



## Der Aufsichtsrat im Krankenhaus – Basiswissen und Leitlinien für die strategische Weiterentwicklung

*Liebe Leserinnen und Leser, sehr geehrte Damen und Herren,*

die aktuell schwierige wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser in ganz Deutschland nehmen wir zum Anlass, den Ihnen im Mai 2007 vorgelegten Krankenhausleitfaden umfassend zu überarbeiten. Wir stellen Ihnen aktuelles Basiswissen zur Verfügung und geben Ihnen darüber hinaus Hinweise und Anregungen, die bei der strategischen Weiterentwicklung des Krankenhauses hilfreich sein können. Aufsichtsräten in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern geben wir einen Überblick über die Einführung der sog. Psychiatrieentgelte.



Der hier vorliegende Leitfaden bietet in einer bunten Mischung Beiträge aus Theorie und Praxis verschiedener Autoren, die aus ihrer täglichen Arbeit heraus das Krankenhausgeschäft beurteilen können.

Unser Leitfaden richtet sich in erster Linie an Aufsichtsräte in einer Krankenhaus-GmbH. Diesen Personen wollen wir eine praxisorientierte Hilfe an die Hand geben, damit sie ihre immer anspruchsvoller werdende Aufgabe in dem Aufsichtsgremium qualifiziert wahrnehmen können. Gerade für ehrenamtlich Tätige oder für

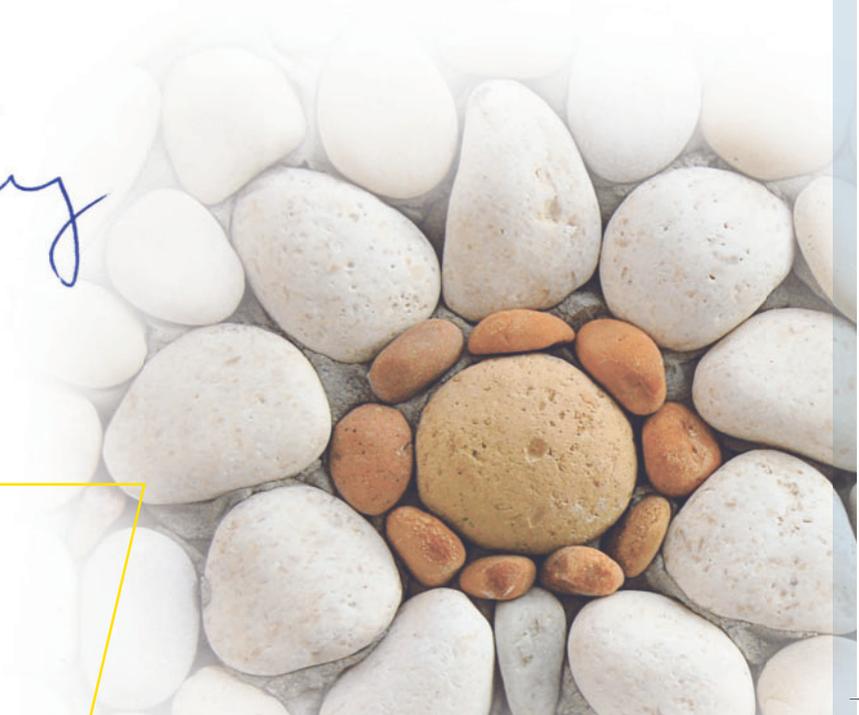
Personen aus dem politischen Raum erscheint es uns wichtig zu sein, in komprimierter Zusammenfassung wichtige Themen des Krankenhausgeschäfts darzustellen.

Allen Autoren und Mitwirkenden sage ich meinen herzlichen Dank!

Münster, im Juni 2014



Jochen Hartung  
BPG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft





## SYLVIA KÖCHLING

Rechtsanwältin  
Fachanwältin für Medizinrecht

**Beratungs- und Prüfungsgesellschaft  
BPG mbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft**

Nevinghoff 30 · 48147 Münster  
Tel.: 0251/48204-0  
Fax: 0251/48204-40  
E-Mail: s.koechling@bpg-muenster.de  
Autorin der Kapitel 1 und 2



## FRIEDEL HEUWINKEL

Landrat

**Vorsitzender des Aufsichtsrates  
der Klinikum Lippe GmbH**

Röntgenstr. 18 · 32756 Detmold  
Tel.: 05231 / 72-0  
Fax: 05231 / 72-1403  
Autor des Kapitels 4



## OLIVER RULLE

Dipl.-Kfm.  
Steuerberater

**Beratungs- und Prüfungsgesellschaft  
BPG mbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft**

Nevinghoff 30 · 48147 Münster  
Tel.: 0251/48204-0  
Fax: 0251/48204-40  
E-Mail: o.rulle@bpg-muenster.de  
Autor des Kapitels 6



## ANDREAS KAMP

Dipl.-Kfm

**BPG Unternehmensberatungs-  
gesellschaft mbH**

Nevinghoff 30 · 48147 Münster  
Tel.: 0251/48204-0  
Fax: 0251/48204-40  
E-Mail: a.kamp@bpg-muenster.de  
Autor der Kapitel 3 und 8

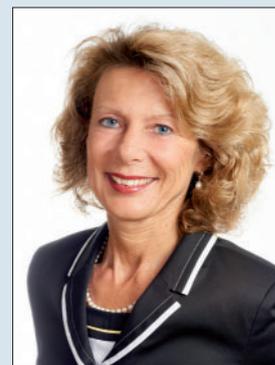


## JÜRGEN GROTESCHULTE

Dipl.-Kfm.  
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater

**Beratungs- und Prüfungsgesellschaft  
mbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft**

Nevinghoff 30 · 48147 Münster  
Tel.: 0251/48204-0  
Fax: 0251/48204-40  
E-Mail: j.groteschulte@bpg-muenster.de  
Autor des Kapitels 5



## Dr. med. IRIS HAUTH

Fachärztin für Psychiatrie und Psycho-  
therapie, Psychotherapeutische Medizin  
Ärztliche Direktorin  
Regionalgeschäftsführerin

**Alexianer St. Joseph  
Berlin-Weißensee GmbH**

Tel.: 030 / 92790-724  
Fax: 030 / 92790-700  
E-Mail: i.hauth@aletius.de  
Autorin des Kapitels 7



**CHRISTIAN  
STIENHANS**  
M.A.

**BPG Unternehmens-  
beratungsgesellschaft mbH**

Nevinghoff 30 · 48147 Münster  
Tel. 0251/48204-0  
Fax 0251/48204-40  
E-Mail:  
c.stienhans@bpg-muenster.de  
Autor des Kapitels 8



**GOLO BUSCH**  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Arbeitsrecht

**Beratungs- und Prüfungs-  
gesellschaft BPG mbH  
Wirtschaftsprüfungs-  
gesellschaft**

Nevinghoff 30 · 48147 Münster  
Tel.: 0251/48204-0  
Fax: 0251/48204-40  
E-Mail:  
g.busch@bpg-muenster.de  
Autor des Kapitels 9



**ANGELE DAALMANN**  
Dipl.-Kffr. (FH)  
Personalleitung,  
Schwerpunkt  
Personalmanagement

**Christophorus-Kliniken GmbH  
Coesfeld**

Südwall 22 · 48653 Coesfeld  
Tel.: 02541/8914139  
Fax: 02541/8913541  
E-Mail:  
angele.daalman@ctc-coesfeld.de  
Autorin des Kapitels 10

## ■ 1 Rechte und Pflichten von Aufsichtsräten

- 1.1 Rechtsgrundlagen . . . . . 7
- 1.2 Qualifikationen des Aufsichtsratsmitgliedes . . 7
- 1.3 Rechte des Aufsichtsrates . . . . . 8
- 1.4 Pflichten des Aufsichtsrates . . . . . 8

## ■ 2 Haftung von Aufsichtsräten einer GmbH

- 2.1 Grundsätze zur Haftung von Aufsichtsräten  
einer GmbH . . . . . 11
- 2.2 Verantwortlichkeit und Sorgfaltsmaßstab . . . 11
- 2.3 Schadensersatzpflicht bei Sorgfaltspflicht-  
verletzung . . . . . 12
- 2.4 Haftungsbeschränkungen und Haftungs-  
erleichterungen . . . . . 13
- 2.5 D&O-Versicherung . . . . . 14

## ■ 3 Wahrnehmung von Aufsicht

- 3.1 Umgang mit Strategie und Kommunikation . . 16
- 3.2 Verhalten in wirtschaftlichen Krisen-  
situationen . . . . . 17

## ■ 4 Erfahrungen aus der Sicht eines Praktikers . . . . . 18

## ■ 5 Beurteilung der wirtschaftlichen Daten und Aufsicht in der Praxis

- 5.1 Aufgaben von Aufsichtsräten . . . . . 22
- 5.2 Laufende Aufsicht und Beratung  
der Geschäftsführung . . . . . 22
- 5.3 Bilanzsitzung des Aufsichtsrates . . . . . 26
- 5.4 Aufsicht in besonderen Fällen,  
besondere Prüfungen . . . . . 28
- 5.5 Zusammenfassung und Empfehlung . . . . . 29

**■ 6 Grundlagen des Gemeinnützigkeitsrechts** ..... 30

**■ 7 Psych-Entgeltgesetz / PEPP-Katalog – aktuelle Herausforderung für alle Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik**

- 7.1 Rechtlicher Rahmen ..... 37
- 7.2 Budgetneutrale Pflichtphase 2015 und 2016. 38
- 7.3 Konvergenzphase 2017 bis 2021 ..... 39
- 7.4 Sonstige Regelungen ..... 40
- 7.5 PEPP-Entgeltkatalog ..... 40
- 7.6 Kritikpunkte am Psych-Entgeltsystem ..... 43
- 7.7 Kritik am PEPP-Entgeltkatalog ..... 43
- 7.8 Herausforderungen für die Kliniken ..... 43
- 7.9 Chancen des neuen Entgeltsystems ..... 45

**■ 8 Restrukturierungsbedarf von Krankenhäusern**

- 8.1 Strategische Zielplanung ..... 47
- 8.2. Inhalte eines Restrukturierungsprozesses .. 48
  - 8.2.1 Wirtschaftlichkeit und Steuerung ..... 48
  - 8.2.2 Inhalte eines Restrukturierungsprozesses .... 49
- 8.3 Kooperations- und Fusionstendenzen im Markt 50

**■ 9 Arbeitsrechtliche Besonderheiten in Krankenhäusern: Die rechtliche Situation von Servicegesellschaften Arbeitnehmerüberlassung im Krankenhaus**

- 9.1 Abgrenzung zum Werkvertrag ..... 54
- 9.2 Abgrenzung zum Dienstvertrag ..... 56
- 9.3 Merkmal „vorübergehend“ ..... 56
- 9.4 Mitbestimmungsrechte von Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen ..... 56
- 9.5 Urteil des BAG vom 10. Dezember 2013 .... 57
- 9.6 Blick auf den Gesetzgeber ..... 57
- 9.7 Empfehlung. .... 57

**■ 10 Familienfreundliche Personalpolitik im Krankenhaus**

- 10.1 Grundlagen ..... 59
- 10.2 Zentrale Einbindung ..... 59
- 10.3 Interessen ..... 60
- 10.4 Spezifische Ansätze ..... 60
- 10.5 Organisatorische Einbindung ..... 61
- 10.6 Maßnahmen-Beispiele ..... 61
  - 10.6.1 Treffen für Mitarbeiter in Elternzeit ..... 61
  - 10.6.2 Ferienbetreuung ..... 62
  - 10.6.3 Unterstützung für Mitarbeiter mit zu pflegenden Angehörigen ..... 62
  - 10.6.4 Arbeitszeiten ..... 62
  - 10.6.5 Chancengleichheit ..... 62
  - 10.6.6 Kommunikation ..... 62
  - 10.6.7 Statistische Daten ..... 62
- 10.7 Zusammenfassung und Ausblick ..... 63







## 1.1 Rechtsgrundlagen

Um eine effiziente Führung und Aufsicht über Wirtschaftsunternehmen zu gewährleisten, wurde in den letzten Jahren das Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) vom 5. März 1998, das Transparenz- und Publizitätsgesetz (TransPuG) vom 26. Juli 2002 und der Deutsche Corporate Governance Kodex am 26. Februar 2002 erlassen. Deren Regelungen enthalten grundlegende Standards verantwortungsvoller Unternehmensführung über die Arbeit von Vorstand und Aufsichtsrat und die Zusammenarbeit der Organe untereinander. Sie gelten allerdings in erster Linie für Aktiengesellschaften und sind für die GmbH nicht unmittelbar anwendbar.

Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft bedienen sich regelmäßig als Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH). Das GmbHG schreibt nicht zwingend die Errichtung eines Aufsichtsrates vor. Der Gesellschaftsvertrag der GmbH (auch Satzung genannt) kann die freiwillige (fakultative) Errichtung eines Aufsichtsrates vorsehen, insbesondere um Personen einzubinden, die der Geschäftsführung – neben den Gesellschaftern – kompetent beratend zur Seite stehen. Wird in der GmbH ein fakultativer Aufsichtsrat implementiert, dann kommt ihm die Stellung eines Organs zu. Seine Rechte und Pflichten ergeben sich aus dem GmbHG und dem Gesellschaftsvertrag.

## 1.2 Qualifikationen des Aufsichtsratsmitgliedes

Aufsichtsratsmitglieder müssen über die notwendige Kompetenz verfügen, um alle normalerweise anfallenden Geschäftsvorgänge ohne fremde Hilfe beurteilen zu können sowie hinreichende Kenntnisse zu ihrer Stellung und zur Beurteilung von unternehmerischen Entscheidungen haben. Sie sollten über ausreichend Zeit verfügen, um die Aufsichtsratssitzungen vorbereiten, die Sitzungsunterlagen studieren und an den Sitzungen teilnehmen zu können. Die Aufgaben sollten gewissenhaft und unabhängig wahrgenommen werden. Parteipolitik ist hier fehl am Platz, auch dann, wenn die jeweilige Gemeindeordnung vorschreibt, dass die von einer Kommune entsandten Aufsichtsratsmitglieder die Interessen der Kommune zu verfolgen haben und an die Beschlüsse des Rates und seiner Ausschüsse gebunden sind (so ausdrücklich § 113 Abs. 1 Sätze 1 und 2 der Gemeindeordnung Nordrhein-Westfalen, ähnlich § 137 Abs. 1 Nr. 6 des Niedersächsischen Kommunalverfassungsgesetzes (NKomVG), wonach sich eine Kommune an einer GmbH nur beteiligen darf, wenn sie einen angemessenen Einfluss, insbesondere im Aufsichtsrat erhält und dieser durch Gesellschaftsvertrag, durch Satzung oder in anderer Weise gesichert wird).

Für das von einer Kommune entsandte Mitglied eines Aufsichtsrates entsteht damit ein Konflikt zwischen dem kommunalrechtlichen Weisungsrecht und dem gesellschaftsrechtlichen Gebot der Unabhängigkeit des Aufsichtsratsmitgliedes. Bei der Lösung dieses Konflikts hat sich das Aufsichtsratsmitglied vornehmlich an den Interessen der Gesellschaft zu orientieren. Daher sind Weisungen an obligatorische Aufsichtsräte grundsätzlich nur soweit zulässig, als die Interessen der

**KontraG, TransPuG und DCGK gelten nicht unmittelbar für die GmbH**

**Gesellschaftsvertrag kann Errichtung eines fakultativen Aufsichtsrates vorsehen**

**Kompetenz und persönliche Unabhängigkeit sind gefragte Qualifikationen von Aufsichtsratsmitgliedern.**

**Bei Konfliktsituationen stehen die Interessen der Gesellschaft im Vordergrund.**

Gesellschaft gewahrt bleiben. Anderenfalls ist die Weisung unzulässig. Eine Ausnahme besteht nach herrschender Meinung dann, wenn in einer GmbH nur ein fakultativer Aufsichtsrat errichtet wurde. Hier kann ausnahmsweise eine Bindung an Weisungen zulässig sein, wenn das Weisungsrecht der Kommune im Gesellschaftsvertrag der GmbH ausdrücklich vorgesehen ist.

### 1.3 Rechte des Aufsichtsrates

Dem Aufsichtsrat kommt in einer GmbH die Stellung eines Organs zu. Der Aufsichtsrat hat in erster Linie Mitwirkungs- und Informationsrechte. Er kann, sofern es der Gesellschaftsvertrag vorsieht, an den Sitzungen der Gesellschafterversammlung teilnehmen. Er hat Informationsrechte gegenüber der Geschäftsführung, mit anderen Worten, die Geschäftsführung hat dem Aufsichtsrat auf dessen Verlangen hin zu berichten. Denkbar ist aber auch, dass der Gesellschaftsvertrag der GmbH oder eine Geschäftsordnung für die Geschäftsführung regelmäßige Berichtspflichten der Geschäftsführung an den Aufsichtsrat vorsieht. Außerdem hat jedes Aufsichtsratsmitglied gewisse Initiativrechte, z. B. auf Einberufung einer Sitzung des Aufsichtsrates oder auf Ergänzung der Tagesordnung. Diese Initiativrechte finden sich regelmäßig in dem Gesellschaftsvertrag der GmbH, können aber auch in einer Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat geregelt sein.

### 1.4 Pflichten des Aufsichtsrates

Die Hauptaufgaben des Aufsichtsrates bestehen in der Überwachung der Geschäftsführung, der Prüfung des Jahresabschlusses und der Vertretung der Gesellschaft im Verhältnis zur Geschäftsführung.

Die zentrale Pflicht des Aufsichtsrates besteht in der Überwachung der Geschäftsführung. Dabei kommen dem Aufsichtsrat und der Gesellschafterversammlung teilweise parallele Überwachungsfunktionen zu. Nach dem GmbHG obliegt nämlich der Gesellschafterversammlung die Überwachung der Geschäftsführung; sie kann diese Überwachungspflicht jedoch an den Aufsichtsrat delegieren. In diesem Fall sollten allerdings im Gesellschaftsvertrag oder in einer Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat, die von der Gesellschafterversammlung zu beschließen ist, die Überwachungskompetenzen zwischen Aufsichtsrat und Gesellschafterversammlung klar abgegrenzt sein, da mit einer solchen Aufgabenzuweisung an den Aufsichtsrat die Gesellschafter formal bewusst eigene Kompetenzen abgeben, bestimmte Entscheidungen, wie z. B. die Auswahl der Geschäftsführer, auf eine breitere, sachverständigere Grundlage zu stellen.

Im kommunalen Bereich verlangt in der Regel die jeweilige Gemeindeordnung, dass der Aufsichtsrat durch den Gesellschaftsvertrag mit entsprechendem Einfluss ausgestattet ist. Das verhindert allerdings nicht, dass die Gesellschafterversammlung wegen ihrer gesellschaftsrechtlichen Allzuständigkeit im Grundsatz auch Entscheidungen des Aufsichtsrates jederzeit an sich ziehen kann. Somit liegt es in der Verantwortung des handelnden Gesellschafters, mit Konflikten zwischen dem Aufsichtsrat einerseits und den Gesellschaftern andererseits

**Aufsichtsrat hat Mitwirkungs- und Informationsrechte**

**Überwachung der Geschäftsführung ist zentrale Pflicht des Aufsichtsrates**

verantwortungsbewusst umzugehen und das Gespräch zu suchen, um eine gemeinsame Position gegenüber der Geschäftsführung zu finden.

Auch das Nichthandeln der Geschäftsführung unterliegt der Überwachungspflicht des Aufsichtsrates, sofern zur ordnungsgemäßen Geschäftsführung ein bestimmtes Handeln der Geschäftsführung erforderlich ist.

Die Überwachung der Geschäftsführung muss regelmäßig erfolgen, weshalb der Aufsichtsrat in regelmäßigen Abständen (möglichst viermal im Jahr) tagen sollte.

Damit der Aufsichtsrat seiner Überwachungsfunktion nachkommen kann, enthält der Gesellschaftsvertrag in der Regel einen Katalog von Maßnahmen und Rechtsgeschäften, für deren Durchführung die Geschäftsführung der vorherigen Zustimmung des Aufsichtsrates bedarf. Beispielhaft seien hier für den Krankenhausbereich der Abschluss, die Änderung und die Beendigung von Chefarztverträgen und Verträgen mit der Pflegedienstleitung, der Abschluss, die Änderung und die Beendigung von Belegarztverträgen sowie die Bestellung und Abberufung des Ärztlichen Direktors genannt.

Inhaltlich erstreckt sich die Überwachungspflicht des Aufsichtsrates darauf, ob die Geschäftsführung die Grundsätze der ordnungsgemäßen Geschäftsführung eingehalten hat. Hierunter versteht man die Ordnungsmäßigkeit, die Rechtmäßigkeit, die Zweckmäßigkeit und die Wirtschaftlichkeit der von der Geschäftsführung getroffenen Entscheidungen.

Bei der Prüfung und Beratung des Jahresabschlusses hat der Aufsichtsrat den Jahresabschluss, den Lagebericht und den Vorschlag der Geschäftsführung für die Verwendung des Jahresgewinns zu prüfen. Im Kapitel 5 dieses Leitfadens (Beurteilung der wirtschaftlichen Daten und Aufsicht in der Praxis) finden Sie hierzu nähere Ausführungen.

Der Aufsichtsrat vertritt die Gesellschaft gegenüber der Geschäftsführung, insbesondere beim Abschluss der Anstellungsverträge mit der Geschäftsführung sowie bei sämtlichen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Anstellung der Geschäftsführer, z. B. bei der Gestellung eines Dienstwagens.

Bei Rechtsstreitigkeiten zwischen der Gesellschaft und der Geschäftsführung wird die Gesellschaft von dem Aufsichtsrat vertreten.

Hat sich die Geschäftsführung gegenüber der Gesellschaft schadensersatzpflichtig gemacht, muss der Aufsichtsrat etwaige Schadensersatzansprüche der Gesellschaft gegen die Geschäftsführung durchsetzen. Unterlässt er das, ist er selbst zum Schadensersatz gegenüber der Gesellschaft verpflichtet.

**Aufsichtsrat prüft und berät über den Jahresabschluss**

**Aufsichtsrat vertritt die Gesellschaft gegenüber der Geschäftsführung**





## 2.1 Grundsätze zur Haftung von Aufsichtsräten einer GmbH

Die Übernahme eines Aufsichtsratsmandats als nicht risikoreich anzusehen, ist eine Fehleinschätzung, denn auch bei einem nur fakultativen (freiwilligen) Aufsichtsrat einer (Krankenhausträger-)GmbH haften die Aufsichtsratsmitglieder, und zwar nach den Vorschriften des Aktienrechts, wenn nichts Anderes im Gesellschaftsvertrag vereinbart ist.

Üblicherweise wird jedoch im Gesellschaftsvertrag die Anwendbarkeit des Aktiengesetzes ausgeschlossen, wodurch sich die Haftungsrisiken erheblich reduzieren. Das geschieht durch eine Regelung im Gesellschaftsvertrag der GmbH, wonach die Anwendbarkeit der in § 52 GmbHG genannten Vorschriften des Aktiengesetzes ausgeschlossen wird. Aufsichtsratsmitglieder sollten sich daher danach erkundigen, ob der Gesellschaftsvertrag einen entsprechenden Ausschluss vorsieht. Da dies regelmäßig der Fall ist, soll im Weiteren nicht auf die Haftung nach Aktienrecht eingegangen, sondern die allgemeinen Haftungsgrundsätze für Mitglieder eines fakultativen Aufsichtsrates dargestellt werden.

## 2.2 Verantwortlichkeit und Sorgfaltsmaßstab

Die Verantwortlichkeit der Aufsichtsratsmitglieder einer GmbH im Sinne einer persönlichen Haftung richtet sich nach dem allgemeinen Sorgfaltsmaßstab und nach Art und Inhalt der Pflichten des einzelnen Aufsichtsratsmitgliedes. Diese hängen wiederum von den Aufgaben des Aufsichtsrates als Gesamtgremium ab (Zöllner/Noack in: Baumbach/Hueck, GmbHG, § 52 Rz. 71, München 2013).

Der Aufsichtsrat kann sich seiner Haftung nicht dadurch entziehen, dass er bestimmte Aufgaben, z. B. die Prüfung des Jahresabschlusses einem Ausschuss überträgt. Die Aufsichtsratsmitglieder sind vielmehr verpflichtet, sich regelmäßig darüber zu informieren, wie die Ausschussmitglieder die ihnen zugewiesenen Aufgaben erledigen. Das gilt auch dann, wenn der Aufsichtsrat kraft einer Geschäftsordnung bestimmte Aufgaben auf einzelne Aufsichtsratsmitglieder verteilt hat. Die Verantwortung bleibt also immer beim Aufsichtsrat als Gesamtorgan.

Der Sorgfaltsmaßstab für Aufsichtsratsmitglieder richtet sich danach, wie ein ordentlicher und gewissenhafter Geschäftsleiter seine Aufgaben wahrzunehmen hat. Das wiederum beurteilt sich nach objektiven und subjektiven Kriterien. Objektiv ist ein Mindestmaß an Sorgfalt erforderlich. In subjektiver Hinsicht ist zu prüfen, welche Sorgfalt einem Aufsichtsratsmitglied aufgrund seiner Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen zumutbar ist. Ein Aufsichtsratsmitglied, das über beruflich erworbene Spezialkenntnisse verfügt, z. B. Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, Rechtsanwälte, unterliegt somit einem erhöhten Sorgfaltsmaßstab, soweit dessen Spezialgebiet betroffen ist. Sofern das Aufsichtsratsmitglied über besondere Fachkenntnisse verfügt, ist es gegenüber der Gesellschaft verpflichtet, diese einzusetzen; schließlich wird es oftmals gerade wegen seiner Spezialkenntnisse in den Aufsichtsrat berufen (BGH, Urteil vom 20.09.2010, Az: II ZR 234/09).

**Haftung nach Aktienrecht wird regelmäßig im Gesellschaftsvertrag ausgeschlossen.**

**Spezialkenntnisse sind zu berücksichtigen.**



## 2 Haftung von Aufsichtsräten einer GmbH

12

Umgekehrt gilt, dass ein Aufsichtsratsmitglied nicht mit dem Argument gehört wird, es sei nicht hinreichend fachkundig genug oder habe das Problem nicht verstanden. In diesem Fall wird dem Aufsichtsrat als Kollektivorgan abverlangt, fachkundigen Rat einzuholen bzw. sich die zur Beurteilung anstehende Maßnahme erläutern zu lassen (Fuhrmann in: Fuhrmann, Rodewald, Wälzholz, GmbH-Handbuch, Rz. I 1953, Köln, Stand: November 2013).

Vorstehende Sorgfaltspflichten gelten übrigens auch für ehrenamtlich tätige Aufsichtsratsmitglieder. Auch diese unterliegen bei Pflichtverletzungen einer Haftung.

### 2.3 Schadensersatzpflicht bei Sorgfaltspflichtverletzung

Wie zuvor unter Ziffer 2.1 ausgeführt, haftet das Aufsichtsratsmitglied nicht nach den Regeln des Aktiengesetzes, sofern dessen Geltung im Gesellschaftsvertrag ausgeschlossen ist. Möglich ist aber eine Haftung nach zivilrechtlichen Bestimmungen bei Verletzung der unter Ziffer 2.2 dargestellten Sorgfaltspflichten.

Voraussetzungen für die Haftung eines Aufsichtsratsmitgliedes nach zivilrechtlichen Grundsätzen sind eine schuldhafte Pflichtverletzung, der Eintritt eines Schadens bei der Gesellschaft und eine Kausalität zwischen Pflichtverletzung und Schaden.

Dabei ist zu unterscheiden zwischen der Innen- und der Außenhaftung. Unter der Innenhaftung versteht man die Haftung gegenüber der Gesellschaft und den Gesellschaftern, unter Außenhaftung die Haftung gegenüber (externen) Dritten. Dritte können Aufsichtsratsmitglieder nicht direkt für ihr Fehlverhalten in Anspruch nehmen. Sie müssen vielmehr versuchen, gegen die GmbH vorzugehen, die sodann ihrerseits die einzelnen Aufsichtsratsmitglieder ggfs. in Regress nehmen kann, denn ein etwaiger Schadensersatzanspruch steht der GmbH und nicht dem Dritten zu (Fuhrmann a.a.O., Rz. I 1946; Lutter/Hommelhoff, GmbHG, § 52 Rz. 33, München 2009).

Der Schadensersatzanspruch richtet sich gegen das einzelne Aufsichtsratsmitglied persönlich und nicht gegen den Aufsichtsrat als Organ oder gegen den das Aufsichtsratsmitglied entsendenden Gesellschafter, z. B. die Kirchengemeinde. Verletzen mehrere Aufsichtsratsmitglieder ihre Pflichten, haften sie der GmbH gegenüber als Gesamtschuldner (Lutter/Hommelhoff, a.a.O., § 52 Rz. 35).

Wie in Kapitel 1 dargestellt, besteht die Hauptpflicht des Aufsichtsrates in der Überwachung und Kontrolle der Geschäftsführung. Diese Kontrolle betrifft den Aufsichtsrat als Kollektivorgan und bezieht sich nicht nur auf die Rechtmäßigkeit, sondern auch auf die Wirtschaftlichkeit der Unternehmensführung. Daraus ergibt sich, dass der Aufsichtsrat nicht für Gesetzesverstöße der Geschäftsführung, sondern für die mangelhafte Überwachung der Geschäftsführung haftet. So muss sich der Aufsichtsrat beispielsweise davon überzeugen, ob das Krankenhaus

Haftungsvoraussetzungen

Unterschiede Innenhaftung-  
Außenhaftung

Anspruchsinhaber

Anspruchsgegner



richtig organisiert und die Finanzierung gesichert ist. In diesem Zusammenhang besteht die Pflicht zur Prüfung des Jahresabschlusses. Erkennt der Aufsichtsrat rechtswidrige Maßnahmen der Geschäftsführung, so muss er einschreiten.

Durchläuft die GmbH eine Krise, nimmt die Kontrollpflicht des Aufsichtsrates erheblich zu. Stellt der Aufsichtsrat fest, dass die Gesellschaft insolvenzreif ist, hat er darauf hinzuwirken, dass die Geschäftsführung rechtzeitig einen Insolvenzantrag stellt und keine Zahlungen leistet, die mit der Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsleiters nicht vereinbar sind. Verstößt er hiergegen schuldhaft, kann er der Gesellschaft gegenüber zum Schadensersatz verpflichtet sein (BGH vom 20.09.2010, Az: II ZR 78/09; BGH, Urteil vom 16.03.2009, Az: II ZR 280/07; OLG Brandenburg, Urteil vom 17.02.2009, Az: 6 U 102/07).

Ferner kann sich das Aufsichtsratsmitglied bei Compliance- und Loyalitätsverstößen schadensersatzpflichtig machen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Ausnutzung der Kenntnis von Ausschreibungsangeboten oder der Abwerbung von Mitarbeitern.

Die Rechtsprechung hat in folgenden Fällen ein fahrlässiges Handeln eines Aufsichtsratsmitgliedes angenommen:

- Ein Aufsichtsratsmitglied unterlässt es, seine Kollegen vor der Beschlussfassung über die Vergabe eines Kredits über die ihm zufällig bekannt gewordene prekäre wirtschaftliche Situation des Darlehensnehmers aufzuklären (LG Hamburg, Urteil 18.12.1980, Az: 8 O 229/79).
- Ein Aufsichtsratsmitglied gibt Hinweise auf existenzgefährdende Spekulationsgeschäfte der Geschäftsführung nicht an den Gesamtaufsichtsrat weiter (LG Dortmund, Urteil vom 01.08.2001, Az: 20 O 143/93).
- Ein Aufsichtsratsmitglied gibt Hinweise auf ein unrechtmäßiges Handeln der Geschäftsführung nicht an den Gesamtaufsichtsrat weiter (BGH, Urteil vom 10.09.2010, Az: II ZR 234/09).

## 2.4 Haftungsbeschränkungen und Haftungs-erleichterungen

Im Gesellschaftsvertrag der GmbH kann der Sorgfaltsmaßstab beschränkt werden, indem dort z. B. geregelt wird, dass die Aufsichtsratsmitglieder nur für vorsätzliches und grob fahrlässiges Verhalten haften. Die Haftung für vorsätzliches und grob fahrlässiges Verhalten kann nie ausgeschlossen werden. Ohne eine solche Regelung haftet das Aufsichtsratsmitglied auch für leicht fahrlässiges Verhalten, es sei denn, es kann glaubhaft machen, dass es in eigenen Angelegenheiten auch nicht sorgfältiger verfährt. Außerdem kann im Gesellschaftsvertrag die Haftung für leicht fahrlässiges Verhalten der Höhe nach begrenzt werden.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, auf Schadensersatzansprüche im Innenverhältnis zu verzichten. Dies ist regelmäßig der Fall, wenn der Aufsichtsrat entlastet wird. Entlastungsbeschlüsse haben die Wirkung, dass die Gesellschafter

**In der Krise besteht eine erhöhte Kontrollpflicht.**

**Beispiele für fahrlässige Pflichtverletzungen eines Aufsichtsratsmitgliedes**

**Sorgfaltsmaßstab kann im Gesellschaftsvertrag beschränkt werden.**



## 2 Haftung von Aufsichtsräten einer GmbH

14

keine Schadensersatzansprüche gegen die Aufsichtsratsmitglieder wegen solcher Vorgänge, die aufgrund der Rechenschaftslegung und der sonst zugänglich gemachten Unterlagen und Angaben bei Erteilung der Entlastung erkennbar waren, durchsetzen können.

Außerdem kann sich der Aufsichtsrat durch Gesellschafterbeschluss von der Haftung freistellen lassen, und zwar entweder generell oder nur für bestimmte Maßnahmen.

### 2.5 D&O-Versicherung

Angesichts der vorstehend geschilderten Haftungsrisiken empfiehlt es sich, eine Vermögensschadenhaftpflichtversicherung – oder auch D&O-Versicherung (Directors and Officers Liability Insurance) genannt – abzuschließen. Solche Versicherungen können von der GmbH zugunsten ihrer Organe (Geschäftsführung und Aufsichtsrat) abgeschlossen werden und sowohl Innen- als auch Außenhaftungsansprüche umfassen.

Letztlich müssen die Kosten einer D&O-Versicherung genau gegenüber dem versicherten Risiko abgewogen werden. Deckt die D&O-Versicherung das Risiko der Innenhaftung nicht ab, ist sie für den Aufsichtsrat uninteressant.

Vor Abschluss einer D&O-Versicherung sollte genau geprüft werden, welche Pflichtverletzungen, Schäden und Risiken von der Versicherung abgedeckt werden, ferner ob Haftungsobergrenzen bestehen und ob diese ausreichend sind. Das einzelne Aufsichtsratsmitglied wird eher zum Abschluss einer D&O-Versicherung tendieren, um sich gegen eine persönliche Inanspruchnahme abzusichern. Da die Kosten für eine D&O-Versicherung in der Regel von der GmbH getragen werden und nicht unerheblich sind, gilt es gegenüber der Geschäftsführung und den Gesellschaftern Überzeugungsarbeit zu leisten, dass der Abschluss einer D&O-Versicherung notwendig ist. Durch einen Vergleich der Versicherungspolicen und die Vereinbarung einer Selbstbeteiligung lassen sich die Kosten minimieren.

**D&O-Versicherung sollte Innenhaftung abdecken.**

# 3 Wahrnehmung von Aufsicht



**ANDREAS KAMP**  
Dipl.-Kfm

**BPG Unternehmensberatungs-  
gesellschaft mbH**

345678901234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901  
901234567890123456789012345678901234567890123456789012345678901234567





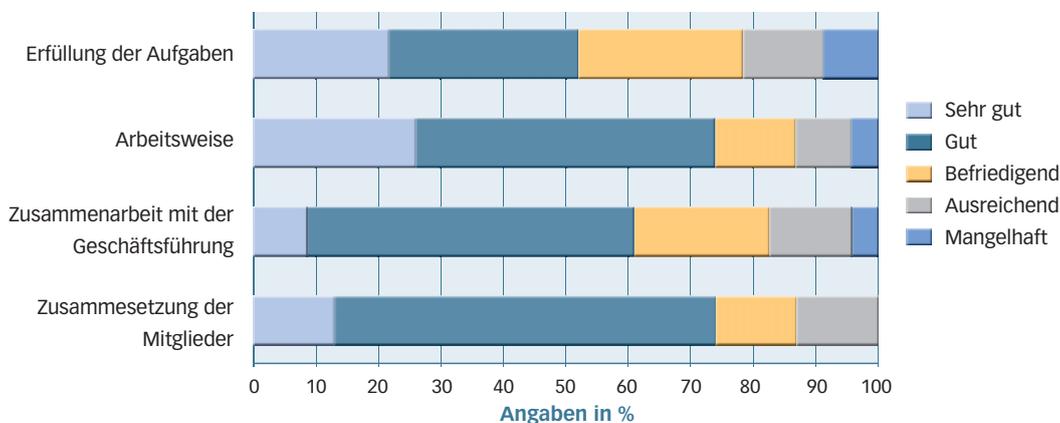
## 3 Wahrnehmung von Aufsicht

16

Die Aufgabenvielfalt und gesteigerte Komplexität der Unternehmensumwelt erfordern eine hohe Professionalisierung der Aufsichtsräte. Die im Kapitel 1 angesprochenen Rechte und Pflichten sind von jedem Aufsichtsratsmitglied vollumfänglich wahrzunehmen.

Es stellt sich somit die Frage, wie die Aufsichtsratsvorsitzenden selbst ihren eigenen Aufsichtsrat in Bezug auf die eigene Gremienkompetenz, die Arbeitsweise und Zusammensetzung sowie die Interaktion mit der Geschäftsführung beurteilen. Eine aktuelle Studie der BPG Unternehmensberatung beschäftigt sich mit genau diesen Themen und ermöglicht so einen Blick in die aktuelle Praxis (Kamp, A., Stienhans, C., Schroer, S. (2014), Studie zur Steuerung von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen durch Aufsichtsgremien, BPG Unternehmensberatungsgesellschaft mbH, Münster). An der Befragung haben insgesamt 50 Gremienvorsitzende von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen teilgenommen, was einer Rücklaufquote von 14 % entspricht.

Die eigene Einschätzung der Leistungsfähigkeit fällt grundsätzlich bei allen befragten Gremien positiv aus (Abbildung 1). Die Aufsichtsratsarbeit in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens kann somit als professionell beurteilt werden.



### Professionelle Wahrnehmung von Aufsicht

Abbildung:  
Bewertung der Leistungsfähigkeit des Aufsichtsgremiums in Krankenhäusern,  
Quelle: BPG Unternehmensberatungsgesellschaft mbH, Münster

### 3.1 Umgang mit Strategie und Kommunikation

Die Entwicklung und die aktive Begleitung bei der Umsetzung der Strategie sind Kernpunkte einer erfolgreichen Aufsichtsratsarbeit. Zusammen mit der Geschäftsführung bestimmt dieser die zukünftige Ausrichtung des Unternehmens mit den Zielen, die Zukunftsfähigkeit zu sichern, neue Erfolgspotentiale aufzudecken und eine langfristige Ertragsversteigerung zu gewährleisten.

Die Aufsichtsratsarbeit hat originär einen langfristigen, strategischen Fokus. So zeigt die Studie, dass der Aufsichtsrat in knapp 80 % der Fälle Impulse zur strategischen Positionierung liefert oder den Umsetzungsfortschritt prüft. Dominieren in der Aufsichtsratsarbeit jedoch zu sehr operative Themen, führt dies dazu, dass die Strategie nicht hinreichend kontrolliert bzw. festgesetzt wird. Als Folge kann die Übertragung der Gesamtstrategie auf Einzelmaßnahmen nicht oder nur noch unzureichend erfolgen.



Ein wesentliches Erfolgskriterium guter Aufsichtsratsarbeit ist Kommunikation. Die Transparenz und Offenheit der Kommunikation zwischen Aufsichtsrat und Geschäftsführung bzw. unter den Mitgliedern des Aufsichtsrates selbst ist der Ausgangspunkt für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Diese Zusammenarbeit wird von den Befragten überwiegend als konstruktiv und positiv bewertet. Die Rolle des Aufsichtsrates entwickelt sich daher weg von einem reinen Kontrollgremium hin zu einem prospektiv-beratungsorientierten Rat.

### 3.2 Verhalten in wirtschaftlichen Krisensituationen

Eine besondere Herausforderung ist die Bewältigung von wirtschaftlichen Krisen. In derartigen Situationen haben die Aufsichtsräte nach Erfahrung der BPG Unternehmensberatung eine gesteigerte Überwachungspflicht, der wiederum ein gesteigertes Haftungsrisiko immanent ist. Deshalb sollten Aufsichtsratsmitglieder gerade in Krisenzeiten ihre Entscheidungen und Informationen sorgfältig vorbereiten, rechtzeitig treffen und differenziert dokumentieren. Der Aufsichtsrat muss in dieser Situation möglichst detaillierte Berichte von der Geschäftsführung erhalten, die daraus abgeleiteten Maßnahmen überprüfen und auf Unklarheiten beziehungsweise Unvollständigkeiten hinweisen. Ziel ist es, die langfristige Handlungsfähigkeit des Unternehmens zu sichern. Sind Berichte unvollständig, erkennbar unrichtig oder hat der Aufsichtsrat glaubwürdige Hinweise auf ein Fehlverhalten der Geschäftsführung, darf dieser seine Augen keinesfalls verschließen, sondern hat seinen originären Aufgaben in besonderem Maße nachzukommen. So sollten beispielsweise die Kontrollinstrumentarien verstärkt genutzt werden und die Intensität der Überwachung zunehmen. Durch den Aufsichtsrat ist auch zu prüfen, ob die Geschäftsführung in ihrer personellen Besetzung in der Lage ist, die Krise zu bewältigen. Ist dies nicht der Fall, muss er gegebenenfalls von seiner Personalhoheit Gebrauch machen.

Eine Unternehmenskrise beginnt nicht erst mit der drohenden Zahlungsunfähigkeit. Vielmehr durchläuft das Unternehmen mehrere typische Stadien – vom Normalbetrieb über die strategische und die Ergebniskrise bis hin zur Liquiditätskrise. Der Übergang vom Normalbetrieb zur strategischen Krise ist nur schwer erkennbar. Er beginnt, wenn wirtschaftliche Indikatoren, wie Umsatzrückgang oder Kostenzunahme erkennbar die Zukunftsfähigkeit des Unternehmens bedrohen. Aufsichtsräte sollten deswegen bei ersten Anzeichen einer Krise die persönliche und inhaltliche Präsenz erhöhen und bereits zu diesem Zeitpunkt ihre Aufgaben verstärkt wahrnehmen.

Zeigen sich im Gremium in Notsituationen Defizite, kann das Hinzuziehen externer Experten ein geeignetes Mittel sein. Diese können durch ihre Sichtweise „von außen“ dabei helfen, Fehler aufzudecken und der Gremienarbeit eine stärkere ziel- und aufgabenorientierte Struktur geben.

**Wirtschaftliche Krise als „Auftrag“**

**Stadien einer Unternehmenskrise**

**Externe Berater können helfen**





Fürstin Pauline

Gesundheitsstrukturen im ländlichen Raum haben immer etwas mit Vergangenheit aber auch mit der zukünftigen Entwicklung zu tun.

Unsere lippische Geschichte ist zum großen Teil geprägt durch die Fürstin Pauline, die sich bereits zu ihrer Zeit im 18. Jahrhundert Gedanken über die Volksgesundheit gemacht hat. In ihrer Zeit waren Umstände wie eine hohe Kindersterblichkeitsrate, ein seltenes Erkennen bestimmter Krankheit sowie eine insgesamt geringe Lebenserwartung nicht unüblich. Hinzu kam, dass es noch keine festen Gesundheitsstrukturen mit Krankenkassen oder Ähnlichem gab, nur die Unterscheidung zwischen armen und reichen Leuten.

Heute sind wir, seit 1947, der dritte Landesteil im Wappen des Landes NRW. Unsere Vorfahren werden sich über die Frage nach der Entwicklung der Krankenhausfinanzierung innerhalb der Bundesrepublik mit ihren 16 Ländern kaum Gedanken gemacht haben. Heute sieht es so aus, dass der Kreis Lippe in den vergangenen Jahren immer mehr in seine Krankenhäuser investieren musste – obwohl dies eigentlich die Aufgabe des Landes ist – um diese weiterhin konkurrenzfähig gegenüber den privaten Kliniken zu halten. Dies ist leider notwendig für eine adäquate Gesundheitsversorgung auf einer Fläche von 1290 km<sup>2</sup> und bei 350 000 Einwohnern in 16 Städten und Gemeinden. Eine sichere Gesundheitsversorgung ist einer der wichtigsten Standortfaktoren einer Region, um die Menschen für unsere Region als Fachkräfte zu begeistern oder unsere Bürgerinnen und Bürger bei uns zu halten.

Uns ist die Schwierigkeit, kommunale Häuser wirtschaftlich zu führen, durchaus bewusst. Dies wird auf Dauer nur gelingen, wenn wir uns wie die Privaten ausschließlich auf unsere Kernaufgaben beschränken und alles andere an Tochtergesellschaften abgeben. Diese Entscheidungen sind strategisch, die ein Aufsichtsrat treffen muss. Denn Tatsache ist: der Wettbewerb um Patienten nimmt beständig zu.

Die Politik des Landes bzw. des Bundes stellt die Krankenhäuser immer mehr in den Wettbewerb, sodass es aufgrund der Notwendigkeit immer größere Einheiten gibt und der ländliche Raum sich weiteren Standortnachteilen ausgeliefert sieht. Dies ist u.a. dann der Fall, wenn sich der Wettbewerber vor allem auf die lukrativen Versorgung beschränkt und wir hingegen im ländlichen Raum die Gesamtversorgung sicherstellen müssen. Diese Grundversorgung ist für unsere Bürgerinnen und Bürger in Lippe wie auch in ganz Ostwestfalen-Lippe als Standortfaktor natürlich sehr wichtig. Lebensqualität besteht zum großen Teil auch aus Gesundheitsangeboten innerhalb einer Region und damit verbundenen, weiterführenden Faktoren wie Arbeitsplatzsicherung und wirtschaftlicher Entwicklung, die letztlich die Wertschöpfung ausmachen.



## 4 Erfahrungen aus der Sicht eines Praktikers

20

Viele unserer kommunalen Kliniken werden als GmbH geführt. Somit hat der Aufsichtsrat eine besondere Aufgabe. Einmal agiert er im Kreistag für alle Aufgaben des Kreises, aber es ist auch seine Aufgabe, die Kliniken als Wirtschaftsunternehmen aufzustellen. Diese doppelte Verantwortung ist eine nicht unerhebliche Herausforderung, die auch noch in diesen kurzen Wahlperioden von 5 Jahren besondere Auswirkungen hat. Damit ist aus meiner Sicht jeder Aufsichtsrat als Kontrollorgan gut beraten, sich auf die strategische Begleitung und die Strukturentwicklung zu beschränken und über Ergebnisse, Abschlüsse und Zielvereinbarungen für das Wirtschaftsjahr sowie über die mittelfristige strategische Ausrichtung des Klinikums innerhalb unseres Kreises in den nächsten 10 Jahren – also bis 2025 – Entscheidungen zu treffen.

Ein weiterer, sehr wichtiger Punkt ist die selbstständige Arbeit der Geschäftsführung bzw. des Geschäftsführers. Nur, wenn es dem Aufsichtsratsvorsitzenden und dem gesamten Aufsichtsrat gelingt, vom Tagesgeschäft und den Aufgaben der Umsetzung des Wirtschaftsplanes loszulassen, wird es auf Dauer möglich sein, kommunale Häuser noch zu führen. In unsere Kliniken gehören keine parteipolitischen oder lobbyistischen Interessen. Die Verantwortlichen aller Bereiche müssen mit Fach- und Sachverstand strategische Ausrichtung und Weitblick im Sinn haben.

Auch dazu gehört eine Modernisierung der Aufgaben in Form von angepassten Organisationen. Das Klinikum Lippe ist ein gutes Beispiel hierfür mit der Gesundheitsholding in der gesamten Verantwortung und den Fachbereichen in der Einzelverantwortung.

Nicht zuletzt zählt vor allem der Wille der Gesellschaft, sich gemeinsam mit allen Verantwortlichen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern neuen Herausforderungen zu stellen.

Somit bin ich der Meinung, dass wir als Aufsichtsrat mit der Geschäftsführung und deren guter Aufstellung eine gute Chance haben, unsere kommunalen Häuser wirtschaftlich zu erhalten, sofern der Gleichklang von Fachkompetenz und strategischem Weitblick zwischen Aufsichtsrat und Geschäftsführung gelingt. Für die Erhaltung unseres ländlichen Raumes sind aus meiner Sicht gerade der ganzheitlich organisatorische Gesundheitsstandort und dessen Qualitätsentwicklung von besonderer Bedeutung, um die durch uns erarbeiteten strategischen Ziele – bestehend aus der Lebensqualität für unsere Menschen, aber auch Wertschöpfung und Wirtschaftskraft – miteinander in Einklang zu bringen.



## 5.1 Aufgaben von Aufsichtsräten

Hauptaufgaben des Aufsichtsrates sind – wie im Kapitel 1 dargestellt – die laufende Überwachung und Beratung der Geschäftsführung. In der täglichen Praxis findet man nicht nur den Begriff des Aufsichtsrates, sondern auch synonym verwandte Begriffe wie Verwaltungsrat oder Beirat.

Eine besondere Rolle nimmt der Vorsitzende des Aufsichtsrates ein. Er ist erster Ansprechpartner für die Gesellschafter und auch für den Abschlussprüfer der Gesellschaft, der sich in schwierigen wirtschaftlichen Fragen und Feststellungen aus der Durchführung der Jahresabschlussprüfung zunächst an den Vorsitzenden des Aufsichtsrates wenden wird.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf den Aufsichtsrat einer Krankenhaus-GmbH. Sie sind auf andere Rechtsformen übertragbar.

## 5.2 Laufende Aufsicht und Beratung der Geschäftsführung

Die laufende Überwachung und Beratung der Geschäftsführung vollzieht sich in den Sitzungen des Aufsichtsrates, in denen über das Krankenhausgeschäft nach Information durch die Geschäftsführung beraten wird. Die Aufsichtsratssitzungen könnten dabei wie folgt organisiert und strukturiert werden (siehe Abbildung 1):

### Überwachung und Beratung der Geschäftsführung

Abbildung 1:  
Organisation und Struktur von Aufsichtsratssitzungen, Quelle: Beratungs- und Prüfungsgesellschaft BPG mbH, Münster

Agenda	Inhalt	Rhythmus		
		QUARTAL Ende April, Juli, Oktober und Anfang Dezember	jährlich	alle 2-3 Jahre
wirtschaftliche Lage	Leistungs- und Ergebnisentwicklung, Darstellung Liquiditätslage Soll-Ist-Vergleich, ggf. Anpassung Wirtschaftsplan des lfd. Jares	jede Sitzung		
Interne Revision	Internes Kontrollsystem (z.B. Geld- und Zahlungsverkehr)		Oktober	
Risikofrüherkennungssystem	Überblick zur Chancen- und Risikoentwicklung		Oktober	
Strategie	langfristige strategische Ausrichtung			ein ganzer Tag
Versicherungen	Überblick über den aktuellen Versicherungsschutz		Oktober	
besondere Investitionen	Wirtschaftlichkeitsberechnung, Finanzierung	nach Bedarf		
Wirtschaftsplan	Vermögens- Finanz- und Ertragslage, Leistungsdaten		Dezember	
Jahresabschluss/ Konzernabschluss	Vorstellung und Feststellung	Juli		
Personal- und Organisationsfragen		nach Bedarf		
sonstige wichtige Anlässe	ggf. in Geschäftsordnung für das Aufsichtsorgan definieren	unverzüglich Bericht an den Vorsitzenden des Aufsichtsgremiums		

Zur Beurteilung und Überwachung der wirtschaftlichen Lage sollte beispielsweise über folgende wesentliche Daten berichtet werden:

- Fallzahlentwicklung nach Fachabteilungen
- Entwicklung der Top 10 DRGs
- Anzahl der Geburten
- Komplikationsrate
- Auslastungsgrad der Fachabteilungen
- Verweildauerentwicklung
- Inanspruchnahme von Wahlleistungen
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)
- Zusatzentgelte
- Ambulante Operationen
- Entwicklung des CMI und der vereinbarten CM-Punkte
- Personaleinsatz
- Ergebnisentwicklung
- Liquiditätsentwicklung / Cash-flow
- Ggf. Ergebnisentwicklung von Nebenbetrieben

Darüber hinaus sollte die Geschäftsführung über die fortlaufende Umsetzung von ergriffenen Maßnahmen zur strategischen Weiterentwicklung des Krankenhauses, zur Wettbewerbsstellung, zu gesetzlichen Veränderungen und zu den allgemeinen Rahmenbedingungen berichten.

Ein wichtiges Kontroll- und Informationsinstrument für den Aufsichtsrat ist das Planungsinstrumentarium der Geschäftsführung. Regelmäßig zum Jahresende sollten Planrechnungen mit einem Zeithorizont von 3 bis 5 Jahren vorgelegt werden. Diese Planrechnungen sollten mindestens umfassen:

- Ergebnisentwicklung (Plan-Gewinn- und Verlustrechnungen)
- Liquiditätsplanung
- Investitionsplanung und Planung deren Finanzierung

Die Ergebnisentwicklung in den ersten drei Quartalen des Jahres könnte dem Aufsichtsrat beispielsweise wie in Abbildung 2 dargestellt werden:



Überwachung der Kennzahlen...

... und mit Hilfe von Planrechnungen

## 5 Beurteilung der wirtschaftlichen Daten und Aufsicht in der Praxis

24

Abbildung 2: Ergebnisentwicklung und Soll-Ist-Vergleich (Quartalsabschlüsse),  
Quelle: Beratungs- und Prüfungsgesellschaft BPG mbH, Münster

Soll-Ist-Vergleiche (Quartalsabschlüsse)				
	Plan 2012 1., 2., 3. Quartal TEUR	Ist 2012 1., 2., 3. Quartal TEUR	Veränderung	
			TEUR	%
<b>Erträge</b>				
stationäre Erlöse	41.000	41.686	686	1,6
davon				
Station 1	(15.000)	(15.325)	(325)	(2,1)
Fälle	(5.359)	(5.407)	(48)	(0,9)
CMI	(0,950)	(0,962)	(0,012)	(1,2)
Station 2	(16.000)	(16.215)	(215)	(1,3)
Fälle	(5.497)	(5.537)	(40)	(0,7)
CMI	(0,988)	(0,994)	(0,006)	(0,6)
USW.				
Erlöse aus Wahlleistungen	600	656	56	8,5
Erlöse aus ambulanten Leistungen	1.700	1.745	45	2,6
Nutzungsentgelte der Ärzte	1.900	1.868	-32	-1,7
Sonstige betriebliche Erträge	6.000	6.124	124	2,0
<b>Summe Erträge Gesamt</b>	<b>51.200</b>	<b>52.079</b>	<b>879</b>	<b>1,7</b>
<b>Aufwendungen</b>				
Personalaufwendungen				
Ärztlicher Dienst	10.500	10.739	239	2,2
Anzahl Vollkräfte	85	86	1	1,3
Pflegedienst	9.800	10.014	214	2,1
Anzahl Vollkräfte	183	181	-2	-1,0
Medizinischer Fachdienst	7.200	7.129	-71	-1,0
Anzahl Vollkräfte	141	142	1	0,4
Sonstiges Personal	4.150	4.074	-76	-1,9
Anzahl Vollkräfte	90	88	-2	-2,5
Nicht aufgeteilte Personalaufwendungen	600	669	69	10,3
<b>Summe Personalaufwendungen</b>	<b>32.250</b>	<b>32.625</b>	<b>375</b>	<b>1,1</b>
Anzahl Vollkräfte gesamt	499	497	-2	-0,5
<b>Sachaufwendungen</b>				
Lebensmittel	650	668	18	2,7
Medizinischer Bedarf	10.800	10.773	-27	-0,3
Wasser, Energie, Brennstoffe	1.000	997	-3	-0,3
Wirtschaftsbedarf	1.620	1.612	-8	-0,5
Verwaltungsbedarf	585	590	5	0,8
Instandhaltung, Instandsetzung	1.300	1.425	125	8,8
Steuern, Abgaben, Versicherungen	600	623	23	3,7
Sonstige Aufwendungen	1.500	1.463	-37	-2,5
<b>Summe Sachaufwendungen</b>	<b>18.055</b>	<b>18.151</b>	<b>96</b>	<b>0,5</b>
<b>Summe Aufwendungen Gesamt</b>	<b>50.305</b>	<b>50.776</b>	<b>471</b>	<b>0,9</b>
<b>Zwischensumme</b>	<b>895</b>	<b>1.303</b>	<b>408</b>	<b>31,3</b>
Ausgleiche	0	24	24	100,0
<b>Betriebsergebnis</b>	<b>895</b>	<b>1.327</b>	<b>432</b>	<b>32,6</b>
Ergebnis Investitionsbereich	-820	-833	-13	1,6
<b>Zwischenergebnis</b>	<b>75</b>	<b>494</b>	<b>419</b>	<b>84,8</b>
Zinsergebnis	-380	-373	7	-1,9
Übriges Ergebnis	600	521	-79	-15,2
<b>Jahres(Quartals-)ergebnis</b>	<b>295</b>	<b>642</b>	<b>347</b>	<b>54,0</b>

Zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage und laufenden Kontrolle sind darüber hinaus Kennzahlenvergleiche hilfreich, die ggf. unter Zuhilfenahme einer externen Beratungs- oder Wirtschaftsprüfungsgesellschaft erarbeitet werden können. Wichtige Kennzahlen können sein:

- CM-Punkt je Vollkraft (vgl. Abbildung 3: CM-Punkt je Vollkraft)
- Personalaufwand je Fall oder CM-Punkt in Euro
- medizinischer Sachbedarf je Fall oder CM-Punkt in Euro
- Personalkostenquote
- Sachkostenquote
- Personalaufwand der Ärzte je Vollkraft
- Personalaufwand des Pflegedienstes je Vollkraft

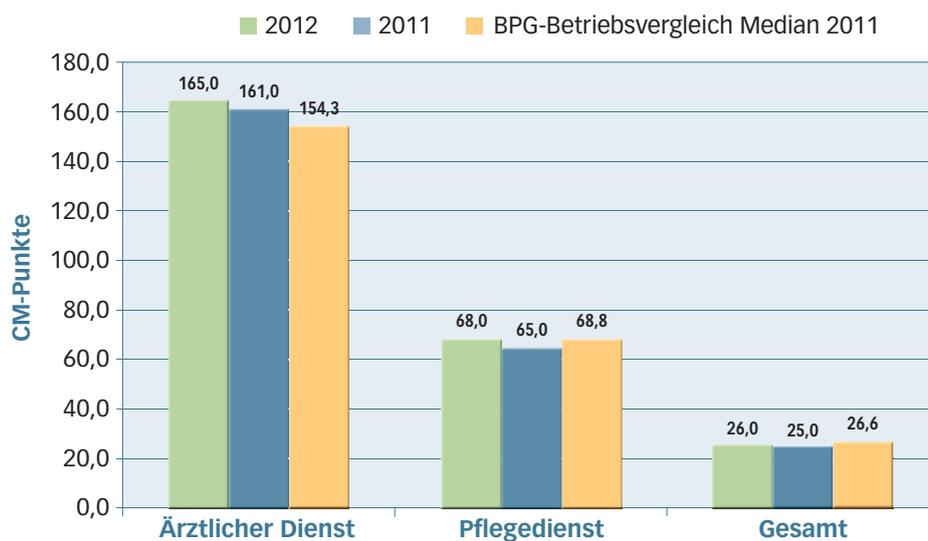


Abbildung 3:  
CM-Punkt je Vollkraft, Quelle: Beratungs- und Prüfungsgesellschaft BPG mbH, Münster

Zur Beurteilung der Zukunftsfähigkeit des Krankenhauses gehört auch die Frage, ob notwendige Investitionen aus Fördermitteln, eigenen Finanzmitteln oder unter Zuhilfenahme von Bankdarlehen getätigt werden können. Hierzu ist regelmäßig eine Bonitätsbeurteilung kreditgebender Banken erforderlich (Rating). In einem Rating beurteilt die Bank die Kreditwürdigkeit der Gesellschaft.

Zur weiteren Beratung und Beurteilung der wirtschaftlichen Lage und mit dem Ziel einer strategischen Weiterentwicklung des Krankenhauses müssen mit der Geschäftsführung insbesondere folgende Themenkomplexe diskutiert werden:

- Wie unterscheidet sich das Krankenhaus durch Schwerpunktbildung in der medizinischen Leistungsstruktur von den unmittelbaren Wettbewerbern?
- Verfügt das Krankenhaus ggf. über Zentren der medizinischen Leistungsstruktur (Brustzentrum, Herzzentrum u.a.)?

**Wichtige (auch strategische) Themen über die wirtschaftlichen Daten hinaus**



- Nimmt das Krankenhaus an besonderen Verfahren der medizinischen Leistungserbringung teil (integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme)?
- Sind Maßnahmen zur Einführung von Qualitätsmanagementsystemen eingeleitet bzw. bereits erfolgreich abgeschlossen (KTQ und proCum Cert)?
- Werden neue Möglichkeiten ergriffen, um die Patientenströme in das Krankenhaus zu lenken (Gründung von medizinischen Versorgungszentren, Bau eines Ärztehauses am Krankenhaus, Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten)?
- Wird die Mindestmengenproblematik beobachtet?
- Können Leistungen durch Tochter-Servicegesellschaften erbracht werden?
- Sind die Arbeitszeiten der Mitarbeiter durch moderne Dienstplanmodelle geregelt?
- Wie kann die Arbeitgeberattraktivität gesteigert werden?
- Ist eine Kooperation mit einem Wettbewerber sinnvoll?

Aufgrund sich ständig verändernder gesetzlicher Rahmenbedingungen ist es zudem erforderlich, die eigene Wettbewerbssituation im Vergleich zu den Wettbewerbern zu stärken. In diesem Zusammenhang ist die Beachtung der oben genannten Fragestellungen von besonderer Bedeutung.

### 5.3 Bilanzsitzung des Aufsichtsrates

Die Zahlen des Jahresabschlusses und die Darstellungen im Lagebericht der Geschäftsführung werden im Regelfall durch einen Abschlussprüfer (Wirtschaftsprüfer) überprüft. Dieser berichtet hierüber in einem Prüfungsbericht, der dem Aufsichtsrat vorzulegen ist. Eine wechselseitige Kommunikation zwischen dem Abschlussprüfer und dem Aufsichtsrat über während der Prüfung aufgetretene Probleme oder bedeutsame Sachverhalte sollte dabei zeitnah erfolgen.

Im Prüfungsbericht gibt der Wirtschaftsprüfer regelmäßig eine wirtschaftliche Analyse der Jahresabschlusszahlen und liefert Kennzahlenvergleiche im Zeitablauf und durch einen Branchenvergleich. Ggf. kommt der Abschlussprüfer seiner sog. Redepflicht gemäß § 321 HGB nach, wenn er entwicklungsbeeinträchtigende oder bestandsgefährdende Tatsachen erkennt. Dem Abschlussprüfer ist auch der Lagebericht der Krankenhaus-GmbH vorzulegen. Bei unrichtiger oder verkürzter Lageberichterstattung wird dieser auf eine Änderung hinwirken oder aber im Prüfungsbericht ergänzende Hinweise geben, wenn er eine andere Beurteilung der Lage des Unternehmens hat.

**Der Abschlussprüfer unterstützt den Aufsichtsrat**

In der „Bilanzsitzung“ sollte der Abschlussprüfer auch eingehen auf:

- Wirtschaftliche Leistungsdaten des Krankenhauses (Fallzahl, Planbettenzahl, Verweildauer, Casemix-Punkte, Casemix-Index, Vollkräfteentwicklung u.a.)
- Budgetentwicklung
- Beurteilung der wirtschaftlichen Lage im Rahmen der Angleichung der landesweiten Basisfallwerte an den bundesweiten Basisfallwert (vgl. Abb. 4: Konvergenzphase)

### Budgetentwicklung - Konvergenzphase

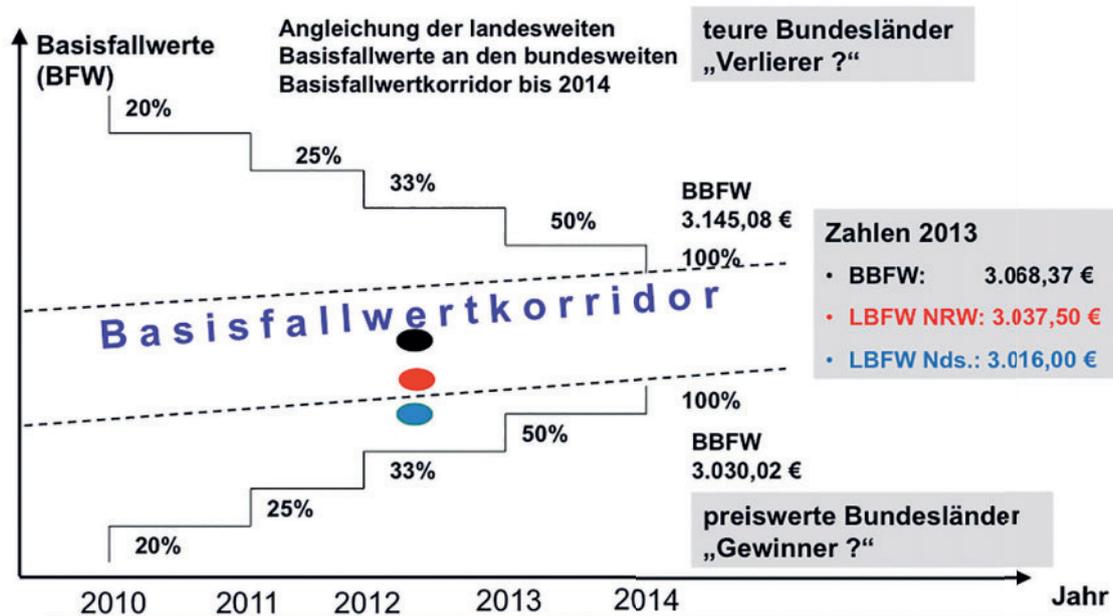


Abbildung 4: Konvergenzphase, Quelle: Beratungs- und Prüfungsgesellschaft BPG mbH, Münster



Des Weiteren sollte im Prüfungsbericht ein Kennzahlenvergleich vorliegen, der folgendermaßen aussehen könnte:

Kennzahl	2012	2011	2010	2009	2008
Jahresergebnis in TEUR					
Betriebsergebnis in TEUR					
Erfolgswirksame Abschreibungen in TEUR					
Cashflow aus lfd. Geschäftstätigkeit in TEUR					
Umsatz in TEUR					
Cashflow aus lfd. Geschäftstätigkeit vom Umsatz in %					
Nutzungsgrad der Planbetten in %					
Fallzahl					
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen					
Case-Mix-Index					
Volkräfte (VK)					
Personalaufwendungen je VK in TEUR					
Eigenkapitalquote in %					
Deckungsverhältnis in TEUR					
Kurzfristige Liquiditätsreserve in TEUR					
Deckungszeitraum der Liquidität in Tagen					
Debitorenreichweite in Tagen					

Im Rahmen der Sitzung können dem Abschlussprüfer weitere Fragen zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses gestellt werden. Beispielhaft seien folgende Fragestellungen genannt:

- Wie beurteilt der Abschlussprüfer das Krankenhaus im Vergleich zu anderen Krankenhäusern?
- Gibt es Anregungen oder Hinweise zur weiteren Verbesserung der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses?
- Kann das Krankenhaus auch in der Zukunft als Einzelkrankenhaus (stand-alone-Lösung) bestehen?
- Gibt es besondere Risiken, die auf das Krankenhaus zukommen?

### 5.4 Aufsicht in besonderen Fällen, besondere Prüfungen

Die wirtschaftliche Lage des Krankenhauses kann es erforderlich machen, besondere Maßnahmen zu ergreifen. Insbesondere bei wirtschaftlichen Schieflagen, beispielsweise bei Liquiditätsproblemen, ist eine intensivere Kontrolle und Beratung des wirtschaftlichen Geschehens erforderlich. Der Aufsichtsratsvorsitzende wird daher Sondersitzungen einberufen, um über die schwierige Lage zu beraten. Möglicherweise sind die Gesellschafterversammlung und ggf. die kirchliche Aufsicht zu informieren. Die Abfolge und Umsetzung von geeigneten Maßnahmen im Rahmen eines Sanierungskonzepts müssen fortlaufend intensiv überwacht werden. In solchen Fällen werden auch regelmäßig Gespräche mit den kreditgebenden Banken geführt.

Wirtschaftliche Daten  
im Zeitablauf

*Kennzahlenvergleich, Quelle:  
Beratungs- und Prüfungs-  
gesellschaft  
BPG mbH, Münster*

Wirtschaftliche Schieflagen



Der Aufsichtsrat kann den Abschlussprüfer hinzuziehen, um ihn mit der Überprüfung oder Begleitung des Sanierungskonzepts zu beauftragen. Auf diese Weise erhält der Aufsichtsrat Sicherheit über das Zahlenwerk und eine Information seitens des Abschlussprüfers unabhängig von der Geschäftsführung.

Seiner Überwachungstätigkeit kann der Aufsichtsrat auch mit der Durchführung von Sonderprüfungen durch den Abschlussprüfer nachkommen. Dies kann z. B. dann erforderlich sein, wenn der Aufsichtsrat den Eindruck gewinnt, dass es durch Mängel im IT-System immer wieder zu Systemabstürzen oder Ausfällen kommt. Dann kann sich die Überprüfung des eingesetzten IT-Systems durch einen IT-technischen Sachverständigen empfehlen.

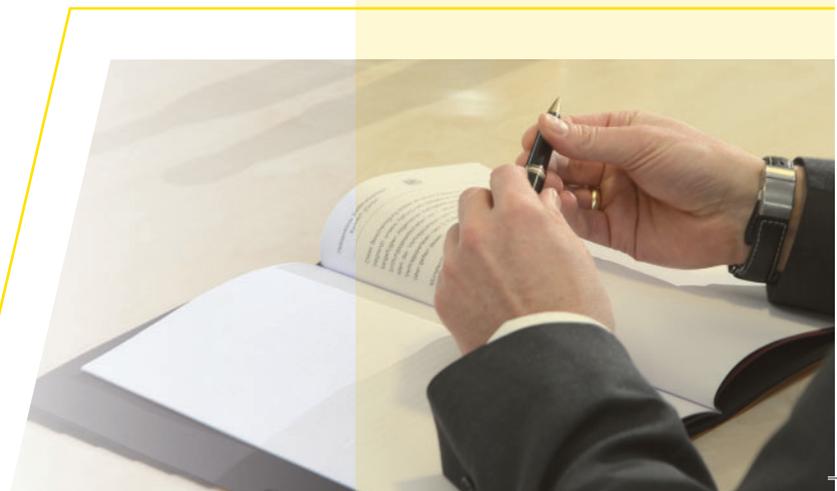
Eine Erweiterung des Auftrages zur Jahresabschlussprüfung kann durch die Durchführung einer Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung erreicht werden. Eine solche Prüfung bezieht sich auf die Geschäftsführungsorganisation, das Geschäftsführungsinstrumentarium und die Geschäftsführungstätigkeit. Sie wird regelmäßig durchgeführt anhand eines Fragenkatalogs. Der Aufsichtsrat erhält auf diese Weise eine qualifizierte Aussage, ob beispielsweise das in dem Krankenhaus eingesetzte Instrumentarium ausreichend ist.

## 5.5 Zusammenfassung und Empfehlung

Kontrolle und Aufsicht zur Beurteilung der Zukunftsfähigkeit von Krankenhäusern sind unter den sich ständig verändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen wichtiger und schwieriger geworden. Dabei kommt der fortlaufenden Begleitung des wirtschaftlichen Geschehens des Krankenhauses, unterstützt durch die Tätigkeit eines erfahrenen Abschlussprüfers, hohe Bedeutung zu. Dies gilt besonders bei wirtschaftlichen Schief lagen, in denen Restrukturierungen oder Sanierungen erforderlich sind. Auch wenn die Überwachungstätigkeit von hoher Bedeutung ist, darf dabei nicht aus dem Blick geraten, dass es letztlich um eine beratende und konstruktive Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung des Krankenhauses geht. Der Aufsichtsrat sollte seine Aufgabe verantwortungsvoll und verschwiegen wahrnehmen und das Schwergewicht der Fragestellungen an die Geschäftsführung auf den Gesichtspunkt der Weiterentwicklung des Krankenhauses legen. Eine übermäßige Überwachungstätigkeit schränkt letztendlich die Geschäftsführung ein und wirkt kontraproduktiv.

**Fragenkatalog zur Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung**

**Wichtig sind eine konstruktive Zusammenarbeit und der Blick für das Ganze**







Sofern steuerbegünstigte Körperschaften über ein Kontrollorgan (Aufsichtsrat/Beirat) verfügen, sollten deren Mitglieder die Grundzüge des Gemeinnützigkeitsrechts kennen, um dessen Besonderheiten bei der Überwachung bzw. Beratung der Geschäftsführung einfließen lassen zu können.

Die rechtlichen Grundlagen finden sich nicht in einem Steuergesetz, sondern in der Abgabenordnung (AO), und zwar in den §§ 51 ff. AO. Die gesetzlichen Grundlagen sind im Jahr 2013 durch das „Gesetz zur Stärkung des Ehrenamts“ teilweise neu gefasst worden.

Das Gemeinnützigkeitsrecht unterscheidet zwischen der Verwirklichung «gemeinnütziger», „mildtätiger“ und „kirchlicher“ Zwecke.

Unter „gemeinnützigen“ Zwecken versteht die Abgabenordnung die selbstlose Förderung der Allgemeinheit auf materiellem, geistigem und sittlichem Gebiet. Dabei setzt die Förderung der Allgemeinheit gemäß § 52 Abs. 1 AO voraus, dass der Kreis der Personen, dem die Förderung zu Gute kommt, nicht fest abgeschlossen sein darf. Dies ist bspw. nicht gegeben, wenn die Unterstützung auf eine bestimmte Familie oder Belegschaft beschränkt ist oder infolge einer Abgrenzung nach räumlichen oder beruflichen Merkmalen dauerhaft klein ist.

§ 52 Abs. 2 AO enthält einen Katalog von gemeinnützigen Zwecken, die als besonders förderungswürdig anerkannt sind. Besonders zu nennen, da hier relevant, sind die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege sowie der Jugend- und Altenhilfe; Krankenhäuser sind also grundsätzlich gemeinnützig tätig.

Die Förderung „mildtätiger“ Zwecke ist laut § 53 AO darauf ausgerichtet, Personen selbstlos zu unterstützen, die infolge ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands auf Hilfe anderer angewiesen sind oder die unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten der Hilfe Dritter bedürfen. Eine damit verbundene Förderung der Allgemeinheit ist hierfür nicht erforderlich.

Die persönliche Hilfsbedürftigkeit liegt dabei vor, wenn die Person pflegebedürftig im Sinne von § 61 SGB XII ist, mindestens in die Pflegestufe I eingruppiert wurde, seelische Probleme vorweisen kann oder das 75. Lebensjahr vollendet hat.

Des Weiteren liegt eine wirtschaftliche Hilfsbedürftigkeit vor, wenn die Bezüge der zu unterstützenden Person das Vierfache, beim Haushaltsvorstand oder beim Alleinstehenden das Fünffache, des Regelsatzes der Sozialhilfe im Sinne des § 28 SGB XII nicht übersteigen.

Ob die Voraussetzungen der persönlichen oder der wirtschaftlichen Hilfsbedürftigkeit vorliegen und damit die Körperschaft mit der Unterstützung dieser Personen „mildtätige“ Zwecke verfolgt, ist durch entsprechende Unterlagen oder

## Rechtliche Grundlagen

## Gemeinnützige Zwecke

## Mildtätige Zwecke



## 6 Grundlagen des Gemeinnützigkeitsrechts

32

Aufzeichnungen (Pflegestufenbewilligung, Behindertenausweis, Kopie Personalausweis, Leistungsnachweise, Bestätigung der Sozialversicherungsträger) gegenüber der Finanzverwaltung nachzuweisen.

Die Förderung „kirchlicher“ Zwecke wird insbesondere durch die Errichtung, Ausschmückung und Unterhaltung von Gotteshäusern und kirchlichen Gemeindehäusern, die Abhaltung von Gottesdiensten, die Ausbildung von Geistlichen, die Erteilung von Religionsunterricht, die Verwaltung des Kirchenvermögens sowie durch die Beerdigung und Pflege des Andenkens der Toten gemäß § 54 AO verwirklicht.

Daneben muss die Förderung der steuerbegünstigten Zwecke durch die steuerbegünstigte Körperschaft selbstlos (§ 55 AO), ausschließlich (§ 56 AO) und unmittelbar (§ 57 AO) erfolgen.

Dabei bedeutet Selbstlosigkeit, dass die Tätigkeit sich nicht in erster Linie auf die Mehrung des eigenen Vermögens richten darf und die steuerbegünstigte Körperschaft grundsätzlich ihre Mittel zeitnah für die steuerbegünstigten Zwecke verausgaben muss.

Eine steuerbegünstigte Körperschaft verstößt mit der Vermögensverwaltung oder der Unterhaltung eines Nicht-Zweckbetriebs bzw. eines steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetriebes dann nicht gegen das Gebot der Ausschließlichkeit im Sinne von § 55 Abs. 1 AO, wenn die damit beschafften Mittel zur Erfüllung der steuerbegünstigten Aufgaben dienen und diese nicht den Hauptzweck der Betätigung darstellen.

### Beispiel 1

Die Überschüsse aus dem steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb „Managementleistungen“ einer gemeinnützigen Holding werden in dem satzungsmäßigen steuerbegünstigten Zweckbetrieb „Aus- und Fortbildung“ zeitnah verausgabt.

Auch muss die steuerbegünstigte Körperschaft ihre Zwecke unmittelbar selbst verwirklichen. Dabei kann sie zur Erfüllung dieser Zwecke gemäß § 57 AO unschädlich eine „Hilfsperson“ einschalten, wenn durch die rechtlichen und tatsächlichen Beziehungen das Wirken der „Hilfsperson“ wie eigenes Wirken der Körperschaft anzusehen ist. Die „Hilfsperson“ verliert dabei nicht ihre eigene Steuerbegünstigung, wenn sie neben der Hilfspersonentätigkeit weiterhin selbstständig eigene steuerbegünstigte Zwecke verfolgt.

**Kirchliche Zwecke**

**Selbstlosigkeit, Ausschließlichkeit, Unmittelbarkeit**





## Beispiel 2

Ein Bildungsverein beauftragt eine steuerbegünstigte Körperschaft mit der Durchführung seiner Bildungsmaßnahmen. Eigene Tätigkeiten übt der Bildungsverein nicht aus, während die steuerbegünstigte Körperschaft neben der Aus- und Fortbildungsakademie gemäß § 68 Nr. 8 AO ein Krankenhaus im Sinne von § 67 Abs. 1 AO betreibt. Soweit die steuerbegünstigte Körperschaft als Hilfsperson tätig wird, vermittelt sie dem Bildungsverein die Gemeinnützigkeit. Daneben verfolgt die steuerbegünstigte Körperschaft mit dem Betrieb eines Krankenhauses weiterhin eigene steuerbegünstigte Zwecke.

Gleichzeitig ist von der steuerbegünstigten Körperschaft die zeitnahe Mittelverwendung zu beachten. Danach müssen alle Mittel spätestens in den auf den Zufluss folgenden zwei Kalender- oder Wirtschaftsjahren für die steuerbegünstigten satzungsmäßigen Zwecke verwendet werden (§ 55 Abs. 1 Nr. 5 AO).

Ausnahmen von dem Gebot der zeitnahen Mittelverwendung gelten unter bestimmten Voraussetzungen z. B. bei Zuwendungen von Todes wegen, aufgrund eines Spendenaufrufs oder bei Sachzuwendungen.

Zusätzlich kann eine steuerbegünstigte Körperschaft ihre Mittel ganz oder teilweise einer Rücklage zuführen, soweit diese erforderlich ist, um den steuerbegünstigten satzungsmäßigen Zweck nachhaltig erfüllen zu können (Betriebsmittelrücklage) oder in die „freie“ Rücklage einstellen (§ 62 AO).

Grundvoraussetzung für die Gewährung der Steuervergünstigung ist immer, dass die Finanzverwaltung auf Antrag oder von Amts wegen die satzungsmäßigen Voraussetzungen gesondert feststellt. Diese neue seit 2013 geltende Regelung des § 60a AO löst die bisherige Vorgehensweise der Finanzverwaltung ab, die Steuerbegünstigung mittels einer vorläufigen Bescheinigung anzuerkennen.

Hierfür ist es erforderlich, dass sich aus der Satzung oder der sonstigen Verfassung (Gesellschaftsvertrag), die den Vorgaben der Mustersatzung laut Anlage 1 zu § 60 AO entsprechen muss, ergibt, welche Zwecke die Körperschaft verfolgt und ob diese den Anforderungen der §§ 52 bis 55 AO genügen. Dabei ist in der Satzung zwingend zu bestimmen, wofür bei Auflösung oder Aufhebung der steuerbegünstigten Körperschaft oder bei Wegfall des bisherigen Zweckes das steuerbegünstigte Vermögen verwendet werden soll (§ 61 AO).

Daneben muss die tatsächliche Geschäftsführung durch ordnungsgemäße Aufzeichnungen (Einnahmen-Ausgaben-Rechnung, Tätigkeitsberichte) nachweisen können, dass ihre Tätigkeit auf die ausschließliche und unmittelbare Erfüllung der steuerbegünstigten satzungsmäßigen Zwecke gerichtet ist (§ 63 AO).

## Zeitnahe Mittelverwendung

## Formelle Satzungsmäßigkeit



## 6 Grundlagen des Gemeinnützigkeitsrechts

34

Die einzelnen Aktivitäten einer steuerbegünstigten Körperschaft können aus dem Blickwinkel des Steuerbegünstigungsrechts in einen ideellen Bereich, eine Vermögensverwaltung, einen Zweckbetrieb und einen steuerpflichtigen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb aufgeteilt werden.

Der ideelle Bereich ist dadurch gekennzeichnet, dass damit der steuerbegünstigte satzungsmäßige Zweck ohne eine irgendwie geartete Gegenleistung verwirklicht wird. Im Einzelnen kommen hier Zuwendungen, Mitgliedsbeiträge und allgemeine Zuschüsse in Betracht.

Dem gegenüber umfasst die Vermögensverwaltung in der Regel die verzinsliche Anlage von Finanzmitteln oder die Vermietung und Verpachtung von unbeweglichem Vermögen (§ 14 AO).

Zweckbetriebe liegen dann vor, wenn von der steuerbegünstigten Körperschaft Leistungen erbracht werden, mit denen unmittelbar die satzungsmäßigen steuerbegünstigten Zwecke verwirklicht werden.

Dabei liegt ein Zweckbetrieb in allgemeiner Form vor (§ 65 AO), wenn

- der wirtschaftliche Geschäftsbetrieb in seiner Gesamtrichtung dazu dient, die steuerbegünstigten satzungsmäßigen Zwecke der Körperschaft zu verwirklichen,
- die Zwecke nur durch einen solchen Geschäftsbetrieb erreicht werden können und
- der wirtschaftliche Geschäftsbetrieb zu nichtbegünstigten Betrieben derselben oder ähnlichen Art nicht in größerem Umfang in Wettbewerb tritt, als es bei Erfüllung der steuerbegünstigten Zwecke unvermeidbar ist.

Neben dieser allgemeinen Zweckbetriebsdefinition enthält das Steuerbegünstigungsrecht besondere Zweckbetriebe, wie etwa eine Einrichtung der Wohlfahrtspflege (§ 66 AO), Krankenhäuser (§ 67 AO), Alten- und Pflegeheime, Mahlzeitendienste, Werkstätten für behinderte Menschen, Integrationsbetriebe oder Volkshochschulen (§ 68 AO).

Da es sich hier gegenüber der allgemeinen Zweckbetriebsdefinition um Sonderregelungen handelt, entfällt die Prüfung, ob ein steuerschädlicher vermeidbarer Wettbewerb zu nicht begünstigten Betrieben vorliegt.

Übt eine steuerbegünstigte Körperschaft noch weitere wirtschaftliche Aktivitäten mit Einnahmeerzielungsabsicht aus, die nicht den vorgenannten Sphären zugeordnet werden können, begründet sie damit einen oder mehrere steuerpflichtige wirtschaftliche Geschäftsbetriebe, wenn die damit erzielten (Brutto-)Einnahmen insgesamt 35 Tsd. EUR p.a. übersteigen (§ 64 AO). Ist dies der Fall sind von der

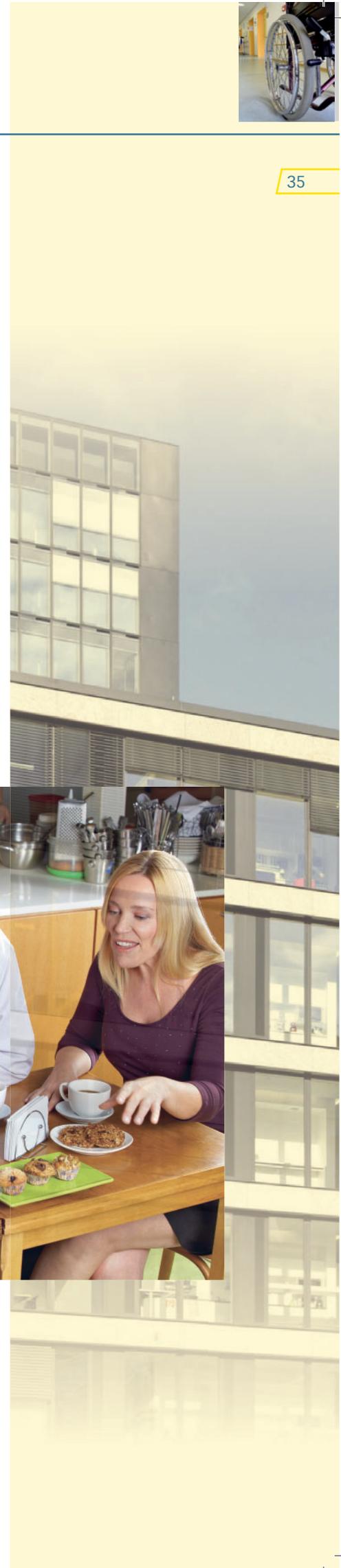
Sphären einer steuerbegünstigten Körperschaft



steuerbegünstigten Körperschaft steuerliche Ergebnisrechnungen aufzustellen, die Gewinne zusammenzurechnen und im Rahmen einer Körperschaft- und Gewerbesteuererklärung gegenüber der Finanzverwaltung zu deklarieren.

### Beispiel 3

Ein steuerbegünstigtes Krankenhaus betreibt ein Café und überlässt an Besucher entgeltlich Parkplätze. Darüber hinaus werden den Patienten Telefon und Fernsehen gegen Entgelt zur Verfügung gestellt. Da die hieraus erzielten (Brutto-)Einnahmen (Café: 12 Tsd. EUR, Parkplatz: 25 Tsd. EUR; Fernsehen und Telefon 8 Tsd. EUR) die Grenze von 35 Tsd. EUR übersteigen (45 Tsd. EUR), muss das steuerbegünstigte Krankenhaus für diese vier Bereich jeweils steuerliche Ergebnisrechnungen aufstellen und die Gewinne gegenüber der Finanzverwaltung erklären.





Die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatik und Psychotherapie haben in den letzten 25 Jahren sowohl von ihrem medizinischen Leistungsangebot als auch von strukturellen Veränderungen eine enorme Entwicklung vollzogen.

In den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie wurden die Betten um über 50 % auf 54.000 Betten reduziert, 10.000 Tagesklinikplätze aufgebaut, Institutsambulanz flächendeckend umgesetzt.

Die Verweildauer reduzierte sich ebenso dramatisch auf im Durchschnitt 24 Tage.

Das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychosomatik hat ebenso wie die somatischen Fächer erhebliche medizinische Fortschritte gemacht: neue nebenwirkungsarme Medikamente und für alle Krankheitsbilder störungsspezifisch eingesetzte Psychotherapien.

Die Finanzierung der Leistungen in den Kliniken war seit 1991 bestimmt durch die Psychiatrie Personalverordnung (PsychPV), die an Hand der Struktur und Schwere der Patienten das notwendige Personal gewährleistete, Qualitäts- und Behandlungsziele vorgab. Das Budget wurde krankenhausindividuell nach Bundespflegesatzverordnung vereinbart.

Nach über 20 Jahren jedoch zeigt dieses Finanzierungssystem auch seine Schwächen, denn die medizinischen Leistungen haben sich verändert und sind für Patienten und Kostenträger wenig transparent. Die stationären Tagespflegesätze variieren in Deutschland zwischen 160,- und 380,- EUR.

Nach Einführung und Umsetzung eines diagnoseorientierten fallpauschalierten Finanzierungssystems in somatischen Kliniken hat der Gesetzgeber im Herbst 2009 mit dem § 17 d KHG die Entwicklung eines durchgängigen leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten angestoßen.

## 7.1 Rechtlicher Rahmen

Zum 1. August 2012 wurde das Psych-Entgeltgesetz verabschiedet, das zum 1. Januar 2013 in Kraft trat und die Rahmenbedingungen der Einführungsphase des neuen Psych-Entgeltsystems über einen Zeitraum von insgesamt 9 Jahren festlegt.



Abbildung 1: Gesetzliche Regelung

Die ersten 4 Jahre, d.h. bis einschließlich 2016, sind budgetneutral ausgestaltet.

Die ersten beiden Jahre der budgetneutralen Übergangsphase sind Optionsjahre. Für diese Jahre können die Krankenhäuser eigenständig entscheiden, ob sie auf das neue Entgeltsystem umsteigen. Als Anreiz zur frühzeitigen Anwendung erhalten die Optionshäuser in den Jahren 2013 und 2014 verbesserte Minder- und Mehrerlösausgleichsregelungen. So werden Mindererlöse in den Optionsjahren zu 95 % (gegenüber 20 % für nicht optierende Häuser) und Mehrerlöse zu 65 % (gegenüber 85 % für Mehrerlöse bis zu 5 % des veränderten Gesamtbetrages und darüber hinaus zu 90 %) ausgeglichen. Neben der damit einhergehenden Anreizwirkung können auch die Erlösriskien der optierenden Häuser verringert werden.

Im Psych-Entgeltgesetz wurde auch die Nachverhandlung der PsychPV-Stellen für alle Krankenhäuser festgelegt. Ab 2013 besteht allerdings eine Nachweispflicht für die zweckentsprechende Mittelverwendung. Die Nachverhandlungsmöglichkeit endet zum 1. Januar 2017 mit der endgültigen Aufhebung der PsychPV.

Neu ist auch, dass ab 2013 nicht mehr nach § 6 Abs. 2 BPfIV die Tarifrater bzw. Berichtigungsrate verhandelt wird, sondern ein neu eingeführter Orientierungswert. Der aus dem Orientierungswert abzuleitende Veränderungswert (§ 9 Abs. 1 Satz 5 BPfIV) löst ab 2013 die Berichtigungsrate als maximale Budgetzuwachsrate mit Ausnahme besonderer Tatbestände ab.

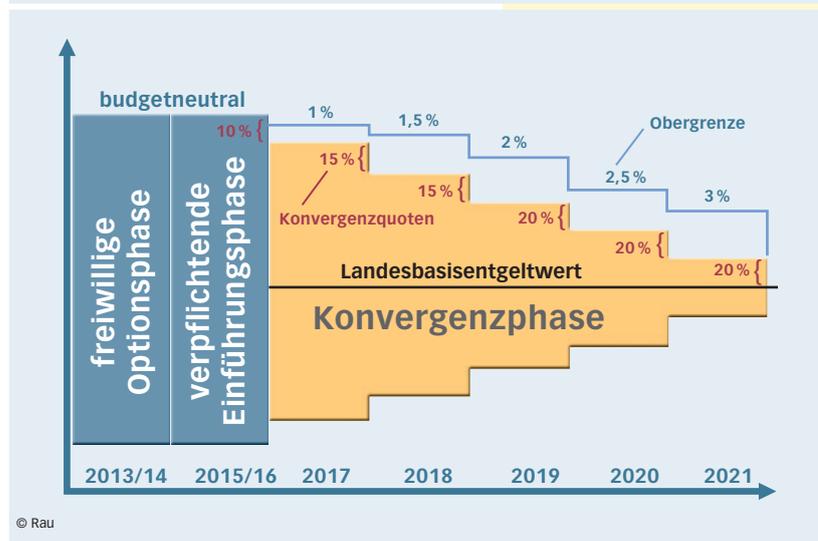
### 7.2 Budgetneutrale Pflichtphase 2015 und 2016

Ab dem Jahr 2015 sind alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verpflichtet, das neue Entgeltsystem anzuwenden. Alle Einrichtungen rechnen ihre Leistungen dann nicht mehr über Abteilungs- und Basispflegesätze, sondern auf Basis von krankenhausespezifischen Basisentgeltwerten und der auf der Bundesebene mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte (PEPP-Entgelt – pauschalierte Entgelte in Psychiatrie und Psychosomatik) und Zusatzentgelte ab. Der krankenhausespezifische Basisentgeltwert ist aus dem nach den bisherigen Regeln zu ermittelnden Krankenhausbudget und den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen abzuleiten.

Die Ausnahmetatbestände der alten BPfIV können dabei unverändert angewendet werden.

Das Gesamtbudget setzt sich aus dem Erlösbudget und der Erlössumme zusammen. Das Erlösbudget bildet die Leistungen ab, die bundeseinheitlich über PEPP-Entgelte oder Zusatzentgelte bewertet werden.

## Einführung des Psych-Entgeltsystems





Die Erlössumme umfasst die krankenhaushausindividuell vereinbarten Entgelte. Für die Ermittlung des krankenhaushausindividuellen Entgeltwertes ist nur das Erlösbudget relevant.

### 7.3 Konvergenzphase 2017 bis 2021

Ab dem Jahr 2017 wird der krankenhaushausindividuelle Basisentgeltwert und damit das Erlösbudget der Krankenhäuser stufenweise an den Landesbasisentgeltwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen.

Der Ausgangswert für das Jahr 2017 beruht auf dem für 2016 vereinbarten Erlösbudget. Ausgangswert für die Folgejahre ist dann jeweils das Erlösbudget des jeweiligen Vorjahres. Der bereinigte Ausgangswert wird im Anschluss um die Veränderung von Art und Menge der voraussichtlich im Vereinbarungszeitrahmen zu erbringenden bundeseinheitlich bewerteten Leistungen sowie um den Veränderungswert angepasst und stellt den für die Angleichung maßgeblich veränderten Ausgangswert dar.

Der Zielwert wird ermittelt, indem Art und Menge der im betreffenden Jahr voraussichtlich zu erbringenden Leistungen entsprechend ihrer Relativgewichte mit dem jeweiligen Landesbasisentgeltwert multipliziert werden.

Die Landesbasisentgeltwerte werden ab dem Jahr 2017 von den Landeskrankenhausesellschaften und den Krankenkassen aus Landesebene verhandelt. Sie bilden somit das Preisniveau auf Landesebene ab. Zu berücksichtigen sind unter anderem die voraussichtlichen allgemeinen Kostenentwicklungen, Leistungsveränderungen und die Ausgabenentwicklungen in Leistungsbereichen, die nicht durch mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte vergütet werden. Obergrenze für die Entwicklung des Landesbasisentgeltwertes ist der zwischen der Selbstverwaltung zu verhandelnde Orientierungswert. Der Orientierungswert gibt die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten wieder. Basisinformation über die Kostenstruktur in den Krankenhäusern liefert der jährliche „Kostennachweis der Krankenhäuser“, der als Vollerhebung Teil der Krankenhausstatistik ist.

Für das einzelne Krankenhaus sind für die Ermittlung der Angleichungsbeträge folgende Konvergenzschritte maßgeblich:

- 10 % für das Jahr 2017
- jeweils 15 % für die Jahre 2018 und 2019
- jeweils 20 % für die Jahre 2020 und 2021

Um mögliche Budgetverluste zu limitieren, sieht die Konvergenzphase Kappungsgrenzen vor. Bezogen auf den veränderten Ausgangswert betragen diese

- 1 % für das Jahr 2017, 1,5 % für das Jahr 2018, 2 % für das Jahr 2019, 2,5 % für das Jahr 2020 und 3 % für das Jahr 2021.



Zusätzliche Leistungen werden gegenüber dem Vorjahr gestuft finanziert:

- im Jahr 2017 zu 45 %, im Jahr 2018 zu 55 %, im Jahr 2019 zu 60 %, im Jahr 2020 zu 70 % und im Jahr 2021 zu 80 %.

Ab 2017 werden Mindererlöse zu 20 % ausgeglichen, Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 % wie bisher zu 85 % und darüber hinaus zu 90 %.

### 7.4 Sonstige Regelungen

Im Psych-Entgeltgesetz ist die Rechtsgrundlage speziell für Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker geschaffen (§ 64 SGB V). Krankenhäuser und Leistungserbringer aus dem ambulanten Sektor können in Zukunft mit einzelnen oder mehreren Krankenkassen Modellvorhaben zur Erprobung unterschiedlicher Konzepte zur Verbesserung der sektorübergreifenden Leistungserbringung und zur Optimierung der Versorgung vereinbaren. Pro Bundesland soll mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden mit einer Regellaufzeit von 8 Jahren. Ziel der Modellvorhaben soll die Ambulantisierung und Vermeidung bzw. Verkürzung von stationären Leistungen sein. Um nach Abschluss der Modellprojekte beurteilen zu können, inwieweit die neuen Versorgungsstrukturen in die Regelversorgung übergehen, ist eine wissenschaftliche Begleitung durch einen unabhängigen Sachverständigen unablässig.

Das Psych-Entgeltgesetz beinhaltet auch eine Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), einrichtungs- und sektorübergreifende Richtlinien zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen. Das AQUA-Institut soll dazu Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität entwickeln. Darüber hinaus wird der G-BA beauftragt, eine Empfehlung zur Ausstattung mit therapeutischem Personal festzulegen. Die Psych-PV, die ab 1. Januar 2017 nicht mehr gilt, soll als Grundlage dienen.

Die Maßnahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung sollen dann ab 1. Januar 2017 beginnen und zu diesem Zeitpunkt auch in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser übernommen werden.

### 7.5 PEPP-Entgeltkatalog

Die Beteiligten der Selbstverwaltung – Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV) – haben ihr gemeinsames Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt, den Entgeltkatalog für die Psychiatrie und Psychotherapie zu entwickeln.

Für die Kalkulation müssen alle Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik in Deutschland den Datensatz nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), sog. „21er-Datensatz“, der u. a. Fachabteilungsschlüssel, Haupt- und Nebendiagnosen und Prozeduren umfasst, übermitteln. Die Kalkulationshäuser, die, wie in der Somatik, vertraglich mit dem InEK die Lieferung der Kalkulationsdaten festgelegt haben, müssen darüber hinaus umfangreiche Daten liefern. Neben dem „21er-





Datensatz“ und der täglichen Erhebung des Betreuungsaufwandes sind es vor allem Kostendaten. Die Erhebung der Kostendaten ist in dem Kalkulationshandbuch des INEK hinterlegt und sehr umfangreich. Es werden die Ist-Kosten berechnet, die mit der Behandlung des Patienten pro Tag anfallen. Kostenträger ist der Behandlungstag. Die Daten der internen Leistungsverrechnung (ILV), Gemeinkosten werden nach einem Bewertungsschlüssel verteilt und einem Behandlungstag/Fall zugeordnet. Auf diese Weise entstehen Kostenprofile für Patientengruppen mit verschiedenen Merkmalen, die sich voneinander unterscheiden – die PEPP's.

Im Frühjahr 2012 haben die Selbstverwaltungsorgane entschieden, die Systematik der Kalkulation so zu gestalten, dass zunächst fallbasiert kalkuliert wird. Argumente dafür waren die Robustheit der Daten, Diagnosen seien fallbezogen, die Vereinfachung der Leistungsabbildung, verringerte Anforderungen an die Kalkulationssystematik und Vermeidung eines Einzelvergütungssystems. Nach fallbasierter Kalkulation wird sekundär die Degressionsfunktion ausgewiesen. Dabei werden die ersten Tage bezogen auf die echt entstandenen Kosten regelgerecht abgebildet. Bei Langliegern würden allerdings die ersten Tage überbezahlt, so dass verweildauerabhängig gestuft degressiv Relativgewichte errechnet wurden.

Abbildung 2: PEPP-Katalog, Quelle: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

06.06.12    Thema: KEA AG Psychiatrie    Referent: Dr. Frank Helmig

**InEK**

## PEPP-Katalog Entwurf - fiktive PEPP-Entgelte und Daten

Max. 5 Vergütungsstufen

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	vollstationäre Versorgung															teilstationäre Versorgung	
		1. Vergütungsstufe		2. Vergütungsstufe		3. Vergütungsstufe		4. Vergütungsstufe		5. Vergütungsstufe		Verweildauer von	Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer von	Bewertungsrelation/Tag			
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis							
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	
PA03Z	Psychiatrie, Schizophrenie und andere psychotische Störungen	1	6	1,4750	7	16	1,0049	17	28	0,9426	29	46	0,9204	47		0,8981	1	0,8755
PA04Z	Psychiatrie, Affektive Störungen	1	11	1,3362	12	48	0,9462	49		0,8834							1	0,8800
[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]
PA16A	Psychiatrie, Delir, Demenz mit schweren somatischen Nebendiagnosen			1,8652														
PA16B	Psychiatrie, Delir, Demenz ohne schwere somatische Nebendiagnosen	1		1,5641														

ENTWURF

PEPP-Entgelt: 5 stellig

„höchste“ Vergütungsstufe ohne Angabe „VWD bis“

Bewertungsrelationen: 4 stellig

Angaben für teilstationäre Versorgung ggf. ohne Relativgewicht

7

© InEK 2012



Eine Erlösberechnung erfolgt in Zukunft, indem die Relativgewichte der einzelnen Behandlungstage addiert und dann mit dem individuell errechneten Krankenhausbasisentgeltwert multipliziert werden.



06.06.12
Thema: KEA AG Psychiatrie
Referent: Dr. Frank Helmig

## Abrechnung der PEPP-Entgelte

### Betragsermittlung - Beispiel

PEPP-Groupier ergäbe PEPP-Entgelt PA03Z mit 43 Tagen VWD

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	1. Vergütungsstufe			2. Vergütungsstufe			3. Vergütungsstufe			4. Vergütungsstufe			5. Vergütungsstufe			
		Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag													
1	2	3	4		5	6		7	8		9	10		11	12		13
[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]
PA03Z	Psychiatrie, Schizophrenie und andere psychotische Störungen	1	6	1,4750	7	16	1,0049	17	28	0,9426	29	46	0,9204	47			0,8981
PA04Z	Psychiatrie, Affektive Störungen	1	11	1,3362	12	48	0,9462	49		0,8854							
[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]	[.]
PA16A	Psychiatrie, Delir, Demenz mit schweren somatischen Nebendiagnosen	1		1,8652													
PA16B	Psychiatrie, Delir, Demenz ohne schwere somatische Nebendiagnosen	1		1,5641													

### 3. Schritt: Ermittlung des Abrechnungsbetrages

Basisentgeltbetrag sei 173,68 Geldeinheiten

Entgeltbetrag = 44,0162 x 173,68 = 7.644,7336 Geldeinheiten

= 7.644,73 Geldeinheiten

17

© InEK 2012

Damit kein Anreiz entsteht, Patienten in der ersten verweildauerabhängigen, mit hohen Relativgewichten versehenen Degressionsstufe zu entlassen und bei Wiederaufnahme diese erneut in die hohe Relativgewichtsstufe einzustufen, hat die Selbstverwaltung in den Abrechnungsbestimmungen Fallzusammenführungsregeln geschaffen, die mit dem DRG-Fallpauschalsystem vergleichbar sind. Bei Wiederaufnahme innerhalb von 21 Tagen steigt ein Patient in die verweildauerabhängige Degressionsstufe ein, in der er entlassen wurde. So können sich Fallketten bilden. 120 Tage nach der ersten Entlassung werden dann die Fälle nicht mehr zusammengeführt, so dass ein neuer Fall beginnt.

*Abbildung 3:  
Abrechnung der PEPP-Entgelte,  
Quelle: Institut für das Entgelt-  
system im Krankenhaus GmbH*

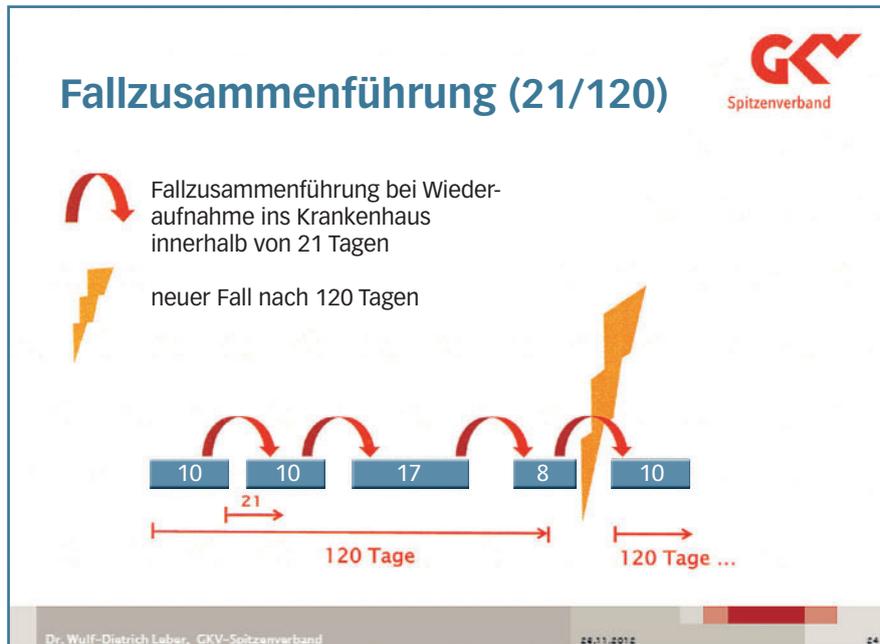


Abbildung 4:  
Fallketten, Quelle:  
Dr. Wulf-Dietrich  
Leber, GKV-Spitzen-  
verband

## 7.6 Kritikpunkte am Psych-Entgeltsystem

Alle Fachgesellschaften und Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einschließlich des Verbandes der Krankenhausdirektoren und der DKG kritisieren am Psych-Entgeltsystem, dass es die gleichen Mechanismen 1:1 aus dem DRG-Fallpauschalensystem übernommen hat. Besonders problematisch ist dabei, dass auch in Zukunft von erhöhter Erkrankungshäufigkeit in allen Altersgruppen und vermehrter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ausgegangen werden kann. Wie im DRG-Fallpauschalensystem wird aber bei mehr Leistungen der Landesbasisentgeltwert nach unten floaten mit dem Effekt, mehr Leistung zu niedrigerem Preis. Dieser Effekt setzt sich auf Klinikenebene fort. Die so genannte doppelte Degression hat im DRG-Fallpauschalensystem zu erheblichem Anreiz, mehr Leistungen zu erbringen, geführt, was aktuell zu erheblicher Kritik geführt hat. Seitens des Gesetzgebers wurde angeregt, ein Gutachten erstellen zu lassen, wie in der Somatik mit Mehrleistungsvergütung umgegangen wird.

Die gleiche Systematik erscheint jetzt wieder im Psych-Entgeltsystem. Somit sind die gleichen Fehler vorprogrammiert.

## 7.7 Kritik am PEPP-Entgeltkatalog

Die wesentliche Kritik am PEPP-Entgeltkatalog bezieht sich auf die verweildauerabhängige degressive Vergütung, die auf der Grundlage der fallgruppierten Kalkulation entstanden ist. Es kommt zu erheblichen Fehlanreizen, Patienten in der ersten bzw. zweiten verweildauerabhängigen Vergütungsstufe zu entlassen, ohne dass sie ausreichend stabilisiert sind und vor allem, ohne dass sie im ambulanten System ausreichend komplexe Behandlung erhalten.

## 7.8 Herausforderungen für die Kliniken

Die Kliniken müssen ihre Leistungsdokumentation in die umfassende Dokumentation der OPS-Prozeduren übernehmen (dazu sind umfangreiche Schulungen der Pflegekräfte und weiteren Therapeuten notwendig). Vor Übernahme der



Umfassende Leistungs-  
dokumentation



OPS-Prozeduren in den offiziellen Datensatz empfiehlt sich, wie in der Somatik, ein Medizin- oder Kodiercontrolling durch medizinisches Fachpersonal, wie geschulte Ärzte und Fachpflegekräfte, durchzuführen.

Bisher wurde in der Psychiatrie aus deutscher Tradition in der Regel nur die schwerste Diagnose abgebildet. Im Hinblick auf die Klassifizierung im PEPP-Katalog, der Nebendiagnosen als komplizierende Faktoren berücksichtigt und zu einer höherwertigen PEPP führt, müssen die Kliniken lernen, neben der Hauptdiagnose, die federführend zur Behandlung geführt hat, auch somatische und psychiatrische Nebendiagnosen abzubilden.

Dazu müssen die Kodierfachkräfte umfassend zu den Kodierrichtlinien geschult werden.

Falls Kliniken sich als Kalkulationshaus beim InEK beteiligen wollen, sollten sie ihre Kostenrechnung nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuches ausrichten. Dabei ist darauf zu achten, dass als Maßgabe die Zeiteinheit „Tag“ und der Patient als „Kostenträger“ definiert sind.

Sowohl für eine umfassende sachgerechte Leistungsabbildung als auch für eine differenzierte Kostenrechnung ist ein ausgereiftes Krankenhausinformationssystem notwendig. Die großen IT-Anbieter haben bereits, allerdings in unterschiedlichem Maße, die notwendigen Weiterentwicklungen für das neue Entgeltsystem umgesetzt.

Um für das neue Entgeltsystem gerüstet zu sein, sollten die Kliniken ihre Kosten in verschiedenen Bereichen und zu verschiedenen Diagnosegruppen kennen. Die Teilnahme als Kalkulationshaus beinhaltet dieses quasi als Nebenprodukt. Zur differenzierten Beobachtung, wie sie die bisherigen Leistungen und Erlöse im neuen Entgelt darstellen, sollte jede Klinik rechtzeitig einen Grouper installieren. Diese vom InEK installierte Software, die in der Regel in das klinikeigene Informationssystem integriert wird, übernimmt die automatische Zuordnung der Behandlungsepisoden zu den neuen im Entgeltkatalog dargelegten PEPP's.

Ist ein Fall einem entsprechenden PEPP zugeordnet, so lässt sich für diesen auch die Höhe des täglichen Entgeltes ermitteln, indem man die Bewertungsrelation (BWR) und der zugewiesenen PEPP mit dem Basisentgeltwert (BEW) multipliziert und anschließend durch die Gesamtzahl der Verweildauertage dividiert.

Des Weiteren erscheint es – wie in der Somatik schon lange üblich – wichtig, sich an einem Benchmarkprojekt zu beteiligen, das von verschiedenen Anbietern in der Republik vorgehalten wird. In der Regel ist hierfür die Lieferung des „21-er Datensatzes“, wonach alle Krankenhäuser verpflichtet sind, ihre krankenhausbefugten struktur- und fallbezogenen Leistungsdaten bereitzustellen, Voraussetzung, so dass keine weiteren, die Bürokratie verschärfenden Maßnahmen notwendig sind. Durch einen Vergleich der „21er-Daten“ mit denjenigen der anderen Kliniken eines Benchmarkprojektes kann die Klinik selbst überprüfen, in wie weit sie die Therapieleistungen, die Diagnosen korrekt dokumentiert. Weitere Daten,

**Optimierung der Diagnosestellung und Dokumentation**

**Aufbau einer differenzierten Kostenrechnung**



wie die Verweildauer, die Verteilung der PEPP's im Haus, der Daymix-Index können im Rahmen des Benchmarkprojektes verglichen werden. Für die Planung der künftigen Leistungserbringung und deren Dokumentation sind Daten aus Benchmarkprojekten mehr als hilfreich.

Die Frage, inwieweit Kliniken optieren, ist im ersten Optionsjahr leider nur von 50 Kliniken positiv beantwortet worden. Zu erwarten ist, dass im zweiten Optionsjahr 2014 mehr Kliniken optieren werden. Voraussetzung für die Option ist die oben beschriebene differenzierte umfassende Leistungsbeschreibung und deren Controlling. Vorteile des frühen Optierens sind durch einen längeren Zeitraum des Übens im Sinne der Leistungsplanung und Leistungsdokumentation gegeben. Gerade für Kliniken, die bisher über keine Erfahrung im DRG-Fallpauschalensystem verfügen, ist es hilfreich, die neuen Stellschrauben des PEPP-Entgeltkataloges ausreichend und frühzeitig kennenzulernen und frühzeitig klinikintern Fehlentwicklungen zu erkennen und diesen entgegen zu steuern.

## 7.9 Chancen des neuen Entgeltsystems

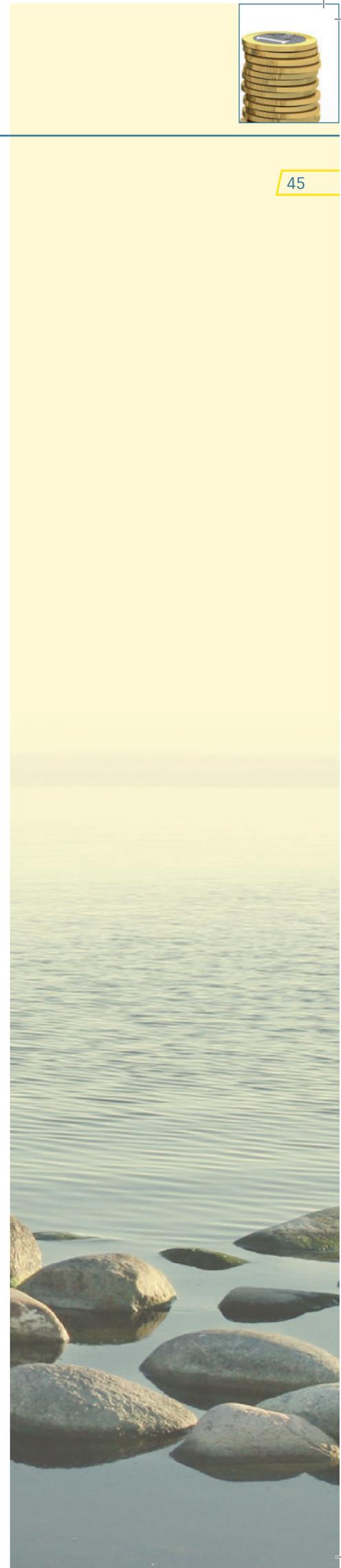
Mit der Umsetzung des Psych-Entgeltgesetzes und der zukünftigen Handlungen anhand des PEPP-Entgeltkataloges erlebt das Fachgebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik einen völligen Paradigmenwechsel.

Bei aller oben erwähnten Kritik des noch sehr unreifen Systems lassen sich auch Chancen des neuen Entgeltsystems nennen. Nicht nur für die Kostenträger, sondern auch intern entsteht eine Transparenz der Leistungen und der dahinter liegenden Kosten. Sowohl im eigenen Haus, als auch in Klinikverbänden entsteht eine Vergleichbarkeit der Leistungen. Die höhere interne Leistungs- und Kostentransparenz wird zu einer Optimierung der Diagnostik- und Behandlungsprozesse führen, zu optimierter Therapieplanung, Auslastungssteuerung von Therapiegruppen und mittelfristig auch zu einer Neuordnung der Aufgabenprofile der Berufsgruppen. Wer macht was, zu welchen Kosten, muss neu definiert werden.

Da die Vergütungszukunft leistungsorientiert erfolgen soll, d. h. für höhere Leistungen auch höhere Entgelte vergütet werden, im Gegensatz zur jetzigen Situation eines hausinternen aus der Tradition heraus verhandelten Pflegesatzes, ist in Zukunft von einer gerechteren Vergütung auszugehen.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Entgeltsystems in praxi im PEPP-Vorschlagsystem beim InEK lassen sich auch neue Behandlungsverfahren berücksichtigen.

Last but not least besteht durch die im Gesetz verankerte Förderung von Modellprojekten die Chance, das Versorgungssystem im Sinne einer sektorenübergreifenden und schnittstellenfreien Versorgung weiter zu entwickeln und damit eine effizientere Versorgung psychisch kranker Menschen zu erreichen.







Die Reformen der vergangenen Jahre im Gesundheitswesen hatten weitreichende Auswirkungen auf die Entwicklung des deutschen Krankenhausesektors. So reduzierte sich die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland von 2000 bis 2011 von 2.242 auf 2.045, was einem Rückgang von 9% entspricht (Statista GmbH, de.statista.com).

Maßgeblich verantwortlich für diese rückläufige Entwicklung ist die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) im Jahre 2004, die die zeitraumbezogene Vergütung einzelner Leistungen ablöste und den Krankenhäusern eine erhebliche wirtschaftliche Verantwortung übertrug. Dieser Paradigmenwechsel hat zu tiefgreifenden Veränderungen weg von überwiegend funktionalen, hin zu prozessorientierten Organisationsstrukturen in den Krankenhäusern geführt.

Vor allem kleinere Krankenhäuser (<200 Betten) der Grund- und Regelversorgung taten sich in der Folge mit dem neuen Vergütungssystem sehr schwer, sahen sich zu neuen Kooperationen oder Fusionen gezwungen oder mussten den Betrieb gar ganz einstellen. Durch die Einführung von Standards in der Versorgung wurden Prozesse gestrafft und die Qualität der Leistungserbringung gesteigert. Zudem haben die Krankenhäuser aufgrund der wachsenden Wirtschaftlichkeitszwänge vorwiegend im Pflege- und Betreuungsbereich mit Personalabbau reagiert. Die daraus erzielten Effizienzgewinne sind heute jedoch nicht mehr ausreichend und zudem mittlerweile weitestgehend ausgereizt. Es müssen neue Wege zur Optimierung gefunden werden, um langfristig im Wettbewerb bestehen zu können.

Im Idealfall nehmen Restrukturierungen erwartete künftige nachteilige Markt-, Leistungs- oder Kostenentwicklungen im Unternehmen vorweg. Der Regelfall ist jedoch, dass Restrukturierungen zu einem Zeitpunkt vorgenommen werden, an dem Verluste bereits eingetreten sind. Es wird reaktiv und nicht antizipativ/prospektiv gehandelt. Um auch in Zukunft wettbewerbsfähig zu bleiben und gleichzeitig das Qualitätsniveau der Leistungserbringung für die Patienten zu erhalten bzw. zu steigern, ist eine steuerungs- und finanzorientierte Restrukturierung der Krankenhäuser erforderlich, wobei sowohl die Erlös- als auch die Kostenseite stets im Fokus stehen sollten.

## 8.1 Strategische Zielplanung

Um einen Restrukturierungsprozess erfolgreich gestalten zu können, ist es wichtig im Vorfeld langfristige Ziele für die Organisation zu definieren. Bei der strategischen Zielplanung in Krankenhäusern sollten dabei möglichst viele Dimensionen abgebildet werden. Ein Mix aus patientenorientierten, ökonomischen und qualitätsorientierten Zielen ist anzustreben.

Bei dem Punkt wie klar und präzise diese Ziele formuliert sind, gilt es für die Krankenhäuser nachzuarbeiten. Eine hohe Umsetzungsorientierung der strategischen Ziele zeigt sich vor allem daran, dass sie messbar und überprüfbar sind.

**Übertragung von wirtschaftlicher Verantwortung mit der Folge von marktweiten Veränderungen**

**Maßnahmen zur Restrukturierung erfolgen meist zu spät**



Dies gilt nicht nur für die Geschäftsführung, sondern im Besonderen auch für die Mitarbeiter. Eine Reihe von Regeln, wie beispielsweise die SMART-Definition (Spezifisch-Messbar-Akzeptiert-Realistisch-Terminierbar), können bei der Formulierung von Zielen helfen. Kontrollierbar werden diese Ziele schließlich durch die Unterstützung von sinnvollen absoluten und relativen Kennzahlen.

### 8.2. Inhalte eines Restrukturierungsprozesses

#### 8.2.1 Wirtschaftlichkeit und Steuerung

Laut einer Umfrage des Verbandes der deutschen Krankenhausdirektoren (VKD) haben im Jahr 2011 43% der Krankenhäuser das Geschäftsjahr mit einem Defizit abgeschlossen. Von den Häusern, die bis zu 250 Betten vorhalten, sind sogar 57% von einer Insolvenz gefährdet. Ist bereits im Vorfeld oder wird bei einer wirtschaftlichen Analyse eine akute finanzielle Notsituation oder Insolvenzgefahr festgestellt, sind Ad-Hoc-Maßnahmen, beispielsweise in Form von Kürzungen der Jahressonderzahlungen, einem Stellenmoratorium oder Haushaltssperren im Bereich der Sachkosten, zu ergreifen. Klar ist, dass eine Balance zwischen den Ansprüchen an Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit erreicht werden muss. Die Frage ist nur wie?

Ergreifung von Ad-hoc-Maßnahmen in wirtschaftlichen Notsituationen

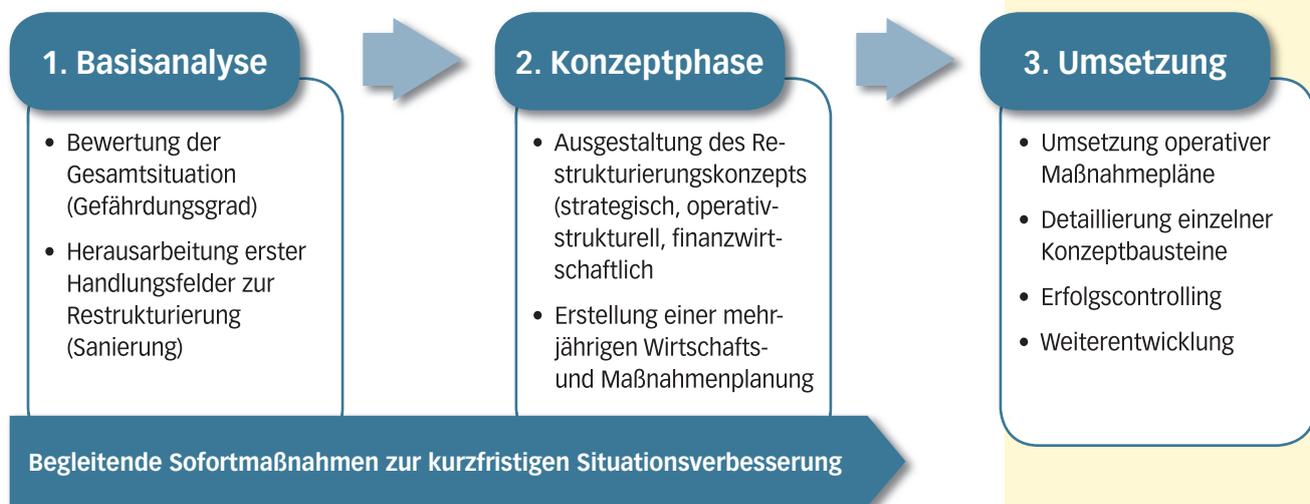


Abbildung 1: Vorgehen zur Restrukturierung

Die Feststellung der aktuellen wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses (Ausgangssituation) ist sowohl für die zielkonforme Konzeption als auch die erfolgreiche Durchführung einer Restrukturierung von großer Bedeutung (Abb. 1). Grundlage dafür ist ein Kennzahlensystem, das sich auf interne und externe Benchmarks stützt. Problematisch kann dabei die Anzahl der tatsächlich verfügbaren Daten sein, welche die Qualität, Aussagekraft und das Spektrum der Kennzahlen beeinflusst. Daher wird folgendes Vorgehen zur Umsetzung empfohlen:



1. Definition der Kennzahlen, die zukünftig auf der Basis der strategischen Unternehmensziele und pragmatischen Steuerbarkeit zum Controlling eingesetzt werden sollen
2. Analyse der hierfür erforderlichen systemseitigen Daten sowie deren Verfügbarkeit
3. Definition von Maßnahmen zur Schaffung der erforderlichen Datenlage
4. Konzeption und Aufbau des erforderlichen Datenmanagements und Erstellung einer Reporting Berichtsstruktur
5. Entwicklung und Implementierung des Kennzahlen-Reportings
6. Überprüfung, Erfolgscontrolling und Weiterentwicklung

Begleitend können eine Evaluierung des bisherigen Reportingsystems und die Definition von Maßnahmen zur Optimierung des Reportings erfolgen. Seine größte Wirkung entfaltet das Reportingsystem, wenn es gelingt, die Kennzahlen im Rahmen der Reorganisation zu planen, laufend zu kontrollieren und zu evaluieren (Eichhorst, S. (2013), Internationale Trends im Krankenhausmanagement; L. Hammerschlag & B. Dilcher (Hrsg.), Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit – Die Verbindung von Prozessmanagement und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus, Wiesbaden, Springer Gabler).

Am Ende der Konzeptphase sollte schließlich neben dem Reportingsystem eine mehrjährige Wirtschafts- und Maßnahmenplanung vorliegen, die mit Hilfe entsprechender Hochrechnungen dem Management eine unterjährige Umsetzungssteuerung ermöglichen.

Die Umsetzung der geplanten zielorientierten Maßnahmen stellt in den meisten Fällen die größte Herausforderung für eine Organisation dar. Die strukturierte Darstellung eines Maßnahmenplanes inklusive Zielerreichungsgrad (Erlössteigerung, Kostensenkung bei eventuell zusätzlichen Investitionen) sowie eine Zeit- und Umsetzungsplanung bieten hierbei einen geeigneten Lösungsansatz. Die einzelnen Maßnahmen sollten sinnvoll ausgewählt, kombiniert und aufeinander abgestimmt werden, um andauernde Wirkung zu entfalten. Mit Hilfe eines Erfolgscontrollings wird kontinuierlich Bilanz gezogen.

### 8.2.2 Interne Prozessreorganisation

Im Zentrum der Aufmerksamkeit der prozessorientierten Unternehmensführung stehen die Kernprozesse des Unternehmens, die aufgrund ihrer Komplexität eine ganzheitliche Betrachtung erfordern. Dabei ist das idealtypische Ziel für alle relevanten Prozesse in der Organisation, im Sinne eines möglichst schlanken Managements einen reibungslosen Ablauf zu garantieren und somit Leistungsreserven zu erschließen (Zink, K., Esser, C., Palm, J. & Blaudszun, A. (2005), Restrukturierung von Krankenhaus-Prozessen unter Berücksichtigung einer verbesserten Patientenorientierung, Arbeitswissenschaft, S. 134–139).

**Die Maßnahmenumsetzung ist die schwierigste Aufgabe im Restrukturierungsprozess**



## 8 Restrukturierungsbedarf von Krankenhäusern

Ziel dabei ist es, alle Aktivitäten optimal aufeinander abzustimmen und überflüssige Tätigkeiten zu vermeiden. Als probates Instrument mit hoher Hebelwirkung hat sich in der Vergangenheit die Etablierung von patientenbezogenen, klinischen Behandlungspfaden erwiesen. Diese steuern den Behandlungsprozess, sind gleichzeitig ein Dokumentationsinstrument und erlauben zudem die Kommentierung von Normabweichungen zum Zwecke einer fortgesetzten Evaluation und Verbesserung (Roeder, N., Hindle, D., Loskamp, N., Juhra, C., Hensen, P. & Rochell, P. (2003), Frischer Wind mit klinischen Behandlungspfaden (II) – Instrumente zur Verbesserung der klinischen Versorgung in: Das Krankenhaus, 2/2003, S.124–130).

Bei der Implementierung dieser Behandlungspfade gilt es, zielgerichtet vorzugehen und auf die Erfüllung der folgenden Anforderungen zu achten:

- Diagnosebasierte Abbildung des klinischen Prozesses für mindestens 50% der Patientengruppe
- Standardisierung der medizinischen Leistungserbringung
- Gemeinschaftliches und zentrales Arbeitsinstrument des ärztlichen und pflegerischen Dienstes sowie anderen Berufsgruppen
- Vereinfachung und Reduktion der Dokumentation
- Integration in den täglichen Arbeitsablauf aller beteiligten Berufsgruppen

Werden die Behandlungspfade implementiert, können nicht nur Stationsprozesse optimiert, Redundanzen und Parallelprozesse reduziert, sondern auch die diagnostische und therapeutische Leistungserbringung angepasst werden. Die Umsetzung in die Praxis zeigt, dass es in Krankenhäusern nach der Einführung von Behandlungspfaden zu einer deutlichen Abnahme von Warte- und Behandlungszeiten sowie Doppelarbeiten kam. Der Ressourceneinsatz gestaltete sich effizienter. Ferner konnten eine höhere medizinische Ergebnisqualität und eine Steigerung der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit erreicht werden.

### 8.3 Kooperations- und Fusionstendenzen im Markt

Insbesondere bei Krankenhäusern in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft hat sich in der Vergangenheit aufgrund von Finanzierungsengpässen die Notwendigkeit nach fremden Kapitalgebern gezeigt. Private Krankenhäuser weisen dagegen häufig ein sehr hohes Eigenkapitalpotential auf. Diesen fällt es daher deutlich leichter, in hochwertige, technische und strukturelle Ausstattung zu investieren und bei Übernahmeprozessen anderer Häuser höhere Preise anzubieten. Die Dynamik auf dem Krankenhausmarkt verdeutlicht, dass es in Zukunft auf eine adäquate Innenfinanzierung ankommt, um Instandhaltungen, Renovierungen und Investitionen aus eigener Kraft finanzieren zu können. Die Stärkung des Eigenkapitals durch das Zuführen erwirtschafteter Überschüsse oder zusätzliche Einlagen von Gesellschaftern und Kapitalgebern sind daher notwendig und empfehlenswert.

**Klinische Behandlungspfade als probates Mittel zur internen Prozessorganisation**

**Stärkung der Marktposition durch gewinnbringende Kooperationen oder Fusionen**



Dies zwingt die Krankenhäuser dazu, neben der bisherigen Finanzierung zusätzlich neue Finanzkonzepte zu erschließen, um sich langfristig gestärkt am Markt zu positionieren. Grundsätzlich erforderlich wird aber die Erreichung einer kritischen Betriebs- oder Verbundgröße sein, um die notwendige Investitionstätigkeit zu ermöglichen.

In Zukunft werden aller Voraussicht nach finanzstarke Verbände, nationale Gesundheitsanbieter und regionale Großanbieter den Markt dominieren. Studienergebnisse und Experteneinschätzungen kommen zu dem Schluss, dass es größeren Verbänden deutlich leichter fällt, Effizienzvorteile zu nutzen, Personal zu entlasten und einen besseren Wissensaustausch durchzuführen. Die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Versorgung macht die Weiterentwicklung einzelner Häuser zu „Mehrfachspezialisten“ wichtig, was ebenfalls in Verbänden einfacher durchzuführen ist. Die Krankenhäuser sollten frühzeitig ihre notwendigen Hausaufgaben machen und prospektiv planen, um reaktive Maßnahmen der Restrukturierung zu vermeiden. Nur so können sich die Krankenhäuser in Zukunft im Markt behaupten.



# 9 Arbeitsrechtliche Besonderheiten in Krankenhäusern: Die rechtliche Situation von Servicegesellschaften – Arbeitnehmerüberlassung im Krankenhaus



**GOLO BUSCH**  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Arbeitsrecht

**Beratungs- und Prüfungs-  
gesellschaft BPG mbH**  
Wirtschaftsprüfungs-  
gesellschaft





Zahlreiche Krankenhausträger in privater, kirchlicher oder öffentlich-rechtlicher Trägerschaft bedienen sich des Instruments der Service GmbH. Ziel ist in der Regel die Personalkostenoptimierung sowie die Möglichkeit des flexiblen Mitarbeitereinsatzes. Die Tätigkeitsbereiche dieser Service GmbHs reichen von patientenfernen Dienstleistungen, wie Reinigung, Küche, Transporte, Patiententransporte, Botendienste, Pforte, Facility-Management, bis zu patientennahen Bereichen, wie der Überlassung von Pflegekräften, Serviceassistenten sowie Ärzten.

Gegenwärtig liegen die Leistungen der Servicegesellschaften regelmäßig in der Überlassung von Leiharbeitnehmern an den Krankenhausträger oder in werkvertraglichen Leistungen.

In vielen Servicegesellschaften kommt es bei der Arbeitnehmerüberlassung an die Krankenhausträger zu gefährlichen „handwerklichen Fehlern“. Die handwerklichen Fehler können sowohl zur Unwirksamkeit der Überlassungsverträge zwischen Servicegesellschaft und Krankenhausträger als auch zur Unwirksamkeit des Arbeitsvertrages zwischen Leiharbeitnehmer und Verleiher führen. Rechtsfolge eines unwirksamen Leiharbeitnehmervertrages ist, dass ein Arbeitsverhältnis zwischen Entleiher und Leiharbeitnehmer zu den dort im Haus „üblichen“ Konditionen zustande gekommen ist. Es besteht bei einer rechtswidrigen Arbeitnehmerüberlassung das Risiko, dass Leiharbeitnehmer sich in den Krankenhausträger „einklagen“.

Es gab in den Jahren 2012 und 2013 zahlreiche Entscheidungen der Landesarbeitsgerichte, nach denen die in vielen Krankenhäusern praktizierte Form der Überlassung als rechtswidrig bewertet worden ist. In allen Verfahren ist Revision zum Bundesarbeitsgericht erhoben worden. Insbesondere haben die Landesarbeitsgerichte teilweise entschieden, dass eine „dauerhafte Arbeitnehmerüberlassung“ von der Servicegesellschaft an den Krankenhausträger rechtsmissbräuchlich ist. Begründet wird dies mit dem Wortlaut des § 1 Abs. 1 Satz 2 Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG). Danach erfolgt die Überlassung von Leiharbeitnehmern an Entleiher vorübergehend. Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat in seiner Entscheidung vom 10. Dezember 2013 festgestellt, dass die nicht nur vorübergehende Überlassung nicht schädlich ist (Az: 9 AZR 51/13).

Es steht zu vermuten, dass sowohl die Gewerkschaften als auch die Diözesanen Arbeitsgemeinschaften der Mitarbeitervertretungen spätestens ab 2014 Leiharbeitnehmer der Servicegesellschaften zur Erhebung von Feststellungsklagen gegen die Krankenhausträger ermutigen werden, mit dem Ziel der Feststellung, dass ein Arbeitsverhältnis des Leiharbeitnehmers mit dem Krankenhausträger besteht.

**Dauerhafte Arbeitnehmerüberlassung wird von der Rechtsprechung kritisch bewertet.**

**Krankenhausträger verkennen Risiken und Voraussetzungen der Arbeitnehmerüberlassung. Hier sind Aufsichtsräte gefordert.**

**Urteile der LAG haben Krankenhäuser überrascht.**



Den Geschäftsführungen oder Personalabteilungen zahlreicher Krankenhausträger ist häufig gar nicht bewusst, dass die „Personalgestellung“ oder der fehlerhafte „Werkvertrag“ zwischen Servicegesellschaft und Krankenhausträger eine erlaubnispflichtige Arbeitnehmerüberlassung darstellt.

Arbeitnehmerüberlassung liegt nach § 1 AÜG vor, wenn Arbeitgeber als Verleiher Dritten (Entleiher) Arbeitnehmer (Leiharbeitnehmer) im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit zur Arbeitsleistung überlassen. Das AÜG wurde am 1. Dezember 2011 dahingehend geändert, dass die Gewerbsmäßigkeit keine Voraussetzung mehr für die Arbeitnehmerüberlassung ist. Auch gemeinnützige Krankenhausträger bzw. Servicegesellschaften, die ohne Gewinnabsicht Arbeitnehmer überlassen, bedürfen der Erlaubnis. Erlaubnisfrei sind hingegen die Erbringung von Leistungen im Rahmen von Werkverträgen und die konzerninterne Überlassung, wenn der Arbeitnehmer nicht zum Zwecke der Überlassung eingestellt und beschäftigt wird (§ 1 Abs. 3 Nr. 2 AÜG).

### 9.1 Abgrenzung zum Werkvertrag

Die Abgrenzung zwischen Werk- oder Dienstvertrag und erlaubnispflichtiger Arbeitnehmerüberlassung ist schwierig.

Die Abgrenzung eines Werkvertrages zur erlaubnispflichtigen Arbeitnehmerüberlassung erfolgt im Einzelfall und anhand verschiedener Kriterien. Die Bundesarbeitsagenturen orientieren sich bei ihrer Einschätzung an den folgenden Punkten:

- Für einen Werkvertrag ist maßgeblich, ob ein konkret bestimmtes Werkergoßnis bzw. eine Veränderung einer Sache vereinbart und dann auch tatsächlich erstellt wird.

Dies ist bei Krankenhäusern z. B. gegeben, wenn die Reinigung einer bestimmten Fläche, die Zubereitung einer bestimmten Anzahl von Essen oder die vollständige Übernahme des Wachdienstes vereinbart werden. Bei der Zubereitung von Essen zusammen mit Angestellten des Krankenhauses liegt dies dagegen nicht vor.

- Für die Abgrenzung ist außerdem die eigenverantwortliche Organisation aller sich aus der Übernahmeverpflichtung ergebenden Handlungen durch den Werkunternehmer (unternehmerische Dispositionsfreiheit, auch in zeitlicher Hinsicht; keine Einflussnahme des Bestellers auf Anzahl und Qualifikation der am Werkvertrag beteiligten Arbeitnehmer; in der Regel eigene Arbeitsmittel) entscheidend.

Das bedeutet z. B. bei einem Reinigungswerkvertrag, dass die Reinigungsmittel vom Werkunternehmer gestellt werden sollten. Bei einem Einsatz in der Küche oder in der Apotheke ist dies problematisch, da dort üblicherweise Einrichtungen des Krankenhauses genutzt werden.

**Arbeitnehmerüberlassung ist erlaubnispflichtig**

**Werkverträge bedürfen keiner Erlaubnis**



- Weisungsrecht des Werkunternehmers gegenüber seinen im Betrieb des Bestellers tätigen Arbeitnehmern, keine Eingliederung in die Arbeitsabläufe des Bestellerbetriebes sprechen für einen Werkvertrag.

Wenn Mitarbeiter der Servicegesellschaft zusammen mit Mitarbeitern des Krankenhauses tätig werden, z. B. in der Küche, sind Absprachen erforderlich, sodass eine Eingliederung in die Arbeitsabläufe des Bestellerbetriebes und damit Arbeitnehmerüberlassung vorliegt. Wenn die Angestellten der Servicegesellschaft dagegen vollkommen eigenständig bestimmte abgrenzbare Bereiche wie die vollständige Durchführung der Spülküche, die Portionierung der Speisen am Band oder die Zubereitung aller Frühstücke vornehmen, spricht dies eher für einen Werkvertrag.

Für die Abgrenzung zur Arbeitnehmerüberlassung ist nicht nur die konkrete Vertragsgestaltung für die rechtliche Bewertung von entscheidender Bedeutung, sondern auch die tatsächliche Durchführung der Verträge. Dies hat am 1. August 2013 erneut das LAG Baden-Württemberg (Az. 2 Sa 6/13) entschieden.

Das Weisungsrecht ist eines der Hauptkriterien für die Abgrenzung des Werkvertrages zur Arbeitnehmerüberlassung.

Das Tragen des Unternehmerrisikos durch den Werkunternehmer, insbesondere die Gewährleistung für Mängel des Werkes, indiziert einen Werkvertrag.

Dass Gewährleistungsrechte nicht geltend gemacht werden, ist ein deutliches Indiz für eine Arbeitnehmerüberlassung und das Vorliegen eines Scheinwerkvertrages.

Die ergebnisbezogene Vergütung sowie die fehlende Abrechnung nach Zeiteinheiten sind Charakteristika eines Werkvertrages.

Das LAG Berlin Brandenburg hat am 12. Dezember 2012 (Az: 15 Sa 1217/12) entschieden, dass, wenn sich die vom Auftragnehmer zu erbringenden Leistungen nach dem Bedarf des Auftraggebers richten, dies ganz erheblich gegen das Vorliegen eines Werk- oder Dienstvertrages spricht und für eine Eingliederung der Arbeitnehmer in den Betrieb des Auftraggebers.

Wenn sich also z.B. Reinigungsleistungen nur nach dem konkreten Bedarf richten, ist dies nicht durch einen Werkvertrag regelbar.

Hauptabgrenzungsmerkmale für eine Abgrenzung des Werkvertrages von einem Vertrag zur Arbeitnehmerüberlassung sind die Eingliederung in den Betrieb und das Weisungsrecht.

**Weisungsrecht Hauptkriterium für Abgrenzung Werkvertrag zur Arbeitnehmerüberlassung**

**Eingliederung in Betrieb indiziert Arbeitnehmerüberlassung**



### 9.2 Abgrenzung zum Dienstvertrag

Je nach Art der Tätigkeit der Mitarbeiter der Servicegesellschaft kann auch ein Dienstvertrag und kein Werkvertrag vorliegen. Bei einem Werkvertrag verpflichtet sich der Unternehmer, ein vereinbartes gegenständlich fassbares Arbeitsergebnis herbeizuführen. Bei einem Dienstvertrag dagegen ist nur das bloße Wirken, die Arbeitsleistung als solche, geschuldet. Eine Erbringung von Dienstleistungen bedeutet nicht zwangsläufig, dass Arbeitnehmerüberlassung vorliegt. Auch Dienstleistungen können von dritten Unternehmen erbracht werden, die sich hierfür Erfüllungsgehilfen bedienen. Allerdings gelten für Dienstverträge grundsätzlich dieselben Kriterien der Abgrenzung von Arbeitnehmerüberlassung wie bei Werkverträgen. Es kommt also auch bei Dienstverträgen auf die Eingliederung in den Betrieb und die Weisungsbefugnis an. Zudem muss auch hier eine konkrete abgrenzbare Leistung vorliegen.

### 9.3 Merkmal „vorübergehend“

Dass Arbeitnehmerüberlassung „vorübergehend“ erfolgt, wurde am 1. Dezember 2011 in das AÜG aufgenommen. Wie diese Regelung auszulegen ist, wird von den Landesarbeitsgerichten bis jetzt unterschiedlich bewertet. Das LAG Berlin-Brandenburg hat am 9. Januar 2013 (Az. 15 Sa 1635/12) entschieden, dass es einen institutionellen Rechtsmissbrauch darstellt, wenn das verleihende Konzernunternehmen nur an Konzernunternehmen Arbeitnehmer verleiht, nicht am Markt werbend tätig ist und die Einschaltung des verleihenden Unternehmens nur dazu dient, Lohnkosten zu senken oder kündigungsschutzrechtliche Wertungen ins Leere laufen zu lassen. Dies habe zur Folge, dass dem Scheinentleiher die Arbeitgeberstellung zukommt. Am 31. Juli 2013 hat das LAG Baden-Württemberg entschieden, dass eine Überlassung nicht vorübergehend ist, wenn dadurch ein Dauerbeschäftigungsbedarf abgedeckt wird (Az. 4 Sa 18/13).

### 9.4 Mitbestimmungsrechte von Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen

Das Bundesarbeitsgericht hat am 10. Juli 2013 durch Beschluss festgestellt, dass der Betriebsrat des Entleiherbetriebes die Zustimmung zum Einsatz der Leiharbeitnehmer verweigern kann, wenn diese nicht nur vorübergehend eingesetzt werden sollen (BAG 10.07.13, Az. 7 ABR 91/11).

§ 14 Abs. 3 AÜG regelt, dass vor der Beschäftigung eines Leiharbeitnehmers der Betriebsrat des Entleiherbetriebes zu beteiligen ist (§ 99 Betriebsverfassungsgesetz, BetrVG). Nach § 99 Abs. 2 Nr. 1 BetrVG kann der Betriebsrat die Zustimmung verweigern, wenn die Einstellung gegen ein Gesetz verstößt. Hier liegt laut BAG ein Verstoß gegen die Regelung in § 1 Abs. 1 Satz 2 AÜG vor, nach der Arbeitnehmerüberlassung „vorübergehend“ erfolgt. Das BAG stellte klar, dass die Bestimmung zur vorübergehenden Überlassung nicht lediglich einen unverbindlichen Programmsatz enthalte, sondern die nicht nur vorübergehende Arbeitnehmerüberlassung untersage. Die Regelung diene dem Schutz der Leih-

**Arbeitnehmerüberlassung  
ist vorübergehend**



arbeitnehmer und solle eine dauerhafte Aufspaltung der Belegschaft in eine Stammbesellschaft und eine entlehene Belegschaft verhindern.

Die Mitarbeitervertretungsordnung für Katholische Arbeitgeber enthält seit 2011 in § 34 MAVO eine entsprechende Regelung, dass der Einsatz von Leiharbeitnehmern über sechs Monate hinaus der Zustimmung der Mitarbeitervertretung bedarf.

### 9.5 Urteil des BAG vom 10. Dezember 2013

Das BAG hat am 10. Dezember 2013 entschieden, dass auch bei nicht nur vorübergehender Arbeitnehmerüberlassung kein Arbeitsverhältnis des Leiharbeitnehmers mit dem Entleiher zustande kommt, wenn eine Erlaubnis zur Arbeitnehmerüberlassung vorliegt (Az: 9 AZR 51/13).

### 9.6 Blick auf den Gesetzgeber

Der Koalitionsvertrag der Großen Koalition sieht auf Seite 69 vor, dass eine Überlassungshöchstdauer von 18 Monaten für Leiharbeitnehmer gesetzlich festgelegt werden soll. Da dieses Thema auch im Vorfeld in den Medien viel diskutiert wurde, ist davon auszugehen, dass die neue Bundesregierung dieses Vorhaben auch umsetzen wird.

### 9.7 Empfehlung

Die Entscheidung des BAG vom 10. Dezember 2013 bedeutet nicht, dass für Servicegesellschaften von Krankenhausträgern, die Arbeitnehmerüberlassung betreiben, kein Handlungsbedarf mehr besteht. Drei Entscheidungen des BAG zu dieser Problematik stehen noch aus.

Angesichts des Koalitionsvertrages ist allen Krankenhausaufsichtsräten dringend zu raten, zu überprüfen, ob in ihren Häusern nicht nur kurzfristige Arbeitnehmerüberlassung stattfindet und ob die erforderliche Erlaubnis erteilt worden ist. Jetzt ist es in vielen Fällen noch möglich, die Erbringung der Leistungen als zulässige Werkverträge umzugestalten.

Das Bundesarbeitsministerium hat Ende Februar 2014 mitgeteilt, dass es keinen konkreten Zeitplan für die Novellierung des AÜG gibt. Das parlamentarische Verfahren wird voraussichtlich erst 2015 eingeleitet werden.

**Der Gesetzgeber wird  
aktiv werden**

# 10 Familienfreundliche Personalpolitik im Krankenhaus



**ANGELE DAALMANN**

Dipl.-Kffr. (FH)  
Personalleitung,  
Schwerpunkt  
Personalmanagement

**Christophorus-Kliniken GmbH  
Coesfeld**





Familienfreundliche Personalpolitik als ein Baustein des Personalmanagements gewinnt im Krankenhausbereich zunehmend an Bedeutung. Veränderte Lebensformen haben eine steigende Erwerbsquote von Frauen zur Folge. Dies zeigt sich im Krankenhaus besonders deutlich im ärztlichen Dienst. Die traditionell schon hohe Frauenquote im Gesundheitswesen nimmt dadurch weiter zu. Eine weitere relevante Entwicklung ist die deutliche Altersstrukturverschiebung im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung. Besonderen Einfluss hat der wachsende Fachkräftemangel, verbunden mit einer Tendenzentwicklung vom Arbeitgeber- zum Arbeitnehmermarkt.

Bei den Entscheidungskriterien für einen Arbeitsplatz spielen vor diesen Hintergründen familienorientierte Aspekte eine immer größere Rolle. Eine Befragung des Hartmannbundes aus 2012 unter Medizinstudenten zeigt, dass familienbewusste Arbeitsbedingungen der wichtigste Attraktivitätsfaktor für den Arztberuf sind. Die Befragten sahen den größten Veränderungsbedarf in den Feldern „Unterstützung im Bereich Beruf und Familie“ (85%) und „geregelte Arbeitszeiten“ (78%). (Quelle: Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Krankenhaus, Aus der Praxis für die Praxis, Hrsg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stand Januar 2013, 1. Auflage, S. 8.)

Doch nicht nur die Mitarbeiter profitieren von einer familienorientierten Personalpolitik. Auch für die Unternehmen ergeben sich Vorteile. Aktuelle Studien belegen betriebswirtschaftliche Effekte einer Familienorientierung wie z. B. eine geringere Krankheits- und Fehlzeitenquote, eine höhere Mitarbeitermotivation und Produktivität der Mitarbeiter sowie eine bessere Bewerberqualität. (Quelle: FFP Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik, Ergebnisse einer repräsentativen Unternehmensbefragung 2012 zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie – weitere Infos: [www.ffp-muenster.de](http://www.ffp-muenster.de))

## Umsetzung am Beispiel der Christophorus-Kliniken

### 10.1 Grundlagen

Die Christophorus-Kliniken Coesfeld sind bereits seit vielen Jahren im Themenfeld Beruf und Familie aktiv. Eine mehrfache Zertifizierung durch die berufundfamilie gGmbH bestätigt das Engagement. Die folgenden Ausführungen verdeutlichen die Grundlagen der familienorientierten Personalpolitik der Christophorus-Kliniken, sie informieren über wichtige Erfahrungen und stellen beispielhaft konkrete Maßnahmen vor.

### 10.2 Zentrale Einbindung

Ein unverzichtbares Fundament einer erfolgreichen familienorientierten Personalpolitik ist die zentrale und übergeordnete Einbindung in die Unternehmenspolitik. Dies wird u.a. durch eine Verankerung im Trägerleitbild und in den Führungsgrundsätzen sichergestellt.

**Familienfreundliche Personalpolitik gewinnt an Bedeutung**

**Mitarbeiter wünschen Unterstützung**

**Auch Arbeitgeber haben Vorteile**



**Zentrale Verankerung wichtig**

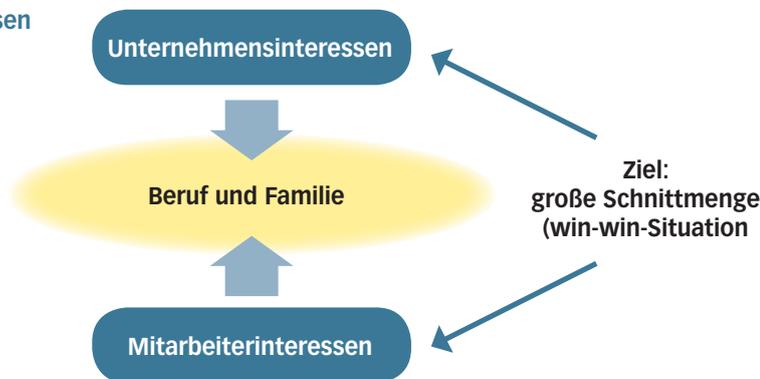
## »Wir tragen Fürsorge für unsere Mitarbeiter und unterstützen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ...«

(Auszug Leitbild Christophorus-Trägersgesellschaft)

### 10.3 Interessen

Besonders wichtig sind Ehrlichkeit und Glaubwürdigkeit. Was hilft ein Hochglanzprospekt mit vielen Versprechungen, wenn sich die Realität im Berufsalltag ganz anders darstellt? Grundvoraussetzung für ein Gelingen ist eine Berücksichtigung aller Interessen und Ausgestaltung der Schnittmenge.

Interessen



*Beruf und Familie als Schnittmenge der Interessen*

Noch vor einigen Jahren mussten sich die Mitarbeiter im Gesundheitswesen im Wesentlichen nach den betrieblichen Anforderungen des Unternehmens richten. Flexible Arbeitszeiten waren nur sehr begrenzt möglich. Teilzeitbeschäftigung, z. B. im ärztlichen Bereich war kaum denkbar. Heute ist diese tendenziell einseitige Haltung aufgrund der o.g. Veränderungen nicht mehr möglich. Ebenso wenig funktioniert jedoch die einfache Umkehr: eine komplette Ausrichtung des Unternehmens an jeden individuellen Mitarbeiterwunsch. Die Lösungen müssen insofern zwischen diesen Polen gesucht und gestaltet werden.

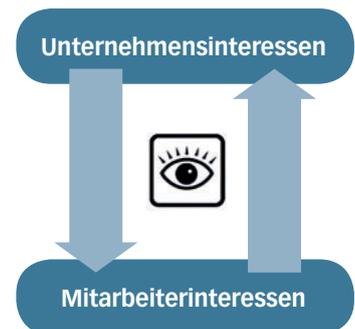
Ein Perspektivwechsel auf beiden Seiten ist wichtig. Krankenhäuser müssen die Wünsche und Interessen ihrer Mitarbeiter kennen und sich ernsthaft mit diesen auseinandersetzen. Mitarbeiter müssen ebenso die Interessen und Rahmenbedingungen des Unternehmens kennen und akzeptieren.

### 10.4 Spezifische Ansätze

Flächendeckende berufsgruppenübergreifende familienfreundliche Maßnahmen sind vielfach nicht zielführend. Wichtig ist eine spezifische Betrachtung und Berücksichtigung der unterschiedlichen Situationen. Am Beispiel der Berufsgruppen ärztlicher Dienst und Pflegedienst wird dieses sehr deutlich. Im ärztlichen Dienst ist der Altersdurchschnitt aufgrund der hohen Anzahl von Ärzten in Weiterbildung vergleichsweise eher niedrig. Hinzu kommt eine kontinuierlich steigende Frauenquote. Themen im Bereich „Kind und Karriere“ spielen daher eine große Rolle.

Ehrlichkeit und Glaubwürdigkeit erforderlich

*Perspektivwechsel als Voraussetzung für erfolgreiche familienorientierte Personalpolitik*



Perspektivwechsel auf beiden Seiten hilft



Im Pflegedienst verursacht die demografische Entwicklung eine doppelte Herausforderung. Zum einen sind für die jungen Mitarbeiter in der Pflege auch Kinderthemen relevant. Zum anderen fällt aber eine sehr große und steigende Anzahl älterer Mitarbeiter auf. Hier stehen ganz andere Fragen im Vordergrund: Wie erhalte ich meine Leistungsfähigkeit? Was mache ich, wenn meine Eltern pflegebedürftig werden? Häufig kommt es sogar zu Doppelbelastungen durch Kinderbetreuung und Anforderungen im Zusammenhang mit zu pflegenden Angehörigen.

### 10.5 Organisatorische Einbindung

In den Christophorus-Kliniken ist das Thema zentral dem Personalmanagement zugeordnet und wird durch eine bewusst klein gehaltene Steuerungsgruppe gelenkt. So lässt sich eine Verbindung mit anderen Themenfeldern, wie z. B. Personalentwicklung und Betriebliches Gesundheitsmanagement ideal darstellen. Durch die direkte Einbindung der Mitarbeitervertretung ist eine Berücksichtigung der Mitarbeiterinteressen optimal gewährleistet.

Mit dieser Organisationsform ist das Thema aus dem Projektstatus enthoben und wird als ein kontinuierlicher Prozess und Basisbaustein der Personalentwicklung betrachtet und bearbeitet.

Ergänzend zu der Steuerungsgruppe stehen den Mitarbeitern für Kinderbetreuungsfragen und Fragen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit im privaten Umfeld spezifische fachkundige Ansprechpartner zur Verfügung.

Entscheidend für die Umsetzung ist darüber hinaus das konkrete Leben und Handeln und die Haltung der Führungskräfte vor Ort in den Bereichen.

### 10.6 Maßnahmen-Beispiele

Im Laufe der Jahre hat sich in den Christophorus-Kliniken eine Vielfalt an familienfreundlichen Maßnahmen entwickelt. Neben dem Kernthema Kinderbetreuung mit flexiblen Öffnungszeiten gibt es viele weitere mögliche Maßnahmen. Einige exemplarische Beispiele werden im Weiteren näher vorgestellt:

#### 10.6.1 Treffen für Mitarbeiter in Elternzeit

Jährliche Treffen der Mitarbeiter in Elternzeit fördern die Mitarbeiterbindung. Selbstverständlich sind auch die Kinder willkommen – eine Kinderbetreuung ist sichergestellt. Ein Höhepunkt ist jeweils ein umfassender Foto-Rückblick auf das vergangene Jahr. Dieser wird durch die Geschäftsführung vorgestellt – was die Mitarbeiter als besondere Wertschätzung wahrnehmen. Auf großes Interesse stoßen auch Vorträge zu Schwerpunktthemen der jungen Eltern (z. B. Ernährung bei Säuglingen, Homöopathie bei Säuglingen...). In Veranstaltungspausen besteht die Möglichkeit zum Austausch der Mitarbeiter mit ihren Leitungen. Dies wird gerne auch zur Anbahnung eines Wiedereinstieges genutzt.

Familienorientierte Personalpolitik als Baustein des Personalmanagements



Organisation

Bindung der Mitarbeiter in Elternzeit

### 10.6.2 Ferienbetreuung

Abwechslungsreiche und lehrreiche Tage erleben Mitarbeiterkinder in der Ferienbetreuung. Die Module reichen von einem Krankenhaus-Event-Tag über einen Erste-Hilfe-Kurs, eine Waldrally, einen Kochkurs, einer Feuerwehrbesichtigung bis hin zu einem Abenteuernachmittag auf dem Bauernhof. Eine Randzeitenbetreuung ermöglicht Kindern aller Berufsgruppen des Krankenhauses die Teilnahme.

### 10.6.3 Unterstützung für Mitarbeiter mit zu pflegenden Angehörigen

Auch wenn es im Krankenhaus eine hohe pflegerische Fachkompetenz unter den Mitarbeitern gibt, hat sich gezeigt, dass ein Pflegefall im eigenen privaten Umfeld der Mitarbeiter eine ganz andere persönliche Herausforderung darstellt als die berufliche Tätigkeit. So gibt es eine professionelle Ansprechpartnerin, die betroffenen Mitarbeitern Hilfestellungen gibt. Weiterhin können die Mitarbeiter sich über Checklisten, Info-Broschüren etc. informieren. Diese Unterstützungen wurden im Rahmen der Beteiligung an einem branchenübergreifenden regionalen Projekt entwickelt (weitere Infos unter: [www.pflege-arbeit-unternehmen.de](http://www.pflege-arbeit-unternehmen.de)).

### 10.6.4 Arbeitszeiten

Das wichtige Thema Arbeitszeit darf im Maßnahmenpaket natürlich nicht fehlen. Hier greift besonders das oben dargestellte Prinzip der größtmöglichen Schnittmenge der Interessen. Selbstverständlich sind in einem Krankenhaus mit 24-Stunden-Betreuungsbedarf vor Ort am Patienten nicht alle seitens der Mitarbeiter gewünschten Arbeitszeiten darstellbar. Durch Verlässlichkeit, Planbarkeit und eine gewisse Flexibilität vor Ort kann mehr Mitarbeiterzufriedenheit erreicht werden. Schulungen zum Thema „Flexible Arbeitszeitmodelle“ unterstützen die Leitungen. Auf Basis der Schulungserkenntnisse wurden Arbeitszeitmodelle in vielen Bereichen überarbeitet und z.B. eine allgemeine Leitlinie zur Dienstplanung im Pflegedienst erarbeitet.

### 10.6.5 Chancengleichheit

Ein neues Projekt ist das Themenfeld Chancengleichheit. Hier beteiligen sich die Kliniken am Standort Dülmen an einem bundesweiten Projekt der Europäische Akademie für Frauen in Politik und Wirtschaft (EAF) „Mehr Frauen in Führungspositionen“ (nähere Infos: [www.regionale-buendnisse.de](http://www.regionale-buendnisse.de)). In einem spannenden branchenübergreifenden Austausch erarbeiten die Unternehmen spezifische Maßnahmen. Darüber hinaus werden regionale unternehmensübergreifende Projekte und Veranstaltungen konzipiert und durchgeführt.

### 10.6.6 Kommunikation

Neben der externen Kommunikation ist eine umfassende interne Kommunikation besonders wichtig. In der komplexen Krankenhausstruktur müssen familienfreundliche Maßnahmen sehr häufig und auf verschiedenen Wegen kommuniziert

Entlastung für Eltern in Ferienzeiten



Nachwuchs für das Gesundheitswesen – Mitarbeiterkinder während des Kinderferienprogrammes

Hilfe bei Pflegebedürftigkeit

Verlässliche Arbeitszeitmodelle

Chancengleichheit für Männer und Frauen

Umfassende Kommunikation wichtig



werden, um auch tatsächlich alle Mitarbeiter zu erreichen. Die Christophorus-Kliniken nutzen vielfältige Kommunikationswege wie Hausmitteilungen, Intranet, Aushänge, Leitungskonferenzen etc.

### 10.6.7 Statistische Daten

Unterstützend für das Themenfeld ist die regelmäßige Aufbereitung statistischer Daten wie z. B. Entwicklung der Geburtenzahlen, Altersstrukturstatistik, Frauenquote, Quote Frauen in Führung, Anzahl der Mitarbeiter in Elternzeit.

Die Daten können als Basis für weitere Planungen genutzt werden. Sie unterstreichen vielfach auch die Notwendigkeit neuer Maßnahmen. Weiterhin machen sie bei bereichs- und abteilungsbezogener Auswertung auch eine Differenzierung von Maßnahmen nach Zielgruppen möglich.

## 10.7 Zusammenfassung und Ausblick

In diesem Beitrag wurden nur ausschnittsweise Aktivitäten und Angebote im Bereich Beruf und Familie dargestellt. Das Spektrum möglicher Maßnahmen ist riesengroß.

Wichtig ist es, das Thema als kontinuierlichen Prozess im Rahmen der Personalentwicklung zu verstehen und dementsprechend organisatorisch zu verankern. Hilfreich ist ein ressourcen-orientierter Ansatz. Bevor der Blick in Richtung der fehlenden Bausteine geht, hilft eine Transparenz im Hinblick auf bereits vorhandene Elemente. Häufig gibt es schon etliche Bausteine, die jedoch bisher intern unter einem anderen Thema kommuniziert wurden. Darauf aufbauend können neue Themenfelder Schritt für Schritt erschlossen und ergänzt werden. Bei Beachtung des Grundsatzes der Ehrlichkeit und Glaubwürdigkeit lassen sich viele realistische Möglichkeiten gestalten.

Entscheidend sind auch der Mut zum Ausprobieren und die Einbindung der Mitarbeiter. Warum z. B. nicht einmal ein neues Arbeitszeitmodell testen? Gute Erfahrungen wurden auch dann gemacht, wenn nach der Testphase keine dauerhafte Umsetzung erfolgen konnte. Die Mitarbeiter zeigten durch ein Ernstnehmen der Wünsche und die frühzeitige Einbindung eine höhere Akzeptanz von Entscheidungen.

Caritas-Unternehmen haben eine ideale Basis für familienorientierte Personalpolitik. Wichtig ist es, diese intern und auch in der Kooperation mit anderen zu nutzen und mit Leben zu füllen.

Familienfreundlichkeit kann sehr gut auch unternehmensübergreifend gestaltet werden und als ein Standortfaktor und Wert für eine Stadt/Region genutzt werden – eine win-win-Situation für alle Beteiligten.

Dies ist eine Chance, den Herausforderungen der nächsten Jahre zu begegnen und möglichst viele wertvolle Mitarbeiter in den Unternehmen zu halten und neue gute Mitarbeiter zu gewinnen.

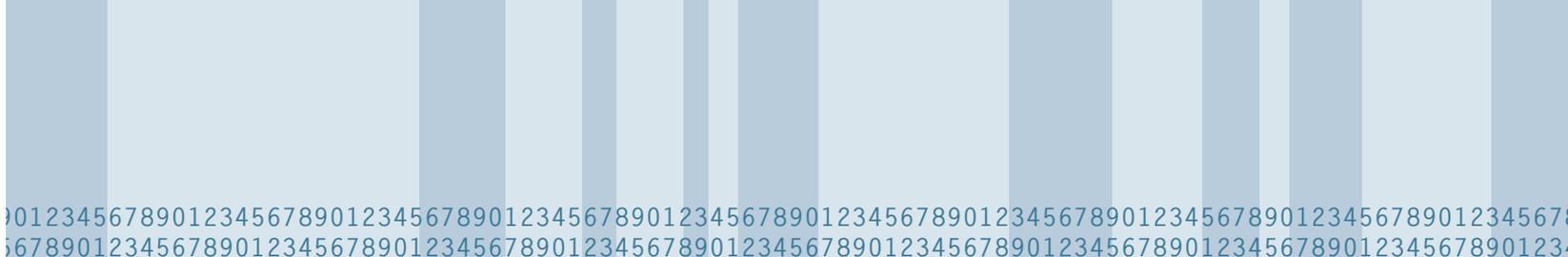
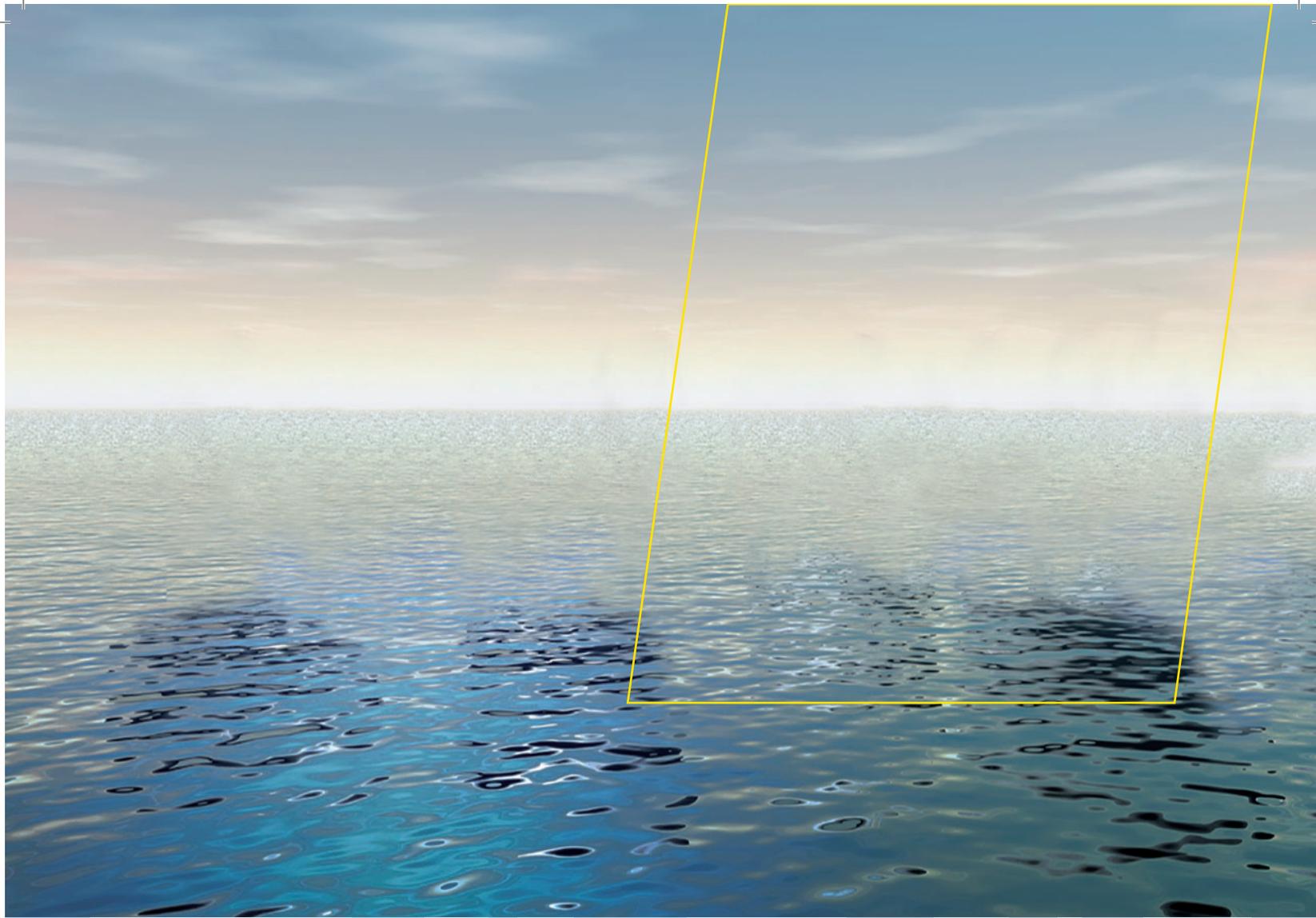
Statistische Daten als Unterstützung

Ist-Analyse als Basis

Einbeziehung der Mitarbeiter

Caritas als gute Basis





**Beratungs- und  
Prüfungsgesellschaft BPG mbH  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft**

Nevinghoff 30  
48147 Münster

Niederlassungen  
Bremen · Köln

Tel. 0251 48204 – 0  
Fax 0251 48204 – 40  
E-Mail [sekretariat@bpg-muenster.de](mailto:sekretariat@bpg-muenster.de)  
Internet [www.bpg-muenster.de](http://www.bpg-muenster.de)

**BPG Unternehmensberatungs-  
gesellschaft mbH**

Nevinghoff 30  
48147 Münster

Standorte  
Berlin · Bremen · Köln · Stuttgart

Tel. 0251 41832 – 0  
Fax 0251 41832 – 70  
E-Mail [sekretariat@bpg-muenster.de](mailto:sekretariat@bpg-muenster.de)  
Internet [www.bpg-muenster.de](http://www.bpg-muenster.de)

**BPG Rechtsanwalts-gesellschaft mbH**

Nevinghoff 30  
48147 Münster

Tel. 0251 41832 – 0  
Fax 0251 41832 – 95  
E-Mail [sekretariat@bpgra.de](mailto:sekretariat@bpgra.de)  
Internet [www.bpgra.de](http://www.bpgra.de)

Unternehmensgruppe

