter zur Verwirrung beizutragen, werden in den folgenden Kapiteln, die Grenzen nicht weiter problematisiert, sondern als gegeben betrachtet, wobei die Verfügungsgewalt über Ressourcen ein ausreichendes Kriterium zur Unterscheidung ist.

⁷⁶ Vgl. § 23 Gesellschaftsvertrag

⁷⁷ Indiz hierfür ist auch das für alle Häuser gemeinsam mit den Krankenkassen ausgehandelte Budget von 200 Mio. DM, vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 14. und 15.10.97.

4.2.2 Das Organisationsset

Organisationen sind in ein Set⁷⁸ von anderen Organisationen eingebunden, die ihre Umwelt darstellen, von denen sie Ressourcen verschiedenster Art erhalten, die auf sie einwirken und eine Reaktion verlangen. Eine Organisation besteht in der Regel aus mehreren Abteilungen, die wiederum ihrer eigenen Umwelt gegenüberstehen. Eine Produktionsabteilung ist mit anderen Organisationen konfrontiert als eine Entwicklungsabteilung, die wieder eine andere Umwelt kennt als der Vertrieb usw. Die Anzahl der Kontakte einer Organisation hängen auch von den Aufgaben der Organisation ab (Cook 1977, S. 64); dies gilt auch für Non-Profit-Organisationen (ebd., S. 65).

Zum Organisationsset eines Krankenhauses gehören sehr viele andere Organisationen zum Beispiel Handwerker, Lieferanten, Stromversorger usw. Im Rahmen dieser Arbeit wird das Set auf Landesbehörden und Krankenkassen beschränkt, weil diese Organisationen wesentlich für den Erhalt der Krankenhäuser sind.

Alle Krankenhausträger müssen sich mit den Krankenkassen auseinandersetzen, weil diese die erbrachten Leistungen „bezahlen“. Auch die Politik in Form des Gesetzgebers nimmt über die Krankenhauspolitik Einfluß auf den Bestand sowie den Ressourcenfluß zum Beispiel über neue Entgeltformen. Das Land ist zuständig für die Krankenhausplanung und die Verteilung von Investitionsfördermitteln.. Andere Krankenhäuser versuchen mit neuen Behandlungsmethoden (zum Beispiel minimalinvasiver Chirurgie) Patienten und damit Ressourcen zu gewinnen. Die niedergelassenen Ärzte beeinflussen den Patientenstrom, indem sie Patienten überweisen, die eine gute Versorgung wünschen.

Niedergelassene Ärzte und Patienten sind im Kontext dieser Arbeit nicht von großer Bedeutung und werden deshalb vernachlässigt, so daß eine Konzentration auf Land, Bund (nur in Bezug auf Gesetzgebung), Kassen und Krankenhausträger bzw. Krankenhäuser stattfindet. Organisationsset im hier verstandenen Sinne bilden also nur Organisationen mit denen im Hinblick auf Ressourcen, Abhängigkeiten, (Markt)macht und Unsicherheit (auch Konkurrenz) eine enge Verbindung besteht.

⁷⁸ Vgl. Scott 1986, S. 238f.; der Begriff des Organisationssets wurde in Analogie zum Rollenset entwickelt; analytisch wird die Umwelt aus Sicht der betrachteten Organisation untersucht, das heißt es geht um die Verbindungen zu anderen Organisationen; vgl. auch Türk 1978, S. 67.

4.2.3 Die Ressourcen einer Organisation

Zur Bestandssicherung benötigt jede Organisation Ressourcen, um die sie mit anderen Organisationen konkurriert, das heißt sie muß sich mit ihrer Umwelt auseinandersetzen. Es werden Formen des Austausches mit anderen Organisationen gesucht. Die Gründe sieht Cook in zunehmender Spezialisierung und knapper Ressourcen (Cook 1977, S. 64). Auch im Non-Profit-Bereich sind Ressourcen knapp, so daß um sie ein harter Wettbewerb (-kampf) mit anderen Organisationen geführt wird. Hierzu müssen Organisationen zu anderen Organisationen Kontakt aufnehmen, weil sie nicht jederzeit über alle benötigten Ressourcen verfügen.

Eine sehr wichtige Ressource ist Legitimität, denn Legitimität gestattet der Organisation überhaupt erst in einem Organisationsset zu agieren. Legitimation wird nach Perrow von verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen, die die Umwelt der Organisation bilden, verliehen. Eine Organisation sollte daher soziale Normen vertreten, die auch von einem größeren Publikum geteilt werden können. Legitimität ist ein Output der Organisation (Perrow 1970, S. 99). Eine Definition von Maurer lautet wie folgt: „Legitimation is the process whereby an organization justifies to a peer or superordinat system its right to exist, that is, to continue to import, transform, and export energy, material, or information“ (Maurer 1971, 361). Legitimität ist mit sozialen Normen und Wertvorstellungen verbunden, die nicht unbedingt immer korrelieren, trotzdem besteht eine Verbindung zwischen beiden. Legitimität kann sich mithin auch aus „utilitaristischen, wertrationalen und traditionellen Grundlagen entwickeln“ (Türk 1978, S. 141).

Krankenhäuser besitzen insofern einen Legitimitätsbonus, als sie das Ziel der Pflege und Heilung kranker Menschen vertreten, was in der abendländischen Kultur mit der christlichen Leitvorstellung der Nächstenliebe und einem Urbedürfnis nach Gesundheit eng verknüpft ist. Kommt es in der Produktion des Gutes „Gesundheit“ zu Fehlern, so verliert die Klinik sehr schnell ihre Anerkennung durch die potentiellen Patienten, die in andere Krankenhäuser ausweichen, so daß aufgrund der aberkannten Legitimität - im Sinne von zuerkannter Fähigkeit zur erfolgreichen Behandlung - der Ressourcenfluß eingeschränkt ist und das Haus im schlimmsten Fall aus dem Markt ausscheidet. Allerdings gibt es im Bereich des Gesundheitswesens andere wichtige Akteure, die über die Existenz der Organisation Krankenhaus entscheiden können, zum Beispiel Krankenkassen und die Landesplanung. Hier wird Legitimität formell über die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan zuerkannt, die mit Fördergeldern verbunden ist und die Abrechnung der erbrachten Leistungen mit den Kassen ermöglicht. Galaskiewicz hat auf den Zusammenhang zwischen zugewiesener Legitimität und kulturellen

Symbolen (Nächstenliebe) bzw. dem Ausgleich mit bestehenden legitimierte Mächten hingewiesen (Galaskiewicz 1985, S. 296).

Eine weitere wichtige Ressource stellt Macht dar. Weber definierte Macht wie folgt: „Macht bedeutet jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance beruht.“ (Weber 1972, S. 28). Er führte zur Erklärung weiter aus, daß der „Begriff 'Macht' [...] soziologisch amorph [ist, K.A.]. Alle denkbaren Qualitäten eines Menschen und alle denkbaren Konstellationen können jemanden in die Lage versetzen, seinen Willen in einer gegebenen Situation durchzusetzen“ (Weber 1972, S. 28 - 29; Hervorhebung im Original).

Kann A bei B ein bestimmtes Verhalten erzwingen, das den Interessen von B widerspricht, dann hat A Macht über B. Macht kann nur in einer Beziehung bestehen, ist mithin relational und situationsbezogen. Der Kontext, in dem Macht ausgeübt wird, muß in einer Analyse berücksichtigt werden. Ahrne unterscheidet zwischen Machtausübung innerhalb einer Organisation und zwischen Organisationen. Danach müssen Organisationen zunächst niemandem gehorchen, allerdings kann in interorganisationalen Konflikten ein Rückgriff auf Machtressourcen stattfinden (Ahrne 1994, S. 118f.), die ganz unterschiedlich sein können und von Fall zu Fall verschieden eingesetzt werden, eben weil sie situationsabhängig sind und strukturelle Faktoren ihre Wirkung mitbeeinflussen⁷⁹. Weil Macht immer nur in einer konkreten Situation angewendet werden kann, ist es nicht möglich Macht für einen späteren Einsatz zu sammeln, denn sie wird unter Ausnutzung asymmetrischer Ressourcenverteilung ausgeübt (Friedberg, 1995, S. 112). Friedberg definiert Macht deswegen als „unausgeglichenen Tausch von Handlungsmöglichkeiten, das heißt von Verhaltensweisen, zwischen einer Gruppe individueller und/oder kollektiver Akteure“ (ebd., S. 111). Macht beruht also auf einer Tauschbeziehung⁸⁰ und Kooperation, weil man eine andere Person oder Organisation zur Verwirklichung eines angestrebten Zieles braucht.

Machtressourcen können finanzieller Natur sein bzw. die Kontrolle über den Ressourcenfluß. Hierbei kann die Größe einer Organisation von Bedeutung sein. Eine große Organisation besitzt einen größeren Einfluß auf ihre Umwelt und ist eher in der Lage aufgezwungenen Veränderungen zu widerstehen. Andere Organisationen können an einem Überleben dieser Organi-

⁷⁹ Vgl. Morgan, Gareth 1997; S. 170-199; Ahrne 1994, S. 119ff.

⁸⁰ Vgl. zum Konzept von Macht als Tauschbeziehung: Cohen, Percy S.; 1972; S. 120ff.; Scott 1986, S. 264

sation interessiert sein und sich für sie einsetzen, weil auch sie dann eine bessere Überlebenschance besitzen (Pfeffer, Salancik 1978, S. 139).

Dies könnte eine Motivation für den Landkreis gewesen sein, der bei einer Aufgabe des St.-Elisabethen-Krankenhauses durch die Franziskanerinnen befürchten mußte, die Klinik selbst zu übernehmen, weil der Versorgungsauftrag eindeutig bei der Kommune liegt (§3 LKHG BW). Neben der Sanierung der eigenen Kliniken in Bad Waldsee und Leutkirch hätte dies den Landkreis in weitere finanzielle Schwierigkeiten gebracht. Der Charakter von Macht als Tauschbeziehung zeigt sich im Verhältnis von Land und Kommunen, wenn es um Fördermittel ging. Zur Durchsetzung seiner Vorstellungen erwartete das Land ein gewünschtes Verhalten seitens der Kommunen, die sich dem fügen mußten, wollten sie an den Fördertopf gelangen. Konkret ausgedrückt wurde dies beispielsweise durch die Ankündigung, Investitionsmittel für die Kreiskrankenhäuser nur dann zu genehmigen, wenn dafür die geburtshilflichen Abteilungen an den drei kleinen Häusern geschlossen würden.

Um die Ressourcen zu erhalten, bedarf es der Beobachtung der Geschehnisse in der Organisationsumgebung, jedoch verlangt nicht jedes Ereignis eine Antwort. Dies liegt an der losen Kopplung⁸¹ zwischen der Organisation und ihrer Umwelt (Pfeffer/Salancik 1978, S. 13). Die Autoren sehen darin einen Mechanismus zur Stabilisierung der Organisation, um in unsicheren Umwelten zu bestehen. Dazu richtet die Organisation Stellen ein, die Informationen sammeln, interpretieren und auf diese Weise eine organisatorische Umwelt schaffen (ebd. S. 13). Wodurch ist aber Umwelt gekennzeichnet?

4.2.4 Abhängigkeit und Unsicherheit

Das Verhältnis einer Organisation zur Umwelt ist wesentlich durch die Faktoren Ressourcenabhängigkeit und Unsicherheit geprägt. Aldrich und Mindlin haben 1978 zwischen Umwelt als Ressourcen- und Informationsquelle unterschieden⁸². Scott differenziert zwischen Unsicherheit und Abhängigkeit:

⁸¹ „[...] coupled events are responsive, *but* that each event also preserves its own identity and some evidence of its physical or logical separateness“ (Weick 1976, S. 3; Hervorhebung im Original); ähnlich Aldrich: „Loose Coupling: A low degree of constraint between roles, units, or activities within an organization. Active loose coupling is present when a feedback loop connects environmental or intraorganizational conditions with role or subunit response. Reactive loose coupling is present in the form of buffering and insulating mechanisms that limit the impact of intraorganizational change“ (Aldrich 1979, S. 105).

⁸² Aldrich, Howard; Mindlin, Sergio 1978; S. 149-170

Tabelle 4 Unsicherheit und Abhängigkeit

Dimensionen der Unsicherheit	Dimensionen der Abhängigkeit
Homogenitäts- bzw. Heterogenitätsgrad	Munifizienz- bzw. Knappheitsgrad
Stabilitätsgrad bzw. Veränderungsrate	Konzentrations- bzw. Dispersionsgrad
Verflochtenheits- bzw. Isolationsgrad	Organisations- bzw. Nichtorganisationsgrad
Organisations- bzw. Nichtorganisationsgrad	

Quelle: eigene Zusammenstellung nach Scott 1986, S. 233f.

Generell läßt sich sagen, daß die Unsicherheit um so größer sein wird, je heterogener, instabiler und verflochtener die Umwelt ist. In Bezug auf Ressourcen gilt „je höher der Konzentrations- und der Organisationsgrad der Umweltentitäten, desto größer ist die Abhängigkeit der Organisation“ (Scott 1986, S. 234)⁸³.

Für die hier betrachteten Krankenhäuser, werden Pflegesatzverhandlungen von einer Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen geführt, so daß der Konzentrationsgrad und damit die Abhängigkeit im Sinne Scotts hoch ist, zumal auch im Landeskrankenhausausschuß das Land und die Kassen eine Koalition gegen die Träger bilden können. Demgegenüber läßt sich jedoch auch sagen, daß eine zunehmende Verflechtung zur Standardisierung und Vorhersagbarkeit führt und Koordination in der Verfolgung gemeinsamer Ziele zur Kooperation statt Konkurrenz beiträgt (Scott 1986, S. 243), das heißt Scott sieht hierin ein Lösungsmöglichkeit. Steigende Vorhersagbarkeit kann nur in relativ stabilen Umwelten Gültigkeit besitzen und, wie noch gezeigt wird, war die Umwelt unsicher und eher turbulent.

Nach Cook ist die Abhängigkeit einer Organisation von einer anderen eine gemeinsame Funktion, die direkt variabel zur Ressource ist, die sie von einer anderen erhält und ist umgekehrt variabel zu vergleichbaren alternativen Möglichkeiten (Cook 1977, S. 66).

Drei Faktoren können unterschieden werden, die Abhängigkeit begründen. Als erstes ist die Bedeutung der Ressource zu nennen, das heißt wie wichtig sie für den Produktionsprozeß und das Überleben der Organisation ist. Mit dem zweiten Faktor wird das Ausmaß der Verfügbarkeit über die Gewinnung und Nutzung der Ressource beschrieben. Schließlich gilt die Kontrolle über Ressourcen und mögliche Alternativen als dritter Faktor (Pfeffer/Salancik 1978, S. 45).

Für die hier betrachteten Organisationen gab es drei relevante Ressourcen, die durch unterschiedliche Organisationen verteilt wurden. Das Land war zuständig für die Aufnahme in den

Krankenhausbedarfsplan und die Verteilung von Investitionsfördergeldern. Die Krankenkassen konnten Einfluß auf die Planung über den Landeskrankenhauseausschuß (§ 9 LKHG BW) nehmen, mußten aber auch mit den Krankenhausträgern die Budgets der Krankenhäuser aushandeln.

Im folgenden werden in knapper Form jeweils die Ressourcen Bedarfsplan, Fördermittel und Budget (Pflegesatz) nach Bedeutung, Verfügbarkeit und Kontrolle untersucht. Auf die Interdependenz zwischen den Ressourcen wird nur soweit notwendig eingegangen, um die Übersichtlichkeit zu bewahren. Eine Unterscheidung der Dimensionen wird ordinal⁸⁴ nach hoch, mittel und gering vorgenommen.

(1) Stadt Ravensburg

- Fördermittel: Das Spitalgebäude ist dringend sanierungsbedürftig. Alleine kann die Stadt dies kaum finanzieren. Die Bedeutung ist daher groß, weil die Stadt auf Fördermittel angewiesen ist. Aufgrund angeblich falscher Verwendung von Fördergeldern in den achtziger Jahren und der damit verbundenen Rückzahlungsforderung des Landes ist die Verfügbarkeit eher gering. Eine Kontrolle über diese Ressourcen ist mithin auch gering.
- Bedarfsplanung: Die Aufnahme in den Bedarfsplan ist von hoher Bedeutung. Nun besteht hier allerdings ein etwas paradoxes Problem. Bleibt das Spital im Bedarfsplan kann es vermutlich keine Fördermittel für dessen Sanierung in ausreichender Höhe erhalten. Fällt es aus der Akutversorgung hingegen heraus, so können Mittel aus der Denkmalpflege, der Stadtsanierung und einer Umwandlungshilfe des Landes (§ 21 LKHG BW)⁸⁵ gewonnen werden. Die Bedeutung der Planung würde zurückgehen; sie wäre mäßig. Dagegen würde eine Streichung im Plan von hoher Bedeutung sein. Gering ist dagegen die Verfügbarkeit, weil von Kassen und vom Land seit Jahren die Streichung des Hauses im Plan gefordert wird. Ebenfalls gering ist die Kontrolle, weil kein Bedarf mehr für das Krankenhaus besteht (es sei denn als geriatrische Reha-Klinik).
- Budget (Krankenkassen): Im Hinblick auf die Weiterführung des Heilig-Geist-Spitals als geriatrische Rehabilitationsklinik, ist die Bedeutung hoch, denn es muß ein Versorgungsvertrag mit den Kassen abgeschlossen werden. Die Verfügbarkeit ist im Augenblick wegen

⁸³ Vgl. Pennings 1981, S. 440

⁸⁴ Vgl. Schnell, Hill, Esser 1992, S. 142 zu Ordinalskalen

⁸⁵ Vgl. „Das Heilig-Geist-Spital“ S. 24, geschätzte Gesamtkosten 37,6 Mio. DM; Ortsarmenfonds 3 Mio. DM, Umwandlungshilfe des Landes nach LKHG 4 Mio. DM, Denkmalpflege 0,6 Mio. DM, Stadtsanierung 7,2 Mio. DM Land und 4,8 Mio. DM Stadt, Darlehen 10 Mio. DM und Spenden u.ä. 8 Mio. DM.

der Umbaumaßnahmen noch nicht gegeben. Die Stadt muß mit dem Land und den Krankenkassen die Bettenzahlen aushandeln, die an einem Abbau der Akutbetten interessiert sind, so daß nur eine geringe Kontrolle besteht.

(2) Landkreis Ravensburg

- Fördermittel: Die Bedeutung von Fördermitteln war für den Landkreis zweifellos hoch, denn die Sanierung der Kliniken in Bad Waldsee und Leutkirch hätte eingeschränkt werden müssen oder wäre ganz unterblieben, weil das Land rund 50% der Sanierungskosten trägt. Die Verfügbarkeit ist bei Antragstellung gering und die Genehmigung liegt beim Sozialministerium, außerdem sind die Mittel zweckgebunden und sie stehen immer unter Vorbehalt, das heißt der Bescheid des Landes kann unter Umständen auch nachträglich geändert werden. Über die Mittelvergabe besteht nur geringe Kontrolle; sie ist vom Sozialministerium und dem Landeskrankenhausausschuß abhängig.
- Bedarfsplan: Der Zugang zu Ressourcen ist nur über den Bedarfsplan möglich (§ 108 SGB V), so daß dessen Bedeutung hoch ist. Über Lobbying und Verhandlung kann versucht werden Einfluß auf die Bedarfsplanung zu nehmen, so daß eine mittlere Verfügbarkeit besteht. Dagegen ist die Kontrolle über die Aufnahme in den Plan gering, weil sie abhängig vom Bedarf ist, der wiederum abhängig von der demographischen Entwicklung, der Verweildauer und dem medizinischen Fortschritt ist. Auf diese Faktoren haben weder das Kloster Reute, noch die Stadt Ravensburg oder der Landkreis Einfluß.
- Budget (Krankenkassen): Das zugeteilte Budget bzw. der ausgehandelte Pflegesatz bedeutet Zugang zu Ressourcen und hat daher eine hohe Bedeutung. Die Verfügbarkeit ist eher gering aufgrund normativer Vorgaben (Bindung an die Entwicklung der Grundlohnsumme) und der Festschreibung von Fallpauschalen und Fallzahlen. Eine Kontrolle ist durch die Aufspaltung in Entgelte, Abteilungs- und Basispflegesatz sowie externen Faktoren, zum Beispiel Lohnentwicklung eher gering. Erschwerend wäre für den Kreis, daß die Kassen versuchen würden, den Wegfall der Geburtshilfen im Budget zu berücksichtigen.

(3) Kloster Reute und das St. Elisabethenkrankenhaus

- Fördermittel: Ihre Bedeutung ist ebenfalls hoch. Allerdings wird diese Bedeutung ein wenig durch die Eigenmittel der Ordensschwestern geschmälert, deren Verfügbarkeit hoch ist, so daß von einem mittleren Bedeutungsgrad auszugehen ist. Landesgelder können als gesichert gelten, denn das Haus dient der Zentralversorgung und das Land muß somit den Ausbau

unterstützen, mithin ist deren Verfügbarkeit eher hoch, aber abhängig von der zukünftigen Förderpolitik des Landes. Bei der Kontrolle der Gelder muß man wieder zwischen den Eigenmitteln und den Landeszuschüssen unterscheiden. Die eigenen Mittel können relativ frei verwendet werden, die Kontrolle liegt beim Kloster, während Fördergelder vom Land kontrolliert werden. Insgesamt ergibt sich ein mittlerer Kontrollgrad.

- Bedarfsplanung: Grundsätzlich besteht auch hier eine hohe Bedeutung. Doch stellt das Haus nur Betten auf, die wirtschaftlich sind (zum Beispiel sind Planbetten für Dermatologie und Augenheilkunde nicht aufgestellt) und unterläuft damit die Planung des Landes, und stellt sich somit als von mittlerer Bedeutung dar. Das Haus ist ein Krankenhaus der Zentralversorgung, das heißt die Verfügbarkeit ist nur von mittlerem Interesse, denn es gibt nur noch wenige Abteilungen, die noch nicht vertreten sind und hierbei kommt es auf die Fachdisziplin an. Eine Kontrolle über eine Expansion in bezug auf weitere Einrichtungen ist vom Bedarf abhängig, daher gering.
- Budget (Krankenkassen): Zweifelslos ist auch hier die Bedeutung hoch. Die Verfügbarkeit ist an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden. Darauf hat die Klinik jedoch keinen Einfluß, weil die Verfügbarkeit von externen Faktoren abhängig ist, so daß auch die Kontrolle darüber gering ist. Dies trifft insbesondere Krankenhäuser mit hohen Vorhaltekosten, die viele Leistungen über Fallpauschalen und Sonderentgelte abrechnen.

In der folgenden Tabelle sind diese Aussagen nochmals zusammengefaßt:

Tabelle 5: Ressourcen und ihre Bedeutung, Verfügbarkeit und Kontrolle

	Landkreis			Stadt			Reute (EK)		
	Bedeutung	Verfügbarkeit	Kontrolle	Bedeutung	Verfügbarkeit	Kontrolle	Bedeutung	Verfügbarkeit	Kontrolle
Fördermittel	+	-	-	+	-	-	0 +	0 -	0 -
Bedarfsplan	+	0	0 -	+/-	-	-	+ 0	0	-
Budget	+	-	-	+	-0	-	+	-	-

Erklärung: + = hoch; 0 = mittel; - = gering; bei Reute muß der Eigenanteil der Schwestern bedacht werden

Zusammengefaßt zeigt sich, daß die Bedeutung und mithin die Abhängigkeit der Ressourcen für alle Träger hoch ist, wobei nur Reute eine geringere Abhängigkeit aufweist. Die Unsicherheit ist jedoch für alle in etwa gleich hoch, denn sie besaßen nur eine mäßige Kontrolle und eine eher geringe Verfügbarkeit über Ressourcen.

4.2.5 Eine Charakterisierung der Umwelt

Aldrich unterscheidet zwischen mehreren Dimensionen zur Charakterisierung der Umwelt, die den Zugang zu Ressourcen und deren Verteilung beeinflussen können:

Tabelle 6: Dimensionen der Umwelt nach Aldrich (1979)

Environmental Capacity	The relative level of resources available to an organization within its environment, varying from lean or low capacity to rich or high capacity.
Environmental Homogeneity-Heterogeneity	The degree of similarity between the elements of the domain population, including individuals and organizations. Varies from undifferentiated or homogeneous to highly differentiated or heterogeneous environments.
Environmental Stability-Instability	The degree of turnover in environmental elements. (Note that high turnover may still be patterned and is thus predictable.)
Environmental Concentration-Dispersion	The degree to which resources, including the domain population and other elements, are evenly distributed over the range of the environment. Varies from random dispersion to high concentration in specific locations.
Domain Consensus-Disensus	The degree to which an organization's claim to a specific domain is disputed or recognized by other organizations.
Turbulence	The extent to which environments are characterized by an increasing interconnection between elements and trends, and by an increasing <i>rate</i> of interconnection.

Quelle: Aldrich 1979, S. 74

Emery und Trist⁸⁶ unterschieden dagegen 1965 zwischen vier verschiedenen Arten von Umwelten in bezug auf Art und Quelle der Interdependenz zwischen Organisationen und ihren Umwelten. Die erste Umwelt wird sanft-randomisiert genannt, das heißt benötigte Ressourcen werden zufällig verteilt, aber mit einer konstanten Wahrscheinlichkeit, daß die Organisation ausreichend erhält. Als ruhig-clustered wird die zweite Art von Umwelt bezeichnet. Ressourcenverfügbarkeit ist hier nur sequentiell vorhersehbar, das heißt Organisationen werden Ressourcen unter Umständen einlagern, um Zeiten von Knappheit zu überstehen. Davon zu unterscheiden ist die dritte Form, die unruhig-reaktive. Verteilung und Wahrscheinlichkeiten der Verfügbarkeit von Ressourcen liegen bei den Organisationen selber. Diese Umwelt ist durch konkurrierende Interdependenz gekennzeichnet. Die letzte Umwelt kann mit turbulent beschrieben werden. Hier interagiert jeder mit jedem; die Unsicherheit ist am größten.

Angesichts der relativ wenigen Beteiligten (Krankenhausträger, Krankenkassen und Land), sollte man davon ausgehen können, daß die Umwelt ruhig war, weil Verhandlungen immer zwischen den gleichen Partnern stattfanden. Berücksichtigt man die hier angenommenen unabhängigen Variablen (Bundesgesetzgebung, demographischer Wandel, med. Fortschritt) näher, so zeigt sich, daß sich die Umwelt rasch änderte.

⁸⁶ zitiert nach Pfeffer/Salancik 1978, S. 63, und Scott 1986, S. 236

Der Reihe nach werden wieder die Träger betrachtet. Die Stadt Ravensburg sah sich immer erneuten Forderungen des Sozialministeriums zur Struktur des Krankenhauses ausgesetzt. Bereits 1991 sollte die Chirurgie wegfallen und dafür eine Abteilung für geriatrische Rehabilitation eingerichtet werden. Am 30. Juni 1993 fällte der Gemeinderat einen Beschluß, der folgende Struktur vorsah: eine Chirurgie als belegärztliche Abteilung (15 Betten), 55 Betten für Innere Medizin und 30 Betten für geriatrische Rehabilitation. Die Krankenkassen dachten 1993 bereits an 25 Betten für eine Praxisklinik. Das Land verlangte im Oktober 1993 ein geändertes Konzept (50 Betten Innere Medizin, 30 Geriatrie und 10 Betten chirurg. Praxisklinik). Im April 1994 mußte bereits über ein neues Konzept diskutiert werden. Die Chirurgie durfte nur noch als Praxisklinik weitergeführt werden. Im Sommer 1995 war in der Schwäbischen Zeitung zu lesen, daß die Betten der Inneren Abteilung an das Elisabethenkrankenhaus verlegt und dafür 65 Geriatriebetten am städtischen Krankenhaus eingerichtet werden sollten. Begleitet wurde diese Entwicklung von einem Rückgang der Verweildauer in der Chirurgie infolge von neuen Behandlungsmethoden und der Einführung neuer gesetzlicher Bestimmungen, zum Beispiel einer neuen Finanzierung über Entgelte. Die Stadt mußte sich über mehrere Jahre hinweg immer wieder auf neue Gegebenheiten und Forderungen des Sozialministeriums und der Kassen einstellen. Jede Entscheidung, stand unter dem Vorbehalt der endgültigen Streichung des Krankenhauses im Bedarfsplan und damit des Verlustes an Fördermitteln⁸⁷.

Der Landkreis stand vor strukturellen Problemen an seinen Kreiskrankenhäusern. Unter Berücksichtigung der gesamten Situation kamen Gutachter zu einer wenig günstigen Prognose für die Kreiskrankenhäuser.⁸⁸ Kurz nach Veröffentlichung dieses Gutachtens wurden die geburts-hilflichen Abteilungen nach den neuen Richtlinien der Gynäkologischen Gesellschaft beurteilt und als nicht mehr den neuen Standards entsprechend eingestuft. Das Land drängte auf eine Schließung und stellte nur für diesen Fall die benötigten Fördermittel für Leutkirch und Bad Waldsee in Aussicht. Zusätzlicher Druck entstand durch die Gründung von Bürgerinitiativen, zunächst in Leutkirch (1994) und etwa ein Jahr später in Bad Waldsee und Isny, die Öffentlichkeit für ihr Anliegen, der Erhaltung der bisherigen Strukturen, schaffen konnten. Dies geschah durch Demonstrationen, Podiumsdiskussionen und Leserbriefaktionen.⁸⁹ Mithin mußte

⁸⁷ Vgl. Gemeinderatsprotokoll vom 1. Juli 1996

⁸⁸ Vgl. Gutachten zur Planung und Konzeption an den Kreiskrankenhäusern

⁸⁹ Die Gründung und Vernetzung der drei Initiativen ist sehr interessant. Die Leutkircher Bürgerinitiative war mehr parteipolitisch orientiert und von Männern gegründet, während die Bad Waldseer und die Isnyer Initiativen von Frauen gegründet wurden und sich überparteilich verstanden. Nach einer oberflächlichen Lektüre der Unterlagen der Bürgerinitiativen scheint die parteipolitisch gebundene BI eher vorsichtig in ihren Handlungen gewesen zu sein, während die beiden anderen aggressiver zu Werke gingen.

die Umwelt, gegeben durch die Gesetzgebung, das Verhalten des Landes, die dringende Sanierungsbedürftigkeit und der Aufbau neuer Strukturen an den Krankenhäusern sowie die Proteste in den Standorten, die sich teilweise im Kreistag wiederfanden, auf die Entscheider in der Verwaltung einen eher turbulenten Eindruck machen. Hinzu kam als latente Gefahr die Aufgabe des Elisabethenkrankenhauses durch die Franziskanerinnen, das der Landkreis hätte übernehmen müssen.

Für das Elisabethenkrankenhaus war die Gesetzgebung auch einschneidend. 150 Betten standen leer und ein großer Kostendruck entstand durch die Budgetierung und die neuen Entgelte. Hinzu kamen die Verhandlungen des Landkreises und der Stadt Ravensburg mit privaten Anbietern, die befürchten ließen, daß die Privaten Patientenselektion betreiben würden und die kostenintensiven Patienten ins EK kommen würden, so daß sich hier ein Defizit aufbauen könnte⁹⁰.

Alle Träger in Konkurrenz zu einander. Das Gutachten des Landkreises kann man ebenfalls dahingehend interpretieren, daß sich sogar die Kreiskrankenhäuser untereinander Konkurrenz machten. Eine Kooperation fand kaum statt. Für weitere Unruhe sorgte die sich ständig ändernde Gesetzgebung⁹¹, die von den Organisationen laufende Anpassungsleistungen abverlangte. Die Krankenkassen kamen durch den eröffneten Wettbewerb unter erhöhten Druck und u.a. infolge der hohen Arbeitslosigkeit zu geringeren Einnahmen. Dieser Druck wurde an die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen weitergegeben.⁹² Somit läßt sich sagen, daß die Umwelt eher unsicher und turbulent im Sinne Emery und Trists war.

Einen Überblick über die horizontalen und vertikalen Beziehungen und Interdependenzen von Organisationen Pennings (1981):

⁹⁰ Interview-Nr. 1030

⁹¹ Vgl. Rathje, Eckehardt 1997; S. 178

⁹² Vgl. in diesem Sinne: Sing, Roland 1996, S. 195-202; Süddeutsche Zeitung vom 14.04.97 Nr. 85, S. 21

Tabelle 7: Marktbegriffe

		Number of sellers		
		One	A few ($n \geq 2$)	Many ($n = \infty$)
Number of buyers	One	(1) Bilateral monopoly Pentagon and Central Intelligence Agency; union-management bargaining	(2) National Aeronautical and Space Agency and spaceagency contractors	(3) Pure monopsony Meat producers and single wholesalers in the Midwest
	a few ($n \geq 2$)	(4) Federal Communications Commission and national broadcasting companies <i>Ziel der OSK: Alle Akutkrankenhäuser vereinigt + Fachkliniken und Reha-Einrichtungen versus Krankenkassen (VdAK, AOK?)</i>	(5) Bilateral oligopoly research institutes versus funding agencies steel versus automobile industries <i>Jetzt: OSK, 14 Nothelfer (Weingarten) versus Krankenkassen (AOK, DAK, BEK, TTK; IKK, BKK...)</i>	(6) Oligopsony Farmers and grain dealers <i>Bisher: 4 Kreiskrankenhäuser, 14 Nothelfer (Weingarten), städt. Krankenhaus (Heilig-Geist-Spital) Ravensburg, St. Elisabethen-Krankenhaus versus Krankenkassen (AOK, DAK, BEK, TTK; IKK, BKK...)</i>
	Many ($n = \infty$)	(7) Pure monopoly Bell of Pennsylvania	(8) Homogeneous or differentiated oligopoly: depending on product differentiation Marriage-counselling agencies in a city; cereals industry	(9) Bilateral pure competition or monopolistic competition, depending on product differentiation Physicians in a large city who are not organized; local food stores

Quelle: Pennings 1981, S. 435; kursive Einfügungen K.A.; OSK = Oberschwaben-Klinik

In der Tabelle geht es um die Struktur des Marktes. Grundsätzlich sieht es so aus, daß der Nachfrager, das heißt der Patient, nicht die vollen Kosten einer stationären Behandlung bezahlen muß. Der Versicherungsschutz trägt dazu bei, daß die Nachfragemenge nicht die wahre Wertschätzung für das Gut Gesundheit ausdrückt. Auf der Anbieterseite sind die Krankenhäuser regelmäßig nicht gewinnorientiert und werden nicht zu minimalen Kosten produzieren. Es liegt somit Marktversagen vor, daß durch Verhandlungen zwischen Kassen und Krankenhaus ausgeglichen werden soll (Breyer, Zweifel 1997, S. 324f.), das heißt die Kassen treten stellvertretend als Nachfrager auf.

Die Beziehungen von Krankenhäusern zu ihrer Umwelt nach diesem Schema zu beurteilen, ist jedoch schwierig, weil bereits auf der Nachfrageseite Definitionsprobleme auftreten. Sind die Patienten die Nachfrager oder die Krankenkassen? Der Patient muß von einem Arzt überwiesen werden und hält sich in den meisten Fällen an die gegebene Empfehlung für ein bestimmtes Krankenhaus, das heißt der Arzt ist indirekter Nachfrager, andererseits handelt die Kasse des Patienten mit dem Krankenhaus den „Preis“ für die zu erbringende Leistung aus⁹³.

⁹³ Die Kassen sind über ihre Landesverbände an der Aufstellung des Krankenhausplans beteiligt sind. Der sich ergebende fiktive Versorgungsvertrag wird vor Ort spezifiziert.

Dabei treten die Kostenträger regelmäßig in Form einer Arbeitsgemeinschaft⁹⁴ auf, die eine geschlossene Interessengruppe darstellt. Somit tritt nur ein „Käufer“ auf, der für alle in der Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossenen Krankenkassen die „Preise“ aushandelt, so daß die Klinik einem Kartell mit monopolartiger Stellung gegenübersteht. Andererseits kann der Patient zwischen mehreren Kliniken, bei einfacheren und planbaren Behandlungsfällen, auswählen. Diese Auswahl hängt jedoch auch von seiner Mobilität, der Entfernung zu den Kliniken und seinem sozialen Umfeld ab, so daß gerade für ältere Patienten in ländlichen Gebieten eine monopolartige Situation in der Krankenhausversorgung besteht.

Trotz aller Definitionsprobleme kann die Situation im Landkreis Ravensburg mit obigen Schema kurz skizziert werden. Die Krankenkassen verhandelten unter Federführung der AOK und traten somit faktisch als einziger „Nachfrager“ auf, so daß man vor der Gründung der OSK von einem Oligopson (Feld 6 der Tabelle von Pennings) sprechen konnte⁹⁵.

Die Zahl der Anbieter, das heißt der Träger von Krankenhäusern, hat sich durch den Zusammenschluß zur Oberschwaben-Klinik reduziert, so daß nun von einem bilateralen Oligopol (Feld 5) in Bezug auf die Budgetverhandlungen bei Akutkrankenhäusern auszugehen ist. Dabei wird berücksichtigt, daß auch Krankenkassen an den Verhandlungen beteiligt sind, die nicht in der Arbeitsgemeinschaft mitarbeiten, so daß die Verhandlungsseite der Kassen heterogener erscheint. Zukünftig kann man sich eine Situation entsprechend Feld 4 vorstellen, denn Ziel der Oberschwaben-Klinik ist es eine horizontale und vertikale Integration von Gesundheitsdienstleistungen zu erreichen (s. Anlage 3). Es könnte also ein regionaler Monopolist entstehen, dem nur noch wenige Nachfrager gegenüberstehen, wobei der Trend bei den Kassen vermutlich zu weiteren Fusionen geht, so daß hier eine Marktbereinigung geschieht und im extrem sich ein bilaterales Monopol bilden könnte. Fachkliniken und Reha-Einrichtungen bleiben in dieser Perspektive ausgeklammert.

⁹⁴ Vgl. § 18 KHG Beteiligte an den Pflegesatzverhandlungen

⁹⁵ Vgl. zu Strukturmerkmalen oligopolistischer Märkte Phillips 1960

5. Man kommt ins Gespräch (Sommer '95 - Dezember '95)

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Probleme und die Umweltsituation der Organisationen geschildert. Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit der Problemlösung. Der Entscheidungsverlauf läßt sich grob in drei Phasen einteilen, an denen sich die nächsten Abschnitte orientieren werden, wobei es zu Überschneidungen kommen wird, so daß auch Vorgriffe oder Rückgriffe möglich sind:

1. Erklärungen der Akteure bis zur Krankenhausträgerkonferenz über eine mögliche Bereitschaft zur Zusammenarbeit: Frühjahr/Sommer 1995 bis 18. Dezember 1995;
2. Arbeit der Lenkungsgruppe bis zur Grundsatzentscheidung im Kreistag und Gemeinderat über das Ob und das Wie: Ende Dezember 1995 bis Mai/Juli 1996
3. Ausarbeitung des Gesellschaftsvertrages und zustimmende Entscheidungen im Verwaltungsrat, Kreistag und Gemeinderat; Errichtung der Gesellschaft am 1. Januar 1997: Juli bis Ende Dezember 1996

Die drei Phasen decken sich weitgehend mit den von Benz (1994) unterschiedenen Schritten zur Analyse kooperativer Prozesse, die sich jedoch in der Realität nicht so eindeutig abgrenzen lassen: (1) Im Unterschied zu erzwungenen Verhandlungen, zum Beispiel über Pflegesätze mit den Krankenkassen, müssen die Organisationen und die in ihnen tätigen Akteure Signale der Bereitschaft aussenden, um die Bereitschaft zur Kooperation erkennen zu lassen, das heißt es besteht ein „collective action problem“⁹⁶ im Unterschied zu einem „Bargaining Problem“ (Benz 1994, S. 76). Nachdem (2) die potentiellen Kooperationspartner ihre Bereitschaft zu Gesprächen signalisiert haben, müssen die Interessen der Beteiligten abgestimmt und die Möglichkeiten zur Einigung überprüft werden. Je nachdem wie groß die Bereitschaft zur Kooperation ist, kann mit Rückzug gedroht werden. Ist sie eher gering, so wird die Wahrscheinlichkeit des Austritts größer sein. Mit entscheidend dürfte auch die Erwartungshaltung der Akteure sein, das heißt wie hoch die Kosten einer Zusammenarbeit sein werden und wie groß der Problemdruck ist. Diese Exitoption besteht im übrigen in jedem Moment der Verhandlungen. Im vorliegenden Fall wurde sie von der anfangs mit einbezogenen Stadt Weingarten im Laufe des Frühjahrs 1996 wahrgenommen⁹⁷. Schließlich müssen (3) die vereinbarten Ziele in gemeinsame Maßnahmen umgesetzt werden (Benz 1994, S. 75). Diese drei Schritte werden leitend für die

⁹⁶ Elster, 1989, S. 15, zitiert nach Benz 1994, S. 76

⁹⁷ Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 18.04.96

nächsten Kapitel (Kapitel 6 und 7) sein. In diesem Kapitel geht es daher zunächst um die Einleitung der Gespräche durch die Akteure.

5.1 Zuspitzung der Probleme 1995

Das Jahr 1995 brachte eine Wende in den Beziehungen der Krankenhausträger. Die Probleme hatten sich in der Wahrnehmung der Akteure so zugespitzt, daß eine Lösung nur in Zusammenarbeit mit anderen Partnern zu erhoffen war. Diese Erkenntnis war Voraussetzung, um überhaupt Gesprächsbereitschaft gegenüber potentiellen Kooperationspartnern signalisieren zu können. Allerdings läßt sich die Wahrscheinlichkeit mit dem Wunschpartner in Verhandlungen einzutreten auch durch taktisches Verhalten der Akteure beeinflussen.

Die folgende Tabelle soll die Probleme der Organisationen aus Sicht der Akteure nochmals aufzeigen. An dieser Stelle wird auch auf die Stadt Weingarten beziehungsweise das Krankenhaus 14-Nothelfer eingegangen, weil deren Vertreter zunächst ebenfalls in die Gespräche einbezogen waren.

Tabelle 8: Situation der Akteure

Akteur	Situation
Kloster Reute (EK)	<ul style="list-style-type: none"> – hohe Vorhaltungskosten; – Gefahr privater Konkurrenz (Patientenselektion auf Kosten des EK); – Verlust der Identität als kirchliche Einrichtung, weil zuwenig Ordensschwestern,
Landkreis Ravensburg	<ul style="list-style-type: none"> – Sanierung von Bad Waldsee und Leutkirch mit hohen Kosten verbunden – geringe Auslastung – muß bei Rückzug des Klosters das EK übernehmen (§3 LHKG) – Schließung der Geburtshilfen wegen nicht erfüllter Qualitätsstandards und deswegen u.U. ausbleibender Fördergelder bei Nicht-Schließung
Stadt Ravensburg	<ul style="list-style-type: none"> – dringend notwendige Sanierung – alleinige Sanierung nicht zu schaffen, benötigte Partner und Fördergelder – mögliche Streichung im Krankenhausbedarfsplan (= Schließung)
Stadt Weingarten	<ul style="list-style-type: none"> – Gut ausgelastetes Haus (84,9%) – gut ausgerüstet – bei Patienten sehr beliebt

Um eine Lösung zu erreichen, verfolgte jeder der Akteure eine eigene Strategie. Diese Strategien wurden zwar unabhängig voneinander gewählt, waren jedoch interdependent und katalysierten vermutlich die Gesprächsbereitschaft.

Als Anfang der neunziger Jahre der Bestand der Chirurgie am städtischen Krankenhaus seitens des Landes in Frage gestellt wurde, erklärten ein Vertreter der Kirche und der damalige

Verwaltungsdirektor, daß das Elisabethenkrankenhaus die Patienten des Heilig-Geist-Spitals aufnehmen könne, dann allerdings 10 Betten mehr bräuchte⁹⁸. Dies begründete die Furcht vor einer Übernahme des Spitals durch das Kloster Reute, die sich die nächsten Jahre hinweg immer wieder in den Diskussion zeigte⁹⁹. Noch im Sommer 1995 wurde von einem inzwischen verstorbenen Stadtrat lediglich eine Rechtsformänderung für das Krankenhaus vorgeschlagen, aber ansonsten sollte es weiterhin im Rahmen einer Stiftung selbständig bleiben.^{100, 101}

Trotzdem forderte der Oberbürgermeister Ravensburgs bereits 1991 einen Leistungsverbund mit dem Elisabethenkrankenhaus, dem sich eine Bürgerinitiative zur Erhaltung des Spitals anschloß.¹⁰² Diese Forderung wurde von den Verantwortlichen der Stadt in den nächsten Jahren immer wieder erhoben. Parallel dazu nahm die Verwaltungsspitze offiziell Kontakt zu privaten Anbietern auf. Voraussetzung war jedoch, daß die Immobilie des Krankenhauses im Besitz der Stadt bleiben sollte, um die Sanierung und die damit verbundenen Fördergelder des Landes nicht zu gefährden.

Ebenfalls wurde auf Landkreisebene mit mehreren Anbietern aus der Privatwirtschaft verhandelt. In beiden Fällen konnte es sich nach Lage der Dinge nur um einen Geschäftsbesorgungsvertrag handeln, denn es war nicht zu erwarten, daß eine private Gesellschaft Beträge in zweistelliger Millionenhöhe in die Krankenhäuser investiert und sich damit langfristig bindet, wobei die kleineren Kliniken als unwirtschaftlich galten und somit ein Gewinn unsicher war¹⁰³.

Für die Führung am Elisabethenkrankenhaus hatte sich mit der Möglichkeit des Auftretens eines privaten Anbieters im Akutbereich die Situation im Landkreis verändert. Aus Sicht der Geschäftsführung in Reute und des Verwaltungsdirektors am EK drohte damit Patientenselektion zu Lasten des freigemeinnützigen Trägers und damit eine Erhöhung des Defizits, denn ein kirchliches Krankenhaus kann aus weltanschaulichen Gründen kostenintensive Patienten nicht

⁹⁸ Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 25.04.91

⁹⁹ Der Ravensburger Oberbürgermeister versuchte diesen Eindruck immer entgegenzutreten, bspw. verbesserte er den Sprecher des VdAK, als dieser eine Überlebenschance für das städtische Spital nur *unter* dem EK sah, widersprach das Stadtoberhaupt und sagte, daß dies nur *mit* dem EK möglich sei (Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 20.06.96)

¹⁰⁰ Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 14.07.95; diese Initiative ging von einem Stadtrat aus, der sich sehr für den Erhalt des Spitals einsetzte und letztlich mit dem Tod für seine Abneigung gegenüber dem EK bezahlte, weil er anlässlich einer plötzlichen Erkrankung auf Behandlung in Weingarten bestand, die dortigen Ärzte ihn aber umgehend ins EK überwiesen, wo es dann für einen lebensrettenden Eingriff zu spät war.

¹⁰¹ In der Diskussion um eine Zusammenarbeit mit dem EK schwangen unterschwellig auch religiöse Motive mit, die aber nur schwer überprüfbar sind.; Vgl. Interview-Nr. 102 und Nr. 104

¹⁰² Vgl. bereits im Januar hatte die Bürgerinitiative eine Zusammenarbeit gefordert, Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 29.01.91; Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 09.03.91;

¹⁰³ Interview Nr. 104, 147

ablehnen.¹⁰⁴ Hierbei spielte die Erfahrung eines freigemeinnützigen Trägers in Stuttgart eine Rolle, der die schlechteren Patientenrisiken übernehmen mußte, nachdem eine private Gesellschaft in die Führung einer städtischen Klinik einstieg.¹⁰⁵ In der Geschäftsführung wurde über die neue Lage nachgedacht.

Allgemein wurde nun über Lösungsmöglichkeiten mit oder ohne Partner nachgedacht. Der nächste Abschnitt versucht daher darzustellen, wie Individuen versuchen, mit einer komplexen Welt rational umzugehen.

5.2 Handhabung begrenzter Rationalität - Grundsätzliche Überlegungen

5.2.1 Begrenzte Rationalität und Frames

Bis jetzt wurde gezeigt, daß die Umweltbedingungen die Bereitschaft zur Zusammenarbeit aus Organisationssicht erhöhen können. Jedoch ist dies abhängig von den Akteuren in den Organisationen und ihrer Wahrnehmung der Probleme. Es erscheint zunächst notwendig zu überlegen, wie Akteure ihre Probleme wahrnehmen und aus der Vielzahl der Alternativen eine Lösung auswählen.

Die ökonomischen Theorien gehen meist von einem umfassend informierten Individuum aus (s. Kapitel 4.1), daß seine Präferenzen kennt, die stabil und transitiv sind. Das Individuum wählt bei gegebenem Einsatz an Ressourcen und bei vorgegebenen Restriktionen unter den möglichen Alternativen, die ihm alle bekannt sind, diejenige aus, die den größtmöglichen Nutzen erwarten läßt¹⁰⁶. Diese Vorstellung entspricht weitgehend dem „homo oeconomicus“, allerdings geht dieses Modell von sicheren Erwartungen aus und berücksichtigt nicht die Interdependenz von Handlungen unterschiedlichster Akteure, deren Ergebnis nur schwer vorhersehbar ist, so daß die Folgen unsicher sind (Esser 1996, S. 237). Granovetter sieht im homo oeconomicus einen untersozialisierten beziehungslosen Akteur, und stellt ihm einen Akteur gegenüber, der in ein Geflecht von Beziehungen eingebettet ist, denn die individuelle Nutzenmaximierung würde in eine Hobbesianische Situation führen; jeder gegen jeden (Granovetter 1985, S. 489).

¹⁰⁴ Dies wurde im Interview-Nr. 1030 so ausdrücklich betont.

¹⁰⁵ Interview-Nr. 93, 147 und 1030; FN 21, S. 11

¹⁰⁶ Vgl. Olson 1992; Wiesenthal, Helmut 1987

Neben rein rationalen Kosten-Nutzen-Kalkülen müssen auch andere Motive und andere Eigenschaften der Akteure handlungsleitend gewesen sein.¹⁰⁷ Im folgenden dient daher als Ausgangspunkt zur Erklärung menschlichen Handelns das Modell des „Restricted, Resourceful, Evaluating, Expecting, Maximizing Man“ (RREEMM) (Esser 1996, S. 237f.).¹⁰⁸

Menschen sind keineswegs allumfassend informiert. Die Informationen, die ihnen zugänglich sind, werden nach und nach, das heißt sequentiell und nicht synoptisch abgearbeitet. Damit wird Rationalität relativ und ist abhängig von der Situation und der Informationsverarbeitungskapazität des Akteurs. Rationalität im hier verstandenen Sinne ist daher begrenzt (bounded rationality) (March, Simon 1958, S. 136ff.)¹⁰⁹. Menschen handeln intentional¹¹⁰. Präferenzen sind nicht konsistent, häufig nicht bewußt und über längere Zeiträume hinweg wenig stabil¹¹¹; so daß sich ihre Reihenfolge ändern kann. Wenn das Individuum nicht alles wissen kann und werden Folgen von Entscheidungen nur ungefähr vorhersehbar, dann sind Situationen interpretierbar und werden mehrdeutig (ambiguity). Eine der Situation optimal angepaßte Handlung ist also eher zufällig und recht unwahrscheinlich (March, Simon 1958, S. 141.), deswegen wird ein Akteur mit einer „satisfactory alternative“ (ebd., S. 140)¹¹² zufrieden sein.

Rationalität „ohne kognitive, affektive, strukturelle Beschränkungen gibt es nicht: Sie hat stets einen kulturellen Bezug, ist immer kontextgebunden und kontingent.“ (Friedberg 1995, S. 217). Bis letztlich eine Entscheidung getroffen wurde, berücksichtigt der Akteur viele Variablen, teils bewußt (zum Beispiel Normen), teilweise unbewußt (soziale Codes), die ihn veranlassen eine bestimmte Alternative zu wählen.

Um eine befriedigende Lösung zu finden, orientiert sich das Individuum an Programmen oder Kriterien. Dies können extern aufgezwungene Restriktionen, normative Vorgaben und/oder knappe Ressourcen sein, das heißt es wird eine Verbesserung nur in soweit ange

¹⁰⁷ Eine ausführliche Kritik zum Modell des „homo oeconomicus“ und zur angenommenen Rationalität von Handlungen: vgl. March/Simon 1958, S. 137ff.; Esser 1996, S. 236ff.; Boudon 1980, S. 198ff.; Friedberg 1995, S. 197ff.

¹⁰⁸ Vgl. Esser 1996, S. 237 mit weiteren Nachweisen. Esser sieht im Modell des RREEMM eine gelungene Zusammenführung des „homo soziologicus“ und des „homo economicus“. Der RREEMM-Mensch ist nutzenmaximierend und orientiert sich dabei aber an Normen und Werten und reflektiert ständig seine Situation, ist also lernfähig.

¹⁰⁹ Vgl. zu unterschiedlichen Konzepten der Rationalität March 1989, S. 271ff.

¹¹⁰ Vgl. Elias 1977, S. 131

¹¹¹ Vgl. Crozier, Friedberg 1993, S. 193f.; March 1989, S. 278 und S. 280

¹¹² „An alternative is *satisfactory* if: (1) there exists a set of criteria that describes minimally satisfactory alternatives, and (2) the alternative in question meets or exceeds all these criteria“. (March, Simon 1958, S. 140; Hervorhebung im Original).

strebt, daß die zusätzlichen marginalen Kosten nicht den Nutzengewinn übersteigen (March, Simon 1958, S. 141).

Programme und Kriterien dienen als Filter für Informationen, so daß das Individuum nur die als relevant eingestuften Daten erreichen. Unwichtiges wird erst gar nicht wahrgenommen und der Akteur von der Verarbeitung entlastet. Die Auswahl beeinflußt die Wahrnehmung seiner Umwelt und damit auch die Reaktionen auf Ereignisse.¹¹³ Es werden also internalisierte Programme zur Verarbeitung der aufgenommenen Informationen in Gang gesetzt, die das Individuum zu einer befriedigenden Lösung kommen lassen. Esser unterscheidet drei Schritte:

1. Kognition der Situation: Situationsumstände, Erinnerung, Alltagstheorien;
2. Evaluation: Bewertung von Alternativen unter Berücksichtigung eigener Präferenzen und subjektiver Erfolgswahrscheinlichkeiten;
3. Selektion: Auswahl unter den Alternativen nach einer bestimmten Regel (Esser 1990, S. 232f.).

Essers Schritte lassen sich auf Simon und March zurückführen, die 1958 fünf Möglichkeiten der Reduzierung von begrenzter Rationalität aufzählten: (1) Optimierung wird durch zufriedenstellende Ergebnisse ersetzt; (2) Alternativen werden sequentiell durch Suchprozesse entwickelt; (3) Handlungsweisen werden von der Organisation und dem Individuum für wiederkehrende Situationen entwickelt und dienen als Alternativen; (4) jedes Handlungsprogramm ist auf wenige Situationen beschränkt und hat nur begrenzte Folgen und (5) jedes Handlungsprogramm ist nur lose mit anderen gekoppelt (Simon, March 1958, S. 169).

Ein Mittel zur Reduzierung begrenzter Rationalität waren externe Gutachten. Dadurch versuchten die betrachteten Organisationen Gewißheit über ihre Umwelt zu gewinnen. Sowohl der Landkreis, die Stadt Ravensburg als auch die Franziskanerinnen hatten Gutachten in Auftrag gegeben, die ihnen Informationen über mögliche zukünftige Entwicklungen und den zum Zeitpunkt des Gutachtens bestehenden Strukturen liefern sollten. Sie dienten damit einer systematischen Entlastung der Organisation und der Individuen und brachten Sinn in eine durch das GSG von 1993 als turbulent empfundene Umwelt, so daß die Akteure gegenüber möglichen Ereignissen nur noch eine begrenzte Auswahl an Alternativen hatten (Schließung, Verkleinerung, Zusammenlegung und Bündelung von Leistungen), die auf wenige Situationen zuge

¹¹³ Vgl. Berger, Luckmann 1971, S. 23f.

schnitten waren und somit leitend für die Überlegungen der Verantwortlichen werden konnten.¹¹⁴

Sowohl für die organisatorische als auch die individuelle Ebene gilt, daß bei rationaler Beschränktheit und trotzdem strukturiertem Handeln eine Orientierung an Zielen gegeben sein muß, selbst dann, wenn man sich erst später darüber im klaren ist. Ist die Welt aber komplex und das Individuum nicht in der Lage alle Möglichkeiten zu erfassen, so bedarf es ebenfalls einer Vereinfachung der Ziele, das heißt sie werden nacheinander abgearbeitet und Zielhierarchien gebildet. Dem dienen unter anderem Frames. Durch Frames erfolgt eine „Vereinfachung der Zielstruktur von Situationen [...] durch die Angabe *eines* die Situation übergreifenden Ziels. Mit einem solchen ‘Framing’ von Situationen ist die Strukturierung sozialer Handlungsbereiche in sehr unterschiedliche ‘Logiken’, unterschiedlichen ‘Sinn’ und unterschiedliche ‘Codierungen’ verbunden“ (Esser 1990, S. 238; Hervorhebung im Original).

Als Framing und damit als Reduzierung der Komplexität kann der Beschluß des Kreistages betrachtet werden, der am 16. März 1995 den Willen zum Erhalt aller vier Standorte zum Ausdruck brachte. Einer Neustrukturierung verschlossen sich die Kreisräte nicht, wollten aber durch dieses übergeordnete Ziel in einer bestimmten Situation, nämlich turbulent und nur schwer die zukünftigen Entwicklungen überschauend, eine Standortsicherung erreichen. Über neue Strukturen konnte man anschließend diskutieren, was dann auch geschah.

Auf Seiten der Stadt Ravensburg diente ebenfalls der Stadtratsbeschluß vom 25. April 1994 grundsätzlich der Erhaltung des städtischen Krankenhauses. Dies war das übergeordnete Ziel, an dem sich alle anderen ausrichten hatten. Mit den jeweiligen Entscheidungen wurden mögliche Alternativen (zum Beispiel die Schließung) ausgeschlossen. Damit wurde ein Zielkorridor geschaffen, in dem noch verwirrend viele weitere Lösungsansätze denkbar waren, weshalb in den jeweiligen Sitzungen auch Unterziele verabschiedet wurden. Der Gemeinderat legte die Struktur des Hauses fest. Im Kreistag wurde die Verwaltung beauftragt mit der Planung für die Sanierung der Kreiskrankenhäuser in Bad Waldsee und Leutkirch zu beginnen. Soweit vorerst die organisatorische Ebene des Kreistages und Gemeinderates.

Hierzu muß die Organisation zu anderen Organisationen in Kontakt treten und Informationen aus der Umwelt gewinnen. Dazu bedarf es Verfahren, die allgemein die Informationsge-

¹¹⁴ Vgl. Anlage zu TOP 4/8 der Kreistagssitzung vom 23.01.96, Auswirkungen erhöhter Qualitätsstandards auf die geburtshilflichen Belegabteilungen in Bad Waldsee, Leutkirch und Isny sowie Analge „Neukonzeption der vier Kreiskrankenhäuser des Landkreises Ravensburg, hier S. 6ff.

winnung beschreiben und wie sie verarbeitet werden sollen. Diese Regeln dienen der Anleitung der Individuen und dem organisatorischen Lernen sowie der fortlaufenden Neuinterpretation der Umweltereignisse.¹¹⁵ Daher waren die von den Organisationen eingerichteten Stellen zur Informationsgewinnung, eine weitere Möglichkeit der Unsicherheitsreduzierung für die agierenden Akteure. Für den Landkreis und die Stadt können hier insbesondere die eingerichteten Krankenhausdezernate erwähnt werden. Sie waren die Schnittstellen zu einer Umwelt, die durch Krankenkassen und das Land (Sozialministerium) gekennzeichnet war. In diesen Subbereichen der Organisationen konnten ebenfalls Daten gewonnen und nach vorher definierten Kriterien systematisch verarbeitet werden. Somit wurde es möglich, auf Ereignisse sinnvoll zu reagieren.

5.2.2 Sozialisation, Rollen, Habitus

Eine individuelle Möglichkeit mit begrenzter Rationalität umzugehen erfolgt durch die Sozialisation, Entwicklung von Rollen bzw. Habitus.

Der Mensch wird im Laufe seiner Entwicklung durch die verschiedensten Einflüsse geprägt: Das Elternhaus, die Schule, den Beruf und den kulturellen Kontext (zum Beispiel Religion, Werte, Normen). Er wird sozialisiert. Sozialisation¹¹⁶ ist ein Prozeß, der „[...] die Integration als einen einseitigen Anpassungsvorgang [beschreibt; K.A.] dergestalt, daß das Individuum im Laufe der Zeit sein personales System von Werten, Einstellungen, Überzeugungen und Handlungsstrukturen dem Handlungsmuster der Organisation angleicht, das heißt dieses lernend adoptiert und internalisiert [...] [aber, K.A.] es handelt sich nur um das Lernen und Internalisieren organisationsspezifischer Rollen“ (Türk 1978, S. 129). Türk kommt damit einer funktionalistischen Betrachtung sehr nahe.

Die Übernahme von Werten und Normen ermöglicht Ereignisse zu „bewerten“ und in eine Reihenfolge zu bringen. Für die Individuen ergibt sich die Möglichkeit des „verstehens“ aufeinanderfolgender Handlungen in Interaktion mit anderen, die ebenfalls diese Werte teilen, was wiederum auf den kulturellen Kontext verweist, in dem ein Geschehen stattfindet. Die handelnden Individuen im Entscheidungsverlauf teilten konservative, christliche Werte, die ein gegenseitiges Verstehen mutmaßlich erleichterten.

¹¹⁵ Vgl. Cyert, March 1995, S. 117ff., die dies auch als „adaptive rational“ bezeichnen; und Simon, March 1958, S. 169

¹¹⁶ Vgl. Chanlat, Jean-François 1994, S. 183f.

Akteure werden sinnvoll, weil ihnen Handlungsweisen zugeschrieben werden können, die von ihnen erwartet werden, sie füllen also eine Rolle¹¹⁷ aus. Rollen können segmentär sein, das heißt ein Bündel von verschiedenen Rollen aufweisen oder ambivalent (Boudon 1980, S. 67). Die erlaubt Rollenvorstellung erlaubt es, Interaktionssysteme zu beschreiben, weil durch die Rolle den Individuen Funktionen zugewiesen werden, auf die dessen Handlungen reduziert werden. Ein Mensch kann mehrere Rollen übernehmen, die auch Ursache für Konflikte sein können. Man spricht dann von einem Rollenset¹¹⁸. Intra- und Interrollenkonflikte sind möglich.

Eine streng funktionalistische Sichtweise der Rollen beraubt jedoch implizit dem Individuum seine Entscheidungsfreiheit und betrachtet die Gesellschaft als Organisation aus Handlungen. Sie schafft somit eine organische Totalität, weil Handlungen nur noch Interpretationen von Rollen sind und jede Interaktion ein Rollensystem konstituiert, das die Grenzen der Organisation auflöst (Boudon 1980, S. 75). Lenk kritisiert Parsons Ansatz, der an einem Mangel an „wissenschaftlicher psychologischer wie biologischer und verhaltenswissenschaftlicher Hypothesen, die nicht durch vulgärpsychologische oder ‘naivtheoretische’ Behauptungen über Bedürfnispositionen ersetzt werden können“ (Lenk 1977, S. 161), leide. Die Strukturen einer Organisation und damit ihre funktionelle Differenzierung lassen sich zwar mit dem Rollenverständnis vereinbaren, das heißt der Einzelne handelt in einem Rollengeflecht und jede Handlung nimmt Bezug auf eine vom Handelnden unterstellte Struktur (Lenk 1977, S. 163). Struktur und Handlung sind jedoch nicht mehr voneinander zu trennen und es spielen mithin auch persönliche Deutungsmuster eine Rolle (Lenk 1977, S. 163).

Das Konzept der Rolle allein reicht somit zur Erklärung menschlicher Handlungen in einer zunehmend komplexeren und interdependenten Welt nicht aus.¹¹⁹ Handlungen sind häufig nicht nur durch Erwartungen anderer intendiert, sondern werden auch durch Stimuli der Umwelt automatisch ausgelöst. Dies wird als Habitus bezeichnet, den Esser folgendermaßen definiert: „Habits sind Bündel sequentieller Reaktionen, die auf bestimmte Umgebungsreize hin ausgelöst werden“ (Esser 1990, S. 234). Sie dienen ebenfalls der Unsicherheitsbewältigung und der Entlastung des Individuums in einer turbulenten Umwelt, denn gerade weil die Handlungen automatisiert sind, muß nicht immer wieder erneut die Situation analysiert und bewertet werden. Das Individuum kann schneller reagieren und Einschränkungen durch die „bounded rationality“ besser bewältigen.

¹¹⁷ Vgl. Türk 1978, S. 145f.

¹¹⁸ Vgl. Scott 1986, S. 238

¹¹⁹ Vgl. Esser 1990, S. 245

Weitergehend in seiner Definition ist das von Bourdieu entwickelte Konzept des Habitus: „Der Habitus bewirkt, daß die Gesamtheit der Praxisformen eines Akteurs (oder einer Gruppe von aus ähnlichen Soziallagen hervorgegangenen Akteuren) als Produkt der Anwendung identischer (oder wechselseitig austauschbarer) Schemata zugleich systematischen Charakter tragen und systematisch unterschieden sind von den konstitutiven Praxisformen eines anderen Lebensstils“ (Bourdieu 1987, S. 278). Auf diese Weise werden Lebensstile der Individuen erfaßt, die innerhalb einer sozialen Klasse auch ein ganz bestimmtes Weltbild besitzen und vor diesem Hintergrund ihre Entscheidungen treffen und Informationen bewerten. Die rein funktionalistische Sichtweise der Rolle läßt sich erweitern und abweichendes Rollenverhalten somit erklären. Eine Typologisierung der Individuen läßt sich in der Differenz zu anderen sozialen Lagen gewinnen (Bourdieu 1987, S. 279f.).

Somit gewinnen Akteure Identität nicht nur durch die ihnen zugeschriebenen Rollen, sondern werden vielschichtiger und facettenreicher, indem nun Weltanschauungen, Ausbildung, sozialer Status usw. in ihre Überlegungen und Handlungen einfließen. Dies geschieht über den bereits oben beschriebenen Prozeß der Sozialisation, der doppelt wirkt. Die Welt wird nicht nur durch eine vorgegebene Perspektive wahrgenommen, sondern auch auf die Weise, wie sie das Individuum durch seine Primärsozialisation erfahren hat (Berger, Luckmann 1971, S. 141). Es werden nicht nur Rollen und Einstellungen anderer übernommen, sondern auch „im selben Vorgang auch ihre Welt“ (Berger, Luckmann 1971, S. 142).

Die hier betrachteten Eigenschaften der Akteure wurden durch Sekundärsozialisation¹²⁰ im Sinne Berger und Luckmanns erworben, das heißt es geht um ihre berufliche Stellung, ihren Werdegang und Ausbildung. Wenn dies auch prägend sein mag, trotzdem bleibt das Individuum handlungsfähig und trifft seine Wahl nach eigenen Überlegungen¹²¹.

Zu den angesprochenen Eigenschaften, die handlungsleitend sein können, müssen auch Ideologien und Weltbilder gerechnet werden, die ebenfalls der Reduzierung einer bounded rationality dienen. Seibel sieht in Ideologien eine Möglichkeit zur Herabsetzung der Lernfähig-

¹²⁰ „Sekundäre Sozialisation ist die Internalisierung institutionaler oder in Institutionalisierung gründender ‘Subwelten’. Ihre Reichweite und ihre Eigenart werden daher von der Art und dem Grade der Differenziertheit der Arbeitsteiligkeit und der entsprechenden gesellschaftlichen Verteilung von Wissen bestimmt“ (Berger, Luckmann 1971, S. 148, Hervorhebung im Original).

¹²¹ Insofern kann man den Akteur auch als „kognitiven homo sociologicus“ bezeichnen, so wie es auch Friedberg (1995 S. 202) unter Bezugnahme auf Padioleau (1986) tut: „Er bezeichnet hiermit einen Akteur, der an der Erarbeitung der Definitionen seiner selbst und anderer mitwirkt, sowie an der Erfindung von Verhaltensweisen, Haltungen, Ressourcen und Zielen und der, obwohl durch seine Vergangenheit bestimmt, niemals auf diese reduziert werden kann.“ (Friedberg 1995, S. 202); vgl. dazu auch FN 7, ebd. S. 202.

keit (Seibel 1994, S. 216), die hier so verstanden wird, daß das Individuum vom Begründungszwang seiner Handlungen enthoben wird und Ereignisse Sinn gewinnen, indem sie in Weltbilder eingeordnet werden können. Dadurch kann die Welt strukturiert werden.

5.3 Sozialmanager handeln

Nachdem theoretisch ein Bild der handelnden Individuen gezeichnet wurde, werden nun reale Akteure dargestellt, die für den Entscheidungsverlauf wichtig wurden.

Der Geschäftsführer der Franziskanerinnen war seit März 1994. Der neue Geschäftsführer der Franziskanerinnen war davor bereits beratend für das Kloster tätig. Kennzeichnend für ihn ist neben einer Lehrtätigkeit an einer katholischen Hochschule, eine Beratertätigkeit im Bereich der Sozialwirtschaft durch eine eigene Unternehmungsberatung. Einen Namen machte er sich als Vertreter einer marktwirtschaftlich orientierten Linie und damit verbunden einer Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Ideen für mehr Wettbewerb.

Ein halbes Jahr später, im Oktober 1994, trat der neue Verwaltungsdirektor des Elisabethenkrankenhauses seinen Dienst an. Auch er kann auf Erfahrungen in der freien Wirtschaft zurückgreifen. Nach einer Lehre und einem Studium, war er zunächst in einem Querschnittsdezernat für das Krankenhauswesen in einer Kommune tätig. Danach wechselte er zur GTZ und war mitverantwortlich für den Aufbau von Krankenhäusern im Ausland. Nach ein paar Jahren kehrte er in den Schoß der Kommune zurück, ging aber bald als Verwaltungsleiter an ein Krankenhaus eines freigemeinnützigen Trägers, bevor er den Posten eines Verwaltungsdirektors am Elisabethenkrankenhaus übernahm.

Beide Akteure zeichnet aus, daß sie marktwirtschaftliche Ideen überzeugend vertreten und diese auch in ihren Bereichen umsetzen wollen. Dabei können sie auf eine langjährige Erfahrung in der Sozial- bzw. Krankenhauswirtschaft zurückblicken. Ebenfalls trifft auf beide zu, daß sie völlig unbelastet von politischen Diskussionen auf die krankenhauspolitische Bühne Oberschwabens traten, als die Krankenhausträger - jeder für sich - über Neustrukturierungen nachzudenken begannen. Sowohl der Geschäftsführer als auch der Verwaltungsleiter konnten in diesem Umfeld ihre Ideen entwickeln.

Zur Klassifizierung dieses Managertypen kann man auf Seibel (1994) zurückgreifen. Seibel hat für den freigemeinnützigen Bereich eine Klassifizierung der Akteure vorgenommen. Er

unterscheidet zwischen Sozialmanager, schlauem Fuchs und grauem Löwen.¹²² Ohne auf die beiden letzteren näher eingehen zu wollen, so läßt sich doch sagen, daß ihrem Selbstverständnis nach die Vertreter des Klosters eher zu den Sozialmanagern zu rechnen sind. Der von Seibel so charakterisierte Akteur „akzeptiert ‘Vertrauen’ und ‘Macht’ als legitime und für die Umsetzung der Organisationszwecke funktionale Ergänzungen der betriebswirtschaftlichen Rationalität, bezieht sein Selbstbewußtsein jedoch primär aus seiner fachlichen Leistung als ‘Manager’“ (Seibel 1994, S. 107; Hervorhebung im Original). Eine weitere Parallele läßt sich zu dem von Seibel beschriebenen AWO-Geschäftsführer finden, der eine in Finanznot geratene Bezirksstelle durch Reformen wieder auf Kurs brachte (Seibel 1994, S. 111ff.). Beide Führungspersonen traten ihr Amt an, als die Franziskanerinnen an eine Umstrukturierung ihrer Wirtschafts- und Sozialbetriebe dachten. Es erschienen in der Krankenhauslandschaft Oberschwabens im Bereich der Akutkrankenhäuser mithin dynamische Manager mit eigenen Vorstellungen.¹²³

5.4 Signale der Gesprächsbereitschaft und ein Anstoß von außen

Die Kooperationsbereitschaft beziehungsweise die Gesprächsbereitschaft anderer Krankenhausträger wurde in Folge der Überlegungen der kommunaler Träger mit privaten Anbietern zu verhandeln von der Führung der Franziskanerinnen gesucht. In einem Interview mit der Schwäbischen Zeitung machte der Verwaltungsleiter des EK den Vorschlag einer engen Kooperation aller Anbieter im Landkreis Ravensburg, denn es handle sich um einen Markt und er wolle hierzu eine Konzeption entwerfen.¹²⁴ Zu diesem Zeitpunkt fanden Gespräche zwischen den Trägern von Rehabilitationseinrichtungen und dem Kloster Reute über eine Zusammenarbeit statt, die aber im Herbst '95 ergebnislos abgebrochen wurden.¹²⁵ In einer Sitzung mit dem Vorstand des Kloster Reute wurde im Oktober beschlossen, auf die Träger von Akutkrankenhäusern zuzugehen.¹²⁶ Es wurde Kontakt mit der Stadt Ravensburg aufgenommen und ein konkretes Angebot für ein gemeinsames Betreibermodell unterbreitet.¹²⁷ Zu diesem Schritt

¹²² Der graue Löwe ist in der Organisation aufgewachsen und verfügt über die Ressource Vertrauen, wodurch fehlendes Können kompensiert wird; der schlaue Fuchs greift dagegen auf Macht als Ressource zurück und nutzt Beziehungen zu anderen Entscheidungsträgern im Umfeld der Organisation (Seibel 1994, S. 105ff).

¹²³ Diese Einschätzung wurde in mehreren Gesprächen geäußert (Interview-Nr. 104; Nr. 147, Bürgerinitiativen); in denen sogar der Begriff „Sozialmanager“ fiel.

¹²⁴ Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 17. Juni 1995

¹²⁵ Interview-Nr. 93

¹²⁶ Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 26.08.95 und 16.12.95; Interview-Nr. 93, Nr. 1030; in einem Gespräch mit dem Vorstand des Kloster Reute mit dem Geschäftsführer und dem Verwaltungsdirektor im Oktober 1995 wurde ein Angebot an die anderen Träger entwickelt.

¹²⁷ Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 16.12.95, darin wurde Bezug genommen auf einen Brief der Generalvikarin und der Generaloberin, in dem die Franziskanerinnen die Übernahme des städ-

ermutigt wurden die Ordensschwwestern vermutlich auch durch eine Äußerung des Geschäftsführers der größten Krankenkasse in Ravensburg, der auf einer Podiumsdiskussion eine Konferenz aller Krankenhausträger forderte.¹²⁸

Der Geschäftsführer dieser Krankenkasse kam erst nach der Fusion der AOK Wangen und der AOK Ravensburg 1994 zur AOK Allgäu-Oberschwaben nach Ravensburg und daher ebenfalls relativ neu in der Krankenhauslandschaft Oberschwabens. Er unterbreitete der Öffentlichkeit den Gedanken von vernetzten Strukturen und damit den Erhalt der dezentralen Standorte im Landkreis. Seither gilt er als einer der Väter der Oberschwaben-Klinik. Unbestritten ist, daß er einen Anstoß gegeben hat, den die Träger bereitwillig aufgenommen haben. Der Geschäftsführer kann somit als „political entrepreneur“ bezeichnet werden. Seine relativ unabhängige Stellung erlaubte es, zunächst ohne politische Rücksichten deutlich zu machen, daß kein Krankenhaus im Landkreis an einem Bettenabbau vorbeikomme. Mit der Aufforderung zu Gesprächen initiierte er Verhandlungen und kooperatives Verhalten.¹²⁹ Nach eigenen Aussagen wurde in den weiteren Gesprächsrunden von ihm nicht nur moderierend, sondern gezielt steuernd eingegriffen.¹³⁰ Diese Einschätzung wird von anderen Akteuren bestätigt und ihm somit eine führende Rolle zugeschrieben. Insgesamt kann man den Geschäftsführer auch als Sozialmanager bezeichnen, obwohl er seine berufliche Sozialisation von der Ausbildung bis hin zu seiner derzeitigen Position in der gleichen Krankenkasse erlebte. Zugute kam ihm vermutlich eine langjährige Tätigkeit beim Landesverband der AOK Baden-Württemberg. Damit trat ein weiterer Akteur unbelastet von den bis dato abgelaufenen Diskussionen in den Kreis der Handelnden ein.

Es hatte nun also einen Anstoß von außen gegeben, aber auf der selben Podiumsdiskussion hatte auch der Geschäftsführer der Franziskanerinnen den Wunsch zu einer engeren Kooperation mit dem städtischen Krankenhaus geäußert. Es zeigte sich, daß sich zwei Akteure mit ähnlichen Lösungskonzepten und ähnlicher Problemwahrnehmung trafen, wobei der Kassenvertreter sich öffentlich zu einer weitergehenden Kooperation aller Träger im Kreis äußerte.

Die Gemeinderatsfraktionen der CDU und der Grünen/Bündnis'90 in Ravensburg machten Mitte Juli und Anfang August ebenfalls Vorschläge für eine Kooperation verschiedener Träger, dabei wurde jedoch nur an einen Verbund aus den Krankenhäusern im Schussental bzw. städt. Krankenhaus Ravensburg, Elisabethenkrankenhaus und Zentrum für Psychiatrie Weissenau

tischen Spitals als geriatrische Reha-Klinik und Praxisklinik sowie der Patienten der Inneren Abteilung des Krankenhauses durch das EK anboten.

¹²⁸ Vgl. Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 24.08.95

¹²⁹ Vgl. Benz 1994, S. 108

¹³⁰ Interview-Nr. 219

gedacht.¹³¹ Die Kliniken des Kreises wurden in diese Vorstellungen offenbar ausgeklammert. Der Ravensburger Oberbürgermeister hatte bereits kurz nach dem Interview des Verwaltungsdirektors des Elisabethenkrankenhauses wiederholt einen Verbund gefordert. Zwei Tage nach der Podiumsdiskussion erklärte der 1. Bürgermeister Ravensburgs, daß Gespräche mit drei privaten Trägern laufen würden und eine Kooperation mit Reute geprüft würde, wobei sogar eine Übergabe denkbar schien.¹³²

Diese Entwicklung wurde im Landratsamt aufmerksam verfolgt. Der Landrat ergriff die Initiative und lud zu einer allgemeinen Krankenhausträgerkonferenz ein¹³³. Aber bereits im Vorfeld dieser Konferenz kam es zu zahlreichen Gesprächen, häufig zwischen „Tür und Angel“¹³⁴, auf rein informeller Basis. Ende November/Anfang Dezember trafen sich bereits die Träger der Akutkrankenhäuser zu einem - ebenfalls informellen - Gespräch, bei dem über das Ob einer Kooperation nachgedacht wurde.

Aufgrund der schwierigen Lage der Kreiskrankenhäuser, dachte man im Krankenhausdezernat des Landkreises schon längere Zeit über eine Neustrukturierung nach. Allerdings hatte man immer auch Angst davor, daß sich die Franziskanerinnen aus dem Elisabethenkrankenhaus zurückziehen könnten und der Landkreis das Haus übernehmen müßte aufgrund des Sicherstellungsauftrages nach § 3 LHKG BW.

Die Bereitschaft zu Gesprächen mit den anderen Trägern wurde vom Führungsduo des Klosters durch selbst zusammengestellte Graphiken und Statistiken erhöht. Nach den Berechnungen des Verwaltungsdirektors gab es zum damaligen Zeitpunkt im Landkreis Ravensburg 1512 Betten, davon standen 326 leer. Aufgrund neuer Behandlungsmethoden rechnete die AOK mit einem weiteren Rückgang, so daß zukünftig nur noch 1028 Betten belegt wären. Wird nun die zu erwartende Belegung und das dafür notwendige Abbaupotential verglichen, dann wurde in einer Graphik recht anschaulich gezeigt, daß von derzeit noch sieben existierenden zwei allgemeine Krankenhäuser, das Kreiskrankenhaus Wangen und das St.-Elisabethenkrankenhaus, überleben würden (s. Anlagen 4a und 4b). Es wurde somit den anderen Trägern, auch in den Gremien, plastisch vor Augen geführt, wohin sich die Krankenhauslandschaft entwickeln könnte.

¹³¹ Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 17.07. und 05.08.1995

¹³² Vgl. Schwäbische Zeitung vom (Ravensburg/Weingarten) vom 26.08.95

¹³³ Vgl. Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 21.10.95

¹³⁴ Interview-Nr. 2214; zu dem folgenden Gespräch der Träger gibt es leider keine dem Autor zugänglichen Unterlagen.

Betont wurde, daß ein in den regionalen Markt drängender privater Anbieter Patientenselektion betreiben würde und dann die Franziskanerinnen ihr Haus aufgeben müßten, weil ein wahrscheinlich sich entwickelndes Defizit, nicht länger zu tragen wäre.¹³⁵ Nachdem vor allem dem Landrat die von ihm ohnehin gefürchtete Situation derart dramatisch vor Augen geführt wurde, zeigte die Führungsscrew aus Reute und vom EK eine Lösungsmöglichkeit auf. Diese bestand darin, ebenfalls Patientenselektion zu betreiben, aber in einem Verbund, das heißt durch gezielte Lenkung der Patientenströme und somit Spezialisierung der Kreiskrankenhäuser und dem ohnehin als geriatrische Rehabilitationsklinik geplanten Heilig-Geist-Spital.¹³⁶

Im Landkreis Ravensburg sollten die Leistungsanbieter vernetzt werden (s. Anlage 3). Die bisher getrennt arbeitenden Sektoren der Gesundheitsversorgung, Akutversorgung, Rehabilitation und niedergelassener Bereich, sollten zusammengefaßt werden. Es sollte eine horizontale und vertikale Integration erreicht werden. Innerhalb dieses Verbundes würden die Kapazitäten besser und sachgerechter ausgelastet werden, das heißt eine Leistung würde durch eine den Erfordernissen entsprechende Stelle ausgeführt. Kleinere Operationen würden dementsprechend vorwiegend an Kliniken der Grundversorgung vorgenommen und nicht mehr an einem High-Tech-Krankenhaus. Dadurch erhofft man sich Kosteneinsparungen und eine Qualitätssteigerung, weil der jeweilige Leistungserbringer das „Produkt“ häufiger herstellen würde, beispielsweise eine Hüftoperation.

Durch die damit erwarteten Kosteneinsparungen infolge von Synergieeffekten (zum Beispiel durch die Zusammenlegung von Verwaltungen), konnte der Kreis darauf hoffen, seinen Zuschußbedarf zu senken und trotzdem eine dezentrale Gesundheitsversorgung erhalten zu können. Der Reiz für die Stadt Ravensburg lag darin, daß innerhalb eines Verbundes das Heilig-Geist-Spital eine gesicherte Existenz hätte und somit die vorausgegangenen und noch geplanten Investitionen sinnvoll wären. Ansonsten wäre die Stadt im Besitz eines Krankenhauses gewesen, für das erst noch eine neue Verwendung gesucht werden mußte.

Zusammengefaßt läßt sich vorerst sagen, daß, bis auf Weingarten, alle Träger von allgemeinen Akutkliniken gezwungen waren über Neustrukturierungen mit oder ohne einem Partner nachzudenken. Durch die dynamische Führungsgruppe des Klosters Reute und dem Ge-

¹³⁵ Interview-Nr. 1030

¹³⁶ Interview-Nr. 1030 und Nr. 93; dem Autor der Arbeit wurde in allen Gesprächen gesagt, daß es zwei Möglichkeiten gab: alle gegeneinander bzw. private Anbieter für den Kreis gegen das EK, wobei dies für alle sehr teuer geworden wäre; vgl. Aussagen des Geschäftsführers in der Kreistagssitzung vom 23.01.96; oder ein gemeinsamer Verbund wird gebildet.

schaftsführer einer Krankenkasse wurde eine übergreifende Gesprächsbereitschaft angestoßen, die allerdings zumindest latent zwischen den Vertretern Ravensburgs und dem Kloster bestand. Nachdem Gesprächsbereitschaft zwischen den Trägern allgemeiner Krankenhäuser festgestellt wurde, konnte in einer größeren Konferenz aller Krankenhausträger im Landkreis eine umfassendere Bereitschaft zur Zusammenarbeit abgeklärt werden. Diese Konferenz vom 18. Dezember 1995 erbrachte zwei Ergebnisse. Es gab Übereinstimmung, daß man sich fortan regelmäßig austauschen wolle. Zweitens wurde eine Lenkungsgruppe aus den Vertretern der Städte Ravensburg und Weingarten, dem Landkreis sowie dem Kloster Reute gegründet. Damit war der Anfang gemacht, um zumindest über eine Kooperation konkret zu verhandeln. Der nächste Abschnitt beleuchtet daher die Möglichkeiten einer Kooperation ganz allgemein.

5.5 Allgemeine Kooperationsmöglichkeiten

Die Zusammenarbeit von Organisationen dient der Stabilisierung von Beziehungen und einer Reduzierung der Unsicherheit. Pennings (1981), Scott (1986) und Pfeffer/Salancik (1978) nennen mehrere Instrumente, die Umweltbeziehungen stabilisieren sollen. In der folgenden Tabelle (Tabelle 9) werden diese aufgeführt. Man kann grob zwischen inter¹³⁷- und intraorganisatorischen Instrumenten unterscheiden, wobei die Grenzen fließend sind.

Tabelle 9: Möglichkeiten der Kooperation

intraorganisatorisch	interorganisatorisch
<ul style="list-style-type: none"> • Produktdifferenzierung • Innovation • Lizenzen und Imitation • Kodierung • Vorrats- und Lagerhaltung Nivellierung (Ausgleich von Schwankungen im Input und Output) • Wachstum 	<ul style="list-style-type: none"> • Norm <ul style="list-style-type: none"> – Regulation, staatlicher Eingriff – Anti-trust-Gesetze – normative Vorgaben zur Zusammenarbeit i. S. einer Verpflichtung • Assoziationen <ul style="list-style-type: none"> – Kartelle – Handelsvereinigungen – Koalitionen • Gemeinschaftsunternehmen <ul style="list-style-type: none"> – Joint venture – Übernahmen <ul style="list-style-type: none"> - horizontal - vertikal - diversifizierend – Fusionen (horizontal, vertikal, diversifizierend) • Kooptation <ul style="list-style-type: none"> – gemeinsame Gremien – Overlapping Membership • Verhandlungen <ul style="list-style-type: none"> – [organizational intelligence i. S. von Informationsfluß, auch von Wirtschaftsspionage – Personalfluktuatun]

Quelle: eigene Zsstellung nach Scott 1986, S. 260ff., Pennings 1981, S. 442ff. und Pfeffer/Salancik 1978, S. 149ff.

¹³⁷ Die Untersuchung von Interaktionen betrifft sowohl politische als auch ökonomische Prozesse. Verschiedene wissenschaftliche Disziplinen beschäftigen sich mit diesen Prozessen, aber der Austausch zwischen Organisationen überschreitet die einschlägigen Diskussionen, so daß dies nach Ahrne noch nicht adäquat theoretisch erfaßt wurde (Ahrne 1994, S. 116).

5.5.1 Intraorganisatorische Kooperation

Die Organisation ist nach außen handlungsfähig, wenn sie durch entsprechende Gestaltung der Prozeßabläufe im Inneren versucht, sich gegen externe Störungen abzusichern. Verschiedene Strategien stehen ihr zur Verfügung: Kodierung (Klassifizierung des Inputs), Vorrats- und Lagerhaltung, Nivellierung (Ausgleich von Schwankungen im Input und Output), Vorausplanung und Wachstum (Scott 1986, S. 260ff.).

Ein Krankenhaus kann diese Strategien nur bedingt anwenden. Individuen werden regelmäßig nicht geplant krank, das heißt der „Input“¹³⁸ unterliegt Schwankungen, die jedoch zumindest in den schneidenden Fächern durch Planung der Operationen in Grenzen ausgeglichen werden können. Der „Input“ muß zunächst begutachtet und erstversorgt werden. Danach wird entschieden, ob die aufnehmende Klinik den Patienten weiter behandeln kann, oder eine Verlegung in eine Spezialklinik notwendig ist. Also auch hier entstehen schon hohe, von der Organisation zu tragende, Kosten.¹³⁹ Trotzdem bleibt das Problem, daß Krankenhausleistungen Dienstleistungen am Patienten sind und der Patient zur Erbringung der Leistung vor Ort sein muß; es gilt das uno-actu-Prinzip. Dienstleistungen sind nicht lagerfähig, besitzen nur geringe Rationalisierungspotentiale, haben eine unelastische Kapazitätselastizität und sind teilweise von Präferenzen bestimmt (Herder-Dornreich 1980, S. 5f.).

Zudem ist eine Lagerhaltung wie in jedem Industriebetrieb sehr teuer, weil dadurch Kapital gebunden wird. Eine Klinik muß jedoch beispielsweise Medikamente für den Notfall vorhalten; werden sie vor Ablauf des Verfalldatums nicht genutzt, so müssen sie entsorgt werden, was wiederum finanzielle Ressourcen aufzehrt. Mit den genannten Strategien werden innerorganisatorische Problemstellungen angesprochen, die zunehmend die Aufmerksamkeit der Wissenschaft sowie der Kostenträger auf sich ziehen, die diese Bereiche unter anderem als Gründe für die Kostensteigerung im Krankenhausesektor betrachten.¹⁴⁰

¹³⁸ Diese etwas technokratische und inhumane Ausdrucksweise bereitet dem Autor Schwierigkeiten, ist aber zur Verdeutlichung und Abstrahierung notwendig.

¹³⁹ Vgl. allgemein zur Gesundheitsökonomik Herder-Dornreich, Philipp 1980.; Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter 1997, sowie Herder-Dornreich, Philipp, Wasem, Jürgen 1986

¹⁴⁰ Eine Strategie zur gezielten Selektion des Inputs stellt die Notfallpraxis am Marienhospital in Stuttgart dar. Patienten mit kleineren Verletzungen werden durch eine am Krankenhaus eingerichtete Praxis behandelt. Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird von niedergelassenen Ärzten bis in die Nacht geleistet. Von 2 Uhr bis 7 Uhr übernimmt die Klinik den Dienst. Die Leistungen werden aber für die Praxis erbracht, wofür ein Ausgleich gezahlt wird. Dadurch muß nicht der große Apparat eines Krankenhauses anlaufen und Patienten werden nicht in jedem Fall stationär behandelt; wobei dies schon wieder eine interorganisatorische Kooperation von Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten darstellt; Vgl. Looß 1997; ähnliches plant auch die OSK, Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 05.07.97.

Jedoch gilt auch für Krankenhäuser, daß eine Differenzierung und Spezialisierung und damit Rationalisierung zur einer Routinisierung des Arbeitsfeldes beiträgt und die Sicherheit erhöht (Scott 1986, S. 243). Dadurch läßt sich die Qualität des „Output“ verbessern und weitere Legitimität gegenüber der Umwelt gewinnen, so daß der Ressourcenfluß gesichert ist. Dies geschieht unter anderem durch die Ausbildung von weiteren Fachdisziplinen und dem Einsatz von speziell ausgebildetem Fachpersonal zur Pflege und zur Bedienung der vielfältigen medizinisch-technischen Geräte.

5.5.2 Interdependenz, sowohl kompetitiv, als auch symbiotisch

Die Beziehungen zwischen Organisationen können in kompetitiv und symbiotisch unterschieden werden.¹⁴¹ In Bezug auf Krankenhäuser muß differenziert werden zwischen Interdependenz bei Häusern gleicher Versorgungsstufe und bei unterschiedlichen Versorgungsstufen. Kliniken der Grundversorgung stehen in einer kompetitiven Beziehung, weil sie um die gleiche Zielgruppe konkurrieren.¹⁴² Zu Krankenhäusern bspw. der Zentralversorgung kann sich durchaus ein symbiotisch-kompetitiver und damit ambivalenter Austausch entwickeln, weil einerseits um die Behandlung gleicher Krankheitsbilder konkurriert wird (Abteilungen der Grundversorgung sind auch in leistungsfähigeren Häusern angesiedelt), andererseits schwerere Fälle zunächst an die funktional differenziertere und besser ausgestattete Klinik verlegt werden, die aber nach Abschluß der Akutbehandlung wieder rücküberwiesen werden.

Symbiotisch verhalten sich Spezialeinrichtungen zu Akutkliniken. Zwischen der geplanten Einrichtung des Heilig-Geist-Spitals als Klinik für geriatrische Rehabilitation und dem Elisabethenkrankenhaus wird eine symbiotische Beziehung bestehen, denn vom Akutkrankenhaus werden die Patienten in die Geriatrie zur weiteren Rehabilitation nach Abschluß der Akutbehandlung überwiesen. Diese symbiotische Beziehung soll den Bestand des Spitals sichern. Der Zusammenhang zwischen Geriatrie und Bestand wurde von der Verwaltungsspitze der Stadt Ravensburg schon 1991 erkannt, als das Sozialministerium vorschlug, statt der Chirurgie eine geriatrische Rehabilitation mit 40-55 Betten einzurichten.¹⁴³ Der Gemeinderat nahm diesen Vorschlag am 30. Juni 1993 auf. Der geriatrische Schwerpunkt für den Landkreis wurde aber

¹⁴¹ „In a competitive relationship, the outcome achieved by one can only be higher if the outcome achieved by the other is lower. In the terminology of game theory, this is a fixed sum, or zero sum, game. In a situation of symbiotic interdependence, the output of one is input for the other. It is possible for both to be better off or worse off simultaneously“ (Pfeffer, Salancik 1978, S. 41).

¹⁴² Vgl. hierzu das GEBERA-Gutachten, 1994, das unter anderem auf die Konkurrenzsituation der einzelnen Krankenhäuser eingeht

¹⁴³ Gemeinderatsprotokoll vom 11.11.91

im Krankenhausbedarfsplan III an das Elisabethenkrankenhaus gelegt. Das Elisabethenkrankenhaus hatte jedoch kein Interesse diese Betten zu übernehmen, weil (vermutlich) kurzfristig kein Platz zu schaffen war und die Kostenstruktur zu ungünstig gewesen wäre.¹⁴⁴ Dafür entstehen jetzt Reha-Plätze, die das EK entlasten und gleichzeitig den Bestand des Spitals sichern.

5.5.3 Prognosen und Vorbeugung, mittlerer Konzentrationsgrad

Strategische Abhängigkeiten unter Unsicherheit können nach Pennings durch Vorbeugung (Forestalling) - dadurch wird unberechenbares Verhalten anderer Organisationen kontrolliert oder verhindert -, durch Prognosen (Forecasting) und Absorption anderer Organisationen vermindert werden (Pennings 1981, S. 441)¹⁴⁵. Vorhersagen ändern nicht das Organisationsset, aber Forestalling kann eine Änderung der strukturellen Arrangements bedeuten.

Ahrne faßte die Möglichkeiten der Interaktion in Abhängigkeit von den Ressourcen wie folgt zusammen:

Tabelle 10: Interaktion in Abhängigkeit von den Ressourcen

		Position of Ressources	
		Inside	Outside
Form of Inter-action	Struggle	Conflict	Competition
	Cooperation	Exchange	Collaboration

Quelle: Ahrne 1994, S. 122

Innerhalb einer Organisation kann ein Konflikt um die Ressourcenverteilung entstehen. Mit anderen Organisationen besteht ein Wettbewerb, der die geringste Reduzierung von Autonomie in gegenseitigen Beziehungen darstellt, aber nicht notwendigerweise Interaktion zwischen Organisationen bedeutet (Blau, Scott 1970, S. 197). Wettbewerb kann bei mittlerem Konzentrationsgrad zur Zusammenarbeit zwingen. Es gibt eine überschaubare Anzahl an Organisationen, doch die Zahl ist gerade groß genug, so daß jede der anderen Verluste zufügen kann, eine Koordination, aber nicht mehr möglich ist, weil zu viele agieren (Pfeffer, Salancik 1978, S.

¹⁴⁴ Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 16.06.95, Interview-Nr. 1030

¹⁴⁵ „Forestalling is coping behavior that prevents or controls the emergence of unpredictable behavior of other organizations [...] alters the structural arrangements of a strategic set [...] Forecasting is coping behavior that predicts or forecasts the behavior of interdependent organizations [...] does not alter the structure of the market but enhances the intelligence of some or all of its participants about their market [...] Absorption is coping behavior that mitigates the negative consequences of other organizations [...] is more reactive“ (Pennings 1981, S. 441).

155). Die Unsicherheit ist im intermediären Wettbewerb mithin am größten.¹⁴⁶ Unternehmen versuchen diese Unsicherheit durch den Aufbau von Gemeinschaftsunternehmen abzubauen.

Die Zahl der allgemeinen Akutkrankenhäuser und ihre Ausstattung läßt auf einen harten Wettbewerb schließen, denn es gab wenige Anbieter (Kloster Reute, Ravensburg, Weingarten, Landkreis Ravensburg), die sieben Krankenhäuser unterhielten. Hinzu müssen die Kliniken der Umgebung gerechnet werden.¹⁴⁷ Der Wettbewerb ist im Sinne Pfeffer und Salanciks ein intermediärer, unter großer Unsicherheit.¹⁴⁸ Absprachen über die Leistungsstruktur wurden lange Zeit nicht getroffen, weil jeder glaubte, daß er etwas verlieren würde, der andere aber gewinnen könnte und so das eigene Haus im Bestand gefährdet sein könnte.¹⁴⁹

5.5.4 Interorganisatorische Stabilisierung von Beziehungen

Unter Berücksichtigung der Tabelle 9 (S. 63) sollen im folgenden verschiedene Möglichkeiten der Stabilisierung näher erläutert werden, das heißt die im Rahmen dieser Arbeit besonders interessierenden interorganisatorischen Möglichkeiten beleuchtet werden, wobei auf normative Vorgaben, Kooptation, Koalition bzw. Verträge eingegangen wird, die alle zur Gründung einer neuen Organisation führen können. Blau und Scott unterscheiden nur drei Arten von Prozessen in Bezug auf kooperative Beziehungen: Verhandlungen mit anderen Organisationen über Ressourcen und dem Austausch von Gütern, Kooptation und die Bildung von Koalitionen (Blau, Scott 1970, S. 196). Von diesen Gruppen der Regelung interorganisatorischer Beziehungen werden alle Formen der Zusammenarbeit erfaßt, von losen Absprachen bis hin zu fest institutionalisierten regelmäßigen Treffen und der Gründung einer neuen gemeinsamen Organisation. In diesen Fällen sind auch Verhandlungen notwendig.

(1) Normative Vorgaben

Normen können in Form von Gesetzen oder Verordnungen niedergeschrieben sein, aber es gibt auch gesellschaftliche Codes, die ungeschrieben ein bestimmtes soziales Verhalten abverlangen und mit einer Erwartungshaltung anderer sozialer Akteure verbunden sind (Cohen 1972, S. 115). Eine Norm kann sich entwickeln¹⁵⁰, sich verändern und trägt zur Standardisierung von

¹⁴⁶ In Bereichen hoher Konzentration können sich die wenigen Organisationen absprechen; bei niedrigem Konzentrationsgrad spüren die Organisationen die gegenseitige Konkurrenz nicht, eine Absprache erübrigt sich. (Pfeffer, Salancik 1978, S. 158ff. und Scott 1986, S. 268)

¹⁴⁷ Hierzu sind zu zählen im Sektor der allgemeinen Akutkrankenhäuser: Friedrichshafen, Tettnang, Memmingen, Kempten, Lindau, Lindenberg, und aufgrund der Entfernungen mit Abstrichen Biberach, Saulgau und Markdorf.

¹⁴⁸ Interviewaussage von Nr. 104; Aussagen des AOK-Geschäftsführer, Kreistagsprotokoll vom 23.01.96

¹⁴⁹ In einem Interview (Nr. 147) wurde hier von „Kirchturmspolitik“ gesprochen, das heißt jeder achtete auf sein Krankenhaus.

¹⁵⁰ Zur Entstehung einer Norm Vgl. Pfeffer/Salancik 1978, S. 148ff., die ein Experiment zur Normentwicklung vorstellen.

Beziehungen bei, ist aber kontextabhängig. Das Verhalten von Individuen und Organisationen wird durch Regeln verlässlich, weil sie Verhalten steuern und Handlungen strukturieren (Scott 1986, S. 36). Unsicherheit wird mithin reduziert, die Vorhersehbarkeit von Entwicklungen erhöht.

(2) Assoziierungen

Vereinigungen dienen der gemeinsamen Interessendurchsetzung gegenüber anderen Organisationen: „The trade association is one collective structure that has developed to provide the centralized information and coordination that may be required in unconcentrated industries.“ (Pfeffer, Salancik 1978, S. 177). Sie koordiniert bspw. die Forschung und versucht Industriestandards zu etablieren. Dadurch werden Unterschiede zwischen den Firmen zum Teil ausgeglichen (Pfeffer, Salancik 1978, S. 179). Die Organisation bleibt dabei weitgehend selbständig, aber sie agiert nun in einem homogenisierten Umfeld.

Strenggenommen fallen Koalitionen auch unter den Begriff der Assoziierungen. Sie schließen Wettbewerb zwischen den Teilnehmern nicht aus. Meist werden Koalitionen zu einer gemeinsamen Zielerreichung mit einem kürzeren Zeithorizont im Vergleich zur Vereinigung gegründet. Die Beteiligten Organisationen sind sich über ein verbindendes Ziel einig, aber verfolgen unabhängig davon weiterhin ihre eigenen Ziele.

Kartelle zählen ebenfalls zu den Vereinigungen, die versuchen durch Absprachen Unsicherheit zu reduzieren, wobei diese Absprachen unterschiedlich weit gehen können und die Organisation in ihrer Autonomie einschränken: „Cartels [...] represent coalitions of organizations, with typically at least normative sanctions applied to members who deviate from proscribed cartel policies.“ (Pfeffer, Salancik 1978, S. 179). Sanktionsmöglichkeiten müssen gegeben sein, weil ansonsten die Kosten zur Brechung der Kartellsabsprachen geringer sind, als der dadurch erzielbare Gewinn. Besitzt das Kartell keinerlei oder nur sehr schwache „Strafmöglichkeiten“, so wird es daran zerbrechen. Sie sind wettbewerbshemmend und wirken marktschützend, das heißt es können hohe Markteintrittsbarrieren aufgestellt werden.¹⁵¹

(3) Gemeinschaftsunternehmen

Eine institutionalisierte Form der Zusammenarbeit stellen gemeinsame Unternehmungen dar. Durch Fusion gehen die sich zusammenschließenden Unternehmen in einem neuen auf. Häufig wird jedoch nur eine gemeinsame neue Unternehmung unter Beteiligung der selbständig bleibenden Organisationen gebildet. Scott definiert daher wie folgt: „Eine Gemeinschaftsunternehmung findet statt, wenn zwei oder mehrere Firmen eine neue Organisation zur Verfolgung

eines gemeinsamen Zweckes ins Leben rufen. [...] die beteiligten Organisationen [legen; K.A.] nur einen Teil ihres Finanzkapitals [zusammen; K.A.]“ (Scott 1986, S. 267). Gemeinschaftsunternehmen können unterschiedlich ausgestaltet sein und horizontal, vertikal oder diversifizierend sein.

Die Oberschwaben-Klinik ist insofern eine gemeinsame Unternehmung dreier weiterhin selbständig bleibender Organisationen, denn die Träger haben nur ihre Krankenhäuser in die gemeinsame Betriebsträgersgesellschaft eingebracht.¹⁵² Selber sind sie nur noch über Aufsichtsratsmitgliedschaften und die Gesellschafterversammlung in der Gesellschaft vertreten.

(4) Kooptation

Seit Selznicks Studie über die Tennessee Valley Administration (TVA)¹⁵³ ist der Begriff der Kooptation in der Organisationstheorie eingeführt. Kooptation bezeichnet die Einbindung externer Gruppen in den Entscheidungsprozeß der Organisation. Dabei besteht die Gefahr, daß es zu einer Veränderung der Ziele kommen kann. Pfeffer und Salancik definieren Kooptation wie folgt: „Cooptation describes a situation in which a person, or set of persons, is appointed to a board of directors, advisory committee, policy making or influencing group, or some other organizational body that has at least the appearance of making or influencing decisions“ (Pfeffer, Salancik 1978, S. 162).

Zwei Vorteile sind mit der Einbindung von Individuen verbunden. Zunächst werden damit die Organisation bedrohende beziehungsweise als feindlich wahrgenommene Gruppen wenn nicht neutralisiert, so doch in ihrer Wirkung geschwächt. Zum zweiten erhält die Organisation durch die nun eingebundenen Vertreter anderer Organisationen Zugang zu Informationen, die ihr ansonsten versperrt geblieben wären und kann ihrerseits Einfluß nehmen (Pfeffer, Salancik 1978, S. 164).¹⁵⁴

Unter Kooptation können auch überlappende Mitgliedschaften (overlapping Membership) fallen. Diese können typischerweise zwischen vertikal-abhängigen Organisationen bestehen, aber auch in horizontalen Beziehungen kann die gegenseitige Plazierung von Organisationsvertretern (bspw. in Aufsichtsräten) Unsicherheiten reduzieren. Auf kommunaler Ebene versuchen Bürgermeister und Gemeinderäte häufig in den Kreistag gewählt zu werden, um dadurch Einfluß auf die Politik des Landkreises zu nehmen. Dies bedeutet, daß Gemeinderäte und Bür-

¹⁵¹ Vgl. Herder-Dornreich 1988, S. 65ff.; Morgan, Gareth 1997, S.330 und Pfeffer, Salancik 1978, S.179ff.

¹⁵² Die Immobilien sind weiterhin im Eigentum der Träger, die an die OSK vermietet haben. Damit konnte der Fluß an Fördermittel zur Sanierung der Häuser weiterhin gesichert werden (Vgl. Vorschlag der Kreisverwaltung zum Mietvertrag, Anlage zur Kreistagssitzung vom 05.12.96).

¹⁵³ Selznick, Philipp 1949

¹⁵⁴ Vgl. March, James G., 1989

germeister frühzeitig über geplante Entscheidungen des Kreises informiert sind und ihre Fraktionen bzw. Verwaltung vorbereiten können. Bedeutsam wird dies im Falle unpopulärer Maßnahmen, die in der Öffentlichkeit umstritten sind und deren Durchsetzung dadurch leichter fallen könnte.

Das GmbH-Gesetz läßt Kooptation durch die Wahl der Aufsichtsratsmitglieder durch die Gesellschafter zu. Der Kreistag und der Gemeinderat Ravensburg bewahren ihren Einfluß auf die Geschicke der Gesellschaft, weil der Kreis vier und die Stadt Ravensburg einen Vertreter in den Aufsichtsrat entsenden und somit die Hälfte der Aufsichtsratsmitglieder von kommunaler Seite kommen, die übrigen fünf Mitglieder werden vom Kloster gestellt.

(5) Verhandlungen, Verträge

Verträge sind ein Mittel zur Reduzierung von Unsicherheit. Allerdings bleibt immer ein Restrisiko, das durch sogenannte Kontingenzverträge, nicht genau festgelegte Verträge, die während der Leistungserstellung ausgefüllt und näher bestimmt werden, vermindert werden soll (Scott 1986, S. 266). Die Vertragslösung steht im Mittelpunkt der Transaktionskostenökonomie, auf die bereits in Kapitel 4.1 eingegangen wurde. Das Verhältnis zu anderen Organisationen wird durch Verträge strukturiert und kann die Basis für eine weitergehende Zusammenarbeit bilden in Form von Assoziationen, Koalitionen und Kartellen, die horizontal und vertikal ausgerichtet sein können.

Dies waren die Möglichkeiten, zwischen denen die Lenkungsgruppe zu wählen hatte. Dies geschah in der zweiten Phase des Entscheidungsverlaufs. Alle vorgenannten Instrumente dienen somit der Unsicherheitsbewältigung und stellen eine Lösungsmöglichkeit für die Akteure dar.

6. Die Kooperation nimmt Gestalt an (Dezember '95 - Juli '96)

Im vorangegangenen Abschnitt wurde festgestellt, daß die Akteure gesprächsbereit waren und weitere Gespräche vereinbart wurden. In diesem Kapitel wird die entscheidende Phase im Frühjahr 1996 beleuchtet, in der die Möglichkeiten einer Kooperation abgeklärt und die Bedingungen hierfür ausgehandelt wurden.

Es wurde bereits gezeigt, daß in Umwelten mit einem intermediären Wettbewerb die Bereitschaft zur interorganisatorischen Kooperation steigt. Kooperation ist somit eine Strategie zur Bewältigung der Unsicherheit. Allerdings ist Kooperation sehr voraussetzungsvoll und riskant für die Akteure, denn dadurch kann die eigene Position verschlechtert werden zugunsten anderer Organisationen, was wiederum zu Machtstrategien verleitet, die eine Bereitschaft zur Kooperation herabsetzen können. Auffallend am betrachteten Entscheidungsverlauf ist zunächst das Tempo und ein eher verständigungsorientierter Verhandlungsstil.

6.1 Interessen und Handlungsorientierungen

Die Bereitschaft zur Kooperation erfordert spezifische Handlungsorientierungen. Hier unterscheidet Benz zwischen dogmatisch und pragmatisch. Dogmatische Orientierungen sind geprägt durch eine Konfrontation um grundlegende Überzeugungen, die sich nicht in Verhandlungen lösen lassen (Benz 1994, S. 88). Ein Ergebnis läßt sich durch Abstimmung oder einseitige Entscheidung finden.

In Fall der Entscheidung über die Geburtshilfen beispielsweise läßt sich beides finden. Der Streit zwischen Bürgerinitiativen und Landrat wurde um die grundlegende Frage der Versorgung der Bevölkerung in den Randgebieten des Landkreises geführt. Der Kreis zog sich auf die Empfehlungen im Gutachten zur Struktur der Kreiskrankenhäuser und dem Krankenhausbedarfsplan zurück, außerdem machte er Haftungsfragen und finanziellen Nöte des Haushaltes geltend. Demgegenüber betonten die Vertreter der Bürgerinitiativen, daß das Gut Gesundheit nicht ausschließlich in monetären Einheiten zu messen sei. Weiterhin wurden aufgrund eines über längere Zeit gewachsenen Mißtrauens gegenüber der Kreisverwaltung, die angegebenen notwendigen finanziellen Mittel zur Erhöhung der Standards angezweifelt und die Notwendigkeit einer Geburtshilfe mit den im Winter herrschenden Straßenverhältnissen begründet, die im Notfall eine weitere Gefährdung für Mutter und Kind bedeuten würden¹⁵⁵. Außerdem wurde auf Experten verwiesen, die im Gegensatz zur Landesregierung 300 Geburten pro Jahr als ausreichend erachteten. Dem wurde von den Krankenkassen und dem Landratsamt widersprochen.

In Bezug auf die Geburtshilfen in Bad Waldsee und Leutkirch wurde dieser Streit einseitig, hierarchisch und kompromißlos durch das Land geregelt, welches Fördergelder zur Sanierung der Krankenhäuser nur für den Fall einer Neustrukturierung ohne Geburtshilfe in Aussicht stellte. Dem beugte sich der Kreistag. Die entsprechende Abteilung in Isny wurde durch Abstimmung im Kreistag geschlossen, wobei hier die Kassen dem Kreis argumentative Schützenhilfe boten, indem auf die zukünftige Abrechnung in Form von Fallpauschalen im gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich verwiesen wurde.¹⁵⁶

¹⁵⁵ Für werdende Mütter aus dem Raum Isny sind Kempten (ca. 25km) und Wangen (ca. 23km) die Alternativen. Auf Anfrage der Bürgerinitiative von Isny, erklärte die Straßenmeisterei in Kempten (zuständig für den bayerischen Teil der B 12), daß sie im Winter 94/95 73 Einsatztage, im Winter 95/96 110 Einsatztage hatte. Die Straßenmeisterei Leutkirch, zuständig für den württembergischen Teil der B 12, gab 74 Einsatztage im Winter 95/96 an.

¹⁵⁶ AOK Geschäftsführer in der Sitzung vom 23. Januar 1996 und Lösungsvorschläge des Gutachtens zur Neukonzeption der KKH

Die Verhandlungen zwischen den Bürgerinitiativen und dem Landkreis sind demnach „positionsbezogene Verhandlungen“ (Benz 1994, S. 120ff). Positionsbezogene Verhandlungen sind geprägt durch „Mißtrauen, Abwehrhaltungen, Sicherheitsdenken, taktische Informationsfilterung, einseitige Appelle und Überredungsversuche sowie geringe Dialogbereitschaft“ (Benz, 1994, S. 120). Ein Diskurs über das eigentliche Thema kommt nicht zustande. Macht wird gezielt zur Durchsetzung der eigenen Position eingesetzt (Benz 1994, S. 121). Ein Mittel hierzu ist die Argumentation mittels der Ergebnisse externer Gutachten. Dies wurde auch im Fall der Geburtshilfen eingesetzt, womit der Landkreis neben der normativen Vorgabe auch Expertenwissen zur Begründung der Schließung der Abteilungen nutzen konnte. Ein Ausgleich wurde mithin gar nicht erst in Erwägung gezogen, weil Argumente und Gutachten nur gegenübergestellt wurden, es darüber aber keinen Diskurs gab.¹⁵⁷

Die seitens des Landkreises energisch durchgezogene Schließung der geburtshilflichen Abteilungen legt den Schluß nahe, daß die im Spätherbst 1995 angedachte und im Frühjahr 1996 sich abzeichnende gemeinsame Trägergesellschaft von unpopulären Entscheidungen, wie die Schließung von Abteilungen, entlastet werden sollte. Damit wurde die zukünftige Gesellschaft von einer - voraussichtlich - nicht nur schweren finanziellen Bürde entlastet.¹⁵⁸ Allerdings hat diese heftig und emotional geführte Auseinandersetzung die Diskussion über die Gründung einer gemeinsamen Trägergesellschaft überlagert, so daß die Verhandlungen der Akteure in relativer Ruhe geführt wurden. Nur ansatzweise wurde öffentliche Kritik an diesen Überlegungen geübt.¹⁵⁹

Pragmatische Handlungsorientierungen sind zu erwarten, wenn eine Verhandlungslösung die Akteure besser stellt als das Beharren auf eigenen Positionen. Sie sind eine „Optimierung von Zielen *und* Mitteln“ (Benz 1994, S. 89, Hervorhebung im Original) und sind nicht auf Nutzenmaximierung ausgerichtet. Mit einer pragmatischen Orientierung ist der Akteur freier in seiner Strategiewahl und erhält sich somit seine Handlungsfreiheit.

Dies kann die Ausrichtung an einer Kaldor-Optimalität und eine Abkehr von der Pareto-Optimalität fördern wie sie Scharpf (1991) beschrieben hat. Unter Bezug auf Kaldor (1939)

¹⁵⁷ Ein Gutachten der Bürgerinitiativen, daß die Fehlerhaftigkeit des Kreistagsbeschlusses aufgrund fehlender Informationen belegen sollte, wurde sowohl vom Landratsamt als auch vom Regierungspräsidium in Tübingen abgelehnt.

¹⁵⁸ Keiner der Gesprächspartner hat die Entscheidung gegen die Geburtshilfen auf diese Weise begründet, aber der Schluß liegt nahe.

¹⁵⁹ ÖTV gegen private Rechtsform (Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 17.04.96); Kreisverband und Ravensburger Sektion der Grünen/Bündnis'90 fürchten Auszehrung der kleineren Krankenhäuser (Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 10.06.96; 20.06.96 und 02.07.96).

definiert Scharpf das Kaldor-Kriterium wie folgt: „Alle Maßnahmen [werden; K.A.] positiv bewertet, deren Nutzen für die Begünstigten groß genug ist, um daraus auch noch die volle Entschädigung aller durch die Maßnahme Benachteiligten bestreiten zu können“ (Scharpf 1991, S. 624). Im Unterschied dazu verlangt das Pareto-Kriterium „die Allokation knapper Ressourcen auf konkurrierende Verwendungsmöglichkeiten dann, wenn keine Änderung mehr denkbar ist, welche den Nutzen mindestens eines Beteiligten erhöhen würde, ohne daß ein anderer deshalb schlechter gestellt werden müßte“ (Scharpf 1991, S. 624). Bei dogmatisch-egoistisch handelnden Akteuren und deren beharren auf etablierten Besitzständen, ist eine Verhandlungslösung unter dieser Voraussetzung nur schwer zu erreichen. Während das Kaldor-Kriterium, wie Scharpf zeigt, weniger voraussetzungsvoll ist, denn nur kompetitive beziehungsweise feindliche Handlungsorientierungen werden ausgeschlossen; mithin können auch egoistische Akteure eine Einigung erzielen.

Unter diesen Voraussetzungen sind die Akteure der Krankenhausträger in die Verhandlungen gegangen, das heißt pragmatische Handlungsorientierungen lassen eine Kaldor-Optimalität eher erwarten, weil gegen entsprechende Ausgleichszahlungen jeder der Verhandlungsteilnehmer bereit ist, auf etwas zu verzichten. Deswegen sind neben den Handlungsorientierungen Interessen und Konflikte ebenfalls sehr wichtig. Benz unterscheidet zwischen identischen und komplementären Interessen, wobei die Wahrnehmung der Akteure ausschlaggebend ist (Benz 1994, S. 93).

Zur Verdeutlichung sind in folgender Tabelle nochmals die Interessen der Akteure aufgezeigt. Interessen werden mit Motiven gleichgesetzt und werden aus der Perspektive der handelnden Akteure wiedergegeben. Die Interessen der Stadt Weingarten werden ebenfalls genannt. Es wird allerdings nicht differenziert zwischen den Motiven des Gemeinderates und eventuell davon abweichenden der Stadtverwaltung und der Krankenhausverwaltung.

Tabelle 12: Interessen der Akteure

Akteur	Interessen
Kloster Reute (EK)	<ul style="list-style-type: none"> – Senkung von Kosten – Fortführung des Hauses in der Tradition der Franziskanerinnen – Bettenabbau
Landkreis Ravensburg	<ul style="list-style-type: none"> – Senkung des Defizits und damit des Kreiszuschusses – Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung im Allgäu – Stärkung der Standorte – Verhinderung der Übernahme des EK – Gewinnung von Zuschüssen für die Sanierung
Stadt Ravensburg	<ul style="list-style-type: none"> – Erhaltung der Krankenversorgung – Denkmalschutz (500 Jahre altes Gebäude) – Tradition des Hauses) – Verbund mit EK
Stadt Weingarten	<ul style="list-style-type: none"> – Erhaltung der Selbständigkeit

Bis auf Weingarten mußten alle Träger Betten abbauen. Dies sollte in kontrollierter Art und Weise geschehen, so daß noch lebensfähige Einrichtungen erhalten werden könnten. Es lassen sich gleichgerichtete, komplementäre Interessen identifizieren. Die Stadt hatte ein Interesse am Erhalt des Spitals, das Elisabethenkrankenhaus wollte Kosten senken. Patienten sollten frühzeitig, wenn notwendig, in eine Rehabilitationsklinik überwiesen werden. Für ältere Patienten würde sich das Heilig-Geist-Spital anbieten, weil es in der Stadtmitte liegt und die dort tätigen Ärzte bereits aufgrund der Patientenstruktur mit älteren Patienten Erfahrungen sammeln konnten. Der Landkreis wollte seine Standorte stärken, was aber laut Gutachten nur durch die Spezialisierung der Abteilungen auf bestimmte Behandlungsmethoden möglich wäre. Durch Leistungsbündelung innerhalb eines Verbundes würden sich zudem Kosten senken lassen. In einem Verbund mit gezielter Lenkung der Patientenströme wäre dies auch interessant für das Elisabethenkrankenhaus, das an Wirtschaftlichkeit gewinnen könnte. Die Franziskanerinnen hätten somit zunächst einen Anreiz, ihre Klinik weiter zu führen und vom Kreis wäre die Gefahr der Übernahme des Elisabethenkrankenhauses abgewendet.

Der Landkreis und die Stadt Ravensburg hatten identische Ziele, was nicht zu verwechseln ist mit identischen Interessen¹⁶⁰, denn das städtische Krankenhaus nahm auch potentielle Patienten für die Kreiskrankenhäuser (hier besonders vermutlich Bad Waldsee) auf, die jedoch ohnehin schon zu wenig belegte Betten hatten. Ziel beider Träger war die Erhaltung ihrer Krankenhäuser. Der Kreis lehnte eine Kooperation zum Beispiel durch Fördergelder für die

¹⁶⁰ Benz geht davon aus, daß sich bei identischen Interessen die Akteure entsprechend verhalten werden und eine Kooperation somit hinfällig sei (Benz 1994, S. 93f.).

Einrichtung der Geriatrie aus Furcht vor einem fünften Kreiskrankenhaus ab. Bezüglich der Geriatrie standen beide Akteure in kompetitiver Beziehung zueinander, weil sich beide Träger um Geriatriebetten beim Land beworben hatten. Eine engere Zusammenarbeit war daher nicht unbedingt zu erwarten. Allerdings kann man der Stadt Ravensburg und ihren Vertretern unterstellen, daß sie ein Interesse an einem möglichst niedrigen Zuschußbedarf der Kreiskrankenhäuser hatten, denn nach eigenen Angaben trägt die Stadt ca. 25% des Kreishaushaltes über die Kreisumlage mit.¹⁶¹ Dieser Umstand und die Tatsache, daß Ravensburgs Oberbürgermeister Mitglied des Kreistages ist, wirkten sicherlich ebenfalls gesprächsfördernd.

Anders sieht es offensichtlich mit Weingarten aus. Nach Aussage aller Gesprächspartner ist das Krankenhaus gut ausgelastet und sehr beliebt in der Bevölkerung.¹⁶² Die technische Ausrüstung gilt als ausreichend. Mithin gab es in der Wahrnehmung des Gemeinderates und der Verwaltungsspitze von Weingarten keinen Grund einer Kooperation der Träger zuzustimmen, besonders nachdem deutlich wurde, daß die Gespräche in der Lenkungsgruppe auf die Gründung einer gemeinsamen Gesellschaft hinausliefen.¹⁶³ Der Oberbürgermeister von Weingarten und der Verwaltungsdirektor des Krankenhauses 14-Nothelfer, waren (und sind immer noch) der Meinung, daß das Krankenhaus eine ausgewogene Struktur habe, die auch zukünftigen Anforderungen gerecht werde. Ein künftiger Beitritt zur Oberschwaben-Klinik wird nicht ausgeschlossen. Bisher wurde eine Vereinbarung zwischen der Oberschwabenklinik und der Stadt Weingarten über die Nutzung der Apotheke des Elisabethenkrankenhauses durch das städtische Krankenhaus Weingarten getroffen.¹⁶⁴

Es galt also mehrere Akteure zusammenzubringen, die in Beziehungen zueinander standen. Benz geht davon aus, daß in einem multilateralen Handlungsfeld Kooperation möglich ist, weil es durch den Zusammenschluß zu einer Bilateralisierung gegenüber Dritten kommen könnte. Ein eventueller Autonomieverlust würde gegen die gewonnene Handlungsfähigkeit ausgeglichen (Benz 1994, S. 96). Es können exklusive Zusammenschlüsse gebildet werden.

¹⁶¹ Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 30.10.96

¹⁶² Auslastung für Weingarten 1992: 87,9%; 1993: 85%; 1994: 90,3%

¹⁶³ Ein mögliches Motiv, das nicht unerwähnt bleiben soll, obwohl nur schwer überprüfbar, liegt in der alten Rivalität zwischen Ravensburg und Weingarten, das eine engere Zusammenarbeit zumindest erschwerte. Auf diese Rivalität wurde in Gesprächen hingewiesen, empirisch überprüft hat sie der Autor dieser Arbeit nicht. Von Vertretern Weingartens wurde diese Rivalität in Bezug auf die Krankenhäuser jedoch verneint.

¹⁶⁴ Interview-Nr. 239

6.2 Ein exklusiver Zusammenschluß und unternehmende Beamte

Die einberufene Krankenhausträgerkonferenz war für alle Träger offen. Die dieser Konferenz vorausgegangenen Gespräche der Geschäftsführung des Kloster Reute mit den Trägern von Reha-Einrichtungen wurden abgebrochen, weil eine Koordination der Interessen anscheinend nicht gelang.¹⁶⁵ Die aus der Krankenhausträgerkonferenz hervorgegangene Lenkungsgruppe war demgegenüber nur noch offen für die Träger von Akutkrankenhäusern. Es handelte sich dabei um einen exklusiven Zusammenschluß. Es war ein kleinerer Kreis mit ähnlicher Problempertzeption, der eher eine Problemlösung erwarten ließ. Diese Strategie wurde von Scharpf als „Externalisierung“ beschrieben, das heißt es wurde versucht „den Kreis der aktiv Beteiligten so zu beschränken, daß in ihm überwiegend Mitglieder mit ähnlichen Wirklichkeitsperzeptionen sind“ (Scharpf, Reissert, Schnabel 1976, S. 57).

Es hatten sich Partner mit ähnlichen Interessen gefunden, deren Ziele am ehesten miteinander zu vereinbaren waren. Mindestens in einem Punkt waren drei der zunächst vier Gesprächspartner gleichermaßen betroffen, nämlich im Abbau von Betten wie er vom Sozialministerium und den Krankenkassen gefordert wurde. Das Krankenhaus 14-Nothelfer unterschied sich darin von den übrigen, weil es nicht von einem Bettenabbau betroffen war.¹⁶⁶ Weingarten war jedoch zunächst zu Gesprächen bereit und somit fanden sich Akteure, die über eine Neustrukturierung und Kooperation der Akutkrankenhäuser nachdenken wollten.

Bereits einen Tag nach der Trägerkonferenz wurde die erste Einladung zu einer Sitzung der Lenkungsgruppe an die Beteiligten der Städte Weingarten und Ravensburg, Kloster Reute und Landkreis Ravensburg verschickt. Ende Dezember '95 sollten Strukturen und Kooperationsmöglichkeiten besprochen werden. Bereits zwei Wochen danach (8. Januar 1996) traf sich die Gruppe erneut, um unter anderem über die Vergabe eines Gutachten zu reden, das die Möglichkeiten einer Kooperation untersuchen sollte.

In der Lenkungsgruppe trafen nun die Sozialmanager von Reute auf Vertreter der Kommunen, die sich durch den entstandenen Problemdruck gezwungen sahen, neue Lösungsmöglichkeiten in einer dynamischen Umwelt zu suchen und dabei unternehmerisches Denken und Handeln entwickeln mußten, das hieß sich von der Rolle des rein verwaltenden Beamten zu verab-

¹⁶⁵ Interview-Nr. 93, sogenannte Waldburger Gespräche zwischen Vertretern der Reha-Einrichtungen und dem Kloster Reute. Dies mag auch daran gelegen haben, daß zum damaligen Zeitpunkt noch nicht die gravierenden Einbrüche in Kureinrichtungen als Folge der Gesetzgebung abzusehen waren.

¹⁶⁶ Vgl. Benz 1994, S. 97

schieden und eine Neuinterpretation der Aufgabe vorzunehmen. Nachdem im vorangegangenen Kapitel die Vertreter des Kloster Reute charakterisiert wurden, sollen in den nächsten Abschnitten die Kommunalbeamten skizziert werden.

Aberbach, Rockman und Putnam (1981) versuchten den Einfluß von Beamten auf die Politik in verschiedenen politisch-administrativen Systemen zu beschreiben. Die Autoren untersuchten dazu sieben Länder (Großbritannien, USA, Niederlande, Schweden, Deutschland, Italien und Frankreich). Dabei wurden verschiedene Variablen zur Erklärung herangezogen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die von ihnen beschriebenen Typologien:

Tabelle 13: Verhältnis von Beamten und Politikern

	Image I	→ Image II	→ Image III – ?	→ Image IV
Implementing Policy	B	B	B	B
Formulating Policy	P	S	S	S
Brokering Interest	P	P	S	S
Articulating, Ideas	P	P	P	S

B = Bureaucrats' responsibility; P = Politicians' responsibility; S = Shared responsibility

Quelle: Aberbach, Putnam, Rockman 1981, S. 239

Die klassische Arbeitsteilung zwischen Beamten und Politikern stellt Image I dar. Der Beamte ist ausführendes Organ. Das zweite Image scheint eine Zusammenarbeit von Politikern und Beamten zu eröffnen, dergestalt, daß der Politiker Interessen und Werte, der Beamte Fakten und Tatsachen einbringt (Aberbach, Putnam, Rockman 1981, S. 7). Der Beamte sieht sich als Fachmann. Im Image III artikuliert der Politiker nichtorganisierte diffuse Interessen, während der Beamte die Wünsche von Interessenorganisationen berücksichtigt, jedoch werden Sektoren nicht überschritten und das politische Mächteparallelogramm als gegeben betrachtet (Aberbach, Putnam, Rockman 1981, S. 11). Schließlich scheint sich im Image IV die Arbeitsteilung im klassischen Sinne aufzuheben. Es findet eine Bürokratisierung der Politik und eine Politisierung der Bürokratie statt (Aberbach, Putnam, Rockman 1981, S. 19).

Die Autoren haben diese Typologie zwar für die Staatsverwaltung entwickelt, trotzdem läßt sie sich auch für den kommunalen Bereich anwenden. Auf der kommunalen Ebene wird man bisher eher den Typ nach Image II vorgefunden haben. Dies ist kompatibel zu dem Verständnis von Kommune als Verwaltung und entsprechend wird der Gemeinderat als Verwaltungsorgan bezeichnet. Der Bürgermeister oder Landrat wäre in diesem Sinne Beamter, der den Willen der Bundes- und Landespolitiker umsetzen soll. Gegenüber der Bürgerschaft ist er jedoch Politiker, weil er die Interessen der Bürger aufnehmen und vertreten soll. Allerdings versteht sich die

Verwaltungsspitze im Zuge der Verwaltungsreformen sowie im Rahmen des Neuen Steuerungsmodells und knapper Haushaltskassen zunehmend als Unternehmer.

Die hier betrachteten Beamten (1. Bürgermeister der Stadt Ravensburg, der 1. Landesbeamter des Landkreises und der Krankenhausdezernent des Landkreises) nahmen die vom Land aufgegebenen Restriktionen als weitgehend gegeben hin. Zwar wurde versucht die Forderungen des Landes in Verhandlungen zu mildern, doch konnte sich das Sozialministerium langfristig aufgrund seiner Verfügungsgewalt über Ressourcen durchsetzen. Wollten die Kommunen also ihre Krankenhäuser halten, mußten sie selber Entwicklungsvorschläge machen, die sich an den Vorstellungen des Landes orientieren mußten. Es mußte Eigeninitiative ergriffen werden, um die Standorte zu stärken, was auch unternehmerisches Handeln erforderte. Ein Indiz hierfür ist der Versuch des Krankenhausdezernenten des Landkreises ein kommerzielles Diätprogramm am Kreiskrankenhaus Wangen zu etablieren, aber auch die Idee die Kreiskrankenhäuser zu Gesundheitszentren zu entwickeln. In Ravensburg fanden ähnliche Überlegungen statt, indem versucht wurde eine Praxisklinik am städtischen Krankenhaus zu etablieren, aber schon frühzeitig wurde der Vorschlag des Landes zur Einrichtung einer Geriatrie aufgegriffen. In beiden Kommunalparlamenten¹⁶⁷ trafen diese Vorstellungen zunächst auf wenig Gegenliebe. Die Kreis- und Gemeinderäte wollten die vorhandenen Strukturen weitgehend erhalten und befürchteten eine Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung und Fehlinvestitionen. Dies schloß andererseits Vorschläge der Kreisräte zur Struktur der Krankenhäuser nicht aus.¹⁶⁸

Mit dieser Vorgabe mußten die Vertreter des Landkreises in die Gespräche mit den anderen Trägern gehen. Aufgrund des Problemdrucks begannen die Krankenhausdezernenten von Ravensburg und vom Landkreis innovative Lösungen zu erarbeiten und sich damit zum Image-IV-Typ zu entwickeln, das heißt sie machten Vorschläge für die Politik und gingen damit in die Kommunalparlamente. Sie formulierten Ideen, versuchten eine Lobby dafür aufzubauen, sie planerisch umzusetzen und übernahmen die Verantwortung dafür.¹⁶⁹ Innerhalb der Gruppe der kommunalen Vertreter lassen sich ebenfalls Gemeinsamkeiten finden, die eine ähnliche Problemwahrnehmung und Lösungsorientierung erwarten ließen.

¹⁶⁷ Dem Autor dieser Arbeit ist bewußt, daß es sich dabei nicht um Parlamente im staatsrechtlichen Sinne handelt, sondern um Verwaltungsorgane (§ 23 GemO BW, § 18 LKrO BW). Jedoch ist dies ein in den Diskussionen ein gängiger Begriff, so daß er auch hier synonym für Gemeinderat und Kreistag verwendet wird.

¹⁶⁸ Vgl. Kreistagsprotokoll vom 23.01.96; Vorschläge von ÖDP und Bündnis'90/Die Grünen

¹⁶⁹ Ein Gesprächspartner sieht die Entwicklung von Alternativen als originäre Aufgabe der Verwaltung und den Gemeinderat, von den Vorstellungen der Verwaltung zu überzeugen, Interview-Nr. 104

Der 1. Bürgermeister Ravensburgs war nach einem Referendariat am Regierungspräsidium Tübingen tätig, von wo aus er ins Innenministerium nach Stuttgart wechselte. Nach einem Zwischenspiel am Landratsamt Ravensburg, zog es ihn ins Staatsministerium Baden-Württemberg, in dem er zuständig für Organisationsentwicklung und Organisationspolitik war. Nach Beendigung dieser Tätigkeit schloß sich die jetzige Position als 1. Bürgermeister und Krankenhausreferent in Ravensburg an.

Nach einem Jurastudium begann der jetzige 1. Landesbeamte des Landkreises Ravensburg ein Referendariat, an das sich eine Tätigkeit beim Staats- und Sozialministerium anschloß. Erst danach bewarb er sich als 1. Landesbeamter beim Landkreis Ravensburg. Mit besonderem Interesse verfolgt er die Diskussion über das neue Steuerungsmodell in der Verwaltung.

Eine reine Verwaltungskarriere machte schließlich der damalige Krankenhausdezernent des Landkreises, der im Verlauf seiner Karriere in mehreren Positionen an unterschiedlichen Orten in der Krankenhausverwaltung tätig war.

Durch die Tätigkeiten in Landesministerien konnten die maßgeblichen Akteure auf kommunaler Ebene, nämlich der 1. Bürgermeister von Ravensburg und der stellvertretende Landrat, die Handlungsweisen und Vorstellungen des Landes gut nachvollziehen, das heißt sie waren zu empathischen Verstehen fähig.¹⁷⁰ Damit lassen sich Gemeinsamkeiten zwischen dem oben beschriebenen Typ des Sozialmanagers und den Beamten finden. Beide suchten neue Ideen auf der Basis von Vertrauen und Macht durchzusetzen und bezogen ihr Selbstvertrauen aus der fachlichen Leistung. Beispielhaft sei der Krankenhausdezernent des Landkreises genannt, der sich im Herbst 1995 in einem Gespräch mit Vertretern von Bündnis'90/Die Grünen als Manager der Krankenhäuser bezeichnete und entsprechende Kompetenzen einforderte. Somit trafen sich zwei Typen, die sich in den nun beginnenden Verhandlungen ergänzten. Hinzu kam, daß die Vertreter von Stadt und Landkreis sich schon jahrelang kannten, so daß hier (auch zwischen Landrat und dem Oberbürgermeister von Ravensburg) ein gutes Vertrauensverhältnis bestand. Immer wieder wurde in Gesprächen darauf hingewiesen, daß der Landrat und die Generaloberin gute Beziehungen pflegten. Mithin war die Ressource „Vertrauen“ in großem Maße gegeben. Übereinstimmend wurde in den Interviews betont, daß dies die im Frühjahr '96 geführten Verhandlungen sehr erleichterte.

¹⁷⁰ Vgl. Seibel 1994, S. 211 mit weiteren Nachweisen; bestätigt in Interview-Nr. 104, 147

6.3 Eine wertvolle Ressource: Vertrauen

Soziale Beziehungen nur auf Vertrauen zu reduzieren, wäre naiv und würde den Faktor Macht unverhältnismäßig vernachlässigen. An dieser Stelle soll trotzdem weniger auf Macht, als vielmehr auf Vertrauen eingegangen werden, weil zwar viele soziale Beziehungen auf Macht beruhen, aber zielgerichtetes Handeln häufig nur möglich wird, weil man dem Anderen „vertraut“.¹⁷¹

Vertrauen bewirkte eine Zielverschiebung, nämlich von einer bloßen Neustrukturierung und Erhaltung der Krankenhäuser, besonders des Landkreises und der Stadt Ravensburg, hin zur Gründung einer gemeinsamen Gesellschaft, in der alle Kliniken zusammengefaßt sind. Dies bedeutete die Abgabe von Kompetenzen der bisherigen Träger und ihrer Hauptorgane, so daß die gefundene Lösung weiterreichend als ein Beschluß zum bloßen Erhalt ist. Weick geht davon aus, daß in dem Moment, in dem „die Mitglieder einmal über ineinandergreifende Tätigkeiten als Mittel zur Erreichung verschiedener Ziele übereinstimmen, [...] eine subtile Verschiebung weg von verschiedenartigen und hin zu gemeinsamen Zielen [auftritt; K.A.]. Die verschiedenen Ziele bleiben bestehen, werden aber einem entstehenden Satz von gemeinsamen Zielen untergeordnet. Diese Verschiebung ist eine der bemerkenswertesten im Gruppenleben, und sie ist außerordentlich komplex. Eines der ersten gemeinsam geteilten Ziele ist das der Erhaltung und Perpetuierung der kollektiven Struktur“ (Weick 1985, S. 134).

Dies geschah in der Lenkungsgruppe, in der mögliche Formen der Kooperation untersucht wurden, wobei wiederum externes Wissen in Form von Gutachten herangezogen wurde. Der Auftrag dazu wurde bereits im Januar 1996 gegeben¹⁷², das heißt, unter Berücksichtigung der im Gutachten gemachten Zielvorgaben, muß ein breites Verständnis der potentiellen Kooperationspartner bereits bei Eintritt in die konkreten Verhandlungen bestanden haben. Zu diesen Zielvorgaben zählten unter anderem:

- eine bedarfsgerechte Anpassung der Bettenkapazitäten;

¹⁷¹ „A system - economic, legal, or political - requires trust as an input condition. Without trust it cannot stimulate supportive activities in situations of uncertainty or risk.“ (Luhmann 1988, S. 103) Womit Vertrauen auch als eine Möglichkeit des Umgangs mit begrenzter Rationalität zu sehen wäre. Arrow betrachtet implizit Vertrauen als Übereinkommen der Individuen zum Überleben und der Förderung von Effizienz einer Gesellschaft: „[Societies; K.A.] in their evolution have developed implicit agreements to certain kinds of regard for others, agreements which are essential to the survival of the society or at least contribute greatly to the efficiency of its working“ (Arrow 1974, S. 26).

¹⁷² Es handelt sich um den Auftrag über die Erstellung eines „Gutachten zu den rechtlich verbindlichen Kooperationsmöglichkeiten bzw. Betriebsformen der Krankenhäuser im Landkreis Ravensburg“ vom 30. Januar 1996 auf der Grundlage eines Angebotes vom 12. Januar 1996; am 8. Januar traf sich die Lenkungsgruppe bereits zum 2. Mal.

- Sicherung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung;
- Optimierung der Kostenseite;
- rechtliche Verbindlichkeit;
- kurzfristig realisierbar
- kirchliches und öffentliches Dienstrecht sollten beachtet werden;
- sollte nicht mehr umkehrbar sein
- sollte sich nicht negativ auf die Krankenhausfinanzierung auswirken.¹⁷³

Diese recht konkreten Vorgaben lassen den Schluß zu, daß die Akteure sich prinzipiell über eine engere Zusammenarbeit und die zu bewältigenden Probleme bereits einig waren. Nur die Form war noch fraglich. Mithin muß also großes Vertrauen und gegenseitiges Verstehen bestanden haben.

Vertrauen entsteht nur in Interaktion sozialer Akteure, das heißt diese Ressource muß erarbeitet werden und ist äußerst knapp. Good definiert Vertrauen folgendermaßen: „[...] trust is based on an individual's theory as to how another person will perform on some future occasion, as a function of that target person's current and previous claims, either implicit or explicit, as to how they will behave.“ (Good 1988, S. 33). Damit werden Erwartungen der Akteure für zukünftiges Verhalten beschrieben, die zu einer Reduzierung der Unsicherheit führen können. Dementsprechend unterscheidet Luhmann auch zwischen „familiarity“ (mit etwas vertraut sein) und „trust“ (jemanden vertrauen): „Familiarity is an unavoidable fact of life; trust is a solution for specific problems of risk“ (Luhmann 1988, S. 95). Vertrauen trägt mithin entscheidend zur Lösung von Problemen bei. Unter Verweis auf spieltheoretische Überlegungen nimmt Good bezug auf die Problemlösungsfunktion und geht zunächst auf Kooperation als Voraussetzung zur Ausbildung von Vertrauen ein. Kooperation ist demnach abhängig von der Dauer und der Häufigkeit der Interaktion, der Abhängigkeit der Partner voneinander und den möglichen Gewinnen¹⁷⁴ der Akteuren (Good 1988, S. 35f.).

Im Gegensatz zu Good sieht Gambetta als eines der Erkenntnisse der Spieltheorie (besonders des Gefangenendilemmas), daß ohne Kooperation und Vertrauen in die Handlungen eines Anderen nur ein suboptimales Ergebnis erzielt wird (Gambetta 1988, S. 216). Gambetta sieht eine Lösungsmöglichkeit daher auch in verstärkter Kommunikation. Er weist darauf hin, daß es außerdem der Überzeugung bedarf, daß andere Akteure nicht nur an einer Kooperation interessiert sind, sondern, daß man ebenso glaubwürdig in Bezug auf eine Zusammenarbeit

¹⁷³ Vgl. „Gutachten zu den rechtlich verbindlichen Kooperationsmöglichkeiten bzw. Betriebsformen der Krankenhäuser im Landkreis Ravensburg“, S. 14f.

¹⁷⁴ Gegenseitige Abhängigkeit und die Höhe von Gewinnen sind Bedingungen, die sich nach Good aus den Ergebnissen des Trucking-Games ergeben. Aus der Zusammenarbeit zweier Fabrikanten in der Nutzung einer Straße entsteht Vertrauen.

wirkt: „not only to trust others before acting cooperatively, but also to believe that one is trusted *by others*“ (Gambetta 1988, S. 216; Hervorhebung im Original). Das Verständnis von Vertrauen erweitert sich und wird schließlich zu einer subjektiven Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Handlungen: „trust [...] is a particular level of the subjective probability with which an agent assesses that another agent or group of agents will perform a particular action, both *before* he can monitor such action [...] *and* in a context in which it affects *his own* action“ (Gambetta 1988, S. 217; Hervorhebung im Original).

Vertrauen läßt das Individuum mit der Unsicherheit der Handlungen anderer rational umgehen. Voraussetzung ist allerdings, daß das Individuum frei in seiner Wahl von Alternativen und dem Eingehen von Beziehungen ist. Ist diese Freiheit nicht mehr gegeben, dann würde Alter lediglich hoffen können, daß Ego eine bestimmte Handlung vornimmt. Die Freiheit wird nur durch die Zahl der bekannten Alternativen begrenzt; je mehr Alternativen, desto geringer ist der Druck Alter zu vertrauen (Gambetta 1988, S. 219). Die Kehrseite jeglichen Vertrauens ist die Enttäuschung durch Verrat oder Betrug. Letztlich wird es immer von der Situation abhängen, in wie weit Vertrauen entgegengebracht wird. Vertrauen ist mithin in unsicheren Umwelten eine Möglichkeit Umweltbeziehungen zu stabilisieren.

Im übrigen auch eine Voraussetzung für eine effektive Arbeitsteilung. Nur dadurch, daß Alter sich darauf verläßt, daß Ego zu einem bestimmten Zeitpunkt liefert oder eine Arbeit verrichtet, kann Alter selber tätig werden ohne Ego zu beaufsichtigen, beziehungsweise einen Dritten mit der Aufsicht zu beauftragen, was wiederum Ressourcen verbrauchen würde.

Formal ließe sich dies durch Verträge und Versprechungen regeln. Verträge und Versprechen sind kostspielig und deren Befolgung von Interessen und Risiken abhängig sowie von Sanktionsmöglichkeiten bei Nichtbefolgung (Gambetta 1988, S. 221). Interessen können in zwei Richtungen wirken, zunächst werden Handlungen unabhängig von einem bestimmten Grad des Vertrauens und zum anderen wird Verhalten vorhersehbar, wobei Interessen dann die Motive für eine Handlung bezeichnen (Gambetta 1988, S.222).

Kooperation ist eine Voraussetzung zur Entstehung von Vertrauen. Dementsprechend wird dies durch sich wiederholende Ereignisse mit gleichen Ergebnissen gefördert (Good 1988, S. 44). Vertrauen kann es mithin auch nur in Gesellschaften geben, in denen die Individuen gelernt haben zusammenzuarbeiten und dadurch Erfolge erzielen (Gambetta 1988, S. 225). Eine weitere - zumindest - erleichternde Voraussetzung für eine geglückte Kooperation und sich

daraus entwickelndes Vertrauen sind gemeinsame Überzeugungen („beliefs“), die Mißverständnisse reduzieren (Good 1988, S. 46). „Beliefs“ verweisen auf den kulturellen und sozialen Kontext, in dem Interaktion und Kooperation stattfinden. Es geht also auch um Einstellungen der Akteure, die Einfluß auf ihre Problempertzeption hatten. Zunächst wurde durch Kontaktaufnahme Vertrauen aufgebaut.

Oben wurde gezeigt, daß die miteinander in Verhandlungen stehenden Akteure ähnliche Problemwahrnehmungen hatten und die Vertreter des Landkreises und der Stadt Ravensburg in der Privatisierung beziehungsweise der Zusammenarbeit mit einem privaten Anbieter gleiche Lösungsansätze sahen. Gleichzeitig dachten beide Träger über Neustrukturierungen ihrer Krankenhäuser nach. Sie trafen dabei auf die marktwirtschaftlich orientierte Führung des Kloster Reute, die ihre Ideen einer Integration der Leistungsanbieter entwickelte. Um Unterstützung hierfür zu finden, wurden die verschiedenen Gremien besucht und ein möglicher Ausweg aufgezeigt. Die Kommunikation zwischen den Akteuren wurde intensiviert. Es gab im Vorfeld der Krankenhauskonferenz zahlreiche Gespräche zwischen den Akteuren, was allerdings dann in Form der Lenkungsgruppe schließlich institutionalisiert wurde.

Es muß zwischen den Ebenen der jeweiligen Träger unterschieden werden: Zwischen der Geschäftsführung des Kloster Reute und der Führung des Elisabethenkrankenhauses sowie dem Verwaltungsrat in Reute und der Verwaltungsspitze von Landkreis und Stadt Ravensburg (anfänglich auch Weingarten) sowie der Ebene der politischen Gremien Kreistag und Gemeinderat mit den zuständigen Ausschüssen. Diese Unterscheidung ist notwendig, weil die Kommunalparlamente einer Kooperation mißtrauisch gegenüberstanden. Besonders der Führung des Kloster Reute wurde immer wieder unterstellt, es wolle die kleineren Krankenhäuser nur übernehmen, um die eigene Position zu stärken. Außerdem fällt es jedem Kreis- oder Gemeinderat schwer, sich von einer öffentlichen Aufgabe zu trennen oder Dritte mit der Erfüllung zu beauftragen, nicht zuletzt wegen des damit verbundenen Kompetenzverlustes. In der Lenkungsgruppe gab es dieses Mißtrauen nicht. Es mußte mithin versucht werden, gegenüber den Kommunalparlamenten Vertrauen aufzubauen, indem Kontakt gesucht wurde.

Wie schon gesagt, geschah dies einmal durch die Besuche der Vertreter vom Kloster Reute in den Gremien und zum anderen wurden Einrichtungen zur Einbindung der Gemeinde- und Kreisräte geschaffen, in der auch Vertreter und Vertreterinnen des Klosters saßen. Auf diesen Sachverhalt wird weiter unten eingegangen.

6.4 Verständigung und Beginn einer Problemlösung

Bis jetzt wurde festgestellt, daß die vormals informellen Gespräche institutionalisiert wurden und die ehemals losen Kontakte damit vertieft wurden und einen festen Platz in den Terminkalendern der Akteure zugewiesen bekamen. Ebenfalls wurde die Interessenlage zum Zeitpunkt des Eintritts in Verhandlungen gezeigt; es gab sowohl komplementäre als auch kompetitive Interessen. Diese Interessen wurden dem gemeinsamen Ziel einer Kooperation untergeordnet.

Zu Beginn der Verhandlungen stand offenbar schon fest, daß der Landkreis nur sehr geringe Chancen hätte, Geriatriebetten für sein Krankenhaus in Wangen zu erhalten. Der geriatrische Schwerpunkt¹⁷⁵ war vom Land für den Landkreis an das Elisabethenkrankenhaus gelegt worden. Damit wäre eigentlich auch die Aufstellung dieser Betten am EK verbunden gewesen. Die Führung des Kloster Reute hatte aber schon zu verstehen gegeben, daß sie das städtische Krankenhaus Ravensburg für geeigneter hielt. Ein Teil der für den Landkreis vorgesehenen geriatrischen Planbetten wurde am Stephanuswerk in Isny eingerichtet. Eine weitere Splittung wäre nach Aussagen der Gesprächspartner wirtschaftlich nicht sinnvoll gewesen. Somit war ein möglicher Konfliktpunkt zwischen der Stadt Ravensburg und dem Landkreis bereits ausgeräumt, bevor es zu den eigentlichen Verhandlungen kam¹⁷⁶.

Zwei weitere Knackpunkte betrafen das Kloster Reute. Das Kloster war der größte der anfangs vier Partner und verlangte erwartungsgemäß in einer wie auch immer gestalteten Zusammenarbeit entsprechende Rechte. Auf der anderen Seite war eine Minderheitsbeteiligung der kommunalen Seite (Landkreis, Stadt Ravensburg) sowohl für die Führungsspitze, als auch in den politischen Gremien nicht vorstellbar und nicht durchsetzungsfähig. In dieser Frage lag Konfliktstoff. Ein anderer Punkt war die mit einer Kooperation mit weltlichen Organisationen verbundene Aufgabe des Elisabethenkrankenhauses als kirchliche Einrichtung, die angesichts einer über hundertjährigen Tradition, schwerfallen mußte.

Eine Frage, die schon im Gutachten des Landkreises zur Neustrukturierung der Kreiskrankenhäuser aufgeworfen wurde, betraf die Bündelung von Leistungen an den Standorten. Die Krankenkassen wollten ebenfalls eine Spezialisierung durchsetzen. Im Kreistagsbeschluß vom

¹⁷⁵ Pro Landkreis wird ein geriatrischer Schwerpunkt eingerichtet; er ist u.a. für die Verknüpfung von Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten zuständig; vgl. Krankenhausbedarfsplan III, allg. Teil S. 57-62.

¹⁷⁶ Erleichtert wurde der Verzicht möglicherweise durch das Interesse des Zentrums für Psychiatrie Weissenau am Krankenhaus in Wangen psychiatrische Betten einzurichten, um eine bessere wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung im östlichen Kreisteil des Landkreises Ravensburg zu gewährleisten. Bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt (November '97) ist jedoch keine endgültige Entscheidung hierzu gefallen.

23. Januar 1996 wurde die Verwaltung mit der Ausarbeitung einer möglichen rechtsverbindlichen Kooperation beauftragt. Damit wurde der Kreistagsbeschluss vom März '95 weitergeführt, der den Erhalt der Krankenhäuser vorsah, aber eine Neustrukturierung nicht ausschloß.

Die Kreisvertreter in der Lenkungsgruppe hatten aufgrund des Beschlusses vom Januar zwar keinerlei Entscheidungsbefugnis, wurden aber damit vom Kreistag soweit legitimiert, daß sie Gespräche mit den anderen Trägern führen konnten, obwohl sie die Erlaubnis des Kreistages nicht brauchten, weil dies als Geschäft der laufenden Verwaltung eingestuft wurde.¹⁷⁷ Ermutert zu Verhandlungen wurden die Träger vom Geschäftsführer der größten Krankenkasse in Ravensburg, der im Februar seine Forderung nach einer Holding und vernetzter Strukturen wiederholte, denn nur so könnten die dezentralen Standorte erhalten werden.¹⁷⁸

6.4.1 Verständigung und Kompromiß

Benz unterscheidet, und das wird für den weiteren Entscheidungsverlauf auch wichtig sein, idealtypisch zwischen kompromißorientierten und verständigungsorientierten Verhandlungen. Verhandlungen sind dann kompromißorientiert, wenn „alle verhandelnden Akteure von ihren ursprünglichen Standpunkten abgehen und diese in Übereinstimmung bringen, indem ursprüngliche Ziele bzw. Forderungen nur teilweise realisiert werden. [...] Kompromißorientiertes Verhandeln setzt somit hohe Kooperationsbereitschaft der Beteiligten voraus.“ (Benz 1994, S. 122). Dagegen zeichnen sich verständigungsorientierte Verhandlungen durch „[sachbezogenen] Informations- und Meinungsaustausch zwischen diskussionsbereiten, selbstkritischen und lernwilligen Teilnehmern [aus; K.A.]. Argumente gelten nur, soweit ihr Gehalt von allen Teilnehmern als richtig akzeptiert wird. [...] Ausgangspunkt von Argumentationen sind zwar individuelle Interessen, die jedoch nach allgemeingültigen - und das heißt von den Beteiligten als solche anerkannten - normativen Maßstäben überprüft werden“ (Benz 1994, S. 125). Beiden Modi gemeinsam ist der Verzicht auf einen möglichen Abbruch der Verhandlungen. Allerdings treffen sich die Beteiligten bei Kompromißlösungen auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner (Pruitt 1981, S. 137f.).

In verständigungsorientierten Verhandlungen geht es zwar auch um Interessenausgleich, doch wird alles zur Diskussion gestellt. Hierbei begreifen sich die Beteiligten in einem umfas-

¹⁷⁷ Antwort des Regierungspräsidiums Tübingen vom 14.12.95 auf eine entsprechende Anfrage des Landrats. „Das Regierungspräsidium teilt die Auffassung des Landratsamts, wonach Gespräche mit den Trägern der im Landkreis vorhandenen Krankenhäusern in die Zuständigkeit des Landrats als Geschäft der laufenden Verwaltung fallen.“ (Anlage zum Kreistagsprotokoll vom 09.05.1996)

¹⁷⁸ Vgl. Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 15.02.96

senden Prozeß gegenseitigen verstehens neu und kommen dadurch zu neuen Problemlösungen, die durch Kommunikationsprozesse initiiert werden (Benz 1994, S. 126). Auf Verhandlungsmacht wird nicht zurückgegriffen.

6.4.2 Macht

In der Realität wird nicht vollständig auf Macht verzichtet. Bisher wurde dieser Aspekt in der Betrachtung der Verhandlungen ausgeklammert. Macht ist immer ein Teil sozialer Beziehungen (vgl. Kap. 4.2.3). Auch ein unterlegener Partner kann jederzeit Verhandlungen abbrechen oder mit der Exitoption¹⁷⁹ drohen und somit sein begrenztes Machtpotential einbringen. Abhängig wird dies von den möglichen Kosten sein, das heißt wie hoch ein Verzicht auf eigene Positionen im Vergleich zu einem ungewissen Kooperationsgewinn sein wird.

Die Geschäftsführung des Kloster Reute konnte sowohl mit einem Austritt drohen bei weiterer Führung des Elisabethenkrankenhauses als auch mit einem vollständigen Rückzug, wobei das Krankenhaus dann an den Landkreis gefallen wäre¹⁸⁰. Letztere Option wäre die ultima ratio, für den Fall eines nicht weiter tragbaren Defizits. Diesen Schritt mußte der Landrat fürchten, liegt bei ihm doch der Sicherstellungsauftrag. Selber konnte er dagegen nur mit einer Privatisierung drohen, was zu der schon mehrmals angesprochenen Patientenselektion auf Kosten des Elisabethenkrankenhauses hätte führen können. Die Stadt Ravensburg besaß ebenfalls nur diese Möglichkeit, wobei für alle klar war, daß sie die Kosten einer Sanierung tragen mußte und eine Kooperation sich nur auf die Geriatrie beziehen konnte, denn die Weiterführung als Akutkrankenhaus im Krankenhausbedarfsplan wurde vom Land und den Krankenkassen abgelehnt. Um aber Geriatriebetten zu belegen, bedarf es Patienten, die nur aus einem Akutkrankenhaus kommen können.¹⁸¹ Eine Zusammenarbeit mit den umliegenden Krankenhäusern wäre also unumgänglich geworden.¹⁸² Die Stadt Ravensburg hatte somit drei Optionen, entweder mit einem privaten Anbieter oder mit dem Kloster Reute zu kooperieren oder - was politisch im Gemeinderat nicht durchsetzungsfähig gewesen wäre - das Haus ganz zu schließen beziehungsweise nur noch als eine Art Ärztehaus weiterzuführen, wobei sich dann die Frage nach der weiteren Nutzung der Gebäude gestellt hätte, denn die niedergelassenen Ärzte würden nicht alle Räumlichkeiten benötigen.

¹⁷⁹ Vgl. Hirschmann, Albert 1970

¹⁸⁰ Vgl. die Ausführungen des Geschäftsführers der Franziskanerinnen von Reute in der Kreistagssitzung vom 09.05.96, Kreistagsprotokoll

¹⁸¹ Allerdings sollen weiterhin Patient direkt eingewiesen werden können, weil eine sogenannte „Akutgeriatrie“ eingerichtet wird (20 Betten).

¹⁸² Vgl. Interview-Nr. 102, 219, 104

Die Stadt Weingarten würde hingegen bei einer rechtsverbindlichen Kooperation die Selbständigkeit ihres Krankenhauses aufgeben, obwohl es gut belegt war und gegenwärtig keine Investitionen anstehen. Die Kosten eines Beitritts zu einem gemeinsamen Betreibermodell waren somit offensichtlich für die Verantwortlichen angesichts möglicher Nutzen zu hoch, so daß sich in der Verwaltungsspitze und im Gemeinderat vorerst keine Mehrheit für einen Beitritt finden ließ. Es ist daher nur folgerichtig, daß die Gespräche unter diesen Voraussetzungen im April 1996 abgebrochen wurden.¹⁸³

Die Probleme der Organisationen waren im Lenkungsausschuß bekannt und wurden offen diskutiert. Moderiert wurden die Gespräche durch die Krankenkassen, vor allem der größten Kasse in Ravensburg, deren Geschäftsführer auch an einzelnen Sitzungen teilnahm, jedoch immer über den Verhandlungsstand unterrichtet war¹⁸⁴. Im Frühjahr 1996 gab der Lenkungsausschuß verschiedene Gutachten in Auftrag, die unter anderem die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser und Patientenströme beurteilen sollten. Ein Gutachten über die Möglichkeiten der rechtlich verbindlichen Kooperation kam zu dem Schluß, daß eine gemeinsame Betriebsträgergesellschaft in Form einer GmbH am vorteilhaftesten wäre.¹⁸⁵ Die Verhandlungen können mithin als verständigungsorientiert im Sinne von Benz bezeichnet werden und zielten auf integrative Verständigung durch „Problem-solving“.¹⁸⁶

Dies bezog sich auch auf die vom Kloster Reute gewünschte Mehrheitsbeteiligung, die für die Kommunen nicht akzeptabel war, so daß hier ein Kompromiß gefunden werden mußte, was nach den Aussagen aller Beteiligten nicht einfach war. Es gab diesbezüglich verschiedene Überlegungen, die juristisch begründet waren wie zum Beispiel, daß an eine Minderheitsbeteiligung seitens des Kloster Reute mehr Stimmrechte gebunden wären. Man einigte sich schließlich auf die einfachste Lösung, nämlich einer Beteiligung von 50% des Klosters, 45% für den Landkreis und 5% für die Stadt Ravensburg mit entsprechenden Stimmrechten.

¹⁸³ Eigentlich ist das Verhalten des Gemeinderates von Weingarten ein Beispiel dafür, daß gegenwärtiger Nutzen höher bewertet wird, wie ein zukünftiger ungewisser Nutzen (Vgl. Andel 1992, Finanzwissenschaft, S. 86)

¹⁸⁴ Interview-Nr. 102, 219

¹⁸⁵ Vgl. Gutachten zu rechtlichen verbindlichen Kooperationen bzw. Betriebsformen der Krankenhäuser im Landkreis Ravensburg S. 54ff.

¹⁸⁶ Pruitt definiert integrative Verständigung wie folgt: „Problem-solving discussions, in which the parties share information about goals and priorities in search of an option that will satisfy both parties' needs, that is, an integrative agreement“ (Pruitt 1981, S. 91).

6.5 Leitbilder, Gestaltungsoptionen und Überzeugungen

Im Lenkungsausschuß trafen sich die Experten der verschiedenen Träger, denen als Leitbild die Erhaltung der Krankenhäuser und eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung vorgegeben war. Dieses Leitbild mußte nun in eine Gestaltungsoption umgesetzt werden¹⁸⁷. Dazu gab es verschiedene Möglichkeiten, die durch das Gutachten zur Neustrukturierung auf wenige Alternativen eingeschränkt wurden. Handlungsleitend wurden Überzeugungen der Akteure.

6.5.1 „World views“, „Principal Beliefs“ und „Causal Beliefs“

Goldstein und Keohane unterscheiden zwischen „principal beliefs“ und „causal beliefs“ (Goldstein, Keohane 1993). Diese Variablen stellen die Verknüpfung zwischen den Akteuren her. Goldstein und Keohane unterscheiden noch eine weitere Form der Überzeugung, die „world views“ (Goldstein, Keohane 1993, S. 7). Dies sind Grundüberzeugungen, die auf kulturelle Einflüsse zum Beispiel Religionen, zurückgeführt werden können. An ihnen richtet sich das Handeln der Individuen aus. Sie sind leitend für Empfindungen, Loyalitäten und der Konzeption der Wirklichkeit (Goldstein, Keohane 1993, S. 8). Dies war für alle Mitglieder des Lenkungsausschusses die christliche Kultur. Darin trafen sie sich mit den Überzeugungen der Schwestern des Kloster Reute, so daß auf dieser Ebene ein gegenseitiges Verständnis bestand.

„Principal beliefs“ bestehen aus normativen Vorstellungen, die eine Unterscheidung von richtig und falsch, gerecht und ungerecht ermöglichen (Goldstein, Keohane 1993, S. 9). Das Individuum kann mittels „principal beliefs“ seine „world views“ in konkrete Handlungen übersetzen. Schließlich werden von Goldstein und Keohane noch „causal beliefs“ erwähnt. Der Glaube an kausale Zusammenhänge wird hierbei durch allgemein anerkannte Eliten vermittelt (Goldstein, Keohane 1993, S. 10). Dies können Wissenschaftler oder andere Gruppen sein, denen somit auch eine Führung zugeschrieben wird. Hierzu sind die Gutachter zu zählen, die im Auftrag der Lenkungsgruppe tätig wurden. Causal beliefs sind sehr flexibel und können sich durch neue Erkenntnisse rasch ändern.

Die Frage der Möglichkeit zur Abtreibung wurde in den Verhandlungen der Träger in der Lenkungsgruppe ausgeklammert. Ein Erklärungsansatz hierzu sind die „principal beliefs“ der Akteure. In einem katholischen Krankenhaus sind Abtreibungen nach § 218 StGB nicht vorstellbar, außer es käme zu einem Trägerwechsel wie im vorliegenden Fall. Von Seiten der Grü

¹⁸⁷ Diese Begriffe werden von Seibel und Reulen 1996 verwendet.

nen/Bündnis'90 wurde die Forderung erhoben, daß in einer gemeinsamen Trägergesellschaft auch Abtreibungen möglich sein sollten. Bisher gab es an den Kreiskrankenhäusern keine Abtreibung, was als Konsens im Kreistag gilt. Am städtischen Krankenhaus Ravensburg stellte sich die Frage nicht, weil es dort keine gynäkologische Abteilung gab. Die mögliche Brisanz wurde aus den Verhandlungen herausgenommen, in dem einmal die Vertreter von Landratsamt und Stadtverwaltung mit dem Kloster Reute übereinstimmten und zum anderen, weil eine flächendeckende Versorgung im Landkreis Ravensburg als gesichert gilt (in Absprache mit dem Sozialministerium). Sollte das Land je einen erhöhten Bedarf feststellen, dann wird das Prozedere im Landkreis Ravensburg wahrscheinlich wie folgt ablaufen: Der Kreis fragt die gemeinsame Trägergesellschaft, ob sie die Aufgabe übernehmen wolle, die aber lehnt ab und der Landkreis muß somit auf andere Anbieter ausweichen, so daß an Krankenhäusern der Oberschwaben-Klinik weiterhin keine Abtreibungen vorgenommen werden.

6.5.2 Leitideen

Auf der Ebene der „causal beliefs“ wurde den Gutachtern vertraut, die aufgrund der geänderten gesetzlichen Lage und den noch vorhandenen Strukturen Veränderungen forderten. Es wurden Ideen geboren, die scheinbar eine Lösung der Probleme ermöglichten. Goldstein und Keohane unterscheiden drei Wege, wie Ideen die Handlungen der Akteure beeinflussen können:

1. Ideen als handlungsleitende „road maps“;
2. Ideen als verbindendes Element in der Interaktion mit anderen Akteuren;
3. Ideen können sich über Institutionen durchsetzen und diese verändern (Goldstein, Keohane 1993, S. 12f.).

Neue Ideen können sich also auf verschiedenen Wegen durchsetzen. Dies geschieht jedoch in Abhängigkeit von den Akteuren und der Situation. Manchmal kann es sehr lange dauern bis eine Idee von weiteren Akteuren aufgegriffen wird und somit weitere Anerkennung findet. Die Idee eines Verbundes beziehungsweise einer engen Kooperation der Krankenhäuser konnte sich in den Organisationen und der jeweiligen Verwaltungsführung nur auf allen drei Wegen durchsetzen. Im folgenden werden in Anlehnung an Seibel und Reulen *principal beliefs* als Leitideen bezeichnet, während *causal beliefs* Gestaltungsoptionen beziehungsweise Umsetzungsideen genannt werden (Seibel, Reulen 1996, S. 18).

Die Leitidee, die sich im Laufe des Jahres 1995 herausgebildet hatte, war die Verzahnung der allgemeinen Akutkrankenhäuser im Landkreis Ravensburg. Eine Kooperation wurde - wie

gezeigt - seit längerem von der Verwaltungsführung der Stadt Ravensburg gefordert. Lange Zeit konnte sich diese Idee im Gemeinderat nicht durchsetzen. Erst durch Druck vom Sozialministerium und den Krankenkassen, die eine veränderte Struktur und die Herausnahme des Spitals aus dem Krankenhausbedarfsplan forderten, wurde der Boden für eine Zusammenarbeit auch im Gemeinderat bereitet. Es gibt mithin auch äußere Einflüsse, die eine Idee auf ihrem Weg durch die Institutionen zum Durchbruch verhelfen können.

Auf Kreisebene wurde dieser Leitgedanke durch das Gutachten zur Neustrukturierung der Kreiskrankenhäuser gefördert, in dem unter anderem eine engere Kooperation und Spezialisierung gefordert wurde. Aber auch hier mußte die Idee erst reifen. Allerdings führte die Diskussion über das Gutachten und die Ängste der Kreistagsmitglieder aus den vier Standorten der Kliniken vor einer Schließung zu dem Beschluß vom März 1995, alle Kreiskrankenhäuser zu erhalten. Dies implizierte auch eine engere Zusammenarbeit untereinander. In der Führungsgruppe des Kloster Reute wurde schon länger über die Leitidee einer engen Kooperation der Träger nachgedacht. Von den Kostenträgern wurde diese Idee ebenfalls zur Diskussion gestellt.

Die Lenkungsgruppe stellte sich somit im Frühjahr 1996 als eine Expertengruppe dar, die nun an der Umsetzung der Leitidee arbeitete. Seibel und Reulen (1996) weisen daraufhin, daß Politiker Leitideen entwickeln und die Entwicklung von Gestaltungsoptionen Experten überlassen, aber es ist auch möglich, daß Politiker selber zu der Expertengruppe zählen (Seibel, Reulen 1996, S. 19). Auf kommunaler Ebene können dies regelmäßig Wahlbeamte sein, die mit spezifischen Aufgaben, zum Beispiel der Leitung des Krankenhausdezernates, betraut sind und somit eine enge Verknüpfung zwischen der politischen Ebene und der Verwaltungsebene, das heißt der Expertenebene, darstellen¹⁸⁸. Auf seiten des Kloster Reute waren dies deren Geschäftsführer und der Verwaltungsdirektor des Elisabethenkrankenhauses. Die Lenkungsgruppe kann mithin als „epistemic community“¹⁸⁹ bezeichnet werden.

Die Gestaltungsoptionen wurden durch das Gutachten zur Kooperation im Landkreis Ravensburg auf die Betriebsträgersgesellschaft eingeschränkt. Dies war auch Konsens in der Lenkungsgruppe. Fraglich ist nun, warum diese Idee relativ problemlos in den politischen Gremien durchgesetzt werden konnte.

Seibel und Reulen haben nach Erklärungen für den Erfolg von Gestaltungsoptionen anhand der Untersuchung von Verwaltungsreformen in den neuen Bundesländern gesucht. Es wurden dabei sechs Fälle untersucht. Erfolgskriterium war, ob sich die Expertengruppe mit ihren Vorstellungen durchsetzen konnte oder nicht. Danach war sie in drei Fällen erfolgreich, in dreien dagegen nicht. Entscheidend hierfür ist unter anderem die lose und feste Kopplung¹⁹⁰ zwischen Leitidee und Gestaltungsoption (Seibel, Reulen 1996, S. 79ff.). Im vorliegenden Fall konnte sich die Expertengruppe, also der Lenkungsausschuß, ebenfalls durchsetzen.

Zunächst ist der Beschluß des Kreistages für den Erhalt der vier Kreiskrankenhäuser unter dem Vorbehalt der Neustrukturierung eine Restriktion für die Verwaltung, andererseits bleibt damit genug Handlungsspielraum über verschiedene Organisationsänderungen nachzudenken, was auch die Beschlußvorlage vom 28. Dezember 1995 dokumentiert, in der Vorschläge für die Kreiskliniken gemacht wurden¹⁹¹. Ein möglicher Zusammenschluß in einer Gesellschaft wird damit ebenfalls nicht ausgeschlossen.

Die Stadt Ravensburg wurde im Gegensatz dazu in ihrem Handlungsspielraum durch den Gemeinderatsbeschluß vom April 1994 sehr eingeschränkt, denn es wurde darin die Organisationsstruktur vorgeschrieben (Errichtung eines Fertigbaus im Innenhof, Innere Abteilung als Anstaltsabteilung mit 50 Betten, Geriatrie mit 35-40 Betten und eine Praxisklinik mit 10-15 Betten). Jedoch stand auch hier der Erhalt des Krankenhauses im Vordergrund der Überlegungen, so daß die Verwaltung hoffen durfte, bei Änderungen der politischen Vorgaben die Zustimmung für eine andere Struktur zu erhalten. Ein Jahr nach diesem Beschluß änderte sich die Beschlußlage, denn das Land forderte nun die Verlegung der Inneren Abteilung (50 Betten) an das Elisabethenkrankenhaus. Somit mußte nicht nur in der Verwaltung sondern auch in den Fraktionen neu nachgedacht werden. Schon länger wurde an eine Kooperation mit dem EK und eventuell anderen Trägern gedacht, so daß Leitidee und Gestaltungsoption infolge veränderter Rechtslagen (Gesundheitsstrukturgesetz und Bedarfsplanung) immer lockerer wurden. Für die Führung im Kloster Reute war ein Verbund der allgemeinen Akutkrankenhäuser das Ziel. Zunächst hatte man wohl nur an das städtische Krankenhaus Ravensburg gedacht, doch durch die ermunternden Gesten der Krankenkassen und die Einladung des Landrates, ist man sehr schnell zu einer großen Lösung übergegangen. Wobei allerdings auch in diesem Fall die

¹⁸⁸ Als Mitglied des Kreistages (darauf wurde schon hingewiesen), konnte der Oberbürgermeister von Ravensburg die Problematik der Kreiskrankenhäuser vor dem Hintergrund des Heilig-Geist-Spitals in einen größeren Zusammenhang einordnen.

¹⁸⁹ Damit werden „auf Expertenwissen basierende Ideengemeinschaften, die gemeinsame Ziele verfolgen“ (Seibel, Reulen 1996, S. 19, FN 4 mit weiteren Nachweisen) bezeichnet.

¹⁹⁰ Vgl. FN 81 S. 38

¹⁹¹ In dieser Vorlage werden unter anderem Vorschläge zum Ausbau der Kreiskrankenhäuser als Gesundheitszentren gemacht; Vgl. Anlage zum Kreistagsprotokoll vom 23. Januar 1996, S. 6ff.

Gestaltungsoption locker verbunden war mit dem Ziel der Fortführung des EK in Trägerschaft des Kloster oder im Rahmen einer Trägergesellschaft, in der die Ordensgemeinschaft die Mehrheit hätte. Die Gestaltungsoption war also zunächst in allen Fällen nur eine Zusammenarbeit der Träger der Allgemeinkrankenhäuser zur Erhaltung der eigenen Kliniken. Erst durch das Gutachten zu Möglichkeiten einer rechtsverbindlichen Kooperation wurde diese Option konkretisiert.

Dies führte dazu, daß die Mitglieder der Lenkungsgruppe relativ frei über die Möglichkeiten einer Kooperation nachdenken konnten. Als sich schließlich in den Diskussionen die Gründung einer gemeinsamen Betriebsträgergesellschaft herauschälte und aufgrund des Gutachtens allgemein die Rechtsform einer GmbH als sinnvoll erachtet wurde, ging es um die Mehrheitsverhältnisse und Stimmrechte sowie die Überlegung, welche Aufgaben den Organen der Gesellschaft übertragen werden, also auch wie umfassend die Entscheidungsbefugnis der Geschäftsführer sein sollte.

Diese Überlegungen wurden von Anfang an in den Verhandlungen angestellt und zogen sich durch das Frühjahr 1996. In dieser entscheidenden Phase muß nun eine weitere Variable eingeführt werden, die von Seibel und Reulen ebenfalls untersucht wurde - Aufmerksamkeit. In vier der untersuchten Fälle war Aufmerksamkeit beziehungsweise Nicht-Aufmerksamkeit eine erklärende Variable (Seibel, Reulen 1996, S. 83ff.).

Der Jahresanfang 1996 wurde durch die beginnende Diskussion über die Schließung der Geburtshilfen geprägt. Es kam zu einer spontanen Demonstration am 22. Januar in Isny und anschließend zur Bildung von Bürgerinitiativen in Isny und Bad Waldsee (in Leutkirch bestand bereits seit einem Jahr eine Initiative). Die Schwäbische Zeitung füllte sich mit Leserbriefen und schließlich kulminierte der Protest in einem Aktionstag, dem 16. März 1996, an dem in Leutkirch, Isny und Bad Waldsee zeitgleich insgesamt ca. 9.000 Bürger für den Erhalt der geburtshilflichen Abteilungen demonstrierten. Die öffentliche Aufmerksamkeit wurde mithin auf die Organisationsstruktur der Kreiskrankenhäuser gelenkt, nicht aber, jedenfalls in der breiten Öffentlichkeit, auf die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft im Landkreis Ravensburg.¹⁹²

Innerhalb der Lenkungsgruppe wurde Vertraulichkeit beschlossen. In einer kleinen Gruppe läßt sich dies leichter durchsetzen wie in einer großen Gesprächsrunde. So drangen kaum Verhandlungsergebnisse an die Öffentlichkeit. Der Zirkel hatte sich abgeschlossen und konnte in

Ruhe arbeiten. Es war allerdings zu erwarten, daß die Parteien in den politischen Gremien auf ein Mitspracherecht pochen würden. Dementsprechend forderte die SPD im März 1996 die Beteiligung der Kreistagsfraktionen an den Gesprächen der Lenkungsgruppe.¹⁹³

6.6 Ein Netzwerk wird gebildet

Der Lenkungsgruppe gelang es durch gezielte Ausweitung des Kreises der Beteiligten eine größere öffentliche Diskussion zu verhindern. Regelmäßig treffen sich - und dies geschah auch im Frühjahr 1996 - die Fraktionsvorsitzenden des Kreistages und der Landrat zu einem Meinungsaustausch über allgemeine Probleme und wichtige Entscheidungen werden vorab diskutiert.¹⁹⁴ Damit wurde der Kreistag über die Fraktionsvorsitzenden auf informeller Basis im Frühjahr '96 in die Gespräche einbezogen. Wurde in diesem Fall auf eine bereits existierende Gesprächsrunde zurückgegriffen, so wurden auch neue Diskussionskreise installiert.

Die Lenkungsgruppe gründete Anfang Mai eine Arbeitsgruppe, die auf operativer Ebene Vorstellungen für eine Zusammenarbeit entwickeln sollte. Sie stellte eine Verbindung zwischen der Lenkungsgruppe und den jeweiligen innerorganisatorischen Strukturen her. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe waren auf der Ebene unterhalb der jeweiligen Führungsspitze angesiedelt. Sie beschäftigte sich mit der Reorganisation der Verwaltung, wenn es tatsächlich zu einer gemeinsamen Gesellschaft kommen sollte. Ein Ergebnis dieser Gespräche war beispielsweise der vorläufige Stopp eines EDV-Projekts des Landkreises für seine Kreiskrankenhäuser¹⁹⁵.

Nachdem der Grundsatzbeschuß für eine gemeinsame Gesellschaft im Kreistag (9. Mai 1996) gefaßt wurde, wurde ein Koordinierungsausschuß (Krankenhauskommission) gegründet. Dieses Gremium bestand aus der Lenkungsgruppe, je fünf Vertretern des Kreistages, des Gemeinderates der Stadt Ravensburg und des Verwaltungsrates des Kloster Reute, so daß nun auch der Vorstand der Franziskanerinnen (Generaloberin und Generalvikarin) unmittelbar in die Verhandlungen einbezogen wurde. Aufgabe des Koordinierungsausschusses war es, die Arbeitsergebnisse der Lenkungsgruppe zu diskutieren und zu reflektieren. Die Vertreter der kommunalen Parlamente wurden von ihren Fraktionen entsandt. Auch dieses Organ hatte prinzipiell nur informellen Charakter und keine weitergehende Legitimation. Im Gegensatz zum Lenkungsausschuß besaß die Krankenhauskommission jedoch einen Vorsitzenden „Kraft Auto-

¹⁹² Geht man die Zeitungsartikel zu den Krankenhäusern im fraglichen Zeitraum durch, so fällt auf, daß sich nur wenige Berichte mit einer gemeinsamen Betriebsträgersgesellschaft beschäftigen, dagegen sehr viele auf die Geburtshilfen eingehen.

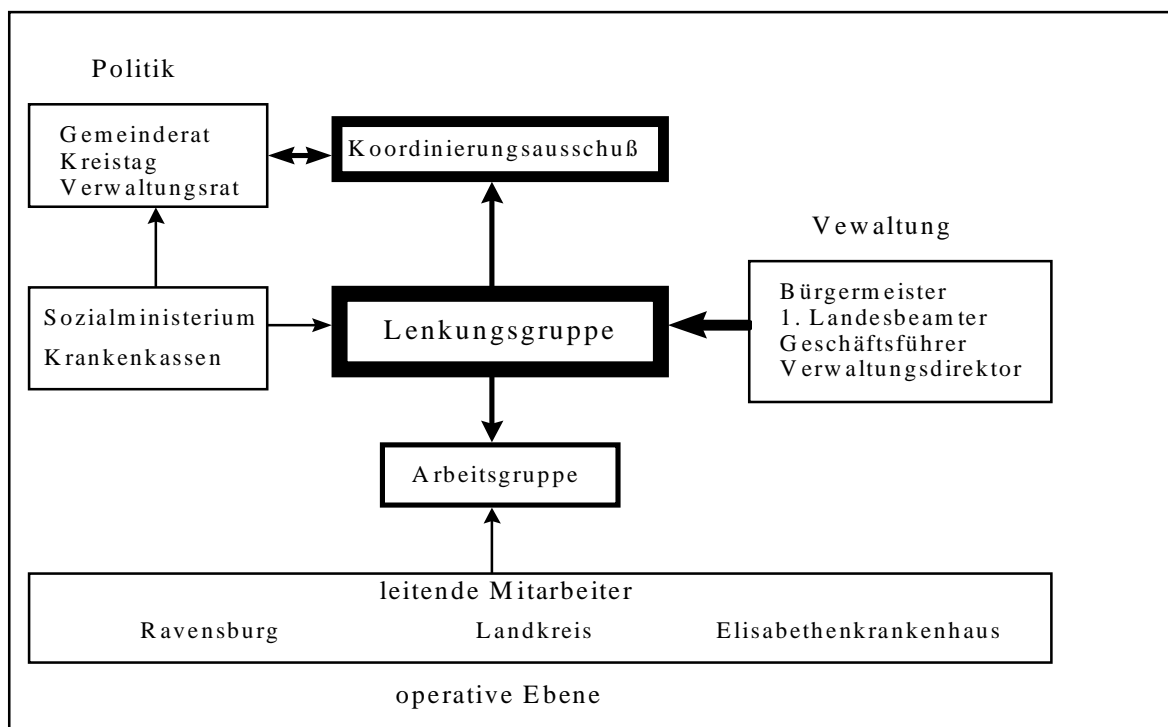
¹⁹³ Vgl. Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach, Leutkirch, Isny) vom 20.03.96

¹⁹⁴ Interview-Nr. 2214

¹⁹⁵ Interview-Nr. 2214

rität“ (Interview-Nr. 2214). Dies war der Landrat. Eine weitere Aufgabe bestand darin die Hauptorgane, also Gemeinderat Ravensburg und Kreistag sowie den Verwaltungsrat im Kloster Reute über den Stand der Diskussion zu informieren.¹⁹⁶ Folgende Graphik soll die Zusammenhänge verdeutlichen

Abbildung 3: Das Netzwerk des Entscheidungsverlaufs



Quelle: eigene Darstellung

Durch die Gründung der Krankenhauskommission und der Arbeitsgruppe lagerten sich weitere institutionalisierte Gesprächskreise an die Lenkungsgruppe an. Es entstand ein Netzwerk, in dem auch die Vertreter der Krankenkassen¹⁹⁷ und des Landes (Sozialministerium) einbezogen wurden. Sie waren über den Verhandlungsverlauf informiert und das Sozialministerium konnte mit dem Versprechen zur Freigabe von Fördermitteln Druck ausüben.¹⁹⁸

Mittels dieses Netzwerkes konnten in einem frühen Diskussionsstadium Probleme aufgegriffen und geklärt werden. Damit wurde auch die benötigte Ruhe und Nicht-Aufmerksamkeit erzielt, die notwendig war, wenn mit einem „sensiblen Partner [...] wie Mutter Kirche“ (Landrat zitiert in der Schwäbischen Zeitung vom 30.10.96) verhandelt werden sollte. Daneben wurden auch die bestehenden Ausschüsse des Kreistages und des Gemeinderates (Sozial- und

¹⁹⁶ Vgl. Interview-Nr. 2214

¹⁹⁷ Vgl. Aussagen des Geschäftsführers der AOK Ravensburg in der Kreistagssitzung vom 23.01.96, Kreistagsprotokoll, in dem auf gemeinsame Gespräche hingewiesen wird, Interview 89.

¹⁹⁸ In den Interviews Nr. 147, 93 und 89 wurde die Vergabe von Investitionsfördergeldern als „Belohnung“ für die nun erfolgte Neustrukturierung bezeichnet, was letztlich bedeutet, daß hier Vorstellungen des Landes verwirklicht wurden.

Krankenhausausschuß Kreistag und Sonderausschuß städt. Krankenhaus Ravensburg) über die Verhandlungen und die Ergebnisse der Gutachten informiert.

Dieser Ausschluß von Öffentlichkeit brachte einen weiteren Vorteil für die handelnden Akteure, denn sie wurden flexibler in den Verhandlungen. Benz sieht deswegen in nicht-öffentlichen Verfahren nicht nur ein Mittel der Akteure sich der Kontrolle durch die repräsentierte Organisation - in diesem Fall den politischen Gremien - zu entziehen, sondern gleichzeitig eine Erweiterung des Handlungsspielraums zu erreichen (Benz 1994, S. 188)¹⁹⁹. Dies kann auch in Netzwerken geschehen. Netzwerke sind nicht so einschränkend wie Hierarchien und nicht so unkoordiniert wie Märkte, das heißt sie bilden einen Mittelweg und ermöglichen trotzdem koordiniertes Handeln (Mayntz 1996, S. 13).

Eine einheitliche Definition für Netzwerke zu finden ist schwierig. Sehr viele Begriffe werden hierbei verwendet: politisches Netzwerk, lokales Netzwerk, Unternehmensnetzwerk, strategisches Netzwerk und viele weitere²⁰⁰. Gemeinsam ist allen zumindest die stabile Zusammenarbeit von Akteuren über einen bestimmten Zeitraum hinweg. Als generelle Vorbedingung zur kollektiven Entscheidungsfindung nennt Mayntz hierfür „die Fähigkeit, ohne Zwang verantwortungsbewußt zu handeln“ (Mayntz 1996, S. 12). Erleichtert wird dies, wenn die Zahl autonom Handelnder beschränkt ist. Es kann dann durch Verhandlungen zu einem Interessenausgleich (Bargaining) oder zum Problem-solving kommen, das heißt einem „kooperativen Zusammenwirken im Interesse eines Systems“ (Mayntz 1996, S. 18). Stabilisiert wird dieses System durch allseits anerkannte Regeln, die eine Einschränkung der Handlungsautonomie der Akteure zur Folge haben (Mayntz 1996, S. 19).

Nach der Betrachtung verschiedener Untersuchungen zu Netzwerken, geben Kenis und Schneider folgende Definition: „Policy Networks should [...] be understood as those webs of relatively stable and ongoing relationships which mobilize dispersed resources so that collective (or parallel) action can be orchestrated toward the solution of a common policy problem“ (Kenis, Schneider 1991, S. 36). Die beiden Autoren nennen als Gründe, die zur Entwicklung von Netzwerken führen können unter anderem eine zunehmende Interdependenz und Komple-

¹⁹⁹ „Der Grund [...] liegt nicht allein im Bestreben der Kooperationspartner, sich einer Kontrolle durch ihre Organisation zu entziehen. Öffentliche Verfahren erzeugen eine „höhere Verpflichtung gegenüber bestimmten Positionen“ (Luhmann, Legitimation durch Verfahren, 1969, S. 189) und beschränken dadurch die Flexibilität der Verhandlungspartner. Diese Beschränkung wollen Kooperationspartner vermeiden und verhandeln deshalb in nicht-öffentlichen Verfahren, die ihnen größere Handlungsspielräume gewähren“ (Benz 1994, S. 188; FN 24; Hervorhebung im Original).

²⁰⁰ Vgl. Kenis/Schneider 1991; Mayntz 1996; Sydow 1992

xität sozialer und politischer Geschehnisse.²⁰¹ Mayntz weist auf auf eine Untersuchung von Hollingsworth (1990) hin, der zeigte, daß US-Unternehmen auf die Kartellgesetzgebung und unsichere Märkte mit horizontaler und vertikaler Integration reagierten (Mayntz 1996, S. 8). Netzwerke dienen mithin auch der Verringerung von Unsicherheit.

Die Interdependenz von Bedarfsplanung, Bettenabbau und Budgetierung wird von den Akteuren unter anderem als Ursache für die Kooperationsbereitschaft der Träger und der in ihnen tätigen Akteure gesehen, weil eine sogenannte „Kirchturmspolitik“ keine dauerhafte Lösung der Probleme ergeben hätte, das heißt weiterhin hätte Unsicherheit über die Zukunft der Krankenhäuser bestanden.

Die Kooperation hatte zu diesem Zeitpunkt (etwa Anfang Mai) einen eigenen Stellenwert erhalten, der es den Akteuren schwer machte die Verhandlungen abubrechen. Bis zu dem Grundsatzbeschluß des Kreistages einer gemeinsamen Betriebsträgergesellschaft zuzustimmen und die Verwaltung mit weiteren Verhandlungen zu beauftragen, traf sich die Lenkungsgruppe alle 2 bis 3 Wochen. Aus den Tagungsordnungspunkten geht unter anderem hervor, daß beispielsweise auch Vorlagen für den Kreistag diskutiert wurden.²⁰² Es fand bereits eine sehr enge Abstimmung zwischen den Beteiligten statt.

Im Frühjahr zeigen sich auch die Krankenkassen immer mehr an einer Betriebsträgergesellschaft aller Akutkrankenhäuser interessiert. Noch vor der Kreistagssitzung am 9. Mai wird eine Untersuchung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bekannt. Der MDK untersuchte 22 medizinische Leistungsbereiche und kam zu dem Ergebnis, daß sich in 20 Bereichen Leistungen bündeln ließen. Betont wurde die Notwendigkeit einer derartigen Zusammenfassung aus wirtschaftlichen Gründen und einer verbesserten Qualität der Leistung aufgrund erhöhter Fallzahlen²⁰³. Somit wurden die Bestrebungen der Krankenhausträger argumentativ durch die Kostenträger unterstützt. Bisher galt als Lehrmeinung²⁰⁴, daß Kliniken unter 100 Betten unwirtschaftlich seien. Diese Marke würden die drei kleineren Krankenhäuser nach dem Strukturbeschluß des Kreistages und den Absprachen mit dem Sozialministerium

²⁰¹ Daneben nennen Kenis und Schneider folgende Gründe: Entstehung der organisierten Gesellschaft; zunehmende funktionale Differenzierung; zunehmende Zahl politischer Akteure; staatliche Interventionen „policy growth“; Dezentralisierung und Fragmentierung des Staates; verwischen der Grenzen von staatlichen und privaten Akteuren; der Staat bei der Erfüllung verschiedener Aufgaben auf private Akteure angewiesen; Globalisierung (Kenis, Schneider 1991, S. 34-36).

²⁰² Einladung zu Sitzungen der Lenkungsgruppe vom 01.03.96, in der vier Termine festgelegt wurden mit den jeweiligen TOP, darunter für den 03.04.96 als TOP Vorlagen für den Kreistag.

²⁰³ Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 02.05.96

²⁰⁴ Interview-Nr. 1030, mit Verweis auf sogenannte „Stand-alone-Betrachtungen“

unterschreiten (Bad Waldsee 90, Isny 85, Leutkirch 90 Betten). Die Quintessenz dieses Gutachtens liegt darin, daß durch Bündelung von Leistungen, aber auch deren Verlagerung, die kleineren Krankenhäuser - dann mit speziellen Angeboten ausgestattet - wirtschaftlicher arbeiten könnten und mithin eine Überlebenschance erhalten würden. Genau dies aber entsprach den Ideen der Akteure und den Vorstellungen, die der Geschäftsführer der größten Krankenkasse in Ravensburg etwa ein Dreivierteljahr zuvor äußerte.

Schließlich einigten sich die Krankenhausträger bereits im Frühjahr 1996 auf die Beteiligungsverhältnisse von 50% für das Kloster Reute, 45% Landkreis Ravensburg und 5% Stadt Ravensburg²⁰⁵. Mit den Beschlüssen des Kreistages vom 23. Januar und 9. Mai 1996 sowie dem Gemeinderatsbeschluß vom 1. Juli 1996 wurden die Eckdaten für die zukünftige gemeinsame Gesellschaft gesetzt und den Verhandlungen der drei Krankenhausträger zugestimmt. Diese Eckdaten bedeuteten einen Abbau von 126 Betten in den Kreiskrankenhäusern (KKH Bad Waldsee -33, KKH Isny -15, KKH Leutkirch -25, KKH Wangen -53) sowie die Schließung der geburtshilflichen Abteilungen in den kleineren Kliniken. Für das städtische Krankenhaus Ravensburg wurde festgelegt, daß es als Schwerpunkt der geriatrischen Versorgung ergänzt um Gesundheitsdienstleistungen (zum Beispiel Praxisklinik) geführt werden soll. Dem Gemeinderat wurde hierzu eine Erklärung der AOK Allgäu-Oberschwaben vorgelegt, in der sich die AOK bereiterklärte einen Versorgungsvertrag über 60 geriatrische Betten nach § 111 SGB V mit der Stadt Ravensburg abzuschließen; dem würden sich auch die anderen Kostenträger anschließen²⁰⁶. Die Verwaltung wurde aufgefordert darüber Verhandlungen aufzunehmen. Gleichzeitig wurde die Errichtung einer rechtsfähigen Stiftung „Heilig-Geist-Spital Ravensburg“ beschlossen, die die Gebäude des Spitals übernehmen und sanieren soll. Außerdem wurden die Verwaltungen von den jeweiligen Kommunalparlamenten aufgefordert einen Gesellschaftervertrag mit den Franziskanerinnen von Reute auszuarbeiten.

Implizit läßt der Beschluß des Gemeinderates - und im Kreistagsprotokoll vermerkte entsprechende Äußerungen - den Schluß zu, daß ebenfalls im späten Frühjahr, Frühsommer 1996 feststand, daß die Immobilien weiterhin im Besitz der bisherigen Träger bleiben sollten. Die Franziskanerinnen von Reute hatten dies bereits in ihrem Angebot an die Stadt Ravensburg vom Herbst 1995 gefordert, wenn es zu einer gemeinsamen Betreiberlösung kommen sollte.²⁰⁷

²⁰⁵ Vgl. Gemeinderatsprotokoll der Stadt Ravensburg vom 01.07.96 und Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 02.07.96

²⁰⁶ Vgl. Gemeinderatsprotokoll vom 01.07.96

²⁰⁷ Der Verbleib der Immobilien bei den Trägern wurde seitens der Franziskanerinnen wohl auch nie in Frage gestellt, denn letztlich ging es auch um kirchliches Vermögen; Interview-Nr. 1217

Der Landkreis stand an den Kliniken in Bad Waldsee und Leutkirch vor ähnlich umfangreichen Sanierungen wie die Stadt Ravensburg am städtischen Krankenhaus, so daß im Hinblick auf Fördermittel des Landes der Verbleib der Immobilien beim Kreis zu erwarten war.

Im Gegensatz zu den Vertretern der Kommunen, mußten die Franziskanerinnen im Frühjahr noch keinen Grundsatzbeschluß fassen, weil hier die entsprechenden Organe, also der Verwaltungsrat und der Vorstand genügend Handlungsspielraum besaßen, um die Verhandlungen fortzuführen. Es war jedoch notwendig, daß das bischöfliche Ordinariat eingeschaltet wurde und über den Stand der Diskussionen informiert wurde. Diese Notwendigkeit ergibt sich rein formal aus der Tatsache, daß die Gemeinschaft der Franziskanerinnen von Reute e.V. der Aufsicht des Bischofs unterstehen. Außerdem verlangen die Satzung der Ordensgemeinschaft und kirchenrechtliche Bestimmungen eine Unterrichtung des Bischofs. Somit waren bis zum Sommer bereits alle relevanten Institutionen eingeschaltet. Auf allen Ebenen, wenn auch unter Ausschluß der Öffentlichkeit, wurde die Möglichkeit eines Zusammenschlusses geprüft. Es galt nunmehr die beschlossenen Maßnahmen umzusetzen, das heißt einen Gesellschaftsvertrag auszuarbeiten und mit der Organisation der Verwaltung zu beginnen. Die Akteure traten in die dritte Phase des Entscheidungsverlaufs ein.

7. Die Kooperation wird perfekt gemacht (Juli '96 - Dezember '96)

Im Herbst 1996 mußten noch zahlreiche Entscheidungen getroffen und Verhandlungen geführt werden, bis schließlich Mitte Dezember als letztes Gremium der Gemeinderat der Stadt Ravensburg dem Gesellschaftervertrag und der Errichtung einer Stiftung zustimmte. Es galt nun die im Sommer beschlossenen Maßnahmen in einer dritten Entscheidungsphase umzusetzen. Hierbei geht es weiterhin nur um eine Betrachtung der strategischen Ebene. Das operative Geschäft und die weitere Planung der Strukturen wurde der neugegründeten Gesellschaft überlassen, jedoch bedürfen die ausgearbeiteten Vorschläge, je nachdem wie weitreichend, der Zustimmung des Aufsichtsrates beziehungsweise der Gesellschafterversammlung (s. Anlage 1 Gesellschaftsvertrag).

7.1 Abstimmung im Netzwerk

Die notwendigen Diskussionsrunden zur Abstimmung der Interessen waren installiert und dienten den weiteren Verhandlungen. Sie wurden im vorigen Abschnitt dargestellt, so daß im folgenden nicht näher darauf eingegangen werden muß. Mit den unterschiedlichen Gremien

gelang eine soziale Einbettung der Beziehungen. Die Akteure hatten sich auf die gegenseitig Respektierung der Interessensphären und - dies ist wichtig in Bezug auf die Franziskanerinnen - organisatorischen Identitäten geeinigt, was Mayntz als eine Voraussetzung zur Entstehung von Dauerbeziehungen betrachtet (Mayntz 1996, S. 20). Mit der Ausbildung dieses Netzwerkes kann man die Vermutung von Mayntz bestätigen, daß sich „aus der [...] Spannung zwischen Interessenausgleich und Problemlösung eine Tendenz zur institutionellen Differenzierung zwischen Arenen oder Gremien resultieren, in denen entweder die eine oder die andere Orientierung legitim dominiert“ (Mayntz 1996, S. 23). Weiterhin sieht sie darin auch eine Möglichkeit, „durch die eine Problemlösungsorientierung auch bei potentiell negativ betroffenen Entscheidern dominant werden kann“ (Mayntz 1996, S. 23). Weiterhin spricht für die Bildung dieser Gremien, daß somit auch rein optisch dem Eindruck der Exklusivität kleiner Gesprächszirkel entgegengewirkt werden konnte.

Benz sieht in abgeschlossenen Gruppen die Gefahr der Verselbständigung von Entscheidungen, die „unter dem Vorbehalt der selektiven Aufmerksamkeit und Interessenberücksichtigung“ (Benz 1994, S. 165) stehen. Die Durchsetzung von Entscheidungen, die unter dem Zustimmungsvorbehalt von weiteren Gremien stehen, ist dann gefährdet. Den Hauptorganen von Stadt und Kreis konnte jedoch durch die Einbindung in den Koordinierungsausschuß die Teilhabe an Entscheidungsprozessen, zumindest in den Mehrheitsfraktionen (CDU, SPD, FWV), vermittelt werden.

Vorschläge der Lenkungsgruppe, die in der Krankenhauskommission nochmals diskutiert wurden, beurteilten die Kreis- und Gemeinderäte unter dem Aspekt der Bedeutung für „ihr“ Krankenhaus, was jedoch legitim ist, wenn man berücksichtigt, daß Kreis- und Gemeinderäte die Interessen ihrer Bürger (Wähler) vertreten sollen (§ 26 Abs. 3 LKrO BW, § 32 Abs. 3 GemO BW) und schließlich sollten Entscheidungsbefugnisse der Kommunalparlamentarier auf die zu gründende Gesellschaft übertragen werden. Die Bürgerinitiativen befürchteten ebenfalls eine Auszehrung der kleineren Krankenhäuser zugunsten der Standorte in Ravensburg und Wangen.²⁰⁸

²⁰⁸ Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 18.06.97, in der die Grünen einen zu geringen Einfluß der Stadt Ravensburg auf Entscheidungen der BTG befürchteten, weil ihre Beteiligung zu gering sei; ebenfalls befürchteten die Kreis-Grünen eine Auszehrung der KKH Bad Waldsee, Isny und Leutkirch (Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 10.07.96); desgleichen die Bürgerinitiativen (Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 29.07.96); Brief der BI Isny an den Landrat vom 21.10.96; die ÖTV beklagte mangelnde Informationen (Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 17.10.96)

7.2 Cosmopolitans und Locals - andere Begriffe, gleiche Akteure: ein Mehrebenenproblem

Dies führt zu einer weiteren Charakterisierung der Akteure in dem nun erweiterten Kreis der Handelnden. Es sei nochmals betont, daß sowohl der Landkreis, die Stadt Ravensburg als auch die Gemeinschaft der Franziskanerinnen aus mehreren Entscheidungsebenen bestehen, der Verwaltungsführung und den Kommunalparlamenten beziehungsweise Geschäftsführung und Verwaltungsrat. Weiter oben wurde die Lenkungsgruppe als „epistemic group“ bezeichnet, weil in ihr Experten vertreten waren. Synonym dafür läßt sich der Begriff des „Professional“ verwenden, der im hier verwendeten Verständnis einen Typus bezeichnet, der sich über sein Wissen definiert und seine Bestätigung in der fachlichen Anerkennung von Kollegen anderer Organisationen findet und dementsprechend sich auch außerhalb seiner angestammten Organisation orientiert.²⁰⁹

Blau und Scott maßen eine professionelle Orientierung an zwei Kriterien: „(1) commitment to professional skills as indicated by some graduate training in social work, and (2) orientation to professional reference groups outside the agency“ (Blau, Scott 1970, S. 66). Dieser Typ wurde als „Cosmopolitan“ bezeichnet. Demgegenüber stehen die sogenannten „locals“. Sie sehen sich eher ihrer Organisation verpflichtet und vertreten deren Interessen. Damit sind Verhandlungslösungen schwieriger zu erreichen. Gouldner hat 1957 diese Handlungsorientierungen folgendermaßen definiert: „[Cosmopolitan was; K.A.] low on loyalty to the employing organization, high on commitment to specialized role skill, and likely to use an outer reference group orientation“; ein „local“ dagegen: „high on loyalty to the employing organization, low on commitment to specialized role skill and likely to use an inner reference group“ (Gouldner 1957, S. 290). Mayntz sieht für Problemlösungen ebenfalls eine größere Chance, wenn „Cosmopolitans“ an den Verhandlungen teilnehmen (Mayntz 1996, S. 24).

Blau und Scott verbinden mit diesen Handlungsorientierungen ganz persönliche Motive beziehungsweise Interessen der Akteure. Professionell orientierte Akteure hoffen demnach eine ihren Fähigkeiten und ihrem Ehrgeiz angemessene Position zu erreichen und sind deswegen eher zu einem Wechsel in eine andere Organisation bereit. Hingegen sind „locals“ weniger in ihrem Beruf ambitioniert und versuchen die Erwartungen der Organisation zu erfüllen, der sie sich verpflichtet fühlen, das heißt ihre Identifikation mit der Organisation ist wesentlich höher

²⁰⁹ Vgl. Mayntz 1996, S. 24

(Blau, Scott 1970, S. 71). Mithin können „Cosmopolitans“ an der Gründung einer neuen Organisation mitarbeiten, um an deren Spitze die eigenen Vorstellungen zu verwirklichen.

Die als „Professionals“ bezeichneten Mitglieder der Lenkungsgruppe mußten auf Wählerwünsche nur insofern Rücksicht nehmen, als daß Entscheidungsvorschläge eine Mehrheit in den Gremien fanden. Ein Interesse am Gelingen der Verhandlungen kann man dem Verwaltungsdirektor, dem Geschäftsführer und dem Krankenhausdezernenten unterstellen, konnten sie doch dann hoffen Geschäftsführer der neuen Gesellschaft zu werden. Der 1. Landesbeamte und der 1. Bürgermeister zeigten hieran keine allzu große Interessen, aber mit der Lösung der Krankenhausproblematik konnten auch sie an Reputation gewinnen.

Nachdem die Mitglieder der Lenkungsgruppe als „Cosmopolitans“ bezeichnet wurden, lassen sich die Vertreter des Kreistages und des Gemeinderates nun als „locals“ charakterisieren. Die fünf Vertreter und Vertreterinnen des Kloster Reute²¹⁰ im Koordinierungsausschuß können in diesem Zusammenhang vernachlässigt werden. Diese bildeten die unmittelbare Führung der Franziskanerinnen und es ist zu erwarten, daß sie sich in enger Abstimmung mit dem Geschäftsführer und des Verwaltungsdirektors an den Diskussionen beteiligen würden.

Öffentlich bekannt gewordene Kritik wurde denn auch von den Mitgliedern der kommunalen Gremien und den Bürgerinitiativen geübt. Das Verhalten der Kreistagsmitgliedern läßt sich wie folgt erklären. Es gab ideologische Gründe, die besonders in der Abtreibungsfrage zum Vorschein kamen²¹¹. Zum zweiten sahen sich Kreisräte aus den Orten der kleineren Kreiskrankenhäuser dem Druck der Bürgerinitiativen ausgesetzt und sie verstanden sich daher auch als Anwälte „ihrer“ Kliniken.²¹² Im Gegensatz zu den Kreisräten, gibt es keine grundsätzliche Ablehnung durch die Gemeinderäte aus Ravensburg, wobei hier ein über Jahre dauernder Lernprozeß stattfand, in dem erkannt wurde, daß das Heilig-Geist-Spital in alleiniger Trägerschaft der Stadt nicht länger zu halten sein würde.²¹³ Bedenken gab es jedoch hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse. Es wurde eine Majorisierung der Stadt durch den Landkreis und das Kloster befürchtet, die letztlich doch zu einer Schließung führen könnte.²¹⁴ Also auch bei den Vertretern des Gemeinderates der Stadt Ravensburg standen primär die organisationalen Interessen

²¹⁰ Es handelte sich hierbei um den Superior, die Generalvikarin, die Generaloberin, also den Vorstand der Franziskanerinnen, desweiteren die Generalrätin, die Generalökonomin und eine Oberin.

²¹¹ Dies galt vor allem für die Bündnis'90/Die Grünen, Vgl. Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 24.10.96

²¹² Interview-Nr. 147

²¹³ Interview-Nr. 104

²¹⁴ Gemeinderatsprotokoll vom 01.07.97; Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 10.07.96

im Vordergrund; man fühlte sich eher der eigenen Organisation verbunden. Bei aller Banalität sollte schließlich nicht vergessen werden, daß die Mitglieder der kommunalen Gremien gewählt wurden und sich somit auch einer Erwartungshaltung ihrer Wählerschaft gegenübersehen. Downs hat die an den Wünschen der Bürger ausgerichteten Handlungsorientierungen ausreichend dargestellt und begründet.²¹⁵

Trotzdem konnten sich die „Professionals“ durchsetzen und im Kreistag und Gemeinderat die gewünschten Mehrheiten erreichen. Mayntz nennt drei Gründe, warum es zur Problemlösung kommen kann: „(1) lockere Kopplung in Mehrebenensystemen, (2) der [...] Differenzierung von primären Identifikationen und Handlungsorientierungen und (3) der Definitionsbedürftigkeit von strategischen Interessen, die eine Chance bietet, daß bei Verhandlungen in Policy-Netzwerken der Ausgleich divergierender Interessen der beteiligten Entscheider in den Hintergrund tritt gegenüber dem Versuch, eine sachlich adäquate Problemlösung zu finden“ (Mayntz, Renate 1996, S. 25-26). Im folgenden sollen diese drei Punkte auf die drei Träger angewendet werden. In Abschnitt 6.5.1 (S. 93) wurde bereits auf die lose Kopplung von Leitbild und Gestaltungsoption eingegangen. Eine weitere lose Kopplung findet sich im Verhältnis von Kreistag und Landratsamt zwischen Gemeinderat und Rathaus sowie Vorstand/Verwaltungsrat und Generalkapitel der Franziskanerinnen. Der Punkt zwei in der Aufzählung von Mayntz wurde in den vorangegangenen Abschnitten erläutert, so daß darauf nicht nochmals eingegangen wird.

Der Kreistag und der Gemeinderat können der Verwaltung genaue Vorgaben machen und damit deren Handlungsspielraum einschränken. Durch die Interpretation der Verhandlungen mit anderen Krankenhausträgern als „Geschäft der laufenden Verwaltung“ gelang es dem Landrat und seinem Stellvertreter sich die notwendigen Freiräume zu schaffen. Diese Frage wurde seitens des Landratsamtes Ravensburg in einer Anfrage an das Regierungspräsidium Tübingen bereits im Dezember 1995 geklärt. Das Regierungspräsidium teilte mit Schreiben vom 14. Dezember 1995 die Auffassung des Landrates²¹⁶. In Verbindung mit dem Beschluß vom 16. März 1995 hatte der Landrat somit die notwendige Freiheit, um in Verhandlungen mit anderen Trägern zu treten.

²¹⁵ Downs, Anthony; 1968, Ökonomische Theorie der Demokratie, Mohr, Tübingen

²¹⁶ Nach § 42 LKrO BW ist der Landrat für den ordnungsgemäßen Gang der Verwaltung verantwortlich. In Absatz 2 wird bestimmt, daß er in „eigener Zuständigkeit die Geschäfte der laufenden Verwaltung“ erledigt.

Die Verwaltungsspitze der Stadt Ravensburg konnte sich prinzipiell auf den gleichen Sachverhalt stützen (§ 44 Absatz 2 Satz 1 GemO BW).²¹⁷ Doch wurde die lockere Kopplung dadurch erreicht, daß der Gemeinderat befürchten mußte, daß das städtische Krankenhaus geschlossen würde. Die Signale aus dem Sozialministerium waren so eindeutig, daß an eine Fortführung als Akutkrankenhaus nicht mehr zu denken war und somit nur noch der Versuch unternommen werden konnte, mittels der Geriatrie und der Praxisklinik ein Gesundheitsangebot in der Stadtmitte zu erhalten. Die Frage der Trägerschaft war davon ebenfalls berührt, so daß der Verwaltung eine weitergehende Abklärung ermöglicht wurde. Die Stadt nahm daher Kontakt zu mehreren Anbietern auf, und unter anderem wurde das Gesprächsangebot des Kloster Reute angenommen. Nach dem Grundsatzbeschluß vom 1. Juli 1996 konnten die Verhandlungen zielstrebig fortgeführt werden.

Die Franziskanerinnen von Reute haben aufgrund ihrer Organisationsstruktur (vgl. Kapitel 3.3.1) einen größeren Handlungsspielraum besessen. Zurückgehend auf einen Beschluß des Generalkapitel aus dem Jahre 1990, konnte die Führung des Kloster Reute „sinnvolle Wege für die Einrichtungen suchen“ (Interview-Nr. 1217). Damit wurde der Handlungsspielraum erweitert. Begründet wurde dies damit, daß nicht zu jeder Entscheidung das Generalkapitel einberufen werden kann, dies außerdem zu Verzögerungen führen würde. Ein turnusmäßig stattfindendes Generalkapitel hat im Oktober 1996 den eingeschlagenen Weg zur Gründung einer gemeinsamen Gesellschaft bestätigt. Der Verwaltungsrat konnte über seine Vertreter im Koordinierungsausschuß die Verhandlungen begleiten. Gab es hinsichtlich der Organisationsstrukturen einen Freiraum, so war der Inhalt beziehungsweise der Zweck an das christliche Leitbild fest gekoppelt.²¹⁸ Daran war auch die Zustimmung des Bischofs geknüpft.

In bezug auf den dritten Punkt von Mayntz, die Definitionsbedürftigkeit strategischer Interessen, wurde bereits auf die lockere Kopplung des Leitbildes mit der Gestaltungsoption für alle Träger eingegangen. Die Träger aller beteiligten Akutkrankenhäuser wollten eine ausreichende Gesundheitsversorgung gewährleisten beziehungsweise die Kliniken erhalten und ihre jeweiligen Zuschüsse zum Ausgleich des Defizits senken. Letztlich reduzierte sich das strategische Interesse darauf, daß jeweilige Krankenhaus zu erhalten und in einer Trägergesellschaft bot sich die Möglichkeit im Gesellschaftsvertrag Mitspracherechte festzulegen. Eine „Politik des Hauses“ und damit eine feste Kopplung zwischen den Gremien und der Verwaltungsführung,

²¹⁷ Im Interview-Nr. 104 es wurde bereits darauf hingewiesen, daß die Aufgabe der Verwaltung in der Erarbeitung von Alternativvorschlägen gesehen wurde, dies umfaßt auch Verhandlungen.

²¹⁸ Vgl. Interview-Nr. 1217

die bindende Vorgaben für die handelnden Akteure der Kommunen machte, läßt sich dann identifizieren, wenn man die Beschlüsse des Kreistages und des Gemeinderates zur Erhaltung der Kliniken zugrundelegt.²¹⁹ Allerdings blieb dabei noch genügend Spielraum für eine Neustrukturierung, außerdem war dies immer auch abhängig von den Entscheidungen des Sozialministeriums und der Krankenkassen.

Es gab im Kreistag Versuche, eine Bestandsgarantie für die damaligen Strukturen zu erreichen. Dies hätte der Verwaltung den benötigten Handlungsspielraum genommen. Dies konnte der Landrat verhindern, in dem er auf die Krankenhausbedarfsplanung des Landes, die Krankenkassen und die finanziellen Konsequenzen solch einer Entscheidung hinwies; somit eine derartige Garantie nicht von Bedeutung wäre.²²⁰

Der Einfluß der Krankenkassen wurde im Herbst '96 nochmals öffentlich deutlich, als sie eine Übernahme des Kreiskrankenhauses Isny durch die Stadt Isny ablehnten und mit der Streichung im Bedarfsplan drohten.²²¹ Letztlich hat aber auch ein Gutachten im Auftrag der Stadt Isny davon abgeraten. Demgegenüber wurde schon frühzeitig von den Kassen ein Signal an die Krankenhausträger gegeben, daß es im Falle der gemeinsamen Gesellschaft keine weiteren Probleme bei einem Trägerwechsel (neuer Bewilligungsbescheid, § 25 LKHG BW) geben würde.

Um zurückzukommen auf die drei Punkte von Mayntz, so lassen sie sich in diesem Fall um einen vierten Punkt ergänzen, der für die Diskussionen im zweiten Halbjahr 1996 von Bedeutung scheint. In der Krankenhauskommission wurde das Mehrebenenproblem, das heißt die unterschiedlichen Interessen von Verwaltungsführung und Gemeinderats- und Kreistagsmitgliedern, aufgehoben, weil Vertreter der verschiedenen politischen Gremien und die jeweilige Führungsspitze darin Mitglied waren. Die Mitglieder der Kommission waren gleichberechtigt. Dadurch konnten Probleme aufgegriffen und bevor sie an die Öffentlichkeit gelangten diskutiert werden. Man muß jedoch immer berücksichtigen, daß diese Gremien prinzipiell keine Entscheidungsbefugnis hatten, die weiterhin bei den Kommunalvertretungen lag.

²¹⁹ Vgl. Mayntz 1996, S. 25

²²⁰ Vgl. Kreistagsprotokoll vom 16.03.95

²²¹ Die Stadt Isny hatte sich überlegt das Kreiskrankenhaus vom Landkreis zurückzukaufen, um damit mehr Einflußmöglichkeiten auf dessen Struktur zu gewinnen. Wenn man von der finanziellen Problematik absieht, an der das Vorhaben in Zeiten knapper Kassen vermutlich gescheitert wäre, dann bleibt das Problem des § 25 LKHG. Bei einem Trägerwechsel muß der Landeskrankenhauseusschuß einen erneuten Bewilligungsbescheid ausstellen, was eine Bedarfs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung des Krankenhauses voraussetzt. Im Landeskrankenhauseusschuß sind die Krankenkassen vertreten und hätten einen positiven Bescheid verhindert. Damit wären auf einen Schlag 100 Betten aus der Bedarfsplanung gestrichen worden, was den Krankenkassen sicher-

7.3 Innen- und Außendifferenzierung: Transmissionsriemen

Die Lenkungsgruppe und die Krankenhauskommission sind ein Beispiel einer Innen-Außen-Differenzierung. Das bedeutet, daß sich eine auf Konsens angelegte Gruppe mit ähnlichen Vorstellungen einer anderen Gruppe gegenüberstand, in der Überzeugungsstrategien angewandt werden mußten. Dies ist eine Eigenschaft der Externalisierung beziehungsweise Fraktionsbildung, wie sie bereits in Kap. 6.2 angesprochen wurde (Scharpf 1976, S. 57). Scharpf sieht darin ein Problem. Der Widerstand der externalisierten Akteure muß überwunden werden (Scharpf 1976, S. 58). Dies geschah in diesem Fall durch den Einbezug der Mitglieder der Lenkungsgruppe in die Krankenhauskommission, so daß der Kreis der konsensorientierten Akteure erweitert wurde, was zwar die Konsensfindung innerhalb des Koordinierungsausschusses erschwerte, die Durchsetzungsfähigkeit der Expertengruppe insgesamt jedoch in den Gremien erhöhte.

Gegenüber den Krankenkassen als Umweltorganisation bewies die Lenkungsgruppe bereits im Herbst '96 Geschlossenheit. Für die Mitglieder der Gruppe muß im Oktober bereits feststanden haben, daß die Betriebsträgersgesellschaft gegründet wird. Im Spätsommer beziehungsweise Frühherbst wurden gemeinsame Budgetverhandlungen der drei Krankenhausträger mit den Krankenkassen durchgeführt. Diese Verhandlungen fanden auf der Ebene der Arbeitsgruppe statt.²²² Das ausgehandelte Gesamtbudget betrug ca. 200 Mio. DM, wurde jedoch noch, weil die Krankenhäuser formell noch getrennt waren, für jede Klinik einzeln berechnet.

Die Vertreter von Kreistag und Gemeinderat wirkten im Koordinierungsausschuß wie ein Transmissionsriemen, der die Ergebnisse der Diskussionen in die jeweiligen Fraktionen beförderte und umgekehrt deren Forderungen in die Kommission einbrachte. Zu berücksichtigen sind hierbei auch die politischen Mehrheitsverhältnisse in den Gremien, die in Oberschwaben traditionell konservativ sind und in den strittigen Fragen der Abtreibung, der Mitgliedschaft von Arbeitnehmern im Aufsichtsrat und den Beteiligungsverhältnissen den Vorstellungen der Verwaltungsführung näher standen, so daß in Teilen der Kreis- und Gemeinderäte auch eine weltanschauliche Nähe zur Gruppe der Verhandlungsführer bestand. Allerdings wurde die Frage der Abtreibung durch Feststellung einer ausreichenden Bedarfsdeckung im Landkreis Ravensburg durch das Sozialministerium in Absprache mit dem Landratsamt parteiübergreifend ausgeklammert, so daß dieser Aspekt keine weiteren größeren Probleme bereitete (vgl. Kap. 6.5.1).

lich nicht unangenehm gewesen wäre. Darauf wies der Geschäftsführer der AOK hin (Schwäbische Zeitung, (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 12.10.96 und Interview-Nr. 219).

²²² Interview-Nr. 2214

In den anderen Fragen verliefen die Diskussionen konträr. Obwohl bereits die Eckdaten seit dem Sommer feststanden, forderte der Kreisverband der SPD im Herbst eine Mehrheitsbeteiligung der Kommunen sowie eine Arbeitnehmerbeteiligung im Aufsichtsrat der Betriebsträgergesellschaft und nahm dadurch eine Forderung der Gewerkschaften auf.²²³ Letzteres hätte einen Verzicht auf die Anwendung des § 118 BetrVG bedeutet, der in karitativen Einrichtungen einen Tendenzschutz vorsieht und Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmer einschränkt. Darauf ließen sich die Vertreter des Kloster Reute und die Verwaltungsspitze des Landratsamtes nicht ein, denn dies hätte das Gleichgewicht im Aufsichtsrat zwischen kommunalen und kirchlichen Vertretern zerstört, weil das „weltliche“ Element überwogen hätte. Der Aufsichtsrat sollte 10 Mitglieder haben, die entsprechend den Mehrheitsverhältnissen von den Gesellschaftern gewählt werden sollten. Diese Auffassung setzte sich schließlich in den Abstimmungen auch durch. Die Arbeitnehmer sollten über eine einzurichtende Strukturkommission (§ 17 Gesellschaftsvertrag) an der Gestaltung der Gesellschaft mitwirken. Dies war schließlich konsensfähig.

7.4 Entscheidungsverlauf in der Kirche

Konnten diese Probleme noch in Gesprächen zwischen den Trägern weitgehend beigelegt werden, so wurde im November 1996 erstmals innerkirchliche Kritik öffentlich bekannt.²²⁴ Im folgenden soll daher der innerkirchliche Entscheidungsprozeß kurz nachgezeichnet werden, der sich von dem der kommunalen Träger unterscheidet. Es gibt Besonderheiten, die in der Organisationsstruktur der Kirche und dem Kirchenrecht liegen. Daher wird ausführlicher auf die formal-kirchenrechtlichen Gegebenheiten eingegangen.

Ein ehemaliger Justitiar der Caritas kritisierte die Verbindung kirchlicher und kommunaler Träger, in der die Beteiligungsverhältnisse weltlich zu kirchlich 50 : 50 betragen sollten, weil damit das kirchliche Krankenhaus aus dem kirchenrechtlichen Verband ausscheiden würde. Der Kritiker begründete seine Meinung mit einem Beschluß des Caritatsverbandes aus den siebziger Jahren, der von der Bischofskonferenz gebilligt wurde und die Fusion von Krankenhausträgern zum Inhalt hatte. Darin wurde jedoch bezug auf evangelische und katholische Krankenhäuser genommen. Als weiterer Kritikpunkt, wurde die damit einhergehende Aufgabe der Dienstge-

²²³ Vgl. Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 16.11.96; Ende September wurde eine Aufklärung über die Arbeitnehmerrechte gefordert (Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 24.09.96) und anläßlich eines Krankenhausforums die Beteiligung von Arbeitnehmern (Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 17.10.96).

²²⁴ Vgl. Schwäbische Zeitung vom 8. und 12. November 1996

meinschaft²²⁵ angeführt. Die Kritik wurde von der Spitze des bischöflichen Ordinariats nicht geteilt, weil der Fall in Ravensburg anders liege, so der Pressesprecher der Diözese in der Schwäbischen Zeitung am 12. November. Jedoch wurde gefordert, das christliche Menschenbild als Grundlage des Handelns der Gesellschaft im Vertrag festzuhalten.

Mehrfach wurde schon erwähnt, daß der Bischof der Diözese Rottenburg-Stuttgart über die Verhandlungen informiert war. Zunächst gab es nur unverbindliche informelle Gespräche, die aber konkret wurden, als sich die gemeinsame Gesellschaft bezeichnete. Daher wurde ein Gutachten zur Prüfung der kirchenrechtlichen Aspekte in Auftrag gegeben. Grundsätzlich zeigte sich der Bischof einer derartigen Kooperation offen, wie aus einem Brief des bischöflichen Ordinariats an eine Bürgerinitiative hervorgeht.²²⁶

Die wichtigste Feststellung des Gutachters war, daß die geplante GmbH keine kirchliche Einrichtung im staatskirchlichen Sinne sei. Dies hat aus Sicht der Kirche erhebliche Folgen. Zunächst sei darauf hingewiesen, daß Art. 140 GG i. V. m. Art. 137 Abs. 3 WRV das Selbstbestimmungsrecht der Kirchen regelt²²⁷. Davon werden die Organisationsfreiheit und die Freiheit zur Regelung des Dienst- und Arbeitsrechts erfaßt. Dazu zählen auch Einrichtungen, wenn darin der kirchliche Auftrag verwirklicht und durchgesetzt werden kann. Für die Mitarbeiter in den der katholischen Kirche zugehörigen Einrichtungen bedeutet dies die Anerkennung der katholischen Glaubens- und Sittenlehre sowie des Kirchenrechts. Damit verbunden sind entsprechende Sanktionsmöglichkeiten wie beispielsweise die Kündigung aus kirchenspezifischen Gründen.

Mit einer nur 50%-Beteiligung ist eine Durchsetzung des kirchlichen Auftrages nicht mehr möglich. Das Elisabethenkrankenhaus ist damit aus dem Rechtskreis der Kirche ausgetreten. Somit entfällt die Verpflichtung zur Dienstgemeinschaft, Kündigungen aus kirchenspezifischem Grunde sind nicht mehr möglich und weitere arbeitskirchenrechtliche Bestimmungen sind hinfällig.

²²⁵ s. Kap. 2.4.2

²²⁶ Darin wurde im übrigen betont, daß die Gesundheitsversorgung Aufgabe der öffentlichen Hand sei und der Bischof Verständnis dafür habe, daß die Franziskanerinnen nicht weiter die dafür notwendigen finanziellen Mittel aufbringen könnten.

²²⁷ Die hier verwendeten rechtlichen Ausführungen basieren auf einem Gutachten, das vom bischöflichen Ordinariat der Diözese Rottenburg-Stuttgart in Auftrag gegeben wurde und dem Autor in Auszügen vorliegt.

Ein weiterer zu prüfender Punkt betraf den Wunsch zur Beteiligung an einer GmbH sowie die damit verbundene Übertragung von Vermögenswerten, weil dies Kirchenvermögen²²⁸ darstellte, das einem besonderen Schutz unterliegt. Der Gutachter hatte also zu prüfen, ob die Übertragung von Vermögenswerten möglich ist, und welche Bedingungen hierzu erforderlich sind.

Bei Vermögenswerten der Kirche wird zwischen Stammvermögen (*patrimonium stabile*; *res, quae servando servari possunt*) und Verbrauchsvermögen (*patrimonium liberum*) unterschieden. Dabei kommt es nicht auf die Erscheinungsform an, sondern auf den Bestimmungszweck. Das Stammvermögen dient der Erhaltung und Ausstattung einer kirchlichen Einrichtung (Heimerl, Pree 1993, Rdn. 1/131, S. 83), und um dessen Übertragung ging es im vorliegenden Fall, so daß im weiteren ausschließlich auf „*patrimonium stabile*“ eingegangen wird. Dieses Vermögen unterliegt einem besonderen Schutz. Somit unterliegt eine Veräußerung, die sogenannte Alienation²²⁹, einer erhöhten Kontrolle, denn das Kirchenrecht geht zunächst von einem Veräußerungsverbot aus, läßt aber unter bestimmten Bedingungen eine Veräußerung zu. Grundsätzlich durch den Bischof genehmigungspflichtig sind Veräußerungen des Stammvermögens, wenn der Wert 50.000,- DM übersteigt und im Falle einer Gründung oder Beteiligung von Rechtsträgern (§ 11 der Satzung der Franziskanerinnen). Diese Pflicht ergibt sich zudem aus den cc. 638 und 1276 § 1 CIC²³⁰.

Darin schlägt sich eine erhöhte Kontrolle seitens der Aufsichtsorgane nieder. Daraus ergibt sich, daß ein Aufsichtsorgan der Veräußerung zustimmen muß. Die Zustimmung erfolgt in Form der „*licentia*“. Sie ist Gültigkeitsvoraussetzung und bedarf der Schriftform, stellt jedoch „keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung der Aufsichtsbehörde“ (Heimerl, Pree 1993, Rdn. 4/57, S. 308) dar. Die „*licentia*“ konnte im vorliegenden Fall nur der Bischof im Konsens mit dem Domkapitel (Konsultorenkollegium) und dem Diözesanverwaltungsrat (DVR) erteilen.²³¹ Es gibt zur Erteilung verschiedene Voraussetzungen. Eine davon wurde eben angesprochen, die Klärung der zuständigen Autorität. Heimerl und Pree nennen außerdem den Gerechten

²²⁸ Kirchengut (*bona ecclesiastica*): „Jedes Vermögen, der Gesamtkirche, dem Apostolischen Stuhl oder anderen öffentlichen juristischen Personen in der Kirche gehört, ist Kirchenvermögen, für das die folgenden canones sowie die eigenen Statuten gelten“ (c. 1257 § 1). Nach deutschem Staatskirchenrecht reicht die Zuordnung einer Einrichtung zur Kirche aus, zum Beispiel durch institutionelle Verbindung, Zielsetzung u.a. (Heimerl, Pree 1993, Rdn. 1/121, S. 81).

²²⁹ „Alienation bezeichnet [...] die Übertragung des Eigentums (einer kirchl jP) auf einen anderen Eigentümer“ (Heimerl, Pree 1993, Rdn. 4/32, S. 301; Abkürzungen ohne Punkt im Original). Grundlagen für Veräußerungen sind cc. 1291 - 1294.

²³⁰ Vgl. Hensler, Rudolf; c. 638 Münsterischer Kommentar zum CIC

²³¹ Vgl. Heimerl, Pree 1993; Rdn. 4/64, S. 309

Grund, Schätzgutachten, Schriftform und weitere Sicherheitsvorkehrungen (ebd. Rdn. 4/61ff., S. 308ff.).

Der Gutachter der Diözese kam schließlich zu der Auffassung, daß ein Akt der außerordentlichen Verwaltung und ein gerechter Grund vorliege. Als gerechter Grund gilt nach c. 1293 § 1, 1° dringliche Notwendigkeit, offensichtlicher Nutzen oder religiöse, caritative oder andere pastorale Erfordernisse.²³² Vor allem in der Caritas sieht der Gutachter eine Möglichkeit, daß der Orden trotz geänderter Trägerschaft auch zukünftig der Krankenversorgung nachkommen könne. Ein Akt der außerordentlichen Verwaltung liegt vor, wenn zu diesem Akt eine Erlaubnis der Aufsichtsbehörde vorliegen muß, unabhängig davon, ob Stammvermögen betroffen ist oder nicht (Heimerl, Pree 1993, Rdn. 3/38, S. 262). Nach Heimerl, Pree ist der Akt der außerordentlichen Verwaltung nicht materiell definiert, sondern es finden sich Anhaltspunkte für eine formalgesetzliche Regelung wie sie in c. 1284 umschrieben sind, sich aber nicht nur darauf beschränkt (vgl. c. 1281 §§ 1 und 2)²³³. Für die Vermögensverwaltung gelten die Sonderregelungen der Diözesen und c. 1277 (Heimerl, Pree 1993, Rdn. 3/39f., S. 262).

Grundsätzlich wurde damit bestätigt, daß die Franziskanerinnen der gemeinsamen Betriebsträgergesellschaft beitreten und hierzu der GmbH Vermögensteile überantworten können. Die erforderliche Zustimmung des Bischofs war jedoch von der Ausgestaltung des Gesellschaftervertrages abhängig, in dem das christliche Menschenbild ausdrücklich verankert sein mußte. Der Gutachter sah in der Verankerung christlicher Grundsätze im Gesellschaftsvertrag einen Ausgleich für den Verzicht auf Rechte der Kirche.

Vor dem Hintergrund dieses gutachterlichen Bescheides mußten die Franziskanerinnen versuchen, in der Lenkungsgruppe die geforderte Verankerung eines christlichen Leitbildes im Gesellschaftsvertrag durchzusetzen. Aufgrund der ähnlichen Wertvorstellungen in dieser Gruppe war es letztlich ein Aushandlungsprozeß. Die Ordensgemeinschaft beschränkte sich auf 50% der Gesellschaftsanteile und trat somit in den weltlichen, staatlichen Rechtskreis mit ihrem Krankenhaus St. Elisabeth ein und gab die oben beschriebenen Rechte auf. Dafür wurden im Gegenzug in § 2 Absatz 3 (Gesellschaftsvertrag; „Gegenstand des Unternehmens“) christliche

²³² Vgl. Heimerl, Pree 1993; Rdn. 4/78, S. 311 und Ruf, Norbert 1989, S. 329

²³³ Kriterien zur Handhabung der außerordentlichen Verwaltung sind: „1. Der angestrebte Zweck ist ein anderer als bloß bestimmungsgemäße Nutzung, Erhaltung oder Verbesserung des Stammvermögens; 2. der angestrebte Zweck liegt zwar innerhalb der eben genannten Grenzen, wird aber durch Mittel erreicht, die in der normalen Organisation des betreffenden Rechtsträgers nicht vorhanden sind; 3. Bedeckung aus anderen als freien Einkünften oder Eingängen“ (Schnizer 1989, 92; nicht als Rdn. oder S. benannt; zitiert nach Heimerl, Pree 1993; Rdn. 3/37, S. 262)

Grundsätze verankert, die somit rechtsverbindlich wurden²³⁴. Dies bedeutete, daß auch für die bisherigen Kreiskrankenhäuser und das städtische Krankenhaus ein christliches Leitbild verbindlich wurde.

Letzterer Punkt, also Rechtsverbindlichkeit für alle Krankenhäuser der Gesellschaft, wurde in der katholischen Kirche als eine Art Gewinn aufgefaßt, wenn damit auch der kirchliche Verbund verlassen wurde. So konnte der Verwaltungsrat am 5. Dezember dem Gesellschaftsvertrag und dem Personalüberleitungsvertrag zustimmen. Der Diözesanbischof hatte seine Zustimmung in Aussicht gestellt und auch bald gegeben.

7.5 Die Kommunalvertretungen stimmen zu

Nach den Vorberatungen im Krankenhausausschuß, kam der Gesellschaftsvertrag und der inzwischen ebenfalls ausgehandelte Personalüberleitungsvertrag als Beschlußvorlage in den Kreistag. Seit Oktober war bekannt, daß das Kreiskrankenhaus Leutkirch in das Krankenhaus-sanierungsprogramm 1997 aufgenommen wurde und somit dessen Bestand gesichert war. Die Fördergelder für das Krankenhaus in Bad Waldsee waren in Aussicht gestellt. Dies wurde in Teilen der Verwaltung als Belohnung für die Zusammenarbeit im Landkreis und die gemeinsame Suche nach zukunftssträchtigen Lösungen verstanden. So manchem Kreisrat wird die Entscheidung für eine Betriebsträgersgesellschaft und die Abgabe von Kompetenzen damit leichter gefallen sein.

Am gleichen Tag wie der Verwaltungsrat im Kloster Reute, beriet der Kreistag. In der Aussprache gab es kaum strittige Punkte. In der Präambel wurden auf Antrag die sechs Krankenhäuser (Heilig-Geist-Spital, St. Elisabethenkrankenhaus, KH Bad Waldsee, KH Isny, KH Leutkirch, KH Wangen) ausdrücklich erwähnt. Eine materielle Bestandsgarantie konnte nicht gegeben werden, weil die Unsicherheit über künftige Entwicklungen in der Krankenhauspolitik dies nicht zuließen. Um der Geschäftsführung nicht allzuviel Macht hinsichtlich der Eröffnung oder Schließung von Abteilungen oder ganzen Krankenhäusern einzuräumen, wurde auf Antrag bestimmt, daß „die Eröffnung und Schließung von Einrichtungen i. S. d. § 2 Abs. 2 sowie die Beendigung einer medizinischen Fachdisziplin in den Krankenhäusern der Gesellschaft, insbesondere in der Grund- und Notfallversorgung im Sinne des Krankenhausplans des Landes

²³⁴ „Die Gesellschaft beachtet [...] folgende Grundsätze: das christliche Menschenbild, die Unverletzlichkeit der Menschenwürde, die Ganzheitlichkeit des Menschen als Leib-Seele-Einheit, den uneingeschränkten Schutz des menschlichen Lebens. Ein unverzichtbarer Wesenszug ist die Dienstgemeinschaft der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Sinne caritativen Dienens.“ (§ 2, Absatz 3 Satz 2 und 3 Gesellschaftsvertrag).

Baden-Württemberg in seiner jeweils gültigen Fassung“ (§ 11 Absatz 5 Nr. 3 Gesellschaftsvertrag) nur durch die Zustimmung aller Gesellschafter erfolgen kann.

Die Aufnahme von Arbeitnehmervertretern in den Aufsichtsrat wurde bei 20 Gegenstimmen und zwei Enthaltungen abgelehnt. Um doch noch Arbeitnehmer in die Mitverantwortung einzubinden, wurde in § 17 die Forderung nach Bildung einer Strukturkommission eingefügt. Sie besteht aus Mitarbeitern der Gesellschaft und soll die Unternehmensleitung bei der Erarbeitung eines Unternehmenskonzepts beraten. Mit 57 ja-Stimmen wurde der Vertrag schließlich genehmigt. Eine Woche später wurden die vier Aufsichtsratsmitglieder des Kreistags gewählt.

Der Gemeinderat der Stadt Ravensburg beriet im wesentlichen die gleichen Punkte und verabschiedete den Vertrag am 16. Dezember mehrheitlich. In der gleichen Sitzung wurde die Gründung einer Stiftung „Heilig-Geist-Spital“ beschlossen, die künftig die Besitzerin der Immobilie des Krankenhauses und zuständig für das Altenheim „Bruderhaus“ sein wird. Der 1. Bürgermeister der Stadt wurde in den Aufsichtsrat der neuen Trägergesellschaft gewählt.

In dieser Sitzung erneuerte der Geschäftsführer der AOK die Zusage für die zukünftige Bettenstruktur des Heilig-Geist-Spitals: 40 geriatrische Betten und 20 Betten sogenannte Akutgeriatrie. Hierzu soll ein Versorgungsvertrag mit der Betriebsträgergesellschaft geschlossen werden. Bereits im Oktober '96 gab das Sozialministerium für diese Konstruktion seine Zustimmung. Ergänzt wird dieses Angebot durch Betten einer Praxisklinik, die Orthopädie und Chirurgie umfassen soll.

In den Sitzungen von Kreistag und Gemeinderat wurden die Geschäftsführer der Gesellschaft gewählt. Eine förmliche Ausschreibung für diese Posten gab es offensichtlich nicht, was von Teilen der Gemeinde- und Kreisräte bemängelt wurde. Beworben hatten sich der bisherige Geschäftsführer der Franziskanerinnen, der Verwaltungsdirektor des Elisabethenkrankenhauses und der Krankenhausdezernent des Landkreises. Alle drei wurden gewählt. Damit spiegelt sich die feine Austarierung der kommunalen und kirchlichen Interessen auch in der Geschäftsführung wieder. Eine spätere Verkleinerung der Geschäftsführung oder die Besetzung nicht nach Proporz ist nicht ausgeschlossen.

Die letzten strittigen Punkte, wurden in einer Sitzung der Krankenhauskommission am 27. November 1996 vorberaten. Die Beschlußvorlagen von Kreistag und Gemeinderat enthielten somit nur konsensfähige, bereits abgestimmte Änderungen des Gesellschaftervertrages. Es zeigt sich damit einmal mehr, wie wertvoll die Einbindung von Mitgliedern der Hauptorgane

der Träger in die Beratungen war. Auf dieser Sitzung war auch ein Vertreter des bischöflichen Ordinariats zugegen, so daß staatskirchenrechtliche Fragen diskutiert werden konnten, womit die enge Zusammenarbeit der Franziskanerinnen mit einem wichtigen Entscheidungsorgan - dem Bischof - nochmals dokumentiert ist, aber auch ihr Interesse am Zustandekommen der Gesellschaft.

Mit den Entscheidungen des Verwaltungsrates der Franziskanerinnen von Reute, des Kreistages und des Gemeinderates hatten alle drei Träger dem Gesellschaftsvertrag zugestimmt. Die Gesellschaft hatte somit drei Gesellschafter. Größter Gesellschafter wurde das Kloster Reute mit 50%, der Landkreis beteiligte sich mit 45% und die Stadt Ravensburg mit 5%. Die Zahl der Aufsichtsräte, die von den Gesellschaftern entsandt werden, gibt die Beteiligungsverhältnisse wider. Schließlich wurde auch in der Geschäftsführung auf Interessenausgleich geachtet, so daß von der Gesellschafterversammlung bis zur Führungsspitze des Unternehmens die Beteiligungsverhältnisse berücksichtigt wurden.

Mit den vorgenannten Entscheidungen konnte die Gesellschaft schließlich unter der Firma „Oberschwaben-Klinik gGmbH“ in das Handelsregister beim Amtsgericht Ravensburg unter der Nummer 1792 eingetragen werden.

8. Schlußbetrachtung

Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Gründung einer gemeinsamen Betriebsträgersellschaft durch drei Krankenhausträger. Daran beteiligt waren zwei kommunale und ein kirchlicher Träger. Der Entscheidungsverlauf, der schließlich in einer neuen Gesellschaft mündete sollte nachgezeichnet werden und die Frage nach dem Warum beantwortet werden.

Zunächst wurde das plurale System der Krankenhausversorgung in Deutschland vorgestellt und auf die sich in kurzen Zeitabständen ändernden gesetzlichen Grundlagen eingegangen. Damit wurde die Problematik dieser Arbeit in einen größeren Zusammenhang gestellt. Im folgenden Kapitel wurden diese Probleme auf die Ebene der drei Krankenhausträger heruntergebrochen. Hierbei mußte auf die Gemeinschaft der Franziskanerinnen näher eingegangen werden, weil sich deren organisatorischer Aufbau - und damit die innerorganisatorischen Entscheidungsstrukturen - grundsätzlich von denen einer Kommune unterscheiden.

Anschließend wurde Organisationsbildung theoretisch mit zwei ökonomischen Ansätzen hergeleitet. Das gesellschaftliche Subsystem „Medizin“ ist ein Ergebnis gesellschaftlicher Ausdifferenzierung und hat zur Gründung von Krankenhäusern geführt, so daß eine historische Erklärung zur Entstehung von Organisationen ebenfalls möglich ist.

In dieser Arbeit wurde von einem Organisationsverständnis ausgegangen, daß Organisationen als offene Systeme betrachtet, die in Beziehung zu ihrer Umwelt treten muß, um knappe Ressourcen zu erhalten. Die Umgebung einer Organisation wurde damit bedeutend, so daß auf die Abhängigkeiten und die Bedeutung von Ressourcen eingegangen wurde. Im Rahmen dieser Arbeit wurden das Organisationsset der Organisationen auf die für die Ressourcenverteilung wichtigen Akteure, dem Land und den Krankenkassen, die über die Investitionsförderung, Bedarfsplanung und Budgetierung maßgeblichen Einfluß auf die Krankenhäuser nehmen.

Anhand der Dimensionen Bedeutung, Verfügbarkeit und Kontrolle (Pfeffer, Salancik 1978) wurde auf die Ressourcen Fördermittel, Bedarfsplanung und Budget eingegangen. Dabei zeigte sich, daß alle betrachteten Organisationen von diesen Ressourcen abhängig waren. Einzig bei dem größten betrachteten Krankenhaus konnte festgestellt werden, daß es eher in Lage ist, selbständig zu reagieren, was aber mit seinem Status als Haus der Zentralversorgung zusammenhängt und somit auch von den besonderen Aufgaben, die es im Rahmen der Gesundheitsversorgung übernimmt. Damit wurde die Schilderung der Situation und Probleme der Träger abgeschlossen. Aufgrund der Betrachtung von Interdependenzen zwischen den Organisationen und einer Definition des Marktes wurde gefolgert, daß in einem Wettbewerb mit mittlerem Konzentrationsgrad wie er in der Region Oberschwaben herrscht, eine Zusammenarbeit eher zu erwarten ist, als in Märkten mit hoher oder niedriger Konzentration.

Um eine Kooperation zu erreichen, ist zunächst Gesprächsbereitschaft notwendig. Diese bestand latent zwischen dem Kloster Reute und der Stadt Ravensburg. Das städtische Krankenhaus sollte seit Jahren im Krankenhausbedarfsplan gestrichen werden, so daß die Verwaltungsführung gezwungen war über neue Verwendungsmöglichkeiten nachzudenken. Aufgrund seiner Lage mitten in der Stadt bot sich eine Umwandlung vom Akutkrankenhaus zur geriatrischen Rehabilitationsklinik an.

Der Landkreis hatte strukturelle Probleme an seinen vier Kreiskrankenhäusern, die teilweise nur unzureichend belegt waren und sich gegenseitig Konkurrenz machten. Außerdem mußte die Sanierung von zwei Krankenhäusern in Angriff genommen werden, die jedoch ein Volumen

von je rund 40 Mio. DM umfaßten, so daß der Kreis auf Fördergelder dringend angewiesen war. Mittels der Investitionsförderung versuchte das Land seine strukturellen Vorstellungen durchzusetzen, so daß es zu einer heftigen Diskussion an den Standorten der drei kleineren Krankenhäuser kam, weil die geburtshilflichen Abteilungen geschlossen werden sollten.

Hingegen hatte das Elisabethenkrankenhaus vorwiegend ein Kostenproblem vor dem Hintergrund neuer Entgelte und der Budgetierung der Krankenhäuser. Diese Probleme führten schließlich im Herbst 1995 dazu, daß über eine Kooperation nachgedacht wurde. Katalysierend wirkten die Verhandlungen von Stadt und Landkreis mit privaten Anbietern, die eine künftige Patientenselektion auf Kosten des freigemeinnützigen Träger befürchten ließen. Die Vertreter des Kloster, sowie der Geschäftsführer einer Krankenkasse signalisierten Gesprächsbereitschaft, die von den Trägern bereitwillig aufgenommen wurden. Es kam zu einer Krankenhauskonferenz, auf der die Einsetzung einer Lenkungsgruppe beschlossen wurde. Sie sollte im weiteren Verlauf der Verhandlungen entscheidend sein, weil deren Mitglieder die notwendigen Entscheidungen vorbereiteten und den Weg wiesen.

In der Lenkungsgruppe trafen sich Akteure, die eine ähnliche Problemwahrnehmung und von ähnlichen Lösungsansätzen ausgingen. Aus diesem Grund wurde die Akteursebene im weiteren Verlauf der Arbeit näher beleuchtet. Dieses Vorgehen wird auch von Mayntz und Scharpf gefordert: „organisationsinterne Vorgänge sind wichtige Determinanten der Situationswahrnehmung und Strategiewahl von Organisationen“ (Mayntz, Scharpf 1995, 50), denn jeder korporativer Akteur besteht aus Individuen.

Seitens des Kloster Reute nahmen als „Sozialmanager“ typisierte Akteure an den Verhandlungen teil, auf Seiten der Kommunen sogenannte Image-III-Typ-Beamte, die ebenfalls begannen vermehrt in marktlichen Kategorien zu denken und bereits entsprechende Überlegungen für ihre Kliniken angestellt hatten. Erleichtert wurde die Arbeit in der Gruppe durch eine gemeinsam geteilte konservative, christliche Grundeinstellung.

Innerhalb der Lenkungsgruppe waren die Verhandlungen konsensorientiert, das heißt jeder der beteiligten Akteure war bereit Zugeständnisse zu machen. Der kleine Kreis in der Gruppe verschaffte die notwendige Ruhe und Abgeschlossenheit, um die Kooperation voranzutreiben. Durch die Ausbildung zweier weiterer Gremien (Arbeitsgruppe, Koordinierungsausschuß) gelang es sowohl auf politischer als auch auf organisatorischer Ebene die im Prozeß der Externalisierung (vgl. Scharpf 1976) ausgeschlossenen Gruppen, in den Entscheidungsverlauf einzu-

binden. Es bildete sich ein Netzwerk aus, das alle relevanten Akteure und Organisationen umfaßte. Dies wurde relevant in bezug auf Gemeinderat und Kreistag.

Zu dem Zeitpunkt, als sich das Netzwerk voll entfalten konnte, waren die wichtigsten Entscheidungen bereits gefallen. Es ging nunmehr darum über die Einbindung der Kreis- und Gemeinderäte die politischen Mehrheiten in den kommunalen Organen zu erreichen. Hierbei wirkte der Koordinierungsausschuß wie ein Transmissionsriemen, der die Vorstellungen der Lenkungsgruppe in die Gremien einbrachte und umgekehrt deren Vorschläge zur Diskussion brachte.

Daneben wurde gezeigt, daß die Gestaltungsoption und das Leitbild, die Erhaltung der Krankenhäuser und eine dezentrale Versorgung, nur lose gekoppelt waren. Um dieses Ziel zu erreichen, waren viele Alternativen denkbar. Dies eröffnete aber der jeweiligen Verhandlungsführung einen großen Spielraum. Die Franziskanerinnen waren hierin etwas eingeschränkt, weil ihre Vorstellungen fest mit christlichen Grundsätzen gekoppelt waren, die sich in einer gemeinsamen Gesellschaft wiederfinden mußten. Dies war die Bedingung seitens des kirchlichen Trägers, um die Gespräche zu einem erfolgreichen Abschluß zu bringen. Im Gesellschaftsvertrag konnten diese Grundsätze verankert werden, was innerhalb der Kirche trotz der aufgezeigten kirchenrechtlichen Probleme als ein Gewinn verstanden wurde, denn statt in einem gelten diese Leitsätze nun für sechs Krankenhäuser.

In diesen Fragen herrschte ein Grundkonsens. Man respektierte und vertraute einander. Vertrauen war in den Verhandlungen, nach Aussagen der Mitglieder der Lenkungsgruppe eine wichtige Ressource, auf die daher in dieser Arbeit ausführlicher eingegangen wurde. Dadurch war es möglich zu verständigungsorientierten Verhandlungen zu kommen, in denen jeder der Verhandlungspartner bereit war, Zugeständnisse zu machen. War auf Seiten des Kloster Reute eine Minderheitsbeteiligung an einer gemeinsamen Gesellschaft schon allein aufgrund der wirtschaftlichen Gegebenheiten nicht vorstellbar, so war dies auf der kommunalen Seite aus politischen Gründen nicht durchsetzbar. In dieser Frage konnte in dem entscheidenden Gremium, der Lenkungsgruppe schon früh eine Einigung erzielt werden, was ein weiteres Indiz für den verständigungsorientierten Verhandlungsstil der Partner ist.

Insgesamt ergibt sich damit ein Bild von grundsätzlich verständigungsbereiten Akteuren, die gewillt waren eine Problemlösung zu finden. Dies wurde durch ähnliche Problemwahrnehmungen und Handlungsorientierungen erleichtert. Zu dieser Lösung ermuntert wurden sie durch die

Bereitschaft des Sozialministeriums , das mit Fördergeldern versuchte Druck auszuüben, um seine Vorstellungen zukunftsgerichteter Strukturen in Absprache mit den Krankenkassen durchzusetzen.

Mit der Gründung der Oberschwaben-Klinik wurde ein Lösungsansatz gefunden, der über eine gewöhnliche Kooperation zwischen Krankenhausträgern hinausgeht, weil versucht wird einzelne Sektoren der Gesundheitsversorgung zusammenzuführen (vgl. Anlagen 5a und 5b). Horizontale und vertikale Integration von Gesundheitsdienstleistungen finden immer mehr Beachtung und werden als ein Weg zur Eindämmung der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen betrachtet.²³⁵ Ob sich die Oberschwaben-Klinik als ein zukunftssträchtiger Ansatz durchsetzt, wird die Zukunft zeigen. Nach knapp einem Jahr ist es zu früh ein Urteil zu fällen, weil sich die Gesellschaft erst noch etablieren muß. Es wird sich auch zeigen müssen, wie sich die Patienten verhalten werden, ob die Bevölkerung das Gesundheitsangebot annehmen wird. Von Interesse wird das zukünftige Verhalten der Kostenträger sein, die ebenfalls durch die Öffnung des Wettbewerbs für Krankenkassen stark unter Druck geraten sind und Kosten einsparen müssen. Werden sie bereit sein, die durch Einsparungen gewonnenen Mittel der OSK zu belassen oder werden sie bei zukünftigen Budgetverhandlungen eingefordert? Angesichts der zahlreichen gesetzlichen Änderungen in den letzten Jahren im Krankenhaussektor, ist nicht auszuschließen, daß es hier zu weiteren Maßnahmen kommt, die mittelbare oder unmittelbare Auswirkungen auf die Krankenhäuser haben werden. Es gibt mithin viele unbekanntes Variablen, so daß eine Untersuchung in 3 - 5 Jahren über die erreichten Ziele wünschenswert wäre.

²³⁵ Vgl. Cody, M. 1996; Schwab, Andreas 1997

Anhang

Anlage 1: Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag der Oberschwaben-Klinik gGmbH

Anlage 2: Interview-Leitfaden

Anlage 3: Horizontale und vertikale Integration

Anlage 4:

Anlage 4a: Größenvergleich

Anlage 4b: Abbaupotential

Anlage 5:

Anlage 5a: Kennzahlen der Oberschwaben-Klinik

Anlage 5b: Diskussionsgrundlage zur zukünftigen Entwicklung

Anlage 1:

Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag der Oberschwabenklinik gGmbH

Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag
Stand: 2.12.1996

Gesellschaftsvertrag
der
Oberschwaben-Klinik GmbH
mit dem Sitz in Ravensburg

Präambel

Die Franziskanerinnen von Reute, der Landkreis Ravensburg und die Stadt Ravensburg haben sich dazu entschlossen, die Aufgaben des Betriebs ihrer Krankenhäuser St. Elisabeth/St. Nikolaus, Städtisches Krankenhaus in Ravensburg, Kreiskrankenhäuser in Wangen, Bad Waldsee, Isny und Leutkirch einer gemeinsamen Betriebsträgergesellschaft zu übertragen. Die Gründung dieser Betriebsträgergesellschaft ist Ausdruck des gemeinsamen Bestrebens, auch in Zukunft eine leistungsfähige und angemessene gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Dabei lassen sich die Franziskanerinnen von Reute von ihrem Grundauftrag leiten, nämlich "das Evangelium Jesu Christi leben im Geiste des Heiligen Franziskus, Handeln im Sinne und Auftrag der Katholischen Kirche, Liebe zu den leidenden Menschen, Armen und Hilfsbedürftigen."

Er verwirklicht sich in der Arbeit für Menschen, die infolge ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Daher ist die enge Verbindung von Ordenstätigkeit und Werken (Einrichtungen) Bestandteil ihres unverzichtbaren Selbstverständnisses.

Der Landkreis Ravensburg und die Stadt Ravensburg lassen sich von ihrer sozialen Verantwortung und ihren Verpflichtungen den Bürgerinnen und Bürgern gegenüber leiten.

Der Grundauftrag des Landkreises Ravensburg bezieht sich dabei insbesondere auf § 3 LKHG, die Verpflichtung, die nach dem Krankenhausplan notwendigen Krankenhäuser und Krankenhauseinrichtungen zu betreiben, wenn die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern nicht durch andere Träger sichergestellt wird.

Die Stadt Ravensburg knüpft an ihre bis ins Mittelalter zurückreichende Tradition an, Einrichtungen der Armen- und Gesundheitsfürsorge für die Bürgerschaft bereitzustellen.

Der Grundauftrag der Franziskanerinnen von Reute, der öffentlich-rechtliche Sicherstellungsauftrag des Landkreises Ravensburg und die soziale Verpflichtung der Stadt Ravensburg verbinden sich zu einer gemeinsamen Grundhaltung, wonach der "Dienst im Gesundheitswesen" als "Dienen am ganzen Menschen" verstanden wird.

§ 1

Firma und Sitz

(1) Die Firma der Gesellschaft lautet:

Oberschwaben-Klinik GmbH.

(2) Sitz der Gesellschaft ist Ravensburg.

§ 2

Gegenstand des Unternehmens

(1) Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und mildtätige Zwecke im Sinne der __ 51 ff. AO. Sie ist selbstlos tätig und verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke.

Gesellschaftszweck ist die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens, die Förderung der Wohlfahrtspflege sowie die Unterstützung von Personen, die infolge ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands auf die Hilfe anderer angewiesen sind, sowie die Aus- und Fortbildung im Gesundheits- und Sozialbereich.

In diesem Rahmen ist der Zweck der Gesellschaft insbesondere die bedarfsgerechte, flächendeckende Versorgung der Bevölkerung des Landkreises Ravensburg mit leistungsfähigen, wirtschaftlich gesicherten Krankenhäusern sowie die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der in diesen Krankenhäusern behandelten Patienten.

(2) Der Gesellschaftszweck wird insbesondere verwirklicht durch den Betrieb von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und ergänzender Einrichtungen, wie z.B. die geriatrische und ambulante Rehabilitation, die ambulante Pflege von Patienten sowie die Aus- und Fortbildung von Ärzten und Pflegekräften im Gesundheits- und Sozialbereich.

(3) Der Gesellschaftszweck konkretisiert sich auch in der gemeinsamen Grundhaltung, aus der sich das unternehmerische Denken, das Leitbild der Gesellschaft sowie die Handlungsleitlinien für die Arbeit der Mitarbeiter entfalten. Die Gesellschaft beachtet daher bei ihrem Handeln vor allem folgende Grundsätze:

- das christliche Menschenbild,
- die Unverletzlichkeit der Menschenwürde,
die Ganzheitlichkeit des Menschen als Leib-Seele-Einheit,
den uneingeschränkten Schutz des menschlichen Lebens.

Ein unverzichtbarer Wesenszug ist die Dienstgemeinschaft der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Sinne caritativen Dienens.

(4) Bei Wahrnehmung ihrer Aufgaben haben die Organmitglieder ihrer gesellschaftlichen Treuepflicht und ihren Sorgfaltspflichten, insbesondere hinsichtlich des Gesellschaftszwecks nach Absätzen 1 bis 3, nachzukommen.

(5) Die Gesellschaft kann sich auf verwandten Gebieten betätigen und alle Geschäfte betreiben, die mit dem Gegenstand des Unternehmens im Zusammenhang stehen, sofern hierdurch die Anerkennung der Gesellschaft als gemeinnützig nicht gefährdet wird.

§ 3

Stammkapital, Stammeinlagen, Gesellschaftsanteile,
Gründungsaufwand

(1) Das Stammkapital der Gesellschaft beträgt

DM 100.000,--
(i.W. Deutsche Mark einhunderttausend).

(2) Auf das Stammkapital übernehmen Stammeinlagen in Höhe der nachstehenden Beträge:

- | | |
|--|--------------|
| a) Franziskanerinnen von Reute e.V.
mit dem Sitz in Reute | DM 50.000,-- |
| b) Landkreis Ravensburg | DM 45.000,-- |
| c) Stadt Ravensburg | DM 5.000,-- |

§ 10

Organe der Gesellschaft

Organe der Gesellschaft sind:

1. die Gesellschafterversammlung,
2. der Aufsichtsrat,
3. der Beirat,
4. die Geschäftsführung.

§ 11

Aufgaben der Gesellschafterversammlung, Gesellschafterbeschlüsse

(1) Die Gesellschafter beschließen in allen durch zwingendes Gesetzesrecht oder Gesellschaftsvertrag bestimmten Fällen, insbesondere über:

1. Zustimmung zur Abtretung von Geschäftsanteilen an Nichtgesellschafter nach § 4 Absatz 2,
2. Änderungen des Gesellschaftsvertrags einschließlich Kapitalerhöhung und Kapitalherabsetzung,
3. die Entlastung der Geschäftsführer und des Aufsichtsrats,
4. die Übernahme neuer Aufgaben durch die Gesellschaft,
5. die Eröffnung und Schließung von Einrichtungen i.S.d. § 2 Abs. 2 sowie die Beendigung einer medizinischen Fachdisziplin in den Krankenhäusern der Gesellschaft, insbesondere in der Grund- und Notfallversorgung im Sinne des Krankenhausplans des Landes Baden-Württemberg in seiner jeweils geltenden Fassung,
6. der Erwerb anderer Unternehmen, die Übernahme und Veräußerung von Beteiligungen an anderen Unternehmen,
7. die Festlegung der Zahl der Aufsichtsratsmitglieder, § 13 Abs. 1,

8. die Bestellung und Abberufung des Vorsitzenden des Aufsichtsrats und seines Stellvertreters,
9. die Festlegung der Zahl der Beiratsmitglieder, ihre Bestellung und Abberufung, die Regelung der inneren Organisation des Beirats, § 17,
10. die Feststellung des Jahresabschlusses,
11. die Bestellung des Abschlußprüfers, § 22 Absatz 3 Satz 3,
12. die Verwendung des Ergebnisses, § 23,
13. die Auflösung der Gesellschaft,
14. die Festlegung der Maßnahmen, für die die Zustimmung des Aufsichtsrats erforderlich ist.

Außerdem beschließen die Gesellschafter anstelle des Aufsichtsrats, wenn der Aufsichtsrat die Beschlußfassung den Gesellschaftern überträgt.

- (2) Die Gesellschafterbeschlüsse werden in Versammlungen gefaßt. Der Abhaltung einer Gesellschafterversammlung bedarf es nicht, wenn sämtliche Gesellschafter sich schriftlich mit dem zu fassenden Beschluß oder mit der schriftlichen Abstimmung einverstanden erklären.
- (3) Die Gesellschafterversammlung bestimmt ihren Vorsitzenden.
- (4) Beschlüsse über die Änderung des Gesellschaftsvertrags sowie die Auflösung der Gesellschaft dürfen erst gefaßt werden, wenn die Finanzverwaltung zuvor die steuerliche Unschädlichkeit bestätigt hat.
- (5) Die Gesellschafter fassen ihre Beschlüsse, soweit nicht durch zwingende gesetzliche Vorschriften oder durch den Gesellschaftsvertrag etwas anderes bestimmt ist, mit der einfachen Mehrheit der abgegebenen Stimmen.
Abweichend hiervon bedürfen folgende Maßnahmen der Zustimmung aller Gesellschafter:
 1. Zustimmung zur Abtretung von Geschäftsanteilen an Nichtgesellschafter nach § 4 Abs. 2,
 2. Änderungen des Gesellschaftsvertrags einschließlich Kapitalerhöhung und Kapitalherabsetzung,
 3. die Eröffnung und Schließung von Einrichtungen i.S.d. § 2 Abs. 2 *sowie die Beendigung einer medizinischen Fachdisziplin in den Krankenhäusern der Gesellschaft, insbesondere in der Grund- und Notfallversorgung im Sinne des Krankenhausplans des Landes Baden-Württemberg in seiner jeweils geltenden Fassung,*
 4. die Festlegung der Zahl der Aufsichtsratsmitglieder nach § 13 Abs. 1,
 5. die Bestellung und Abberufung des Vorsitzenden des Aufsichtsrats und seines Stellvertreters,
 6. die Auflösung der Gesellschaft.
- (6) Je DM 100,-- eines Geschäftsanteils gewähren eine Stimme.
- (7) Die gefaßten Beschlüsse sollen, soweit nicht notarielle Beurkundung vorge-

schrieben ist, schriftlich niedergelegt und von dem Vorsitzenden der Gesellschafterversammlung sowie den anwesenden Geschäftsführern unterzeichnet werden.

§ 13

Bildung, Zusammensetzung und Amtsdauer des Aufsichtsrats

- (1) Der Aufsichtsrat besteht aus mindestens zehn Mitgliedern. Eine höhere Zahl der Aufsichtsratsmitglieder wird durch Gesellschafterbeschluss festgelegt. Jeder Gesellschafter hat das Recht, in den Aufsichtsrat eine seiner Beteiligung am Stammkapital entsprechende Zahl von Aufsichtsratsmitgliedern, mindestens jedoch ein Mitglied, zu entsenden. Soweit sich Rundungsdifferenzen bei der Ermittlung der jeweiligen Zahl der Aufsichtsratsmitglieder ergeben, ist die Zahl abzurunden.

Anlage 2: Interview-Leitfaden

Interviewleitfaden

Teil A: Allgemeine Situation

1. Welche Rechtsform besaß das Krankenhaus und wie war es organisatorisch in die übergeordnete Organisation integriert?
2. Welche Investitionen waren bzw. sind geplant? In welchen Bereichen?
3. Hatte das GSG einen Einfluß auf die Planungen?
4. Gab es eine Zusammenarbeit mit den anderen Krankenhäusern der Region?
5. Gab es konkrete Planung hinsichtlich des von der Bedarfsplanung geforderten Abbaus an Betten bzw. der Umwidmung in geriatrische Betten?

Teil B: Zusammenarbeit mit den politischen Gremien

6. Beschreiben Sie bitte die Zusammenarbeit mit dem Gemeinderat und dem zuständigen Ausschuß. Welcher Ausschuß ist für die das Krankenhaus betreffenden Fragen zuständig?
- Wie stellt sich die Zusammenarbeit zwischen Gemeinderat und Krankenhaus dar?
7. Wie wurden die politischen Parteien in die Entscheidungen eingebunden?
8. Das Sozialministerium ist für die Bedarfsplanung und Investitionsförderung zuständig. Waren die Verhandlungen mit dem Ministerium eher kooperativ oder gab es da auch Konfrontation? Inwiefern hat das Sozialministerium Einfluß auf die Planungen genommen?

Teil C: Umwelt der Organisation und ihre Wahrnehmung

9. Wie würden Sie das Verhältnis zu den Krankenkassen beschreiben?
10. Wie empfanden Sie den Protest der Bürgerinitiative? Sahen Sie sich in Ihrem Handlungsspielraum durch die BI eingeengt oder war dies eher unterstützend bei den Verhandlungen?
11. Wurde die KV Südwürttemberg-Hohenzollern in die Überlegungen zur Neugestaltung der Krankenhauslandschaft bzw. zur Gründung der OSK einbezogen und wie reagierte sie darauf?
12. Hatten Sie das Gefühl möglichst schnell eine Lösung finden zu müssen?

Teil D: Problemlösung und Verhandlungs-/Entscheidungsverlauf

13. Gab es Überlegungen das Heilig-Geist-Spital in eine andere Rechtsform bspw. eine privatrechtliche, überzuführen; und sich auf einige wenige Leistungen zu spezialisieren? Wie sollte eine Privatisierung des städt. Krankenhauses aussehen? Beantworten Sie diese Frage bitte auch vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion über die Reform der kommunalen Verwaltung.
14. Was gab Ihrer Meinung nach den Ausschlag, die zu den Verhandlungen über die Gründung einer neuen Trägergesellschaft führten?
15. Beschreiben Sie bitte die Verhandlungsatmosphäre. Wodurch war sie gekennzeichnet?
16. Wie konnten Sie Ihre Verhandlungsposition einbringen?
17. Hatten Sie das Gefühl, daß Ihre Verhandlungspartner an einer kooperativen Lösung interessiert waren?
18. Wie kam es zur Idee einer Praxisklinik im städt. Krankenhaus und welche Ziele sollten damit verfolgt werden?
19. Warum wurde die Rechtsform der GmbH gewählt, statt bspw. einer AG? Oder einer Stiftung privaten bzw. öffentlichen Rechts.

Teil E: Einstellungen, Lebenslauf

20. Wie beurteilen Sie den Wettbewerb im Gesundheitswesen?
21. Gibt es Ihrer Meinung nach einen Markt für Krankenhäuser? Wird künftig die Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern wachsen? Wie sehen Sie Ihre Chancen, in diesem Wettbewerb zu bestehen?
22. Worin sehen Sie die Besonderheiten eines Krankenhauses gegenüber einem Industriebetrieb?
23. Beschreiben Sie doch bitte kurz Ihren beruflichen Werdegang. Welche dieser Stationen bzw. Tätigkeiten hat Sie besonders

Anlage 3: Horizontale und vertikale Integration

Anlage 4

Anlage 4a: Größenvergleich

Anlage 4b: Abbaupotential

Anlage 5:

Anlage 5a: Kennzahlen der Oberschwaben-Klinik

Anlage 5b: Diskussionsgrundlage zur zukünftigen Entwicklung

Literaturverzeichnis

- Aberbach, Joel; Putnam, Robert; Rockman, Bert (1981): *Bureaucrats and Politicians in Western Democracies* Cambridge, London (Harvard University Press).
- Ahrne, Göran (1994): *Social Organizations Interaction inside, outside and between organizations* London, Thousand Oaks, New Delhi (SAGE Publications).
- Alber, Jens (1992): *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland Entwicklung, Struktur und Funktionsweise* Frankfurt, New York (Campus).
- Aldrich, H (1979): *Organizations and Environments* Eaglewood Cliffs, N.J. (Prentice Hall).
- Aldrich, H; Mindlin (1978): *Uncertainty and Dependence Two Perspective of Environments* Aus: Karpik, Lucien (Hrsg.): *Organization and Environment* Beverly Hills, Ca. (Sage). S. 149-170.
- Althans: c 1276 *Münsterischer Kommentar zum Codex Iuris Canonici* Aus: Lüdicke, K. (Hrsg.): *Münsterischer Kommentar zum Codex Iuris Canonici unter besonderer Berücksichtigung der Rechtslage in Deutschland, Österreich und der Schweiz* Essen (Ludgerus) 1984ff. (27. Ergänzungslieferung April ' 97).
- Andel, Norbert (1992): *Finanzwissenschaft* Tübingen (Mohr).
- Arrow, Kenneth (1974): *The limits of Organization* New York (Norton).
- Benz, Arthur (1994): *Kooperative Verwaltung Funktionen, Voraussetzungen und Folgen* Baden-Baden (Nomos Verlagsgesellschaft).
- Berger, Peter L.; Luckmann Thomas (1970): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit Eine Theorie der Wissenssoziologie* Frankfurt/Main (S. Fischer).
- Beske, F.; Brecht, J.G.; Reinkemeier, A.-M. (1995): *Das Gesundheitswesen in Deutschland Struktur-Leistungen- Weiterentwicklung* Köln (Deutscher Ärzte-Verlag).
- Blau, Peter M.; Scott, Richard W. (1970): *Formal Organizations A Comparative Approach* London (Routledge&Kegan Paul).
- Boudon, Raymond : (1980) *Die Logik des gesellschaftlichen Handelns Eine Einführung in die soziologische Denk- und Arbeitsweise* Neuwied (Luchterhand). (Soziologische Texte; Bd. 116)
- Bourdieu, Pierre (1987): *Die feinen Unterschiede Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*

- Frankfurt/Main (Suhrkamp Taschenbuch). (Wissenschaft 658)
- Breyer, Friedrich; Paffrath, Dieter; Preuß, Wolfgang; Schmidt, Rolf (1988): Die Krankenhaus-Kostenfunktion Der Einfluß von Diagnosespektren und Bettenauslastung auf die Kosten im Krankenhaus Bonn (AOK-Verlag).
- Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter (1997): Gesundheitsökonomie Berlin Heidelberg New York (Springer-Verlag).
- Breyer, Werner (1993): Umwandlung eines kommunalen Krankenhauses in eine GmbH - Der Weg zu mehr Wirtschaftlichkeit? In: der gemeindehaushalt, H. 12, S. 272-280.
- Bruckenberger, Ernst (1997): Krankenhausplanung vor und nach dem GSG In: das Krankenhaus, H. 5, S. 238-244.
- BVerfGE 25.03.80: Entscheidung zur Verfassungsbeschwerde gegen KHG NW 2 BvR 208/76 o.O. (1980).
- Chanlat, Jean-François (1994): Towards an anthropology of organizations Aus: Hassard, John; Parker, Martin (Hrsg.): Towards a new Theory of Organizations London, New York (Routledge). S. 155-189.
- Cody, Marisue: Vertical Integration Strategies (1996): Revenue Effects in Hospital and Medicare Markets In: Hospital & Health Services Administration, 41. Jg., H. 3, S. 343-357.
- Cohen, Percy (1972): Moderne soziologische Theorie Erklärungsmodelle zwischenmenschlichen Verhaltens Wien; Köln; Graz (Hermann Böhlhaus Nachf.).
- Coleman, James S. (1979): Macht und Gesellschaftsstruktur Tübingen (Mohr). (Schriften zur Kooperationsforschung: A, Studien; Bd. 14)
- Cook, Karen (1977): Exchange and Power in Networks of Interorganizational Relations In: The Sociological Quarterly, H. 18, S. 62-82.
- Crozier, Michel; Friedberg, Erhard (1993): Die Zwänge kollektiven Handelns Über Macht und Organisation Königstein/Ts. (Athenäum).
- Cyert, Richard M.; March, James G. (1992): A behavioral theory of the firm Cambridge (Blackwell).
- Döhler, Marian (1990): Gesundheitspolitik nach der „Wende“ Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland Berlin (edition sigma rainer bohn).

- Downs, Anthony (1968): *Ökonomische Theorie der Demokratie* Tübingen (J. C. B. Mohr). (Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften Bd. 8)
- Durkheim, Emile (1965): *Die Regeln der soziologischen Methode* Neuwied, Berlin (Luchterhand). (Soziologische Texte Bd. 3)
- Ebers, Mark; Gotsch, Wilfried (1993): *Institutionenökonomische Theorien der Organisation* Aus: Kieser, Alfred (Hrsg.): *Organisationstheorien* Stuttgart (Kohlhammer). S. 193-242.
- Eichhorn, Siegfried (1988): *Die freigemeinnützigen Krankenhäuser aus der Sicht der Leistungserstellung* Aus: Eichhorn, Lampert (Hrsg.): *Ziele und Aufgaben der freigemeinnützigen Krankenhäuser* Gerlingen (Bleicher). (Beiträge zur Gesundheitsökonomie 18) S. 45-79.
- Eichhorn, Siegfried (1995): *Stand und Perspektiven der Ordnungspolitik in der Krankenhauswirtschaft* Aus: Eichhorn, Siegfried; Schmidt-Rettig, Barbara (Hrsg.): *Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel Handlungsempfehlungen für die Praxis* Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer). (Krankenhausrecht) S. 1-33.
- Elias, Norbert (1977): *Zur Grundlegung einer Theorie sozialer Prozesse* In: *Zeitschrift für Soziologie*, 6. Jg., H. 2, S. 127-149.
- Elster, John (1989): *The cement of society* Cambridge, New York.
- Emery, F. E.; Trist, E. L. (1965): *The Causal Texture of Organizational Environments* In: *Human Relations*, 18. Jg., S. 21-32.
- Esser, Hartmut (1990): „Habits“, „Frames“ und „Rational Choice“ Die Reichweite von Theorien der rationalen Wahl (am Beispiel der Erklärung des Befragtenverhaltens) In: *Zeitschrift für Soziologie*, 19. Jg., H. 4, S. 231-247.
- Esser, Hartmut (1996): *Soziologie Allgemeine Grundlagen* Frankfurt/Main; New York (Campus).
- Etzioni, Amitai (1980): *Compliance Structures* Aus: Etzioni, Lehmann (Hrsg.): *A Sociological Reader on complex Organizations* New York (Holt, Rinehart, Winston). S. 86-100.
- Franziskanerinnen von Reute (1997): *Leitbild der sozialen Einrichtungen und Wirtschaftsbetriebe*
- Friedberg, Erhard (1995): *Ordnung und Macht Dynamiken organisierten Handelns* Frankfurt a.M; New York (Campus). (Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung Band 3)

- Galaskiewicz, Joseph (1985): Interorganizational Relations In: Annual Review of Sociology, H. 11, S. 281-304.
- Gambetta, Diego (1988): Can We Trust Trust? Aus: Gambetta, Diego (Hrsg.): Trust Making and Breaking Cooperative Relations Oxford, New York (Basil Blackwell). S. 213-237.
- Gärtner, Heribert W. (1994): Zwischen Management und Nächstenliebe: Zur Identität des kirchlichen Krankenhauses Mainz (Matthias-Grünewald-Verlag).
- GEBERA-Gutachten (1994): „Planung der mittel- und langfristigen Konzeption der Strukturen der vier Krankenhäuser des Landkreises Ravensburg“ Abschlußbericht
- Goldstein, Judith; Keohane, Robert (1993): Ideas and Foreign Policy: An Analytical Framework Aus: Goldstein, Judith; Keohane, Robert (Hrsg.): Ideas and Foreign Policy Beliefs, Institutions, and Political Change Ithaca, London (Cornell University Press). (Cornell Studies in Political Economy) S. 3-30.
- Good, David (1988): Individuals, Interpersonal Relations, and Trust Aus: Gambetta, Diego (Hrsg.): Trust Making and Breaking Cooperative Relations Oxford, New York (Basil Blackwell). S. 31-48.
- Gouldner, A. (1957): Cosmopolitans and locals: toward an analysis of social roles In: Administrative Science Quarterly, H. 2, S. 281-306.
- Granovetter, Mark (1985): Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness In: American Journal of Sociology, H. Vol 91 No. 3, S. 481-510.
- Heimerl, Hans; Pree, Helmut unter Mitwirkung von Primetshofer, Bruno (1993): Handbuch des Vermögensrechts der katholischen Kirche Unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsverhältnisse in Bayern und Österreich Regensburg (Pustet).
- Hensler, Rudolf; c. 638 Münsterischer Kommentar zum Codex Iuris Canonici Aus: Lüdicke, K. (Hrsg.): Münsterischer Kommentar zum Codex Iuris Canonici unter besonderer Berücksichtigung der Rechtslage in Deutschland, Österreich und der Schweiz Essen (Ludgerus) 1984ff. (Januar 1986, 2. Erg. Lieferung)
- Herder-Dornreich, Philipp (1980): Gesundheitsökonomik Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen Stuttgart (Enke).
- Herder-Dornreich, Philipp; Wasem, Jürgen (1986): Krankenhausökonomie zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit Baden-Baden (Nomos Verlagsgesellschaft).
- Hirschmann, Albert O. (1970): Exit, Voice and Loyalty Responses to Decline in Firms, Orga-

- nizations and States Cambridge (Harvard University Press).
- Hollingsworth, Rogers J. (1990): The Governance of American Manufacturing Sectors The Logic of Coordination and Control MPIFG Discussion Paper 90/4
- Imdahl, Horst (1993): Privatisierung von Krankenhäusern Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit In: das Krankenhaus, H. 12, S. 559-562.
- Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel (Hrsg.) (1989): Study of Methods to Determine Hospital Bed-To-Population Ratios and Their Use Kiel (Schnmidt&Klaunig). (Band 26)
- Kaldor, Nicholas (1939): Welfare Propositions of Economics and Inter-Personal Comparisons of Utility In: The Economic Journal, H. Vol. 49, S. 549-552.
- Kenis, P.; Schneider, V. (1991): Policy Networks and Policy Analysis: Scrutinizing a New Analytical Toolbox Aus: Marin, Bernd; Mayntz, Renate (Hrsg.): Policy Networks: empirical evidence and theoretical considerations Frankfurt a.M. (Campus). S. 25-59.
- Kieser, Alfred (1993): Max Webers Analyse der Bürokratie Aus: Kieser, Alfred (Hrsg.): Organisationstheorien Stuttgart (Kohlhammer). S. 37-62.
- Krankenhausbedarfsplan Baden-Württemberg III Allgemeiner Teil Stuttgart (1989); BT 1994.
- Kraus, Sibylle (1997): Rückwirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes SGB XI auf den Krankensektor Die "Patientenkarriere" aus Sicht der Sozialdienste im Krankenhaus Aus: Schulz- Nieswandt, Frank (Hrsg.): "Krankenhaus 2000" im Kontext institutionellen und leistungsrechtlichen Wandels -Fragmentierung, Schnittflächeneigenschaften, Vernetzungsbedarf Regensburg (eurotrans-Verlag). (Schriften zur Sozialpolitik; Bd. 5) S. 55-64.
- Lenk, Hans (1977): Struktur- und Verhaltensaspekte in Theorien sozialen Handelns Aus: Lenk, Hans (Hrsg.): Handlungstheorien interdisziplinär IV Sozialwissenschaftliche Handlungstheorien und spezielle systemwissenschaftliche Ansätze München (Wilhelm Fink). S. 157-175.
- Looß, Rüdiger (1997): Kooperation und Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung Notfallpraxis im Marienhospital Stuttgart In: das Krankenhaus, H. 4, S. 183-189.
- Lüdicke, K. (Hrsg.) (1984ff.): Münsterischer Kommentar zum Codex Iuris Canonici unter besonderer Berücksichtigung der Rechtslage in Deutschland, Österreich und der Schweiz

Essen (Ludgerus) (27. Ergänzungslieferung April ' 97)

Luhmann, Niklas (1969): Legitimation durch Verfahren Neuwied u.a.

Luhmann, Niklas (1988): Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives Aus: Gambetta, Diego (Hrsg.): Trust Making and Breaking Cooperative Relations Oxford, New York (Basil Blackwell). S. 94-107.

March, James G. (Hrsg.) (1989): Decisions and Organizations Oxford, New York (Basil Blackwell).

March, James G.; Simon, Herbert (1958): Organizations New York, London, Sydney (Wiley & Sons. Inc.).

Maurer, J.G. (1971): Readings in Organization Theory: Open-System Approaches New York (Random House).

Mayntz, Renate (1996): Policy-Netzwerke und die Logik von Verhandlungssystemen Aus: Kenis, P.; Schneider, V. (Hrsg.): Organisation und Netzwerk, Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik Frankfurt a.M. (Campus Verlag). S. 7-32.

Mayntz, Renate; Rosewitz, Bernd (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems Aus: Mayntz, Renate; Rosewitz, Bernd; Schimank, Uwe; Stichweh Rudolf (Hrsg.): Differenzierung und Verselbständigung Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme Frankfurt, New York (Campus). S. 117-179.

Mayntz, Renate; Scharpf, Fritz W. (1995): Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus Aus: Mayntz, Renate; Scharpf, Fritz W (Hrsg.): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung Frankfurt a. M. (Campus). S. 39-72.

Morgan, Gareth (1997): Images of Organizations Thousand Oaks, London, New Dehli (Sage Publications).

Niemann, Frank-Michael; Brown, Lorraine; Beske, Fritz (1989): Study of Methods to Determine Hospital Bed-To-Population Ratios and Their Use Aus: Institut für Gesundheitssystem-Forschung Kiel (Hrsg.): Study of Methods to Determine Hospital Bed-To-Population Ratios and Their Use Kiel (Schnmidt&Klaunig). (Band 26) S. 15-53.

o. V. „Gutachten zu den rechtlich verbindlichen Kooperationsmöglichkeiten bzw. Betriebsformen der Krankenhäuser im Landkreis Ravensburg“ vom 30. Januar 1996

o. V. Analge „Neukonzeption der vier Kreiskrankenhäuser des Landkreises Ravensburg“

- o. V. Auswirkungen erhöhter Qualitätsstandards auf die geburtshilflichen Belegabteilungen in Bad Waldsee, Leutkirch und Isny; Anlage zu TOP 4/8 der Kreistagssitzung vom 23.01.96
- o. V. Das Heilig-Geist-Spital Ravensburg - neues Leben aus einer alten Tradition Ravensburg (1997).
- o. V. Zukunftssicherung: Dernbach und Waldbreitbach gehen Kooperation ein Einrichtungen der beiden Ordensgemeinschaften werden in eine kirchliche Stiftung überführt In: das Krankenhaus, (1994), H. 5, S. 210-214.
- Oberender, Peter; Hebborn, Ansgar (1994): Wachstumsmarkt Gesundheit Therapie des Koronareninfarkts Frankfurt/Main (Fischer). (Wirtschaft)
- Olson, Mancur (1992): Die Logik des kollektiven Handelns Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen Tübingen (Mohr).
- Pardioloeau, J. G. (1986): L'ordre social Paris (L'Harmattan).
- Pennings, Johannes M. (1981): Strategically interdependent organizations Aus: Nystrom, Paul C.; Starbuck, William Haynes (Hrsg.): Handbook of organizational design Vol. 1: Adapting organizations to their environments New York (Oxford University Press). S. 433-453.
- Perrow, Charles (1970): Organizational Analysis A sociological View Belmont (Wadsworth).
- Perschke-Hartmann, Christiane (1994): Die doppelte Reform: Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer, Opladen (Leske und Budrich).
- Pfaff, Martin; Wassener, Dietmar (1995): Das Krankenhaus im Gefolge des Gesundheitsstruktur-Gesetzes (1993) Finanzierung, Leistungsgeschehen, Vernetzung Baden-Baden (Nomos Verlagsgesellschaft). (Gesundheitsökonomische Beiträge)
- Pfeffer, Jeffrey; Salancik, Gerald (1978): The external control of organizations A resource dependence perspective New York (Harper + Row).
- Phillips, Almarin (1960): A Theory of interfirm Organization In: The Quarterly Journal of Economics, 74. Jg., H. Vol. 74, S. 602-613.
- Pruitt, Dean G. (1981): Negotiation Behavior New York, London (Academic Press). (Organizational and Occupational Psychology)
- Püttner, Günter (1993): Kommunalrecht Baden-Württemberg Stuttgart, München, Hannover u.a. (Boorberg). (Rechtswissenschaft heute)

- Püttner, Günter (1994): Kommunale Betriebe und Mixed Economy Aus: Roth, Rolland; Wollmann, Helmut (Hrsg.): Kommunalpolitik Politisches Handeln in den Gemeinden Opladen (Leske + Budrich). S. 211-221.
- Quaas, Michael (1992): Die kommunale Krankenhaus-GmbH In: das Krankenhaus, H. 2, S. 59-65.
- Rathje, Eckehardt (1997): Kooperation: Notwendige Verzahnung und Konzentration im Gesundheitswesen? In: das Krankenhaus, H. 4, S. 178-182.
- Rausch, Roland (1984): Freigemeinnützige Krankenhäuser Entwicklung, Lage, Leistungen Gerlingen (Bleicher). (Beiträge zur Gesundheitsökonomie; Bd. 14)
- Rausch, Roland (1988): Das Selbstverständnis freigemeinnütziger Krankenhäuser und gesellschaftlicher Erwartungen - Ergebnisse einer Studie Aus: Eichhorn, Lampert (Hrsg.): Ziele und Aufgaben der freigemeinnützigen Krankenhäuser Gerlingen (Bleicher). (Beiträge zur Gesundheitsökonomie 18) S. 87-125.
- Ruf, Norbert (1989): Das Recht der katholischen Kirche nach dem neuen Codex Iuris Canonici für die Praxis erläutert Freiburg, Basel, Wien (Herder).
- Saed-Hedayatiy, Babak (1994): Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser in Deutschland Notwendigkeit, Voraussetzungen, Ziele und Realisierungschancen Hamburg (Kovac).
- Schäfer, Thomas; Wachtel, Dr. Hans-Werner (1985): Krankenhausbedarfspläne Untersuchung zur Entwicklung der Bedarfsdeterminanten für die Krankenhausplanung in Baden-Württemberg In: DOK, H. 12, S. 493-496.
- Scharpf, Fritz W. (1976): Theorie der Politikverflechtung Aus: Scharpf, Fritz W.; Reissert, Bernd; Schnabel, Fritz (Hrsg.): Politikverflechtung Theorie und Empirie des kooperativen Föderalismus in der Bundesrepublik o.O. (Kronberg). S. 13ff..
- Scharpf, Fritz W. (1991): Die Handlungsfähigkeit des Staates am Ende des zwanzigsten Jahrhunderts In: Politische Vierteljahresschrift, 32. Jg., H. 4, S. 621-634.
- Schnell, Rainer; Hill, Paul B.; Esser, Elke (1992): Methoden der empirischen Sozialforschung München (Oldenbourg).
- Schnizer, H. (1989): Bestandsverträge und Kirchliche Vermögensverwaltung In: Österreichisches Archiv für Kirchenrecht, 38. Jg., S. 209-225.
- Schulz-Nieswandt, Frank (1996): Öffentliche Krankenhäuser als Mittel der Gesundheitspolitik In: ZögU, H. 2, S. 300-312.

Schwab, Andreas (1997): Kooperation, Ketten und Konzern sichern ökonomische Vorteile
Horizontale Integration als Möglichkeit zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit von
Krankenhäusern In: Krankenhausumschau, H. 6, S. 511-516.

Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 24.08.95

Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 21.10.95

Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 15.02.96

Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 20.03.96

Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 29.07.96

Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 12.10.96

Schwäbische Zeitung (Bad Wurzach/Isny/Leutkirch) vom 16.11.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 29.01.91

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 09.03.91

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 25.04.91

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 09.02.93

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 16.10.93

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 19.02.94

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 16.06.95

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 17.06.95

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 28.06.95

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 14.07.95

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 17.07.95

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 05.08.95

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 26.08.95

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 08.12.95

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 09.12.95

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 16.12.95

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 17.04.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 18.04.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 02.05.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 10.06.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 20.06.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 02.07.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 10.07.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 24.09.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 17.10.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 24.10.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 30.10.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 08.11.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 12.11.96

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 18.06.97

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 05.07.97

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 14.10.97

Schwäbische Zeitung (Ravensburg/Weingarten) vom 15.10.97

Scott, Richard W. (1986): Grundlagen der Organisationstheorie Frankfurt/Main (Campus).

Sebott, Reinhold (1988): Das neue Ordensrecht Kommentar zu den Kanones 573-746 des Codex Iuris Canonici Kevelaer (Butzon & Bercker).

Seibel, Wolfgang (1994): Funktionaler Dilettantismus Erfolgreich scheiternde Organisationen im „Dritten Sektor“ zwischen Markt und Staat Baden-Baden (Nomos).

Seibel, Wolfgang; Reulen, Stephanie (1996): Imitation und Innovation Was kann man vom Verwaltungsaufbau in den neuen Bundesländern lernen? Berlin (Edition Sigma Rainer Bohn). (Modernisierung des öffentlichen Sektors)

Selznick, Philip (1949): TVA and the Grass Roots Berkeley (University of California Press).

Sing, Roland (1996): Das Krankenhaus aus Sicht der Krankenkassen In: DOK, H. 7, S. 195-202.

Statistisches Jahrbuch (1995) Wiesbaden

Statistisches Jahrbuch (1996) Wiesbaden

Stolz, Karl Heinz (1994): Das katholische Krankenhaus aus der Perspektive der Pflegeberufe

- Aus: Burre, Athansius; Kettern, Bernd (Hrsg.): Katholisches Krankenhaus heute? Zur Zukunft der Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft, Bonifatius, Paderborn S. 159-173.
- Stone, Deborah A. (1997): The Doctor as Businessman: The Changing Politics of a Cultural Icon In: Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 22 No. 2, S. 533-556.
- Süddeutsche Zeitung vom 14.04.97 Nr. 85, S. 21
- Sydow, Jörg (1992): Strategische Netzwerke: Evolution und Organisation Evolution und Organisation Wiesbaden (Gabler). (Neue Betriebswirtschaftliche Forschung Bd. 100)
- Thiemeyer, Theo (1984): Wirkungsanalyse verschiedener öffentlicher Finanzausschüsse in der Krankenhauswirtschaft Aus: Rober-Bosch-Stiftung GmbH (Hrsg.): Planung und Kontrolle im Krankenhaus Gerlingen. (Beiträge zur Gesundheitsökonomie Bd. 5) S. 111-139.
- Thiemeyer, Theo (1988): Die freigemeinnützige Krankenhauswirtschaft aus gesellschafts-, wirtschaftsordnungs- und gesundheitspolitischer Sicht Aus: Eichhorn, Lampert (Hrsg.): Ziele und Aufgaben der freigemeinnützigen Krankenhäuser Gerlingen (Bleicher). (Beiträge zur Gesundheitsökonomie 18) S. 17-35.
- Türk, Klaus (1978): Soziologie der Organisation Eine Einführung Stuttgart (Enke).
- Webber, Douglas (1989): Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland - II. Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. In: Leviathan, H. 2, S. 262-300.
- Weber, Max (1972): Wirtschaft und Gesellschaft Grundriss der verstehenden Soziologie Tübingen (J.C.B. Mohr)
- Weick, Karl (1976): Educational Organizations as Loosely Coupled Systems In: Administrative Science Quarterly, Vol. 21, S. 1-19.
- Weick, Karl (1985): Der Prozeß des Organisierens Frankfurt/Main (Suhrkamp).
- Wendisch, Grit (1994): Dichtes Netz von Kooperationsleistungen geknüpft Untersuchung am Beispiel der Aulendorfer Kliniken In: Krankenhausumschau, H. 4, S. 264-266.
- Westphal, Eckhardt (1997): Rationalisierung vor Rationierung Aus: Schulz- Nieswandt, Frank (Hrsg.): "Krankenhaus 2000" im Kontext institutionellen und leistungsrechtlichen Wandels -Fragmentierung, Schnittflächeneigenschaften, Vernetzungsbedarf Regensburg (eurotrans-Verlag) (Schriften zur Sozialpolitik; Bd. 5) S. 3-38.

- Wiesenthal, Helmut (1987): Rational Choice Ein Überblick über Grundlinien, Theoriefelder, und neuere Themenakquisition eines sozialwissenschaftlichen Paradigmas In: Zeitschrift für Soziologie, 19. Jg., H. 6, S. 434-449.
- Williamson, Oliver E. (1990): Die ökonomischen Institutionen des Kapitalismus: Unternehmen, Märkte, Kooperationen Tübingen (J.C.B. Mohr). (Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften Bd. 64)
- Zimmerling, Ruth (1994): „Rational Choice“-Theorien: Fluch oder Segen für die Politikwissenschaft? Aus: Druwe, Ulrich; Kunz, Volker (Hrsg.): Rational Choice in der Politikwissenschaft Grundlagen und Anwendungen Opladen (Leske + Budrich). S. 14-25.

Protokolle

- Gemeinderatsprotokoll vom 30.06.93
- Gemeinderatsprotokoll vom 24.04.94
- Gemeinderatsprotokoll vom 01.07.96
- Gemeinderatsprotokoll vom 16.12.96
- Gemeinderatsprotokoll vom 21.07.97
- Kreistagsprotokoll vom 16.03.95
- Kreistagsprotokoll vom 23.01.96
- Kreistagsprotokoll vom 09.05.96
- Kreistagsprotokoll vom 05.12.96

World-Wide-Web-Verzeichnis

- Benediktinerregel, 36. Kapitel auf Englisch: The Order of Saint Benedict:
<http://www.osb.org/osb/rb/text/rbemjo1.html#36>; 19.11.97
- Dokumentation der deutschen Bischofskonferenz: Wesen der kath. Kirche - II. Rechtliche Struktur und Organisation: <http://www.kath.de/pjp/weserech/wesen2.htm> 19.11.97
- Katholische Kirche: <http://www.katholische-kirche.de>; 19.11.97
- o. V., Bundesregierung: Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung:

http://www.bundesregierung.de/inland/index_d4.html; 20.03.97.

Verband der Ordensoberinnen Deutschlands(VOD): orden.de: Allgemeines - Frauen-Statistik:

<http://orden.de/Allgemeines/Frauen-Statistik.html>; 04.04.97