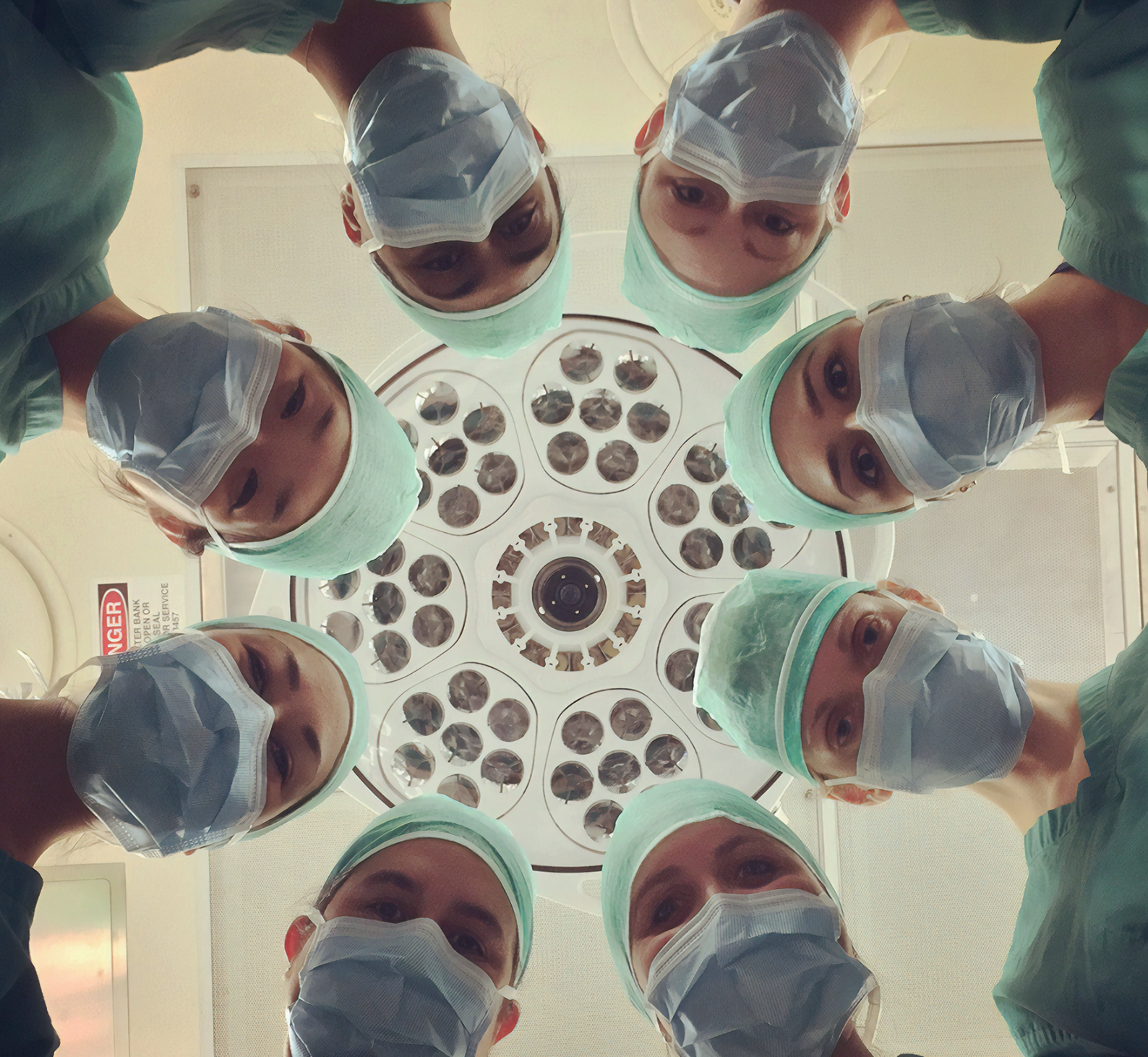




MAXIMILIANE LECHTENBERG



BETRIEBLICHE INTEGRATION IN DEUTSCHEN KRANKENHÄUSERN

ERFAHRUNGEN VON ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN
IM BETRIEBLICHEN INTEGRATIONSPROZESS

Maximiliane Lechtenberg

**Betriebliche Integration
in deutschen Krankenhäusern**

**Erfahrungen von Ärztinnen und Ärzten
im betrieblichen Integrationsprozess**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Impressum:

Copyright © Science Factory 2021

Ein Imprint der GRIN Publishing GmbH, München

Druck und Bindung: Books on Demand GmbH, Norderstedt, Germany

Covergestaltung: GRIN Publishing GmbH

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	V
1 Einleitung.....	1
2 Fragestellung und Forschungsstand	3
3 Der Ärztemangel in Deutschland	6
3.1 Das Krankenhaus als Organisation.....	7
3.2 Der Ärztemangel in Zahlen	10
3.3 Ursachen des Mangels.....	11
3.4 Handlungsstrategien	15
4 Migration und Integration in Zeiten des Ärztemangels	17
4.1 Migrationsformen und -motive	17
4.2 Integrationsformen, -konzepte und -verläufe.....	19
4.3 Zugewanderte Ärzte in Deutschland	22
4.4 Institutionelle Rahmenbedingungen der Zuwanderung von Ärzten	23
5 Theoretisches Fundament	26
5.1 Der Fremde - Alfred Schütz.....	26
5.2 Sozialisation	29
5.3 Interkulturelle Zusammenarbeit.....	40
6 Forschungsdesign	46
6.1 Datenerhebungsmethode	46
6.2 Datenauswertungsmethode	53
7 Forschungsergebnisse.....	60
7.1 Thematische Relevanz	60
7.2 Rekrutierung und Integrationsprozess	62
7.3 Unterstützungsmaßnahmen	70

7.4 Zusammenarbeit.....	76
7.5 Erwartungen.....	79
7.6 Qualifikationen und Kompetenzen zugewanderter Ärzte	82
7.7 Arbeitsorganisation	83
7.8 Unterschied zum Herkunftsland	85
7.9 Chancen.....	85
7.10 Herausforderungen.....	87
7.11 Bewertung des betrieblichen Integrationsprozesses.....	92
8 Zentrale Ergebnisse.....	99
9 Fazit.....	103
Literaturverzeichnis	105
Anhang	117

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl ausländischer Ärzte in deutschen <i>Krankenhäusern nach Herkunftskontinent</i>	22
Tabelle 2: Eine Typologie von Sozialisationstaktiken	36
Tabelle 3: Charakteristika der Krankenhäuser und Befragten.....	49
Tabelle 4: Ausschnitt aus dem Kategoriensystem	59
Tabelle 5: Pseudonyme der Interviewpartner	60

1 Einleitung

„Wir brauchen die Ärzte aus dem Ausland. Wenn wir die jetzt alle mal wegdenken, dann könnten wir das Krankenhaus zu machen. Das ist defacto so“ (Hr. Becker: 80). Der im Rahmen dieser Forschungsarbeit befragte Personalleiter eines deutschen Krankenhauses bringt mit dieser prägnanten Aussage die gegenwärtige Relevanz zugewanderter Ärzte¹ für die Sicherung der stationären Gesundheitsversorgung zum Ausdruck. Die Notwendigkeit zugewanderter Ärzte für die medizinische Versorgung in Deutschland wird auch in der medialen Öffentlichkeit thematisiert (vgl. WDR 2019; Ärzteblatt 2019). Gleichzeitig wird auch auf die steigende Zahl der ausländischen Ärzte verwiesen (vgl. Der Tagesspiegel 2019; Mannheimer Morgen 2019). Der Bedarf an ausländischen Ärzten ist ein Bedarf an Fachkräften. Der Zuwanderung von ausländischen Fachkräften kommt in Deutschland bereits seit einigen Jahren eine große Bedeutung zu. Ursächlich dafür ist der sogenannte Fachkräftemangel, der je nach Branche und Region unterschiedlich ausfällt (vgl. BMWI 2019). Der Gesundheitssektor stellt einen der Bereiche dar, in dem es sich als besonders schwer erweist, Arbeitnehmer mit entsprechenden Qualifikationen zu finden (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2018: 8ff). Neben dem Personalmangel im Pflegesektor ist innerhalb des Diskurses zum Fachkräftemangel seit einigen Jahren von einem spezifischen „Ärztemangel“ die Rede (vgl. Kopetsch 2010: 32). Zur akuten Behebung dieser Situation wird oftmals auf die Rekrutierung von Ärzten aus dem Ausland zurückgegriffen (vgl. Kopetsch 2010: 13). Insbesondere der stationäre Bereich weist mittlerweile einen hohen Anteil an zugewanderten Ärzten auf (vgl. BÄK 2018a: 36ff). Mit dem Einsatz ärztlichen Personals aus dem Ausland geht auch die Frage nach der betrieblichen Integration einher. Im Ausland erworbene Qualifikationen und Berufserfahrungen sowie unterschiedliche Muttersprachen und kulturelle Hintergründe markieren besondere Aufgabenstellungen der betrieblichen Integration in deutschen Krankenhäusern. Obwohl die Zuwanderung dieser Personengruppe nicht erst seit kurzer Zeit stattfindet, hat diese Thematik seitens der Wissenschaft kaum nähere Zuwendung erhalten.

¹ Innerhalb dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht zwischen weiblichen und männlichen Formen unterschieden. Wenn nicht explizit die weibliche Form verwendet wird, sind beide Geschlechter gemeint.

Hinsichtlich der Integration der ausländischen Ärzte auf betrieblicher Ebene besteht eine große Forschungslücke. Mittels qualitativer Forschung wird sich im Rahmen dieser Arbeit den Erfahrungen verschiedener Akteure bei der betrieblichen Integration zugewanderter Ärzte in deutsche Krankenhäuser gewidmet. Die leitende Forschungsfrage sowie der aktuelle Forschungsstand werden im Nachfolgenden ausführlich behandelt. Anschließend wird dem Phänomen des Ärztemangels in Deutschland Aufmerksamkeit gewidmet und darauf aufbauend die Themen Migration und Integration erörtert. Das theoretische Fundament dieser Arbeit wird mittels Ansätzen der beruflichen und organisationalen Sozialisation sowie Erkenntnissen der interkulturellen Zusammenarbeit gelegt. Auf Basis der theoretischen Vorarbeiten wird der empirische Teil der Arbeit mit der Beschreibung des Forschungsdesigns eingeleitet. Die innerhalb der qualitativen Forschung gewonnenen Ergebnisse werden dargestellt, interpretiert und die zentralen Ergebnisse in Form von Hypothesen festgehalten. Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt im Fazit.

2 Fragestellung und Forschungsstand

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit liegt in der Aufdeckung der Erfahrungen, die bei der Integration ausländischer Ärzte in den Krankenhausalltag gemacht werden. Als zugewanderte Ärzte gelten dabei im Ausland geborene Personen, die ihr Medizinstudium ebenfalls außerhalb von Deutschland abgeschlossen haben und erst im Anschluss daran in die Bundesrepublik immigriert sind. Dabei soll nicht ausschließlich die Perspektive der Zugewanderten erfasst werden. Vielmehr wird die Gewinnung eines Überblickes über die Erfahrungen verschiedener relevanter Akteure beabsichtigt. Daher wird innerhalb dieser Forschung neben der Perspektive der ausländischen Ärzte, auch die der „deutschen“ Ärzte, also derer, die in Deutschland aufgewachsen sind und ihr Studium absolviert haben sowie die der Personalleiter des jeweiligen Krankenhauses erfasst.

Zwei Krankenhäuser werden dabei als Fallstudien betrachtet, in denen jeweils die drei soeben genannten Perspektiven durch qualitative Interviews erhoben werden. Der Fokus liegt bei allen Perspektiven auf der Frage, wie ausländische Ärzte, die sich dazu entschieden haben, ihrer kurativen Tätigkeit innerhalb eines Krankenhauses in Deutschland nachzugehen, in den Arbeitsalltag integriert werden und welche Erfahrungen im Zuge dessen gemacht werden. Innerhalb der Interviews wird dies neben expliziten Fragen zur Rekrutierung, Eingliederung und konkreten Integrationsmaßnahmen durch Fragen nach Erfahrungen im Arbeitsalltag, wie zum Beispiel dem Umgang mit Arbeitskollegen und Patienten, erhoben.

Dieser Arbeit liegt ein exploratives Vorgehen zu Grunde, um erstmals Daten zur betrieblichen Integration ausländischer Ärzte in deutschen Krankenhäusern zu erheben. Die Forschungsfrage lautet daher: *Welche Erfahrungen werden bei der betrieblichen Integration zugewanderter Ärzte in deutschen Krankenhäusern gemacht?*

Bis jetzt ist nur wenig Literatur zu dieser Thematik auffindbar. Zwar findet das Thema Migration und Gesundheit immer mehr Aufmerksamkeit in der sozialwissenschaftlichen Forschung, es werden jedoch andere Schwerpunkte gesetzt. Untersuchungen zur betrieblichen Integration ausländischer Fachkräfte konzentrieren sich auf verschiedene Berufsgruppen, lassen jedoch den ärztlichen Dienst bisher unberührt. Konzepte wie das „interkulturelle Onboarding“ von Mitarbeitern aus dem Bereich der Human Resources vereinen seit neustem die Themen Migration und betriebliche Integration. Das Forschungsthema dieser Arbeit wird daher durch die bisherigen Ansätze und Studien lediglich gestreift.

Der Schwerpunkt zum Thema Migration und Gesundheit liegt in den meisten Fällen auf Patienten mit Migrationshintergrund und dessen Zugang zum Gesundheitswesen, da sich auch in der heutigen Zeit noch Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheitschancen zeigen (vgl. Mielck 2005: 8). Diese Thematik wird von zwei verschiedenen Fachbereichen behandelt. In medizinischen Abhandlungen erhalten deutsche Ärzte oder Pflegekräfte Tipps zum Umgang mit migrantischen Patienten. Dabei stehen kulturelle Unterschiede im Vordergrund. Beispiele für Arbeiten aus medizinischer Sicht stellen die Werke von Emil Zimmermann (2010) oder Edith Kellnhauser (1999) dar. In sozialwissenschaftlichen Werken wird ebenfalls die Kultur als Schwerpunkt gewählt. Häufig geht es dabei jedoch um die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens (Behrens 2011; Falge & Zimmermann 2009) oder spezifischer um die Bedeutung der interkulturellen Kommunikation (Dreißig 2005). Die Betrachtung von Mitarbeitern mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen findet jedoch kaum Beachtung.

Während sich in der Literatur bereits eingehend mit der Thematik der Einführung neuer Mitarbeiter in den Betrieb beschäftigt wurde (Kieser et. al. 1990; Rehn 1990), stellt die Eingliederung von ausländischen Mitarbeitern ein besonders aktuelles Thema in der Literatur dar. Erst im vergangenen Jahr wurde Harald Meiers Werk „Interkulturelles Onboarding“ (2018), in dem er die Thematiken der interkulturellen Zusammenarbeit mit der personalwirtschaftlichen Integration kombiniert und umfassend behandelt, veröffentlicht. Dabei wird die besondere Situation der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund betrachtet. Auch Lohaus und Habermann greifen 2016 das Thema des Integrationsmanagements im Betrieb auf und befassen sich unter anderem mit gruppenspezifischen Integrationsmaßnahmen. Eine dieser Gruppen für die spezielle Maßnahmen entwickelt wurden, stellen ausländische Mitarbeiter dar (vgl. Lohaus & Habermann 2016: 111).

Eine Studie, die der Thematik dieser Arbeit sehr nahek kommt, sich jedoch auf eine andere Berufsgruppe bezieht, wurde in diesem Jahr von der Hans-Böckler-Stiftung im Rahmen des Forschungsprojektes „Betriebliche Integration auf globalisierten Arbeitsmärkten“ veröffentlicht. Dabei stehen jedoch ausländische Pflegekräfte im Fokus. Im Rahmen dieser Studie wurden ebenfalls unterschiedliche Perspektiven zur Aufdeckung der Erfahrungen im betrieblichen Integrationsprozesses untersucht (vgl. Hans-Böckler-Stiftung 2019: 7). Dabei sollen zum Beispiel typische Spannungsfelder des Integrationsprozesses aufgezeigt werden (vgl. Hans-Böckler-Stiftung 2019: 8).

Corinna Klingler und Georg Marckmann veröffentlichten im Jahr 2016 eine qualitative Interviewstudie in der sie problemorientiert die Schwierigkeiten, die ausländische Ärzte in ihrem Krankenhausalltag in Deutschland erfahren, erforschen. Die Autoren sprechen von der ersten „Studie, die systematisch das Spektrum von Problemen erfasst, die immigrierte Ärzte in deutschen Krankenhäusern erleben“ (Klinger & Marckmann 2016: 2). Dies verdeutlicht, dass sich bis dahin in Deutschland noch kaum mit der Situation dieser Personengruppe befasst wurde. Da Klingler und Marckmann ihren Fokus bewusst auf die Probleme dieser Ärzte legen, werden darüber hinaus keine Erkenntnisse über alle weiteren Erfahrungen in ihrem Arbeitsalltag gewonnen. Zudem wurden die Interviews ausschließlich mit den betroffenen Personen geführt, sodass offenbleibt, welche Erfahrungen beispielsweise Kollegen in der Zusammenarbeit mit ihnen machen. Das Erkenntnisinteresse dieser Studie umfasst jedoch nicht die betriebliche Integration ausländischer Ärzte. Der aktuelle Forschungsstand offenbart somit eine Forschungslücke, die diese Arbeit zu schließen versucht.

3 Der Ärztemangel in Deutschland

Die wirtschaftliche Situation Deutschlands ist aktuell als sehr positiv zu beschreiben. Die Arbeitslosenzahlen befinden sich auf einem derart niedrigen Niveau, wie es zuletzt vor der Wiedervereinigung festzustellen war. Auch die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten erweist sich als konstant hoch. Dies führt allerdings auch dazu, dass viele Betriebe und Unternehmen Schwierigkeiten haben bestimmte Stellen zu besetzen. Wie schwierig die Suche nach geeigneten Arbeitskräften ausfällt, variiert je nach Qualifikation, Region und Branche (vgl. Bundesregierung 2018: 1). Teilweise kann dabei sogar von einem Fachkräftemangel gesprochen werden. Innerhalb der Arbeitsmarktforschung wird der Begriff von der Bundesagentur für Arbeit verwendet, „wenn es im Verhältnis zur Arbeitsnachfrage (Stellenangebote) zu wenige passend qualifizierte Arbeitskräfte und zu wenige den Anforderungen entsprechend qualifizierbare Arbeitskräfte gibt“ (BA 2018: 5). Hinsichtlich des Qualifikationsgrades differenziert die Bundesagentur für Arbeit zwischen Fachkräften, Spezialisten und Experten (vgl. BA 2018: 6). Unter die Kategorie der Experten fallen in der Regel Personen, die eine mindestens vierjährige Hochschulausbildung absolviert haben oder über entsprechende Berufserfahrung verfügen (vgl. BA 2010: 28). Bei der Betrachtung der Fachkräftengpässe auf der Ebene dieses Qualifikationsniveaus fällt unmittelbar der Bereich der Humanmedizin auf. Dabei scheinen nahezu alle Fachbereiche sowie Personen des ärztlichen Dienstes ohne Fachqualifikation betroffen zu sein (vgl. BA 2018: 11). Obwohl der Begriff des Ärztemangels seit einigen Jahren einen festen Ausdruck im Diskurs darstellt, hat sich keine weitreichende Definition etabliert. Zunächst gilt es zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu differenzieren. Während es im ambulanten Bereich statistische Kennzahlen gibt, die Informationen über die Versorgungslage geben können, lässt sich diese im stationären Bereich lediglich über offene Stellen und subjektive Einschätzungen der Krankenhäuser beurteilen (vgl. Schmidt & Gresser 2014: 27). Die aktuelle Situation des Ärztemangels in der BRD wird im Nachfolgenden detailliert dargelegt. Auch dessen Ursachen und Handlungsstrategien zur Behebung dieses Mangels werden behandelt. Zuvor wird dem Forschungsfeld Krankenhaus Aufmerksamkeit gewidmet.

3.1 Das Krankenhaus als Organisation

Die meisten Erwerbstätigen des deutschen Gesundheitssektors sind in Krankenhäusern² tätig. Im Jahr 2017 wurden in 1.942 Krankenhäusern insgesamt 1,2 Millionen Personen beschäftigt. Der ärztliche Dienst in den deutschen Krankenhäusern umfasste dabei 161.208 Mitarbeiter (vgl. Statistisches Bundesamt 2018: 8). Krankenhäuser als Organisationen stellen die grundlegenden Rahmenbedingungen für den ärztlichen Dienst im stationären Sektor zur Verfügung und üben somit unmittelbaren Einfluss auf die Qualität und das Ergebnis dieser Tätigkeit aus (vgl. Lobnig & Grossmann 2013: 1). Wie die meisten Betriebe legen auch Krankenhäuser als Organisationen die betriebliche Kultur fest und entscheiden, welche Normen und Regeln vertreten werden, wie Entscheidungen getroffen werden, wie der Arbeitsinhalt ausfällt und wie sich die Kooperation zwischen Berufsgruppen gestaltet (vgl. Lobnig & Grossmann 2013: 5). Doch Krankenhäuser weisen darüber hinaus Merkmale auf, durch die sie sich in eine besondere Gruppe von Organisationen einordnen lassen. Sie stellen ebenso wie Universitäten oder Schulen sogenannte „Expertenbetriebe“ dar. Diese zeichnen sich unter anderem dadurch aus, dass der zentrale Faktor des Unternehmenszwecks auf dem Umgang mit Wissen beruht und der Experte eine unmittelbare Interaktion mit dem Klienten, Kunden oder in diesem Fall Patienten eingeht. Ebenfalls charakteristisch für eine Expertenorganisation ist die mangelhafte Identifikation des Mitarbeiters mit dem Unternehmen. Im Gegensatz zu den Beschäftigten anderer Organisationen fühlen sich die Fachleute in Expertenbetrieben meist ihrer Profession und den entsprechenden fachlichen Standards und Werten in einem höheren Maß verpflichtet als der Organisation selbst (vgl. Conrad 2013: 110).

² Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), sowie das Sozialgesetzbuch V (SGB V) legen fest, welche Organisationen in Deutschland als Krankenhäuser bezeichnet werden dürfen. § 2 Nr. 1 KHG definiert Krankenhäuser als „Einrichtungen in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können (vgl. Statistisches Bundesamt 2018: 3).

„Die Medizin und in wachsendem Maße auch die Pflege stellen ein ausdifferenziertes Expertensystem dar, mit einer eigenständigen Wissensbasis, spezifischen Fachsprachen, professionellen Communities (im Sinne von Fachgesellschaften und Netzwerken), Interessenvertretungen, Publikationsorganen. Und das Krankenhaus ist die höchstentwickelte Organisationsform, diese Fachexpertise praktisch anzuwenden“ (Lobnig & Grossmann 2013: 7).

Die Gesamtorganisation Krankenhaus stellt ein offenes System dar, welches ständig auf umweltliche Veränderungen Bezug nehmen muss, um seine Funktionsfähigkeit zu erhalten (vgl. Conrad 2013: 107). Neben dem Fachkräftemangel im Gesundheitssektor sorgen beispielsweise auch technologische und medizinische Innovationen, veränderte politische Rahmenbedingungen sowie sich wandelnde Erwartungshaltungen seitens der Patienten für eine kontinuierliche Anpassung der Organisation (vgl. Conrad 2013: 107). Besonders die Gleichzeitigkeit dieser Veränderungen stellt eine Herausforderung dar (vgl. Lobnig & Grossmann 2013: 3). Beispielsweise sorgen die steigende Lebenserwartung und die Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu chronisch degenerativen Erkrankungen für veränderte Arbeitsabläufe, wie zum Beispiel die vermehrte Einbeziehung des Patienten und seine Bezugspersonen in den Heilungsprozess oder die Anwendung von Akutinterventionen im letzten Lebensabschnitt. Diese neue medizinisch pflegerische Bedarfslage erfordert eine engere Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern (vgl. Lobnig & Grossmann 2013: 4): „Fachlich angemessene und finanzierbare Versorgungs- und Unterstützungsleistungen sind nur in Kooperation zwischen verschiedenen Organisationen mit abgestimmten Leistungsprozessen realisierbar“ (Lobnig & Grossmann 2013: 4). Derartige Entwicklungen fordern die Gesamtorganisation Krankenhaus heraus und verlangen diesem eine hohe Koordinationsfähigkeit ab.

Auch Veränderungen bezüglich der Finanzierung der Krankenhäuser prägen den Krankenhaussektor stark. In Deutschland gilt das Prinzip der „dualen Finanzierung“. Das bedeutet, dass die laufenden Ausgaben durch die Krankenkassen gedeckt werden und die Investitionskosten (z.B. medizintechnische Großgeräte, bauliche Maßnahmen) durch die jeweiligen Bundesländer finanziert werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2017: 27). Zur Begrenzung dieser Kosten wurden in den 1990er Jahren Reformen der Krankenhausfinanzierung durchgeführt. In diesem Rahmen wurde unter anderem eine Budgetdeckelung der laufenden Kosten sowie eine Umstellung der Kostenerstattung auf ein System von Fallpauschalen eingeführt. Dies führte zu einem erhöhten Kostendruck auf die Krankenhäuser (vgl. Böhlke & Schulten 2008: 25f). Privates Kapital, wie es in Kran-

kenhäusern freigemeinnütziger³ oder privatwirtschaftlicher⁴ Trägerschaften genutzt wird, gewinnt unter dem Aspekt zunehmenden Mangels an öffentlichen Fördermitteln an Bedeutung (vgl. Augurzky et al. 2018: 15). Doch auch diese Krankenhäuser stoßen mit ihren täglich zu erbringenden Leistungen auf „budgetäre Legitimationsgrenzen“ (Lobnig & Grossmann 2013: 4). Diese allgemein vorherrschende defizitäre finanzielle Situation führt zu einer Umgestaltung des Krankenhaussektors, die sich unter anderem durch Schließung oder Zusammenlegung von Krankenhäusern auszeichnet. Besonders auffällig ist zudem die Privatisierung des Sektors (vgl. Lobnig & Grossmann 2013: 4). Bereits im Jahr 2017 befanden sich 37,1 Prozent aller Krankenhäuser in Deutschland in privater Trägerschaft. Bei weiteren 34,1 Prozent handelte es sich zu diesem Zeitpunkt um freigemeinnützige Krankenhäuser. Aus diesen Zahlen folgt, dass sich mit 28,8 Prozent nur der geringste Anteil aller Krankenhäuser in Deutschland in öffentlicher⁵ Hand befindet (vgl. Statistisches Bundesamt 2018: 9). Allein im Vergleich zum Jahr 2015 fand eine Abnahme der Anzahl öffentlicher Krankenhäuser um 0,7 Prozent statt (vgl. Statistisches Bundesamt 2016: 9). Allerdings unterscheiden sich öffentliche und nicht-öffentliche Krankenhäuser bezüglich ihrer Bettenanzahl. Die Statistik zeigt, dass sich 2017 zwar mehr als jedes dritte Krankenhaus in privater Trägerschaft befand, jedoch nur jedes sechste Krankenhausbett (vgl. Statistisches Bundesamt 2018: 8). Doch auch die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser, die in privatrechtlicher Form geführt werden, erfuhr einen starken Anstieg. Zwischen den Jahren 2002 und 2017 verdoppelte sich der Anteil privatrechtlich geführter öffentlicher Krankenhäuser (vgl. Statistisches Bundesamt 2018: 8). Eine Privatisierung öffentlicher Leistungen der Gesundheitsversorgung stellt immer eine Gefahr für den fairen und offenen Zugang zu diesen für die Gesamtbevölkerung dar (vgl. Lobnig & Grossmann 2013: 5).

³ Freigemeinnützige Trägerschaft: Bei den Betreibern eines freigemeinnützigen Krankenhauses handelt es sich beispielsweise um Wohlfahrtsverbände oder Kirchen (vgl. Goepfert 2013: 32).

⁴ Privatwirtschaftliche Trägerschaft: Bei den Betreibern eines privatwirtschaftlichen Krankenhauses kann es sich zum Beispiel um Einzelunternehmen oder große Konzerne handeln (vgl. Goepfert 2013: 32).

⁵ Öffentliche Trägerschaft: In diesem Fall sind entweder der Bund, das Land, der Kreis, die Gemeinde oder auch Gemeindeverbände, sowie Sozialversicherungsträger (z.B. Berufsgenossenschaften) für das Krankenhaus zuständig (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2017: 18). Sie können sowohl in öffentlich-rechtlicher als auch in privatrechtlicher Form (z.B. als GmbH) geführt werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2018: 3).