

STUDY

Study 457 · April 2021

UNTERNEHMENS- MITBESTIMMUNG IN GESUNDHEITSKONZERNEN

Clara Behrend und Katharina Oerder

Dieser Band erscheint als 457. Band der Reihe Study der Hans-Böckler-Stiftung. Die Reihe Study führt mit fortlaufender Zählung die Buchreihe „edition Hans-Böckler-Stiftung“ in elektronischer Form weiter.

STUDY

Study 457 · April 2021

UNTERNEHMENS- MITBESTIMMUNG IN GESUNDHEITSKONZERNEN

Clara Behrend und Katharina Oerder

© 2021 by Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18, 40474 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Unternehmensmitbestimmung in Gesundheitskonzernen“ von Clara Behrend und Katharina Oerder ist lizenziert unter **Creative Commons Attribution 4.0 (BY)**.

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell.

(Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Lektorat: Nadia Al Kureischi, Hamburg
Satz: DOPPELPUNKT, Stuttgart

ISBN: 978-3-86593-373-7

INHALT

Abkürzungsverzeichnis	8
Zusammenfassung	10
1 Einleitung	13
2 Unternehmensmitbestimmung und das Gesundheitswesen in Deutschland	15
2.1 Entwicklungen der Unternehmensmitbestimmung	17
2.2 Einflussmöglichkeiten der Arbeitnehmervertretung im Aufsichtsrat	19
2.3 Gemeinnützigkeit, konfessionelle Unternehmen und kirchliches Arbeitsrecht	21
3 Gesundheitswesen – Entwicklungen und Akteure	24
3.1 Eckdaten der Entwicklung der Gesundheitsbranche	24
3.2 Fragmentierte Strukturen der überbetrieblichen Interessenvertretung	26
3.3 Privatisierung und Konzentrationsbewegungen	27
3.4 Ausländische Firmen am Markt und die Strategien von Private-Equity-Fonds	30
3.5 Was wissen wir über die Unternehmensmitbestimmung im Gesundheitssektor?	31
4 Forschungsdesign	33
4.1 Forschungsfrage	33
4.2 Vorgehen	34
4.3 Beschreibung der Stichprobe	35
5 Analyseraster	41
5.1 Übersichtstabelle Analyseraster	41
5.2 Ergebnisse und Diskussion	41

6 MB-ix für die größten Konzerne der Gesundheitsbranche	53
6.1 Beschreibung MB-ix	53
6.2 Ergebnisse und Diskussion	55
7 Fallbeispiele	61
7.1 Fresenius SE & Co. KGaA	61
7.2 Median Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG	68
7.3 Victor's Bau + Wert AG und Pro Seniore	73
7.4 Agaplesion gAG	80
7.5 Evangelische Stiftung Alsterdorf	86
8 Diskussion der Ergebnisse	91
9 Ausblick	96
10 Implikationen	97
10.1 Politik	97
10.2 Gewerkschaft	98
10.3 Wirtschaft	99
Literatur	101
Anhang	105
Übersicht über verwendete Dokumente für die Fallbeispiele	105
Autorinnen	107

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Konzernstruktur von Pro Seniore und Victor's Bau + Wert AG	75
Abbildung 2: Struktur des Schwesterkonzerns Senior Consulting GmbH EDV- und Organisationsberatung	77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Analyseraster	42
Tabelle 2: Berechnung des Mitbestimmungsindex für die 14 größten Gesundheitskonzerne (mehr als 10.000 Beschäftigte)	56
Tabelle 3: Unternehmensmitbestimmung bei Median	71
Tabelle 4: Personelle Verflechtungen zwischen Konzern Senior Consulting GmbH EDV- und Organisationsberatung und Konzern Victor's Bau + Wert AG, z. B. über Birgit Winter	78

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AE	Anteilseigner
AG	Aktiengesellschaft
AR	Aufsichtsrat
ARK	Arbeitsrechtliche Kommission
AN	Arbeitnehmer_innen
AVR	Arbeitsvertragsrichtlinien
AWO	Arbeiterwohlfahrt
B.V.	Besloten Vennootschap met beperkte aansprakelijkheid (niederländische Kapitalgesellschaft mit beschränkter Haftung)
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BHV	Beherrschungsvertrag
BR	Betriebsrat
BVG	Besonderes Verhandlungsgremium
DrittelbG	Drittelbeteiligungsgesetz
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EBR	Europäischer Betriebsrat
EuGH	Gerichtshof der Europäischen Union
ESA	Evangelische Stiftung Alsterdorf
FüPoG	Gesetz für die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern an Führungspositionen
gAG	gemeinnützige Aktiengesellschaft
GBR	Gesamtbetriebsrat
GMAV	Gesamtmitarbeitervertretung
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
KBR	Konzernbetriebsrat
KG	Kommanditgesellschaft
KGaA	Kommanditgesellschaft auf Aktien
KMAV	Konzernmitarbeitervertretung
KTD	Kirchlicher Tarifvertrag Diakonie
MA	Mitarbeitende
MAV	Mitarbeitervertretung
MB-ix	Mitbestimmungsindex
MgVG	Gesetz über die Mitbestimmung der Arbeitnehmer bei einer grenzüberschreitenden Verschmelzung

MitbestG	Mitbestimmungsgesetz von 1976
MPT	Medical Properties Trust Inc. Group aus den USA
MVG-EKD	Mitarbeitervertretungsgesetz der Evangelischen Kirchen Deutschlands
plc	public limited company (britische Rechtsform einer Aktiengesellschaft)
S.A.	Société Anonyme
SE	Societas Europaea
SEAG	Gesetz zur Ausführung der Verordnung (EG) Nr. 2157/2001 des Rates vom 8. Oktober 2001 über das Statut der Europäischen Gesellschaft (SE)
SEBG	Gesetz über die Beteiligung der Arbeitnehmer in einer Europäischen Gesellschaft
SEVO	SE-Verordnung
TV DN	Tarifvertrag Diakonie Niedersachsen
TZ	Teilzeitkräfte
VdDD	Verband der Diakonischen Dienstgeber in Deutschland e. V.
VKA	Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände
VKDA	Verband kirchlicher und diakonischer Anstellungsträger in Norddeutschland
VKM	Verband kirchlicher Mitglieder
VZ	Vollzeitstellen
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ZKD	Zentralverband der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der katholischen Kirche Deutschlands e. V.

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Studie zeigt, dass die Unternehmensmitbestimmung in großen Konzernen des Gesundheitswesens und der Altenpflege kaum verbreitet und der Einfluss der Arbeitnehmerseite nach derzeitigem Stand der Mitbestimmungsgesetze noch ausbaufähig ist.

Die Forschungsfrage lautete: Wie ausgeprägt ist die Unternehmensmitbestimmung in den großen Konzernen des Gesundheitswesens und der Altenpflege? Um diese Frage zu beantworten, wurden in einem Analyseraster Daten zur Unternehmensmitbestimmung in Konzernen mit über 3.000 Beschäftigten zusammengetragen. Dazu gehörten vor allem Daten zur Größe und Besetzung von Aufsichtsräten und über die Zugehörigkeit der stellvertretenden Aufsichtsratsvorsitzenden zur Arbeitnehmer- oder Anteilseignerseite sowie Daten zur Mandatierung durch Gewerkschaften. Daneben wurden im Analyseraster Daten zur Existenz von betriebsübergreifenden Gremien der Mitbestimmung erfasst (z. B. Konzernbetriebsräte, Gesamtmitarbeitervertretungen) und die Geschlechterverteilung in Aufsichtsräten untersucht. Die Daten im Analyseraster beziehen sich auf das Jahr 2015, wenn nicht anders angegeben.

Für die Konzerne mit über 10.000 Beschäftigten haben wir die Werte des Mitbestimmungsindex MB-ix berechnet und analysiert, um die Mitbestimmung vergleichbarer zu machen. Zudem haben wir einzelne Konzerne als Fallbeispiele herangezogen und genauer beschrieben, um bestimmte Konstellationen von Mitbestimmungsgesetzgebung, Akteuren im Konzern und Interessen von Anteilseigner_innen aufzeigen zu können. Dafür haben wir neben öffentlich zugänglichen Dokumenten auch elf Interviews hinzugezogen, die wir mit Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft aus den jeweiligen Unternehmen aus dem privatwirtschaftlichen und konfessionellen Tendenzbereich, Gewerkschaften und der Mitbestimmungsforschung geführt haben. Die Interviews haben wir im Jahr 2017 geführt. Sie beinhalten demnach Informationen, die jünger sind, als die Daten im Analyseraster.

Von den 59 Konzernen in unserem Sample mit über 3.000 Beschäftigten haben weniger als zehn Prozent einen regulären paritätisch mitbestimmten Aufsichtsrat. Das hat verschiedene Gründe. Die offensichtlichste Ursache ist der hohe Anteil von Unternehmen, die von konfessionellen Trägern geführt werden und die damit nicht dem Mitbestimmungsgesetz von 1976 (MitbestG) unterliegen. 39 Konzerne, also zwei Drittel der untersuchten Unter-

nehmen, fielen in diese Kategorie. Davon bieten sechs eine freiwillige Beteiligung von Arbeitnehmer_innen im Aufsichtsgremium.

Für die 20 Konzerne, die von privatwirtschaftlichen Trägern geführt werden, gab es andere Gründe. Ein Teil von ihnen hatte an der Spitze zwar einen privatwirtschaftlichen Konzern, aber gleichzeitig gemeinnützige Tochtergesellschaften, die viele der Mitarbeiter_innen beschäftigten. So wurden die Schwellenwerte des MitbestG 1976 nicht überschritten. Andere wiesen an der Konzernspitze europäische oder ausländische Rechtsformen auf, die ebenfalls nicht unter das MitbestG 1976 fallen. Und dann gab es die Konzerne, für die anhand der vorliegenden Daten kein Grund für eine fehlende Unternehmensmitbestimmung ausgemacht werden konnte.

Die Werte des Mitbestimmungsindex MB-ix waren im Durchschnitt sehr gering und zeigten auf, dass auch unter den größten Konzernen des Gesundheitswesens die Unternehmensmitbestimmung wenig verbreitet ist. Dort, wo es einen mitbestimmten Aufsichtsrat gab, war sie zudem nicht vollständig umgesetzt.

Besonders schlecht schnitten folgende MB-ix-Komponenten ab: *Besetzung der stellvertretenden Aufsichtsratsvorsitze* (z. B. wenn der Einfluss des ersten Aufsichtsratsvorsitzes, der regulär durch Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft besetzt ist, durch das Amt eines zweiten stellvertretenden Aufsichtsratsvorsitzes eingeschränkt wird), *Existenz und Besetzung der Ausschüsse eines Aufsichtsrats* (durch die Gründung von Ausschüssen, die nicht paritätisch besetzt sind, wird der Einfluss der Arbeitnehmer_innen im Aufsichtsrat eingeschränkt) und *Rechtsform* (Aufsichtsräte in KGs und KGaAs haben grundsätzlich weniger Einfluss als in AGs und GmbHs). Hier wurde der Einfluss der Arbeitnehmer_innen im Aufsichtsrat oder des gesamten Aufsichtsrats eingeschränkt.

Der Frauenanteil in den Aufsichtsräten war nicht geringer als in der Gesamtwirtschaft, repräsentierte aber in keiner Weise den hohen Frauenanteil unter den Beschäftigten der Branche. Durchschnittlich waren unter Arbeitnehmer_innen in paritätisch mitbestimmten Aufsichtsräten deutlich mehr Frauen zu finden als unter Anteilseigner_innen und Arbeitgebervertreter_innen.

Ein wichtiger Befund der vorliegenden Studie ist darüber hinaus, dass die Kultur der Zusammenarbeit zwischen Anteilseigner- und Arbeitnehmerseite wesentlich beeinflusst, ob tatsächlich mitbestimmt werden kann und inwiefern die Unternehmensmitbestimmung umgesetzt wird.

Aufgrund unserer Ergebnisse und der Erkenntnisse vorheriger Studien formulieren wir am Ende der Studie einige Implikationen und Handlungs-

empfehlungen für die betreffenden Akteure in Politik, Wirtschaft und Gewerkschaften.

Zur Erhaltung der Unternehmensmitbestimmung ist es nötig, dass legale Möglichkeiten zur Mitbestimmungsreduzierung und -vermeidung eingedämmt werden und die Umsetzung des geltenden Rechts stärker vorangetrieben wird. Dies sollte sowohl vonseiten der beteiligten Konzerne als auch vonseiten des Gesetzgebers geschehen. Eine Schlüsselrolle kommt insbesondere den Gewerkschaften zu, die durch einen stärkeren Fokus auf die Unternehmensmitbestimmung wesentliche Hürden aus dem Weg räumen könnten.

1 EINLEITUNG

Die Gesundheitsbranche etabliert sich seit Anfang der 1990er-Jahre in Deutschland als wichtiger Jobmotor. Trotz ihrer großen sozialstaatlichen und ökonomischen Bedeutung wird die Mitbestimmung in diesem Zweig jedoch erst seit wenigen Jahren in der Verbändeforschung wissenschaftlich untersucht (z. B. Conrads et al. 2016; Schroeder 2018). Während der betrieblichen Mitbestimmung im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren einige Studien gewidmet wurden, liegen gerade zu dem Ausmaß der Unternehmensmitbestimmung in den stetig wachsenden Unternehmen der Gesundheitsbranche bisher noch keine gesicherten Erkenntnisse vor.

Dabei sind gerade große Gesundheitskonzerne in den letzten Jahren rasant gewachsen (z. B. Fresenius oder Median). Verstärkt treten dabei auch internationale Finanzinvestoren am Markt auf, was die Unternehmensmitbestimmung weiter beeinflusst und eine Übersicht dazu erschwert. Auch die Fragmentierung der Arbeitgeberverbände und der Organisation der Arbeitnehmer_innen sowie die verschiedenen Mitbestimmungsgesetze für private, öffentliche, konfessionelle und gemeinnützige Träger steuern ihren Teil zu einer komplexen Ausgangslage für die betriebliche und Unternehmensmitbestimmung bei.

Ziel unserer Studie ist es also, die Wissenslücke zwischen der Bedeutung der Branche und dem rudimentären Kenntnisstand über die Unternehmensmitbestimmung in Gesundheitskonzernen zu schließen. Die zu bearbeitende Forschungsfrage lautet entsprechend: Wie ausgeprägt ist die Unternehmensmitbestimmung in den großen Konzernen des Gesundheitswesens und der Altenpflege?

Die dargestellte Forschungsfrage wird dabei in mehreren Schritten durch quantitative und qualitative Erhebungsverfahren untersucht, d. h. durch die

1. Darstellung von Daten zur Unternehmensmitbestimmung in Gesundheitskonzernen anhand eines Analyserasters mit Kriterien der Unternehmensmitbestimmung;
2. Errechnung des MB-ix der 14 größten Unternehmen und durch den Vergleich mit anderen Ergebnissen des MB-ix und
3. Erstellung und Analyse von Fallbeispielen für Unternehmen aus den Bereichen Klinik, Reha, Altenpflege und für kirchliche Träger zur Unternehmensmitbestimmung.

Ziel ist es, durch den Vergleich von privaten und konfessionellen Trägern rechtliche Lücken in der Unternehmensmitbestimmung aufzuspüren sowie Vermeidungsstrategien der Arbeitgeber_innen bzw. Anteilseigner_innen zu den bestehenden Mitbestimmungsgesetzen aufzuzeigen und darzustellen.

Für die Dokumentenanalyse gilt im Allgemeinen, dass wir Daten aus dem Bundesanzeiger für das Jahr 2015 zu Grunde gelegt haben, in Einzelfällen mussten wir Daten für 2014 nutzen oder konnten aktuellerer Daten aus dem Jahr 2016 bekommen. Bei einigen Unternehmen mussten wir auf Selbstangaben aus Jahresberichten und Websites zurückgreifen, weil nicht alle Konzerne (besonders im konfessionellen Bereich) Daten über die Unternehmensmitbestimmung im Bundesanzeiger veröffentlichen. Die Interviews für die Fallbeispiele wurden im Jahr 2017 geführt und beziehen sich auf rückblickende Entwicklungen der vorhergegangenen Jahre und auf den Stand der Unternehmensmitbestimmung im Erhebungsjahr 2017.

Die Implikationen, die sich aus den Ergebnissen des Forschungsprojekts sowohl für Wirtschaft und Forschung als auch Gewerkschaften und Politik ergeben, werden im [Kapitel 10](#) diskutiert.

2 UNTERNEHMENSMITBESTIMMUNG UND DAS GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND

Die Unternehmensmitbestimmung in Deutschland ist ein wesentlicher Bestandteil der Sozialpartnerschaft. Der Einflussbereich des mitbestimmten Aufsichtsrats geht über den der Betriebsräte sowie der Gesamt- und Konzernbetriebsräte, die in den Betrieben und Unternehmen die Beschäftigten vertreten, deutlich hinaus. Die Aufgabe des Aufsichtsrats ist es, den Vorstand zu kontrollieren. Mit der Beteiligung von Vertreter_innen der Arbeitnehmererschaft bzw. Mitarbeiterschaft in diesem Gremium soll erreicht werden, dass auch auf der obersten Entscheidungsebene eines Unternehmens der Einfluss der Beschäftigten gewahrt wird.

Die Umsetzung der Mitbestimmung in Aufsichtsräten unterscheidet sich jedoch zwischen den einzelnen Branchen. Am stärksten ausgeprägt sind die Rechte und die traditionelle Umsetzung im Montanbereich, wo ein eigenes Mitbestimmungsgesetz gilt: das Montanmitbestimmungsgesetz von 1951. Wichtigste Besonderheiten sind erstens, dass der Aufsichtsrat vollparitätisch besetzt ist, d. h. Aufsichtsratsmitglieder sind zu gleichen Teilen von der Anteilseigner- und der Arbeitnehmerseite vertreten; zweitens ist zusätzlich ein neutrales Mitglied vorgesehen. So kann in einer Kampfabstimmung die Anteilseignerseite die Arbeitnehmerseite nicht ohne die Unterstützung des neutralen Mitglieds überstimmen. Der Aufsichtsratsvorsitz hat kein doppeltes Stimmrecht, wie es im Mitbestimmungsgesetz von 1976 vorkommt. Drittens schreibt das Montanmitbestimmungsgesetz von 1951 vor, dass es einen Arbeitsdirektor bzw. eine Arbeitsdirektorin im Vorstand gibt.

Im Gesundheitssektor kommen unterschiedliche rechtliche Grundlagen für die Unternehmensmitbestimmung zum Tragen. Dies liegt an der Segmentierung dieser Branche, in der private, öffentliche (größtenteils kommunale) und frei-gemeinnützige Träger agieren.

Für den privaten Bereich gelten in den meisten Fällen das Drittelbeteiligungsgesetz (DrittelbG) und das Mitbestimmungsgesetz von 1976 (MitbestG). Danach müssen Unternehmen mit mehr als 500 dauerhaft Beschäftigten einen drittelbeteiligten Aufsichtsrat einrichten und Unternehmen mit 2.000 oder mehr dauerhaft Beschäftigten einen paritätisch besetzten Aufsichtsrat. Bei Letzterem muss die Beteiligung der Gewerkschaften, die im Betrieb präsent sind, gewährleistet sein (BMAS 2017). In einem nach dem MitbestG mitbestimmten Aufsichtsrat hat der Vorsitz im Zweifelsfall doppeltes Stimm-

recht, sodass die Anteilseignerseite die Arbeitnehmerseite überstimmen kann. Gerade darum gestaltet sich die Mitbestimmung auf dieser Ebene darüber, dass Informationen ausgetauscht und Diskussionen vorangetrieben werden.

Für Träger in öffentlicher Hand gilt im Allgemeinen, dass sie nicht unter das Mitbestimmungsgesetz fallen und keine Unternehmensmitbestimmung vorliegt, insofern sie in öffentlichen Rechtsformen geführt werden oder sich auf den Tendenzschutz berufen, der besonderen Schutz für Organisationen mit bestimmten Zwecken garantiert (Bayer/Hoffmann 2017, S.R120). Die Mitbestimmung im öffentlichen Dienst wird im Personalvertretungsgesetz geregelt. Durch den Widerspruch zwischen Mitbestimmungsrechten der Beschäftigten im öffentlichen Dienst und der demokratischen Legitimation der Amtsträger hat das Bundesverfassungsgesetz 1995 Begrenzungen der Mitbestimmungsrechte in diesem Bereich anerkannt (vgl. Böhm 2010, S.12–13). Unter anderem gibt es für öffentliche Rechtsformen keinen Anspruch auf Unternehmensmitbestimmung.

In Unternehmen hingegen, die eine privat-rechtliche Rechtsform aufweisen und über die entsprechenden Schwellenwerte kommen, kann es zu einem Rechtsanspruch kommen. Hier ist entscheidend, welches Mitbestimmungsrecht anzuwenden ist. Das hängt maßgeblich von dem Eigenständigkeitsgrad des Konzerns bzw. Unternehmens ab. Während Eigenbetriebe, Regiebetriebe, Anstalten des öffentlichen Rechts und Zweckverbände nicht im Geltungsbereich der Mitbestimmungsgesetze (DrittelbG und MitbestG) liegen, können GmbHs und AGs in öffentlicher Hand, sofern sie nicht dem Tendenzschutz unterliegen, durchaus von diesem Gesetz betroffen sein (vgl. Bremeier et al. 2006, S.13). Oft kommt es zu Mischformen, in denen auf betrieblicher Ebene sowohl das Personalvertretungsgesetz als auch das Betriebsverfassungsgesetz zum Tragen kommen. In den meisten dieser Fälle müssen die Strukturen der Unternehmensmitbestimmung dann im Einzelfall festgelegt werden. Dadurch gibt es sehr fragmentierte rechtliche Grundlagen für Unternehmensmitbestimmung in Konzernen in öffentlicher Hand (vgl. Bremeier et al. 2006, S.82–83).

Eindeutiger ist die rechtliche Situation für nicht-konfessionelle Wohlfahrtsverbände. In aller Regel unterliegen Konzerne, deren Träger (nicht konfessionelle) Wohlfahrtsverbände sind, dem Tendenzschutz (vgl. Liebig 2005, S.336). Dadurch gelten die Mitbestimmungsgesetze für sie nicht. Die Verbände haben jeweils eigene arbeitsrechtliche Regelungen festgelegt, die sich im Detail sehr unterscheiden und nach Verband, Region und z.T. je nach Mitgliedsunternehmen voneinander abweichen (vgl. Liebig 2005, S.337 ff.). In den meisten Fällen wird die Unternehmensmitbestimmung mit

dem Verweis auf den Tendenzschutz nicht umgesetzt (vgl. Liebig 2005, S.335–336).

Im konfessionellen Bereich gibt es kein entsprechendes Recht auf eine Beteiligung der Mitarbeitervertretungen (MAV) oder der Arbeitnehmerseite an Aufsichtsräten oder anderen analogen Kontrollgremien. Konfessionelle Konzerne unterliegen den jeweiligen eigenen Arbeitsrechtsregelungen der Diakonie für evangelische Konzerne oder der Caritas für katholische Konzerne. Des Weiteren können Regelungen anderer Konfessionen gelten, jedoch sind diese in unserem Sample nicht vertreten.

Sowohl im diakonischen als auch karitativen Recht ist es nicht vorgesehen, der Mitarbeiterschaft ein Recht auf Unternehmensmitbestimmung zu gewähren. Anders sieht es mit dem Recht auf den überbetrieblichen Zusammenschluss von MAVen zu Gesamtmitarbeitervertretungen (GMAV) und Konzernmitarbeitervertretungen (KMAV) aus. Auf diese Regelungen wird im [Kapitel 2.3](#) näher eingegangen.

Aufgrund der großen Vielfalt der gesetzlichen Regelungen zur Unternehmensmitbestimmung für die verschiedenen Träger im Gesundheitswesen und angesichts begrenzter Ressourcen haben wir uns entschieden, nur private und konfessionelle Träger in unsere Untersuchung einzubeziehen.

2.1 Entwicklungen der Unternehmensmitbestimmung

Die neuere Forschung zeigt, dass die Verbreitung von Unternehmensmitbestimmung in Deutschland immer weiter zurückgeht (Sick 2015; Hoffmann 2016). Von den konfessionellen Unternehmen zunächst abgesehen, reduzieren privatwirtschaftliche Konzerne die Unternehmensmitbestimmung. So konnte Thomas Hoffmann (Hoffmann 2016) zeigen, dass seit 2002 die Anzahl der deutschen Unternehmen mit paritätisch mitbestimmtem Aufsichtsrat sinkt. Anfang der 2000er-Jahre war diese Zahl noch gestiegen, um dann von 767 im Jahr 2002 auf 635 im Jahr 2015 zu fallen (Hoffmann 2016).

Hoffmann postuliert, dass diese Entwicklung mit zwei Veränderungen des Rechts auf europäischer Ebene zusammenhängt: zum einen mit der Einführung der europäischen Aktiengesellschaft Societas Europaea (SE) und den entsprechenden Regelungen zur Mitbestimmung, und zum anderen mit der EuGH-Rechtsprechung zur Niederlassungsfreiheit von Unternehmen innerhalb der EU (Hoffmann 2016).

Durch diese neue Gesetzeslage wurde es für Konzerne möglich, die Einrichtung eines paritätisch mitbestimmten Aufsichtsrats zu vermeiden, ob-

wohl sie den in Deutschland verankerten Schwellenwert von 2.000 dauerhaft beschäftigten Arbeitnehmer_innen überschreiten. Wenn die Rechtsform des Unternehmens kurz vor dem Überschreiten des Schwellenwerts in eine SE umgewandelt wird, kann entweder das Niveau der Unternehmensmitbestimmung eingefroren oder die Beteiligung der Arbeitnehmer_innen am Aufsichtsrat ganz vermieden werden. Durch die Nutzung von ausländischen Rechtsformen, die für deutsche Unternehmen seit 2004 möglich ist, kann Unternehmensmitbestimmung zudem komplett vermieden und gar aufgelöst werden. Für diese Rechtsformen gilt das Mitbestimmungsgesetz von 1976 nicht (vgl. Hoffmann 2016; Sick 2015; Thannisch 2010).

2.1.1 Die verschiedenen Formen der Vermeidung von Unternehmensmitbestimmung

In ihren Veröffentlichungen zum Thema Unternehmensmitbestimmung haben Walter Bayer und Thomas Hoffmann (2017) eine Terminologie eingeführt, die bei rechtskonformen Einschränkungen der Unternehmensmitbestimmung von „Mitbestimmungsreduzierung“, „Mitbestimmungsverlagerung“ und „Mitbestimmungsvermeidung“ spricht und bei fehlender Umsetzung von geltendem Mitbestimmungsrecht von „Mitbestimmungsignorierung“. Dabei soll mit dieser Terminologie nicht die Intention der Unternehmen beschrieben, sondern nur der Effekt auf die Mitbestimmung erfasst und kategorisiert werden (Bayer/Hoffmann 2017).

Gibt es zunächst Verstöße gegen geltendes Mitbestimmungsrecht, spricht man von *Mitbestimmungsignorierung* (Bayer/Hoffmann 2017). Das ist der Fall, wenn die Anteilseignerseite eines Unternehmens entweder keinen Aufsichtsrat einrichtet, obwohl die notwendigen Schwellenwerte überschritten sind, oder die Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft nicht im vorgeschriebenen Maße am Aufsichtsrat beteiligt. In diesen Fällen von Mitbestimmungsignorierung können die Arbeitnehmer_innen theoretisch durch konsequente Einleitung von Statusverfahren ihr Recht auf Unternehmensmitbestimmung erstreiten.

Es gibt jedoch auch verschiedene legale Formen der Umgehung oder Einschränkung von Unternehmensmitbestimmung. *Mitbestimmungsvermeidung* meint, dass ein Unternehmen keinen paritätischen oder drittelbeteiligten Aufsichtsrat einrichtet und nicht einrichten muss, obwohl die jeweiligen Schwellenwerte von 2.000 bzw. 500 dauerhaft beschäftigten Mitarbeiter_innen überschritten werden (Bayer/Hoffmann 2017). Das ist vor allem der Fall,

wenn ein Unternehmen eine bestimmte Rechtsform wählt oder Gemeinnützigkeit erlangt und dadurch aus dem Geltungsbereich des Mitbestimmungsgesetzes und des Drittelbeteiligungsgesetzes herausfällt (vgl. Kapitel 2.2). Diese Form der Vermeidung von Unternehmensmitbestimmung führt dazu, dass keine oder weniger Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft im Aufsichtsrat vertreten sind. Die wichtigsten Beispiele für entsprechende privatwirtschaftliche Rechtsformen sind die europäische SE und die Auslandsgesellschaft & Co. KG (vgl. Hoffmann 2016).

Die *Mitbestimmungsreduzierung* bezeichnet eine Einschränkung der Rechte des Aufsichtsrats oder des Einflusses der Arbeitnehmerbank. Dies ist im deutschen Recht vor allem der Fall, wenn ein schon mitbestimmter Aufsichtsrat existiert und das Unternehmen dann in eine KGaA umgewandelt wird. Damit verliert der Aufsichtsrat den Rechtsanspruch darauf, bei der Vergabe von Vorstandsposten mitzubestimmen – ein wichtiges Element der Mitbestimmungsmöglichkeiten (vgl. Bayer/Hoffmann 2017).

Zuletzt gibt es die *Mitbestimmungsverlagerung*. Der Aufsichtsrat wird dabei nicht auf der Konzernebene gebildet, auf der tatsächliche konzernweite geschäftsführende Entscheidungen getroffen werden, sondern auf unteren Ebenen. Dadurch wird der Einfluss des Aufsichtsrats auf wichtige Entscheidungen im Konzern reduziert oder vollständig umgangen, weil er nur dort tätig werden darf, wo er offiziell zuständig ist (vgl. Bayer/Hoffmann 2017).

Diese Möglichkeiten der Umgehung von Unternehmensmitbestimmung ergeben sich aus dem Gesellschaftsrecht. Ob in einem Unternehmen in Deutschland die Unternehmensmitbestimmung in vollem Umfang gewährt werden muss, ist also von der Rechtsform des Unternehmens abhängig.

2.2 Einflussmöglichkeiten der Arbeitnehmervertretung im Aufsichtsrat

Die Reichweite der Mitbestimmungsrechte von Aufsichtsräten wird maßgeblich dadurch bestimmt, welche Unternehmensrechtsform ein Unternehmen hat und welche Form der Konzernintegration vorliegt (Bayer/Hoffmann 2017).

So ist für nicht gemeinnützige oder sonstige tendenzgeschützte Unternehmen der Anspruch auf weitgehende Rechte des Aufsichtsrats und insbesondere auf die Beteiligung der Arbeitnehmerseite am stärksten ausgebaut. Doch auch hier gibt es Differenzierungen. Während für eine nach deutschem Aktienrecht verfasste Aktiengesellschaft die Lage noch eindeutig ist und vol-

le Rechte gewährt werden müssen, sind die Rechte des Aufsichtsrats bei KGs, KGaAs, GmbHs und ausländischen Rechtsformen eingeschränkt und sehr unterschiedlich. Auch bei AGs, die aus einer grenzüberschreitenden Verschmelzung hervorgehen, kann u.U. eine eingeschränkte Unternehmensmitbestimmung rechtsgültig sein. Im Folgenden sollen kurz die rechtlichen Besonderheiten der verschiedenen Unternehmensrechtsformen, die wir bei großen Unternehmen im Gesundheitsbereich gefunden haben, erklärt werden.

Aktiengesellschaften (AGs) müssen ab 500 dauerhaft Beschäftigten einen drittelbeteiligten und ab 2.000 einen paritätisch mitbestimmten Aufsichtsrat schaffen. Grundlage dafür sind das Drittelbeteiligungsgesetz (DrittelbG) und das Mitbestimmungsgesetz von 1976 (MitbestG). Wichtige Rechte des Aufsichtsrats nach dem MitbestG sind neben der Kontrolle der Tätigkeiten des Vorstands auch die Feststellung des Jahresabschlusses, die Entlastung des Vorstands, die Bestellung und Abberufung von Vorstandsmitgliedern und die Mitbestimmung zu Themen, die in einer Satzung festgelegt werden. Dazu gehören z. B. Übernahmen oder Stilllegungen von Betrieben, die unternehmensweite Einführung neuer Technologien und Ähnliches (vgl. BMAS 2017).

Für Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbHs) zwischen 500 und 2.000 Beschäftigten gilt, dass der mitbestimmte Aufsichtsrat nicht zwangsläufig über die Bestellung und Abberufung von Geschäftsführungspersonal bestimmen kann.

Bei einer Kommanditgesellschaft auf Aktien (KGaA) sind die Rechte des Aufsichtsrats grundsätzlich schwächer als bei der AG und der GmbH. Da in der KGaA nicht ein Vorstand bestellt, sondern persönlich haftende Gesellschafter_innen eingetragen werden, die die Aufgaben eines Vorstands übernehmen, hat der Aufsichtsrat kein gesetzlich garantiertes Mitspracherecht bei der Besetzung der geschäftsführenden Ebene (Bayer/Hoffmann 2017, S. R120–121). Dies gilt in diesem Fall auch bei Unternehmen mit mehr als 2.000 Beschäftigten. Ähnlich verhält es sich mit den Rechten des Aufsichtsrats in einer GmbH & Co. KG.

Besondere Formen der KGs und KGaAs, die mit einer Mitbestimmungsvermeidung einhergehen können, sind solche mit ausländischen Gesellschafterinnen wie z. B. B.V. & Co. KG oder plc & Co KGaA. Hier unterliegt die geschäftsführende Gesellschaft nicht dem deutschen Mitbestimmungsrecht, eine Zurechnung der Beschäftigten auf diese Ebene des Konzerns ist nicht möglich, und ein drittelbeteiligter oder paritätisch besetzter Aufsichtsrat muss nur in deutschen Teilfirmen mit über 500 oder 2.000 Beschäftigten ein-

gerichtet werden. Die oberste Konzernebene bleibt dann von dieser Pflicht unberührt und nicht mitbestimmt (vgl. Bayer/Hoffmann 2017, S. R122).

Neben ausländischen Unternehmensrechtsformen anderer Länder, die den deutschen Aktiengesellschaften und GmbHs ähneln, jedoch in den meisten Fällen keine Unternehmensmitbestimmung vorsehen, gibt es seit 2004 die europäische Unternehmensrechtsform der SE. Mit Gründung einer SE muss auch ein Gremium eingerichtet werden, in dem die Mitbestimmungsregelungen verhandelt und rechtsbindend vereinbart werden: das Besondere Verhandlungsgremium (BVG). In diesem Gremium müssen Arbeitnehmer_innen aus allen Ländern vertreten sein, in denen es Betriebe des Unternehmens gibt (Rose/Köstler 2014, S. 16). Kommt es zu keiner Einigung, gibt es eine Auffangregelung, bei der die für die Arbeitnehmerseite mit den meisten Rechten ausgestattete, zuletzt bestandene Regelung der verschiedenen nationalen Unternehmen gilt.

Dies bringt einige Risiken für die Beteiligung der Arbeitnehmer_innen auf der obersten Ebene mit sich. So ist es möglich, dass durch die SE-Gründung der Stand der Unternehmensmitbestimmung praktisch auf dem Stand zum Zeitpunkt der Gründung „eingefroren“ wird, auch wenn später der Schwellenwerte der Mitarbeiterzahl von 2.000 überschritten wird. Im Zuge einer Untersuchung von SE-Vereinbarungen merken Rose/Köstler an:

„Ob in einer SE bei Überschreiten des Schwellenwertes von 2.000 Beschäftigten von der Drittelbeteiligung auf paritätische Mitbestimmung umgestellt wird, wie dies für deutsche Gesellschaftsformen gesetzlich geregelt ist, ergibt sich allein aus der SE-Vereinbarung. In aller Regel sind die Schwellenwerte nicht in die SE-Vereinbarungen übernommen worden, so dass der erreichte Grad der Mitbestimmung vielfach für die Zukunft ‚eingefroren‘ wird“ (Rose/Köstler 2014, S. 96).

Auch können die Verhandlungen so verlaufen, dass keine oder nur eine eingeschränkte Unternehmensmitbestimmung festgelegt wird.

2.3 Gemeinnützigkeit, konfessionelle Unternehmen und kirchliches Arbeitsrecht

Andere Vorgaben zur Unternehmensmitbestimmung gelten für Unternehmen, die dem Tendenzschutz unterliegen. Tendenzbetriebe sind

„Betriebe, die unmittelbar und überwiegend politischen, koalitionspolitischen, konfessionellen, karitativen, erzieherischen, wissenschaftlichen oder

künstlerischen Bestimmungen oder Zwecken der Berichterstattung oder Meinungsäußerung, auf die Artikel 5 Abs. 1 Satz 2 des Grundgesetzes Anwendung findet, dienen, [...]“ (§ 118 BetrVG).

Konfessionelle und gemeinnützige Unternehmen müssen zwar eingeschränkte betriebliche Formen der Mitbestimmung zulassen, nicht aber für eine Unternehmensmitbestimmung garantieren (Baumann-Czichon/Gathmann 2006). Dies ist in der Gesundheitsbranche vor allem deswegen wichtig, weil mindestens ein Drittel der Einrichtungen im Gesundheitsbereich im Besitz von konfessionellen und gemeinnützigen Trägern (freie Wohlfahrtspflege) sind.

In konfessionellen Betrieben gilt das jeweilige Arbeitsrecht der Religionsgemeinschaft. Katholische Träger sind fast ausnahmslos im Verbund der Caritas zusammengeschlossen, die evangelischen Träger in der Diakonie. Die jeweiligen Kirchen beschreiten den sogenannten „dritten Weg“: Es werden weder die arbeitsrechtlichen Regelungen einseitig von der Arbeitgeberseite festgesetzt noch gibt es ein Tarifvertragssystem wie im privatwirtschaftlichen und öffentlichen Bereich. Die christlichen Arbeitgeber gehen von einer Dienstgemeinschaft aus, die von einem konflikthaften Verhältnis zwischen Kapital und Arbeit abzugrenzen ist (vgl. Jakobi 2007, S.73). Stattdessen verhandeln paritätisch besetzte Arbeitsrechtliche Kommissionen (ARK) analog zu Tarifkommissionen die arbeitsrechtlichen Regelungen aus.

Diese sind für die evangelischen Träger auf der landeskirchlichen Ebene verortet. Es gibt dementsprechend je nach Landeskirche eigene Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR), die dann für die Träger in dieser Region angewendet werden. So kann es dazu kommen, dass in Konzernen, die überregional agieren, verschiedene arbeitsrechtliche Regelungen gelten und dementsprechend auch die Mitarbeitervertretungen auf Grundlage dieser unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen handeln oder handeln müssen (Jakobi 2007, S.73 ff.).

Bei den katholischen Trägern finden diese Verhandlungen auf der Ebene der Diözesen statt, die ebenfalls regional aufgeteilt sind. Allerdings differieren hier die Regelungen wesentlich weniger als in der Diakonie (Jakobi 2007, S.75–76).

Es gibt die Möglichkeit, Mitarbeitervertretungen (MAV) zu bilden, die in ihrer Funktion nah an Betriebsräte des Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG) herankommen. Sie sind jedoch mit weniger Rechten und Ressourcen ausgestattet. Vor allem können sie nach kirchlichem Arbeitsrecht nicht zum Streik aufrufen. Weitere Einschränkungen im Vergleich zum BetrVG sind eingeschränkte Rechte in Bezug auf Sozialpläne und die Mitbestimmung bei

Auflösung und Veräußerung ganzer Betriebe (Ausschluss von §§ 111–113 BetrVG).

Wie schon erwähnt, ist auch die Beteiligung der Mitarbeiterschaft an Aufsichtsräten oder ähnlichen Kontrollgremien im kirchlichen Mitbestimmungsrecht nicht vorgesehen. Es können jedoch GMAVen gebildet werden, in denen MAV-Mitglieder aus verschiedenen Dienststellen zusammenkommen. In einigen Fällen ist es außerdem möglich, eine Konzernmitarbeitervertretung (KMAV) zu gründen, in der Mitarbeiter_innen aus dem gesamten Konzern vertreten sind. Die Rechtslagen dazu sind jedoch unterschiedlich. Die entsprechenden rechtlichen Regelungen werden auf regionaler Ebene beschlossen und können in einigen Punkten voneinander abweichen. Darüber hinaus können freiwillig Mitarbeiter_innen am Aufsichtsrat beteiligt werden.

Im konfessionellen Bereich sind Gewerkschaften sehr viel weniger vertreten als im privatwirtschaftlichen. Die Gewerkschaft ver.di, die in der Gesundheitsbranche Großteile der Beschäftigten organisiert, kooperiert zwar punktuell mit Beschäftigten konfessioneller Träger, wurde aber vonseiten der Dienstgeber_innen nur in einigen wenigen Fällen als Verhandlungspartnerin für Abschlüsse von Arbeitsvertragsrichtlinien oder Tarifverträgen anerkannt. Daneben gibt es Zusammenschlüsse von Dienstnehmer_innen der evangelischen und katholischen Träger, die jedoch jeweils einen sehr geringen Organisationsgrad aufweisen (Jakobi 2007, S.153). Dazu gehören für evangelische Beschäftigte der Verband kirchlicher Mitarbeiter (VKM) und für katholische Arbeitnehmer_innen der Zentralverband der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der katholischen Kirche Deutschlands e. V. (ZKD).

Für Arbeitnehmer_innen in konfessionellen und gemeinnützigen Unternehmen gilt also, dass sie kein Recht darauf haben, im Aufsichtsrat vertreten zu sein. Das bedeutet auch, dass sie formal keinen Anspruch darauf haben, die Besetzung von Posten in Vorständen oder Geschäftsführungen mitzubestimmen sowie deren Tätigkeiten zu kontrollieren und in die Lage von Vermögen und Investitionstätigkeiten sowie die Prüfung von Jahresabschlüssen Einsicht zu nehmen. Damit sind sie mitbestimmungsrechtlich betrachtet schlechter gestellt als Arbeitnehmer_innen in privaten Konzernen. Inwieweit auch ohne Rechtsanspruch Unternehmensmitbestimmung in großen konfessionellen Gesundheitskonzernen umgesetzt wird, ist – unter anderem – Gegenstand der vorliegenden Studie.

3 GESUNDHEITSWESEN - ENTWICKLUNGEN UND AKTEURE

Gesundheit und Pflege ist in den letzten Jahren verstärkt entlang von Marktprinzipien ökonomisiert worden. Fusionen und Übernahmen prägen die Gesundheitswirtschaft (von Eiff/Goldschmidt 2016). Die Mitbestimmungslandschaft in der Gesundheitsbranche ist stark fragmentiert: Die Problematik wird verschärft durch Tendenzbetriebe und kirchliches Mitbestimmungsrecht ebenso wie durch internationale Konzerne, die ihren Hauptsitz außerhalb von Deutschland haben. Diese verschiedenen Organisationsstrukturen unterliegen jeweils anderen Mitbestimmungsregularien, womit es sowohl für Gewerkschaften als auch für Beschäftigte schwierig ist, (Unternehmens-) Mitbestimmungsstrukturen zu etablieren und sich an den Erfahrungen anderer Kolleg_innen zu orientieren.

Dazu kommt das rasante Wachstum, mit dem sich viele Gesundheitskonzerne in den letzten Jahren entwickelt haben. Gerade die Etablierung von Unternehmensmitbestimmungsstrukturen konnte dabei nicht in der gleichen Geschwindigkeit folgen, mit der sich die Unternehmen entwickelten. Die Veränderungen und die Fragmentierung, die das Gesundheitswesen und damit die Bedingungen für die untersuchten Gesundheitskonzerne prägen, sollen in diesem Kapitel dargestellt werden.

3.1 Eckdaten der Entwicklung der Gesundheitsbranche

Insgesamt ist die Gesundheitsbranche zwischen 2000 und 2013 überdurchschnittlich gewachsen, damit sind auch die Beschäftigtenzahlen dieser Branche stark gestiegen. Eine Studie, die Daten des IAB-Betriebspanels zum Gesundheits- und Sozialwesen analysiert hat, kommt zu dem Schluss, dass die Zahl der im Gesundheits- und Sozialwesen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten zwischen 2000 und 2013 um 36,4 Prozent gestiegen ist (vgl. Conrads et al. 2016, S. 18). Das ist mehr als der durchschnittliche Zuwachs in allen Dienstleistungsbranchen und der Gesamtwirtschaft. Auch die 2015 vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie herausgegebene gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung für Deutschland hat das herausragende Wachstum der Branche bestätigt. Demnach ist die Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen zwischen 2000 und 2014 von 4,9 auf 6,2 Millionen ge-

stiegen. Der jährliche Zuwachs an Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft liegt laut dieser Rechnung durchschnittliche bei 1,8 Prozent, in der Gesamtwirtschaft hingegen bei 0,5 Prozent. Dieses Wachstum hielt auch während und nach der Wirtschafts- und Finanzkrise in Europa zwischen 2008 und 2011 an (vgl. BMWi 2015, S.9). Auch die Indikatoren Ertrag, Gewinn und Umsatz zeigen ein Wachstum der Branche an (Conrads et al. 2016, S.48). Zudem liegen die Werte der Bruttowertschöpfung seit 2005 deutlich über den durchschnittlichen Werten der Gesamtwirtschaft. Sie ist zwischen 2005 und 2016 von 223,4 Milliarden Euro auf 336,4 Milliarden Euro gestiegen und machte 2016 an der Bruttowertschöpfung der Gesamtwirtschaft 12 Prozent aus (vgl. BMWi Themenseite Gesundheitswirtschaft).

Die Arbeit im Gesundheitswesen ist geprägt durch einen sehr hohen Anteil von Teilzeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung. Zwischen den verschiedenen Berufen gibt es Unterschiede, dennoch ist der Anteil mit 51 Prozent insgesamt überdurchschnittlich hoch. In den Pflegeberufen liegt er bei 67 Prozent in der Fachkinderpflege und Haus- und Familienpflege sowie 65 Prozent in der Altenpflege. Damit kennzeichnen Teilzeitarbeit und geringfügige Beschäftigung den größten Teil der Arbeitsverhältnisse in diesen Berufen.

Diese Tatsache ist nicht zuletzt deswegen für die vorliegende Studie wichtig, weil die Schwellenwerte der Unternehmensmitbestimmung sich auf die Zahl der Arbeitnehmer_innen beziehen. Wenn in Konzern- und Jahresabschlüssen nur Vollzeitäquivalente berichtet werden, verbergen sich durch die hohen Teilzeitanteile deutlich höhere Beschäftigtenzahlen hinter diesen Angaben. Dadurch ist es möglich, das Überschreiten der Schwellenwerte und die damit verbundene Notwendigkeit, einen mitbestimmten Aufsichtsrat einzurichten, nicht offensichtlich werden zu lassen.

Die Frauenanteile der Berufsgruppen im Gesundheitswesen sind ebenfalls unterschiedlich. Im Gesundheitswesen insgesamt lag der Frauenanteil im Jahr 2016 bei 75,8 Prozent (Destatis 2018). Dabei variieren die Anteile stark zwischen 46 Prozent bei den Human- und Zahnmediziner_innen und 98 Prozent bei Arzt- und Praxishelfer_innen (eigene Berechnungen beruhend auf den Daten des Statistischen Bundesamts 2016). In der Altenpflege und unter Gesundheits- und Krankenpfleger_innen sind 85 Prozent der Beschäftigten weiblich. In der Geburtshilfe sind es 100 Prozent, im Rettungsdienst jedoch nur 25 Prozent. Diese Zahlen machen deutlich, wie viel Arbeit im Gesundheitswesen von Frauen erbracht wird. Dies bedeutet auch, dass besonders Frauen von den Arbeitsbedingungen der Branche betroffen sind. Für die Unternehmensmitbestimmung stellt sich also die Frage, ob sich diese Frauenanteile auch in den Aufsichtsräten widerspiegeln.

3.2 Fragmentierte Strukturen der überbetrieblichen Interessenvertretung

Die zunehmende wirtschaftliche und wohlfahrtsstaatliche Bedeutung des Gesundheitswesens steht im Kontrast zu den Arbeitsbedingungen und der Qualität der Pflege, die in der Kritik steht, sich zunehmend zu verschlechtern. Evans et al. haben dazu die These aufgestellt,

„dass die fragmentierten Strukturen und partikularistischen Handlungslogiken in den Arbeitsbeziehungen im Pflegesektor, insbesondere auf Seiten der Arbeitgeberorganisationen, die Sicherung und Weiterentwicklung arbeitspolitischer Standards derzeit eher konterkarieren als befördern“ (Evans et al. 2014, S. 124).

Sie führen weiter aus, dass es auf der Arbeitnehmerseite geringe Organisationsgrade der Gewerkschaften gibt. „... heterogene [...] Strukturen und Kulturen der Mitbestimmung“ (Evans et al. 2014, S. 128) führen dazu, dass die Handlungsfähigkeit der Beschäftigten schon auf der betrieblichen Ebene eingeschränkt wird (vgl. Evans et al. 2014). Für eine detaillierte Beschreibung der Entwicklung von Flächentarifverträgen hin zu einer differenzierten Tariflandschaft und -flucht sowie der Entwicklung der Gewerkschaften im Gesundheitsbereich vgl. Glassner et al. 2015.

Für den Pflegebereich zeigen Evans et al. (2014) schließlich auf, dass es auch aufseiten der Arbeit- und Dienstgeber_innen sehr diverse Verbandsstrukturen gibt. So gibt es unter frei-gemeinnützigen Trägern diverse Arbeitgeberorganisationen der großen Wohlfahrtsverbände und wieder eigene für öffentliche und private Träger. Beispiele hierfür seien

„der Verband der Diakonischen Dienstgeber in Deutschland e.V. (VdDD), die Dienstgeberseite der Arbeitsrechtlichen Kommission des deutschen Caritasverbandes e.V. , der Arbeitgeberverband der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Deutschland e.V. , die Paritätische Tarifgemeinschaft e.V. oder der Arbeitgeberverband des Deutschen Roten Kreuzes (DRK). Auch wenn die Satzungen der Wohlfahrtsverbände im Einzelfall keine eigenständigen Arbeitgeber-/Dienstgeberverbände vorsehen, so haben die Verbände dennoch entsprechende Organisationen etabliert, die als Interessenvertretung der Arbeit-/Dienstgeber agieren, etwa im Arbeits- und Tarifrecht, in der Gesetzgebung und Rechtsprechung im Sozial- und Europarecht, in der Personalwirtschaft oder in der Wirtschafts- und Sozialpolitik. Auch öffentliche und private Träger haben entsprechende Institutionen, beispielsweise die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) oder der Arbeitgeberverband Pflege e.V. “ (Evans et al. 2014, S. 131).

Auch durch diese Vielfalt der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen ist die Arbeit im Gesundheitswesen durch eine unübersichtliche Mannigfaltigkeit der Tarifverträge und arbeitsvertraglichen Regelungen geprägt. Zwar weisen 63 Prozent der Betriebe in der Sozialwirtschaft keine Tarifverträge oder Arbeitsvertragsrichtlinien auf, unter ihnen gibt es allerdings mehr als 1.430 verschiedene Tarifabschlüsse und Arbeitsvertragsrichtlinien (vgl. Evans et al. 2014). Die Fülle an verschiedenen Regelungen ist also sehr groß.

Zudem führen weitere Faktoren dazu, dass die Bezahlung vieler Berufe im Gesundheitswesen trotz eines wirtschaftlichen Wachstums der Branche geringer ist als die der Berufe mit vergleichbaren Qualifikationsniveaus in anderen Branchen. Außerdem gibt es viel Teilzeitarbeit und geringfügige Beschäftigung, und die Arbeit gilt als sehr belastend (vgl. Bogai 2014; Hipp/Kelle 2015). Zu diesen Faktoren gehören laut Evans et al. die Heterogenität der Trägerlandschaft und der „Flexibilisierungsdruck regionalisierter Pflegemärkte“ (vgl. Evans et al. 2014, S. 133), der durch unterschiedliche Erwartungen entsteht: Einerseits erwarten die Akteure des Gesundheitswesens von der Politik, dass die öffentliche Finanzierung ihrer Leistungen „sozialpolitisch verantwortbar“ (vgl. Evans et al. 2014, S. 130) bleibt, andererseits erwartet wiederum die Politik von den Akteuren des Gesundheitswesens, dass diese finanziellen Mittel effektiv und effizient eingesetzt werden (vgl. Evans et al. 2014, S. 130).

Die Heterogenität der Träger, Arbeitgeberverbände, Arbeitnehmervertretungen und Tarife, die Evans et al. als Faktoren für den Widerspruch zwischen wirtschaftlichem Wachstum der Gesundheitsbranche und den vergleichsweise schlechten Arbeitsbedingungen anführen (Evans et al. 2014), kann als ebenso relevant für die Umsetzung der Unternehmensmitbestimmung gedacht werden. Wo die Handlungsfähigkeit der Arbeitnehmer_innen schon auf betrieblicher Ebene eingeschränkt wird, können sich die gleichen Mechanismen auch auf die Handlungsfähigkeit der Arbeitnehmer_innen auf überbetrieblicher und Unternehmensebene auswirken.

3.3 Privatisierung und Konzentrationsbewegungen

Der deutsche Gesundheitsmarkt ist seit den 1990er-Jahren geprägt durch Privatisierungen und eine zunehmende Ökonomisierung. Dies drückt sich aus in einem Trend zu zunehmenden Aktivitäten privatwirtschaftlicher Unternehmen am Markt, in einem zunehmenden Flexibilisierungsdruck auf die Einrichtungen und Träger, in einem Trend zu Fusionen und Übernah-

men von Unternehmen am Gesundheitsmarkt (Konzentrationsbewegungen) und zur Ökonomisierung innerhalb der Gesundheitskonzerne (Outsourcing, Standardisierung von Arbeitsabläufen, zunehmende Ausrichtung an wirtschaftlichen statt an gesundheitlichen Erfolgsindikatoren). Gerade schnelle Veränderungsprozesse in Unternehmen beeinflussen die Umsetzung der Unternehmensmitbestimmung stark, da für den Anspruch auf einen mitbestimmten Aufsichtsrat Aspekte wie die Zurechnung von Beschäftigtenzahlen, Rechtsformen und Veränderungen der Konzernzugehörigkeit ausschlaggebend sind. Während eine Privatisierung dazu führen kann, dass ein Konzern künftig in den Geltungsbereich des Mitbestimmungsgesetzes (MitbestG) fällt, können Ausgründungen von Geschäftsbereichen außerdem zur Folge haben, dass die Gesamtzahl von Beschäftigten wieder unter die Schwellenwerte der Mitbestimmungsgesetze fällt. Diese Veränderungsprozesse werden durch die aufgeführten Entwicklungen ausgelöst oder beschleunigt und sollten im Folgenden kurz erläutert werden, um die Bedingungen im Gesundheitswesen für die (Unternehmens-)Mitbestimmung verständlich zu machen.

Privatisierung kann erstens eine Umwandlung von öffentlichen Rechtsformen in privat-rechtliche Rechtsformen einer Einrichtung meinen (formale Privatisierung), zweitens eine Einführung von public-private-partnerships bedeuten, für die private Unternehmen in öffentliche Einrichtungen investieren (funktionale Privatisierung), und drittens die Übernahme einer öffentlichen Einrichtung durch ein privatwirtschaftliches Unternehmen (materielle Privatisierung). Alle Formen der Privatisierung sind in Deutschland seit den 1990er-Jahren vorgekommen, zumindest in Bezug auf Krankenhäuser dominieren jedoch die materiellen Privatisierungen (Papouschek/Böhlke 2008, S.22). In Deutschland wurden zunächst vor allem kleinere Krankenhäuser in Ostdeutschland privatisiert und seit den 2000er-Jahren auch größere Krankenhäuser in Ost- und Westdeutschland (Papouschek/Böhlke 2008, S.11).

Dies hat dazu geführt, dass die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher Hand von 1991 bis 2016 von 1.110 auf 570 zurückgegangen, die Zahl derer in der Hand von privatwirtschaftlichen Trägern hingegen von 358 auf 707 gestiegen ist (Statistisches Bundesamt 2017a). Die Zahl der Krankenhäuser, die von frei-gemeinnützigen Trägern geführt werden, ist von 943 auf 674 gesunken (Statistisches Bundesamt 2017a). Damit waren im Jahr 2016 29,2 Prozent der Einrichtungen im Besitz von öffentlichen Trägern, 36,2 Prozent im Besitz von privaten Trägern und 34,5 Prozent im Besitz von frei-gemeinnützigen Trägern.

Für Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation ist der Trend der Privatisierung weniger stark ausgeprägt. Hier hat die Zahl der öffentlichen Einrichtungen zwischen 1991 und 2016 von 250 auf 223 um nur 27 Häuser abgenommen. Die Zahl der privaten Einrichtungen ist hier ebenfalls zurückgegangen: von 707 auf 611 (Statistisches Bundesamt 2017c). In diesem Bereich hat vor allem die Anzahl der frei-gemeinnützigen Träger zugenommen (von 224 auf 315). Allerdings ist zwischen 2002 und 2016 die Zahl der privat-öffentlichen Rechtsformen von 41 auf 71 gestiegen. Insgesamt gehörten im Jahr 2016 von den Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation 19,4 Prozent öffentlichen, 53,2 Prozent privaten und 27,4 Prozent frei-gemeinnützigen Trägern.

In der stationären Pflege lag der Anteil der privaten Pflegeheime im Jahr 2015 bei 43 Prozent, der von frei-gemeinnützigen Trägern bei 53 Prozent und der Anteil der öffentlichen Träger betrug nur 5 Prozent (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 18).

Ein weiterer Trend, der sich im Zuge der Privatisierung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens beobachten lässt, ist das Outsourcing. Seit den 2000er-Jahren wurden Dienstleistungen, die nicht zum medizinisch-pflegerischen Kerngeschäft gehören, zunehmend entweder an externe Dienstleister oder eigens dafür gegründete Tochterunternehmen ausgelagert. Hierzu zählen insbesondere Aufgaben der Wäscherei, der Gebäudereinigung, der Küche und Apotheken (vgl. Glassner et al. 2015).

Diese Auslagerungen haben zur Folge, dass die Einrichtungen der Gesundheitsbranche Kosten sparen können. Dies konnte zum Teil durch eine Effizienzsteigerung (zum Beispiel durch Skaleneffekte) erreicht werden, zum Teil aber auch durch günstigere Tarife, die in diesen Dienstleistungsbereichen gezahlt werden können, letztendlich also auch durch schlechtere Bezahlung der Arbeitnehmer_innen in diesen Bereichen (vgl. Glassner et al. 2015).

Der Druck, möglichst kostengünstig zu wirtschaften, hat außerdem zu Konzentrationsbewegungen auf dem Markt der Gesundheitsunternehmen geführt. Sowohl im privatwirtschaftlichen als auch im frei-gemeinnützigen Bereich haben große, finanzstarke Unternehmen kleine, finanziell gefährdete Unternehmen aufgekauft. Seit Mitte der 2000er-Jahre gab es außerdem eine Reihe von Übernahmen und Fusionen von sehr großen Konzernen, die für den privatwirtschaftlichen Bereich eine Dominanz von einigen wenigen Konzernen bedeuten (vgl. Glassner et al. 2015, S. 25).

3.4 Ausländische Firmen am Markt und die Strategien von Private-Equity-Fonds

Im Zuge der Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens sind auch große internationale Investitionsfirmen und Private-Equity-Fonds auf Möglichkeiten am deutschen Gesundheitsmarkt aufmerksam geworden. So gab es in Deutschland in den Jahren 2002 bis 2008, d. h. bis zum Beginn der Eurokrise, einen regen Handel von Private-Equity-Unternehmen, der im September 2008 zum Erliegen kam und sich schließlich im Jahr 2010 wieder stabilisierte (vgl. Scheuplein/Teetz 2017, S. 88). Während zuvor die meisten Käufe und Verkäufe im klassischen Produktionssektor, namentlich in der Metall- und Technikindustrie, stattfanden, wurde während der Krise der in den Jahren davor privatisierte Gesundheitsbereich interessant für Private-Equity-Investoren. Dies liegt daran, dass sich die wirtschaftliche Entwicklung hier deutlich stabiler zeigte als in anderen Bereichen der Wirtschaft.

Das Geschäftsmodell von Private-Equity-Unternehmen ist es, sich kurzzeitig an Unternehmen zu beteiligen oder sie zu übernehmen und dann die Anteile mit Gewinn wieder zu verkaufen. Anders als das venture capital, das sich in einem frühen Stadium in ein Unternehmen mit Entwicklungspotenzial einkauft, sind für die vorliegende Studie vor allem sogenannte Buy-outs von Bedeutung. Dabei wird ein Unternehmen von den aktuellen Gesellschaftern abgekauft. Es geht also um den Verkauf eines Unternehmens und nicht vorrangig um Investitionen in ein Unternehmen. Dabei werden neben Unternehmensbereichen, die abgestoßen werden sollen, gezielt solche Firmen übernommen, die finanzielle Probleme haben (Böttger 2006). Die Strategie ist, diese Unternehmen relativ günstig zu kaufen und später mit gesteigertem Marktwert für deutlich mehr Geld wieder zu verkaufen. Dafür müssen die Unternehmen so verändert werden, dass sie erheblich effizienter oder produktiver sind und in Einzelunternehmen aufgeteilt werden, sodass die besonders rentablen Anteile für einen hohen Preis verkauft oder Spareffekte durch Verschmelzung mit anderen Unternehmen erreicht werden können (vgl. Haves et al. 2013).

In den Bereichen des Gesundheitssektors, die wir untersuchen (Krankenhäuser, Rehabilitation, Altenpflege u. Ä.) sind die kostenintensivsten Posten die Personalausgaben und die Instandhaltungskosten der Immobilien. Deswegen bietet es sich für Private-Equity-Investoren an, an diesen Posten Änderungen vorzunehmen. Denkbar ist, Kosten durch Veränderungen von Entgelttarifen, durch Personaleinsparungen, Umstrukturierungen der Abteilungen, Auslagerung von nicht-medizinischem Personal (wegen niedrigerer

Tarife) und durch das Aufkündigen von Tarifverträgen zu sparen (z. B. Haves et al. 2013; Scheuplein 2018).

Im Falle der Immobilien ist es eine übliche Praxis, diese in Sale-and-Lease-Back-Transaktionen zu veräußern und dann zurückzumieten. Dabei werden zunächst die Immobilien an eine darauf spezialisierte Firma übertragen. Oft kaufen die Firmen die Immobilien zu einem überhöhten Preis, der dann in hohe Mieten umgesetzt wird. So wird das verfügbare Kapital des übernommenen Unternehmens erhöht, Schulden können verringert und der Verkaufswert gesteigert werden. Weitere Strategien von Private-Equity-Unternehmen sind eine Ausrichtung auf Wachstum und Internationalisierung (mit der Folge, dass es weniger und größere Unternehmen am Markt gibt), die Fokussierung auf Wachstumsbranchen (und das Abstoßen oder Schließen von weniger rentablen Teilunternehmen) und im Extremfall auch kreditfinanzierte Ausschüttungen an den Private-Equity-Investor (vgl. Sekanina 2015).

3.5 Was wissen wir über die Unternehmensmitbestimmung im Gesundheitssektor?

Die beschriebenen Prozesse der Privatisierung, Ökonomisierung und Konzentration am Markt führen dazu, dass die Akteure der Mitbestimmung vor der Herausforderung stehen, die Strukturen der betrieblichen und der Unternehmensmitbestimmung den sich wandelnden Unternehmensorganisationen anzupassen. Wo Unternehmensteile ausgegliedert werden, müssen neue Betriebsräte oder MAVen gebildet werden; wo Unternehmen verschmelzen, ist auszuhandeln, welche Formen der überbetrieblichen Mitbestimmung es geben soll, wie viele Ressourcen dafür zur Verfügung stehen und welche Unternehmensebene einen (mitbestimmten) Aufsichtsrat benötigt. Diese Anpassungsprozesse benötigen Zeit und bedeuten Arbeit.

Für die betriebliche Mitbestimmung in der Altenpflege hat Wolfgang Schroeder 2018 eine umfassende Studie veröffentlicht, die die Problematiken der Fragmentierung, der Veränderungen am Markt und die Schwierigkeiten, die Beschäftigten zu organisieren, aufzeigt (Schroeder 2018). Auch andere Forschungsarbeiten haben sich dem Thema der betrieblichen Mitbestimmung, aber auch der Arbeitsbeziehungen im Gesundheitswesen zumindest z.T. gewidmet (z. B. Conrads et al. 2016; Evans et al. 2014; Bräutigam et al. 2014; Hipp/Kelle 2015). Die betriebliche und überbetriebliche Mitbestimmung im konfessionellen Bereich des Gesundheitswesens wurde in einer um-

fassenden wissenschaftlichen Arbeit von Tobias Jakobi (2007) genau beschrieben.

Zur Unternehmensmitbestimmung im Gesundheitswesen gibt es bisher nur wenige Forschungen. In den letzten Jahren wurden Erkenntnisse hierzu in einem Artikel im AG-Report (Bayer/Hoffmann 2017) mit Bezug auf Vermeidungsstrategien von Unternehmensmitbestimmung und in einem Bericht zu Ergebnissen des Mitbestimmungsindex MB-ix (Scholz 2017; Scholz/Vitols 2016) veröffentlicht.

Es fehlt also an Informationen zum Stand der Unternehmensmitbestimmung in den großen Gesundheitskonzernen in Deutschland. In welchen der großen Gesundheitskonzernen gelten welche Mitbestimmungsregularien? In welchen Unternehmen bestehen Aufsichtsräte und wie sind Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft in diesen repräsentiert? Wurden Arbeitsdirektor_innen bestellt, und wenn ja, wie wurden die Arbeitnehmervertretungen bei der Auswahl dieser eingebunden? Wie werden Vertreter_innen der Beschäftigten über wirtschaftliche Belange informiert und bei Entscheidungen dazu eingebunden? Zu all diesen Fragen fehlen bisher klare und übersichtliche Antworten.

4 FORSCHUNGSDESIGN

Im folgenden Abschnitt werden der methodische Zugang sowie das Vorgehen und die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung dargestellt.

4.1 Forschungsfrage

Aus der oben dargestellten Problemlage leitet sich die zentrale Forschungsfrage des Projekts ab: Wie ausgeprägt ist die Unternehmensmitbestimmung in den großen Konzernen des Gesundheitswesens und der Altenpflege?

Dabei sollen die unterschiedlichen Ausgangslagen, die sich durch die vielseitigen Rechtsgrundlagen ergeben, miteinander verglichen und in Beziehung gesetzt sowie die tatsächliche Umsetzung der möglichen Einflussmöglichkeiten der Arbeitnehmervertretungen untersucht werden.

Wichtige Aspekte der Unternehmensmitbestimmung wie die Anzahl sowie Position von Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft im Aufsichtsrat, die Existenz und Bestellung von Arbeitsdirektor_innen, die Existenz und Arbeitsweise von Konzernbetriebsräten bzw. etablierten Äquivalenten in Tendenz- oder kirchlichen Organisationen, weitere konzernweite Vernetzungsstrukturen und wirtschaftliche Informations- oder Einflussmöglichkeiten werden dabei berücksichtigt. All diese Aspekte wurden in einem Analyseraster erfasst und werden im [Kapitel 5](#) vergleichend ausgewertet.

Um die gesamte Bandbreite der verschiedenen Unternehmen und Unternehmensstrukturen berücksichtigen zu können, wurden Konzerne mit verschiedenen Schwerpunkten im Gesundheitsbereich untersucht. Dazu gehören Unternehmen in den Bereichen Krankenhäuser und Kliniken, Rehazentren und Altenpflegeeinrichtungen, ambulante Dienste der Kranken- und Altenpflege, psychiatrische Einrichtungen und Dienstleistungsunternehmen für Menschen mit Behinderung.

Der oben dargelegten Forschungsfrage soll anhand des beschriebenen Analyserasters und durch die Anwendung des Mitbestimmungsindex für die Konzerne mit über 10.000 Beschäftigten quantitativ sowie mithilfe von konkreten Fallbeispielen qualitativ nachgegangen werden.

In der Analyse und Untersuchung werden sowohl rechtliche Lücken in der Unternehmensmitbestimmung in privaten und konfessionellen Betrieben vergleichend untersucht als auch Vermeidungsstrategien der Arbeitge-

ber_innen zu den bestehenden Unternehmensmitbestimmungsgesetzen betrachtet und dargestellt.

4.2 Vorgehen

Die oben dargestellte Forschungsfrage, „Wie ausgeprägt ist die Unternehmensmitbestimmung in den großen Konzernen des Gesundheitswesens und der Altenpflege?“ wurde mittels dreier unterschiedlicher Herangehensweisen in einer Kombination aus quantitativen und qualitativen Erhebungsverfahren untersucht. Um das Forschungsfeld abzustecken, wurde als Erstes eine Sichtung bestehender Gesundheitskonzerne vorgenommen. Aufgrund der unterschiedlichen Rechtslagen sowie des zutage tretenden Umfangs des Forschungsfelds haben wir uns dafür entschieden, nur Unternehmen in unsere Analyse einzubeziehen, die privatwirtschaftlichen Arbeitsgesetzen oder konfessionellem Arbeitsrecht unterliegen. Unternehmen in kommunaler Trägerschaft und Wohlfahrtsverbände wurden demnach nicht untersucht.

Für Forschungszugang eins wurde ein Analyseraster ermittelt, das verschiedene Kriterien der Unternehmensmitbestimmung enthält: die Existenz mitbestimmter Aufsichtsräte und eines Arbeitsdirektors bzw. einer Arbeitsdirektorin z.B. sowie ggf. konzernweite Vernetzung und wirtschaftliche Informations- und Einflussmöglichkeiten durch Konzernbetriebsräte oder vergleichbare Strukturen (KMAV, MAV) in konfessionellen und Tendenzbetrieben. Dabei sind die unterschiedlichen Mitbestimmungsrichtlinien in die Erstellung des Rasters eingeflossen. Als Nächstes wurden vorhandene Daten analysiert und Daten entlang des Analyserasters zusammengetragen, um Hinweise zum Stand der Unternehmensmitbestimmung in den definierten Konzernen zu erhalten. Dabei wurden Informationen aus einer Datenbank, aus Jahres- und Konzernabschlüssen im Bundesanzeiger sowie Informationen von den Internetseiten der Unternehmen und der Gewerkschaften einbezogen. Bei fehlenden oder widersprüchlichen Angaben wurden zusätzliche Analysen wie Recherche und qualitative Expert_inneninterviews z.B. mit zuständigen Gewerkschaftssekretär_innen und (wissenschaftlichen) Branchenkenner_innen durchgeführt, um Klarheit über die Unternehmensmitbestimmung in den einzelnen Konzernen zu erlangen. Die Angaben im Analyseraster beziehen sich in der Regel auf das Jahr 2015, wenn nicht anders angegeben. Alle Interviews wurden zwischen Juli und November 2017 geführt. Die Interviews wurden mit einer Person oder zwei Personen geführt und haben im Schnitt eine Stunde und fünfzehn Minuten gedauert.

Im Forschungszugang zwei wurden die größten Gesundheitskonzerne der Branche mithilfe des Mitbestimmungsindex (MB-ix) analysiert (Scholz/Vitols 2016). In diesem wird der existierenden (Unternehmens-)Mitbestimmung anhand von sechs Komponenten ein Wert zwischen 0 und 100 zugewiesen. So soll der Grad der Mitbestimmung eines Konzerns deutlich und mit anderen Konzernen (auch aus anderen Branchen) vergleichbar werden.

Forschungszugang drei war ein qualitatives Vorgehen. Hier wurden einzelne Fallbeispiele exemplarisch ausgewählt und eingehender analysiert, um neben quantitativen Ergebnissen auch qualitative Resultate zur Unternehmensmitbestimmung in Gesundheits- und Altenpflegekonzernen zu erhalten. Dazu wurden Expert_inneninterviews mit zehn Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft und einem Experten aus der juristischen Mitbestimmung durchgeführt, in denen es um die Entwicklung der Mitbestimmung innerhalb der Konzerne und größere Veränderungen der Konzernstrukturen ging. Auch hier wurden Dokumente wie Konzern- und Jahresabschlüsse und Internetauftritte der Firmen für die Erstellung der Fallbeispiele hinzugezogen. Die Interviews wurden im Zeitraum von Juli bis November 2017 durchgeführt.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist also ein Analyseraster zur übersichtlichen Darstellung der Unternehmensmitbestimmung in den großen Gesundheitskonzernen in Deutschland, die Bestimmung des Mitbestimmungsindex für alle Konzerne mit mehr als 10.000 Beschäftigten sowie die Aufbereitung von ausgewählten Fallbeispielen für einen qualitativen Einblick in die dargestellten Unternehmensmitbestimmungsstrukturen in den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsbranche.

4.3 Beschreibung der Stichprobe

Die Grundgesamtheit unserer Untersuchung schließt alle privaten und professionellen Konzerne aus den Bereichen Altenpflege, medizinische Versorgung, Rehabilitation und Psychiatrie ein.

4.3.1 Stichprobe für das Analyseraster

Um die Übersichtstabelle (vgl. [Tabelle 1](#)) anhand des Analyserasters auszufüllen, haben wir mithilfe der Datenbank Amadeus ein Datenexzerpt zur Grundlage genommen, das alle Unternehmen mit mehr als 3.000 Beschäftig-

ten enthielt. Diese Unternehmensgröße wurde gewählt, damit selbst bei schwankenden Beschäftigtenzahlen oder einer großen Anzahl von leitenden Angestellten die Anwendbarkeit des Mitbestimmungsgesetzes von 1976 (das einen paritätisch besetzten Aufsichtsrat ab 2.000 Beschäftigten vorsieht) zu erwarten ist. Es wurden die Wirtschaftszweige Krankenhäuser, Gesundheitswesen, Pflegeheime, Alten- und Behindertenheime, sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime), Tagesbetreuung von Kindern und sonstiges Sozialwesen ausgewählt. Dies entspricht den Wirtschaftszweigen des Statistischen Bundesamtes mit den WZ 2008 Kodes 8610, 8690, 8710, 8730, 8790, 8891 und 8899 (Statistisches Bundesamt 2008).

Aufgrund der Ressourcen des Forschungsprojekts wurden ausschließlich konfessionelle und private Unternehmen in die Untersuchung einbezogen. Dadurch umfasst das vorliegende Sample für das Analyseraster 59 Konzerne. Gerade im Gesundheitsbereich wandeln sich sowohl Konzernstrukturen als auch weitere Parameter häufig. Um für alle Unternehmen einen einheitlichen Berichtszeitraum zu haben, wurde daher für die vorliegende Untersuchung das Berichtsjahr auf 2015 festgelegt. Es lagen nicht für alle Konzerne Daten für diese Zeit vor, weswegen für Unternehmen, die keine Mitarbeiterzahlen für 2015 veröffentlicht haben, das jeweils vorliegende Jahr herangezogen wurde. Wo dies der Fall war, ist das jeweilige Berichtsjahr in Klammern hinter der Mitarbeiterzahl aufgeführt. Für einige Konzerne mussten allerdings Selbstangaben in Onlineauftritten oder aus Interviews zugrunde gelegt werden, hier ist nicht in jedem Fall abschließend geklärt, auf welches Berichtsjahr sich die jeweilige Zahl bezieht. Dies gilt vor allem bei konfessionellen Unternehmen, die keine Jahresberichte mit Daten veröffentlichen, die für die Analyse hinzugezogen wurden.

An dieser Stelle muss auf die schwierige Datenlage zu den untersuchten Konzernen hingewiesen werden: Viele Daten, die für eine abschließende Beurteilung der Konzerne und ihrer Unternehmensmitbestimmung hilfreich wären, konnten nur schwer oder gar nicht ermittelt werden.

Dazu gehört die Veröffentlichung von Beschäftigtenzahlen, differenziert nach Vollzeitkräften sowie „Kopfzahlen“ von Beschäftigten, die im Durchschnitt des Berichtsjahres 2015 im Konzern tätig waren. Beide Informationen sind für unterschiedliche Aspekte wichtig. Die Kopfzahl beschreibt die tatsächliche Anzahl von Personen, die im Konzern dauerhaft arbeiten und die die Berechnungsgrundlage für die Schwellenwerte im MitbestG bilden. Das Vollzeitäquivalent der Mitarbeiterzahl wäre vor allem für eine bessere Vergleichbarkeit der Konzerne in Bezug auf die geleisteten Arbeitsstunden relevant. Die Gesamtzahl der Beschäftigten in Deutschland und anderen Län-

dern wurde z. T. nicht differenziert berichtet. Außerdem wäre eine verlässliche Informationsquelle zur Differenzierung der Beschäftigtenzahlen nach Tochterkonzernen der einzelnen Großkonzerne wünschenswert.

Es war z. T. nicht möglich, anhand von frei zugänglichen Daten eine differenzierte Konzernstruktur nachzuzeichnen. So war es bis zuletzt eine schwierige Aufgabe, die tatsächlichen Konzernspitzen zu identifizieren sowie die darunter liegenden Organisationsstrukturen eindeutig zu klären.

Ein anderer für diese Studie relevanter Punkt ist, dass nur wenige Konzerne die Besetzung des Aufsichtsrats mit der jeweiligen Zuordnung der Personen zur Arbeitnehmer- und Anteilseignerseite berichten. So ist häufig auf den ersten Blick nicht klar, ob ein Aufsichtsrat paritätisch bzw. in welchem Verhältnis der Aufsichtsrat durch Vertreter_innen von Arbeitnehmer_innen und Anteilseigner_innen besetzt ist. Nur durch aufwendige Recherchen zu jeder einzelnen Person im Aufsichtsrat konnte ihre Zugehörigkeit zur Arbeitnehmer- oder Anteilseignerbank geklärt werden.

Auch die Stellvertreter_innen des Aufsichtsratsvorsitzes werden in einigen Konzernen bei den Informationen zum Aufsichtsrat nicht aufgeführt. So ist z. B. weder die Mandatierung des stellvertretenden Aufsichtsratsvorsitzes (Gewerkschaftsvertreter_in, Arbeitnehmervertreter_in oder Anteilseigner_in) noch die Anzahl der stellvertretenden Aufsichtsratsvorsitzenden auf den ersten Blick ersichtlich.

Besonders dürftig ist die öffentliche Datenlage der Ausschüsse des Aufsichtsrats sowie die Angaben zur Existenz von Arbeitsdirektor_innen. Dabei werden in Ausschüssen eines Aufsichtsrats teilweise relevante Informationen verhandelt oder Entscheidungen getroffen. Gibt es hier keine Vertreter_innen der Mitarbeiter_innen, besteht die Gefahr der Verlagerung von Entscheidungen in mitbestimmungsfreie Gremien. Hier werden kaum Informationen zur Existenz und Besetzung der Ausschüsse zur Verfügung gestellt.

Die Existenz von Gesamtbetriebsräten (GBR) und Konzernbetriebsräten (KBR) sowie deren Pendanten im konfessionellen Bereich, die Gesamtmitarbeitervertretungen (GMAV) und Konzernmitarbeitervertretungen (KMAV), war ebenfalls oft schwierig zu klären. Da es für diese Information keine Berichtspflicht gibt, nur in wenigen Fällen auf der Konzernwebsite über die Tätigkeit der Arbeitnehmervertretungen berichtet oder ein_e Ansprechpartner_in genannt wird und auch die eigene Betriebsrats- bzw. MAV-Website kaum Informationen oder Kontaktmöglichkeiten nennt, waren wir häufig auf Informationen aus der Tagespresse oder auf gewerkschaftliche Websites angewiesen. Da dort jedoch meist bei besonderen Ereignissen über die Beschäftigtenvertretung berichtet wird (im Fall eines Streits mit der Geschäfts-

führung oder einer öffentlichkeitswirksamen Kampagne), konnte für einige der untersuchten Konzerne nicht abschließend geklärt werden, ob eine entsprechende Arbeitnehmervertretung existiert.

Nicht zuletzt die Klärung der jeweiligen Rechtsform war eine Herausforderung, da sich diese bei einigen Konzernen in den letzten Jahren immer wieder gewandelt hat und stets erneut zu klären war, welche Gesellschaft die Konzernspitze bildete.

4.3.2 Stichprobe zur Berechnung des MB-ix

Um eine handhabbare Konzernanzahl zu erhalten, haben wir für die Erstellung des MB-ix aus dem Sample für das Analyseraster diejenigen Konzerne ausgewählt, die dauerhaft mehr als 10.000 Beschäftigte in Deutschland aufweisen. Damit sind 14 große Konzerne der Gesundheitsbranche in unserer Stichprobe für die Berechnung des MB-ix enthalten.

Für die Berechnung des MB-ix wurden Informationen aus dem Analyseraster verwendet, wie z. B. die Zusammensetzung des Aufsichtsrats, stellvertretende Aufsichtsratsvorsitze und die Rechtsform der Konzernspitze. Weitere Informationen wurden aus Recherchen in Konzernabschlüssen, Internetauftritten und aus Expert_inneninterviews zusammengetragen.

4.3.3 Stichprobe der ausgewählten Fallbeispiele

Die Fallbeispiele wurden anhand qualitativer Kriterien ausgewählt. Sie sind als Beispiele für die verschiedenen Rechtsformen und Rechtslagen im Gesundheitswesen zu verstehen. So findet sich mit der Fresenius SE & Co. KGaA zunächst der größte Konzern unseres Samples unter den ausgewählten Fallbeispielen. Für Fresenius ist hervorzuheben, dass der Konzern in eine SE umgewandelt wurde. Vor dem Hintergrund der europäischen Gesetzgebung zu der (europäischen) Rechtsform SE und der Beobachtung, dass seit der Einführung der Rechtsform SE die Unternehmensmitbestimmung in Deutschland eher abgenommen hat (vgl. Hoffmann 2016), erschien dieses Beispiel sehr interessant für die vorliegende Studie. Hinzu kommt, dass das Unternehmen mittlerweile in eine KGaA umgewandelt wurde. Auch dieser Umwandlungsprozess und diese Rechtsform beeinflussen die Unternehmensmitbestimmung auf unterschiedliche Weise, und es lohnt sich auch deshalb, dieses Fallbeispiel für die vorliegende Studie heranzuziehen.

Die Median Unternehmensgruppe steht hier beispielhaft für ein Unternehmen, das durch einen Private-Equity-Fonds beherrscht wird, wie es auch in der Literatur angeführt wurde (vgl. Scheuplein et al. 2017, S. 13). Dieses Private-Equity-Unternehmen hat seinen Hauptsitz in den Niederlanden. Damit ist Median auch ein Beispiel für ein Unternehmen, das einem ausländischen Finanzinvestor gehört. Diese Punkte sind interessant für die Diskussion über Unternehmensmitbestimmung in Gesundheitskonzernen und den Einfluss, den Private-Equity-Strategien auf die Unternehmensmitbestimmung haben. Es konnte auch untersucht werden, wie sich die Existenz einer ausländischen Konzernspitze auswirkt. Hier wird u. a. gefragt, ob die in der Literatur genannten Strategien von Lohnsenkungen, Personalabbau und Umstrukturierungen in diesem Fall zu beobachten sind (vgl. z. B. Haves et al. 2013; Scheuplein 2018).

Die Agaplesion gAG ist ein Beispiel für einen sehr großen konfessionellen Konzern, der nicht dem Mitbestimmungsgesetz von 1976 unterliegt. In diesem Konzern gibt es allerdings aufgrund einiger Teilbetriebe, die keine Gemeinnützigkeit aufweisen, Betriebsräte und MAVen. Es konnte also untersucht werden, inwiefern sich die verschiedenen Rechtsgrundlagen, nämlich das kirchliche und das staatliche Mitbestimmungsrecht, auf die gemeinsame Arbeit der Arbeitnehmervertretungen auswirken und welche Schwierigkeiten sich daraus ergeben.

Die Evangelische Stiftung Alsterdorf (ESA) ist als Fallbeispiel ausgewählt worden, weil hier der Stiftungsrat eines konfessionellen Unternehmens eine Beteiligung der Mitarbeiterschaft vorsieht. Nach dem kirchlichen Mitbestimmungsrecht besteht kein Anspruch auf Unternehmensmitbestimmung. Die ESA ist also einer der sehr wenigen Konzerne, die ohne rechtliche Verpflichtung Unternehmensmitbestimmung aufweisen.

Die Interviews für die Fallstudien wurden zwischen Juli und November 2017 geführt. Die Interviewpartner_innen wurden aufgrund ihres Einblicks in die Unternehmen ausgewählt.

Auch für die Erstellung der Fallbeispielstudien hat die lückenhafte Datenlage Schwierigkeiten bedeutet. Die schwer nachvollziehbaren Konzernstrukturen, die fehlende Berichterstattung zu Beherrschungsverträgen innerhalb von Konzernstrukturen, die oben beschriebenen wenig differenziert berichteten Mitarbeiterzahlen, die wenigen vorhandenen Daten zu GBR, GMAVEn, KBR und KMAVEn haben die Arbeit erschwert. Zum Teil leisten diese Gremien kaum Öffentlichkeitsarbeit. So konnten wir an einigen Stellen ausschließlich auf die Informationen unserer Interviewpartner_innen zurückgreifen, um die Lage der Mitbestimmung zu beschreiben. Auch waren

dadurch die Kontaktaufnahme und der Feldzugang erschwert. Es hat z.T. Wochen oder Monate gedauert, um geeignete Interviewpartner_innen zu finden, die bereit waren, mit uns zu sprechen.

5 ANALYSERASTER

5.1 Übersichtstabelle Analyseraster

5.2 Ergebnisse und Diskussion

In der vorliegenden Tabelle sind 59 Gesundheitskonzerne mit jeweils mehr als 3.000 Beschäftigten zusammengetragen. Die Tabelle beschreibt die Beteiligung an Tochterkonzernen, die genaue Beschäftigtenanzahl, die Rechtsform des Konzerns, ob ein Tendenzschutz besteht, die Existenz sowie Besetzung eines Aufsichtsrats, die Besetzung des Stellvertreterpostens im Aufsichtsrat, die Geschlechterverteilung und den Frauenanteil im Aufsichtsrat, ob es einen Arbeitsdirektorenposten im Unternehmen gibt, sowie das Vorhandensein einer Arbeitnehmervertretung auf überbetrieblicher Ebene (KBR/GBR/EBR bzw. MAV/KMAV/GMAV).

Von den 59 untersuchten Konzernen waren 20 in privater Trägerschaft, d.h. nicht konfessionell gebunden (einer davon jedoch als gemeinnützige Stiftung). 39 der Gesundheitskonzerne sind entsprechend konfessionelle Träger.

Von den 20 privaten Trägern konnte bei fünf Konzernen ein regulär großer paritätisch besetzter Aufsichtsrat gefunden werden. Ein zusätzlicher Konzern besitzt einen durch Konzernumwandlung ermöglichten verkleinerten Aufsichtsrat, der jedoch ebenfalls paritätisch besetzt ist (Fresenius SE & Co. KGaA). Vier weitere Konzerne haben trotz deutscher Rechtsform gar keinen Aufsichtsrat, fünf Konzerne haben an ihrer Spitze einen Aufsichtsrat ohne jegliche Arbeitnehmerbeteiligung. Von sieben Konzernen mit ausländischer Rechtsform gibt es in dreien ein einem Aufsichtsrat ähnliches Kontrollgremium, das jeweils einzelne Vertreter_innen der Beschäftigten zulässt. In einem Konzern (Schön SE) wurde bei der Umwandlung zu einer SE ein Verwaltungsrat (anstatt eines Aufsichtsrats) definiert, der mit nur drei Personen besetzt ist und keine Arbeitnehmervertretung zulässt.

In den Konzernen konfessioneller Träger haben 21 von 39 einen Aufsichtsrat ohne Arbeitnehmerbeteiligung, bei einem weiteren ist ein Aufsichtsrat vorhanden, aber es ist unklar ob es eine Beteiligung von Mitarbeitenden gibt. Drei weitere Konzerne haben eine Sonderform des Kontrollgremiums gegründet (z.B. Verwaltungsrat, Stiftungsrat oder Kuratorium)

Analyseraster

Konzern	hät z. B. Tochterkonzerne	Anzahl Mitarbeiter 2015	Rechtsform	Tendenzbetrieb	Aufsichtsrat	stellv. Aufsichtsratsvorsitz	Anzahl Frauen im AR	Anteil Frauen im AR (%)	Arbeitsdirektor	betriebliche Mitbestimmung auf Unternehmensebene
1 Alloheim Senioren-Residenzen Holding SE	Alloheim Senioren-Residenzen SE, Senator Beteiligten Holding GmbH	6.654 VZ	SE	nein	nein				nein	nein
2 Ameos Gruppe		12.000	AG, Sitz in Zürich	nein	Verwaltungsrat (schweizerische AG)				nein	kein KBR, einzelne GBRs regional
3 Asklepios Kliniken GmbH & Co KGaA	Asklepios Kliniken Hamburg GmbH, Asklepios Kliniken Verwaltungs GmbH, MediClin AG Offenburg	34.690 VZ (2018: 35.327)	GmbH	nein	20 Mitglieder, paritätisch (2 Gewerkschafter_innen) (2016)	1 Gewerkschaftssekretär	6 von 20 (4 AN, 2 AG*)	30 %	nein	KBR, GBRs
4 Cura Kurkliniken Seniorenwohn- und Pflegeheime GmbH	Maternus AG	5.074	GmbH	nein	nein				nein	KBR auf Ebene von Maternus
5 Domicil Senioren-Residenzen Hamburg SE		3.768 (davon 1.441 VZ, 2.327 TZ)	SE	nein	3 Mitglieder (1 leitender Angestellter)	1 (0 AN)	0 von 3	0 %	nein	

6	Dussmann Stiftung & Co. KGaA	Kursana Residen- zen GmbH	32.993 (in D)	KGaA	nein	20 Mitglieder, paritätisch besetzt	Gewerkschafts- sekretär von der NGG	9 von 20 (6 AN, 3 AG*)	45 %	un- klar	GBRs
7	Freiberger Klinik Holding GmbH & Co. KG	MedicalPark AG	3.081	KG	nein	nein				un- klar	nein
8	Fresenius SE & Co. KGaA	Fresenius-Helios	222.305 welt- weit, davon ca. 41.600 in D	KGaA	nein	als SE ausgehandelt: 12 Mitglieder (AN: mind. 2 Ge- werkschafter_innen, mind. 2 aus europ. Ausland)	1. von ver.di, 2. von Anteils- eigenseite	4 von 12 (2 AN)	33 %	ja	EBR
9	K&S Sozialbau AG	z. B. K&S – Dr. Krantz Sozialbau und Betreuung SE & Co. KG	3.490 (2016)	AG	nein	3 Mitglieder	1 (0 AN)	0 von 3	0 %	un- klar	KBR
10	KMG Kliniken plc		2.691 VZ 3.300 Köpfe	plc	nein	4 Mitglieder, keine AN-Vertretung	nein	2 von 4	50 %	un- klar	unklar
11	Korian S.A. Paris	Curanum AG, Casa Reha Holding GmbH	47.000 insg., 14.500 in D	S.A., Sitz in Paris	nein	Board of Directors, 11 Mitglieder (1 AN)	von Arbeitgeber- seite	5 von 11	45 %	un- klar	unklar
12	Median Unter- nehmensgruppe B.V. & Co. KG	Median West GmbH	6.309 VZ ca. 15.000 Köpfe	KG	nein	nein				nein	KBR, GBRs
13	MK Kliniken AG		3.972 VZ 4.925 Köpfe	AG	nein	3 Mitglieder, keine AN-Vertretung	1 (0 AN)			un- klar	unklar

14	Orpea S.A.	Celenus SE	49.185 weltweit, 8.782 in D (Ende 2016)	S.A.	nein	Board of Directors, 12 Mitglieder (1 AN)	unklar	5 von 12 (1 AN)	42 %	unklar	KBR
15	Paracelsus Kliniken GmbH & Co. KGaA		insg. 5.224, 5.102 in D	KGaA	nein	12 Mitglieder, paritätisch besetzt	interner AN-Vertreter	5 von 12 (5 AN)	42 %	ja	GBR
16	Rhön-Klinikum AG	Asklepios Kliniken GmbH hält Anteile, Klinikbestand wurde hauptsächlich von Fresenius-Helios aufgekauft	15.654	AG	nein	16 Mitglieder, paritätisch besetzt	1. von ver.di, 2. von Anteilseignerseite (2016)	7 von 16 (3 AN) (2018)	44 %	nein	KBR, GBRs, BRs
17	Sana Kliniken AG		28.555	AG	nein	20 Mitglieder, paritätisch besetzt	1. von ver.di, 2. von Anteilseignerseite	5 von 20	25 %	ja	KBR
18	Schön SE		9.400, davon VZ 6.786	SE	nein	Verwaltungsrat, 3 Mitglieder, keine AN-Vertretung				unklar	nein
19	SRH Holding Stiftung des öffentlichen Rechts SDBR	SRH Kliniken GmbH	11.695, davon VZ 8.199	Stiftung des öffentlichen Rechts	ja	Satzung sieht Aufsichtsrat vor (11 Mitglieder, keine AN-Vertretung)	2	2 von 11	18 %	unklar	KBR
20	Victor's Bau + Wert AG	Pro Seniore Consulting + Conception für Senioreneinrichtungen AG	8.156	AG	nein	3 Mitglieder, keine AN-Vertretung	1 (0 AN)	1 von 3	33 %	nein	2 KBRs

Konfessionelle Konzerne

21	Agaplesion gAG	13.320 Köpfe	gAG	ja	18 Mitglieder, keine AN-Vertretung	3 externe Anteilseigner	1 von 18	6 %	nein	MAVen, keine GMAV (GMAV im Dienststellen- verbund am 12.09.2019 konstituiert)
22	Albertinen-Dia- koniewerk e. V.	3.500	Verein	ja	Kuratorium mit 15 Mitgliedern, keine AN-Vertretung				nein	keine GMAV
23	Alexianer GmbH Münster	12.760 MA und 2.827 Be- hinderte (sic)	GmbH	ja	7 Mitglieder, keine AN-Vertretung	1 (0 AN)	0 von 7	0 %	nein	MAV; unklar ob GMAV
24	Augustinum Gruppe	4.400	gGmbH	ja	7 Mitglieder, 1 Sitz der KMAV	1 (0 AN)	1 von 7 (AG*)	14 %		GMAV
25	Barmherzige Brüder gemein- nützige Kran- kenhaus GmbH	4.534	gGmbH	ja	nein				nein	unklar
26	BBT-Gruppe (früher Barm- herzige Brüder Trier e. V.)	9.569 VZ; über 11.000 Mitar- beitende nach eigenen An- gaben (Barm- herzige Brü- der Trier gGmbH 2015)	gGmbH	ja	7 Mitglieder, keine AN-Vertretung	1 (0 AN)	2 von 7	29 %	un- klar	GMAV (bis 2007 erwähnt)

27	Burkart Beteiligungs-gesellschaft mbH	Vitanas GmbH & Co. KG	4.094 (2014)	GmbH	nein					unklar
28	Caritas Träger-gesellschaft Saarbrücken mbH (CTS)		4.742	GmbH	ja	8 Mitglieder, keine AN-Vertretung	1 (0 AN)	2 von 8	25 %	nein unklar
29	Christliches Jugenddorfwerk Deutschlands gemeinnütziger Verein e. V. (CJD)		ca. 9.500	Verein	ja	nein				nein unklar
30	Cusanus Träger-gesellschaft Trier mbH (CTT)		2.578 VZ fast 4.000 Köpfe nach eigenen Angaben ¹	GmbH	ja	4 Mitglieder, keine AN-Vertretung	nein	0 von 4	0 %	nein GMAV
31	Diakonie Mark-Ruhr gGmbH		3.050	GmbH	ja	Verwaltungsrat, 14 Mitglieder, keine AN-Vertretung		4 von 14	29 %	nein unklar
32	Diakovere gGmbH		3.896	gGmbH	ja	11 Mitglieder, keine AN-Vertretung	2 (0 AN)	4 von 11	36 %	un-klar
33	EJF gAG		3.234	gAG	ja	6 Mitglieder, keine AN-Vertretung	1 (0 AN)	1 von 6	17 %	nein keine GMAV
34	Elisabeth-Vinzenz-Verbund		6.448 Köpfe	GmbH	ja	10 Mitglieder, keine AN-Vertretung	1 (0 AN)	4 von 10	40 %	un-klar ob GMAV

1 <https://www.cusanus-traegergesellschaft-trier.de/wir-unsere-auftrag/unsere-traegergesellschaft/daten-und-fakten>

35	Evangelische Heimstiftung GmbH	6.753	GmbH	ja	8 Mitglieder, keine AN-Vertretung	1 (0 AN)	1 von 8	13 %	nein	KMAV
36	Evangelische Parthes-Stiftung e. V.	4.087	Verein	ja	Stiftungsrat, 8 Mitglieder, keine AN-Vertretung	nein	3 von 8	38 %	nein	GMAV
37	Evangelische Stiftung Alsterdorf	6.129 (Jahresbericht, Selbstangabe)	Stiftung	ja	Stiftungsrat, 18 Mitglieder (4 AN)	1 (AN)	5 von 18	28 %	nein	GMAV
38	Evangelischer Verbund Ruhr gGmbH	4.925	gGmbH	ja	10 Mitglieder, keine AN-Vertretung	1 (0 AN)	2 von 10	20 %	nein	MAV, keine GMAV
39	Evangelisches Johanneswerk e. V.	6.509 Köpfe	Verein	ja	Verwaltungsrat, 2014: 14 Mitglieder (2 AN)	2 (0 AN)	3 von 14 (2014)	21 %	unklar	GMAV
40	Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH	3.296	gGmbH	ja	14 Mitglieder, keine AN-Vertretung	2 (0 AN)	1 von 14	7 %	nein	MAV, keine GMAV
41	Franziskus Stiftung	8.829 Köpfe	Stiftung	ja	nein	nein			unklar	MAV; unklar, GMAV
42	Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH	8.067 Köpfe	gGmbH	ja	7 Mitglieder, keine AN-Vertretung	1 (0 AN)	3 von 7	43 %	nein	nein

58	von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel	4 Stiftungen: Bethel, Nazareth, Sarepta, Lobetal	12.718 VZ, 17.997 Köpfe	Stiftungsverbund	ja	Verwaltungsrat, 17 Mitglieder (4 AN)	1 (0 AN)	9 von 17	53 %	unklar	GMAV der Anstalten
59	Vorwerker Dia-konie gGmbH		3.136	GmbH	ja	10 Mitglieder, keine AN-Vertretung	1 (0 AN)	1 von 10	10 %	nein	MAVen; unklar, ob GMAV

Quelle: eigene Darstellung

Anmerkungen: MA = Mitarbeitende, TZ = Teilzeitkräfte, VZ = Vollzeitstellen, AN = Arbeitnehmer_innen, *=Arbeitgeber_innen

Die grau hinterlegten Felder zeigen an, dass das jeweilige Unternehmen als Fallbeispiel in dieser Studie dient, das im **Kapitel 7** näher beschrieben wird.

Quelle für die Mitarbeiterzahl von Orpea in Deutschland ist in diesem Fall ein Interview mit Gewerkschafter_innen, das Teil der vorliegenden Studie ist.

Die Tochterkonzerne von Orpea in Deutschland berichteten ihre Jahresabschlüsse einzeln und ohne transparent zu machen, dass sie zum Konzern Orpea S.A. gehören. So ist es nicht möglich, diese Zahl anhand amtlicher Zahlen zu überprüfen. Insgesamt gilt, dass die Daten wo möglich auf den Konzern- oder Unternehmensabschlüssen wie sie im Bundesanzeiger für das Jahr 2015 veröffentlicht wurden beruhen, z. T. mussten andere Jahre gewählt werden (in Tabelle angegeben). Wo dies nicht möglich war, wurden Selbstangaben von den Internetauftritten der Konzerne und dort veröffentlichte Dokumente hinzugezogen.

und ebenfalls keine Arbeitnehmervertretung. Acht Konzerne haben keinen Aufsichtsrat. In zwei Aufsichtsräten sowie vier Sonderformen (Verwaltungsrat oder Stiftungsrat) gibt es eine freiwillige Arbeitnehmervertretung mit unterschiedlich vielen Personen. Die Gremien sind zwischen sieben und 18 Personen groß und jeweils mit ein bis vier Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft besetzt – von Parität kann hier also keine Rede sein. Jeweils höchstens zwei der Vertreter_innen der Beschäftigten gehören einer MAV an. Die sechs Konzerne, in denen es eine freiwillige Arbeitnehmervertretung gibt, sind protestantische Tendenzbetriebe und gehören damit der Diakonie an.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass im Erhebungszeitraum nur fünf der 59 im Analyseraster aufgenommenen Konzerne mit jeweils mehr als 3.000 Beschäftigten einen regulären, paritätisch mitbestimmten Aufsichtsrat besitzen. Dies sind weniger als zehn Prozent der untersuchten Konzerne. Auch bei Hinzunahme des verkleinerten paritätischen Aufsichtsrats von Fresenius und der Betrachtung allein der privaten Träger lässt sich feststellen, dass weniger als jeder dritte untersuchte Konzern im Gesundheitsbereich über einen paritätisch mitbestimmten Aufsichtsrat verfügt.

32 der 39 untersuchten konfessionellen Träger haben entweder keine Vertreter_innen der Beschäftigten im Kontrollgremium – Aufsichtsrat respektive Stiftungsrat/Verwaltungsrat – (24 Konzerne) oder gar keinen Aufsichtsrat (8 Konzerne).

Bei der Betrachtung der Rechtsformen der privaten Träger lassen sich fünf Aktiengesellschaften (AG) nach deutschem Recht unterscheiden. Des Weiteren gibt es zwei Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbHs) sowie drei Kommanditgesellschaften auf Aktien (KGaA), eine KG mit einer SE als Komplementärin und eine KG mit einer Stiftung des öffentlichen Rechts als Komplementärin. Sieben weitere Unternehmen haben eine ausländische Rechtsform, davon sind drei Europäische Gesellschaften (*Societas Europaea*, SE), zwei französische Aktiengesellschaften (*Société Anonyme*, S.A.) sowie eine britische Kapitalgesellschaft (*public limited company*, plc). Zusätzlich gibt es eine Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht.

Die meisten konfessionellen Unternehmen haben eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung als Rechtsform (25 GmbHs), wobei die Hälfte davon als ausgewiesene gGmbHs (gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung) geführt werden. Darüber hinaus gibt es sieben Vereine und fünf Stiftungen (davon einen Stiftungsverbund Bodelschwingsche Stiftungen Bethel) sowie zwei gemeinnützige Aktiengesellschaften (gAGs).

Der Anteil von Frauen an Aufsichtsräten betrug in unserem Sample durchschnittlich 22,4 Prozent. Diese Zahl bezieht allerdings nur die Firmen

mit ein, von denen wir die Daten zu den Frauenanteilen im AR (oder einem entsprechenden Gremium) ermitteln konnten. Das waren insgesamt 42 (13 der privat-wirtschaftlichen und 29 der konfessionellen) Konzerne. Der Frauenanteil an Aufsichtsräten von privatwirtschaftlichen Konzernen war mit einem Durchschnitt von 31,3 Prozent fast doppelt so hoch wie der in konfessionellen Konzernen (18,4 Prozent). Es gibt Unterschiede in den Geschlechterverhältnissen zwischen Aufsichtsräten mit und ohne Arbeitnehmerbeteiligung: In Aufsichtsräten oder ähnlichen Gremien mit einer Arbeitnehmerbeteiligung beträgt der durchschnittliche Frauenanteil 29,5 Prozent während der Frauenanteil in Aufsichtsräten ohne jegliche Beteiligung von Vertreter_innen der Arbeitnehmerseite bei durchschnittlich 18,4 Prozent lag. Hier kann nicht abschließend geklärt werden, ob eher die Zugehörigkeit des Konzerns zu einer Konfession oder die Präsenz von Vertreter_innen der Beschäftigten im Aufsichtsrat den stärkeren Einfluss auf den Frauenanteil hat.

6 MB-IX FÜR DIE GRÖSSTEN KONZERNE DER GESUNDHEITSBRANCHE

6.1 Beschreibung MB-ix

Der Mitbestimmungsindex, kurz: MB-ix, wurde am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) entwickelt (Scholz/Vitols 2016). Dieser soll die institutionelle Verankerung der Mitbestimmung in Unternehmen messen und weist ihr einen Wert zwischen 0 und 100 zu. In den Index fließen sechs Aspekte ein, die den Grad der Mitbestimmung definieren sollen. Für jede der sechs Komponenten wird ebenfalls eine Punktzahl von 0 bis 100 vergeben. Diese sechs Komponenten sind:

1. Die genaue Zusammensetzung des Aufsichtsrats (wie viele Arbeitnehmer_innen sind im Verhältnis zu Repräsentant_innen der Arbeitgeberseite im Aufsichtsrat vertreten?): dabei sind Betriebsrät_innen und/oder gewerkschaftliche Vertreter_innen stets höher zu bewerten als nicht gebundene Vertreter_innen der Arbeitnehmer_innen. Auch leitende Angestellte bekommen aufgrund ihrer rechtlichen Legitimation die volle Punktzahl.
2. Die Existenz, Position und Art des stellvertretenden Aufsichtsratsvorsitzes (wird dieser von der Arbeitnehmerseite besetzt?): dabei ist ebenfalls eine Mandatierung von Betriebsrat und/oder Gewerkschaft höher zu bewerten als ungebundene Vertreter_innen der Beschäftigten. Wird die Position des oder der stellvertretenden Aufsichtsratsvorsitzenden um einen (nicht vorgeschriebenen) zweiten stellvertretenden Aufsichtsratsvorsitz von der Arbeitgeberseite ergänzt, reduziert sich beispielsweise die Punktzahl für diese Komponente.
3. Die Existenz und Besetzung von Ausschüssen des Aufsichtsrats (sind Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft in den Ausschüssen vertreten?): je mehr Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft (bis hin zur Parität) in Ausschüsse gewählt sind, desto mehr Punkte werden vergeben.
4. Die Internationalisierung und Existenz von Europäischen bzw. SE-Betriebsräten: solange der Konzern nur in Deutschland tätig ist oder einen Europäischen Betriebsrat (EBR) gewählt hat, gibt es für diese Komponente 100 Punkte. In international tätigen Konzernen ohne EBR wird eine Punktzahl in Abhängigkeit vom Anteil der in Deutschland im Verhältnis zu international arbeitenden Beschäftigten vergeben.

5. Die Rechtsform des Unternehmens: sie soll die Einflussmöglichkeiten des Aufsichtsrats beschreiben. So werden z. B. den Aufsichtsräten von Aktiengesellschaften rechtlich mehr Mitsprachemöglichkeiten eingeräumt als Aufsichtsräten von GmbHs. Dem wird bei der Punktvergabe Rechnung getragen.
6. Eigenständiges Personalressort: für ein eigenständiges Personalressort im Vorstand werden 100 Punkte vergeben, wird diese Aufgabe vom Vorstandsvorsitzenden oder Finanzvorstand „mitbetreut“ gibt es für diese Komponente keine Punkte.

Der Index soll damit der Mehrdimensionalität der Mitbestimmung Rechnung tragen und sowohl Instrumente als auch Akteure miteinander verknüpfen (Scholz/Vitols 2016). Zur genauen Beschreibung des Index, der Analyse der einzelnen Komponenten sowie zu seiner Berechnung vgl. Scholz/Vitols 2016.

In bisherigen Untersuchungen wurden die Ergebnisse des MB-ix beispielsweise mit Kennzahlen „Guter Arbeit“ in Zusammenhang gebracht – z. B. Quoten der dualen Berufsausbildung, Anteil älterer Beschäftigter sowie Anteil von Frauen im Unternehmen sowie dem Vorstand (Scholz 2017). Gerade für Dax-Unternehmen und Unternehmen des Prime Standard wurde der MB-ix schon genutzt (Scholz/Vitols 016). Die dort herrschenden Transparenzstandards konnten sicherlich dazu beitragen, die notwendigen Informationen für die Berechnung des MB-ix in Erfahrung zu bringen.

In der vorliegenden Untersuchung soll der MB-ix nun (erstmal) zur Untersuchung einer bestimmten Branche herangezogen werden: des Gesundheitssektors. Aufgrund der (teilweise bewusst genutzten) komplexen Struktur vieler großer Gesundheitskonzerne stellte bereits die Identifikation der adäquat zu untersuchenden Ebene eine erste Herausforderung dar. Aus Gründen der Vergleichbarkeit und Übersichtlichkeit haben wir uns entschieden, stets nur die oberste Ebene eines Konzerns in den Blick zu nehmen. In einigen Fällen (wie beispielsweise bei Median) kann dies jedoch bedeuten, dass Unternehmen, die hier als „mitbestimmungsfrei“ markiert sind, auf einer anderen, unteren Ebene sehr wohl einen (mitbestimmten) Aufsichtsrat installiert haben.

Eine große Herausforderung stellte, wie bereits beim Ausfüllen des Analyserasters, die Beschaffung für den MB-ix notwendiger Informationen dar. Zwar lassen sich für die Konzernebene von privat-rechtlichen AGs und GmbHs viele der notwendigen Informationen über Jahresabschlüsse aus dem Bundesanzeiger besorgen. Für andere Rechtsformen wie beispielsweise Stif-

tungen, ausländische Rechtsformen oder gemeinnützige Organisationen, wie sie häufig im Gesundheitswesen vorkommen, gibt es für Jahresabschlüsse jedoch keine Veröffentlichungspflicht. Auch einzelne Komponenten aus dem MB-ix, z. B. ob Vertreter_innen im Aufsichtsrat eine gewerkschaftliche Bindung haben oder wie bestimmte Ausschüsse besetzt sind (wenn diese beispielsweise in den letzten Jahren nicht getagt haben), ist aus den veröffentlichten Abschlüssen in den meisten Fällen nicht ersichtlich. Aufwendige weitere Recherchen sowie teilweise zusätzlich Interviews mit Aufsichtsratsmitgliedern oder Konzern-Expert_innen waren notwendig, um an einigermaßen zufriedenstellende Informationen zu gelangen.

6.2 Ergebnisse und Diskussion

Tabelle 2 stellt den MB-ix der 14 größten untersuchten Gesundheitskonzerne (mehr als 10.000 Beschäftigte) dar. Dieser wurde mithilfe des Online-Tools „MB-ix Kalkulator“ der Hans-Böckler-Stiftung berechnet. Neben der Gesamtkennzahl lassen sich auch die einzelnen Komponenten des MB-ix (1: Zusammensetzung des Aufsichtsrats; 2: Interne Struktur des Aufsichtsrats; 3: Ausschüsse; 4: EBR/Internationalisierung; 5: Aufsichtsrat Einfluss; 6: Personalvorstand) aus der Tabelle ablesen. Für jede der Komponenten sowie den Gesamtwert des MB-ix ist eine maximale Punktzahl von 100 zu erreichen.

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse für die Gesamtkennzahlen des MB-ix, die für die verschiedenen Konzerne errechnet wurden, vergleichend dargestellt. Ferner werden die einzelnen Komponenten genauer betrachtet und ebenfalls im Konzernvergleich diskutiert.

Besonders auffallend ist, dass von den 14 untersuchten Konzernen nur die Hälfte überhaupt eine Arbeitnehmervertretung im Aufsichtsrat hat (Asklepios Kliniken, Dussmann Stiftung & Co. KGaA, Fresenius SE & Co. KGaA, Korian S.A., Rhön-Klinikum AG, Sana Kliniken AG, von Bodenschwinghsche Stiftung). Da sich für die anderen sieben Konzerne keine Verankerung der institutionellen Mitbestimmung feststellen lässt, bekommen diese einen MB-ix von 0 zugewiesen.

Darüber hinaus ist festzuhalten, dass nur zwei (Median Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG und Johanniter GmbH Berlin) der sieben nicht mitbestimmten Unternehmen tatsächlich kein Kontrollgremium besitzen, in fünf Konzernen gibt es einen Aufsichts-, Verwaltungs- oder Stiftungsrat, der aus verschiedenen rechtlichen Gründen nur mit Vertreter_innen der Arbeitgeber- oder Anteilseignerseite besetzt ist.

Tabelle 2

**Berechnung des Mitbestimmungsindex für die 14 größten Gesundheitskonzerne
(mehr als 10.000 Beschäftigte)**

Konzern	MB-ix 1	MB-ix 2	MB-ix 3	MB-ix 4	MB-ix 5	MB-ix 6	MB-ix
Fresenius SE & Co. KGaA	100	67	33	100	33	100	73
Asklepios Kliniken GmbH & Co KGaA	95	100	67	100	67	0	79
Sana Kliniken AG	95	83	67	100	100	100	89
Rhön-Klinikum AG	100	83	67	100	33	100	83
Ameos Gruppe	0	0	0	0	0	0	0
Median Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG	0	0	0	0	0	0	0
Korian S.A. Paris	9	0	0	30	100	100	28
Dussmann Stiftung & Co. KGaA	95	100	0	100	33	100	72
SRH Holding Stiftung des öffentlichen Rechts SDBR	0	0	0	0	0	0	0
Alexianer GmbH Münster	0	0	0	0	0	0	0
Johanniter GmbH Berlin	0	0	0	0	0	0	0
von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel	33	0	0	100	67	100	43
Agaplesion gAG	0	0	0	0	0	0	0
BBT-Gruppe	0	0	0	0	0	0	0
Durchschnitt	37,64	30,93	16,71	45	30,93	42,86	33,36
Durchschnitt ohne Konzerne ohne AN-Vertretung im Aufsichts-/Stiftungs- oder Verwaltungsrat	75,29	61,86	33,43	90	61,86	85,71	66,71

Quelle: eigene Darstellung

Anmerkungen: AN = Arbeitnehmer_innen

Diese Besonderheit des Gesundheitsbereichs lässt sich mit der Rechtsform vieler Konzerne der Branche erklären. Wie in [Kapitel 2](#) bereits erläutert, existieren neben privatwirtschaftlich arbeitenden Konzernen weiterhin viele Wohlfahrtsorganisationen auf dem Markt, die nicht dem Mitbestimmungsgesetz unterliegen und somit keine Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft in ihren Kontrollgremien einsetzen müssen. Dies ist in sechs der hier dargestellten Konzernen der Fall (SRH Holding Stiftung des öffentlichen Rechts SDBR; Alexianer GmbH Münster; Johanniter GmbH Berlin; Agaplesion gAG; von Bodenschwingsche Stiftungen Bethel, BBT Gruppe). Dabei haben alle diese hier dargestellten Unternehmen außer den Johannitern einen Aufsichtsrat oder, falls sie als Stiftungen organisiert sind, einen Verwaltungsrat. Allein bei dem Konzern von Bodenschwingschen Stiftungen Bethel sind in diesem Kontrollgremium (freiwillig) Vertreter_innen der Mitarbeiterschaft gewählt, die jedoch nicht paritätisch vertreten sind.

Drei der größten Gesundheitskonzerne haben eine ausländische Rechtsform und sind damit ebenfalls nicht verpflichtet, einen mitbestimmten Aufsichtsrat zu wählen (dies sind die Korian S.A., die Median Gruppe sowie die Ameos Unternehmensgruppe). Die Korian S.A. Paris hat jedoch dennoch eine Vertreterin der Arbeitnehmer_innen in ihrem elfköpfigen „board of directors“, die die Interessen der Mitarbeiter_innen repräsentieren soll. Allerdings sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass auch Median auf anderen (unteren) Ebenen Aufsichtsräte installiert hat, auf der obersten Konzernebene, die wir für diese Untersuchung herangezogen haben, gibt es jedoch keinen Aufsichtsrat. Die Frage von Rechtmäßigkeit und Zuständigkeiten der verschiedenen Ebenen ist sowohl in diesem wie auch in anderen Konzernen zwischen Arbeitnehmer- und Anteilseignerseite häufig Gegenstand der Debatte. Eine genaue Diskussion zu eventueller Mitbestimmungsverschiebung in diesem Fall finden Sie in der Median-Fallstudie ([vgl. Kapitel 7.2](#)).

Nur fünf der untersuchten 14 Konzerne besitzen einen paritätisch mitbestimmten Aufsichtsrat (Fresenius SE & Co. KGaA, Asklepios Kliniken GmbH, Sana Kliniken AG, Rhön-Klinikum AG, Dussmann Stiftung & Co. KGaA), zu dem sich der MB-ix regulär berechnen ließ. Mit Werten zwischen 72 und 89 Punkten liegt dieser in einem für diese Branche eher hohen Bereich im Vergleich zu den von Vitols und Kollegen gefundenen MB-ix-Werten einer anderen Untersuchung, in der der durchschnittliche MB-ix-Wert in der Branche Gesundheit/Bildung/Soziales mit 70 angegeben wurde (Vitols/Scholz/Wing 2017). Schaut man sich jedoch den Durchschnitt der untersuchten Konzerne mit Kontrollgremium unter Arbeitnehmerbeteiligung an, liegt dieser mit 66,71 unter den von Vitols und Kollegen gefundenen Werten für

die Gesundheitsbranche. Der Mittelwert aus allen 14 Gesundheitskonzernen mit mehr als 10.000 Beschäftigten aus unserem Sample liegt sogar nur bei 33,36 Punkten, was sich aus der hohen Anzahl der Unternehmen ergibt, die trotz dieser Größe keinen Aufsichtsrat mit Arbeitnehmerbeteiligung haben.

Der Mitbestimmungsindex besteht aus sechs Komponenten, die für sich betrachtet ebenfalls interessante Erkenntnisse über einzelne Aspekte der Mitbestimmung in Gesundheitskonzernen liefern. Diese sollen im Folgenden genauer betrachtet werden.

Die Besetzung des Aufsichtsrats, die in Komponente 1 des MB-ix abgefragt wird, war äußerst schwierig zu ermitteln. Nur in einigen Fällen werden die Mitglieder des Aufsichtsrats nach Anteilseigner- und Arbeitnehmerseite getrennt gelistet, auch ihre Mandatierung z. B. als Vertreter_innen aus dem Betriebsrat oder aus einer Gewerkschaft oder als ungebundene Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft, wird selten berichtet. Nach unseren Berechnungen liegt der MB-ix 1 in den fünf regulären Aufsichtsräten unseres Samples zwischen 95 und 100 Punkten und erhält damit recht hohe Werte. Diese Aufsichtsräte sind alle paritätisch besetzt, die Mandate der Arbeitnehmerseite werden häufig von Betriebsräten oder hauptamtlichen Gewerkschafter_innen ausgeübt. Die zwei freiwillig mit Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft besetzten Gremien kommen auf deutlich geringere Werte. Bei Korian beispielsweise gab es im elfköpfigen Gremium alleine eine Vertreterin der Arbeitnehmerseite. In der Gruppe von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel ließen sich zwar mehr Personen einer Arbeitnehmerperspektive zuschreiben, nur eine hatte jedoch einen klaren MAV-Hintergrund. Insgesamt lässt sich also ein Mittelwert von 75,29 für Konzerne mit mitbestimmtem Kontrollgremium finden, der Durchschnitt bei allen untersuchten Konzernen lag dabei nur bei der Hälfte, bei 37,64 Punkten. In ihrer Studie von 2016 finden Scholz und Vitols bei einer Auflistung der durchschnittlich erreichten Punktzahl der untersuchten Prime-Standard-Konzerne für Komponente 1 einen Wert von 55,17.

Komponente 2 beschreibt die Besetzung des stellvertretenden Vorsitzes, der nach Mitbestimmungsgesetz der Arbeitnehmerseite zukommt. In allen fünf paritätisch mitbestimmten Aufsichtsräten ist dieser Posten von einem hauptamtlichen Gewerkschaftssekretär bzw. einer Gewerkschaftssekretärin besetzt. Diesem Posten wird jedoch in drei der fünf Fälle ein weiterer, nicht zwingend vorgesehener stellvertretender Vorsitzposten der Anteilseigner an die Seite gestellt. Nur bei Asklepios und der Dussmann Stiftung muss der gewerkschaftliche stellvertretende Vorsitzende seine Macht nicht teilen. In den beiden nicht paritätischen Kontrollgremien bei Korian und dem Konzern

von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel wird die Stellvertretung des Aufsichtsratsvorsitzes allein von der Anteilseignerseite übernommen. Somit findet sich für Komponente 2 des MB-ix für die Unternehmen mit Aufsichtsrat ein durchschnittlicher Wert von 61,86, für alle untersuchten Konzerne von 30,93. Der von Scholz und Vitols berichtete Wert von 46,46 liegt damit deutlich über dem für alle Konzerne gefundenen Wert unserer Untersuchung.

Bei der Existenz und Besetzung der Ausschüsse eines Aufsichtsrats (MB-ix 3) lässt sich nur ein geringer Durchschnittswert von 33,43 finden. Dieser liegt damit deutlich unter dem von Scholz/Vitols gefundenen Mittelwert für diese Komponente von 44,17 (Scholz/Vitols 2016). Nur in vier der untersuchten Unternehmen fanden sich Hinweise auf Ausschüsse des Aufsichtsrats. In keinem der untersuchten Konzerne gab es Informationen dazu, dass diese konsequent paritätisch besetzt sind; für Asklepios, Sana und Rhön fand sich jeweils zu einem Ausschuss eine paritätische Besetzung. Fresenius hingegen gab im Bundesanzeiger zu keinem der gebildeten Ausschüsse eine paritätische Besetzung an. Dort, wo es Ausschüsse gibt, die nicht paritätisch besetzt sind, kann es zur Auslagerung wichtiger Themen in Ausschüsse kommen, welche den Einfluss der Arbeitnehmer_innen im Aufsichtsrat weiter schmälert.

Komponente 4 fragt nach der Internationalisierung bzw. der Existenz eines Europäischen Betriebsrats (EBR). In nur zwei der Konzerne mit Kontrollgremium ließen sich in unseren Recherchen internationale Aktivitäten finden – für die anderen wurde der MB-ix-Wert dieser Komponente entsprechend auf 100 gesetzt (dies tritt automatisch ein, wenn keine internationale Tätigkeit des Konzerns besteht). Fresenius SE & Co. KGaA hat einen EBR installiert und erhält entsprechend die volle Punktzahl. Bei Korian S.A. Paris hingegen ließ sich kein Hinweis auf einen EBR finden, obwohl nach unseren Rechercheergebnissen nur 30 Prozent der Mitarbeiter_innen in Deutschland beschäftigt sind. Der Mittelwert der Komponente 4 aller Unternehmen mit mitbestimmtem Aufsichtsrat liegt bei 90 Punkten. Das sind deutlich höhere Zahlen, als Scholz und Vitols mit 52,84 für diese Komponente finden, was an der eher geringen Anzahl von international agierenden Konzernen in der hier dargestellten Sample liegen mag. Auffällig war, wie schwierig es ist, die genaue Beschäftigtenanzahl in Deutschland zu identifizieren. Diese ließ sich teilweise nur mittels einzelner Quellen oder durch Interviews herausfinden. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass sich für unser Sample insgesamt nur ein Wert von 45 finden ließ, der damit sogar unter den Werten von Scholz/Vitols liegt.

MB-ix 5 soll die Einflussmöglichkeiten des Aufsichtsrats erfassen und resultiert aus der gesetzlichen Rechtsform sowie den Informationen zu einem

möglichen Mutterkonzern. Der Mittelwert liegt hier bei 61,86 Punkten für Unternehmen mit mitbestimmten Kontrollgremien (insgesamt bei 30,93) und damit in einem ähnlichen Bereich, wie Scholz und Vitols ihn mit 60,83 in ihren Untersuchungen gefunden haben (Scholz/Vitols 2016). Bei der Betrachtung der Ergebnisse fällt die komplexe und häufig undurchsichtige Struktur der Konzerne im Gesundheitsbereich erneut ins Auge. Konzerne mit der Rechtsform KGaA, die z. B. „Stiftung“ im Namen führen, haben damit (rechtmäßig) einen Aufsichtsrat, wie beispielsweise die Dussmann Stiftung & Co. KGaA. Andere Konzerne, z. B. die Alexianer GmbH Münster, tragen das GmbH im Namen, sind jedoch aufgrund von Allgemeinnützigkeit nicht verpflichtet, einen mitbestimmten Aufsichtsrat zu wählen. Da im vorliegenden Sample auch konfessionelle Unternehmen und Stiftungsverbände enthalten waren, fiel es in diesen Fällen gar nicht leicht, eine passende Rechtsform zuzuweisen, da dies für die Berechnung des MB-ix bisher nicht vorgesehen ist und entsprechend nicht als Auswahlmöglichkeit im Berechnungstool zur Verfügung steht. Das war bei den von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel der Fall. In Anlehnung an die in ihrem Organigramm dargestellte Unternehmensstruktur sowie die aus der Tätigkeitsbeschreibung des Vorstands abzuleitende Einflussmöglichkeit der verschiedenen Gremien haben wir uns dazu entschieden, diese als GmbH zu markieren.

Einen eigenständigen Personalvorstand, Komponente 6, konnten fast alle Unternehmen, für die ein MB-ix berechnet wurde, vorweisen, entsprechend fand sich für diese Komponente ein durchschnittlicher Wert von 85,71 Punkten für Konzerne mit mitbestimmtem Aufsichtsrat, für das Gesamtsample der 14 untersuchten Unternehmen ergab sich der Wert von 42,86. Die in Scholz/Vitols 2016 berichteten Werte liegen mit 23,13 deutlich unter den hier gefundenen Ergebnissen. Nur im Falle von Asklepios wird diese Aufgabe laut Website von einem der zwei CEOs übernommen, somit bekommt der Konzern keine Punkte zugewiesen.

In den vorliegenden Untersuchungen zum MB-ix eindeutig von Mitbestimmungsreduzierung oder gar -vermeidung zu sprechen ist schwierig, da dafür meist das genaue Vorgehen oder die Begründungen aus den einzelnen Konzernen genauer analysiert werden müssten. Abschließend lässt sich feststellen, dass zwar für die Fälle, in denen ein MB-ix berechnet werden kann, befriedigende Werte erreicht werden können, allerdings die Häufigkeit, mit der Gesundheitskonzerne mit mehr als 10.000 Beschäftigten keinen mitbestimmten Aufsichtsrat besitzen, gleich aus welchen Gründen, frapierend ist.

7 FALLBEISPIELE

Die Fallbeispiele beschreiben die Hintergründe, Entwicklung und den Stand der Dinge der Unternehmensmitbestimmung in einigen ausgewählten Gesundheitskonzernen. Sie beruhen auf Konzernabschlüssen und Veröffentlichungen im Bundesanzeiger, Selbstangaben auf den Internetseiten der jeweiligen Unternehmen und Konzerne und Experteninterviews. Die Interviews beziehen sich auf Entwicklungen die vor oder im Jahr 2017 stattgefunden haben, die Daten aus dem Bundesanzeiger jeweils auf die angegebenen Zeitpunkte. Die Strukturen der Konzerne im Gesundheitssektor ändern sich tendenziell schnell und können zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Studie schon deutlich anders aussehen, als hier als Stand der Dinge dargestellt. Für die Fallbeispiele haben wir eine ausführliche Quellenangabe eingefügt.

7.1 Fresenius SE & Co. KGaA

Die Fresenius SE & Co. KGaA ist einer der größten Gesundheitskonzerne in Europa. Sie ist ein Beispiel für einen großen international aufgestellten Konzern, der international erfolgreich ist und sich in den 2000er-Jahren in den deutschen Krankenhausmarkt eingekauft hat. Fresenius ist außerdem ein für diese Studie interessantes Beispiel, weil der Konzern gleichzeitig expandiert und die Unternehmensmitbestimmung reduziert hat. Zudem ist Fresenius ein Dax-Unternehmen und unterliegt dadurch den entsprechenden Regelungen. So stellt die deutsche Börse spezifische Anforderungen an die finanzielle und nicht finanzielle Berichterstattung der im Dax gelisteten Unternehmen. Außerdem unterliegen Dax-Unternehmen dem Gesetz für die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern an Führungspositionen (FüPoG).

Zwar ist die Mitbestimmung im Fresenius-Konzern gesetzeskonform, es werden den Vertreter_innen der Beschäftigten aber nicht alle Rechte gewährt, die nach deutschem Aktienrecht möglich wären. Zum Beispiel wurde die Größe des Aufsichtsrats durch eine Umwandlung in eine SE eingefroren (2007), die Rechte des Aufsichtsrats wurden durch die Umwandlung in eine KGaA eingeschränkt (2011), der mitbestimmte Aufsichtsrat im Tochterunternehmen Helios Kliniken GmbH wurde durch ein Statusfeststellungsverfahren abgeschafft (2014) und der Gemeinsame Ausschuss etabliert, der wichtige Entscheidungen trifft, ohne die Arbeitnehmer_innen zu beteiligen.

7.1.1 Der Konzern

Der Konzern Fresenius SE & Co. KGaA geht auf ein traditionsreiches Familienunternehmen zurück, das bis 1946 von Eduard Fresenius geführt und später von seiner Ziehtochter und Mitarbeiterin Else Kröner übernommen wurde. Nach großen Erfolgen mit Dialysegeräten und Injektionslösungen wurde das Unternehmen 1982 in eine Aktiengesellschaft umgewandelt. Seit 1986 werden die Vorzugsaktien an der Börse gehandelt (vgl. Historie auf der Fresenius-Website). Im Jahr 1999 wurde die Tochterfirma Fresenius Medical Care Teil des Dax, seit 2009 ist auch der Mutterkonzern selbst im Dax vertreten. Der Konzern hat vier Tochterkonzerne: Fresenius Medical Care (Dialysebehandlungen), Fresenius Helios (Kliniken), Fresenius Kabi (Medizinprodukte) und Fresenius Vamed (Errichtung und Betreiben von Gesundheitsinfrastruktur und Rehakliniken). Sie alle werden von der Fresenius SE & Co. KGaA gesteuert (Konzernabschluss über das Berichtsjahr 2015). Außerdem gibt es die Fresenius Management SE, sie ist Komplementärin der KGaA, führt wichtige Steuerungsaufgaben aus und gehört wiederum der Else-Kröner-Stiftung, die so ihren großen Einfluss auf das Unternehmen – trotz rasanten Wachstums und Ausweitung der Aktien – behalten hat (Satzung der Fresenius SE & Co. KGaA, Stand vom 13.03.2015).

Als einer der größten in Deutschland ansässigen Konzerne des Gesundheitssektors kauft Fresenius seit Anfang der 2000er-Jahre immer wieder große private Klinikbetreiber, wie z.B. die Wittgensteiner Kliniken AG (2001), die Helios Kliniken (2005), die Humaine-Kliniken (2009), die Damp Holding AG (2011) sowie 41 Kliniken und 13 medizinische Versorgungszentren der Rhön-Kliniken AG (2014). 2017 gelang Fresenius mit der Übernahme von Quirónsalud in Spanien (und Südamerika) der Sprung ins internationale Krankenhausgeschäft. 2018 übertrug Fresenius Helios nahezu seine gesamte Reha-Sparte an die Vamed AG im Rahmen eines sog. Share-Deals, wodurch die Vamed in Deutschland zu einem der größten Anbieter von Rehabilitationsleistungen wurde. Auch in den anderen Teilkonzernen werden große Akquisen getätigt, die eine starke Stellung am jeweiligen Markt sichern. So hat Fresenius Kabi durch die Käufe von Dabur Pharma und APP Pharmaceuticals in Indien und den USA seine weltweite Stellung stärken können. Fresenius Medical Care ist schon seit Anfang der 2000er führend in der Unterhaltung von Dialysezentren und baute diese Vormachtstellung mit der Übernahme des US-Konzerns Renal Care Group 2006 noch weiter aus.

7.1.2 Die Umwandlungen zwischen 2007 und 2011

Fresenius hat zwei wichtige Umwandlungen der Rechtsform vorgenommen, die neben der Entstehung der heutigen komplexen Konzernstruktur unter anderem zu einer spezifischen Lage der Unternehmensmitbestimmung geführt haben. 2007 wurde die Fresenius AG in eine SE umgewandelt. Damit galt ab 2007 für den Konzern nunmehr europäisches Unternehmensrecht und Mitbestimmungsrecht. Dazu gehörte auch, in einem eigens dafür gebildeten Besonderen Verhandlungsgremium (BVG nach § 5 SEBG) die Beteiligung der Beschäftigten an der Unternehmensmitbestimmung auszuhandeln (vgl. auch [Kapitel 2](#) über die Rechtsform SE, die rechtlichen Grundlagen zu Gründungen einer SE und den damit verbundenen Auswirkungen für die Unternehmensmitbestimmung).

Das BVG hatte ausgehandelt, dass der SE-Betriebsrat die Arbeitnehmervertretung des Aufsichtsrats wählt (Gesellschaftsbekanntmachung der Fresenius AG vom 13.10.2006). Durch diese Regelung sind Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft aus anderen europäischen Ländern, in denen Fresenius aktiv ist, im Aufsichtsrat vertreten. Festgelegt wurde in den Aushandlungen, dass von den sechs Aufsichtsratsmitgliedern, die von der Arbeitnehmerseite gestellt werden, zwei aus dem europäischen Ausland und vier aus Deutschland kommen müssen. Mindestens ein deutsches Mandat wird von der Gewerkschaft gestellt. Zwei Sitze werden insgesamt hauptamtlich mit Gewerkschaftsvertreter_innen besetzt. Die aus dem deutschen Recht bekannte Konstruktion, dass die Ebene der leitenden Angestellten im Aufsichtsrat einen Sitz auf Arbeitnehmerseite besetzt, gibt es im Aufsichtsrat der Fresenius SE nicht.

Die Umwandlung in eine SE hatte zur Folge, dass der Aufsichtsrat nicht von zwölf auf 20 Mitglieder angewachsen ist, als die Beschäftigtenzahlen des Konzerns in Deutschland durch den Kauf von Helios auf einen Schlag von weniger als 10.000 auf über 20.000 stiegen. Nach deutschem Mitbestimmungsgesetz wäre ein größerer Aufsichtsrat vorgesehen gewesen.

Im Jahr 2011 wurde der Fresenius-Konzern schließlich von einer SE in eine KGaA nach deutschem Recht umgewandelt und heißt seitdem Fresenius SE & Co. KGaA. Wieder wurde in einem dafür berufenen BVG, diesmal nach dem Gesetz über die Mitbestimmung der Arbeitnehmer bei einer grenzüberschreitenden Verschmelzung (MgVG), verhandelt, wie die Beteiligung der Arbeitnehmer_innen an der Unternehmensmitbestimmung ausgestaltet sein sollte. In diesem Fall wurde sowohl die Größe des Aufsichtsrats (zwölf Sitze) beibehalten als auch die europäische Ausrichtung des Konzerns mit der Reservierung zweier Sitze für Vertreter_innen der Beschäftigten aus anderen eu-

ropäischen Ländern, in denen Fresenius tätig ist. Die Arbeitnehmerbank im Aufsichtsrat wird dabei durch den Europäischen Betriebsrat gewählt.

Diese zweite Umwandlung hat die Unternehmensmitbestimmung nicht weiter verändert. Die Arbeitnehmerseite konnte also keine Vorteile in den Verhandlungen nach dem MgVG erkämpfen, weil in diesem Prozess kein Druck der Arbeitnehmer_innen auf die Anteilseigner_innen aufgebaut werden konnte. Die Seite der Arbeitnehmerschaft hat jedoch die Umwandlung in Teilen begrüßt: Die neue Rechtsform der KGaA hat das Unternehmen vor möglichen sogenannten feindlichen Übernahmen geschützt. Bei der KGaA ist die Komplementärin Else-Kröner-Stiftung auch dann wichtigste Entscheiderin, wenn sie nur knapp mehr als zehn Prozent der Aktien hält. Dies wurde in der Satzung der KGaA von den Gründungsmitgliedern festgeschrieben. Aus Sicht der Arbeitnehmer_innen bestand die Angst, bei einer feindlichen Übernahme weitere Einschränkungen der Mitbestimmung und Umstrukturierungen bzw. Zerteilungen, die zu Arbeitsplatzverlusten oder schlechteren Arbeitsbedingungen führen, in Kauf nehmen zu müssen.

7.1.3 Unternehmensmitbestimmung bei Fresenius Helios

Um die Entwicklung der Unternehmensmitbestimmung im Konzern Fresenius besser zu verstehen, soll hier auch der Disput um den Aufsichtsrat von Helios kurz nachgezeichnet werden.

Im Jahr 2005 übernahm Fresenius den Gesundheitskonzern Helios Kliniken GmbH, der nach eigenen Angaben zu diesem Zeitpunkt ungefähr 18.000 Beschäftigte umfasste. Zunächst arbeitete der Aufsichtsrat des Helios-Konzerns auch unter der neuen Führung von Fresenius regulär weiter. Im Jahr 2014 kündigte die Konzernspitze von Fresenius schließlich an, den Aufsichtsrat bei Helios auflösen zu wollen. Dies hat vehementen Widerspruch aufseiten der Arbeitnehmer_innen und Gewerkschaften nach sich gezogen. Es kam zu Gerichtsprozessen über zwei Instanzen, die sich insgesamt über zwei Jahre erstreckten. Das Kammergericht Berlin (Oberlandesgericht) gab dem Konzern recht und bestätigte die Abschaffung des Aufsichtsrats von Helios (vgl. Artikel auf Handelsblatt.de vom 16.09.2015). Damit bestätigte es in zweiter Instanz ein Urteil des Berliner Landgerichts vom April 2015 (vgl. Artikel auf kma-online.de vom 16.09.2015). An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass Konzernführung und Gericht argumentierten, ein Aufsichtsrat auf Ebene der Konzernführung von Helios sei nicht einzurichten, weil hier keine grundlegenden konzernleitenden Entscheidungen getroffen würden.

Damit sei eine Beteiligung der Arbeitnehmer_innen nur auf höherer Ebene im Konzern gesetzlich vorgeschrieben, wo bis heute der schon beschriebene Aufsichtsrat besteht.

7.1.4 Die Unternehmensmitbestimmung im Konzern

Die Unternehmensmitbestimmung im Fresenius-Konzern ist gekennzeichnet durch eine eigene spezifische Konstruktion der Wahl und Zusammensetzung des Aufsichtsrats. Durch zwei aufeinanderfolgende Umwandlungen der Rechtsform des Konzerns kamen sowohl europäisches SE-Recht als auch das Recht der „grenzüberschreitenden Verschmelzung“ zum Tragen (vgl. Kapitel 7.1.2). Beide sehen vor, dass die Regelungen in Bezug auf die Anzahl der Mitglieder, die Wahl und die Sitzverteilung des Aufsichtsrats durch ein eigenes dafür eingerichtetes Gremium zwischen Unternehmensleitung und Arbeitnehmer_innen ausgehandelt werden. Dadurch kam es zu einer Reduzierung der Unternehmensmitbestimmung gemessen am deutschen Recht für AGs und GmbHs. Die konzernspezifische Struktur der Unternehmensmitbestimmung wird im Folgenden genauer beschrieben.

Der Aufsichtsrat

Der Aufsichtsrat der Fresenius SE & Co. KGaA besteht aus zwölf Mitgliedern. Davon sind je sechs Mitglieder vom EBR und von der Hauptversammlung gewählt. Nach geltendem Recht hat der Aufsichtsrat der KGaA weniger Mitbestimmungsrechte als der Aufsichtsrat einer AG. Das wichtigste Recht des Aufsichtsrats der KGaA ist es, den Jahresabschluss abzusegnen oder abzulehnen. Er hat jedoch nicht das Recht, Vorstände zu bestellen, die Vergütung des Vorstands mitzubestimmen und bei Investitionsentscheidungen gefragt zu werden (vgl. auch Kapitel 2.2).

Weil Fresenius ein börsennotiertes Unternehmen ist, müssen mindestens vier Frauen im Aufsichtsrat vertreten sein. Zum Erhebungszeitpunkt Anfang 2017 saßen zwei Frauen von der Arbeitnehmerbank und zwei von der Anteilseignerbank im Aufsichtsrat der KGaA. Im Aufsichtsrat der Fresenius Management SE sind keine Frauen vertreten.

Die Ausschüsse

Bei Fresenius hat der Aufsichtsrat einen Prüfungsausschuss, einen Nominierungsausschuss und einen gemeinsamen Ausschuss gebildet. Der Prüfungsausschuss ist nach deutschem Recht für die KGaA vorgeschrieben und nicht

paritätisch, sondern mit drei Anteilseignern_innen und zwei Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft besetzt. Hier werden Detailfragen wirtschaftlicher Entscheidungen und der Rechnungslegung verhandelt und das Risikomanagement kontrolliert.

Der Nominierungsausschuss ist dafür verantwortlich, geeignete Aufsichtsratsmitglieder für die Anteilseignerseite zu finden und der Hauptversammlung vorzuschlagen, wenn Sitze neu besetzt werden müssen. In diesem Gremium sind nur Anteilseigner vertreten. Der Gemeinsame Ausschuss hat einige Besonderheiten und wird darum im folgenden Abschnitt genauer erläutert.

Der Gemeinsame Ausschuss

Eine Besonderheit ist das Gremium des Gemeinsamen Ausschusses, in dem Anteilseigner der Fresenius SE & Co. KGaA und Anteilseigner der Fresenius Management SE vertreten sind. Größere Veränderungen wie die Aufgabe ganzer Geschäftsfelder werden hier beschlossen. Dieser Ausschuss ist das Ergebnis eines Rechtsstreits zwischen einer Anteilseignerin und dem Unternehmen. Aufgrund der Rechtsform der KGaA müssen die Arbeitnehmer_innen hier nicht beteiligt werden, was auch nicht geschehen ist.

Der Arbeitsdirektor

Es gibt bei Fresenius einen Arbeitsdirektor im Vorstand, der dort für Personal, Recht und Compliance zuständig ist. Dieser wurde unter Zustimmung der Arbeitnehmerbank bestellt. Unsere Interviewpartner_innen berichten, dass die Konzernleitungen bei Fresenius und Helios Wert darauf legen, einen Arbeitsdirektor oder eine Arbeitsdirektorin zu bestellen, der oder die auf der Seite der Arbeitnehmerschaft auf Akzeptanz bauen kann. Bei der Fresenius SE wurde dafür 2007 Dr. Jürgen Götz zum Mitglied des Vorstands bestellt. Bei diesem Prozess hatte die Arbeitnehmerseite zwar keine Möglichkeit, eine Person für das Amt vorzuschlagen, es wurde aber darauf geachtet, dass der Arbeitsdirektor auch nicht von ihnen abgelehnt wird. Der Bereich Recht und Compliance wurde neu geschaffen, als die Umwandlung in eine SE vollzogen wurde. Der Arbeitsdirektor ist gleichzeitig auch Ansprechpartner für den Europäischen Betriebsrat.

7.1.5 Zusammenfassung

Die Fresenius SE & Co. KGaA ist als einer der größten Konzerne im Gesundheitsbereich der EU mit einem relativ kleinen Aufsichtsrat ausgestattet. Die-

ser ist paritätisch aus Anteilseigner- und Arbeitnehmerbank besetzt, wobei die Arbeitnehmervertretung vom Europäischen Betriebsrat gewählt wird und nicht, wie im deutschen Recht vorgesehen, direkt von den Beschäftigten in Deutschland. Vertreter_innen von nicht deutschen Arbeitnehmer_innen sitzen im Aufsichtsrat, und insgesamt ist ein Sitz für Gewerkschafter_innen reserviert (mindestens zwei Sitze werden an hauptamtliche Gewerkschafter_innen vergeben). Durch zwei aufeinanderfolgende Umwandlungen der Rechtsform (zunächst in eine europäische SE und dann in eine KGaA) zwischen 2007 und 2011 kam es insgesamt betrachtet zu einer Reduzierung der Unternehmensmitbestimmung auf Konzernebene. Die vier großen Teilkonzerne haben keine eigene Unternehmensmitbestimmung. Nur dort, wo ein einzelnes Tochterunternehmen den Schwellenwert von 500 bzw. 2.000 Beschäftigten überschreitet und die Mitbestimmung der Arbeitnehmer_innen im Aufsichtsrat damit zwingend vorgeschrieben ist, finden sich im Konzern weitere Aufsichtsgremien mit Vertreter_innen der Beschäftigten. Unsere Interviewpartner_innen berichten, dass die Zusammenarbeit an der Konzernspitze durch Respekt gekennzeichnet ist und Informationen rechtzeitig und in der Regel vollständig bereitgestellt werden. Die Zusammenarbeit zwischen der Konzerngeschäftsführung und dem Europäischen Betriebsrat funktioniert laut unserer Interviewpartner_innen ebenfalls gut.

Allerdings sind die Rechte des Aufsichtsrats auf der obersten Konzernebene durch die Rechtsform der KGaA eingeschränkt, und wichtige Großakquisitionen können die Anteilseigner_innen alleine beschließen. Die Strategie, die sich aufgrund der ausgehandelten Unternehmensmitbestimmungsvereinbarung und der Berichte aus unseren Interviews ablesen lässt, hält die die gesetzlichen Mindestgrenzen der Mitbestimmung ein, aber wird bei der Unternehmensmitbestimmung nicht weitgehend als Instrument der Diskussion zwischen Anteilseigner- und Beschäftigtenseite und der Befriedung von Konflikten genutzt. Es lässt sich sagen, dass die Umwandlungen der Rechtsform des Konzerns – sowohl durch die Auflösung des Aufsichtsrats auf der Teilkonzernebene bei Helios als auch durch die Einschränkung der Rechte des Aufsichtsrats bei der KGaA – eine Mitbestimmungsreduzierung zur Folge hatte, wie sie Bayer und Hoffmann (2017) beschreiben. Auch die Auflösung der Arbeitnehmerbank im Aufsichtsrat des Helios-Konzerns stellt eine Einschränkung der Unternehmensmitbestimmung im Vergleich zur vorherigen Situation dar.

7.2 Median Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG

Die Median Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG ist ein Beispiel für einen Gesundheitskonzern mit Steuerung aus dem Ausland, nämlich des niederländischen Private-Equity-Unternehmens Waterland Private Equity B.V. Ein genauerer Blick auf den Median-Konzern lohnt sich für diese Studie also sowohl wegen der Übernahme durch ein Private-Equity-Unternehmen als auch wegen der Steuerung aus dem Ausland und der dadurch eingeschränkten Unternehmensmitbestimmung. Im Folgenden werden der Konzern insgesamt sowie zwei Teilkonzerne und ihre Eingliederung in den Konzern genauer untersucht: die Median Kliniken GmbH (Median Ost) und die Median West GmbH, denen beiden die Holding Theracareco GmbH übergeordnet ist. In beiden Teilunternehmen finden sich Aufsichtsräte mit Vertreter_innen der Beschäftigten, deren Position und Rechtsausstattung genauer betrachtet werden sollen.

7.2.1 Die Entstehung des Median-Konzerns

Die Median Unternehmensgruppe ist hervorgegangen aus dem über 40 Jahre alten privatwirtschaftlichen Krankenhaus- und Rehabilitations-Unternehmen Median und dem ebenfalls privatwirtschaftlichen Rehabilitationsunternehmen RHM Klinik- und Altenheimbetriebe. Anfang der 1970er-Jahre eröffneten die Median-Gründer Dr. Erich Marx und Axel Steinwarz die ersten Kliniken im Rehabilitationsbereich. Das Unternehmen wuchs durch weitere Klinikgründungen. Lange Zeit führten die beiden das Unternehmen und erschlossen weitere Standorte der Klinikmarke Median. Im Jahr 2009 zogen sich Marx und Steinwarz aus der Geschäftsführung zurück, nachdem sie den Konzern Median Kliniken an die beiden Beteiligungsgesellschaften Advent International und Marcol verkauft hatten.

Nach dieser ersten Übernahme durch Investmentfonds änderte sich die Geschäftsstrategie von Neugründungen hin zu Übernahmen. In den folgenden Jahren wurden mehrere große private Klinikträger in den Median-Konzern integriert (z. B. die Pitzer Kliniken Ende 2010 und die Atos Kliniken 2014).

Im Jahr 2014 schließlich wurde Median weiterverkauft an das Private-Equity-Unternehmen Waterland Private Equity B.V. Seit der zweiten Übernahme wurde die Strategie des Wachstums durch Übernahmen und Fusionen noch deutlich verstärkt und in erhöhtem Tempo umgesetzt. Zwischen 2014 und 2017 kaufte Median verschiedene einzelne Standorte und einige

größere Klinikkonzerne (besonders im Rehabereich). Im Dezember 2014 wurde bekanntgegeben, dass die RHM Klinik- und Altenheimbetriebe B.V. & Co. KG sowie die Remedco B.V. & Co. KG (wie die Konzernspitze damals noch hieß) verschmelzen sollten. 2016 kam es außerdem zu einer Übernahme der AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG (heute Median West GmbH).

Die Theracareco und Waterland Private Equity haben bei in den letzten Jahren akquirierten Unternehmen einige Maßnahmen zur Profitmaximierung und Finanzstabilisierung vorgenommen. Eine Maßnahme, die für die Verbesserung des Cashflows sorgen sollte und die unter der Führung des Private-Equity-Fonds Waterland mit verschiedenen Teilunternehmen durchgeführt wurde, sind Sale-and-Lease-Back-Transaktionen, bei denen wesentliche Teile des Grundstück- und Gebäudebesitzes der Krankenhäuser an die Medical Properties Trust Inc. Group aus den USA (MPT) veräußert wurden (Konzernabschluss 2015, Artikel auf Pharma-Zeitung.de vom 22.10.2014). Damit wurde einerseits das flexible Kapital und damit die mögliche Gewinnausschüttung erhöht, andererseits aber auch deren längerfristige Absicherung durch den Besitz der Immobilien abgestoßen, in denen der Reha- und Pflegebetrieb stattfindet. Statt der reinen Instandhaltungskosten der Immobilien müssen fortlaufend Mieten beglichen werden, die wiederum vorherrschend durch die neuen Besitzer bestimmt werden und relativ hoch sein dürften (vgl. Kapitel 3.4).

7.2.2 Die Strategie nach Gründung der Median Kliniken GmbH

Nach der Verschmelzung der RHM Klinik- und Altenheimbetriebe B.V. & Co. KG sowie der Remedco B.V. & Co. KG zum 1. Januar 2016 (Konzernabschluss Median Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG 2016) und der Gründung der Median Kliniken GmbH hat sich die Grundlage der Arbeitsverhältnisse bei Median grundlegend verändert. Nachdem Entgelttarifverträge durch die Gewerkschaft gekündigt worden waren, um neue Verhandlungen zu beginnen, hat die Konzernleitung im Gegenzug den Manteltarifvertrag aufgekündigt. Seitdem wurde nicht mehr über Verhandlungen zwischen ver.di und der Median Kliniken GmbH berichtet. Stattdessen verhandeln die Geschäftsbereichsleiter von Median direkt mit Betriebsräten einzelner Häuser oder mit dem GBR über sogenannte flexible Lohnmodelle.

Laut einem Pressebericht haben diese zum Ziel, flexiblere, nicht hausweite, sondern berufsgruppenspezifische Entgeltsysteme einzuführen (vgl. z.B.

Artikel in kma vom 29.06.2016 und ver.di Infodienst Nr. 74, S. 12). Der Konzernbetriebsrat und der Gesamtbetriebsrat haben sich öffentlich von diesen Verhandlungen distanziert (vgl. Artikel in kma vom 29.06.2016).

Der Aufsichtsrat Median Ost wurde nach der Gründung der Median Kliniken GmbH schließlich im Jahr 2016 konstituiert und nach dem Mitbestimmungsgesetz 1976 gebildet (vgl. Gesellschaftsbekanntmachung im Bundesanzeiger vom 20.01.2016).

7.2.3 Median und die AHG

Im Jahr 2016 kaufte Median, neben zahlreichen großen Klinik-Standorten und -verbänden, die AHG AG. Diese umfasst nach eigenen Angaben 45 einzelne Häuser mit 4.000 Betten und 2.500 Beschäftigten (vgl. Unternehmenshistorie auf der Website von Median). Die Tätigkeitsbereiche sind u. a. die Behandlung von psychosomatischen Beschwerden und Suchterkrankungen.

Seitdem wurde die AHG AG zunächst in eine GmbH umgewandelt und schließlich in Median West GmbH umbenannt. In der Unternehmensstruktur wurde die Median West GmbH unter die Führung der Holding Theracareco GmbH gestellt, welcher auch die Median Kliniken GmbH (Median Ost) und die weiteren Median-Betriebe unterstellt sind.

Die Umwandlung der ehemaligen AHG AG in eine GmbH hatte zur Folge, dass die Rechte des Aufsichtsrats eingeschränkt wurden. Von Rechts wegen müssen nur noch wenige Themen im Aufsichtsrat verhandelt werden, und es gibt weniger Entscheidungen, in denen die Arbeitnehmerbank mitbestimmen kann (vgl. Kapitel 2.2). Das Niveau der Unternehmensmitbestimmung hat sich also verschlechtert.

Im Aufsichtsrat der AHG gab es aufseiten der Anteilseigner_innen einen vollständigen Wechsel. Die neuen Mitglieder der Anteilseignerbank kommen vor allem von Waterland Private Equity, der Muttergesellschaft von Theracareco und damit auch des Median-Unternehmens.

Der Manteltarifvertrag mit Median West ist bis zum Erhebungszeitpunkt auch nach der Übernahme der AHG durch den Median-Konzern nicht gekündigt worden. Es gab bei der AHG einen Entgelttarifvertrag, der zeitlich ausgelaufen ist, einen Tarifvertrag, der die betriebliche Altersvorsorge regelt, und einen Zuordnungstarifvertrag nach § 3 BetrVG, der bestimmt, dass die Struktur der Betriebsräte und insbesondere des Gesamtbetriebsrats auch bei Inhaberwechseln weiter bestehen bleibt. Diese Verträge, die aus der Historie der Verhandlungen zwischen ver.di und der AHG AG entstanden

sind, bleiben weiter eine wichtige Grundlage für die Ausgestaltung der Arbeitsverhältnisse bei der Median West GmbH. Dennoch konnte bis 2017 kein neuer Entgelttarifvertrag abgeschlossen werden.

7.2.4 Die Unternehmensmitbestimmung im Konzern

Die Unternehmensgruppe Median BV & Co KG besteht aus mehreren regional verankerten Unternehmensbereichen: Median Kliniken GmbH (hauptsächlich Geschäftsbereich Median Ost), Median West GmbH (Kliniken der ehemaligen AHG AG) und kleineren GmbHs, die vor allem einzelne Standorte oder Rehakliniken betreiben und in die Regionen Nord-Ost, Süd-Ost, Süd-West und Mitte aufgeteilt sind. Die Holding, die diesen Unternehmenssträngen übergeordnet ist, heißt Theracareco GmbH. Darüber steht als Hauptanteilseignerin die Firma Waterland Private Equity. Median West ist aus der AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG heraus entstanden, die 2016 von der Median-Gruppe gekauft wurde. In diesem Fallbeispiel werden also zwei Tochterfirmen genauer betrachtet, die jeweils eigene Strukturen der (Unternehmens-)Mitbestimmung aufweisen: Median West und die Median Kliniken GmbH.

Wie [Tabelle 3](#) zeigt, gibt es in den beiden Konzernen Median Kliniken GmbH (Median Ost) und Median West GmbH jeweils einen zwölfköpfigen Aufsichtsrat nach dem Mitbestimmungsgesetz von 1976. Die Mitglieder der Arbeitnehmerbank bei Median West werden (getrennt nach leitenden Angestellten und anderen Mitarbeiter_innen) von den Beschäftigten gewählt. Das

Tabelle 3

Unternehmensmitbestimmung bei Median

	Größe AR	Besetzung	stell. Vorsitz	Arbeits- direktor_in	GBR
Median West GmbH	12	6 Anteilseigner 6 Arbeitnehmer_innen: 2 Gewerkschafter_innen	ver.di Angestellter	ja	ja
Median Kliniken GmbH	12	6 Anteilseigner 6 Arbeitnehmer_innen: 2 Gewerkschafter_innen	Angestellter	nein	ja

Quelle: eigene Darstellung

Amt des stellvertretenden Vorsitzes im Aufsichtsrat wird von einem hauptamtlichen Gewerkschaftssekretär der Gewerkschaft ver.di ausgeübt. Die Ausschüsse, die gebildet werden, sind paritätisch besetzt.

Das Verhältnis von Frauen zu Männern ist in beiden Aufsichtsräten gleich und beträgt 25 Prozent (3 von 12). Dabei stellt die Arbeitnehmerbank jeweils zwei Frauen, während zum Erhebungszeitpunkt auf der Anteilseigerseite in beiden Aufsichtsräten dieselbe Frau sitzt: Svenja Streb vom Private-Equity-Fonds Waterland.

Auf der Ebene der betrieblichen Mitbestimmung gibt es einen Gesamtbetriebsrat bei Median West. Außerdem gibt es bei Median einen Konzernbetriebsrat, in den Vertreter_innen der jeweiligen GBRs und BRs entsandt werden. Bei Median West übernimmt der CFO den Posten des Arbeitsdirektors.

Das Amt des stellvertretenden Vorsitzes zum Zeitpunkt der Erhebung ist bei Median Ost durch einen Angestellten besetzt. Im Gegensatz zu Median West lässt sich bei Median Ost kein_e Arbeitsdirektor_in finden, und es gibt mehrere Gesamtbetriebsräte bei Median Ost.

Es findet sich also nur ein Teil der relevanten Institutionen der Unternehmensmitbestimmung, die wir in unserer Studie untersuchen, und kein Aufsichtsrat auf der obersten geschäftsführenden Ebene: Weder bei Median BV & Co. KG noch bei Waterland Private Equity gibt es einen mitbestimmten Aufsichtsrat. Dennoch werden auf dieser Ebene Entscheidungen, wie z. B. über größere Verkäufe oder Standortschließungen, getroffen. So schreiben Bayer und Hoffmann (2017):

„Durch die Wahl einer ausländischen Rechtsform ergeben sich indes keine Anknüpfungspunkte für die Anwendung des MitbestG 1976 an der Konzernspitze. Die Konstellation ‚Auslandskapitalges. & Co. KG‘ ist ein gängiges Mitbestimmungsvermeidungsmodell im Einzelhandel. Durch Median findet sich ein solches nun auch im Gesundheits- und Pflegesektor.“

7.2.5 Zusammenfassung

Bei der Median Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG, die als Beispiel für ein Unternehmen unter Führung eines Private-Equity-Unternehmens aus dem Ausland herangezogen wurde, gibt es entsprechend der Rechtslage keinen mitbestimmten Aufsichtsrat an der Konzernspitze. Damit findet sich hier eine Verlagerung der Unternehmensmitbestimmung auf untere Konzernebenen.

Im Teilunternehmen Median Kliniken Ost existiert zwar ein paritätisch besetzter Aufsichtsrat, dennoch wurden nach der Verschmelzung von Medi-

an mit den RHM Kliniken die noch geltenden Manteltarifverträge gekündigt und nicht mehr auf Unternehmensebene mit ver.di verhandelt.

Dagegen gilt bei der Median West GmbH, die aus der Übernahme der AHG AG entstanden ist, der bestehende Tarifvertrag bis zum Erhebungszeitpunkt fort und der Aufsichtsrat und der GBR bestehen weiter.

7.3 Victor's Bau + Wert AG und Pro Senioren

Der Konzern Victor's Bau + Wert AG hält mit der Pro Senioren Consulting + Conception für Senioreneinrichtungen AG und der Victor's Betreuungsdienste Brandenburg GmbH zwei der größten Altenpflegeanbieter Deutschlands. Im Verbund sind sie Marktführer in diesem Bereich. 2016 zählte der Konzern insgesamt 8.748 Beschäftigte (Konzernabschluss für das Jahr 2016). Dennoch findet sich bei der Victor's Bau + Wert AG nur ein dreiköpfiger Aufsichtsrat, der keine Arbeitnehmerbeteiligung aufweist. Der Konzern umfasst sowohl privat-gewerblich als auch gemeinnützig ausgerichtete Tochterunternehmen. Die Aktien der AG werden von einem Verein mit dem Namen Pro Senioren e. V. gehalten (vgl. [Abbildung 1](#)).

In diesem Beispiel finden sich verschiedene rechtliche Grundlagen für Mitbestimmung innerhalb eines Konzerns. Auch kann an diesem Beispiel gezeigt werden, wie wichtig die betriebliche Mitbestimmung und ihre Ressourcenausstattung für die Etablierung von Unternehmensmitbestimmung ist.

Eine Beteiligung der Arbeitnehmerschaft im Aufsichtsrat findet sich zum Erhebungszeitpunkt ausschließlich bei der Konzerntochter Victor's Health Care Services AG, die die nicht gemeinnützigen Träger der Altenpflege von Pro Senioren umfasst. Bei der gemeinnützigen Victor's Betreuungsdienste Brandenburg GmbH findet sich hingegen kein Aufsichtsrat.

7.3.1 Unternehmensmitbestimmung und Konzernstruktur bei Victor's Bau + Wert AG

Die meisten Altenpflegeeinrichtungen des Konzerns sind einem der Tochterkonzerne unterstellt. Hier ist besonders aufzuführen, dass 12 GmbHs (Stand 2016) zum Unternehmen Pro Senioren Consulting + Conception für Senioreneinrichtungen AG gehören. Unter diesen GmbHs finden sich Seniorenresidenzen und Pflegedienstleister. Zu Pro Senioren Consulting + Conception für Senioreneinrichtungen AG gehört auch die Victor's Health Care Ser-

vices AG. Der Aufsichtsrat der Victor's Health Care Services AG hat drei Mitglieder, von denen eins von der Seite der Arbeitnehmerschaft kommt. Er ist also drittelbeteiligt (Stand 2015).

Neben der Victor's Health Care Services AG gibt es die Victor's Betreuungsdienste Brandenburg GmbH, die 71 gemeinnützige GmbHs, fünf reguläre GmbHs und eine GbR im Jahr 2015 unter ihrer Führung zusammenfasste (vgl. Konzernabschluss Victor's Bau + Wert AG 2015). Hier gibt es der Gemeinnützigkeit entsprechend keine Arbeitnehmerbeteiligung auf geschäftsführender Ebene des Konzerns.

Der Konzern hat sowohl durch Neugründungen als auch Übernahmen anderer Unternehmen in den letzten Jahren expandiert. Vor allem in der ambulanten und häuslichen Pflege gab es Neugründungen: z. B. die Pro Seniore Homecare im Jahr 2012 und verschiedene Medicus Ambulante Dienste im Jahr 2013 (vgl. Geschichte der Unternehmensgruppe auf Website).

Als Gremien der überbetrieblichen Mitbestimmung gibt es zwei Konzernbetriebsräte: einen Konzernbetriebsrat bei der gemeinnützigen Victor's Betreuungsdienste Brandenburg GmbH und einen bei der Pro Seniore Consulting + Conception für Senioreneinrichtungen AG. Diese sind also nicht auf der obersten Ebene der Konzernstruktur, sondern auf der darunterliegenden zweiten Ebene verortet.

Die parallele Existenz von zwei KBRs ist nicht nur der Konzernstruktur von Victor's Bau + Wert AG geschuldet, sondern einer Spaltung eines zuvor gemeinsamen Konzernbetriebsrats aufgrund von internen Differenzen. Die Zusammenarbeit zwischen dem Vorstand der AG und den Konzernbetriebsräten ist nach Einschätzung unserer Interviewpartner_innen kooperativ. Informationen werden zur Verfügung gestellt, und es gibt einen regelmäßigen Austausch.

Es bleibt die Frage, ob auf Konzernebene der Victor's Bau + Wert AG kein größerer, paritätisch mitbestimmter Aufsichtsrat zu gründen wäre. Aufgrund der Einbeziehung in den Konzernabschluss ist nicht auf den ersten Blick erkennbar, wie viele Arbeitnehmer_innen die Tochterkonzerne jeweils beschäftigen. Anhand von Daten aus der Datenbank Ameos (bezieht veröffentlichte Daten aus Jahresabschlüssen und Selbsteinkünfte ein) und dem Handelsregister lässt sich jedoch ablesen, dass die Victor's Betreuungsdienste Brandenburg GmbH mit ca. 4.900 Beschäftigten deutlich mehr Arbeitnehmer_innen unter ihrem Dach vereint als die Tochterunternehmen ohne Tendenzschutz. Damit ist es höchst wahrscheinlich, dass die Zahl der zu-rechenbaren Beschäftigten im nicht tendenzgeschützten Bereich nicht den Schwellenwert von 2.000 dauerhaft Beschäftigten übersteigt. Damit fiel die

Victor's Bau + Wert AG nicht in den Geltungsbereich des Mitbestimmungsgesetzes von 1976.

Ein anderer Punkt fällt bei der Betrachtung der öffentlich bekannten Beherrschungsverträge im Vergleich mit den Beschäftigtenzahlen ins Auge: Ein mitbestimmter Aufsichtsrat wäre nach diesen Daten sehr wahrscheinlich bei der Pro Seniore Consulting + Conception für Senioreneinrichtungen AG (und nicht auf der darunter verorteten Victor's Health Care Services AG) einzurichten. Für die Victor's Health Care Catering GmbH werden 1.350 Beschäftigte angegeben. Hier stellt sich ebenfalls die Frage, ob ein drittelbeteiligter Aufsichtsrat eingerichtet werden müsste.

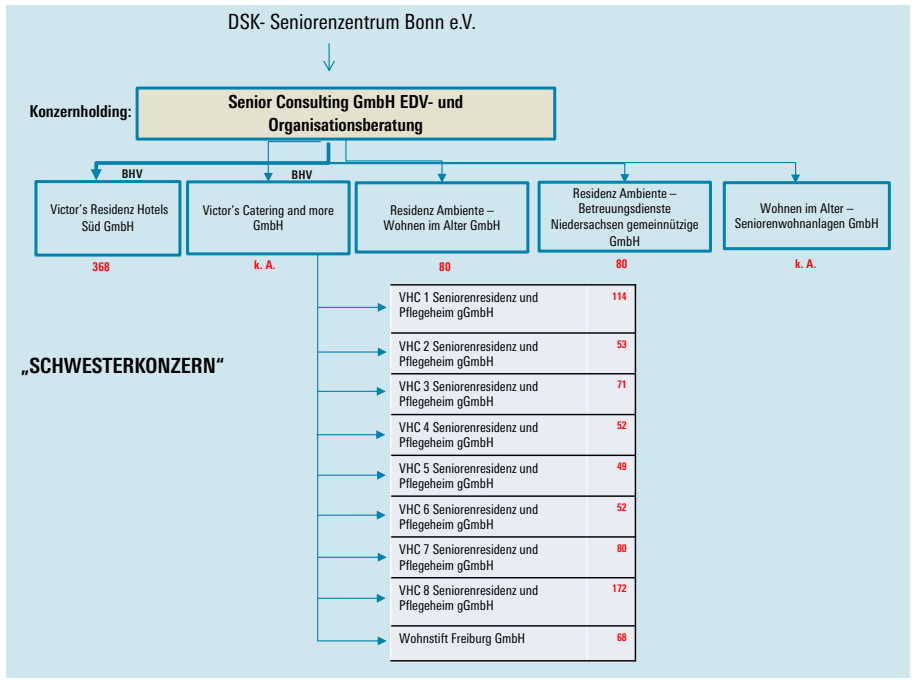
Eine Besonderheit ist bei der Datenerhebung für den Victor's-Konzern aufgefallen: Es gibt einen „Schwesterkonzern“, der formal keine Verbindung zur Victor's Bau + Wert AG hat, aber eine Reihe von personellen Überschneidungen sowie Überschneidungen in der Namensgebung aufweist und vom DSK-Seniorenzentrum Bonn e.V. gehalten wird (vgl. [Abbildung 2](#)). Der Verein hält die Anteile der übergeordneten Holding Senior Consulting GmbH EDV- und Organisationsberatung. Diese wiederum übersteht z.B. einer Firma mit dem Namen Victor's Residenz Hotels Süd GmbH und anderen Unternehmen, die Seniorenwohnheime führen.

Eine personelle Überschneidung gibt es z.B. über Birgit Winter, die unter anderem Mitglied im Vorstand der Victor's Health Care Services AG, aber auch des DSK-Seniorenzentrums Bonn e.V. ist und zugleich Prokuristin der Pro Seniore Consulting + Conception für Senioreneinrichtungen AG und der Victor's Bau + Wert AG (vgl. [Tabelle 4](#)). Inwiefern hier auch finanzielle oder geschäftliche Zusammenhänge bestehen, kann von außen kaum beurteilt werden. Wenn es welche gäbe, wäre zu prüfen, ob eine Zurechnung der Beschäftigten erfolgen sollte und damit das Anrecht auf Unternehmensmitbestimmung bestünde.

7.3.2 Die betriebliche Mitbestimmung beeinflusst die Unternehmensmitbestimmung

In einem Interview wurde berichtet, dass die Unternehmensmitbestimmung kaum in den Gremien der Arbeitnehmervertretung diskutiert wurde. Als wichtigen Grund dafür, dass es kaum Engagement der KBRs und BRs zum Thema Unternehmensmitbestimmung gibt, identifizieren unsere Interviewpartner_innen darin, dass die Basisarbeit der Arbeitnehmervertretung schwierig ist. Wie in der Literatur über Arbeit im Gesundheitswesen schon berichtet

Struktur des Schwesterkonzerns Senior Consulting GmbH EDV- und Organisationsberatung



Quelle: eigene Darstellung

Anmerkungen: rote Zahlen = Beschäftigtenzahl; BHV = Beherrschungsvertrag

(vgl. z. B. Schroeder 2018; Krenn et al. 2010), gibt es auch im untersuchten Unternehmen Probleme, die Belegschaft zu organisieren. Es sei nicht einfach, überall, wo es von Rechts wegen möglich ist, Betriebsräte zu gründen und gleichzeitig die Gesamt- bzw. Konzernbetriebsräte zu stellen. Erschwert wurde die Organisierung der Arbeitnehmerinteressen außerdem durch eine Auseinandersetzung von Konzernbetriebsratsmitgliedern, die zu einer Spaltung in zwei KBRs mündete. So hatte die Organisation und die Etablierung der beiden KBRs zunächst höhere Priorität, als zu prüfen, ob ein Statusverfahren zur Beteiligung von Arbeitnehmer_innen am Aufsichtsrat eingeleitet werden sollte.

Personelle Verflechtungen zwischen Konzern Senior Consulting GmbH EDV- und Organisationsberatung und Konzern Victor's Bau + Wert AG, z. B. über Birgit Winter

Unternehmen	Tätigkeit
Victor's Health Care Services AG	Vorstand (seit 10.03.2006)
DSK-Seniorenzentrum Bonn e.V.	Vorstand (seit 15.09.1997)
Pro Seniore Consulting + Conception für Senioreneinrichtungen AG	Prokuristin
Victor's Bau + Wert AG	Prokuristin
BEW Eichborndamm gemeinnützige GmbH Betreutes Einzelwohnen*	Geschäftsführerin (seit 22.09.2017)
Senior Consulting GmbH EDV- und Organisationsberatung	Geschäftsführerin (seit 19.12.2014)
VHC 7 Seniorenresidenz und Pflegeheim gGmbH	Geschäftsführerin (seit 23.06.2014)
VHC 8 Seniorenresidenz und Pflegeheim gGmbH	Geschäftsführerin (seit 23.06.2014)
VHC 5 Seniorenresidenz und Pflegeheim gGmbH	Geschäftsführerin (seit 23.06.2014)
Victor's Betreuungsdienste Brandenburg GmbH	Geschäftsführerin (seit 13.03.2006)
Victor's Residenz Hotels GMBH	Geschäftsführerin (seit 02.07.2004)
Victor's Catering and more GMBH	Geschäftsführerin (seit 08.03.2004)
Wohnen im Alter – Seniorenwohnanlagen GmbH	Geschäftsführerin (seit 07.08.2003)
Residenz Ambiente -Betreuungsdienste Niedersachsen gemeinnützige GmbH	Geschäftsführerin

Quelle: eigene Darstellung anhand von Ameos Datenbank und Bundesanzeiger

*vgl. Abbildung 1: Gemeinnütziger Bereich des Gesamtkonzerns umfasst 76 GmbHs der Victor's Betreuungsdienste Brandenburg GmbH

Von unseren Interviewpartner_innen wurden außerdem Ressourcen wie Freistellungen und Budgets thematisiert, um die Arbeit, die über die betriebliche Mitbestimmungsarbeit hinausgeht, meistern zu können. Die gegenwärtigen Ressourcen müssten genutzt werden, um Auseinandersetzungen auf betrieblicher Ebene zu lösen und ein Netzwerk zwischen BRs und KBRs zu pflegen. Die Arbeit der Betriebsräte wurde von unseren Interviewpartner_innen als „zermürbend“ eingeschätzt. Viele Betriebsrät_innen seien kurz vor der Rente, gleichzeitig sei es schwierig, jüngere Kolleg_innen zu ermutigen, in die Betriebsratsarbeit einzusteigen. Es ist denkbar, dass sich hier zwei Dynamiken gegenseitig verstärken: Wegen der schwierigen Basisarbeit ist die Verhandlungsposition der Arbeitnehmerseite relativ schwach, wodurch sich die Arbeitsverhältnisse verschlechtern, und wegen der Arbeitsverhältnisse ist die Basisarbeit besonders schwierig.

Aber auch die „schlechte Zusammenarbeit“ mit der Gewerkschaft wurde in einem Interview als Grund dafür genannt, weshalb die Betriebsräte sich für eine Beteiligung im Aufsichtsrat nicht einsetzen. Lange Zeit wäre hier wenig Unterstützung zur Verfügung gestellt worden. Eigentlich gäbe es genug Gründe für eine Zusammenarbeit: In den Interviews wurde von einer durchgängig sehr hohen Arbeitsdichte, Personalmangel und -abbau sowie einem hohen Anteil von Befristungen berichtet. Hier scheinen Gewerkschaft und betriebsinterne Interessenvertretung unterschiedliche Vorstellungen von Unterstützungsmöglichkeiten und Strategien zu haben. Der Wunsch nach mehr Unterstützung durch gewerkschaftliche Akteure wurde klar geäußert.

7.3.3 Zusammenfassung

Die Victor's Bau + Wert AG hat trotz einer Mitarbeiterzahl von über 8.700 keinen mitbestimmten Aufsichtsrat an der Konzernspitze. Es gibt jedoch einen drittelbeteiligten dreiköpfigen Aufsichtsrat einer untergeordneten Ebene des Konzerns. Es gibt im Konzern zwei Konzernbetriebsräte.

Es zeigt sich in diesem Beispiel, dass die Gemeinnützigkeit von Tochterunternehmen zur Folge haben kann, dass auch der Konzern insgesamt einen gemeinnützigen Charakter bekommt. So besteht auch an der obersten Ebene des Konzerns keine Unternehmensmitbestimmung und sehr wahrscheinlich kein Anspruch darauf. Der gemeinnützige Tochterkonzern Victor's Betreuungsdienste Brandenburg GmbH hält die größte Anzahl von Einrichtungen, sodass die Beschäftigten in diesem Bereich nicht auf die Gesamtbeschäftigtenzahl im privatgewerblichen Bereich zugerechnet werden. Diese Zahl ist es je-

doch, die für das Überschreiten der Schwellenwerte für die Mitbestimmungsgesetze ausschlaggebend ist.

Aus den Expert_inneninterviews wurde zudem ersichtlich, dass die betriebliche Mitbestimmung durchaus Einfluss auf die Unternehmensmitbestimmung haben kann. Wenn die Arbeit der Betriebsräte und die Organisation der Arbeitnehmer_innen auf betrieblicher Ebene viele Ressourcen benötigen, stellt sich umso mehr die Frage, ob die Arbeitnehmerseite Ressourcen für die Etablierung von Unternehmensmitbestimmung aufwenden will. Dies drückt sich auch in dem Wunsch der betriebsinternen Arbeitnehmervertretung aus, mehr Unterstützung durch die Gewerkschaft zu erhalten.

7.4 Agaplesion gAG

Obwohl die Agaplesion gAG einer der größten Gesundheitskonzerne Deutschlands ist und neben gemeinnützigen Tätigkeiten im Krankenhaus- und Pflegebereich auch logistische, gastronomische und IT-Dienstleistungen abdeckt, sind keine Instrumente der Unternehmensmitbestimmung vorhanden. Es gibt zwar einen Aufsichtsrat auf der obersten Ebene des Konzerns, wie es die Rechtsform der Aktiengesellschaft bestimmt, aber es gibt keine Arbeitnehmerbeteiligung am Aufsichtsrat. Dies liegt daran, dass der Konzern evangelisch geführt wird, der Gemeinnützigkeit verpflichtet ist und damit nicht unter die staatlichen Mitbestimmungsgesetze fällt. Eine Beteiligung der Arbeitnehmer_innen ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben.

Es stellt sich dennoch die Frage, ob es eine andere Form der konzernweiten Organisation von Arbeitnehmer_innen gibt oder gegeben hat und welche Versuche unternommen worden sind, um Institutionen der Unternehmensmitbestimmung zu etablieren und warum diese bisher gescheitert sind. So gab es bei Agaplesion seit 2011 einen Aushandlungsprozess zwischen dem Vorstand des Konzerns und vernetzten Mitarbeitervertretungen sowie Betriebsräten, um eine konzernweite Arbeitnehmervertretung zu etablieren. Weil es für die Etablierung eines gemeinsamen Gremiums aus konfessionellen und weltlichen Arbeitnehmervertretungen keine gesetzliche Grundlage in Deutschland gibt, sollte hier ein Aushandlungsprozess mit der Arbeitgeberseite zu einer gemeinsamen Lösung führen. Dieser Prozess endete vorerst Anfang 2015, ohne dass ein solches Gremium eingeführt wurde (eine GMAV im Dienststellenverbund wurde am 12.09.2019 konstituiert). Der Stand der momentanen Mitarbeitervertretung, die Mitbestimmungskultur und der erwähnte Aushandlungsprozess werden im Folgenden genauer beleuchtet.

7.4.1 Verhandlungen zu einer konzernweiten Beschäftigtenvertretung zwischen 2007 und 2015

Zwischen 2007 und 2015 gab es im Agaplesion-Konzern mehrfach Überlegungen der Arbeitnehmervertretungen für eine GMAV. Gespräche darüber mit dem Vorstand wurden wegen der unterschiedlichen Rechtsgrundlagen für die einzelnen Interessenvertretungen und wegen der Vielzahl der beteiligten diakonischen Werke immer wieder vorzeitig beendet. 2013 sind Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft und der Vorstand in Verhandlungen eingetreten, die ein konzernweites gemeinsames Gremium der Beschäftigtenvertretungen zum Ziel hatten. Anlass für die Aufnahme von Verhandlungen war der Wunsch des Konzernvorstands, eine KMAV bzw. eine GMAV im Dienststellenverbund einzurichten, mit der die Umsetzung von Entwicklungsvorhaben und konzernweiten Veränderungen einmalig geklärt werden können. Dadurch sollte vermieden werden, zeit- und arbeitsintensive Verhandlungen mit einzelnen Einrichtungen führen zu müssen.

Die Mitarbeiter_innen sahen in diesem Anliegen eine Chance, eine konzernweit abgestimmte Mitbestimmung der verschiedenen Arbeitnehmergremien zu etablieren. Dafür wurde versucht, eine umfangreiche Vernetzung der einzelnen Arbeitnehmervertretungen aufzubauen. Eine Hürde bestand darin, einen Weg der Zusammenarbeit für die vorhandenen Mitarbeitervertretungen, Betriebsräte und Personalräte zu finden. Die verschiedenen Gremien unterliegen jeweils unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen. Während für Betriebsräte und Personalräte jeweils eigene staatliche Gesetze gelten, wird die Grundlage für die Mitarbeitervertretungen im evangelischen Bereich durch die Landeskirchen bestimmt. Durch die Ausgründung von Serviceunternehmen ohne Gemeinnützigkeit sowie durch die Integration von Arbeitsbereichen aus öffentlicher Hand gab es zeitweise ein Nebeneinander dieser drei Formen der Arbeitnehmervertretungen im Konzern. Mittlerweile sind die Personalräte in MAVen oder Betriebsräte umgewandelt worden.

Im Laufe des Abstimmungsprozesses der Arbeitnehmervertretungen gab es eine Reihe von gemeinsamen Treffen der Gremien in Frankfurt, die durch den Konzern ermöglicht wurden und den Aufbau eines breiten Netzwerks der Arbeitnehmervertretungen zur Folge hatten. Um eine gemeinsame Verhandlungsbasis zu erreichen, wurde in diesem Netzwerk der Vorschlag für einen Tarifvertrag zur Mitbestimmung ausgearbeitet. Damit sollte es möglich werden, dass Mitarbeitervertretungen, Betriebsräte und, für die Zeit ihres Fortbestands, auch Personalräte ein gemeinsames konzernweites Gremium

bilden, um mit dem Vorstand die Umsetzung von Umstrukturierungen, Arbeitsplatzveränderungen und Maßnahmen abstimmen zu können.

Um im Falle eines Abschlusses ein solches Gremium schaffen zu können, wurden von den Vertreter_innen der Beschäftigten Regionen gebildet, Wahlbezirke festgelegt und eine zahlenmäßig gerechte Vertretung der Tochterbetriebe ausgerechnet. Die Prozesse der Netzbildung und der Aushandlung der Bedingungen für ein solches Gremium haben fast zwei Jahre gedauert. Immer wieder tauschten sich Vorstand und Arbeitnehmerseite aus. Am Ende der Verhandlungen im Jahr 2015 stand ein Vorschlag, der Freistellungen und Kostenbudgets beinhaltet und den verschiedenen konstituierten Gremien eine gemeinsame rechtliche Grundlage für Verhandlungen mit dem Vorstand des Konzerns geboten hätte. Dieser Vorschlag wurde vom Vorstand nicht angenommen, weitere Verhandlungen zu diesem Thema hat er abgelehnt. Die MAVen wurden stattdessen vom Vorstand aufgefordert, GMAVen im Dienststellenverbund zu bilden. Zu diesem Zeitpunkt war jedoch das Ziel, ein gemeinsames Gremium mit den Betriebsräten zu etablieren, aus Sicht der Arbeitnehmerseite noch nicht vom Tisch.

Eine weitere Schwierigkeit besteht auf dem Weg zu einer GMAV im Dienststellenverbund: Nur einem Teil der Mitarbeitervertretungen steht das Recht zu, eine GMAV im Dienststellenverbund zu bilden, da die Mitarbeitervertretungen unterschiedlichen Gesetzen unterliegen, denn der Konzern unterhält Einrichtungen in Gebieten verschiedener Landeskirchen, die unterschiedliche Arbeitsvertragsrichtlinien festgelegt haben. So gibt es im Mitarbeitervertretungsgesetz der Evangelischen Kirchen Deutschlands (MVG-EKD) ein Recht darauf, GMAVen im Dienststellenverbund zu bilden, wenn die Mehrheit der MAVen dem zustimmt (EKD 2013 § 6a). Dieses Kirchengesetz gilt nicht für alle Landeskirchen. Für Niedersachsen z. B. wo Agaplesion ebenfalls eine Reihe von Einrichtungen unterhält, gilt das Kirchengesetz der Konföderation evangelischer Kirchen in Niedersachsen über Mitarbeitervertretungen. Dieses macht es für die Geschäftsführungen möglich, GMAVen im Dienststellenverbund zu unterbinden (DDN 2005).

Die Regelungen der Rechte und Pflichten für diese Gremien wären damit zunächst nur für einen Teil der zu bildenden GMAV geklärt gewesen. Deswegen wurde diesem Anliegen zunächst nicht stattgegeben und auch hier kein weiterer Prozess der Aushandlung eingeleitet. Erst Ende 2017 kam es – strategisch begleitet und vorangetrieben von ver.di – zu einem Umschwenken der BRs und der MAVen hin zu einer Bereitschaft, sich in Gesamtbetriebsräten und GMAVen im Dienststellenverbund zu organisieren.

7.4.2 Unternehmensmitbestimmung und Mitbestimmungskultur bei der Agaplesion gAG

Die Agaplesion gAG hatte 2015 durchschnittlich 13.320 Beschäftigte (vgl. Konzernabschluss für 2015 im Bundesanzeiger). Entsprechend der Rechtsform der AG gibt es einen Aufsichtsrat, der aus 18 Mitgliedern besteht, einen Vorstand und eine Gesellschafterversammlung, die konzernweite Entscheidungen treffen. Wie in den meisten kirchlichen Unternehmen finden sich auch bei Agaplesion keine institutionalisierten Mechanismen von Unternehmensmitbestimmung. Damit gibt es also keine Beteiligung der Mitarbeitervertretungen, Betriebsräte oder von Gewerkschaften am Aufsichtsrat, keine_n Arbeitsdirektor_in und keine anders geartete Mitbestimmung auf der obersten geschäftsführenden Ebene. Auch ein Informationsrecht für die Mitarbeiterseite fehlt für Entscheidungen auf dieser Ebene.

Es gibt jedoch auf Betriebsebene in der Regel Mitarbeitervertretungen und dort, wo es keine konfessionelle Bindung in Teilbetrieben gibt, Betriebsräte. Es gab zum Zeitpunkt der Erhebung keine Gesamtmitarbeitervertretungen, keinen Konzernbetriebsrat und keine Konzernmitarbeitervertretung, jedoch einen Gesamtbetriebsrat. Bis 2012 hatte es regelmäßige Einladungen an die verschiedenen Mitarbeitervertretungen gegeben, um gemeinsam mit dem Vorstand zu tagen. Diese Einladungen waren nach den schon erwähnten Verhandlungen zu einem konzernweiten Arbeitnehmervertretungs-Gremium bis zum Erhebungszeitpunkt nicht mehr erfolgt. Außerdem gab es den Vorschlag des Aufsichtsrats, zwei Gastsitze an Vertreter_innen der Beschäftigten zu vergeben. Da diese mit keinerlei Stimmrechten oder Ressourcen ausgestattet gewesen wären, wurde dieses Angebot von der Arbeitnehmerseite abgelehnt.

Ebenfalls auf der betrieblichen Ebene gibt es für einige Betriebe Ausschüsse für Wirtschaftsfragen, an denen Mitglieder der jeweiligen MAV teilnehmen können. Die Einschätzung unserer Interviewpartner_innen ist jedoch, dass die Entscheidungen hier kaum beeinflusst werden können und in Bezug auf die Konzernmutter in diesem Gremium, trotz einer Rückkopplung mit der Konzernzentrale in Frankfurt, weder Entscheidungen beeinflusst werden können noch weiterführende Informationen übergeben werden. Zudem sei dieses Gremium ein reines Informationsgremium.

Wie unsere Interviewpartner_innen berichten, ist die Zusammenarbeit auf der betrieblichen Ebene zwischen MAV, BR und Geschäftsführung sehr unterschiedlich, in den Krankenhäusern jedoch oft von einer kooperativen Kultur geprägt. Informationen, die den MAVen zustehen, werden bereitge-

stellt und es gibt Ansprechpartner_innen aus der Geschäftsführung, an die sich MAV und BR wenden können. Dies gelte nicht für die Konzernebene.

Der Vorstand in Frankfurt vertritt den Ansatz, den sogenannten dritten Weg der kirchlichen Unternehmen flächendeckend weiter zu beschreiten. Das bedeutet einerseits, dass MAVen eingerichtet und ernst genommen werden, und andererseits, dass über das kirchliche Mitbestimmungsrecht hinaus kein Recht auf Streik und Unternehmensmitbestimmung vorgesehen ist. Auch war der Konzernvorstand bisher nicht bereit, mit der Gewerkschaft ver.di zu verhandeln. Der Umgang mit der Gewerkschaft wird von unseren Interviewpartner_innen differenziert dargestellt: Es gibt durchaus Geschäftsführungen einzelner Häuser, die mit ver.di verhandeln. So gelten in den Betrieben des Agaplesion-Konzerns in Niedersachsen und Hamburg jeweils Tarifverträge, die mit ver.di abgeschlossen wurden. Das gilt allerdings nicht für den Konzernvorstand.

7.4.3 Expansion und Mitbestimmung

Seit der Gründung des Konzerns im Jahr 2002 hat Agaplesion Mehrheitsbeteiligungen an verschiedenen Krankenhauskonzernen, Pflegeunternehmen und anderen Gesundheitsdienstleistern erworben. Krankenhauskonzerne und Pflegeeinrichtungen waren entweder christlich oder kommunal geführt, die meisten evangelisch. Der Konzern folgt dabei einem bestimmten Muster der Unternehmensintegration: Die Agaplesion gAG kauft 60 Prozent der jeweiligen Betriebsgesellschaft, während 40 Prozent beim „örtlichen Gesellschafter“ verbleiben (vgl. Abschnitt zu Beteiligung auf der Website von Agaplesion). Dieser wird wiederum Aktionär der Agaplesion gAG. Eine der wichtigen größeren Beteiligungen der letzten Jahre war die des Konzerns prodiako gGmbH, der Krankenhäuser betreibt und Altenpflege und Gesundheitsdienstleistungen anbietet.

Diese Expansionsstrategie auf Konzernebene konnte durch die MAVen nicht beeinflusst werden. Es gibt kein Gremium, das entsprechende Informations- oder Mitbestimmungsrechte besitzt. Im Gegensatz zu den Informationen für MAV und BR auf Betriebsebene erfahren Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft erst aus der Presse, dass es neue Beteiligungen des Konzerns gibt. So fasste eine_r unserer Interviewpartner_innen zusammen: „Die Richtung, die sehen wir nicht.“

Neben einer Tendenz zur Expansion gab es in den letzten Jahren eine Strategie der Auslagerung von Dienstleistungen in eigene nicht gemeinnützi-

ge GmbHs. So wurden z. B. in der Presse Lösungen für Personal des Klinikums Schaumburg diskutiert, das nicht in den geltenden Übergangstarif aufgenommen wurde, weil es künftig in Servicegesellschaften angestellt werden sollte (vgl. Artikel in den Schaumburger Nachrichten vom 27.04.2016). Es gibt zumeist eigene betriebliche Regelungen für Arbeitsbedingungen und Entgelte in Servicegesellschaften. Das kann für die Mitarbeiter_innen in den konkret betroffenen Bereichen wie Reinigung, Catering oder Logistik dazu führen, dass sie ein geringeres Entgelt erhalten als diejenigen, die direkt bei den Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen angestellt sind und den jeweiligen Arbeitsvertragsrichtlinien, dem Kirchlichen Tarifvertrag Diakonie (KTD) oder dem Tarifvertrag Diakonie Niedersachsen (TV DN) unterliegen. Der KTD ist ein Tarifvertrag, der zwischen dem Verband kirchlicher und diakonischer Anstellungsträger in Norddeutschland (VKDA) und den Landesbezirken Hamburg und Nord der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft geschlossen wurde. Dieser bildet eine der wenigen Ausnahmen bundesweit, in der ein Tarifvertrag mit ver.di und konfessionellen Arbeitgebern geschlossen wurde. Da Agaplesion Einrichtungen in Hamburg unterhält, fällt eine Dienststelle in den Geltungsbereich dieses Tarifvertrags.

Um eigene kollektive Verhandlungen führen zu können, müssen Beschäftigte sich gewerkschaftlich organisieren. Dies ist allerdings bisher nicht im ausreichenden Umfang gelungen. Betriebsräte, die den Zugang erleichtern und auch anderweitig unterstützen können, fehlen oft. Diese zu etablieren gelingt nicht immer und nicht immer rechtzeitig, um z. B. den Abschluss aus Übergangstarifen zu verhindern.

7.4.4 Zusammenfassung

Die Agaplesion gAG weist als konfessionelles Unternehmen, das der Diakonie angehört, keine Elemente der Unternehmensmitbestimmung auf. Auch die Größe des Konzerns und die Ausgründungen nicht gemeinnütziger Servicegesellschaften haben daran nichts geändert. Der Versuch, einen ersten Schritt in Richtung Mitbestimmung auf Konzernebene zu gehen und ein gemeinsames Verhandlungsgremium der Beschäftigtenvertretungen zu etablieren, ist daran gescheitert, dass sich der Vorstand und die bisherigen Gremien der Mitbestimmung nicht auf eine Lösung einigen konnten. Ein gesetzlich garantiertes Recht auf ein solches Gremium oder eine echte Unternehmensmitbestimmung besteht nicht, was die Mitarbeitervertretungen und Betriebsräte bei Agaplesion auf das Wohlwollen des Vorstands zurückwirft. Auch die

rechtlichen Hürden, die durch die unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen für Mitarbeitervertretungen, Betriebsräte und Personalräte gelten, haben in diesem Fall zum Scheitern der Etablierung eines konzernweiten Gremiums der Mitbestimmung beigetragen.

Dass der erste Impuls für die Verhandlungen vom Vorstand des Konzerns ausging, zeigt dennoch, dass es auch für die Konzernleitung Vorteile mit sich bringt, wenn sich die Beschäftigten überbetrieblich organisieren. Es müssen keine langwierigen Einzelverhandlungen geführt werden. Die Bedingungen, zu denen dies geschehen soll, sind Gegenstand des Konflikts zwischen Vorstand und Mitarbeiter_innen. Aus Perspektive der Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft ist ein solches Gremium dann sinnvoll, wenn dafür genügend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden und tatsächliche Mitbestimmungsmöglichkeiten bestehen. Am Beispiel Agaplesion gAG zeigt sich, dass dieser Forderung nicht ohne Weiteres nachgekommen wird. Der dritte Weg mit einem eigenen Arbeitsrecht für konfessionelle Unternehmen bedeutet an dieser Stelle eine deutlich schlechtere Verhandlungsposition für die Mitarbeiter_innen und eine sehr mächtige Position des Vorstands.

7.5 Evangelische Stiftung Alsterdorf

Die Evangelische Stiftung Alsterdorf (ESA) ist ein großes konfessionelles Unternehmen, das der Diakonie angehört und hauptsächlich im Bereich der Eingliederung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung aktiv ist. Die Stiftung unterliegt dem Arbeitsrecht der Diakonie. Aufgrund dieser rechtlichen Grundlage ist keine Unternehmensmitbestimmung, d. h. konkret keine Beteiligung der Mitarbeiter_innen am Stiftungsrat vorgesehen. Dennoch sind in der Satzung der Stiftung vier Sitze für Mitarbeiter_innen im Stiftungsrat festgeschrieben (vgl. Satzung vom 28.10.2014), die direkt von der Mitarbeiterschaft gewählt werden. Insgesamt hat der Stiftungsrat zwischen zwölf und achtzehn Mitglieder.

Auch wenn hier der genaue Einfluss nicht geregelt ist und die Mehrheitsverhältnisse keine paritätische Mitbestimmung durch die Mitarbeiterschaft im Aufsichtsrat vorsehen, ist es dennoch ungewöhnlich, dass ein konfessionelles Unternehmen Mitarbeiter_innen am Stiftungsrat, also am obersten Kontrollgremium, beteiligt. Welche Erfahrungen in der Praxis mit diesem Modell gemacht wurden, soll im Folgenden beschrieben werden.

7.5.1 Organisation und Unternehmensmitbestimmung

Die ESA ist sowohl regional als auch tätigkeitspezifisch untergliedert. Es gibt gemeinnützige und nicht gemeinnützige GmbHs, die verschiedene Leistungen anbieten und anhand von verschiedenen Hierarchiestufen organisiert sind. Die GmbHs agieren in verschiedenen Branchen (vgl. Jahresbericht der Evangelischen Stiftung Alsterdorf für das Jahr 2015). Es gibt die Arbeit mit Menschen mit Behinderung anhand verschiedener Ansätze (betreutes Wohnen, Werkstätten, Inklusionsbetrieb im Gastronomiebereich, Erziehung und Bildung), und es gibt Angebote aus den Bereichen Gesundheitsförderung (Physiotherapie, Gesundheitskurse, Krankenhausbetrieb etc.), Jugendhilfe, Erziehung und Bildung.

Einige der GmbHs bieten aber auch Dienstleistungen an, die nicht vorrangig gemeinwohlbezogen sind: Die GmbHs, die sich unter der Herrschaft der Alsterdorf Finanz- und Personalkontor GmbH befinden, bieten angrenzende Dienstleistungen für den Gesundheitsbereich an. In der ESA gibt es neben der Unternehmensmitbestimmung auch betriebliche Institutionen der Mitbestimmung. Neben zahlreichen gewählten MAVen existiert auch eine GMAV. Beide entsenden keine Mitglieder in den Stiftungsrat. Es geschieht jedoch, dass einzelne MAV-Mitglieder sich für die Wahl aufstellen lassen. Belange der Dienstnehmerrechte, für die sich die MAVen oder die GMAV einsetzen, werden direkt mit dem Vorstand ausgehandelt. Dadurch, dass es gemeinnützige und nicht gemeinnützige Betriebe im Konzern gibt, existieren sowohl Mitarbeitervertretungen als auch Betriebsräte nebeneinander. Die Zusammenarbeit gestaltet sich aufgrund der unterschiedlichen Rechtsgrundlagen jedoch schwierig.

Wie schon beschrieben, gibt es mit vier Sitzen eine Beteiligung der Mitarbeiter_innen am Stiftungsrat. Diese Beteiligung gab es schon vor den Umstrukturierungen von 2005, auf die im nächsten Abschnitt eingegangen wird. Einer dieser vier Sitze ist für leitende Angestellte reserviert und drei für Mitarbeiter_innen der Geschäftsbereiche. So wählt die Belegschaft aus jedem Geschäftsbereich je ein Mitglied in den Stiftungsrat.

Die Beschäftigten im Stiftungsrat haben dabei nicht die gleichen Mitbestimmungsrechte inne wie die Arbeitnehmervertretungen in einem paritätisch mitbestimmten Aufsichtsrat nach dem MitbestG 1976. Die Besetzung im Stiftungsrat der ESA ist keinesfalls paritätisch. Selbst im für die Mitarbeitervertreter_innen besten Anteilsverhältnis (Mindestanzahl von zwölf Mitgliedern im Aufsichtsrat) wäre höchstens eine Drittelbeteiligung erreicht. Während des Erhebungszeitraums im Jahr 2017 setzt sich der Stiftungsrat aus

18 Mitgliedern zusammen. Durch diese Stimmrechtsverteilung können die Mitarbeitervertreter_innen leicht überstimmt werden. Auch die Ausgliederung vieler Diskussionen in den Hauptausschuss schwächt die Einflussmöglichkeiten der Dienstnehmerseite weiter. Gewerkschaften sind ebenfalls nicht vertreten, wie es in einem mitbestimmten Aufsichtsrat der Fall wäre, und der Austausch mit den Gremien der betrieblichen Mitbestimmung (MAVs und BRs) ist nach Einschätzung eines unserer Interviewpartner_innen nicht vorhanden. Danach hätten Stiftungsrat und die GMAV nichts miteinander zu tun, und es finde auch kein direkter Austausch statt. So sei es auch als bewusste Entscheidung der GMAV-Mitglieder zu werten, dass kein Mitglied der GMAV im Stiftungsrat vertreten sei. Für diese Entscheidung spiele nach Ansicht eines Gesprächspartners eine Kosten-Nutzen-Abwägung („ob sich das lohnt“) eine Rolle. Auch die Einschätzung, dass im Stiftungsrat die Themen der GMAV keinen Raum hätten, sei ein wichtiges strategisches Argument gegen eine Beteiligung der GMAV an der Stiftungsratsarbeit.

Die Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Mitarbeitervertreter_innen, sei es im Stiftungsrat oder in MAVen, wird insgesamt als kooperativ beschrieben. Es gebe regelmäßig Gespräche, und Informationen würden sachgemäß weitergegeben. Allerdings sei die geringe Ausstattung mit Ressourcen und Freistellungen ein wiederkehrendes Thema.

7.5.2 Umstrukturierungen und Ausbau der Mitarbeiterbeteiligung

Die ESA geht zurück auf eine Schule und eine Anstalt für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderung, die im 19. Jahrhundert gegründet wurden. Der Fokus auf die Unterbringung und Behandlung von Menschen mit Behinderung blieb bis in die späten 1990er-Jahre als hauptsächliche Aufgabe der Organisation erhalten. Zu dieser Zeit traten wirtschaftliche Schwierigkeiten auf, es folgten Sanierungen und Umstrukturierungen der Organisation.

Neben weitreichenden Veränderungen aufgrund der wirtschaftlichen Probleme kam es zunächst zu einem Wandel der Herangehensweise an die Arbeit mit bzw. für Menschen mit Behinderung. Während zuvor eher eine Versorgung in Heimen üblich gewesen war, traten Teilhabe und Persönlichkeit der Patientinnen zunehmend in den Vordergrund. Es wurden dezentralisierte Wohneinheiten geschaffen und die Arbeit der pädagogischen Fachkräfte und Pflegenden umgestaltet.

Zwischen 1995 und 1998 fand aufgrund der wirtschaftlichen Schieflage eine Sanierung statt. In dieser Zeit gründete sich ein „Bündnis für Investition und Beschäftigung“, das aus dem Vorstand der Stiftung, der Mitarbeitervertretung und der damaligen Gewerkschaft ÖTV bestand (die Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr – ÖTV – ging 2001 in der Gewerkschaft ver.di auf). In diesem Gremium wurde beschlossen, dass es zur Rettung der Stiftung fünf Jahre lang keine Tariferhöhungen geben sollte und die Mitarbeitenden dafür an Entscheidungen über Investitionen beteiligt werden sollten. Im Jahr 2003 endete die Zusammenarbeit dieses Bündnisses nach erfolgreicher Stabilisierung der finanziellen Lage und Wiedereinführung der Tarifbindung an den Kirchlichen Tarifvertrag Diakonie (KTD) (vgl. ESA-Website; Magazin-Alsterdorf 2013). Hier hat es also die Erfahrung einer erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen Gewerkschaft und dem konfessionellen Unternehmen ESA gegeben.

In den 2000er-Jahren gingen die weitreichenden Veränderungen weiter: 2005 wurden 23 (überwiegend gemeinnützige) GmbHs ausgegründet. Das Ziel war offenbar, einerseits die Geschäftsführung zu dezentralisieren und andererseits unwirtschaftliche Teilbereiche besser identifizieren zu können (vgl. Höver 2013). In den folgenden Jahren kam es erneut zu finanziellen Problemen, die 2008 zu einer neuen Konfiguration der obersten geschäftsführenden Ebene führte. Statt zwei gibt es seitdem vier Vorstandsmitglieder, die nun nicht die geistliche und die unternehmerische Ausrichtung, sondern die Geschäftsbereiche repräsentieren. Zudem wurde der Stiftungsrat als Aufsichtsgremium stärker in weitreichende Entscheidungen einbezogen. Dafür wurde neben einem Prüfungsausschuss auch ein Hauptausschuss gegründet, in dem fünf Vertreter_innen des Stiftungsrats sitzen. Dieser Hauptausschuss trifft sich regelmäßig mit dem Vorstand. In den gemeinsamen Sitzungen werden weitreichende Entscheidungen diskutiert und Beschlüsse für den Stiftungsrat vorbereitet. Dies geschieht vor der Diskussion im gesamten Stiftungsrat (vgl. Höver 2013; Interview ESA1).

Dieses Gremium bietet zum einen eine bessere Transparenz für den Stiftungsrat allgemein, zum anderen können so wichtige Entscheidungen und Diskussionen in einen Ausschuss ausgelagert werden, an dem die Beschäftigten nur mit einem Sitz beteiligt sind. Im Hauptausschuss sind zum Erhebungszeitpunkt die Vertreter_innen der leitenden Angestellten und Mitglieder der Anteilseignerseite vertreten, aber keine Vertreter_innen der Mitarbeiterschaft aus den Geschäftsbereichen, die keine leitende Funktion ausüben.

7.5.3 Zusammenfassung

Obwohl konfessionelle Unternehmen vom Mitbestimmungsgesetz von 1976 ausgenommen sind und sich auch keine Entsprechungen der Unternehmensmitbestimmung im konfessionellen Arbeitsrecht finden, verbrieft die Satzung der Evangelischen Stiftung Alsterdorf den Mitarbeiter_innen vier Sitze im Stiftungsrat. Dies ist gemessen an anderen konfessionellen Unternehmen ein großes Zugeständnis an die Mitarbeiterschaft, bleibt jedoch hinter den Mitbestimmungsrechten eines vergleichbaren privaten Konzerns dieser Größe deutlich zurück.

Lange nachdem eine Beteiligung von Mitarbeiter_innen am Stiftungsrat eingeführt wurde, wurde ein zusätzliches Gremium gegründet – die Hauptversammlung, die Entscheidungen vorbereitet, die vor der Einführung dieses Gremiums im Stiftungsrat gemeinsam diskutiert wurden. Hier scheint eine Art Mitbestimmungsreduzierung stattgefunden zu haben, die in diesem Fall eine Reduzierung von den eigens eingerichteten Mitbestimmungsmöglichkeiten der Mitarbeiter_innen im Stiftungsrat nach sich gezogen hat.

Aus Sicht der Mitarbeiterseite ist die Mitgliedschaft im Stiftungsrat zweischneidig. Während zum einen die Teilhabe an einem Kontroll- und Aufsichtsgremium Einblick in unternehmensweite Pläne und Veränderungen des Vorstands mit sich bringt, führen knappe Ressourcen, die Wahrscheinlichkeit, von der Dienstgeberseite überstimmt zu werden, und die Schwierigkeit, Themen der MAVen zu positionieren, dazu, dass es aufseiten der Vertreter_innen der Mitarbeiterschaft Zweifel gibt, ob sich eine Wahl in den Stiftungsrat lohnt.

8 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

In der vorliegenden Studie sollte die Frage beantwortet werden, wie ausgeprägt die Unternehmensmitbestimmung in den großen Konzernen des Gesundheitswesens und der Altenpflege ist. Unsere Ergebnisse zeigen, dass dort die Unternehmensmitbestimmung zum Erhebungszeitpunkt kaum verbreitet und auf jeden Fall ausbaufähig in der Umsetzung ist.

Im privatwirtschaftlichen Bereich scheint es, dass die Konzerne die Unternehmensmitbestimmung auf dem niedrigsten möglichen Niveau umsetzen. Nur fünf der 59 im Analyseraster aufgenommenen Konzerne mit jeweils mehr als 3.000 Beschäftigten verfügen über einen regulären, paritätisch mitbestimmten Aufsichtsrat, das sind weniger als zehn Prozent der untersuchten Konzerne. Auch wenn der verkleinerte paritätische Aufsichtsrat von Fresenius (Fresenius SE & Co. KGaA) und die Betrachtung allein der privaten Träger hinzugezogen werden, lässt sich feststellen, dass weniger als jeder dritte untersuchte Konzern im Gesundheitsbereich über einen paritätisch mitbestimmten Aufsichtsrat verfügt.

Vier der privatwirtschaftlichen Konzerne haben zum Erhebungszeitpunkt trotz deutscher Rechtsform keinen Aufsichtsrat, fünf weitere einen Aufsichtsrat ohne jegliche Arbeitnehmerbeteiligung. Von sieben Konzernen mit ausländischer Rechtsform haben drei einen Aufsichtsrat oder ein einem Aufsichtsrat ähnliches Kontrollgremium installiert, das jeweils einzelne Vertreter_innen der Beschäftigten zulässt. In einem Konzern wurde bei der Umwandlung zu einer SE ein Verwaltungsrat (anstatt eines Aufsichtsrats) definiert, der mit nur drei Personen besetzt ist und keine Arbeitnehmervertretung vorsieht.

Ein großer Teil der erfassten Gesundheitskonzerne (39) sind konfessionell gebunden, und unterliegen damit nicht dem Mitbestimmungsgesetz von 1976. Dementsprechend haben 32 der 39 untersuchten konfessionellen Träger keine Arbeitnehmervertretungen im Kontrollgremium (Aufsichtsrat respektive Stiftungsrat/Verwaltungsrat) (24 Konzerne) oder gar keinen Aufsichtsrat (8 Konzerne).

Dennoch gäbe es auch für konfessionelle Konzerne die Möglichkeit, freiwillig Unternehmensmitbestimmung umzusetzen. Davon machen zum Erhebungszeitpunkt sechs Konzerne Gebrauch, die alle dem diakonischen Arbeits- und Mitbestimmungsrecht unterliegen. Das heißt: Nur knapp 15 Prozent der untersuchten konfessionellen Konzerne haben auf oberster

Ebene der Konzernstruktur eine Arbeitnehmervertretung im Aufsichtsrat. Allerdings findet sich hier nur eine Beteiligung der Mitarbeiter_innen am Aufsichtsrat, jedoch keine paritätische Besetzung.

Der durchschnittliche Anteil von Frauen in Aufsichtsräten in unserem Sample betrug 22,4 Prozent und war damit ähnlich hoch wie der Frauenanteil in Aufsichtsräten von börsennotierten Unternehmen in Deutschland im Jahr 2015 (vgl. WSI GenderDatenPortal 2017), das auch in der vorliegenden Untersuchung als Berichtsjahr definiert war. Allerdings ist dieses Ergebnis weit von dem Frauenanteil unter den Beschäftigten im Gesundheitswesen entfernt, der zwischen 50 und 100 Prozent liegt (vgl. auch Kapitel 3). Der Frauenanteil in Aufsichtsgremien der konfessionellen Konzerne (18,4 Prozent) war dabei deutlich geringer als der Frauenanteil in Aufsichtsräten privatwirtschaftlicher Konzerne (31,3 Prozent).

Aus den Ergebnissen des Mitbestimmungsindex MB-ix für die größten Konzerne wird ersichtlich, dass fünf der sechs paritätisch mitbestimmten Aufsichtsräte aus unserem Gesamtsample in Konzernen eingerichtet wurden, die zu den 14 größten Gesundheitskonzernen (über 10.000 Beschäftigte) gehören. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Unternehmensmitbestimmung, wie bereits bei Höpner und Müllenborn (2010, S.24) beschrieben, mit zunehmender Größe der Konzerne eher umgesetzt wird.

Dennoch weist auch hier nur die Hälfte der Konzerne überhaupt eine Beteiligung von Vertreter_innen der Beschäftigten am Aufsichtsrat auf. So ergibt sich für die untersuchten 14 Konzerne ein Mittelwert des MB-ix von 33 von insgesamt 100 möglichen Punkten. Die Unternehmen, die einen mitbestimmten Aufsichtsrat aufweisen, kommen im Mittel auf einen Wert von 67. Dies zeugt ebenfalls davon, dass das Ausmaß der Mitbestimmung im Gesundheitsbereich noch wesentlich steigerungsfähig ist.

Dies betrifft vor allem die Komponenten 2 (Besetzung der stellvertretenden Aufsichtsratsvorsitze), 3 (Existenz und Besetzung der Ausschüsse eines Aufsichtsrats) und 5 (Rechtsform). Hier ließ sich feststellen, dass die Einrichtung eines zweiten stellvertretenden Aufsichtsratsvorsitzes zur Schwächung des Einflusses des ersten Stellvertreterpostens, die Auslagerung wichtiger Diskussionen über Entscheidungen des Aufsichtsrats in Ausschüsse, die nicht paritätisch mit Vertreter_innen der Arbeitnehmerschaft besetzt sind, und die Verwendung von Gesellschaftsformen, in denen der Aufsichtsrat vergleichsweise weniger Rechte hat, gängige Praxis in großen Gesundheitskonzernen ist. Unter anderem diese drei Aspekte werden in der Literatur (vgl. z. B. Greifenstein 2011; Höpner/Müllenborn 2010; Bayer/Hoffmann 2017; Scholz/Vitols 2016) als Möglichkeiten der Mitbestimmungsreduzierung beschrieben.

Es bestätigt sich also auch bei der Auswertung des MB-ix der Eindruck, dass die rechtlichen Möglichkeiten der Einschränkung von Unternehmensmitbestimmung im Gesundheitswesen genutzt werden und so insgesamt zu einer geringeren Unternehmensmitbestimmung im Gesundheitswesen führen, als rein rechtlich möglich wäre. Diese Erkenntnis steht in Einklang mit der Literatur zum Rückgang der Unternehmensmitbestimmung in Deutschland insgesamt, die wir in [Kapitel 2.1](#) vorgestellt haben (vgl. z. B. Bayer/Hoffmann 2017; Hoffmann 2016; Sick 2015).

In den Fallbeispielen haben wir anhand von einzelnen Konzernen spezifische Konstellationen von Rechtsform, Unternehmensstrategie und Akteuren der Arbeitnehmervertretung dargestellt.

Bei der Fresenius SE & Co. KGaA haben die Umwandlungen in eine SE und später in eine KGaA dazu geführt, dass die Größe des Aufsichtsrats bei zwölf Mitgliedern eingefroren wurde. Zudem hat die Rechtsform der KGaA zur Folge, dass weniger Themen im Aufsichtsrat verhandelt werden müssen. Wichtige Entscheidungen wurden in einen Ausschuss ohne Arbeitnehmervertretung ausgelagert. Eine paritätische Beteiligung am Aufsichtsrat beim Tochterkonzern Helios wurde aufgegeben (vgl. [Kapitel 7.1.3](#)).

Die Analyse unserer Fallbeispiele und der Daten im Analyseraster legen nahe, dass Arbeitnehmervertretungen in Gesundheitskonzernen auf rechtliche Garantien angewiesen sind, um überhaupt etwas im Aufsichtsrat zu erreichen. Dies ist besonders am Beispiel von Fresenius deutlich geworden, wo der Einfluss des Aufsichtsrats eingeschränkt wurde. Die Analyse der Daten aus dem Analyseraster mit dem geringen Anteil von mitbestimmten Aufsichtsräten und die niedrigen Werte des MB-ix der größten Konzerne weisen ebenfalls in diese Richtung. Mit Bezug auf die Einrichtung von betriebsübergreifender Mitbestimmung wurde dies besonders im Beispiel von Agaplesion deutlich, wo es verschiedene Versuche der Mitarbeitervertretungen gab, eine Konzernmitarbeitervertretung zu bilden, die alle gescheitert sind.

Auch die Kultur der Mitbestimmung bzw. der Unternehmensmitbestimmung im Konzern und insbesondere im Aufsichtsrat scheint wesentlich dafür zu sein, ob Entscheidungen im Aufsichtsrat von der Arbeitnehmerseite beeinflusst werden können. Selbst wenn ein (paritätisch) mitbestimmter Aufsichtsrat existiert, sagt dies noch nichts darüber aus, inwiefern Vertreter_innen der Beschäftigten dort tatsächlich mit Informationen versorgt werden oder gar Gehör finden. Auch ob ihre Position Einfluss auf Entscheidungen hat oder sie stets vom doppelten Stimmrecht des Vorsitzenden überstimmt werden, ist alleine daran nicht abzulesen. Der MB-ix versucht diesem Umstand Rechnung zu tragen, indem er neben der reinen Besetzung des Auf-

sichtsrats auch weitere Faktoren berücksichtigt wie z.B. die Besetzung der Ausschüsse, in denen wichtige Entscheidungen getroffen werden, oder die Stärke eines stellvertretenden Vorsitzes (gewerkschaftlich oder betriebsrätlich gebunden? Zusätzlicher Stellvertretender Vorsitzender, der seinen Einfluss schmälern kann?). Weitere Aspekte, wie die Diskussionskultur oder mögliche Einflussnahme auf informellen Wegen lassen sich am ehesten in qualitativen Fallstudien abbilden. Häufiger als informelle Einflussnahme deutete sich in unseren Interviews jedoch der umgekehrte Fall an: Selbst, wo es eine Beteiligung der Arbeitnehmerseite im Aufsichtsrat gibt, sind die Arbeitnehmervertretungen vom Wohlwollen bzw. von einer relativ offenen Mitbestimmungskultur abhängig.

Auch dies unterstreicht erneut die Bedeutung einer möglichst ausgeprägten rechtlichen Grundlage für Mitbestimmungsmöglichkeiten vonseiten der Arbeitnehmervertretungen.

Dieser Befund ist gerade durch die nur zahlenmäßige Parität der Aufsichtsräte nach dem Mitbestimmungsgesetz von 1976 mit der Möglichkeit des Überstimmens der Arbeitnehmerseite durch die Anteilseignerseite durch das doppelte Stimmrecht des Aufsichtsratsvorsitzenden, mit starken Einschränkungen für den Einfluss der Arbeitnehmerbank im Aufsichtsrat verbunden.

Für den gesamten gemeinnützigen und insbesondere konfessionellen Bereich des Gesundheitswesens, in dem es keine rechtlichen Garantien für die Unternehmensmitbestimmung gibt, bedeutet also die fehlende Verankerung der Unternehmensmitbestimmung im kirchlichen Mitbestimmungsrecht, dass Mitarbeiter_innen keinen Einfluss auf Entscheidungen der obersten geschäftsführenden Ebene nehmen können. Im Beispiel der Agaplesion gAG ist dies daran deutlich geworden, dass die Versuche, eine gemeinsame Arbeitnehmervertretung auf Konzernebene zu etablieren, an fehlenden rechtlichen Grundlagen und dem Abbruch der Verhandlungen durch den Vorstand gescheitert sind. Auch für den eigentlich an oberster Stelle privatwirtschaftlich verfassten Konzern Victor's Bau + Wert AG gilt, dass nur dort Unternehmensmitbestimmung umgesetzt wird, wo es auch ein Recht darauf gibt. Hier führt die Gemeinnützigkeit eines großen Tochterkonzerns dazu, dass es keinen mitbestimmten Aufsichtsrat an der Konzernspitze gibt. Es fehlt, soweit es sich von außen beurteilen lässt, ebenfalls ein Rechtsanspruch auf die Beteiligung der Arbeitnehmer_innen am Aufsichtsrat.

Durch diese Situation befinden sich die Arbeitnehmervertretungen in einem Spannungsfeld zwischen dem strategisch effektiven Einsatz ihrer Ressourcen und der Möglichkeit, auf unterer und oberer Ebene, nämlich auf be-

trieblicher Ebene und an der Konzernspitze, mitzubestimmen. Der Gedanke, der dazu von verschiedenen Gesprächspartner_innen aus den Konzernen und der Gewerkschaft geäußert wurde, ist: „Lohnt sich das Engagement im und für einen Aufsichtsrat eigentlich?“ Aus juristischer Sicht scheint die Antwort anhand der Mitbestimmungsgesetze ein klares Ja zu sein. Aber aus Sicht der Arbeitnehmervertretungen sind vor allem mangelnde Freistellungen ein Problem. Zudem haben unsere Interviewpartner_innen immer wieder betont, dass sich die Frage des „Lohnens“ auch daran entscheidet, ob es eine kooperative Kultur der Zusammenarbeit zwischen den betrieblichen Mitbestimmungsorganen, wie Gesamt- und Konzernbetriebsräten und hauptamtlichen Gewerkschaftsvertretungen im Aufsichtsrat gibt. Damit hängt auch die Frage zusammen, inwiefern ein Austausch zwischen diesen Gremien der überbetrieblichen Mitbestimmung und den Arbeitnehmervertretungen in den Aufsichtsräten soweit möglich ist, dass der Wille der Belegschaft in die Aufsichtsräte getragen werden kann. Dieser Austausch hängt stark davon ab, wie die Kultur der Zusammenarbeit zwischen Anteilseigner- und Arbeitnehmerseite ausgeprägt ist und inwieweit Verschwiegenheitsklauseln diesen Austausch erlauben oder einschränken.

9 AUSBLICK

Wir konnten für die privatwirtschaftlichen und konfessionellen Konzerne im deutschen Gesundheitswesen mit über 3.000 Beschäftigten zeigen, dass die Unternehmensmitbestimmung wenig ausgeprägt ist. Im Anschluss daran ergeben sich einige Fragen und Anmerkungen für künftige Forschungsvorhaben.

Zunächst ist noch einmal festzuhalten, dass die Datenlage und die Berichterstattung der Unternehmen, die veröffentlicht wurde, zum Zeitpunkt der Erhebung lückenhaft, unübersichtlich und unterschiedlich ausführlich war (vgl. Kapitel 4.3.1). Dennoch wäre es aufschlussreich, weitere Fragen zur Lage der Unternehmensmitbestimmung im Gesundheitswesen zu untersuchen.

Eine Lücke in der vorliegenden Untersuchung stellen Unternehmen der öffentlichen Hand und der nicht konfessionellen Wohlfahrtsverbände in Hinblick auf die Unternehmensmitbestimmung dar. Diese konnten aufgrund limitierter Ressourcen nicht berücksichtigt werden. Ihren Stand der Unternehmensmitbestimmung darzustellen, wäre jedoch ein wichtiger Beitrag, um ein vollständiges Bild von der Unternehmensmitbestimmung im Gesundheitssektor zu erhalten.

Grundsätzlich wäre es für den Erhalt der Unternehmensmitbestimmung hilfreich, wenn Vorschläge für Rechtsgrundlagen erarbeitet würden, um die Gesetzeslücken zu schließen, die eine Umgehung der Unternehmensmitbestimmung trotz Überschreitung der festgelegten Schwellenwerte möglich machen. Dazu gehören vor allem die Möglichkeit, durch Umwandlungen der Gesellschaftsform der Konzernspitze in eine SE oder eine ausländische Rechtsform den Stand der Unternehmensmitbestimmung einzufrieren oder auf eine untere Konzernebene zu verlagern.

Auch ein Vergleich der Unternehmensmitbestimmung im Gesundheitswesen in Deutschland mit der Lage der Unternehmensmitbestimmung in anderen Ländern wäre für eine Einschätzung der Perspektive der Unternehmensmitbestimmung aufschlussreich. Durch die zunehmende Präsenz von internationalen Unternehmen auf dem deutschen Gesundheitsmarkt ist zu vermuten, dass andere Traditionen der Mitbestimmung auch in Deutschland eine Rolle spielen. In Bezug auf das Ergebnis, das die Mitbestimmungskultur für eine funktionierende Unternehmensmitbestimmung ausschlaggebend ist, scheint dieser Vergleich überfällig.

10 IMPLIKATIONEN

Wenn die Unternehmensmitbestimmung (insbesondere im Gesundheitswesen) nicht auf dem hier berichteten geringen Niveau verbleiben soll, gibt es mit Hinblick auf unsere Forschungsergebnisse einige Handlungsempfehlungen, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

10.1 Politik

Die Politik hätte die Möglichkeit, die Unternehmensmitbestimmung zu stärken, indem sie dafür sorgen würde, das geltende Recht der Unternehmensmitbestimmung durchzusetzen. Nur fünf der 20 von uns untersuchten Gesundheitskonzerne aus dem privaten Bereich konnten einen Aufsichtsrat regulärer Größe mit paritätischer Arbeitnehmervertretung vorweisen. Aufgrund von europäischen oder ausländischen Rechtsformen oder Gemeinnützigkeit von Tochterkonzernen fallen nicht alle Konzerne unter das Mitbestimmungsgesetz von 1976. Hier gilt es, bereits identifizierte Gesetzeslücken zu schließen. Bei einer Reihe von weiteren Konzernen hingegen können wir ohne weitere juristische Analysen keine Erklärung dafür finden, dass es keinen mitbestimmten Aufsichtsrat auf Konzernebene gibt.

Als wichtiges Instrument zur Durchsetzung der paritätischen Mitbestimmung wird in der Literatur immer wieder ein wirksames Sanktionssystem diskutiert, das die Mitbestimmungsignorierung weniger einfach und weniger attraktiv für die Führung von großen Unternehmen macht. Auch bei der Betrachtung unserer Forschungsergebnisse und dem geringen Anteil paritätisch besetzter Aufsichtsräte im privaten Bereich von gerade einmal 25 Prozent liegt ein solcher Gedanke nahe.

Eine wahrscheinlich kompliziertere und größere Aufgabe wäre es, auch konfessionelle Unternehmen, die die jeweiligen Schwellenwerte überschreiten, in den Geltungsbereich der Gesetze zur Unternehmensmitbestimmung einzubeziehen. Immer wieder wird in der Literatur die Angemessenheit eines reduzierten Mitbestimmungsrechts für konfessionelle und Tendenzbetriebe diskutiert. Die vorliegende Untersuchung zeigt, wie selten bei der aktuellen Rechtslage die Informations- und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Arbeitnehmerschaft in diesen Konzernen über das Mindestmaß hinaus gewährt wird. Nur sechs der 39 untersuchten konfessionellen Konzerne mit mehr als

3.000 Beschäftigten hatten selbst eine minimale Arbeitnehmerbeteiligung im Aufsichtsrat aufzuweisen.

Weitere notwendige Überlegungen schließen ein, das Berichtswesen zu unternehmerischen und betrieblichen Angaben zu vereinheitlichen und deutlich auszuweiten. Im Rahmen der Recherche stießen wir immer wieder auf Schwierigkeiten, an Informationen selbst zu simplen Angaben wie der Mitarbeiterzahl eines Konzerns zu kommen. Auch Betriebsräte und Gewerkschafter_innen berichteten von ihren Problemen, ohne genaue Informationen z. B. zu Beschäftigtenzahlen oder Struktur eines Konzerns ihre Rechte einfordern und durchsetzen zu können. Ob die fehlenden Informationen eine gezielte Verschleierungstaktik der wahren Mitbestimmungsverhältnisse sind (oft ist nicht auf den ersten Blick ersichtlich, wer Vertreter der Arbeitnehmer- oder Anteilseignerbank ist, und somit auch nicht, ob ein Aufsichtsrat paritätisch besetzt ist), lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Sicher ist, jedoch: Genauere Angaben können nicht nur der Forschung helfen, sondern auch den Zustand der Mitbestimmung in Konzernen deutlicher machen sowie der Arbeitnehmervertretung in der Ausübung ihrer Mitbestimmungsrechte weiterhelfen.

10.2 Gewerkschaft

Die Unternehmensmitbestimmung in Deutschland ist ein wesentlicher Bestandteil der Sozialpartnerschaft. Unter Berücksichtigung der Literatur zum allgemeinen Rückgang der Unternehmensmitbestimmung in Einklang mit unseren Ergebnissen der quantitativen und qualitativen Daten dieser Studie erscheint es angebracht, den Fokus der Gewerkschaften auf die betriebliche Mitbestimmung zugunsten einer Verstärkung ihrer Aktivitäten im Bereich der Unternehmensmitbestimmung auszuweiten. Dies gilt zunächst in Bezug darauf, die betrieblichen Akteure zu unterstützen. Einige Interviewpartner_innen hätten sich in ihren Bemühungen zur Unternehmensmitbestimmung mehr Unterstützung ihrer zuständigen Gewerkschaft gewünscht. Aber auch das Engagement von Gewerkschaften in Aufsichtsräten ist ein wichtiges Element der Unternehmensmitbestimmung. Nach den Analysen von Höpner und Müllenborn (2010) können gerade gewerkschaftliche Vertreter_innen unabhängiger agieren als interne Arbeitnehmervertretungen; sie sind somit eine wichtige Stütze für den Einfluss der Arbeitnehmer_innen in diesen Gremien. Ihre Unterstützung erscheint notwendig, um die tatsächliche Mitbestimmung im Aufsichtsrat zu erhalten und weiterzuentwickeln.

In unserer Untersuchung ist auch klar geworden, dass gerade in dieser Fragestellung ein Interessensgegensatz besteht, der sich auf der einen Seite aus der effizienten Verwendung von Ressourcen und auf der anderen Seite aus den Vorteilen, die eine Mitbestimmung auf allen Konzernebenen mit sich bringt, ergibt. Die Ressourcen (insbesondere Zeit und Arbeit), die Akteure der Mitbestimmung aufwenden können, sind begrenzt. Dadurch ergibt sich häufig eine Abwägung, ob eher auf betrieblicher, überbetrieblicher oder Unternehmensebene besonderes Engagement benötigt wird, um die Arbeitsbedingungen der Arbeitnehmer_innen zu verbessern.

Wie bereits oben dargestellt, ist es des Weiteren gerade für Gewerkschaften wichtig, weitere Informationen zum Stand des Unternehmens sowie der Unternehmensmitbestimmung einzuholen und einzufordern. Nur wenn Klarheit über die tatsächliche Beschäftigtenzahl oder Konzernstruktur besteht, kann an der richtigen Stelle ein entsprechendes Mitbestimmungsrecht eingefordert werden – und das scheint notwendig, denn die vorliegende Untersuchung unterstreicht die Vermutung: Gerade im Bereich der Unternehmensmitbestimmung wird oft nur das Mindeste an Mitbestimmungsmöglichkeiten gewährt, und das auch häufig erst, wenn diese Rechte explizit eingefordert werden.

Dabei spielen die örtlichen Betriebsräte eine wichtige Rolle: Ihnen kommt die Aufgabe zu, ggf. hilfreiche Informationen zur Verfügung zu stellen und aufzubereiten sowie weitere Informationen einzuholen und einzufordern. Auch für sie stellt sich jedoch im Alltag häufig die Frage nach Kosten/Nutzen – mangelnde Ressourcen (insbesondere Zeit) sind gerade bei Betriebsräten im Gesundheitswesen an der Tagesordnung. So ist es zwar bedauerlich, aber eben auch nicht verwunderlich, wenn sich Betriebsräte entscheiden, ihre geringen Ressourcen nicht in die Unternehmensmitbestimmung in Aufsichtsräten zu investieren, sondern sie (zuerst) in den Aufbau einer funktionierenden betrieblichen Mitbestimmung leiten zu müssen. Dabei spielt z.B. die Erkenntnis eine wichtige Rolle, dass am Ende die Mitbestimmungskultur in einem Unternehmen darüber entscheidet, ob im Aufsichtsrat tatsächlich Einfluss genommen werden kann.

10.3 Wirtschaft

In Hinblick auf die bisherige Forschung zur Unternehmensmitbestimmung stellt sich die Frage, warum die Unternehmensmitbestimmung im Gesundheitswesen so schwach ausgeprägt ist und Vorstände und Anteilseigner_in-

nen kein größeres Interesse an einer Beteiligung der Beschäftigten an ihren Aufsichtsräten haben. Immerhin konnten Studien zeigen, dass damit auch für sie interessante Vorteile verbunden sind. So konnten positive Einflüsse auf die Produktivität, die Gewinne und das Innovationsverhalten von Unternehmen nachgewiesen werden (für eine Übersicht zu diesem Thema vgl. z. B. Greifenstein 2011; Jirjahn 2011). Scholz zeigt beispielsweise, dass Unternehmen mit besserer Unternehmensmitbestimmung höhere Quoten in der dualen Berufsausbildung aufweisen und eine größere Anzahl älterer Menschen beschäftigen (Scholz 2017). Auch ökonomische Nachteile der Unternehmensmitbestimmung können trotz anders lautender Behauptungen der Arbeitgeberseite nicht nachgewiesen werden (Höpner/Müllenborn 2010) – gleichzeitig besteht ein positiver Wohlfahrtseffekt, da die Arbeitnehmer Unternehmensmitbestimmung als hohes Gut betrachten (Vitols 2008).

Die Befunde der vorgestellten Literatur zeigen, dass zum einen betriebliche und Unternehmensmitbestimmung tendenziell einen positiven Einfluss auf Konzerne haben, zum anderen aber Unternehmensmitbestimmung zunehmend reduziert oder vermieden wird. Und so lässt sich zusammenfassend daraus an dieser Stelle folgern, dass Konzerne und deren Führungsebenen im Gesundheitssektor geltendes Mitbestimmungsrecht zügig und vollständig umsetzen sollten.

Versuche vonseiten der Arbeitgeber oder Anteilseigner_innen, Unternehmensmitbestimmung zu mindern oder zu vermeiden, lassen sich wirtschaftlich nicht rechtfertigen.

LITERATUR

Barmherzige Brüder Trier gGmbH (2015): Mit Kompetenz und Nächstenliebe im Dienst für Menschen. Konstanz: bbt-Gruppe, <http://www.bbtgruppe.de/media/docs/broschueren/BBT-Imagebroschuere.pdf> (Abruf am 20.03.2018).

Baumann-Czichon, Bernhard/Gathmann, Mira (2006): Kirchliche Mitbestimmung im Vergleich. BetrVG – MVG/EKD – MAVO, Berlin: ver.di.

Bayer, Walter/Hoffmann, Thomas (2017): Mitbestimmungsvermeidung am Beispiel des Gesundheits- und Pflegesektors. In: Rechts-Report – Aktienrecht in Zahlen, Recht und Wirtschaft aktuell 8/2017, S. R119-R124.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2017): Mitbestimmung – eine gute Sache. Alles über Mitbestimmung und ihre rechtlichen Grundlagen. Bonn: BMAS.

BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (2015). Die Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung für Deutschland. Berlin: BMWi, <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Studien/die-gesundheitswirtschaftliche-gesamtrechnung-fuer-deutschland.html> (Abruf am 04.06.2020).

BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (o.J.): Themenseite Gesundheitswirtschaft, <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Textsammlungen/Branchenfokus/Wirtschaft/branchenfokus-gesundheitswirtschaft.html> (Abruf am 20.03.2018).

Bogai, Dieter (2014): Perspektiven des Arbeitsmarktes für Pflegekräfte. In: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 83, H. 4. S. 107–122.

Böhm, Monika (2010): Mitbestimmung im öffentlichen Dienst. Mitbestimmung von Personalvertretungen im Bund bei ressortübergreifenden Angelegenheiten bei Beschäftigten des öffentlichen Dienstes. Arbeitspapier Nr. 220, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=6160 (Abruf am 04.06.2020).

Böttger, Christian (2006): Strukturen und Strategien von Finanzinvestoren. Arbeitspapier Nr. 120, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=4423 (Abruf am 04.06.2020).

Bräutigam, Christoph/Evans, Michaela/Hilbert, Josef/Öz, Fikret (2014): Arbeitsreport Krankenhaus: Eine Online-Befragung von Beschäftigten deutscher Krankenhäuser. Arbeitspapier Nr. 306. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=7113 (Abruf am 04.06.2020).

Bremeier, Wolfram/Brinckmann, Hans/Kilian, Werner (2006): Public Governance kommunaler Unternehmen. Vorschläge zur politischen Steuerung ausgegliederter Aufgaben auf der Grundlage einer empirischen Erhebung. Edition der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 173, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=4572 (Abruf am 04.06.2020).

Conrads, Ralph/Holler, Markus/Kistler, Ernst/Kühn, Daniel/Schneider, Daniela (2016): Branchenanalyse Gesundheits- und Sozialwesen. Working Paper Forschungsförderung Nr. 005, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=7563 (Abruf am 04.06.2020).

Destatis (2018): Gesundheitspersonal Frauenanteil. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Berufe.html> (Abruf am 14.03.2018).

Evans, Michaela/Thiele, Günter/Ziegler, Kai/Risthaus, Franziska (2014): Zwischen Ökonomisierungsangst und Wachstumseuphorie: zur Governance der Arbeit im Pflegesektor, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 83, H. 4, S. 123–136.

Glassner, Vera/Pernicka, Susanne/Dittmar, Nele (2015): Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor, Study der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 306, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=7470 (Abruf am 04.06.2020).

Greifenstein, Ralph (2011): Perspektiven der Mitbestimmung in Deutschland. Ungerechtfertigter Stillstand auf der politischen Baustelle? In: Wiso Diskurs, April 2011, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Haves, Jakob/Wilke, Peter/Meixner, Marie/Reich, Emmanuel/Vitols, Sigurt (2013): Private Equity and Labour in Europe: Did the crisis change the perception and role of Private Equity. Report der Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/pdf/mbf_pb_finanzinvestoren_private_equity.pdf (Abruf am 14.07.2020).

Hipp, Lena/Kelle, Nadiya (2015): Nur Luft und Liebe? Die Entlohnung sozialer Dienstleistungsarbeit in Länder- und Berufsvergleich. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Hoffmann, Thomas (2016): 40 Jahre Mitbestimmungsgesetz 1976. Schleichende Mitbestimmungserosion in Deutschland. In: AG 11/2016, S. R167–R170.

Höpner, Martin/Müllenborn, Tim (2010): Mitbestimmung im Unternehmensvergleich: ein Konzept zur Messung des Einflusspotentials der Arbeitnehmervertreter im mitbestimmten Aufsichtsrat. In: Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 17, H. 1, S. 7–29.

Höyer, Klaas Hendrik Wilm (2013): Entscheidungsfähigkeit in pluralistischen Organisationen. Rekonstruktion von Entscheidungsmustern eines diakonischen Unternehmens, Dissertation Nr. 4127 der Universität St. Gallen Hochschule für Wirtschafts-, Rechts- und Sozialwissenschaften sowie Internationale Beziehungen (HSG), Bamberg: Difo-Druck.

Jakobi, Tobias (2007): Konfessionelle Mitbestimmungspolitik. Arbeitsbeziehungen bei Caritas und Diakonie am Beispiel des Krankenhaussektors, Berlin: edition sigma.

Jirjahn, Uwe (2011). Ökonomische Wirkungen der Mitbestimmung in Deutschland. Ein Update. In: Schmollers Jahrbuch, Band 131, Nr. 1, S. 3–57.

Krenn, Manfred/Flecker, Jörg/Eichmann, Hubert/Papouschek, Ulrike (2010): „... was willst du viel mitbestimmen?“. Flexible Arbeit und Partizipationschancen in IT-Dienstleistungen und mobiler Pflege. 5. Auflage, Berlin: edition sigma.

Liebig, Reinhard (2005): Wohlfahrtsverbände im Ökonomisierungsdilemma. Analysen zu Strukturveränderungen am Beispiel des Produktionsfaktors Arbeit im Licht der Korporatismus- und der Dritte Sektor-Theorie. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

DDN (Diakonischer Dienstgeberverband Niedersachsen) (2005): Kirchengesetz der Konföderation evangelischer Kirchen in Niedersachsen über Mitarbeitervertretungen vom 21. April 2005. In: KABI 2005, S. 76, §§ 6–9, ag-mav.org/wp-content/uploads/2016/08/MVG-K-2011.pdf (Abruf am 04.06.2020).

EKD (Ev. Kirche in Deutschland) (2013): Zweites Kirchengesetz über Mitarbeitervertretungen in der Evangelischen Kirche in Deutschland 2013, § 6a, www.kirchenrecht-ekd.de/document/28404#s00000006 (Abruf am 04.06.2020).

- Papuschek, Ulrike/Böhlke, Nils (2008):** Strukturwandel und Arbeitsbeziehungen im Gesundheitswesen in Tschechien, Deutschland, Polen und Österreich. Forba Forschungsbericht 7/2008 im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung Warschau, Wien: Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt.
- Pharma-Zeitung (2014):** Medical Properties Trust, Inc. kündigt neue Immobilieninvestitionen in Höhe von über einer Milliarde US-Dollar an. In: Pharma-Zeitung.de vom 22.10.2014, www.pharma-zeitung.de/medical-properties-trust-inc-kundigt-neue-immobilien.6930.php (Abruf am 04.06.2020).
- Rose, Edgar/Köstler, Roland (2014):** Mitbestimmung in der europäischen Aktiengesellschaft (SE). Analyse und Handlungsempfehlungen. Reihe: Betriebs- und Dienstvereinbarungen. 2., aktualisierte Auflage, Frankfurt a. M.: Bund-Verlag, www.boeckler.de/pdf/p_mbf_bvd_mitb_in_der_euro_ag.pdf (Abruf 14.07.2020).
- Scheuplein, Christoph (2018):** Private Equity Monitor 2017. Die aktuelle Tätigkeit von Finanzinvestoren in Deutschland. MBF-Report Nr. 40, 03/2018, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=8039 (Abruf am 04.06.2020).
- Scheuplein, Christoph/Sekanina, Alexander/Teetz, Florian (2017):** Private Equity Monitor 2016. Die aktuelle Tätigkeit von Finanzinvestoren in Deutschland. MBF-Report Nr. 33, 04/2017, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=7805 (Abruf am 04.06.2020).
- Scheuplein, Christoph/Teetz, Florian (2017):** Private-Equity-Aktivitäten in Deutschland 2014/2015. Eine Analyse von Buyouts, Exits und Private-Equity-Gesellschaften. Study der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 367, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=7783 (Abruf am 04.06.2020).
- Scholz, Robert (2017):** Der MB-ix und „Gute Arbeit“ – Was wir messen können. Wirkungen der Mitbestimmung auf Personalstruktur und Arbeitsbedingungen. MBF-Report, Nr. 32, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=7804 (Abruf am 14.07.2020).
- Scholz, Robert/Vitols, Sigurt (2016):** Der Mitbestimmungsindex MB-ix. Wirkungen der Mitbestimmung für die Corporate Governance nachhaltiger Unternehmen. MBF-Report, Nr. 22, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=7556 (Abruf am 14.07.2020).
- Schroeder, Wolfgang (2018):** Interessenvertretung in der Altenpflege: Zwischen Staatszentrierung und Selbstorganisation, Wiesbaden: Springer VS.
- Sekanina, Alexander (2015):** Finanzinvestoren nach der Krise – Heuschrecken oder Rettungsanker (Vortragsfolien). Vortrag vom 11.09.2015 auf der Fachtagung „Faire Arbeit. Jetzt!“ , https://www.boeckler.de/pdf/v_2015_09_11_sekanina.pdf (Abruf am 14.03.2018).
- Sick, Sebastian (2015):** Mitbestimmungsfeindlicheres Klima. Unternehmen nutzen ihre Freiheiten – Arbeitnehmer werden um ihre Mitbestimmungsrechte gebracht. MBF-Report Nr. 13, 09/2015, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, www.imu-boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=7382 (Abruf am 14.07.2020).
- Statistisches Bundesamt (2008):** Klassifikation der Wirtschaftszweige. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2016):** Gesamtpersonalrechnung für 2016, Tabelle mit Daten abgerufen über gbe-bund.de am 07.03.2018.
- Statistisches Bundesamt (2017a):** Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2016. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2017b):** Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2017c): Gesundheit. Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2016. Fachserie 12, Reihe 6.1.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Thannisch, Rainald (2010): Die Mitbestimmung im Kontext europäischer Herausforderungen. WISO direkt, 05/2010, Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Vitols, Sigurt (2008): Beteiligung der Arbeitnehmervertreter in Aufsichtsratsausschüssen. Auswirkungen auf Unternehmensperformanz und Vorstandsvergütung. Arbeitspapier, Bd. 163, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=5363 (Abruf am 13.01.2021).

Vitols, Sigurt/Scholz, Robert/Wing, Lisa Anne (2017): Der Mitbestimmungsindex (MB-ix). Mitbestimmung und eine zukunftsweisende Unternehmensführung. Poster. www.mitbestimmung.de/assets/downloads/MB-ix_Platat_A1_RZ.pdf (Abruf am 15.02.2018).

von Eiff, Christine A./Goldschmidt, Andreas J. W. (2016): Mergers and Acquisitions in der Gesundheitswirtschaft: Trends und Strategieoptionen. In: Medizin-Haftung-Versicherung, S. 329–338, Berlin/Heidelberg: Springer.

WSI GenderDatenPortal (2017): Frauen- und Männeranteile in Vorständen und Aufsichtsräten börsenorientierter Unternehmen in Deutschland (2008–2016), in Prozent. Auswertung der Hans-Böckler-Stiftung, Abt. Mitbestimmung. <https://media.boeckler.de/Sites/A/Online-Archiv/21735> (Abruf am 18.01.2021).

ANHANG

Übersicht über verwendete Dokumente für die Fallbeispiele

Fresenius SE & Co. KGaA

Konzernabschluss der Fresenius SE & Co. KGaA für das Jahr 2015. Abgerufen unter <https://www.bundesanzeiger.de/> (Abruf am 15.03.2018).

Gesellschaftsbekanntmachung der Fresenius AG Bad Homburg v. d. H. vom 13.10.2006: Einladung zur außerordentlichen Hauptversammlung am 4. Dezember 2006.

Artikel auf kma-online.de vom 16.09.2015: „Gericht setzt Arbeitnehmer vor die Tür“, www.kma-online.de/aktuelles/wirtschaft/detail/gericht-setzt-arbeitnehmersvertreter-vor-die-tuer-a-30038 (Abruf am 04.06.2020).

Artikel auf handelsblatt.com vom 16.09.2015: „Fresenius-Tochter künftig ohne Arbeitnehmerbank im Aufsichtsrat“, www.handelsblatt.com/unternehmen/dienstleister/helios-fresenius-tochter-kuenftig-ohne-arbeitnehmerbank-im-aufsichtsrat/12330572.html (Abruf am 04.06.2020).

Satzung der Fresenius SE & Co. KGaA, Stand vom 13.03.2015. https://www.fresenius.de/media/KGaA_Satzung_Maerz_2015_de.pdf (Abruf am 04.06.2020)

Internetauftritt des Fresenius-Konzerns unter <https://www.fresenius.de/> und diverse Unterseiten.

Median B.V. & Co. KG

Konzernabschluss der Median B.V. & Co. KG 2016, Abgerufen unter <https://www.bundesanzeiger.de/> (Abruf am 08.02.2018).

Konzernabschluss der Median B.V. & Co. KG 2015. Abgerufen unter <https://www.bundesanzeiger.de/> (Abruf am 08.02.2018).

Gesellschaftsbekanntmachung der Median Kliniken GmbH im Bundesanzeiger vom 20.01.2016 (veröffentlicht am 08.02.2016). Abgerufen unter <https://www.bundesanzeiger.de/> (Abruf am 08.02.2018).

Pressemitteilung der Pharma-Zeitung.de vom 22.10.2014, www.pharma-zeitung.de/medical-properties-trust-inc-kundigt-neue-immobili.6930.php (Abruf am 04.06.2020).

Artikel auf kma-online.de vom 29.06.2016, www.kma-online.de/blog/artikel/median-will-verdi-ausbooten-a-31670 (Abruf am 08.02.2018).

Artikel des ver.di Infodiensts Nr. 74, S. 12, gesundheits-soziales.verdi.de/++file++586bbda7e58deb04933bb98b/download/Infodienst-Krankenha%CC%88user%20Nr.%2074.pdf (Abruf am 28.07.2017).

Beschreibung der Unternehmenshistorie auf der Webseite von Median, www.median-kliniken.de/unternehmen/unternehmenshistorie/ (Abruf am 28.07.2017).

Victor's Bau + Wert

Konzernabschluss der Victor's Bau + Wert AG für das Jahr 2016. Abgerufen unter <https://www.bundesanzeiger.de/> (Abruf am 08.02.2018).

Konzernabschluss der Victor's Bau + Wert AG für das Jahr 2015. Abgerufen unter <https://www.bundesanzeiger.de/> (Abruf am 08.02.2018).

Jahresabschluss zum Geschäftsjahr 2015 der Victor's Health Care Services AG. Abgerufen unter <https://www.bundesanzeiger.de/> (Abruf am 08.02.2018).

Konzernabschluss zum Geschäftsjahr vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2015 Ergänzung der Veröffentlichung vom 26.01.2017. Abgerufen unter <https://www.bundesanzeiger.de/> (Abruf am 08.02.2018).

Jahresabschluss der Pro Seniore Consulting + Conception für Senioreinrichtungen Aktiengesellschaft für das Jahr 2015. Abgerufen unter <https://www.bundesanzeiger.de/> (Abruf am 09.02.2018).

Internetauftritt der Victor's Unternehmensgruppe, <https://www.victors-group.com/> und diverse Unterseiten.

Agaplesion gAG

Konzernabschluss zum Geschäftsjahr vom 01.01.2015 bis zum 31.12.2015 der Agaplesion gemeinnützige AG. Abgerufen unter <https://www.bundesanzeiger.de/> (Abruf am 05.02.2018).

Artikel in den Schaumburger Nachrichten vom 27.04.2016: „Tarif-Einigung beim Schaumburger Klinikum“, www.sn-online.de/Schaumburg/Landkreis/Aus-dem-Landkreis/Tarif-Einigung-beim-Schaumburger-Klinikum (Abruf am 04.06.2020).

Internetauftritt der Agaplesion gAG unter <https://www.agaplesion.de/start> und diverse Unterseiten.

ESA

Jahresbericht der Evangelischen Stiftung Alsterdorf für das Jahr 2015, www.alsterdorf.de/jahresbericht2015/jahresbericht.html (Abruf am 04.06.2020).

Alsterdorf. Magazin der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, Nr. 26, 12/2013: „150 Jahre Evangelische Stiftung Alsterdorf. Teil III: Die Jahre 1963–2013 in Alsterdorf.“, www.alsterdorf.de/fileadmin/user_upload/images/presse-downloads/magazin-alsterdorf/Magazin-Alsterdorf_26.pdf (Abruf am 04.06.2020).

Satzung der Evangelische Stiftung Alsterdorf vom 28.10.2014, www.alsterdorf.de/fileadmin/user_upload/images/ueber-uns/vorstand/alsterdorf_Satzung.pdf (Abruf am 04.06.2020).

Website der ESA www.alsterdorf.de.

Überblick über die Interviews

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen Juli und November 2017 geführt und dauerten zwischen einer Stunde und einer Stunde und 45 Minuten. Alle Interviews wurden mithilfe eines Leitfadens geführt und aufgezeichnet. Die Interviewpartner wurden aufgrund Ihrer Expertise ausgewählt, die sich durch Ihre beruflichen Positionen ergab.

Gewerkschaftssekretär_innen: sieben Interviews

Gewählte Arbeitnehmervertreter_innen aus untersuchten Konzernen: vier Interviews

Experte aus der universitären Forschung: ein Interview

AUTORINNEN

Clara Behrend ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Sozialforschungsstelle (sfs) der TU Dortmund. Ihre Schwerpunkte liegen in der Arbeits- und Industriesoziologie, der Zukunft von Arbeit, sozialer Innovation und der Erforschung sozialer Ungleichheiten. Sie hat Sozialwissenschaften in Berlin, Nottingham und Düsseldorf studiert und in verschiedenen Forschungsprojekten des WZB und der Cornell University gearbeitet.

Dr. Katharina Oerder arbeitet als Gewerkschaftssekretärin der Industriewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IG BCE) in der Abteilung Politik und Gesellschaft. Sie leitete das Berliner Büro des MIT Instituts und hat in Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der Universität Bonn sowie der Cornell University promoviert. In zahlreichen Publikationen widmet sie sich Fragen von Arbeitsbeziehungen und Sozialpartnerschaft. Ihr besonders Forschungsinteresse liegt im Bereich der Zukunft der Arbeitswelt, Arbeitnehmerpartizipation und Mitbestimmung 4.0.

Der Gesundheitssektor ist ein schwieriges Feld für die Unternehmensmitbestimmung. Die Studie bietet einen Überblick über die Unternehmensmitbestimmung in 59 Konzernen und vertieft diesen anhand von Fallbeispielen mit Ergebnissen aus qualitativen Interviews. Sie zeigt, dass die Unternehmensmitbestimmung in privaten und konfessionellen Konzernen des Gesundheitswesens kaum verbreitet ist. Nur 10 Prozent der untersuchten Konzerne weisen einen paritätisch besetzten Aufsichtsrat auf. Und auch in diesen Fällen ist die Unternehmensmitbestimmung nicht immer vollständig umgesetzt.

WWW.BOECKLER.DE

ISBN 978-3-86593-373-7