

## Schwerpunkt: Krankensektor

## Regionale Kooperationen

## Horizontale Partnerschaften als Alternative zur Privatisierung

Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser haben sich verschärft. Viele kommunale Krankenhäuser erwirtschaften Defizite, die zum Teil von den Trägern geschultert werden müssen. Die Kommunen denken an Privatisierung, aber längst nicht alle: Fusionen und Kooperationen gelten als Alternative.

Von Matthias Holtmeyer

Mit diesen horizontalen Partnerschaften verbinden die Entscheidungsträger häufig die Erwartung, die erforderlichen wirtschaftlichen Optimierungen auch bei Verbleib der Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft erreichen zu können.

Die seitens der Träger bei Konzeption bzw. Prüfung dieser Partnerschaften zu berücksichtigenden Rahmenbedingungen sind vielfältig. Die Entwicklung der Erlöse in Relation zu den Kostensteigerungen der Krankenhäuser bleibt nicht zuletzt auf Grund der Einnahmensituation der Kostenträger unbefriedigend. Die mit dem zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz beschlossene Verlängerung der Konvergenzphase zur Einführung von diagnosebasierten Fallpauschalen (DRGs) sowie die Begrenzung der Verluste aus der Konvergenzphase verringern dabei nur kurzfristig den Anpassungsdruck.

„Die Verbesserung der Kostensituation erfordert erhebliche Investitionen“

Medizinische Schwerpunkte setzen

Einen maßgeblichen Beitrag zur Optimierung kann eine Kooperation bzw. Fusion nur dann leisten, wenn sich die Zusammenarbeit nicht auf einzelne Bereiche, wie z.B. Wirtschafts- und Versorgungsfunktionen beschränkt. Vielmehr müssen die Kooperationspartner Schwerpunkte in ihrer Zusammenarbeit im Hinblick auf das medizinische Leistungsangebot bilden. Nur so können sie qualita-



tive und wirtschaftliche Vorteile realisieren. Allgemein decken aber ungeachtet der Schwerpunktbildung die einzelnen Häuser weiterhin jeweils die Grundversorgung einschließlich der Notfallversorgung gesondert ab.

Die erforderliche Optimierung der Betriebsabläufe und damit auch die Verbesserung der Kostensituation erfordert meist erhebliche Investitionen, die von den Bundesländern zunehmend zurückhaltend gefördert werden. Auch der Trend zu ambulanten bzw. teilstationären Leistungen verlangt zusätzliche Investitionen, um entsprechende Angebote effizient erbringen zu können. Mit den Fusionen bzw. Kooperationen können die Krankenhäuser auch im Hinblick auf Investitionen Synergien realisieren, insbesondere indem der Aufbau von Parallelstrukturen z.B. bei bestimmten Großgeräten vermieden wird. Sollte jedoch insgesamt ein erheblicher Investitionsstau in den Einrichtungen bestehen, wird eine Fusion kaum die richtige

Lösung sein. In solchen Fällen wird der Träger auf die Finanzstärke eines privaten Partners angewiesen sein.

Der Wettbewerbsdruck steigt

Die auf Grund der Einführung der DRGs weiterhin deutlich zurückgehenden Verweildauern können von den Krankenhäusern nur durch eine Ausweitung ihrer Fallzahlen kompensiert werden. Der Wettbewerb um den Patienten wird daher weiter zunehmen. Vor diesem Hintergrund sind die Krankenhäuser darauf angewiesen, über die Bildung von Netzwerken z.B. mit niedergelassenen Ärzten die Einweisung von Patienten in die eigene Einrichtung zu sichern. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden erstmals Angebote von Akutkrankenhäusern im Bereich der

integrierten Versorgung ermöglicht. Damit bilden sich verstärkt sektorübergreifende Kooperationen, z.B. durch die Gründung von so genannten „Medizinischen Versorgungszentren“ (MVZ). Darüber hinaus ist absehbar, dass künftig ein größerer Anteil von Leistungen auf Basis direkter Verträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern erbracht wird. Sofern der Gesetzgeber die Grundlagen für diesen „Vertragswettbewerb“ schafft, führt diese Lösung zu einer neuen Qualität des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern.

Flexibilität bewahren

Der regionale Zusammenschluss von Krankenhäusern und die damit einhergehende Abstimmung der Leistungsangebote kann die Wettbewerbsfähigkeit der betei-

ligten Krankenhäuser insgesamt auf dem regionalen Markt stärken. Auf der anderen Seite erfordern dynamischere Wettbewerbsbedingungen mehr unternehmerische Handlungsfreiheiten für das Management der Krankenhäuser. Fusionen dürfen also nicht dazu führen, dass komplexe Trägerstrukturen die Beweglichkeit und Schnelligkeit der fusionierten Gesellschaft weiter einschränken. Die Ausgestaltung der „Corporate Governance“ ist daher an den Markterfordernissen auszurichten, indem der Krankenhausträger z.B. die Holdinggeschäftsführung mit entsprechenden Entscheidungsbefugnissen ausstattet.

Eine nicht zu unterschätzende Gefahr der horizontalen Kooperationen ist der teilweise mehrjährige Abstimmungsprozess bis zur Verabschiedung bzw. Umsetzung eines von den beteiligten Entscheidungsträgern akzeptierten Konzeptes. Auf Grund der Unsicherheit über die künftigen Strukturen werden während dieser Kooperationsverhandlungen die eigentlich erforderlichen Restrukturierungs- oder Investitionsmaßnahmen häufig ausgesetzt. Dies

„Manchmal taugt der kleinste gemeinsame Nenner nichts“

aber führt zu Stillstand in Zeiten, die eigentlich entschlossenes Handeln der Krankenhäuser erfordern. Wenn sich am Ende das Konzept auf den kleinsten gemeinsamen Nenner der politischen Einzelinteressen reduziert, taugt es voraussichtlich nicht als tragfähige Grundlage für die langfristige Sicherung der beteiligten Kliniken. Insofern entscheidet am Ende die Bereitschaft aller Beteiligten, die jeweiligen Partikularinteressen der konsequenten Ausrichtung der Krankenhäuser auf ein zukunftsfähiges Konzept unterzuordnen.

Matthias Holtmeyer ist Associate Director bei KPMG Corporate Finance in Frankfurt/Main.  
MHoltmeyer@kpmg.com

## Größte Krankenhausprivatisierung Europas

## Sieben ehemals städtische Krankenhäuser für 318 Millionen Euro teilprivatisiert

Das internationale Ausschreibungsverfahren endet nach zwei Jahren hoch emotionaler öffentlicher Diskussionen mit dem Zuschlag an den privaten Klinikbetreiber Asklepios.

Von Elmar Willebrand

Der durch die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit verursachte Einnahmerückgang bei Sozialkassen sowie rückläufige Steuereinnahmen bei öffentlichen Trägern verschärfen die seit Jahren angespannte wirtschaftliche Situation vieler öffentlich-rechtlicher Krankenhäuser immer weiter. Im Krankenhausbarometer 2004 des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. rechnet

„Nur jedes vierte Krankenhaus erwartet ein ausgeglichenes Ergebnis“

mehr als jedes zweite Krankenhaus in Deutschland mit einem Verlust. Gerade mal jedes vierte Krankenhaus erwartet ein ausgeglichenes Ergebnis, und nur 15,2 Prozent rechnen mit einem Jahresüberschuss. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass diese Ergebnisse in den öffentlich-rechtlichen Häusern meist nur durch massive Zuschüsse des Trägers zustande kom-

men. Für das laufende Jahr erwarten mit 53,9 Prozent mehr als die Hälfte der Krankenhäuser eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation, jedes dritte Haus befürchtet eine Stagnation.

Schulden zwingen zum Verkauf

Daher läuft die Privatisierungsdiskussion auf Hochtouren. Bisher wurden vor allem kleinere und mittlere kommunale Krankenhäuser an private Betreiber veräußert. Mit der Übernahme des Landbetriebes Krankenhäuser Hamburg (LBK) stieß die Privatisierung jedoch in eine neue Dimension vor: Der LBK, dessen Alleineigentümer das Land Hamburg war, stellt mit 12.000 Beschäftigten in sieben Kliniken den größten Arbeitgeber der Stadt Hamburg dar. Mit rund 7.000 Betten bei 400.000 Behandlungsfällen pro Jahr erzielt der LBK einen Jahresumsatz von 760 Millionen Euro. Wesentlicher Grund für die Veräußerung waren eine erdrückende Schuldenlast von über 500 Millionen Euro sowie jährliche operative Verluste in zweistelliger Millionenhöhe. Der Senat suchte nach eigenem Bekunden nach einer Möglichkeit, „in dieses Fass einen Boden einzuziehen“. Dieser Boden wurde mit der Veräußerung von 74,9 Prozent der Anteile an die Asklepios-Gruppe für 318 Millionen Euro zum 1.1.2005 gelegt. Die entsprechende kartellrechtliche Freigabe wurde Ende April erteilt.

Politisch brisant bis zuletzt

Der Weg dorthin war außergewöhnlich steinig. Heftige politische Auseinandersetzungen und mehrfache dramatische Wendungen machten den Prozess fast unberechenbar. Die Privatisierungsgegner bemühten alle Arten von Verhinderungsstrategien. Das Verfahren stand mehrfach auf der Kippe: So sollte es ursprünglich mit der zweiten Lesung des entsprechenden Privatisierungsgesetzes im Dezember 2003 zum Abschluss gebracht werden. Wenige Tage vor dem entscheidenden Termin zerbrach allerdings die damalige Hamburger Koalition aus CDU und Schill-Partei. Da die CDU allein nicht über genügend Stimmen verfügte, wurde die Gesetzesänderung nicht mehr beschlossen, stattdessen wurden Neuwahlen ausgerufen.

Hürden genommen

Zwischenzeitlich war ein Volksbegehren gegen die Privatisierung initiiert, das zeitgleich am Wahltag, dem 29. Februar 2004, mit einem Mehrheitsentscheid gegen die Privatisierung endete. Gleichzeitig ging aber aus den Neuwahlen die CDU, die sich immer für die Notwendigkeit der Privatisierung ausgesprochen hatte, als Sieger mit absoluter Mehrheit hervor. Im Laufe des Jahres 2004 wurden entsprechende Vertragsmodifikationen verhandelt, die den im Volksentscheid geäußerten Bedenken Rechnung trugen, die Privatisierung

aber ermöglichten. Der für den Dezember 2004 angesetzte Gesetzesänderungstermin stand erneut auf des Messers Schneide, nachdem die Gewerkschaft eine letzte Chance in einer Verfassungsklage sah. Diese wurde allerdings vom Hamburgischen Verfassungsgericht zurückgewiesen, so dass nunmehr im zweiten Anlauf der parlamentarische Weg zur Gesetzesänderung und damit zur Privatisierung frei wurde. Seit dem 1.1.2005 liegen die Geschicke des LBK in der Hand der privaten Asklepios-Gruppe, die in zwei Schritten 74,9 Prozent der Unternehmensanteile übernimmt.

Handlungsdruck für Unentschlossene steigt

Der Dammbreach in Sachen „Großklinik-Privatisierungen“ ist damit endgültig vollzogen. Und es wird weiterhin Neuland betreten: Zum ersten Mal wird die vollständige Privatisierung von Unikliniken ausgeschrieben, Gießen und Marburg sind die Kandidaten. Die Konzepte der Interessenten werden mit Spannung erwartet, insbesondere, wie sie das Thema „Forschung und Lehre“ lösen wollen. Auch hier haben sich die Gegner bereits öffentlichkeitswirksam in Stellung gebracht. Angesichts leerer öffentlicher Kassen nutzt allerdings eine Verweigerungshaltung oder eine „Augen-zu-und-durch-Strategie“ letztlich niemandem. Und noch mehr: Wer sich jetzt

nicht mit allen in Betracht kommenden Lösungen auseinander setzt, handelt fahrlässig. Denn die Zeit drängt: So konnten in den letzten Jahren die größten privaten Klinikketten in Einzelfällen bis zu zehn Kliniken pro Jahr akquirieren und in ihre Organisation integrieren. Die vier Großen könnten also pro Jahr ca. 40 Krankenhäuser privatisieren. Wenn man zusätzlich etwa die gleiche Anzahl kalkuliert, die durch andere Privatbetreiber oder durch Fusionen den Eigentümer wechselt, käme es im günstigsten Fall zu maximal 80 Privatisierungen pro Jahr. Wenn man rund der Hälfte der derzeit öffentlich-rechtlich geführten Kliniken Privatisierungsfähigkeit und -willigkeit unterstellte, gäbe es demnach rund 400 Privatisierungskandidaten. Diesen stünden aber nur 80 Privatisierungschancen gegenüber. Mit anderen Worten: Über 300 Kandidaten werden nicht einmal einen Interessenten finden. Sicher ist Privatisierung kein Allheilmittel, aber ebenso sicher ist sie eine Alternative, die ernsthaft geprüft werden muss. Kliniken dürfen nicht zum Spielball von Politik oder Ideologie werden, denn dafür ist die Gesundheit ein zu wertvolles Gut.

Elmar Willebrand ist Rechtsanwalt und Hauptgeschäftsführer der Asklepios-Kliniken-Gruppe.  
e.willebrand@asklepios.com

## Schwerpunkt: Krankensektor

## Hoffnung auf Investitionen

## Universitätsklinikum Gießen blickt positiv auf bevorstehende Privatisierung

Herr Soßna, schon in wenigen Wochen fusioniert das Land Hessen die Universitätskliniken Gießen und Marburg. Im Januar soll die neu geschaffene Einheit privatisiert werden. Wie geht es Ihnen bei dem Gedanken daran?

Ich blicke frohen Mutes in Richtung Privatisierung. Immerhin haben wir das Thema vorangetrieben. Unsere Mannschaft hat vollständig für eine Privatisierung abgestimmt. Natürlich auch aus einer nicht sonderlich komfortablen Situation heraus. Wir haben hier am Universitätsklinikum Gießen seit Jahren und Jahrzehnten objektiv riesige Probleme. Das Land hat den Patienten also inzwischen „therapiefähig“ gemacht. In Marburg sieht das Bild komplett anders aus. Das wird in der späteren Zusammenarbeit nicht einfach.

Welche Probleme haben dazu geführt, dass Sie sich im Gegensatz zu wahrscheinlich allen anderen Universitätskliniken nicht vor dem Schreckgespenst Privatisierung fürchten?

Hier in Gießen haben sich über die beiden letzten Jahrzehnte Probleme als „Sediment“ abgelagert, und kaum jemand hat gewagt, nach den Ursachen zu fragen. Schon seit spätestens Mitte der Neunzigerjahre wurde hier kaum noch investiert. Irgendwann funktioniert das Klinikum zwangsläufig nicht mehr. Das Land hätte das Universitätsklinikum Gießen verhungern lassen. Es gab verschiedene Indikatoren, an denen man das festmachen konnte: Beispielsweise wurde unser Neu-

bau für die Chirurgie nie fertig gestellt. Stattdessen befinden sich Teile der Chirurgie nun in einem Bauteil, der eigentlich viel zu klein ist. Der geplante weitere Teil des Gebäudes, der für die logistische Erschließung zentral ist, wurde nie gebaut. Man muss kein Fachmann sein, um zu erkennen, dass allein dies die Betriebskosten deutlich erhöht. Stutzig machte uns außerdem, dass auch



Privatisierung – die richtige Medizin für das Uniklinikum.

dringende grundlegende Sanierungsarbeiten am Altbau Chirurgie nicht wie vorgesehen erfolgten. Wir haben aus eigenen Mitteln nur zum Teil sanieren können.

Dass Investitionen zurückgestellt werden, ist in der heutigen Zeit keine Seltenheit und muss allein nicht stutzig machen. Was war bei Ihnen anders?

Das Land argumentierte, es habe keine Finanzierungsmöglichkeiten. Das konnte aber nicht stimmen, denn an den Universitätskliniken in Marburg und in Frankfurt wurde in den vergangenen 25 Jahren bis heute enorm investiert – Marburg erhielt etwa 300 Millionen Euro mehr als wir, Frankfurt erhielt etwa 450 Millionen Euro mehr. In Gießen dagegen gab es seit über 10 Jahren keine größeren Investitionen.

Es war damit klar, dass die Landesregierung sich nur zwei statt drei Hochschulmedizinbereiche leisten wollte. Das Ergebnis spricht für sich: Zum Beispiel ist mehr als die Hälfte unseres beweglichen Anlagevermögens heute auf null abgeschrieben. Ich spreche hier nur von medizinischen Geräten. In den anderen Bereichen des Anlagevermögens sieht es ähnlich aus. Die laufenden Aufwendungen für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit, wie Instandsetzungen, steigen auch dadurch kontinuierlich weiter. Unser hohes medizinisches Leistungsniveau ist auf dieser infrastrukturellen Basis noch beachtlicher einzuschätzen.

Wann haben Sie sich entschieden, auf Ihre Situation aufmerksam zu machen?

Wir haben uns nun regelmäßig gefragt, wie wir wirklich dringende Investitionen realisieren sollten, ohne eigene Mittel zur Verfügung zu haben. Da unser Eigenkapital bereits komplett aufgezehrt war, konn-

ten wir auch nicht mehr mit Bankkrediten rechnen. Wir haben in dieser Situation das Land um eine Bürgschaft gebeten. Das Land lehnte jedoch ab. Kostensenkungen haben wir auf ohnehin niedrigem Niveau zwar erreichen können. Die Summe genügt aber nicht. Zusätzlich hatte das Land seine Zuschüsse weiter gekürzt. Es war also klar, dass privates Kapital her musste, auch wenn dieser Gedanke zunächst mehr als ungewohnt war.

Um damit an die Öffentlichkeit treten zu können, benötigten wir erst einmal einen entscheidenden Personalwechsel am Uniklinikum Gießen. Dieser erfolgte in der zweiten Jahreshälfte 2003. Das neue Team formulierte eine gemeinsame Idee von der Zukunft des Klinikums. Wir brachten also selbst die Privatisierung als Alternative ins Gespräch. Parallel erhielten wir viel positive Presse durch besondere Erfolge unserer Forschungsarbeiten, die auf einem sehr wichtigen Gebiet – Lungenhochdruck – international Furore machten. Trotz der desolaten baulichen und teilweise apparativen Situation für ein Universitätsklinikum, mit der wir schon seit geraumer Zeit arbeiten müssen, haben wir hervorragende Ergebnisse gebracht – sowohl in der Forschung als auch in der Krankenversorgung. Geräuschlos schließen konnte man uns nicht mehr. Aber wir boten ja auch eine Alternative an. Wie alles Neue stieß sie nicht nur auf Gegenliebe. Das war auch nicht anders zu erwarten.

Wie reagierte die Landesregierung auf Ihren Vorschlag?

Zunächst einmal hatte die Landesregierung vor, aus den Unikliniken Gießen und Marburg eine wirtschaftliche Einheit zu machen. Damals wurde das vorsichtig ausgedrückt. Heute reden wir von einer Fusion.

Dann fand ein Treffen mit dem Ministerpräsidenten Roland Koch statt, bei dem er sich unsere Vorstellungen anhörte und kritisch hinterfragte. Es war offensichtlich, dass er sich bereits ernsthaft mit dem Thema befasst hatte.

Schließlich entschied sich die Landesregierung für die Fusion mit anschließender Privatisierung. Das Land wird damit seine Verantwortung los, und wir bekommen die Möglichkeit unter vernünftigen Bedingungen nicht nur weiterzuarbeiten, sondern zudem Neues mit Elan anzugehen. Dieser war nur zu verständlich in den vergangenen Jahren enttäuschter Hoffnungen verloren gegangen.

### „Die Krux im öffentlichen Bereich ist, dass nur sporadisch investiert wird“

Wie viel Geld werden Sie benötigen, um Ihre Löcher zu stopfen?

Wenn uns eine private Gesellschaft, die das Klinikum erwirbt, 200 Millionen Euro für Investitionen zur Verfügung stellen würde, wäre die gesamte Hochschulmedizin, also Universitätsklinikum und Fachbereich, bedient, und wir könnten erfolgreich und profitabel arbeiten. Wenn das Land verkauft, muss es den Käufer u.a. verpflichten, auch weiterhin regelmäßig zu investieren. Die Krux im öffentlichen Bereich ist ja gerade, dass nur sporadisch investiert wird. Nach meiner Einschätzung ist das aber eher eine Trivialität im privaten Krankensektor.

Haben Sie keine Befürchtungen, dass ein privates Unternehmen den Bereich Forschung und Lehre vernachlässigen könnte?

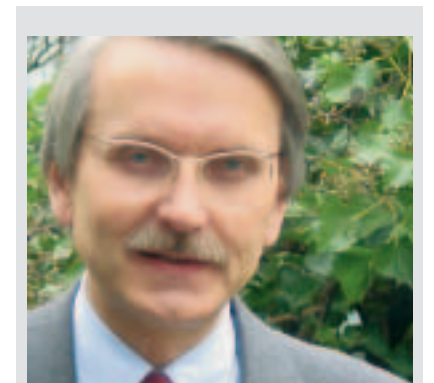
Eine privatisierte Universitätsklinik ist wegen der Trennung zwischen Forschung und Lehre auf der einen Seite und der Krankenversorgung auf der anderen Seite sicherlich nicht unproblematisch, da es immer Überschneidungen gibt. In der Wirtschaft spricht man hier von Kuppel-

produktion. Dieser Konflikt ist aber lösbar, wie wir in Gießen nach schmerzlichen Erfahrungen gezeigt haben. Die Kosten müssen einzelnen Kostenstellen, und damit den Verantwortlichen, sehr genau zugeordnet werden. Forschung und Lehre bleiben weiterhin beim Land, den sehr viel größeren Krankenteil kann die private Gesellschaft übernehmen.

Wir wollen versuchen diesen Weg zu gehen. Ein großes Handicap im Prozess ist die Fusion mit Marburg, das sich mit dem Gedanken der materiellen Privatisierung nur schwer anfreunden kann. Dort hatte man ursprünglich andere Vorstellungen. Das darf keineswegs gering eingeschätzt werden. Ich hoffe aber, dass die sich bald ergebenden Vorteile überzeugen. Stagnation in vielen Bereichen wird überwunden werden. Neues wird gestaltet werden müssen. Es geht um unsere Zukunft. Das ist allen Mitarbeitern zu vermitteln, damit sie mitmachen.

Was würden Sie sich von einem neuen Klinikträger wünschen?

Wir würden uns wünschen, dass der Käufer bereits eine belastbare Idee von Hochschulmedizin hat, nicht nur von Krankenversorgung. Hochschulmedizin besteht ja aus zwei Teilen, die eng miteinander verbunden sind. Investitionen sollten nicht mehr allein von der Kassenlage abhängen und auch nicht vom Wohlwollen einzelner Personen. Geld können wir dann selbst verdienen. Sobald sich die Rahmenbedingungen verbessert haben, bekommen wir noch besseres Personal und noch bessere Studenten. Es wird positiv neugierig



Werner Soßna ist seit 1985 am Universitätsklinikum Gießen tätig – zunächst als Verwaltungsdirektor, seit 2001 als kaufmännischer Direktor. Zuvor war der Volkswirt fünf Jahre in der Privatwirtschaft im Bereich Pharma, Chemie beschäftigt. Als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Wirtschafts- und Sozialpolitik der Uni des Saarlandes begann er seine Laufbahn.

Menschen geben, die zu uns kommen, um schon am Aufbruch in eine neue Welt dabei zu sein.

Könnte Ihnen das Kartellamt noch einen Strich durch die Rechnung machen?

Kartellrechtlich werden wir keine Probleme bekommen. Da wurden aus politischen Gründen Probleme groß geredet, die eigentlich keine sind. Die Uniklinik Marburg hat beispielsweise seit jeher eine Monopolstellung – nichts Ungewöhnliches im Krankensektor. Nur handelt es sich nicht um den privatwirtschaftlichen Bereich, auf den sich das Kartellrecht bezieht. Ich denke aber, dass auch hier Neuland betreten werden muss.

Welche strukturellen Vorteile erhoffen Sie sich?

Wir freuen uns insbesondere auf mehr Transparenz und auf schnelle und gut getroffene Entscheidungen.

Herr Soßna, ich danke Ihnen für das Gespräch.

Die Fragen stellte Vanessa Keppler.

v.keppler@derneuekaemmerer.de

## Ziel erreicht ... ohne Risiko ... Ihr Partner: SüdLeasing.

Schnipp, schnapp und endlich am Ziel! Zufriedenheit, wohin man sieht: Eine gute Presse, strahlende Bürger, ein ausgeglichener Haushalt! Mit Leasing haben Städte und Kommunen die Freude am Investieren wieder entdeckt. Deshalb sind unsere Finanzierungsmodelle für Verwaltungsgebäude, Ver- und Entsorgungsanlagen, Kraftwerke, Strom- und Leitungsnetze, Kläranlagen sowie Sport- und Freizeitzentren sehr vielseitig und richten sich individuell nach Ihren Möglichkeiten. Als Tochter der LBBW, der Landesbank Baden-Württemberg, bieten wir Ihnen optimale Voraussetzungen, damit Ihre Investitionen zum Gewinn all Ihrer Bürger werden.

SüdLeasing GmbH · Augustaanlage 33 · 68165 Mannheim  
Telefon: (06 21) 428-27 00 · Telefax: (06 21) 428-27 24  
www.suedleasing.de · kommunal@suedleasing.de  
Ein Unternehmen der Landesbank Baden-Württemberg  
Mannheim · Stuttgart

## SüdLeasing

Man least viel Gutes über uns.

## Schwerpunkt: Krankenhaussektor

# Auswege aus der Finanzierungsmisere

## PPP als Alternative zur Privatisierung?

Das Gesundheitswesen ist seit Jahrzehnten geprägt von Fehlsteuerungen. Erst haben die planwirtschaftlichen Einflüsse die Branche gestört, nun kommen marktwirtschaftliche Zwänge mit Kosten- und Leistungsdruck hinzu. Privatisierung, Fusion, Gesellschafterwechsel können Lösungen sein – aber wie sieht es mit PPP aus?

Von Martina W. Schmidt, Wolfram-Arnim Candidus, Olaf Grüber

Bereits seit den Kostendämpfungsmaßnahmen aus dem Jahr 1984 ist bekannt, dass die Kostenexplosion im Gesundheitswesen nicht mehr finanzierbar ist. Eine Strukturreform nach der anderen jagte seither durch Deutschland ohne wirksame Strukturveränderungen zu schaffen. Der Bund, die Länder und die Kommunen sind finanziell angeschlagen. Sie bewilligen immer weniger Fördermittel für Investitionsprojekte bzw. stellen als Träger kein Eigenkapital bereit. Die technische und räumliche Ausstattung der stationären Einrichtungen wird zunehmend schlechter, da für notwendige Ersatzinvestitionen Finanzierungsmittel nur unzureichend zur Verfügung gestellt werden. Stationäre Einrichtungen haben einen finanziellen Nachholbedarf zum Erhalt und Ausbau der Funktionen in zweistelliger Milliardenhöhe.

Durch die Einführung der Fallpauschalen (G-DRG) als Abrechnungsmodus ist Krankheitsbild soll die Funktion und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser verbessert werden. Die Einführung von integrierten Versorgungsangeboten sowie Disease-Managementprogrammen zur Behandlung chronisch Kranker sollen weitere Rationalisierungspotenziale freigesetzt werden. Alle diese Maßnahmen dienen der Kosteneinsparung im Gesundheitssystem. Ohne Reinvestition dieser Mittel wird die Gesundheitsversorgung nachhaltig geschwächt. Die Duale Finanzierung der stationären Einrichtungen mit der Vergütung der Behandlungskosten durch die Krankenversicherungen und der aus Steuereinnahmen gesicherten Finanzierung der Investitionen ist nur noch ansatzweise vorhanden.

Die notwendige Umgestaltung in eine monetarische Finanzierung wird unverändert politisch gefordert. Die Konsequenz hieraus ist die Übernahme der Investitionskosten durch die Krankenversicherungen, d.h. eine Erhöhung der Lohnnebenkosten. Dies ist derzeit politisch

nicht durchsetzbar, so dass die Krankenhausträger andere Wege aus der Finanzierungsmisere beschreiten müssen.

Zur Zukunftssicherung von stationären Einrichtungen ist es erforderlich, die vorhandenen und zukünftigen Investitionen dauerhaft finanziell zu sichern. Dies kann entweder aus eigener Kraft, durch Aufnahme von Investoren oder durch ein Modell der Public Privat Partnership (PPP) erfolgen.

### Finanzierungspotenzial schaffen

Die stationäre Einrichtung muss mittels des Erlös- und Kostenmanagements Finanzierungspotenziale schaffen. Hierfür sind strategische Konzepte (Erlöse, Kosten, Organisation u.a.) zu erarbeiten und konsequent umzusetzen. Da die aus eigener Kraft geschaffenen Finanzierungspotenziale nicht immer ausreichen werden, rückt bei fehlenden Fördermitteln die Kreditaufnahme stärker in den Vordergrund. Das Rating nach Basel II wird zukünftig im Hinblick auf die Konditionengestaltung bei Kreditvergaben zur Finanzierung aller Maßnahmen ein ausschlaggebender Faktor sein. Die Zins- und Tilgungslasten müssen finanzierbar sein, damit aus der Finanzierung des Investitionsprojektes nicht eine wirtschaftliche Schieflage der stationären Einrichtung entsteht.

### „Basel II wird künftig bei der Finanzierung aller Maßnahmen ein entscheidender Faktor sein“

Reichen die Finanzierungspotenziale aus eigener Kraft bzw. aus Kreditaufnahmen nicht aus, besteht die Möglichkeit der Aufnahme von Investoren. Dies kann im Wege von Kapitalerhöhung, Gesellschafterwechsel, Anteilsverkauf, Fusion u.a. stattfinden.

Eine weitere Möglichkeit zur Finanzierung von Investitionsprojekten sind PPP-Modelle (Erwerber-, Leasing-, Vermietung- und Inhaber Konzessions-Modelle) für kommunal geführte stationäre Einrichtungen. Die Modelle unterscheiden sich in der jeweiligen Eigentümerstellung und der Art der Finanzierung bzw. der Absicherung. Es wird die Zusammenarbeit mit der Privatwirtschaft bei Planung, Finanzierung, Bau und Management von Immobilien oder technischer Ausstattung (Medizintechnik, IT u.a.) genutzt. PPP-Finanzierungsmodelle ermöglichen eine lang-

fristige Finanzierung zu kommunalkreditähnlichen Konditionen ohne zusätzliche Belastungen für den Haushalt der Kommune.

Großbritannien realisiert etwa 17 Prozent aller öffentlichen Investitionen mit den unterschiedlichen Methoden des PPP. Auch in Deutschland gibt es erste Versuche – z.B. in Nordrhein-Westfalen.

Die wichtigen Vorteile für die kommunalen Träger von stationären Einrichtungen sind:

- ▶ Regionale langfristige Versorgungssicherheit im Gesundheitswesen
- ▶ Einbindung von Wissen, Innovation und Kreativität für die jeweilige Einrichtung durch den oder die privaten Partner
- ▶ Kostenreduzierung und Optimierung der Wirtschaftlichkeit
- ▶ Risikoaufteilung zwischen den Partnern
- ▶ Ausrichtung der stationären Einrichtung auf die Kernkompetenz Medizin, Pflege, Therapie und Diagnose
- ▶ Kostentransparenz
- ▶ Abbau des Investitionsstaus sowie Sicherung des Bestands und der Funktion der stationären Einrichtung

Die Vorteile für die privaten Partner sind:

- ▶ Sicherung oder Erschließung neuer Märkte
- ▶ Stärkung der Wettbewerbsposition
- ▶ Effektivere Nutzung der eigenen Ressourcen
- ▶ langfristig gesicherte Einnahmen

Die hier aufgeführten Fakten zeigen Auswege aus der Finanzmisere stationärer Einrichtungen. Sie müssen für die Beteiligten wirtschaftlich sein. Es sind auch Mischformen denkbar.

Ob die aufgezeigten Wege mit dazu beitragen können, den Nachholbedarf bei den Investitionen finanzierbar zu gestalten, muss sich erst noch zeigen.

Martina W. Schmidt ist Wirtschaftsprüferin bei der WIKOM AG – Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in Berlin. Wolfram-Arnim Candidus ist Management Consultant Health Care beim Strategie Team Unternehmenssteuerung in Heidelberg. Olaf Grüber ist Mitglied der Geschäftsführung der SüdLeasing Gruppe in Mannheim. olaf.gruebler@suedleasing.de

# Investitionen tun Not

## PPP für Krankenhäuser ist möglich und nötig

Die Einführung der Fallpauschalen (G-DRG) erzwingt Investitionen. Dafür sind Öffentlich-Private-Partnerschaften die realistische Alternative zur Vollprivatisierung. Man muss nur wollen!

Von Ralf Nagengast und Oliver Gantzer

Hoher Investitionsbedarf – leere Kassen, in diesem Spannungsfeld bewegen sich die öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger. Das DRG-System zwingt zu höherer Bettenauslastung bei sinkenden Verweildauern, mit der Folge, dass Betten durch Zusammenlegung und Spezialisierung abgebaut werden. Moderne Krankenhäuser orientieren sich am Patientflussprinzip und an integrierten Versorgungskonzepten. Zusammen mit dem „normalen“ Modernisierungsbedarf entsteht daraus ein hoher Investitionsbedarf bei den Krankenhausträgern, um ihren Versorgungsauftrag erfüllen zu können: Mindestens 25 Milliarden Euro ermittelte das Deutsche Institut für Urbanistik für die erste Dekade dieses Jahrtausends. Dieser Bedarf trifft auf defizitäre öffentliche Haushalte und führt dazu, dass die Länder ihre Verpflichtung zur Bereitstellung von Fördermitteln weder in angemessenem zeitlichem Rahmen noch der Höhe nach erfüllen können. Der steigende Eigenanteil ist auf Grund der angespannten Lage der kommunalen Haushalte selten darstellbar.

### Ein Blick nach Großbritannien

Getrieben von einer schlechten öffentlichen Gesundheitsversorgung, langen Wartelisten und maroden Krankenhäusern startete die Regierung in den Neunzigerjahren eine Investitionsoffensive zum Ausbau und zur Modernisierung britischer Krankenhäuser. Ebenso wie derzeit in Deutschland traf der Bedarf auf einen desolaten öffentlichen Haushalt. Über die dortige PPP-Offensive, genannt Private Finance Initiative (PFI), wurde nicht nur privates Kapital zur Finanzierung eingebunden, sondern vielmehr die Effizienzvorteile durch das Einbinden privaten Know-hows und Ressourcen bei Planung, Bau, Finanzierung und nichtklinischem Betrieb gehoben. Der ehemalige britische Gesundheitsminister Alan Milburn wird entsprechend auf die Frage nach PFI-Modellen im Gesundheitssektor mit den Worten zitiert „PFI is the only game in town“. So werden bisher über 40 Krankenhausneubauten und –sanierungen als PPP mit signifikanten Effizienzgewinnen realisiert. Vor diesem Hintergrund muss die Frage gestellt werden, warum PPP-Lösungen für Krankenhausprojekte bei uns nicht längst gängige Praxis sind. Ohne privates Kapital kann der Investitionsbedarf nicht nachhaltig gedeckt werden. In anderen Bereichen

wie Schulen, Gefängnissen, Gerichts- und Verwaltungsgebäuden fasst PPP auf Grund der erfolgreichen Pilotprojekte weiter Fuß.

### Verfügbarkeitsansatz als Schlüssel

Derzeit ist in Deutschland zu beobachten, dass die öffentlichen Träger ihre Häuser privatisieren und die notwendigen Investitionen dem Käufer aufgeben. Sie verlieren dadurch jedoch den Einfluss auf die Geschichte des Hauses. Um den Einfluss zu behalten und trotzdem privates Know-how für die nichtklinischen Betreiberleistungen zu nutzen, gründen die öffentlichen Krankenhausträger Service-GmbHs als Gemeinschaftsunternehmen mit Privaten.

Die Finanzierung von Investitionen wird über Forfaitierungsmodelle realisiert. Der ganzheitliche Ansatz und damit die Fokussierung auf das Gesamtkostenoptimum aus Investitions-, Finanzierungs- und Betriebskosten über den gesamten Lebenszyklus der Immobilie werden nicht verfolgt. Gerade dieser Verfügbarkeitsansatz mit dem Transfer der gebäudeimmanenten Risiken auf den privaten Partner ist die Erfolgsstory der PPP-Projekte.

Dass PPP nicht „Bauen ohne Geld“ bedeutet, leuchtet ein. Jedoch sind mittels PPP die Kosten über den gesamten Vertragszeitraum transparent und detailliert planbar. Grundsätzlich darf ein Projekt nur als PPP-Projekt realisiert werden, wenn dieses günstiger ist als die Eigenrealisierung. Daraus ergibt sich zwingend, dass im Vergleich die öffentlichen Haushalte insgesamt weniger belastet werden. Zudem können Erlöse aus Dienstleistungen wie z.B. Parkraumbewirtschaftung in die Refinanzierung eingebunden werden.

Die duale Finanzierung in Deutschland steht der PPP-Realisierung nicht entgegen, sie macht sie nur etwas komplizierter als in Großbritannien. Auch der mit der Auslagerung von Dienstleistungen verbundene Personaltransfer ist kein grundsätzliches Problem, da es sich ebenso bei einer Vollprivatisierung wie bei der Gründung von Service-GmbHs stellt und dort einvernehmlich gelöst wurde. Kostensicherheit und privates Kapital ermöglichen den öffentlichen Krankenhausträgern auch und gerade mit Blick auf das DRG-System konkurrenzfähig zu sein. Mit dem richtigen Partner, getreu dem Motto „Drum prüfe wer sich ewig bindet“, kann das dritte P, Partnerschaft, mit Leben gefüllt werden und so der hohe Standard der deutschen Krankenhäuser durch öffentliche Trägerschaft gehalten werden.

Ralf Nagengast ist Leiter, Oliver Gantzer Mitarbeiter der Stabsabteilung PPP bei der Wayss & Freytag Schlüsselfertigbau AG in Frankfurt/Main. Ralf.Nagengast@wf-sfbau.de

Alle Details:  
www.slg.co.at



Wer lernt, wächst.

Schwabe, Ley & Greiner GmbH  
Margaretenstraße 70  
A-1050 Wien

Tel.: +43/1/585 48 30  
Tel.: +43/1/585 48 30-15

E-Mail: info@slg.co.at  
Internet: www.slg.co.at

## Schon gebucht?

- Was:** Seminar **Finanzschuldenmanagement für die öffentliche Hand**
- Warum:** Entwicklung einer Finanzierungsstrategie  
Optimierung der Finanzierungskosten  
Bewertung und Begrenzung von Risiken im Finanzschuldenportefeuille
- Für wen:** Finanzverantwortliche, Kämmerer, Haushaltsbeauftragte, Finanzdezernenten und Controller der öffentlichen Hand
- Wann und Wo:** Informieren Sie sich über die Termine auf unserer Homepage [www.slg.co.at](http://www.slg.co.at) oder unter +43/1/585 48 30.

Schwabe, Ley & Greiner ist Marktführer in der Beratung auf den Gebieten Finanzmanagement und Treasury im deutschsprachigen Raum. Unsere Seminare basieren auf einer Vielzahl praktischer Fallbeispiele und sind in jeder Hinsicht „beispielgebend“. Deshalb empfehlen über 90 % der Seminarteilnehmer die von ihnen besuchte Veranstaltung weiter!

DER NEUE  
KÄMMERER  
Zeitung für öffentliches Haushalts-,  
Immobilien-, Beteiligungs- und  
Prozessmanagement



SCHWABE, LEY & GREINER

## Schwerpunkt: Krankenhaussektor

## Drahtseilakt

## Wie private Betreiber und kommunale Verkäufer beim Krankenhausverkauf mit Paragraphen kämpfen

**Der Grundsatz der Vermögensbindung und die Gemeinnützigkeit bereiten beim Erwerb eines Krankenhauses häufig Kopfzerbrechen.**

Von Thomas Northoff,  
Michael Wollert, Rudolf Pauli

In den vergangenen Monaten ist eine Vielzahl von akutstationären Einrichtungen privatisiert worden. Dabei reicht die Palette der Maßnahmen von so genannten Formalprivatisierungen (z.B. Ausgliederung der Krankenhäuser der Landeshauptstadt München in eine GmbH, deren Anteilseigner die Stadt bleibt) hin zu materiellen Privatisierungen in Form eines Verkaufs von Anteilen (z.B. Landesbetriebe Krankenhäuser Hamburg an Asklepios) oder den Verkauf des Krankenhausbetriebs (z.B. Veräußerung des Krankenhausbetriebes durch die Amper Kliniken Dachau AG an Röhn).

Die Privatisierung im Krankenhaussektor wird sich weiterhin beschleunigen. Im Jahr 2003 wurde erstmals ein jahrzehntelang anhaltender Trend gebrochen: Die akutstationären Fallzahlen steigen nicht mehr so stark, und die durchschnittliche Verweildauer sinkt weiterhin. Unsere Modellrechnung zeigt, dass gravierende Rationalisierungen im Krankenhaus erforderlich werden, wenn die Patientenzahlen noch einmal um 2 Prozent zurückgehen und die durchschnittliche Verweildauer auf 7,0 Tage fällt. Um nur ein Beispiel zu nennen: Die Anzahl der Krankenhäuser würde sich um 500 verringern, die Bettenkapazität um 123.000. Auf diese dramatische Entwicklung sollten die Krankenhäuser

gut vorbereitet sein. Denn Privatisierung gibt es nicht „von der Stange“. Wirtschaftliche, rechtliche, politische Rahmenbedingungen erfordern maßgeschneiderte Lösungen. Im Folgenden wird ein Überblick über die Fallstricke bei einem Verkauf eines Krankenhauses gegeben.

Sowohl die Umwandlung eines in der Form eines Eigenbetriebs geführten Krankenhauses in eine gemeinnützige GmbH sowie auch der Verkauf des gesamten Krankenhausbetriebs bewirkt einen Betriebsübergang im Sinn des § 613a BGB. Dies bedeutet, dass der bisherige Arbeitgeber neben den neuen Arbeitgeber als Gesamtschuldner tritt (vgl. § 613 a Abs. 2 BGB). Mit dem Betriebsübergang sind auf Grund einer ab 1.4.2002 in Kraft getretenen Ergänzung des § 613a BGB nunmehr auch die von einem Übergang betroffenen Arbeitnehmer vor dem Übergang der Arbeitsverhältnisse in Textform über die wesentlichen Änderungen zu informieren. Über die Gestaltung der Information gibt es aber keine eindeutigen gesetzlichen Vorgaben, so dass hier Fallstricke lauern.

Zu klären sind häufig die Ansprüche der Arbeitnehmer hinsichtlich der betrieblichen Altersversorgung bei der Zusatzversorgungskasse (ZVK). Sofern keine anderweitigen Regelungen angestrebt werden, könnte der neue Rechtsträger Mitglied in der ZVK werden. Es empfiehlt sich daher bereits im Vorfeld der Privatisierung zu klären, wie insoweit im Einvernehmen aller Beteiligten zu verfahren ist.

Das Kommunalrecht kommt ins Spiel, wenn eine (Rück-)Beteiligung der Kommune am Rechtsträger des Investors gewünscht wird. Das Kommunalrecht der

einzelnen Länder schreibt vor, dass die Gemeinden sich nur dann an Kapitalgesellschaften beteiligen dürfen, wenn diese Gesellschaften einen öffentlichen Zweck erfüllen, die Gemeinde sich einen angemessenen Einfluss im Aufsichtsrat oder einem entsprechendem Gremium verschafft und die Haftung der Gemeinde auf einen bestimmten Betrag beschränkt wird. Diese Haftungsbeschränkung kann aber durch die Aufsichtsämter aufgehoben werden.

#### Kommunalrechtliche Aspekte

Das Kommunalrecht verlangt insbesondere den Einfluss der Kommune auf ihre Kapitalgesellschaft. Das Gesellschaftsorgan, welches der Kommune Einfluss verschaffen soll, ist zumeist ein fakultativer Aufsichtsrat. Üblich und zweckmäßig ist es, in den Satzungen kommunaler Gesellschaften einen umfassenden Katalog von Zuständigkeitsvorbehalten des Aufsichtsrats vorzusehen. Die Frage, welches Gemeindeorgan intern entscheidet, bestimmt sich – sofern keine abweichende Regelung in der Satzung der GmbH getroffen wird – nach Kommunalrecht. Eine aus Sicht der Kommune bedeutsame Entscheidung in Angelegenheiten der kommunalen GmbH trifft der Gemeinderat, während der Bürgermeister auch gemeindeintern zuständig ist, wenn es nur um laufende Verwaltung geht. Sollte von der Zuständigkeitsregelung abgewichen werden, muss der Gesellschaftsvertrag angepasst werden. Je nach Ausgestaltung können diese Einflussnahmerechte kartellrechtlich bedeutsam werden. Ist mit einer Privatisierung ein Trägerwechsel verbunden, bedarf sie einer engen Abstimmung mit den Förder-

behörden und der Aufnahme des neuen Krankenhausträgers in den Krankenhausplan. Es ist darauf zu achten, dass im Zuge einer Privatisierung keine Tatbestände verwirklicht werden, die zu einer Rückzahlung von Fördermitteln verpflichten.

Nach früherer Auffassung war ein vergabefreies Eigen- bzw. Inhouse-Geschäft möglich, wenn an der beauftragten Gesellschaft entweder kein privater Investor beteiligt war oder der Auftraggeber auf das beauftragte Unternehmen Einfluss nehmen konnte. Nach aktueller Rechtsprechung ist allerdings im Falle der Beteiligung eines privaten Investors die Durchführung eines vergabefreien Inhouse-Geschäftes gänzlich ausgeschlossen. Dies bedeutet, dass bei der Veräußerung des Krankenhausbetriebs gegebenenfalls vergaberechtliche Vorschriften zu beachten sind.

#### Problem Vermögensbindung

Bei der Privatisierung von Krankenhäusern rücken regelmäßig der Grundsatz der Vermögensbindung und das gemeinnützigkeitsrechtliche Mittelverwendungsgebot in den Mittelpunkt des Interesses. Mit der Veräußerung des gesamten Krankenhausbetriebs oder einzelner wesentlicher Wirtschaftsgüter kann es zu einem Verstoß gegen den Grundsatz der Vermögensbindung und gegen das Gebot der gemeinnützigkeitsrechtlichen Mittelverwendung kommen. Der Grundsatz der Vermögensbindung besagt, dass bei Beendigung des Bestehens der Körperschaft oder bei Wegfall des bisherigen Zwecks das Vermögen einer anderen steuerbegünstigten Einrichtung für gemeinnützige, mildtätige oder kirchliche Zwecke zur Verfügung gestellt

werden soll. Es soll verhindert werden, dass das Vermögen, das sich auf Grund der Steuervergünstigungen gebildet hat, später zu nicht begünstigten Zwecken verwendet wird. Ähnlich konstituiert das Gebot der zeitnahen Mittelverwendung, dass sämtliche Mittel, die ein gemeinnütziger Rechtsträger anhäuft, zeitnah für satzungsmäßige Zwecke zu verwenden sind.

Im Rahmen der Privatisierung von Krankenhäusern gilt es, das Erwerberkonzept des Investors so mit den Interessen der Kommune als mittelbarer oder unmittelbarer Rechtsträger des Krankenhauses zu verbinden, dass einerseits den zu beachtenden Grundsätzen Genüge getan wird. Andererseits soll aber die Kommune die mit der Veräußerung erzielten Mittel zumindest zum Teil für Zwecke der Haushaltskonsolidierung nutzen können. Die Verbindung dieser widerstreitenden Interessen scheint schier unmöglich zu sein, da für alle Fälle des Verstoßes gegen den Grundsatz der Vermögensbindung eine Nachversteuerung der letzten zehn Jahre droht. Unsere Erfahrungen zeigen jedoch, dass es Möglichkeiten gibt, Erwerber- und Verkäuferkonzept so aufeinander abzustimmen, dass sich auch nach Veräußerung keine (Ver-)Kaufpreue breit macht.

Thomas Northoff ist Partner und Leiter des Geschäftsbereichs Public Sector bei Deloitte. Michael Wollert ist Partner und Leiter des Geschäftsbereichs Gesundheitswesen bei Deloitte. Rudolf Pauli ist Steuerberater und Director bei Deloitte und beschäftigt sich schwerpunktmäßig u.a. mit der Restrukturierung steuerbegünstigter Rechtsträger.

# 1. DEUTSCHER KÄMMERERTAG

Die öffentlichen Verwaltungen stellen sich neu auf!

– Geschlossene Veranstaltung für geladene Gäste –

Innovatives Management und moderne Finanzierungsformen der  
Finanzchefs des öffentlichen Sektors

23. November 2005

Weitere Informationen finden Sie ab Ende Juli auf unserer Homepage

[www.derneuekaemmerer.de](http://www.derneuekaemmerer.de)

Sie haben Interesse an unserer Veranstaltung? Bitte melden Sie sich für weitere Informationen unter [info@derneuekaemmerer.de](mailto:info@derneuekaemmerer.de)

Veranstalter:

DER NEUE  
KÄMMERER

Zeitung für öffentliches Haushalts-,  
Immobilien-, Beteiligungs- und  
Prozessmanagement

Mitveranstalter:

HypoVereinsbank

WestLB  
Bank der neuen Antworten

Deloitte

NÖRR STIEFENHOFER LUTZ  
RECHTSANWÄLTE STEUERBERATER WIRTSCHAFTSPRÜFER PARTNERSCHAFT