



Zukunftsfähigkeit von katholischen Krankenhäusern

Ein Leitfaden für Aufsichtsräte



Bistum
Münster



Diözesancaritasverband
Münster



Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

DARLEHNSKASSE
MÜNSTER EG **DKM**

Die 1. Bank-Adresse für Kirche und Caritas

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leserinnen und Leser,

die Einführung der sog. Psychiatricentgelte für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser haben wir zum Anlass genommen, den Ihnen im Mai 2007 vorgelegten Krankenhausleitfaden umfassend zu überarbeiten. Anlass war weiterhin die aktuell schwierige wirtschaftliche Lage vieler katholischer Krankenhäuser in ganz Deutschland, die alle Beteiligten vor große Herausforderungen stellt. Mit dem hier vorliegenden Leitfaden wollen wir Sie in Ihrer täglichen Praxis mit grundlegendem Wissen aber auch mit speziellen Themen des Krankenhausgeschäfts unterstützen.

Der Leitfaden ist Ergebnis einer gemeinsamen Arbeit des Bistums Münster, der BPG Unternehmensgruppe, der DKM Darlehnskasse Münster eG und des Diözesancaritasverbandes Münster e.V. Die DKM ist Spezialbank für Einrichtungen und Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen aus Kirche und Caritas und Hausbank für mehr als 150 katholische Krankenhäuser in ganz Deutschland. Neben dem klassischen Bankgeschäft aufgrund ihrer Satzungsverpflichtung fördert die DKM ihre Mitglieder und Kunden und speziell die katholischen Krankenhäuser in wirtschaftlichen Fragestellungen und bietet eine umfassende Betreuung. Die BPG Unternehmensgruppe ist Ihnen als Spezialanbieter für alle Belange des Krankenhausgeschäfts in Prüfung, Steuer- und Rechtsberatung sowie Unternehmensberatung bekannt. In allen Bereichen des Tagesgeschäfts, aber auch bei der strategischen Ausrichtung des Krankenhauses, stehen Ihnen erfahrene Spezialisten zur Verfügung. Das Bistum Münster ist kirchliche Aufsichtsbehörde und unterstützt die Einrichtungen in katholischer Trägerschaft bei ihrer Weiterentwicklung. Der Caritasverband für die Diözese Münster e.V. unterstützt die Krankenhäuser als Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege in den Gremien der Krankenhausfachgesellschaften und im politischen Raum und bietet ein umfassendes Beratungsangebot.

In erster Linie richtet sich unser Leitfaden an Aufsichtsräte in katholischen Krankenhäusern. Diesen Personen wollen wir mit praxisorientierten Informationen eine Hilfe geben, damit sie ihre anspruchsvolle Tätigkeit in den Gremien qualifiziert ausüben können. Gerade für ehrenamtlich tätige Personen erscheint es uns wichtig zu sein, mit der hier vorliegenden komprimierten Zusammenfassung von wichtigen Themen des Krankenhausgeschäfts einen Überblick geben zu können.

Die Autoren sind erfahrene Aufsichtsräte oder Fachleute des Personalbereichs, Fachreferenten aus der Verbandsarbeit, kompetente Unternehmensberater, Verantwortliche der kirchlichen Aufsicht und Wirtschaftsprüfer mit umfangreicher Branchenerfahrung.

Unser Dank gilt allen Mitwirkenden.

Münster, im Juni 2014



Norbert Kleyboldt
Generalvikar
des Bistums Münster



Christoph Bickmann
Vorstandsvorsitzender der
DKM Darlehnskasse Münster eG



Jochen Hartung
Geschäftsführer Beratungs- und
Prüfungsgesellschaft BPG mbH



Dr. Klaus Winterkamp
Vorstandsvorsitzender des
Diözesancaritasverbandes Münster

Die Autoren



Dipl.-Kfm. ULRICH SCHULZE
Leiter der Gruppe Finanz- und Investitionsaufsicht der wirtschaftlich selbständigen Einrichtungen
Bischöfliches Generalvikariat,
Münster
Spiegelturm 4
48143 Münster
Tel. 0251/495-267
Fax 0251/495-7267
E-Mail: schulze-u@bistum-muenster.de
// Autor der Kapitel 1, 2, 12



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 2, 3



Dipl.-Kfm. JÜRGEN GROTESCHULTE
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater
Beratungs- und Prüfungsgesellschaft
BPG mbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Nevinghoff 30
48147 Münster
Tel. 0251/48204-0
Fax 0251/48204-40
E-Mail: j.groteschulte@bpg-muenster.de
// Autor des Kapitel 5



KLAUS SCHOCH
Rechtsanwalt und Abteilungsleiter
Gesundheitshilfe
Caritasverband für die Diözese,
Münster
Kardinal-von-Galen-Ring 45
48149 Münster
Tel.: 0251 / 8901-271
Fax: 0251 / 8901-4330
E-Mail: schoch@caritas-muenster.de
// Autor der Kapitel 7, 12



Dipl.-Kfm. NORBERT LENKE
Vorsitzender des Aufsichtsrates der
Alexianer GmbH
Alexianerweg 9
48163 Münster
Tel. 02501/966-55100
Fax 02501/966-55109
// Autor des Kapitels 4



Dr. med. IRIS HAUTH
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin
Ärztliche Direktorin
Regionalgeschäftsführerin
Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH
Tel. 030 / 92790-724
Fax 030 / 92790-700
E-Mail: i.hauth@alexius.de
// Autorin des Kapitels 8



Dipl.-Kfm. MARCUS PROFF
Referatsleiter Krankenhäuser und Pflegeausbildung
Caritasverband für die Diözese, Münster
Kardinal-von-Galen-Ring 45
48149 Münster
Tel.: 0251 / 8901-202
Fax: 0251 / 8901-4330
E-Mail: proff@caritas-muenster.de
// Autor der Kapitel 7, 9



GOLO BUSCH
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Arbeitsrecht
Beratungs- und Prüfungsgesellschaft BPG mbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Nevinghoff 30
48147 Münster
Tel. 0251/48204-0
Fax 0251/48204-40
E-Mail: g.busch@bpg-muenster.de
// Autor des Kapitels 13



Dipl.-Kfm. ANDREAS KAMP
BPG Unternehmensberatungsgesellschaft mbH
Nevinghoff 30
48147 Münster
Tel. 0251/48204-0
Fax 0251/48204-40
E-Mail: a.kamp@bpg-muenster.de
// Autor der Kapitel 9, 10



M.A. CHRISTIAN STIENHANS
BPG Unternehmensberatungsgesellschaft mbH
Nevinghoff 30
48147 Münster
Tel. 0251/48204-0
Fax 0251/48204-40
E-Mail: c.stienhans@bpg-muenster.de
// Autor der Kapitel 9, 10



Dipl.-Kffr. (FH) ANGELE DAALMANN
Personalleitung, Schwerpunkt
Personalmanagement
Christophorus-Kliniken GmbH,
Coesfeld
Südwall 22
48653 Coesfeld
Tel. 02541 – 89 14139
E-Mail: angele.daalman@ctc-coesfeld.de
// Autorin des Kapitels 14



Dipl.-Kfm. OLIVER RULLE
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



DR. KLAUS WINTERKAMP
Domkapitular
Vorstandsvorsitzender des Caritasverbandes für die Diözese Münster
Kardinal-von-Galen-Ring 45
48149 Münster
Tel. 0251 / 8901-0
// Autor des Kapitels 11



Inhaltsverzeichnis

Seite

1	Wahrnehmung von Aufsicht	8
1.1	Die externe Aufsicht	8
1.2	Die kirchliche Aufsicht	8
1.3	Die interne Aufsicht.....	9
2	Rechte und Pflichten von Aufsichtsräten	10
2.1	Rechtsgrundlagen	10
2.2	Qualifikationen des Aufsichtsratsmitgliedes	10
2.3	Rechtes des Aufsichtsrates	10
2.4	Pflichten des Aufsichtsrates.....	11
3	Haftung von Aufsichtsräten einer GmbH	13
3.1	Grundsätze zur Haftung von Aufsichtsräten einer GmbH	13
3.2	Verantwortlichkeit und Sorgfaltsmaßstab	13
3.3	Schadensersatzpflicht bei Sorgfaltspflichtverletzung	14
3.4	Haftungsbeschränkungen und Haftungserleichterungen	15
3.5	D&O-Versicherung.....	16
4	Erfahrungen aus der Sicht eines Praktikers – Kaffee oder Tee, Kuchen und Schnittchen	17
4.1	Anforderungen an die Mitglieder in Aufsichtsgremien	18
4.2	Erwartungen der Mitglieder von Aufsichtsgremien	20
4.3	Arbeit der Gremien	21
5	Beurteilung der wirtschaftlichen Daten und Aufsicht in der Praxis	24
5.1	Aufgabenstellung von Aufsichtsräten.....	24
5.2	Laufende Aufsicht und Beratung der Geschäftsführung	24
5.3	Bilanzsitzung des Aufsichtsrates.....	27
5.4	Aufsicht in besonderen Fällen, besondere Prüfungen.....	29
5.5	Zusammenfassung und Empfehlung	29
6	Grundlagen des Gemeinnützigkeitsrechts	30
7	Basiswissen und aktuelle Herausforderungen für Krankenhäuser	34
7.1	Strukturdaten der Krankenhäuser	34
7.2	Risikomanagement im strategischen Bereich	36
7.2.1	Betriebskostenfinanzierung	37
7.2.2	Investitionskostenfinanzierung	40
7.3	Herausforderungen	41
8	Psych-Entgeltgesetz	43
8.1	Rechtlicher Rahmen	43
8.2	Budgetneutrale Pflichtphase 2015 und 2016.....	45
8.3	Konvergenzphase 2017 bis 2021	45
8.4	Sonstige Regelungen	46
8.5	PEPP-Entgeltkatalog	47
8.6	Kritikpunkte am Psych-Entgeltsystem	48
8.7	Kritik am PEPP-Entgeltkatalog	49
8.8	Herausforderungen für die Kliniken	49
8.9	Chancen des neuen Entgeltsystems	50



9	Beurteilung der zukünftigen Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern	52
9.1	Instrumenten-Beispiel: Benchmarking	52
9.2	Analyse und Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsgeschehens	53
9.3	Profilbildung und Spezialisierung	55
9.4	Kostenorientierung durch Optimierung der Personalbedarfe und strategischen Planung	56
10	Restrukturierungsbedarf von Krankenhäusern	58
10.1	Inhalte eines Restrukturierungsprozesses	59
10.2	Kooperations- und Fusionstendenzen im Markt	61
11	Anmerkungen zur Glaubwürdigkeit und Zukunftsfähigkeit katholischer Krankenhäuser	62
12	Bedeutung von Kooperationen, Konzentrationen und Fusionen für Krankenhäuser	64
12.1	Grundlagen	64
12.2	Krankenhausaspekte	65
13	Arbeitsrechtliche Besonderheiten in Krankenhäusern: Die rechtliche Situation von Servicegesellschaften	71
13.1	Abgrenzung zum Werkvertrag	72
13.2	Abgrenzung zum Dienstvertrag	73
13.3	Merkmal „vorübergehend“	74
13.4	Mitbestimmungsrechte von Betriebsräten und Mitarbeitervertretungen	74
13.5	Urteil des BAG vom 10. Dezember 2013	74
13.6	Blick auf den Gesetzgeber	75
13.7	Empfehlung	75
14	Familienfreundliche Personalpolitik im Krankenhaus	76
14.1	Grundlagen	76
14.2	Zentrale Einbindung	77
14.3	Interessen	77
14.4	Spezifische Ansätze	78
14.5	Organisatorische Einbindung	78
14.6	Maßnahmen-Beispiele	79
14.6.1	Treffen für Mitarbeiter in Elternzeit	79
14.6.2	Ferienbetreuung	80
14.6.3	Unterstützung für Mitarbeiter mit zu pflegenden Angehörigen	80
14.6.4	Arbeitszeiten	81
14.6.5	Chancengleichheit	81
14.6.6	Kommunikation	81
14.6.7	Statistische Daten	81
14.7	Zusammenfassung und Ausblick	82
	Impressum	84



1 Wahrnehmung von Aufsicht

*Aufsicht ist notwendig,
Arten der Aufsicht*

Im Geschäftsleben wird immer wieder nach der Aufsicht gefragt, wenn Entscheidungen in die falsche Richtung gelaufen sind. Insoweit ist es notwendiger denn je, eine Aufsicht in Unternehmen zu führen und auch organisatorisch implementiert zu haben. Gleichzeitig gibt es die Ebene des Gesetzgebers, der bestimmte Regularien vorgibt. Es kann zwischen der externen, kirchlichen und der internen Aufsicht unterschieden werden.

1.1 Die externe Aufsicht

*Externe Aufsicht ist ein-
geschränkt*

Die externe Aufsicht ist für juristische Personen vielfach unabdingbar vorgeschrieben. Diese Festschreibung der Beteiligung an Entscheidungen erfolgt je nach Rechtsform in den Statuten, der Satzung oder dem Gesellschaftsvertrag. In der Ausgestaltung dieser Aufsicht wird zwischen Genehmigungspflichten oder Genehmigungsvorbehalten unterschieden. Tatbestände für die Aufsicht können neben den Statusbelangen auch wesentliche Rechtsgeschäfte sein (z. B. Satzungsänderungen, Investitionen, Vermögensumschichtungen, Darlehensaufnahmen, dingliche Besicherung oder die Anstellung von Führungskräften). Als Besonderheit ist zu beachten, dass im Bereich der Gesellschaften mit beschränkter Haftung die Entscheidungen des GmbH-Geschäftsführers in der Außenwirkung nicht von einer externen Genehmigung abhängig sind. Auch für die Stiftungen gelten Sonderregelungen, da nach dem Stiftungsgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen vom 15. Februar 2005 nur eingeschränkte Rechte im Rahmen der Rechtsaufsicht vorgesehen sind. Tendenziell beschränkt sich die externe Aufsicht auf das Grundsätzliche. Die Distanz zur Aufsicht ist – nicht nur aus Haftungsgründen – gewollt und ausgeprägt. Damit ist der Austausch nebst Begutachtung und Beratung mit Externen nicht versperrt, bleibt aber immer außerhalb der Aufsicht.

1.2 Die kirchliche Aufsicht

Kirchliche Einrichtungen in Deutschland sind bei einer Vielzahl von unterschiedlichen Rechtsträgern vorzufinden und dezentral organisiert. Wir finden hier insbesondere Vereine, Gesellschaften mit beschränkter Haftung und kirchliche Stiftungen. Aufsicht in diesen Einrichtungen findet statt, sowohl durch die kirchliche (externe) Aufsicht als auch durch (interne) Aufsichtsorgane. Auch wenn der Kirche durch die Weimarer Verfassung und das Grundgesetz autonome Rechte zustehen, haben sich die kirchlichen Einrichtungen grundsätzlich an den allgemeinen Bestimmungen zu orientieren. Bei Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft ist die Aufsicht in Nordrhein Westfalen nach dem preußischen Vermögensverwaltungsgesetz determiniert. Bei eingetragenen Vereinen, Vor-BGB-Vereinen oder Ordensgemeinschaften ergibt sich der Aufsichtsumfang aus den Statuten bzw. den Satzungen. Bei Gesellschaften mit beschränkter Haftung gibt es in der Außenwirkung keine Aufsichtsrechte, gleichwohl löst ein Verstoß gegen die Genehmigungsvorbehalte in der GmbH-Satzung in der Innenwirkung Konsequenzen und Verpflichtungen aus. Bei kirchlichen Stiftungen handelt es sich um die Wahrnehmung der kirchlichen Stiftungsaufsicht als Rechtsaufsicht, die abgeleitet wird aus § 14 des Nordrhein-West-



fälischen Stiftungsgesetzes. Neben den Satzungen der einzelnen Stiftungen, die eine Zuordnung als kirchliche Stiftung gewährleisten, ist die kirchliche Stiftungsordnung maßgeblich. Für den nordrhein-westfälischen Teil des Bistums Münster ist dies die Stiftungsordnung (StiftO) in der Fassung vom 12. April 2011 (Art. 86 Kirchliches Amtsblatt Münster 2011 Nr. 9 vom 1. Mai 2011).

Die kirchliche Aufsicht macht deutlich, dass die kirchlichen Einrichtungen ihre Arbeit transparent und nach den Maßgaben einer guten Unternehmensführung leisten und dabei dem Gedanken einer Werteorientierung verpflichtet sind. Diese soll sich widerspiegeln in den Prinzipien der Personalität, der Solidarität und der Subsidiarität nach der katholischen Soziallehre, wobei gerade die Subsidiarität eine dezentrale Struktur von kirchlichen Einrichtungen, die dem Dienst am Nächsten verpflichtet sind, fordert. Damit wird auch ein Grundsatz der Subsidiarität deutlich, der eine Kongruenz zwischen der Entscheidungskompetenz und der Verantwortung für die getroffene Entscheidung fordert. Dies auch bei zunehmender Konzentration von Einrichtungen zu berücksichtigen, bleibt eine Herausforderung, der sich kirchliche Einrichtungen zu stellen haben. Die werteorientierte Unternehmensführung zeichnet sich aber auch durch eine angemessene interne Aufsicht aus. Die Bischöflichen Ordinariate (Generalvikariate) wirken darauf hin, dass in allen Einrichtungen geeignete Aufsichtsstrukturen vorhanden sind. Qualifizierte Aufsichtsstrukturen sind somit ein Qualitätsmerkmal, welches für die Einrichtungen bei zunehmender Wettbewerbsorientierung unter den Anbietern sozialer Dienste von hervorgehobener Bedeutung ist.

Kirchliche Aufsicht unterstützt interne Aufsicht und schafft im Rahmen der Subsidiarität Rahmenbedingungen

1.3 Die interne Aufsicht

Für Aktiengesellschaften, Kommanditgesellschaften auf Aktien, Genossenschaften, Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, um die wichtigsten Formen von Kapitalgesellschaften zu nennen, gibt es ein gesetzlich vorgeschriebenes Organ zur Bestellung und Überwachung der Geschäftsführung. Eine GmbH ist grundsätzlich nur verpflichtet, über ein solches Organ zu verfügen, wenn sie größtenbedingt unter die Vorschriften des Betriebsverfassungsgesetzes oder des Mitbestimmungsgesetzes fällt oder die Gesellschaft der Kapitalanlage dient.

Krankenhäuser sind weit überwiegend in der Rechtsform der GmbH organisiert. Das GmbH-Recht sieht zwar nicht zwingend ein Aufsichtsorgan vor, jedoch ist in der Praxis feststellbar, dass regelmäßig freiwillig Aufsichtsorgane geschaffen werden.

Diese Aufsichtsorgane sind zumeist Aufsichtsräte, deren Tätigkeit im weitesten Sinne in der Überwachung des die Geschäfte führenden, operativ handelnden Organs (Geschäftsführung) besteht.

Der Aufsichtsrat als interne Aufsicht unverzichtbar



2 Rechte und Pflichten von Aufsichtsräten

2.1 Rechtsgrundlagen

Gesellschaftsvertrag kann Errichtung eines fakultativen Aufsichtsrates vorsehen

Wie im Kapitel 1 ausgeführt, sind Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft regelmäßig in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) organisiert. Für die Träger-GmbH ist die Errichtung eines Aufsichtsrates dann nicht zwingend, wenn sie weder unter die Vorschriften des Betriebsverfassungsgesetzes noch des Mitbestimmungsgesetzes fällt. Der Gesellschaftsvertrag der GmbH (auch Satzung genannt) kann aber die freiwillige (fakultative) Errichtung eines Aufsichtsrates vorsehen. Auch dem fakultativen Aufsichtsrat kommt die Stellung eines Organs zu. Seine Rechte und Pflichten ergeben sich aus dem Gesetz betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbHG) und dem Gesellschaftsvertrag.

Arbeitshilfe 182 der Deutschen Bischofskonferenz sieht Errichtung eines Aufsichtsrates vor

Die Deutsche Bischofskonferenz hat mit der Arbeitshilfe 182 eine Basis geschaffen, die kirchliche Einrichtungen, also auch Krankenhäuser, im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung übernehmen sollten. Laut der Arbeitshilfe 182 ist die Errichtung eines Aufsichtsrates im Gesellschaftsvertrag vorzusehen, und zwar vor dem Hintergrund, dass darüber Personen eingebunden werden können, die der Geschäftsführung – neben den Gesellschaftern – kompetent beratend zur Seite stehen.

2.2 Qualifikationen des Aufsichtsratsmitgliedes

Kompetenz und persönliche Unabhängigkeit sind gefragte Qualifikationen von Aufsichtsratsmitgliedern

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. Somit sollte das gesamte Gremium die juristische, ökonomische, theologisch-ethische und krankenhausspezifische Kompetenz abdecken. Die Aufsichtsratsmitglieder sollten über ausreichend Zeit verfügen, um die Aufsichtsratsitzungen vorbereiten, die Sitzungsunterlagen studieren und an den Sitzungen teilnehmen zu können. Die Aufgaben sollten gewissenhaft und unabhängig wahrgenommen werden.

Gemäß der Arbeitshilfe 182 der Deutschen Bischofskonferenz sollte bei der Besetzung des Gremiums darauf geachtet werden, dass es keine Interessenkollision bei der Tätigkeit des jeweiligen Aufsichtsratsmitgliedes gibt. Zudem sollte die Altersstruktur des Aufsichtsrates ausgewogen sein.

2.3 Rechte des Aufsichtsrates

Aufsichtsrat hat Mitwirkungs- und Informationsrecht

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, so dass die Geschäftsführung dem



Aufsichtsrat auf dessen Verlangen hin zu berichten hat. Die Berichtspflichten der Geschäftsführung gegenüber dem Aufsichtsrat sind regelmäßig im Gesellschaftsvertrag der GmbH geregelt. Außerdem hat jedes Aufsichtsratsmitglied gewisse Initiativrechte, z. B. auf Einberufung einer Sitzung des Aufsichtsrates oder auf Ergänzung der Tagesordnung.

2.4 Pflichten des Aufsichtsrates

Die Pflichten des Aufsichtsrates ergeben sich in der Regel aus dem Gesellschaftsvertrag und ggf. aus einer Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat, die von der Gesellschafterversammlung zu beschließen ist. Hauptaufgabe des Aufsichtsrates ist die Überwachung und Beratung der Geschäftsführung sowie die Prüfung des Jahresabschlusses. Bei der Prüfung des Jahresabschlusses bedient sich der Aufsichtsrat regelmäßig der Tätigkeit eines Abschlussprüfers.

Die zentrale Pflicht des Aufsichtsrates besteht in der Überwachung der Geschäftsführung. Dabei sollte sich der Aufsichtsrat nicht in das operative Geschäft der Geschäftsführung einmischen, dieser aber als kritischer Gesprächspartner zur Verfügung stehen. Eine Paralleltätigkeit von Gesellschafterversammlung und Aufsichtsrat muss vermieden werden. Daher sollten im Gesellschaftsvertrag oder in einer Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat die Überwachungskompetenzen zwischen Aufsichtsrat und Gesellschafterversammlung klar abgegrenzt sein.

*Überwachung der
Geschäftsführung ist
zentrale Pflicht des
Aufsichtsrates*

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

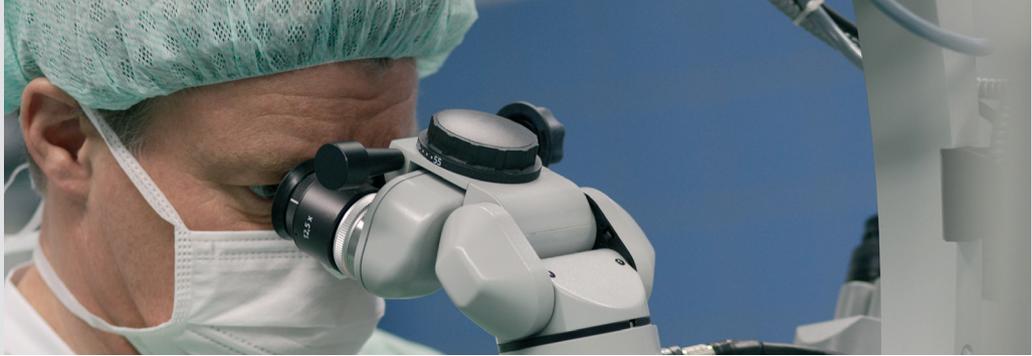
Die Überwachung der Geschäftsführung muss regelmäßig erfolgen, weshalb der Aufsichtsrat in regelmäßigen Abständen (z. B. viermal im Jahr) tagen sollte.

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. Beispielfhaft 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 unter anderem darauf, ob die Geschäftsführung die Grundsätze einer ordnungsgemäßen Geschäftsführung eingehalten hat. Hierunter versteht man die Ordnungsmäßigkeit, die Rechtmäßigkeit, die Zweckmäßigkeit und die Wirtschaftlichkeit der von der Geschäftsführung getroffenen Entscheidungen. Auch sollte sich der Aufsichtsrat mit einem Risikofrüherkennungssystem, sofern die Geschäftsführung ein solches implementiert hat, auseinandersetzen.

Der Aufsichtsrat hat außerdem 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.

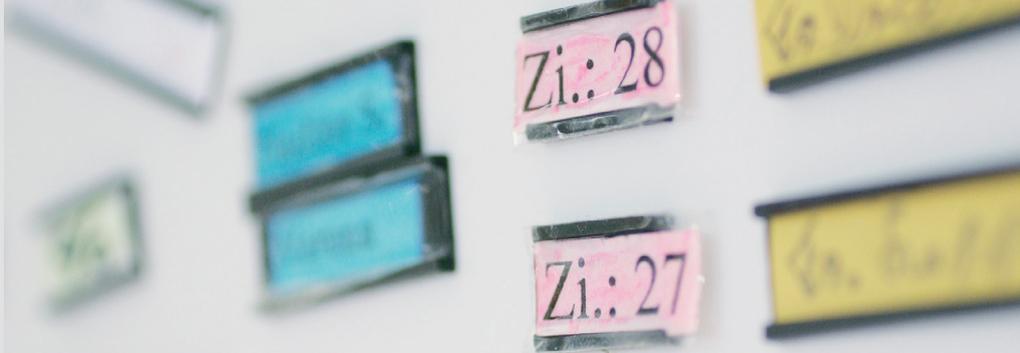
*Aufsichtsrat prüft und
berät über den Jahresab-
schluss*



*Aufsichtsrat vertritt die
Gesellschaft gegenüber
der Geschäftsführung*

Der Aufsichtsrat kann 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, vertreten. Dies gilt ebenso bei Rechtsstreitigkeiten zwischen der Gesellschaft und der Geschäftsführung.

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.



3 Haftung von Aufsichtsräten einer GmbH

3.1 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.

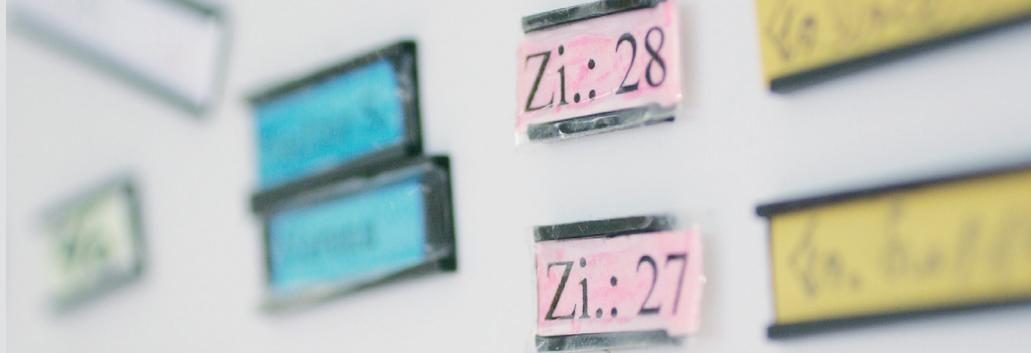
Haftung nach Aktienrecht wird regelmäßig im Gesellschaftsvertrag ausgeschlossen.

3.2 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).



Spezialkenntnisse sind zu berücksichtigen.

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 auch für ehrenamtlich tätige Aufsichtsratsmitglieder; auch diese unterliegen bei Pflichtverletzungen einer Haftung.

3.3 Schadensersatzpflicht bei Sorgfaltspflichtverletzung

Wie zuvor unter Ziffer 3.1 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 3.2 dargestellten Sorgfaltspflichten.

Haftungsvoraussetzungen

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

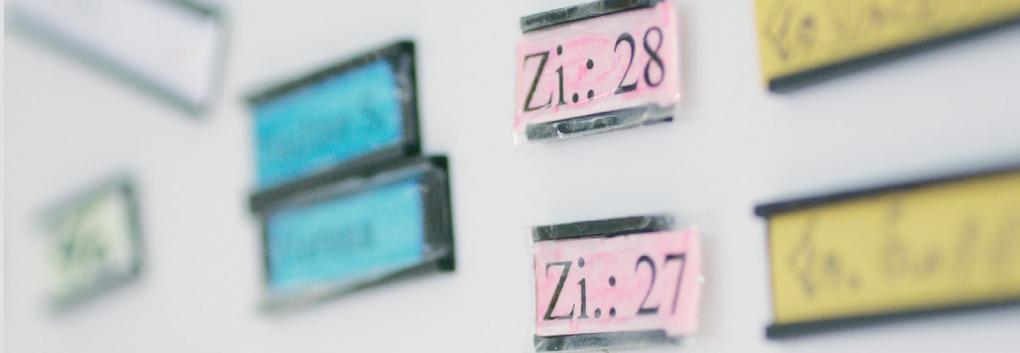
Unterschiede Innenhaftung - Außenhaftung

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, Kommentar zum GmbHG, § 52 Rz. 33, 17. Auflage München 2009).

Anspruchsgegner

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 2 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 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).

Erhöhte Kontrollpflicht in der Krise

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.

Beispiele für Pflichtverletzungen eines Aufsichtsratsmitgliedes

Die Rechtsprechung hat in folgenden Fällen ein fahrlässiges Handeln des Aufsichtsrates 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).

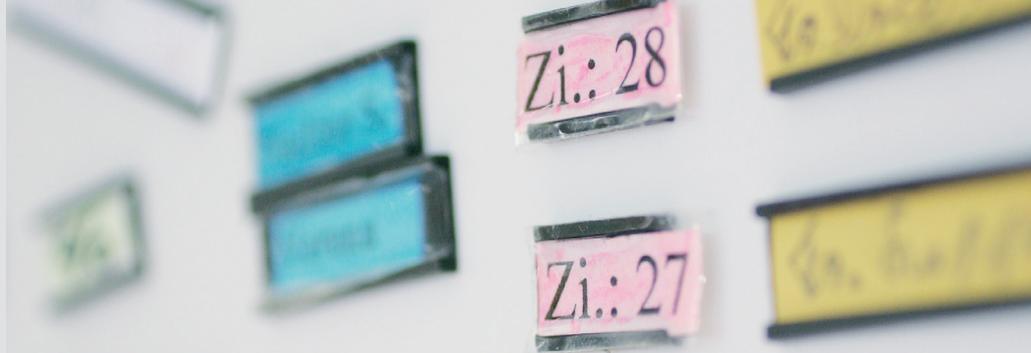
3.4 Haftungsbeschränkungen und Haftungserleichterungen

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.

Haftung kann im Gesellschaftsvertrag auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt 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 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.

3.5 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.

*D&O-Versicherung sollte
Innenhaftung abdecken.*

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 Haftungsgrenzen 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 Versicherungspolizen und die Vereinbarung einer Selbstbeteiligung lassen sich die Kosten minimieren. Selbstbehalte bei D&O-Versicherungen, die für Organe einer GmbH abgeschlossen werden, sind allerdings – anders als bei D&O-Versicherungen für Organe einer Aktiengesellschaft – nicht zwingend.



4 Erfahrungen aus der Sicht eines Praktikers – Kaffee oder Tee, Kuchen und Schnittchen

Seit über 30 Jahren bin ich beruflich und ehrenamtlich in und mit Aufsichtsgremien befasst. In dieser Zeit hat es einen enormen Wandel hinsichtlich der Anforderungen an die Mitglieder in Aufsichtsgremien von Krankenhäusern gegeben. Dies ist zum einen bedingt durch die wirtschaftliche Entwicklung, die die Krankenhäuser genommen haben, zum anderen durch die sich stetig wandelnden rechtlichen Anforderungen an die Arbeit der Mitglieder der Aufsichtsgremien.

Aus meiner Sicht müsste die Zeit vorbei sein, da Aufsichtsgremien – meist honorige, ältere Männer (In diesem Text wird vorwiegend die männliche Form von Personenbezeichnungen verwandt. Sie dient der leichteren Lesbarkeit. Selbstverständlich gelten die Anforderungen für Personen beider Geschlechter.) – bei Kaffee oder Tee, Kuchen und Schnittchen zusammenkamen, um sich von der Geschäftsführung über die permanent positive Entwicklung in Einrichtungen berichten zu lassen.

In den vorhergehenden Beiträgen werden die Rechte und Pflichten von Aufsichtsräten, ihre Haftung sowie viele Hilfestellungen für die Wahrnehmung von Aufsicht beschrieben. Eine redundante Darstellung möchte ich mir im Wesentlichen ersparen. Im folgenden Text möchte ich zu folgenden Einzelfragen Stellung nehmen:

1. Anforderungen an die Mitglieder in Aufsichtsgremien
2. Erwartungen der Mitglieder von Aufsichtsgremien
3. Arbeit der Gremien

Das Gebaren von Unternehmensleitungen und Aufsichtsräten, zwar zumeist börsennotierter Aktiengesellschaften, aber auch größerer gemeinnütziger Trägergesellschaften hat Ende der 90er Jahre zu zahlreichen Skandalen geführt. Der Gesetzgeber reagierte damals schnell und erließ verschiedene Gesetze. Hierzu gehören das Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) und das Transparenz- und Publizitätsgesetz (TransPuG). Wenn diese Gesetze auch zunächst nur für die Aktiengesellschaften gelten, sollen sie nach dem Willen des Gesetzgebers Ausfluss haben auch auf die übrigen Rechtsformen, wie die GmbH und die Genossenschaft. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wurde ebenfalls deutlich, dass sie für Vereine und Stiftungen mit steuerlichen Privilegien, Spenden sammelnde Vereine und Idealvereine, die einen wirtschaftlichen Betrieb im Rahmen des so genannten Nebenzweckprivilegs führen, gelten sollen.

Soziale Einrichtungen wie Krankenhäuser, gerade in freigemeinnütziger Trägerschaft, stehen vor großen wirtschaftlichen und strukturellen Herausforderungen. Ein verschärfter Wettbewerb untereinander, aber auch mit privaten Anbietern, erfordert eine permanente Auseinandersetzung mit der Strategie. Nur eine gute und kluge Aufstellung wird die Überlebensfähigkeit der Sozialunternehmen sichern. Diese erfordert unter anderem

- klare Organisationsstrukturen innerhalb des Unternehmens,
- eindeutige Abgrenzungen der Aufgaben von Leitung und Aufsicht,
- rechtzeitige Einrichtung von Frühwarnsystemen/Risikomanagement zur Minimierung von wirtschaftlichen Risiken.



Heute wählt kaum noch jemand aus konfessioneller Verbundenheit ein konfessionelles Krankenhaus oder aus regionaler Verbundenheit das örtliche Krankenhaus, wenn es um das wertvolle Gut „eigene Gesundheit“ geht. Krankenhäuser in jeglicher Rechtsform sind daher gefordert, sich dem Wettbewerb zu stellen und hierzu die erforderlichen Strukturen zu schaffen. Mitentscheidend für die Struktur ist die Wahl der Rechtsform. Die Krankenhäuser bzw. die Krankenhausträger werden im freigemeinnützigen Bereich in der Regel in den Rechtsformen Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH), Verein (e.V.) oder Stiftung geführt. Zumindest bei GmbH und Verein ist eine duale Führungsstruktur durch die zwingende Vorgabe von mindestens zwei Gremien (bei dem Verein Mitgliederversammlung und Vorstand, bei der GmbH Gesellschafterversammlung und Geschäftsführung) schon vorgegeben, bei der Stiftung sollte sie in der Satzung verankert werden.

Die in den Corporate Governance Regeln vorgeschriebene duale Führungsstruktur sieht ein Aufsichtsgremium und eine hauptamtliche Unternehmensleitung vor. Sachlich und personell sind die Aufgaben von Leitung und Aufsicht getrennt. Die schärfste Trennung ergibt sich bei der im freigemeinnützigen Bereich (noch) selten anzutreffenden Aktiengesellschaft (AG). In den übrigen Rechtsformen lassen sich die Strukturen zwar gestalten, letztlich sollte aber immer eine klare Trennung von Leitung und Aufsicht hergestellt werden.

Ein Aufsichtsrat als Gremium ist weder bei dem Verein, noch bei der GmbH und auch nicht bei der Stiftung zwingend vorgeschrieben. Die Einrichtung eines solchen Gremiums empfiehlt sich jedoch immer dann, wenn die vorgesehenen Gremien Mitglieder- und Gesellschafterversammlung sich selbst nicht in der Lage sehen, die Funktion der Aufsicht unmittelbar wahrzunehmen. Dabei ist das Aufsichtsgremium nicht unmittelbarer Vorgesetzter der Unternehmensleitung. Es ist ihr gegenüber auch nicht weisungsberechtigt. Allerdings kann vorgesehen sein, dass die Unternehmensleitung für bestimmte Maßnahmen die Zustimmung des Aufsichtsgremiums bedarf.

Die das Aufsichtsgremium berufenden Gremien setzen naturgemäß große Erwartungen in die von ihnen benannten Mitglieder. Sie sollen gemeinsam mit der Unternehmensleitung in einer schwierigen Zeit die Krankenhäuser medizinisch und wirtschaftlich sichern. Die Einrichtungen müssen um konkurrenzfähig zu bleiben wachsen und sich im Wettbewerb behaupten.

4.1 Anforderungen an die Mitglieder in Aufsichtsgremien

Mit der Zunahme der wirtschaftlichen Bedeutung von Krankenhäusern sind auch die Erwartungen und Anforderungen an die Mitglieder in Aufsichtsgremien gestiegen. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat entschieden, dass „ein Aufsichtsratsmitglied diejenigen Mindestkenntnisse und -fähigkeiten besitzen oder sich aneignen muss, die es braucht, um alle normalerweise anfallenden Geschäftsvorgänge auch ohne fremde Hilfe verstehen und sachgerecht beurteilen zu können.“ Dies bedeutet, dass die Mitglieder des Aufsichtsrates zumindest folgende Grundkenntnisse haben sollten:

- Grundkenntnisse des Rechtes der Rechtsform, in der das Krankenhaus betrieben wird,
- Kenntnis über die metaökonomische Zielsetzung des Krankenhausträgers,
- Grundkenntnisse des Krankenhausrechtes und der Krankenhausfinanzierung,



- Grundkenntnisse der erwarteten Entwicklung in der Medizin,
- Grundkenntnisse zur Beurteilung von betriebswirtschaftlichen Auswertungen und Jahresabschlüssen,
- Erfahrung in der Beurteilung von Führungskräften.

Zwar kann sich erfahrungsgemäß jede Person mit normalem Menschenverstand die erforderlichen Mindestkenntnisse auch für ein so komplexes Gebilde wie für ein Krankenhaus aneignen. Allerdings wird wohl kaum jemand in der Lage sein, alle komplizierten und speziellen steuerlichen, bilanziellen, personal- und arbeitsrechtlichen, technischen sowie baufachliche Fragen beurteilen zu können. Von daher empfiehlt es sich, dass die Mitglieder des Aufsichtsgremiums aus unterschiedlichen Berufen kommen und über unterschiedliche Qualifikationen verfügen sollten. Es sollten neben Mitgliedern mit ökonomischer Kompetenz auch Mitglieder mit rechtlicher Kompetenz sowie einer Erfahrung aus dem Leistungsbereich von Krankenhäusern gewonnen werden. Keinesfalls vernachlässigt werden sollte in einem Sozialunternehmen in freigemeinnütziger Trägerschaft auch die Erfahrung aus dem theologisch-caritativen Bereich.

Neben den Mindestkenntnissen und den fachlichen Voraussetzungen sollte jedem Mitglied eines Aufsichtsgremiums klar sein, dass mit der Übernahme des Mandats eine zeitliche Beanspruchung, die vielfach unterschätzt wird, verbunden ist. Langfristig geplante Sitzungen sollten nicht vom plötzlichen Zeitdruck der Aufsichtsratsmitglieder abhängig sein. Zur ordnungsgemäßen Vorbereitung einer Sitzung ist in der Regel ein Zeitumfang erforderlich, der dem der Sitzung selbst entspricht. Aber auch die Nachbereitung einer Sitzung ist zeitaufwändig.

Auch außerhalb von Sitzungen sind häufig Gespräche mit der Geschäftsführung oder mit anderen Gremien erforderlich. Der zeitliche Aufwand insgesamt ist letztendlich abhängig von der Größe der Einrichtung, deren aktueller Lage und deren Entwicklung, die durch anstehende Projekte oder auftretende Probleme gekennzeichnet wird.

Bei der Gewinnung von Mitgliedern für die Aufsichtsgremien sollte man insbesondere die zeitliche Beanspruchung ehrlich benennen. Keinem Aufsichtsgremium ist damit geholfen, dass ein noch so fachlich qualifiziertes Mitglied nur an der Hälfte der Sitzungen des Gremiums teilnimmt.

Schon bei der Auswahl von Mitgliedern des Aufsichtsgremiums sollten bestehende oder mögliche Interessenkollisionen vermieden oder zumindest offengelegt und angesprochen werden. Die Mitglieder des Aufsichtsgremiums sollten hinsichtlich der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig sein. Sie sollten – so sieht es der Deutsche Corporate Governance Kodex (DCGK) vor, „keine Organfunktion oder Beratungsaufgaben bei wesentlichen Wettbewerbern des Unternehmens ausüben.“

Besondere Anforderungen sind zu stellen an den Vorsitzenden des Aufsichtsgremiums, aber auch an die Vorsitzenden eventuell eingerichteter Ausschüsse. Die zeitliche Inanspruchnahme, insbesondere des Vorsitzenden ist in der Regel um ein mehrfaches höher als das der übrigen Mitglieder des Aufsichtsgremiums. Er muss nicht nur die Formalien der Sitzungseinladung, die er durchaus an die Geschäftsführung delegieren kann, erledigen und die Umsetzung der Beschlüsse überwachen, sondern auch zwischen den Sitzungen als Gesprächspartner für die Geschäftsführung zur Verfügung stehen.



Insbesondere bei kleineren Krankenhäusern oder bei Rechtsträgern mit nur wenigen Einrichtungen werden sich die Hauptleistungsträger – aber auch andere Mitarbeiter und Personen aus dem öffentlichen oder kirchlichen Bereich – gerne an ihn wenden, um ihre Probleme und Nöte – zumeist mit der Geschäftsführung – anzubringen. Hier gilt es, einerseits deutlich zu machen, dass das Aufsichtsgremium nicht in den laufenden Betrieb eingreift, andererseits die ihn ansprechenden Personen ernst zu nehmen.

In den Sitzungen sind die berufliche Erfahrung und die Sozialkompetenz des Vorsitzenden gefragt. Er muss die Diskussionen zielgerecht steuern und dabei die Fachkompetenz der einzelnen Mitglieder des Aufsichtsgremiums für die bestmöglichen Entscheidungen nutzen.

Selbstverständlich sollte sein, dass der Vorsitzende des Aufsichtsgremiums alle relevanten Informationen entweder in der folgenden Sitzung des Gremiums oder unter Nutzung der modernen Kommunikationsmöglichkeiten den übrigen Mitgliedern zur Kenntnis bringt.

In der Regel sehen der Gesellschaftsvertrag oder die Geschäftsordnung des Krankenhausträgers vor, dass zumindest der Vorsitzende des Aufsichtsgremiums an den Trägersitzungen teilnimmt. Insoweit ist er auch Bindeglied zwischen Krankenhausträger und Aufsichtsgremium.

4.2 Erwartungen der Mitglieder von Aufsichtsgremien

Wesentliche Erwartungen der Mitglieder von Aufsichtsgremien sind das Vertrauen des berufenen Gremiums in ihre Tätigkeit und an eine umfassende Information durch die Geschäftsführung.

Insbesondere bei freigemeinnützigen Krankenhäusern ist es meines Erachtens wichtig, dass die Gesellschafter einer GmbH oder die Mitglieder eines Vereins den von ihnen berufenen Mitgliedern von Aufsichtsgremien ein großes Vertrauen entgegenbringen, da diese nunmehr eine hohe Verantwortung für die Umsetzung der metaökonomischen Ziele der Träger übernehmen.

Um eine optimale Überwachung und Beratung der Geschäftsführung zu verwirklichen, ist das Zurverfügungstellen von Informationen unerlässlich. Wenn es sich hierbei auch grundsätzlich um eine „Bringschuld“ der Unternehmensleitung handelt, sollte das Aufsichtsgremium konkret festlegen, welche Informationen es für seine Tätigkeit benötigt.

Schon zu Beginn der Tätigkeit sollte den Mitgliedern des Aufsichtsgremiums eine Sammelmappe mit den wichtigsten Informationen über das Krankenhaus übergeben werden. Hierzu gehören Satzung, Geschäftsordnungen, Organigramme, Feststellungsbescheide, Informationen über die einzelnen Fachabteilungen, Telefonverzeichnisse und ähnliches. Bei größeren Trägergruppen sollte die Mappe die Stammdaten aller Einrichtungen enthalten.

In einer Vielzahl von insbesondere freigemeinnützigen Krankenhäusern wird die Mitgliedschaft in einem Aufsichtsgremium noch als Ehrenamt ohne jegliche Vergütung erwartet.

Aufgrund der hohen zeitlichen Belastung und der ebenfalls hohen Anforderungen an die



fachlichen Qualifikationen scheint es fraglich, ob auf Dauer für diese Tätigkeit noch ausreichend qualifizierte Mitglieder gewonnen werden können, wenn nicht eine dem zeitlichen Einsatz adäquate Vergütung gezahlt wird.

Häufig stehen den fachlich qualifizierten potentiellen Gremienmitgliedern andere, vergütete Mitgliedschaften in Aufsichtsgremien offen. Hier befindet sich dann das freigemeinnützige Krankenhaus im Wettbewerb mit anderen mittelständischen oder größeren Unternehmen.

Von daher – auch unter dem Aspekt einer dann noch ernsthafteren Auseinandersetzung mit der Aufgabe – empfiehlt es sich, über eine angemessene Vergütung nachzudenken.

In den vergangenen Jahren hat es eine deutliche Verschärfung im Haftungsrecht auch für Mitglieder von Aufsichtsgremien gegeben. Zwar findet der § 93 Aktiengesetz (AktG) -Sorgfaltpflicht und Verantwortlichkeit der Vorstandsmitglieder-, der auch für Aufsichtsratsmitglieder in Aktiengesellschaften gilt, nicht unmittelbar Anwendung bei anderen Rechtsformen. Aber auch hier gilt, dass letztlich diese Vorschriften zunehmend bei anderen Rechtsformen über die Gerichte Anwendung finden.

Damit diese strengen Haftungsregelungen keine abschreckende Wirkung auf potentielle Mitglieder in Aufsichtsgremien entfalten können, sollte die Haftung schon in der Satzung des jeweiligen Krankenhausträgers beschränkt werden auf grobe Fahrlässigkeit oder auf Vorsatz.

Auch der Abschluss einer ausreichenden Vermögensschadenhaftpflichtversicherung durch den Krankenhausträger sollte selbstverständlich sein.

4.3 Arbeit der Gremien

Konkrete Vorgaben zur Arbeit des Aufsichtsgremiums eines Krankenhauses werden allenfalls im Aktiengesetz gesetzlich vorgegeben.

Hinweise zur Arbeitsweise eines Aufsichtsgremiums in sozialen Einrichtungen finden sich in der Arbeitshilfe 182 des Verbandes der Diözesen Deutschlands und der Kommission für caritative Fragen der Deutschen Bischofskonferenz „Soziale Einrichtungen in katholischer Trägerschaft und wirtschaftlicher Aufsicht“, im Diakonischen Governance Kodex (DGK) sowie dem Deutschen Corporate Governance Kodex (DCGK).

Grundsätzlich gilt für die Aufsichtsgremien von Krankenhäusern, dass sich ihre Aufgaben in den vergangenen Jahren deutlich gewandelt haben. Die Entgegennahme des Jahresberichts und die Genehmigung des Wirtschaftsplanes sind längst nicht mehr die einzige Aufgabe des Aufsichtsgremiums. Die Beratung, Abstimmung und Überwachung der Strategie des Krankenhauses gehört ebenso zu den „neuen Aufgaben“ wie die Überwachung (Aufsicht) und Beratung (Rat) der Geschäftsführung sowohl bei den zustimmungspflichtigen Geschäften als auch bei wichtigen Personalangelegenheiten und bei der Schaffung der Grundstruktur der Aufbau- und Ablauforganisation. Zu den Aufgaben des Aufsichtsgremiums gehört zunehmend auch die Auseinandersetzung mit den Fragen der Qualität und des Risikomanagements.



Die Erledigung dieser Vielzahl von Aufgaben ist nur möglich, wenn das Gremium selbst effizient arbeitet. Hierzu ist der Erlass einer Geschäftsordnung für die Arbeit des Aufsichtsgremiums unerlässlich. Diese Geschäftsordnung soll zumindest Aussagen über die Sitzungsorganisation (Form und Frist der Einladung, Art der Unterlagen; Art der Protokollierung), die Fassung von Beschlüssen und die Bildung von Ausschüssen enthalten.

Als vorteilhaft hat sich herausgestellt, dass zumindest die Regelsitzungstermine langfristig im Voraus abgestimmt werden. Diese Regelsitzungstermine sollten neben den regelmäßigen Berichterstattungen auch jeweils Schwerpunktthemen vorsehen. Solche Schwerpunktthemen im Laufe eines Jahres können sein:

- Wirtschaftsplanung, Unternehmensplanung und Unternehmensstrategie
- Bilanzsitzung mit Jahresabschluss und Bericht über das Risikomanagementsystem
- Strategiesitzung (ggf. zeitweise mit dem Krankenhausträger)
- Unternehmensorganisation/Aufbauorganisation

Als hilfreich hat sich erwiesen, dass zumindest einmal jährlich eine mehrtägige Klausurtagung durchgeführt wird, um ohne jeden Zeitdruck, insbesondere das Thema der Strategieentwicklung besprechen zu können.

Zur weiteren Effizienzsteigerung dient die Bildung von Ausschüssen. Die Gesamtverantwortung des Aufsichtsgremiums bleibt bei einer Bildung von Ausschüssen zwar erhalten, dennoch ist es möglich, dass einzelne komplexere Sachverhalte von fachlich qualifizierten Mitgliedern des Aufsichtsgremiums bearbeitet werden. Ein Vorsitzender in einem solchen Gremium, der über eine hohe fachliche Kompetenz verfügt, kann die Arbeit des gesamten Aufsichtsgremiums sehr positiv beeinflussen.

Die Sitzungen des Aufsichtsgremiums werden koordiniert und geleitet von dem Vorsitzenden, der auch die Belange des Aufsichtsgremiums nach Außen wahrnimmt.

Eine seiner wesentlichen Aufgaben ist es, rechtzeitig einzuladen und die für die Bearbeitung der einzelnen Tagesordnungspunkte der Sitzung entscheidungsrelevanten Unterlagen zuzuleiten. Darüber hinaus hat er für eine zeitnahe Dokumentation der Ergebnisse der Sitzungen des Aufsichtsgremiums zu sorgen und deren Umsetzung gegenüber der Geschäftsführung zu überwachen. Für Eilentscheidungen steht der Vorsitzende des Aufsichtsgremiums gegebenenfalls zur Verfügung.

Im regelmäßigen Austausch mit der Geschäftsführung hat er diese bei der Umsetzung der Strategie, der Geschäftsentwicklung, der Sicherung der Qualität und der Implementierung eines Risikomanagements zu beraten.

Bei Konfliktfällen innerhalb der Geschäftsführung ist der Vorsitzende des Aufsichtsgremiums moderierender Gesprächspartner.

Wenn auch der Deutsche Corporate Governance Kodex zunächst im Wesentlichen für börsennotierte Aktiengesellschaften gilt, wird dieser zunehmend auch für andere Rechtsformen – nicht nur die GmbH – Anwendung finden.



Der zunehmende wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser (angeblich sind zwei Drittel aller Krankenhäuser in Niedersachsen defizitär) führt zu weiter steigenden Anforderungen an die Mitglieder der Aufsichtsgremien. Deshalb ist eine weitere Professionalisierung der Aufsichtsratsarbeit – auch im gemeinnützigen Bereich – erforderlich. Das gilt in Normalsituationen, erst recht aber in Krisensituationen von Gesellschaften.

Jedes Mitglied eines Aufsichtsgremiums sollte sich daher bei der Anfrage, ob es ein solches Amt übernehmen will, in regelmäßigen Abständen selbst fragen, ob es die für dieses Amt erforderlichen Anforderungen in persönlicher, fachlicher und zeitlicher Sicht erfüllt. Die Zeit, da man bei Kaffee oder Tee, Kuchen und Schnittchen zusammenkam, um einmal jährlich über das Krankenhaus und sein positive Lage zu sprechen, ist meiner Erfahrung nach vorbei.

Wenn nicht die Gesetze, so werden die Gerichte eine – wie die Frankfurter Allgemeine Zeitung am 31.07.2013 schrieb – „neue Generation von Aufsichtsräten erziehen“.



5 Beurteilung der wirtschaftlichen Daten und Aufsicht in der Praxis

5.1 Aufgabenstellung von Aufsichtsräten

Überwachung und Beratung der Geschäftsführung

Hauptaufgabe des Aufsichtsrates ist die laufende Überwachung und Beratung der Geschäftsführung. Eine besondere Rolle nimmt dabei der Vorsitzende des Aufsichtsrates ein. Er ist erster Ansprechpartner für die Gesellschafter und den Abschlussprüfer der Gesellschaft, der sich bei 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:

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	
Risikofrüherkennungs- system	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		

GRAFIK 1 | Organisation und Struktur von Aufsichtsratssitzungen
Quelle: Beratungs- und Prüfungsgesellschaft BPG mbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Münster



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

- Fallzahlentwicklung nach Fachabteilungen
- Entwicklung der Top Ten der 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

Überwachung der Kennzahlen...

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:

... mit Hilfe von Planrechnungen

- 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 folgt dargestellt werden:

	Plan 2012	Ist 2012	Veränderung	
	1., 2., 3. Quartal TEUR	1., 2., 3. Quartal TEUR	TEUR	%
Erträge				
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
Summe Erträge Gesamt	51.200	52.079	879	1,7

Fortsetzung Grafik S. 26



	Plan	Ist	Veränderung	
	2012	2012	TEUR	%
	1., 2., 3. Quartal	1., 2., 3. Quartal		
	TEUR	TEUR		
Aufwendungen				
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
Summe Personalaufwendungen	32.250	32.625	375	1,1
Anzahl Vollkräfte gesamt	499	497	-2	-0,5
Sachaufwendungen				
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
Summe Sachaufwendungen	18.055	18.151	96	0,5
Summe Aufwendungen Gesamt	50.305	50.776	471	0,9
Zwischensumme	895	1.303	408	31,3
Ausgleiche	0	24	24	100,0
Betriebsergebnis	895	1.327	432	32,6
Ergebnis Investitionsbereich	-820	-833	-13	1,6
Zwischenergebnis	75	494	419	84,8
Zinsergebnis	-380	-373	7	-1,9
Übriges Ergebnis	600	521	-79	-15,2
Jahres(Quartals-)ergebnis	295	642	347	54,0

GRAFIK 2 | Ergebnisentwicklung und Soll-Ist-Vergleich (Quartalsabschlüsse)

Quelle: Beratungs- und Prüfungsgesellschaft BPG mbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Münster

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
- 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

Ratingbroschüre der DKM

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.)?
- 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?

Wichtige (auch strategische) Themen über die wirtschaftlichen Daten hinaus

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.

Der Abschlussprüfer unterstützt den Aufsichtsrat

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.



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

Wirtschaftliche Daten im Zeitablauf

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					
Umsatzrentabilität (Operativer Bereich) in %					
Cashflow aus lfd. Geschäftstätigkeit vom Umsatz in %					
Nutzungsgrad der Planbetten in %					
Fallzahl					
Durchschnittliche Verweildauer in Tagen					
Case-Mix-Index					
Vollkräfte (VK)					
Personalaufwendungen je VK in TEUR					
Eigenkapitalquote in %					
Deckungsverhältnis in TEUR					
Kurzfristige Liquiditätsreserver in TEUR					
Deckungszeitraum der Liquidität in Tagen					
Debitorenreichweite in Tagen					

GRAFIK 3 | Kennzahlenvergleich
Quelle: Beratungs- und Prüfungsgesellschaft BPG mbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Münster

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 Schief lagen, 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 regelmäßige Gespräche mit den kreditgebenden Banken geführt.

Wirtschaftliche Schief lagen

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 bspw. 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.

Fragenkatalog zur Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung

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 in besonderem Maße in wirtschaftlichen Schief lagen, in denen Restrukturierungen oder Sanierungen erforderlich sind. Bei der hohen Bedeutung der Überwachungstätigkeit darf jedoch nicht aus dem Blick geraten, dass es letztendlich 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. Ein Übermaß der Überwachungstätigkeit schränkt letztendlich die Geschäftsführung ein und wirkt kontraproduktiv.

Wichtig ist eine konstruktive Zusammenarbeit und der Blick für das Ganze



6 Grundlagen des Gemeinnützigkeitsrechts

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.

Rechtliche Grundlagen

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.

Gemeinnützige 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.

Mildtätige Zwecke

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

Kirchliche Zwecke

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.

Selbstlosigkeit, Ausschließlichkeit, Unmittelbarkeit

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 selbständig eigene steuerbegünstigte Zwecke verfolgt.

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).

Zeitnahe Mittelverwendung

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).

Formelle Satzungs- mäßigkeit

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).

Sphären einer steuerbe- günstigten Körperschaft

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 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 Bereiche jeweils steuerliche Ergebnisrechnungen aufstellen und die Gewinne gegenüber der Finanzverwaltung erklären.



7 Basiswissen und aktuelle Herausforderungen für Krankenhäuser

Anpassungsdruck führt zu größeren Verbundstrukturen, die mit einer medizinischen Spezialisierung einhergeht.

Sich stetig verändernde Rahmenbedingungen haben den Krankenhäusern in den vergangenen Jahren bereits enorme Anpassungen und Erneuerungen abverlangt. Kostenorientierung und Qualität sind die Dimensionen in einem Marktumfeld, das einerseits wettbewerbliche Elemente andererseits immer noch stark regulierte Bereiche aufweist. Der Gesetzgeber, der die Rahmenbedingungen setzt, kann sich anscheinend aber nicht richtig entscheiden, was er will. Wie aber funktioniert der Markt überhaupt? Vor allem ist er staatlich gelenkt. Die Landespolitiker entscheiden über die Bedarfsplanung, also wo Kliniken stehen dürfen. Die Bundespolitiker setzen die Preise fest: Über Fallpauschalen werden alle Behandlungen in allen Kliniken gleich entgolten. Die Träger dürfen Preise für medizinische Leistungen weder erhöhen, um mehr Geld einzunehmen, noch senken, um mehr Patienten zu gewinnen. Das erschwert den Betreibern, den stetig steigenden Kosten für medizinischen Fortschritt, Personal und Investitionen zu trotzen, insbesondere dann, wenn bereits alle Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben sind.

Wachstum ist eine Strategie, dem Wettbewerbsdruck stand zu halten. Durch Wachstum werden sog. Größeneffekte und Synergien erzielt, indem beispielsweise Fixkosten auf mehreren Schultern verteilt werden können. In der Vergangenheit hat man sich vor allem auf die nicht medizinischen Bereiche konzentriert. Dort waren erhebliche Reserven zu heben und damit große Fortschritte möglich. In der anstehenden zweiten Veränderungswelle geht es zunehmend um die Medizin selber. In einem weitgehend gesättigten Markt ist Wachstum am einfachsten durch die Übernahme von Krankenhäusern zu erreichen. Insbesondere katholische Krankenhausträger haben sich weitgehend zu regionalen Verbünde zusammengeschlossen, um Synergien zu nutzen und die wirtschaftliche Situation der Häuser abzusichern. Diese Verbünde gehen zusehends dahin, ihr Leistungsangebot auszuweiten, indem sie Einrichtungen der Altenhilfe oder der ambulanten Versorgung entweder selbst vorhalten oder Kooperationen eingehen. Durch die neuen gesetzlichen Möglichkeiten versuchen Krankenhäuser zusehends, die ambulante ärztliche Versorgung anzubieten, um sich als Gesundheitszentrum oder Teil eines Gesundheitsnetzwerkes zu entwickeln. Bestehen und überleben werden nur Kliniken, deren Führungspersonal gleichermaßen Exzellenz im medizinischen wie ökonomischen Management aufbauen und anwenden.

7.1 Strukturdaten der Krankenhäuser

Ende 2012 wurden in Deutschland insgesamt 2017 Krankenhäuser betrieben. Mehr als 18,6 Mio. Patienten wurden in 502.000 Planbetten behandelt. Bei einer Verweildauer von nur noch 7,6 Tagen wiesen die Krankenhäuser einen Nutzungsgrad von 77,4 % aus (siehe Tabelle 1). Seit dem Jahr 2000 sind sowohl die Anzahl der Krankenhäuser als auch der Planbetten um ca. 10 % zurückgegangen. Dem Rückgang bei den Pflgetagen (- 16 %) und der Verweildauer (- 22 %) stehen gestiegene Fallzahlen (+ 8 %) gegenüber. Die gegenläufigen Trends kompensieren sich, wie die relativ gleichbleibende Auslastung zeigt (siehe Tabelle 1). Grafik 1 veranschaulicht diese Entwicklung.



Jahr	Krankenhäuser	Betten	Auslastung	Pflegetage	Fälle	Verweildauer
	Anzahl	in 1.000	in %	in Mio.	in Mio.	in Tagen
2000	2.242	559,7	81,9	167,8	17,3	9,7
2001	2.240	552,7	81,1	163,5	17,3	9,4
2002	2.221	547,3	80,1	159,9	17,4	9,2
2003	2.197	541,9	77,6	153,5	17,3	8,9
2004	2.166	531,3	75,5	146,7	16,8	8,7
2005	2.139	523,8	74,9	144,6	16,5	8,7
2006	2.104	510,8	76,3	142,3	16,8	8,5
2007	2.087	507	77,2	142,9	17,2	8,3
2008	2.083	503,4	77,4	142,5	17,5	8,1
2009	2.084	503,3	77,5	142,4	17,8	8
2010	2.064	502,7	77,4	141,9	18	7,9
2011	2.045	502	77,3	141,7	18,3	7,7
2012	2.017	501	77,4	141,4	18,6	7,6

TABELLE 1 | Quelle: destatis

Steigende Patientenzahlen bei abnehmenden Krankenhauskapazitäten i.V.m. mit der Einführung der DRGs führt zum Rückgang der Verweildauer.

Tabelle 2 veranschaulicht die Dynamik in der Krankenhausbranche. Innerhalb eines Jahres von 2011 auf 2012 sind beispielsweise über 4000 Ärztinnen und Ärzte (Vollkräfte) neu eingestellt worden. Darüber hinaus sind Verschiebungen bei den Marktanteilen der verschiedenen Trägergruppen zu beobachten. Über einen längeren Zeithorizont betrachtet, bleibt der Marktanteil freigemeinnütziger Träger relativ konstant, wobei öffentliche Träger i.d.R. zugunsten privater Träger abgeben.

	2012	2011	+/- %	+/- abs.
Personal insgesamt	852.000	825.654	3,2%	+26.346
Ärztliches Personal (Vollkräfte)	143.000	138.955	2,9%	+4.045
Nichtärztliches Personal (Vollkräfte)	709.000	686.699	3,2%	+22.301
dar.: Personal im Pflegedienst (Vollkräfte)	313.000	310.817	0,7%	+2.183
aufgestellte Betten insgesamt	501.000	502.029	-0,2%	-1.029
öffentliche Krankenhäuser	239.979	242.769	-1,1%	-2.790
freigemeinnützige Krankenhäuser	170.841	172.219	-0,8%	-1.378
private Krankenhäuser	90.180	87.041	3,6%	+3.139
durchschnittliche Bettenauslastung in %	77,4	77,3	0,1%	+0,1
öffentliche Krankenhäuser	78,9	78,7	0,3%	+0,2
freigemeinnützige Krankenhäuser	75,9	75,7	0,3%	+0,2
private Krankenhäuser	76,1	76,8	-0,9%	-0,7

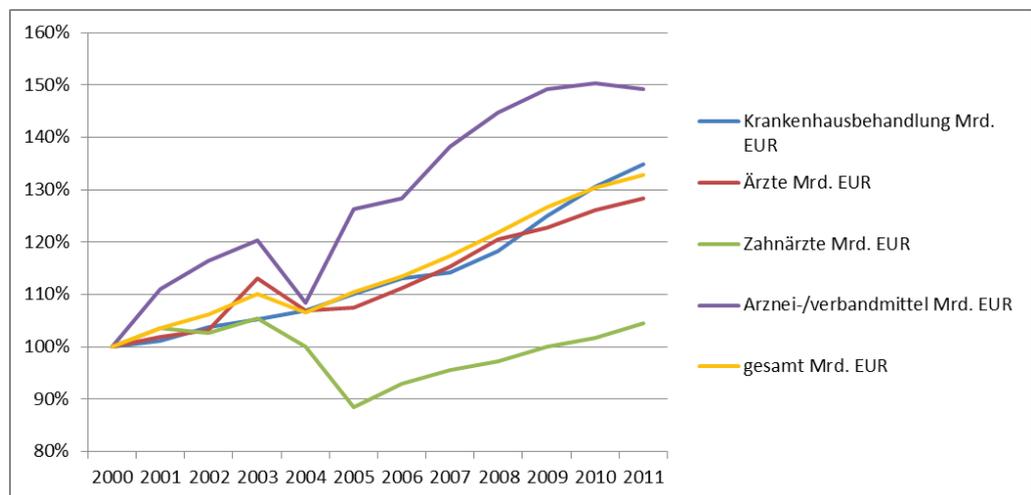
TABELLE 2 | Quelle: Statistisches Bundesamt

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind in allen Sektoren des Gesundheitswesens ansteigend. Dabei nimmt der Krankenhausbereich mit 60 Mrd. EUR den größten Anteil in Anspruch (s. Tabelle 3). Dass die Krankenhäuser aber die Kostentreiber im Gesundheitswesen sind, indem sie überproportionale Kosten verursachen, ist nicht der Fall. Grafik 2 zeigt, dass der Krankenhausbereich im Verhältnis zu den Gesamtausgaben aller Gesundheitssektoren nicht signifikant abweicht.



Jahr	Krankenhaus behandlung	niedergelassene Ärzte	Zahnärzte	Arznei-/ verbandmittel	gesamt
	Mrd. EUR	Mrd. EUR	Mrd. EUR	Mrd. EUR	Mrd. EUR
2000	44,5	21,5	11,2	20,1	97,3
2001	45	21,9	11,6	22,3	100,8
2002	46,2	22,2	11,5	23,4	103,3
2003	46,8	24,3	11,8	24,2	107,1
2004	47,6	23	11,2	21,8	103,6
2005	49	23,1	9,9	25,4	107,4
2006	50,3	23,9	10,4	25,8	110,4
2007	50,8	24,8	10,7	27,8	114,1
2008	52,6	25,9	10,9	29,1	118,5
2009	55,6	26,4	11,2	30	123,2
2010	58,1	27,1	11,4	30,2	126,8
2011	60	27,6	11,7	30	129,3

TABELLE 3 | Quelle: BMG



GRAFIK 1 | Quellen: BMG, eigene Berechnung DiCV Münster

7.2 Risikomanagement im strategischen Bereich

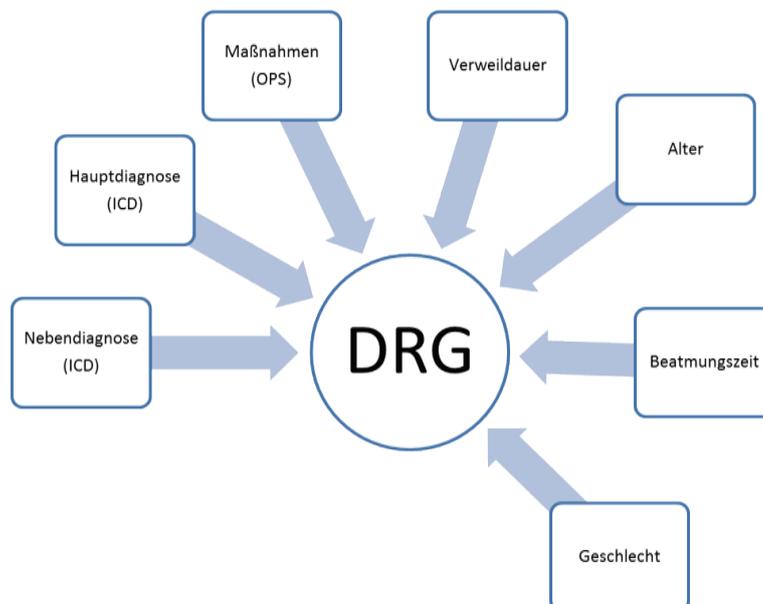
Seit 1972 gilt für Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland das Prinzip der sog. „Dualen Finanzierung“. Es besagt, dass die Investitionskosten der Krankenhäuser von den Bundesländern – d. h. aus Steuermitteln – getragen werden, während die Betriebskosten von den Benutzern bzw. deren Krankenkassen oder anderen Kostenträgern übernommen werden.



7.2.1 Betriebskostenfinanzierung

Was sind DRGs?

DRGs sind ein Patientenklassifikationssystem, mit dem einzelne stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (Diagnosen, Schweregrad, Alter usw.) zu Fallgruppen zusammengefasst werden (siehe Grafik 3). Die meisten DRG-Systeme haben zwischen 500 und 1.000 unterschiedliche Gruppen. Es werden solche Behandlungsfälle zusammengefasst, die medizinisch ähnlich und hinsichtlich des ökonomischen Behandlungsaufwands möglichst homogen sind. DRGs sind zunächst nur ein Klassifikationssystem für Fälle. Notwendiger Bestandteil eines Vergütungssystems nach DRGs sind neben der Klassifikation Abrechnungsregeln und Bewertungsrelationen. Letztere bestimmen die ökonomische Wertigkeit der DRGs untereinander. Die Vergütungshöhe wird insgesamt durch einen Basisfallwert bestimmt.



GRAFIK 2 | Einflussfaktoren einer DRG

Die DRGs haben für die Krankenhäuser enorme ökonomische Konsequenzen. Auf Basis der kodierten Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren (OPS) wird jedem stationären Fall genau auch eine DRG und jeder DRG ein Relativgewicht zugeordnet. Die Vergütungshöhe eines Behandlungsfalles ergibt sich aus der Multiplikation des Relativgewichts mit dem sog. Landesbasisfallwert (siehe Tabelle 4). Bei Überschreitung bzw. Unterschreitung der ausgewiesenen Grenzverweildauern werden für die Dauer der Über- und Unterschreitung tagesgleiche Zu- bzw. Abschläge berechnet.

Die Kosten eines Krankenhausaufenthalts verlaufen aufgrund des hohen Fixkostenanteils insbesondere bei nichtoperativen Behandlungen näherungsweise proportional zur Verweildauer. Es wird vorausgesetzt, dass bis zu Erreichung der mittleren Verweildauer (MVD) Erlösüberschüsse erzielt werden können, bei der MVD meistens Kostendeckung erreicht wird und bei längerer

Die DRG- Einführung hat einerseits zu einer verstärkten Ökonomisierung, andererseits zu mehr Gerechtigkeit geführt, da grds. gleiche Leistung mit gleichem Entgelt vergütet wird.



Verweildauer eine Kostenunterdeckung entsteht. Insofern besteht durch das neue Vergütungssystem für die Krankenhäuser ein hoher Anreiz, ihre Prozessqualität und damit die Verweildauern zu optimieren. Diesem Anreiz steht aber ein erforderlicher und angemessener Behandlungszeitraum entgegen. Zum Beispiel die Situation älterer Menschen mit ihrem speziellen Behandlungsbedarf und die einhergehende Multimorbidität setzen einer möglichen Verweildauerreduktion enge Grenzen.

Beispielrechnung zur DRG Vergütung für Krankenhausleistungen während einer Geburt			
Basisfallwert: 3.100,00 €			
DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation	Vergütung pro Fall
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose	0,835	2.588,50 €
O60B	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen	0,726	2.250,60 €
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	0,537	1.664,70 €

TABELLE 4 | Beispielrechnung DRG-Vergütung

So ergibt sich das Budget

Bei den Vergütungsverhandlungen legen Krankenträger und örtliche Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen zuerst die Leistungsmenge fest. Entscheidend ist meist dabei der Leistungsumfang in der Vergangenheit. Zudem wird geprüft, ob die zu verhandelnden DRGs dem Versorgungsauftrag entsprechen. Neben den DRGs werden aber noch eine Reihe weiterer Entgelte verhandelt (siehe Grafik 5). Der Versorgungsauftrag ist Ländersache. Er regelt u.a. welche Fachabteilung ein Krankenhaus vorhalten darf. Aus der Leistungsmenge wird der Case mix (Summe der Bewertungsrelation) des Krankenhauses abgebildet. Dieser Case mix wird mit dem landesweit gültigen Basisfallwert (Landesbasisfallwert) multipliziert. Das Produkt daraus entspricht der Höhe der Krankenhausvergütung für ein Jahr. Nach Abschluss der Verhandlungen muss die Vereinbarung geprüft und genehmigt werden. Erwirtschaftet eine Klinik aufgrund von Preis- oder Leistungsabweichungen Mehr- oder Mindererlöse, findet im folgenden Jahr ein Erlösausgleich statt.



GRAFIK 3 | Übersicht Krankenhausentgelte gem. KHEntgG



Landesbasisfallwerte

Seit dem Jahr 2010 gelten in einem Bundesland einheitliche Preise für stationäre Leistungen. Grundlage dafür ist der sogenannte Landesbasisfallwert (LBFW). Die Höhe des LBFW verhandeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausesgesellschaften jedes Jahr prospektiv für das folgende Jahr. Die Spannweite der Erlöse der einzelnen Bundesländer im Jahr 2013 liegt bei 8 % (von Schleswig-Holstein 3.012,04 EUR über NRW 3.035,50 EUR bis Rheinland-Pfalz 3.250,70 EUR). In den Jahren 2010 bis 2014 werden die bundesweit unterschiedlichen Landesbasisfallwerte schrittweise an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen, dessen Grenzen zwischen + 2,5 und - 1,25 % eines einheitlichen Basisfallwerts liegen.

Zu- und Abschläge

Neben der Vergütung über die Fallpauschalen, sieht das deutsche Finanzierungssystem auch verschiedene Zu- und Abschläge vor. Dazu zählen Zuschläge zur Finanzierung des DRG-Systems, des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Qualitätssicherung, für Ausbildungskosten und Mehrkosten der Ausbildungsvergütung und der Investitionszuschlag für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern. Abschläge müssen Krankenhäuser hinnehmen, wenn sie beispielsweise an der Notfallversorgung nicht teilnehmen oder die DRG-Daten nicht liefern. Zu- und Abschläge werden entweder jährlich für alle Krankenhäuser einheitlich oder krankenhausesindividuell vereinbart.

Versorgungszuschlag

In den Jahren 2013 und 2014 erhalten alle Krankenhäuser den sogenannten Versorgungszuschlag. Und zwar gehen die Abschläge, die Krankenhäuser hinnehmen müssen, wenn sie zusätzliche Leistungen vereinbaren in Form des Versorgungszuschlags an alle Kliniken zurück. Dadurch stehen den Krankenhäusern rund 250 Mio. EUR in 2013 und 500 Mio. EUR in 2014 zusätzlich zur Verfügung.

Mehrleistungsabschlag

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz hat der Gesetzgeber einen unbefristeten Abschlag für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen), eingeführt (§ 4 Abs. 2a KHEntgG). Der Abschlag soll einen Anreiz setzen, dass in den Krankenhäusern keine Ausweitung der Leistungsmenge erfolgt. Der Mehrleistungsabschlag wird von den Krankenhäusern und Krankenkassen auf Ortsebene vereinbart. Für das Jahr 2013 gilt ein gesetzlicher Abschlag in Höhe von 25 %.

Mehr- und Mindererlösausgleich

Nach § 4 Abs. 4 KHEntgG liegen Mindererlöse vor, wenn das vereinbarte Erlösbudget unterschritten wird. Somit werden grundsätzlich 20 % der nicht erzielten Erlöse im Folgejahr an das Krankenhaus zurückgezahlt. Mehrerlöse liegen vor, wenn das vereinbarte Erlösbudget überschritten wird. 65 % der sonstigen Mehrerlöse müssen im Folgejahr an die Krankenkasse vom Krankenhaus zurückgezahlt werden. Es werden also nur 35 %, die variablen Kosten, vergütet. Somit kommt der Verhandlung und der zielgenauen Erbringung von Leistungen eine hohe Bedeutung zu.



7.2.2 Investitionskostenfinanzierung

Die Investitionskosten der Plankrankenhäuser werden allein durch die Länder aus Steuermitteln finanziert. Die Länder kommen ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung – abhängig vom politischen Willen und der Haushaltslage – allerdings in recht unterschiedlichem Ausmaß nach. Während insbesondere die Krankenkassen früher kritisierten, die Länder würden zu viel in den Krankenhausneubau investieren, ohne die Betriebsfolgekosten zu bedenken, ging allein von 1991 bis 2010 der Anteil der staatlichen Investitionsmittel am Bruttoinlandsprodukt von 0,24 % auf 0,11 % zurück; sie betragen im Jahr 2010 rund 2,8 Mrd. EUR (siehe Grafik 6). Mit einem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragten Gutachten zur „Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern“ von Professor Dr. Bert Rürup und dem Berliner IGES-Institut wurde bereits 2008 in einer Studie die gravierende Unterfinanzierung der Krankenhäuser im Investivbereich nachgewiesen. Nach Prof. Rürup sind bundesweit jährlich 5 Mrd. EUR an Investitionsmitteln für die Krankenhäuser erforderlich um ein adäquates Investitionsniveau zu erhalten.

Das jeweilige Bundesland ist für die Bereitstellung von Investitionsmitteln verantwortlich. Insbesondere NRW kommt der Verpflichtung nur unzureichend nach.

Auch vor diesem Hintergrund wird mittlerweile von einer gravierenden Investitionslücke im Krankensektor gesprochen. Auch deshalb wird in der gesundheitspolitischen Debatte wieder laut über eine Rückkehr zur monistischen Krankenhausfinanzierung allein durch die Krankenkassen nachgedacht, die dann allerdings mit der staatlichen Kompetenz zur Krankenhausplanung abgestimmt werden muss.



GRAFIK 4 | Investitionsrückgang, Quelle: DKG - Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern | Stand: Juli 2012

Verfahren

Anlagegüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 3 bis zu 15 Jahren werden durch feste jährliche Beträge gefördert (pauschale Förderung). Investitionskosten für die Errichtung von Krankenhäusern (Neu-, Um-, Erweiterungsbau) werden im Rahmen der zur Ver-



fügung stehenden Haushaltsmittel gefördert (Einzelförderung). Die Länder stellen hierzu jährlich ein Investitionsprogramm auf, indem sie eine Liste der zu fördernden Baumaßnahmen erstellen.

Baupauschale NRW

Das Investitionsprogramm wurde in NRW im Jahr 2008 durch eine Baupauschale ersetzt. Die Baupauschale tritt an die Stelle der bisherigen Einzelförderung, die Zweckbestimmung für bauliche Investitionen gilt weiter. Alle Plankrankenhäuser erhalten einen Pauschalbetrag pro Bewertungsrelation. Entscheidendes Kriterium ist die Aufnahme in den Krankenhausplan als förderfähiges Krankenhaus. Die Pauschale kann für die Finanzierung von Krediten genutzt werden.

Seit 2008 hat sich die zu Grunde gelegte Zahl der Bewertungsrelationen in NRW um ca. 600.000 auf 4,042 Mio. erhöht, die Summe der durch das Land zur Verfügung stehenden Mittel aber nicht. Entsprechend ist der sich rechentechnisch ergebende Fallwert für die Baupauschale erheblich gesunken (von 48,909 EUR in 2008 auf 40,859 EUR in 2013). Das gleiche gilt für den Fallwert für die Pauschale zur Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter. Das heißt, dass bei 17,5 %iger Steigerung der Inanspruchnahme der Gebäude und Anlagegüter der damit verbundene erhöhte Verschleiß bei der Bemessung der Förderung keine Rolle spielte. Insbesondere der Anstieg der Nutzungsintensität bei den medizinischen Geräten macht häufigere Ersatz-Investitionen erforderlich.

Die momentane Höhe der vorgesehenen Baupauschale reicht nicht aus, um den Substanzverlust zu vermeiden. Geht man davon aus, dass der Herstellungsaufwand für ein durchschnittliches Krankenhaus mit 300 Betten rund 60 Mio. EUR beträgt, so sind bei einer Nutzungsdauer von 50 Jahren, jedes Jahr Investitionen von 1,2 Mio. EUR zu tätigen. Bei einer durchschnittlichen jährlichen Baupauschale von 500 Tsd. EUR erleidet dieses Krankenhaus demnach einen jährlichen Substanzverlust von 700 Tsd. EUR, oder anders ausgedrückt, geht das Land NRW davon aus, dass Krankenhäuser rund 120 Jahre Bestand haben müssen.

7.3 Herausforderungen

- Noch besteht eine gute, flächendeckende Versorgung mit Krankenhäusern, auch in ländlichen Gebieten. Steigende Kosten, insbesondere im Personalbereich, bei stagnierenden oder gar rückläufigen Erlösen führen zu einem sich weiter verschärfenden Wettbewerbsdruck, so dass Insolvenzen immer wahrscheinlicher werden.
- Sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte sind zunehmend schwieriger zu gewinnen. Bei gleichzeitigem Anstieg der Patientenzahl vergrößern sich die Personallücken und die Arbeitsverdichtung nimmt massiv zu. Darüber hinaus ist eine katholische Sozialisation potentieller Bewerber nicht immer vorauszusetzen.
- Krankenhausplanung gewinnt zunehmend an Bedeutung, da beispielsweise das Land NRW wieder mehr Einfluss auf das Leistungsgeschehen einzelner Häuser haben möchte. Strukturvorgaben der Bundesebene (G-BA) und Krankenhausplanung auf Landesebene konkurrieren teils miteinander.

Die Schere zwischen Kosten und Erlösen geht weiter auseinander. Dies führt zur Ausdünnung der Versorgung.



- Die Einführung von Strukturvorgaben, wie z.B. Mindestmengen, Facharztquote oder Mindestbesetzung ist von kleineren Häusern schwer zu erfüllen. Dies führt zu Ausdünnung von Leistungsbereichen, das Prinzip der wohnortnahen Versorgung wird unter Umständen konterkariert.
- Ausgehend von einem Investitionsstau in nordrhein-westfälischen Krankenhäusern von ca. 15 Mrd. EUR, beläuft sich der Investitionsstau der Krankenhäuser des Bistums Münster auf ca. 1 bis 2 Mrd. EUR. Gewinnerorientierte Träger haben aufgrund ihres leichteren Zugangs zu Eigenkapital hingegen bessere Möglichkeiten, kurzfristig große Investitionen zu finanzieren.
- Sämtliche Sektoren des Gesundheitswesens beschäftigen sich mit dem Thema Versorgungsqualität. Aus Krankenhaussicht sind in diesem Zusammenhang aktuell Fragestellungen zu Zertifizierung, Qualitätssicherung über Routinedaten, Veröffentlichung von Qualitätsdaten im Internet incl. Ranking, Messbarkeit und die Kopplung an Vergütung (pay for performance: P4P) im Fokus. Für katholische Einrichtungen spielen neben der medizinischen Qualität auch ethische Handlungsleitsätze eine gewichtige Rolle.
- Schwerpunkt der Rationalisierung in der Vergangenheit waren der Sekundär- und Tertiärbereich. Heute und in den nächsten Jahren steht die systematische Prozess- und Funktionsoptimierung der medizinischen Kernprozesse im Mittelpunkt. Neben der Qualitätssicherung, Effizienz und Effektivität geht es auch um Erlösstrategien. Erlösstrategien umfassen medizinische Leistungsstrategien und Entwicklung neuer bzw. Aufgabe nicht leistungsfähiger Geschäftsfelder.



8 Psych-Entgeltgesetz **PEPP-Katalog – aktuelle Herausforderung für alle** **Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik**

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, Institutsambulanzen 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 krankenhausespezifisch 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.

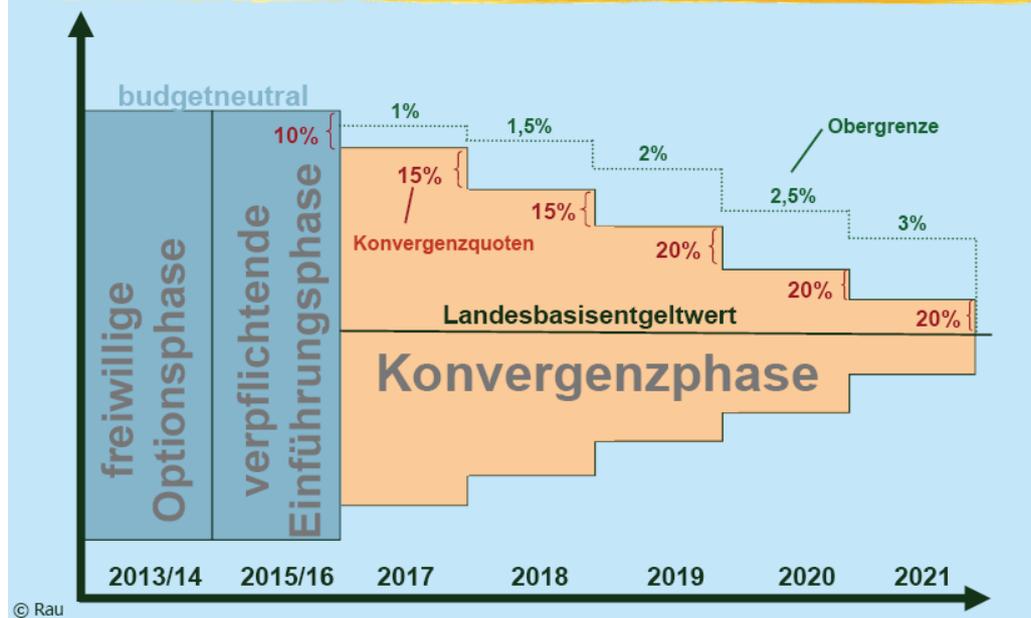
8.1 Rechtlicher Rahmen

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.

Gesetzliche Regelung:



Einführung des Psych-Entgeltsystems



GRAFIK 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 Mehrerlösenausgleichsregelungen. 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 Erlösr Risiken 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.



8.2 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 BpflV 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.

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

8.3 Konvergenzphase 2017 bis 2021

Ab dem Jahr 2017 wird der krankenhausespezifische 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 Vereinbarungszeitraum 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 Landeskrankengesellschaften und den Krankenkassen auf Landesebene verhandelt. Sie bilden somit das Preisniveau auf Landesebene ab. Zu berücksichtigen sind unter anderem die voraussichtlichen allgemeinen Kostenentwicklungen, Leistungsänderungen 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

Auch die Finanzierung zusätzlicher Leistungen gegenüber dem Vorjahr werden gestuft.

- 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 % finanziert.

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

8.4 Sonstige Regelungen

Im Psych-Entgeltgesetz ist die Rechtsgrundlage speziell für Modellvorhaben § 64 zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch Kranker geschaffen. 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 Maßnahme 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.



8.5 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 sind das 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, Diagnosen seien fallbezogen, die Vereinfachung der Leistungsabbildung, verringerte Anforderungen an die Kalkulationssystematik und Vermeidung von Einzelvergütungssystem. 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, sodass verweildauerabhängig gestuft degressiv Relativgewichte errechnet wurden.

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	Bewertungsrelation/Tag			
		von	bis	Bewertungsrelation/Tag	von	bis	Bewertungsrelation/Tag	von	bis	Bewertungsrelation/Tag	von	bis	Bewertungsrelation/Tag	von	bis	Bewertungsrelation/Tag					
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
PA03Z	Psychiatrie, Schizophrenie und andere psychische Störungen	1	6	1,4750	7	16	1,0049	17	29	0,9426	29	46	0,9204	47		0,8981	1		0,87		
PA04Z	Psychiatrie, Affektive Störungen	1	11	1,3392	12	28	0,9462	29		0,8804									0,86		
PA16A	Psychiatrie, Delir, Demenz mit schweren somatischen Nebendiagnosen																				
PA16B	Psychiatrie, Delir, Demenz ohne schwere somatische Nebendiagnosen	1		1,5641																	

ENTWURF

PEPP-Entgelt: 5stellig

„höchste“ Vergütungsstufe ohne Angabe „VWD bis“

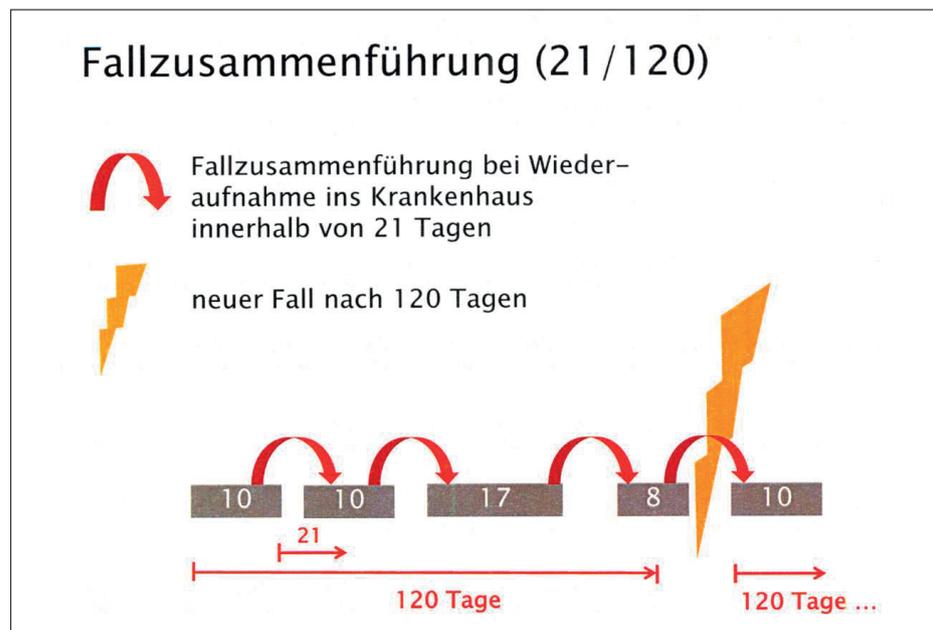
Bewertungsrelationen: 4stellig

Angaben für teilstationäre Versorgung ggf. ohne Relativgewicht

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



Eine Erlösberechnung erfolgt künftig, indem die Relativgewichte der einzelnen Behandlungstage addiert und mit dem individuell errechneten Krankenhausbasistentgeltwert multipliziert werden. 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.



GRAFIK 3 | Fallketten, Quelle: Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-Spitzenverband

8.6 Kritikpunkte am Psych-Entgeltsystem

Alle Fachgesellschaften und Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einschließlich des Verbandes der Krankenhausdirektoren und der DKG kritisieren am Psych-Entgelt-System, 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 Landesbasistentgeltwert nach unten floaten mit dem Effekt, mehr Leistung zu niedrigerem Preis. Dieser



Effekt setzt sich auf Klinikebene 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.

8.7 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 Fehlanreize, 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.

8.8 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 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.

Umfassende Leistungsdocumentation

Bisher wurde in der Psychiatrie aus deutscher Tradition in der Regel nur die schwerste Diagnose abgebildet. Im Hinblick auf die Einklassifizierung in den 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.

Optimierung der Diagnostikstellung und Dokumentation

Außerdem 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 Kalkulationshandbuchs 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.

Aufbau einer differenzierten Kostenrechnung



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 so zu sagen als Nebenprodukt. Zur differenzierteren 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 § 21er-Datensatz, wonach alle Krankenhäuser verpflichtet sind, ihre krankenhausesbezogenen 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, 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 klinikerne Fehlentwicklungen zu erkennen und diesen entgegen zu steuern.

8.9 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 der Modellprojekte die Chance, dass diese zu einer Weiterentwicklung des Versorgungssystems unter Berücksichtigung sektorübergreifender und schnittstellenfreier Versorgung und damit zu einer effizienteren Versorgung psychisch kranker Menschen führen.



9 Beurteilung der zukünftigen Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern

Krankenhäuser müssen „zukunfts-fähig“ sein, wenn sie sich im zunehmenden Wettbewerb behaupten und den wachsenden Herausforderungen des Marktes standhalten wollen. Es besteht jedoch eine Diskrepanz zwischen den heute zu treffenden Entscheidungen und deren zukünftigen Auswirkungen. Ein aktives Management und strategische Weitsicht statt einer Verwaltung des Status Quo werden daher über den zukünftigen Erfolg eines Krankenhauses entscheiden.

Entwicklung eines wirtschaftlichen und zukunfts-sichern Leistungsspektrums

Wesentliche Voraussetzungen, um im Spannungsfeld zwischen Budgetgrenzen und knappen Investitionsfördermitteln einerseits sowie steigenden Fallzahlen und wachsendem medizinischen Fortschritt andererseits erfolgreich zu bestehen, liegen in der Entwicklung eines wirtschaftlichen (nachhaltigen) und zukunfts-sicheren Leistungsspektrums und der Erbringung innovativer medizinischer Leistungen (Jaeger, H. (2010), Die Vision zukunfts-fähiger Krankenhäuser – vom traditionellen Modell zum Gesundheitszentrum, Hamburg, Damp Gruppe).

Die Praxis zeigt, dass die Nutzung von Instrumenten zur Wettbewerbs- und Leistungsanalyse eine geeignete Methode ist, um sich für die Zukunft erfolgreich aufzustellen. Eine Auflistung von wirkungsvollen Instrumentarien zur Analyse der zukünftigen Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern ist Grafik 1 zu entnehmen.

Toolbox zur Analyse des Wettbewerbs und der Leistungsfähigkeit		
Analysebezogene Instrumente		Umsetzungsbezogene Instrumente
Portfolio-Analyse	Innovationsmatrix	Balanced Scorecard
Szenario-Technik	Benchmarking	Supply Chain Management
Kompetenz-Mapping	Wirtschaftlichkeitsanalyse	Investor Marketing
Marktanalysen	SWOT-Analyse	Polaritätsmanagement

GRAFIK 1 | Instrumenten-Toolbox zur Analyse des Wettbewerbs und der Leistungsfähigkeit

9.1 Instrumenten-Beispiel: Benchmarking

Benchmarking als Prozess- und Methodenvergleich

Durch einen Benchmark-Vergleich werden Leistungen sowie Prozesse und Methoden verglichen. Unterschieden werden können hierbei interne, also klinik- oder fachabteilungsbezogene oder externe, wie wettbewerbs- oder branchenfremde Verfahren. Im Allgemeinen eignet sich Benchmarking durch einen „Vergleich mit den Besten“ zur systematischen Suche nach internen Optimierungspotentialen, der Identifikation weiterer Ziele sowie einer transparenten Positionsbestimmung im Wettbewerb. Eine verallgemeinernde Übertragbarkeit des Best-Practice Kon-



zeptes eines Wettbewerbers auf das eigene Unternehmen kann dabei jedoch nicht vollständig gewährleistet werden. Individuell, an den Ergebnissen der Analyse ausgerichtet, liegt es am Unternehmen selbst, gezielte Maßnahmen für das eigene Haus zu entwickeln.

Oftmals werden über Benchmark-Vergleiche von (finanz-)wirtschaftlichen Daten in der Praxis negative Abweichungen festgestellt, ohne jedoch die Gesamtheit des Unternehmens und die dahinterstehenden Prozess- und Organisationsstrukturen hinzuzuziehen. Dieses Vorgehen bietet nicht die geeigneten Handlungsoptionen an, um wirkungsvolle Verbesserungen anzugehen. Ein solches Vorgehen ist daher lediglich als Absprungbasis zu verstehen, um darauf aufbauend geeignete interne Strukturen und/oder Prozesse zu schaffen und so, bezogen auf den untersuchten Bereich, ein optimales Ergebnis zu erzielen.

Die Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen ist dabei konsequent beteiligungs- als auch ergebnis- und kennzahlenorientiert zu organisieren, um die erforderliche Verbindlichkeit von Veränderungen zu erreichen. Ohne eine entsprechende Steuerung mit konkreten Kennzahlen (Umsetzungs- und Erfolgscontrolling) hat sich gezeigt, dass viele Maßnahmen in der Umsetzungsphase scheitern und damit die intendierten Wirkungen nicht erreicht werden.

Konsequenz in der Maßnahmenumsetzung

Zielsetzung von Verfahren zur Analyse des Wettbewerbs ist, die Selbststeuerungskapazitäten von Krankenhäusern und Kliniken zu verbessern. Die Einrichtungen sollen durch die Verfahren unterstützt werden, besser mit den sich ständig wandelnden externen Anforderungen des Gesetzgebers, der Kostenträger, aber auch der Gesellschaft, zurecht zu kommen und damit letztendlich ihre Zukunftsfähigkeit zu sichern. Dabei ist es notwendig, sich gleichermaßen an den Patienten, an den Beschäftigten und vor allem an der organisatorischen Effizienz der Versorgung zu orientieren. Zur Orientierung bedarf es dabei eines geeigneten Referenzsystems. In diesem System werden Vergleichsmaßstäbe festgesetzt und somit eine umfassende integrierte Sichtweise auf die zu vergleichenden Organisationen ermöglicht (von Bandemer, S. (n.B.), Benchmarking in der Gesundheitswirtschaft, Konzept und Umsetzungsanforderungen an ein umfassendes Qualitätsmanagement in Krankenhäusern und Kliniken, Gelsenkirchen, Bundesministerium für Forschung und Entwicklung).

9.2 Analyse und Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsgeschehens

Nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sind alle Krankenhäuser verpflichtet, ihre krankenhausesbezogenen Struktur- und fallbezogenen Leistungsdaten (den sog. „21er-Datensatz“) bereitzustellen. Dieser Datenpool ist für die Krankenhäuser frei zugänglich und bietet den Häusern die Möglichkeit, anhand von Routinedaten ihre medizinische Leistungsfähigkeit zu beurteilen („benchmarken“) und damit ihre eigene Zukunftsfähigkeit auf den Prüfstand zu stellen. Dazu sollten eine Reihe verschiedener Indikatoren analysiert werden.

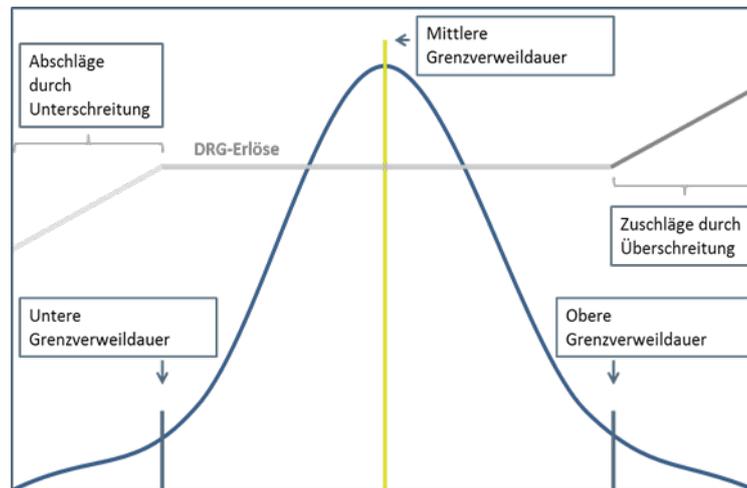
Die *Auslastungskennziffer* hat mit der Einführung der DRGs an Bedeutung verloren, besitzt aber im Rahmen der Ermittlung möglicher Entwicklungspotentiale weiterhin Relevanz für strategische Entscheidungen des Krankenhausmanagements. Unter Risikogesichtspunkten ist zu beachten,



dass der Landesgesetzgeber die Kennziffer im Rahmen der Krankenhausplanung und somit bei der Zulassung neuer medizinischer Leistungsangebote sowie bei Überlegungen über mögliche Schließungen berücksichtigt. Letztendlich wird durch eine Kapazitätsbeschreibung über Planbetten der quantitative Versorgungsauftrag festgelegt. Eine Überschreitung der 100 %-Auslastung einer Abteilung kann zu Problemen bei der Refinanzierung durch die Krankenkasse führen.

Verweildauersteuerung zur Erlösoptimierung

Die *Verteilung der Grenzverweildauer* ist eine bekannte steuerungsrelevante Kenngröße (Grafik 2). Vor allem für die innerbetriebliche Steuerung des Krankenhauses sind die Grenzverweilkorridore von großer Bedeutung. Um von vornherein einer finanziell defizitären Lage mit Abschlägen (bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer) oder nicht kostendeckenden Zuschlägen (bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer) vorzubeugen, ist ein Patientenmix im mittleren Verweildauerbereich erforderlich.



GRAFIK 2 | Verteilung der Grenzverweildauer und DRG-Erlöse

Das *ambulante* Substitutionspotential stellt für alle Krankenhäuser ein großes unternehmerisches Risiko dar. Stationär durchgeführte Leistungen, die ein solches Potential aufweisen (bspw. einige Augenoperationen) werden in Zukunft häufiger vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geprüft und zunehmend nicht mehr als stationäre Fälle von den Kostenträgern akzeptiert und vergütet. Deswegen ist der durch eine ambulante Substitution entstehende potentielle Erlösausfall stetig zu analysieren und das medizinische Leistungsangebot (ambulante oder stationäre Behandlung des Krankheitsbildes) dementsprechend anzupassen.

Entwicklung eines Leistungsportfolios mit Hilfe der Szenario-Technik

Als wichtiges Instrument der Mittelfristplanung hat sich die Szenario-Technik bewährt. Auf Basis des § 21er-Datensatzes, unterstützt durch Jahresabschlüsse, lässt sich eine realistische Vorschau auf die absehbare Leistungsentwicklung nehmen. Werden die Entwicklung der Case-Mix-Punkte und der stationären Fälle je Fachabteilung im Mehrjahresverlauf unter Berücksichtigung des zu erwartenden Wachstums und abzüglich des ambulanten „Gefährdungspotentials“ betrachtet, können im Rahmen von Szenario-Hochrechnungen aussagekräftige Prognosen der zukünftigen Entwicklung des Leistungsportfolios erstellt werden.

Von besonderer Bedeutung für die Zukunftssicherung von Krankenhäusern ist die Analyse der Marktanteile und der Marktdurchdringung, denn daraus kann eine realistische Standortbestim-



mung für die weitere strategische Ausrichtung ableitet werden. Im Rahmen einer Marktanalyse wird ermittelt, in welchem Einzugsgebiet ein Krankenhaus seine Patienten akquiriert. Darüber hinaus werden Marktanteile des Krankenhauses im Einzugsgebiet und über dessen Grenzen hinweg berechnet. Dadurch lässt sich die eigene Marktposition genau bestimmen und gleichzeitig können Risiken (bspw. demografische Entwicklungen etc.) aufgezeigt werden.

Eine Analyse auf der Ebene der Hauptdiagnosegruppen ermöglicht die Betrachtung der Marktanteile und der Marktdurchdringung je Indikationsgruppe und bietet somit eine Reihe von Ansatzpunkten für strategische Überlegungen.

Die Analyse des medizinischen Leistungsgeschehens auf Grundlage des § 21er-Datensatzes kann jedes Krankenhaus theoretisch mit eigenen Mitteln durchführen. Durch die Validierung des eigenen Leistungsportfolios und das Aufspüren von Problemen und Potentialen lassen sich neue Handlungsoptionen entwickeln und das Leistungsgeschehen betriebswirtschaftlich optimieren (Schmaus, M., Gumbrich, G., Zepezauer, S., Fit for Future? - Analyse des medizinischen Leistungsgeschehens anhand des § 21-Datensatzes in: Das Krankenhaus 2011, S. 571-572).

9.3 Profilbildung und Spezialisierung

Dem Qualitätsaspekt kommt in der deutschen Krankenhausbranche eine wachsende Bedeutung zu. Der Faktor Qualität ist transparenter geworden und hat sich zu einem entscheidenden Wettbewerbsfaktor entwickelt. Patienten sind heute souveräner und anspruchsvoller als noch vor zehn Jahren und informieren sich im Vorfeld einer Behandlung umfassend über die Angebote der Krankenhäuser, sowie deren Schwerpunkte und Qualitätsdaten. Auch zuweisende Ärzte agieren zunehmend im Wettbewerb um die Patienten und haben Interesse daran, dass diese zufrieden aus dem empfohlenen Krankenhaus zurückkehren. Um in diesem Wettbewerb erfolgreich zu sein, müssen transparente qualitätsorientierte medizinische Angebote vorhanden sein. Wesentliche Voraussetzung dafür ist eine konsequente Profilbildung im eigenen Unternehmen.

Schwerpunktbildung und Leistungskonzentration statt „Gemischtwarenladen“

Wichtig dabei ist, das eigene Leistungsportfolio zu definieren, zwischen Management und Leistungserbringern stetig zu diskutieren und fortlaufend weiterzuentwickeln. Grundlage hierfür sollte eine intensive Portfolioanalyse sein, die Stärken und Schwächen erkennen lässt und strategische Entscheidungen, wie beispielsweise für Investitionen, Einsparungen oder Neuausrichtungen, ermöglicht.

Durch die Einführung der DRGs hat die Schwerpunktbildung im Krankenhauswesen eine neue Dynamik erfahren. So können in einem Schwerpunkt-Krankenhaus höhere Fallzahlen einer Erkrankung behandelt werden, die im Ergebnis positive Auswirkungen auf die Erlös- und Kostenstruktur des Hauses haben können.

Das klassische Profil eines Krankenhauses zeigt jedoch wenig Konzentration und Schwerpunktbildung. Vielmehr zeigt es ein breites Angebot an Leistungen, um dem Anspruch einer Vollversorgung der Bevölkerung gerecht zu werden. Aufgrund einer zunehmenden Marktdynamik und der immer komplexeren Medizin ist ein solches Anspruchsdenken in Zukunft nicht mehr tragbar. Auch Universitätskliniken bilden nicht mehr den kompletten Versorgungsumfang als



einzelnes Haus ab. Es besteht die Notwendigkeit zur Spezialisierung und Kooperationsbeziehungen zu anderen Häusern aufzubauen.

Ein bereinigtes und angepasstes Leistungsportfolio bringt eine Reihe von Vorteilen mit sich:

- Leistungen können effizienter angeboten werden, wenn sie in großer Menge erbracht werden (Skaleneffekte).
- Eine höhere Qualität kann erreicht werden, wenn Leistungen standardisiert in einem größeren Volumen pro Arzt und Pflegekraft erbracht werden.
- Eine hohe Spezialisierung führt zu einer hervorgehobenen Wahrnehmung am Markt und wird mit herausragender Kompetenz verbunden.

An das moderne Krankenhausmanagement besteht also die zentrale Herausforderung, neue Versorgungsformen und -strukturen aufzubauen, diese zu etablieren und transparent nach innen und außen zu kommunizieren.

9.4 Kostenorientierung durch Optimierung der Personalbedarfe und strategischen Planung

Identifikation von Unter- oder Überdeckung im Personalbereich

Hinweise zur Optimierung des Hauptkostenfaktors eines Krankenhauses, der Personalkosten, gibt die Erlösorientierte Personalbedarfsermittlung. Ziel dieser Methode ist es, herauszufinden, wie viele Mitarbeiter zur Erbringung der Leistungen in einem Bereich, etwa einer Fachabteilung, sowie der entsprechenden Personalgruppe benötigt werden.

Die DRG-Kostenanteile (gelb gerahmt in Grafik 3) zur Personalkostenrefinanzierung (DRG-Erlöse) werden dabei anteilig den einzelnen Personalgruppen sowie Fachabteilungen zugeordnet und den bestehenden Personalkosten gegenübergestellt. In einem sich anschließenden Kosten-/Erlösabgleich werden vorhandene Unter- bzw. Überdeckungen im Personalbereich identifiziert.

- Bei einer Unterdeckung sind weniger Vollkräfte finanziert als im Organisationsbereich vorgehalten werden.
- Bei einer Überdeckung sind mehr Vollkräfte finanziert als im Organisationsbereich vorgehalten werden.

Beispiel für die DRG-Kostenanteile zur Finanzierung von Personal-/Sachkosten									
Kostenbereich	Personalkosten			Sachkosten			Personal- und Sachkosten		Summe
	Ärztl. Bereich	Pflegedienst	Med./techn. Dienst	Arzneimittel	Implantate	Übriger med. Bedarf	Med. Infrastruktur	Nicht med. Infrastruktur	
Normalstation	408,6	824,6	23,3	58,5	0,0	65,4	200,0	757,5	2338
Intensivstation	32,0	92,4	0,5	9,0	0,1	14,9	12,6	43,2	204,5
OP-Bereich	362,4	0,0	238,4	17,8	1320,7	236,1	147,1	191,1	2513
Anästhesie	217,3	0,0	141,8	16,2	0,0	49,5	28,6	61,8	515,1
Radiologie	19,6	0,0	32,1	0,4	0,0	18,5	10,1	20,2	100,9

GRAFIK 3 | Beispiel für die DRG-Kostenanteile zur Finanzierung von Personal-/Sachkosten, Werte in Euro



Ein weiteres geeignetes Instrument ist die fachabteilungsbezogene mehrstufige Deckungsbeitragsrechnung (Grafik 4).

Aufbau der mehrstufigen Deckungsbeitragsrechnung
Erlöse (aus stationären und ambulanten Leistungen, Wahlleistungen, Abgaben, etc.)
- Direkte Kosten (Personalkosten, med. Bedarf, sonstige Sachkosten)
= Deckungsbeitrag 1
- IBLV der med. Funktionsbereiche (OP, Radiologie, Labor, etc.)
= Deckungsbeitrag 2
- Umlage der Servicebereiche (med. und nicht med. Infrastruktur)
= Deckungsbeitrag 3 (EBITDA)
- Abschreibungen, Zinsen, Steuern
= Deckungsbeitrag 4 (Gesamtergebnis)

GRAFIK 4 | Mehrstufige Deckungsbeitragsrechnung

Das Ziel hierbei besteht darin, alle in einer bestimmten Periode im Krankenhaus angefallenen Kosten anhand von möglichst verursachungsgerechten Verteilungsschlüsseln den einzelnen Fachabteilungen zuzurechnen. Dabei sollen nicht nur die direkten Kosten der Fachabteilungen, sondern insbesondere auch die indirekten Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Fachabteilungen (wie Labor und Radiologie) und den allgemeinen Betrieb des Krankenhauses (wie Energie und Verwaltung) betrachtet werden. Werden diese Kosten schließlich den von den Fachabteilungen in der betrachteten Periode erzielten Erlösen gegenübergestellt, stehen im Ergebnis die fachabteilungsbezogenen Periodenergebnisse (Deckungsbeiträge der Fachabteilung).

Sind Kosten-, Leistungs- und Erlösrelationen bekannt, lässt sich auf dieser Grundlage das zukünftige Leistungsspektrum des Krankenhauses und seiner Abteilungen planen. Neben den Ergebnissen von internen Analysen sind auch (externe) Umfeld-bezogene Untersuchungen Bestandteil einer Entwicklungsplanung. Ebenso ist die Einbeziehung vom fachspezifischen Wissen der leitenden Ärzte notwendig, denn in vielen medizinischen Fachbereichen werden stetig neue und innovative Methoden der Diagnostik und Therapie entwickelt, die durchgreifenden Einfluss auf die strategische Positionierung des Krankenhauses haben können. Schließlich ergeben sich bei der strategischen Planung unterschiedliche Handlungsoptionen, von denen entsprechende einzelne Maßnahmen abzuleiten sind.

Der Überblick über die Kostenstruktur des Krankenhauses stellt die elementare Grundlage zur erfolgreichen und zukunftsfähigen Positionierung im Markt dar. Ohne die Transparenz der eigenen „Zahlen, Daten und Fakten“ sowie einer bestehenden Effizienz der Leistungserbringung gelingt es weder Erlöse zu steigern bzw. weiterführende Leistungen anzubieten, noch Innovationen auf dem Markt zu etablieren.

*Entwicklungsplanung
unter Berücksichtigung
des internen und externen
Umfelds*



10 Restrukturierungsbedarf von Krankenhäusern

Übertragung von wirtschaftlicher Verantwortung mit der Folge von marktweiten Veränderungen

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), von denen sich ein Großteil in kirchlicher Trägerschaft befindet, 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.

Restrukturierungen erfolgen meist zu spät

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 kirchlichen Krankenhäuser erforderlich, wobei sowohl die Erlös- als auch die Kostenseite stets im Fokus stehen sollten.

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. Dies gilt nicht nur für die Geschäftsführung, sondern im Besonderen auch für die Mitarbeiter. Eine Reihe von Regeln, wie bspw. 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.



10.1 Inhalte eines Restrukturierungsprozesses

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



GRAFIK 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, in L. Hammerschlag & B. Dilcher (Hrsg.), Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit - Die Verbindung von Prozessmanagement und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus, Wiesbaden, Springer Gabler).

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

Die Maßnahmensetzung ist die schwierigste Aufgabe im Restrukturierungsprozess

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.

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).

Klinische Behandlungspfade als probates Mittel zur internen Prozessorganisation

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, S. 2, 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, es konnte eine höhere medizinische Ergebnisqualität erzielt werden und eine Steigerung der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit wurde erreicht.

10.2 Kooperations- und Fusionstendenzen im Markt

Insbesondere bei kirchlichen Krankenhäusern 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 aus Zuführungen aus erwirtschafteten Überschüssen oder zusätzliche Einlagen von Gesellschaftern und Kapitalgebern sind daher notwendig und empfehlenswert.

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 Verbünde, 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 kirchlichen 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.



11 Anmerkungen zur Glaubwürdigkeit und Zukunftsfähigkeit katholischer Krankenhäuser

Im Hintergrund der Frage nach der Zukunftsfähigkeit katholischer Krankenhäuser steht nicht zuletzt die grundsätzliche Frage nach der kirchlichen Glaubwürdigkeit. Wie die katholische Kirche in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt so müssen die katholischen Krankenhäuser sich immer klarer darüber werden, wofür sie stehen. In der Grundordnung für katholische Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen wird klar formuliert, dass das katholische Krankenhaus eine caritative Einrichtung der Kirche ist. Genau als solches erscheint es aber auch vielen fragwürdig – von außen sowohl wie von innen. Die Fragwürdigkeit äußert sich zum Beispiel darin, ob den Mitarbeitern eines in katholischer Trägerschaft geführten, aber aus öffentlichen Mitteln finanzierten Hauses, auch in ihrer privaten Lebensführung vorgeschrieben werden kann, sich an den Moralvorstellungen der katholischen Kirche zu orientieren.

Die im Kontext der Zukunftsfähigkeit zu sehende Frage nach der Glaubwürdigkeit katholischer Krankenhäuser hängt nicht zuletzt mit den sozial-staatlichen, marktwirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte zusammen. Sie werden in anderen Beiträgen dieser Handreichung hinreichend beschrieben. Insbesondere vor dem Hintergrund der derzeitigen finanzpolitischen Entwicklung stellt sich den katholischen Krankenhäusern zunehmend die Frage, wie sie unter den momentanen – und zukünftig noch schwierigeren – Bedingungen ihre Katholizität langfristig sichern und leben können.

Verschärft wird diese Fragestellung dadurch, dass die verfasste Kirche seit Jahren einen enormen und vielgestaltigen Bedeutungsverlust hinnehmen musste. Im Unterschied zu den anhaltenden Entkirchlichungstendenzen ist innerhalb der verbandlichen Caritas eine gegenläufige Entwicklung festzustellen. Während sich die verfasste Kirche aus der Fläche verabschieden muss, steigt allein die Mitarbeiterzahl der verbandlichen Caritas – auch im Krankenhausbereich – seit Jahren unaufhörlich.

Die beschriebenen Entwicklungen werden außer- wie innerkirchlich mit besonderer Aufmerksamkeit verfolgt. Das ist mit Dankbarkeit zu registrieren, wenn in der Bewertung der beschriebenen Phänomene der verbandlichen Caritas nicht unterschwellig ihre Eigenschaft des Kircheseins abgesprochen wird. Möglicherweise könnte es ja nur folgerichtig sein, dass in dem Maße, in dem die verfasste Kirche geschwächt erscheint, die sozial-caritative Gestalt von Kirche erstarkt! Gleichwohl ist unter vielen Mitarbeitern der katholischen Krankenhäuser der Eindruck gewachsen, dass sich die Frage nach der Glaubwürdigkeit und damit auch der Zukunftsfähigkeit der katholischen Krankenhäuser zuspitzt. Die beschriebenen Entwicklungen lassen die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit christlich getragener Einrichtungen der Gesundheitshilfe zuweilen deutlich zutage treten. Angesichts dessen sind in den letzten Jahren zahlreiche Initiativen entwickelt worden, die sich der Stärkung und Förderung der christlichen Identität der katholischen Krankenhäuser widmen. In der Tat wird in diesem Themenfeld in der Zukunft verstärkt die Aufmerksamkeit seitens der Träger und der Aufsichtsorgane erforderlich sein. Denn die Frage nach der christlichen Identität der katholischen Krankenhäuser ist auch für deren wirtschaftliche und unternehmerische Zukunft zumindest im Kontext von Mehrwert, wenn auch nicht unbedingt von Alleinstellungskriterien zu sehen. Sie kann nicht einfach an die Seelsorge in



den Einrichtungen delegiert werden. Ebenso wenig ist sie einfach eine Sache der persönlichen Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter.

Der Träger hat laut Grundordnung für die katholischen Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen darauf zu achten, dass die Mitarbeiter bereit und in der Lage sind, ihre Aufgabe so zu erfüllen, dass sie der Stellung des Krankenhauses in der Kirche gerecht werden. Dazu wird er in Zukunft verstärkt Räume, Zeiten, Mittel und andere Ressourcen zur Verfügung stellen müssen, die den Mitarbeitern eine auch institutionell abgesicherte und gewünschte Auseinandersetzung mit den spirituellen, religiösen, biblischen und christlichen Dimensionen, Werten und Fundamenten der eigenen Arbeit ermöglicht. Als „Herzensbildung“ hat Papst Benedikt XVI. in seiner Enzyklika „Deus caritas est“ diese Aufgabe im Zusammenhang mit dem spezifischen Profil kirchlicher Liebestätigkeit beschrieben. Andernfalls wird es für die Träger in den kommenden Jahren immer schwieriger, dass alle Mitarbeiter – wie es in der Grundordnung postuliert wird – die Eigenart des kirchlichen Dienstes bejahen oder die katholische Grundausrichtung des Krankenhauses mittragen – vorausgesetzt natürlich, dass diese mehr sein soll als eine nur formal gesicherte Mitgliedschaft in der katholischen Kirche als Körperschaft öffentlichen Rechts.

Darüber hinaus wird für die Zukunftsfähigkeit der katholischen Krankenhäuser die Suche nach Kooperationsmöglichkeiten mit anderen Häusern oder Trägern eine herausfordernde Aufgabe in den Aufsichtsgremien sein. Deren wirtschaftliche und rechtliche Voraussetzungen werden im Beitrag der Herren Schoch und Schulze dargestellt. Doch geht es bei Kooperationen um bei weitem mehr als um rein wirtschaftliche Aspekte. Hier spitzt sich die Frage nach der Glaubwürdigkeit zu. Der Wettbewerb sollte sich nicht zuerst an anderen katholischen Krankenhäusern orientieren. Die Konkurrenz ist nicht der katholische Träger, sondern das Krankenhaus in privater, universitärer, gewerkschaftlicher, kommunaler, staatlicher oder sonstiger Trägerschaft! Gerade die Auseinandersetzung mit der christlichen Identität könnte motivierend für die Aufsichtsgremien sein, die Kooperation mit anderen Häusern oder Trägern zu suchen.

Schließlich prägt neben dem Subsidiaritätsprinzip auch das Solidaritätsprinzip die katholische Soziallehre. Letzteres sollte für die perspektivische Ausrichtung der Krankenhäuser stärkere Bedeutung gewinnen. Aus diesem Prinzip erwächst die Forderung, sich einer gemeinsamen Sache nicht zu entziehen und in der Suche nach etwaigen Schnittstellen auch dort für das Wohl des Anderen einzutreten, wo marktwirtschaftliche, politische oder andere Wettbewerbsbedingungen vorherrschend sind. Es schließt die Bereitschaft ein, sich über alle Vereinzelung hinweg zu setzen und für Verhältnisse zu sorgen, von denen alle profitieren. Mit diesem Ziel könnten die Träger der katholischen Krankenhäuser erreichen, was andere Träger angesichts der anhaltenden Tendenzen im sozialstaatlichen und gesundheitspolitischen Bereich auch tun: Verbünde gründen, Infrastrukturen verstärken, Öffentlichkeitsarbeit professionalisieren, Lobbyarbeit betreiben, alle ihnen zur Verfügung stehenden politischen, medialen oder sonstigen gesellschaftlichen Wege nutzen. „Die Kinder dieser Welt sind im Umgang mit ihresgleichen klüger als die Kinder des Lichtes“ resümiert Jesus das sog. Gleichnis vom klugen Verwalter (Lk 16,1-8). Für die Zukunftsfähigkeit der katholischen Krankenhäuser wird es auch im Bistum Münster mehr denn je notwendig sein, dass sie im Umgang mit ihresgleichen im Sinne Jesu noch klüger werden, wenn das, was in der Grundordnung für katholische Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen festgehalten ist, auch für die nächsten Jahre seine Aussagekraft und Gültigkeit behalten soll.



12 Bedeutung von Kooperationen, Konzentrationen und Fusionen für Krankenhäuser

12.1 Grundlagen

In der wirtschaftlichen Praxis sind verschiedene Formen des Zusammenwirkens von Unternehmen bekannt. Im Folgenden sollen die Grundlagen der Kooperation, Konzentration und Fusion kurz skizziert werden.

Kooperation

Bei der schwächsten Form des Zusammenwirkens, der Kooperation, handelt es sich um eine freiwillige Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Unternehmen zur Durchsetzung gemeinschaftlicher Interessen. Hierbei wird die rechtliche Selbständigkeit gewahrt. Ebenso bleibt die wirtschaftliche Selbständigkeit in den nicht der Kooperationsvereinbarung unterworfenen Bereichen erhalten. Es gibt verschiedene Ausprägungen der Kooperation von Arbeitsgemeinschaften über Joint Venture bis hin zu Kartellen. Eine besondere Form der Kooperation ist die Verbandsarbeit. Die Kooperation ist in unserer Thematik als schwächste Vorstufe einer weitergehenden Zusammenarbeit zu sehen.

Konzentration

Ein engeres Zusammengehen findet statt durch Konzentration im Rahmen eines Konzerns. Hierbei verliert mindestens ein Unternehmen die wirtschaftliche Selbständigkeit, bei Erhaltung der rechtlichen Selbständigkeit. Das Hauptmerkmal ist die Unterordnung der zusammengesetzten Unternehmen unter eine einheitliche Leitung. Grundlage für diese Konzentration ist der Erwerb einer Mehrheitsbeteiligung durch das beherrschende Unternehmen und die sich anschließende Möglichkeit zur Bildung einer Holding.

Die Frage, die sich immer ergibt ist die Frage der Anteilshöhe, vor allem bei Aktiengesellschaften. Es wird grundsätzlich unterschieden zwischen der Minderheitsbeteiligung bis 25 % (ohne größeren Einfluss), der Sperrminorität bis 50 % (bei satzungsändernden Beschlüssen relevant), der einfachen Mehrheitsbeteiligung bis 75 % und der qualifizierte Mehrheitsbeteiligung bis 95 %.

Verschmelzung

Geben die Unternehmen auch ihre rechtliche Selbständigkeit auf, spricht man von einer Fusion. Gesellschaftsrechtlich erfolgt eine Fusion durch eine Verschmelzung. Dabei kennt das Gesetz zweierlei Arten der Verschmelzung: Bei der Verschmelzung durch Aufnahme wird das gesamte Vermögen eines Unternehmens auf ein anderes bestehendes Unternehmen übertragen. Nur das aufnehmende Unternehmen bleibt bestehen und das übertragende Unternehmen wird aufgelöst. Bei der Verschmelzung durch Neugründung übertragen mehrere Unternehmen ihr Vermögen auf ein neu zu gründendes Unternehmen. Die Gesellschafter der übertragenden Unternehmen erhalten im Gegenzug Gesellschaftsanteile an dem übernehmenden, bestehenden oder neu gegründeten Unternehmen.

Durch eine Verschmelzung gehen auf den neuen Träger über:

- Vermögen,
- Schulden,



- alle Rechte und Pflichten aus den bestehenden Verträgen, einschließlich der Arbeitsverträge, soweit die Arbeitnehmer nicht widersprechen (§ 613a BGB), und
- alle Rechte und Pflichten aus öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnissen.

Die näheren Einzelheiten der Verschmelzung regelt das Umwandlungsgesetz.

Zu beachten sind bei Fusionen die Umsatzgrenzen im Rahmen des Kartellrechts. Das Kartellamt muss Fusionen von Unternehmen mit einem Umsatz von mehr als 500 Mio. € weltweit und mehr als 25 Mio. € Umsatz bei mindestens einem der beteiligten Unternehmen in Deutschland genehmigen.

12.2 Krankenhausaspekte

Der so genannte deutsche Krankenhausmarkt befindet sich nach der radikalen Umstellung der Entgeltsysteme aufgrund eines zunehmenden Kosten- und Wettbewerbsdruckes mit allgemein einhergehender Ergebnisverschlechterung schon seit Jahren in einer Phase der Marktkonzentration. In dieser Situation wurden und werden etliche Häuser, nicht nur aus kommunaler, sondern auch aus kirchlicher Trägerschaft an private Klinikketten abgegeben oder vermehrt solitäre Häuser in Verbundlösungen eingebunden, z. T. unter Berücksichtigung der regionalen Strukturen und Trägerschaften.

Der Träger eines solitären Standortes, der aus gesellschaftsrechtlichen oder anderen Gründen nicht in der Lage ist, in verbindliche Kooperationen und Verbundlösungen mit anderen einzutreten, wird sich im Ringen um Qualität und Wirtschaftlichkeit mit großer Wahrscheinlichkeit auf Dauer nicht behaupten können.

In der Bundesrepublik sind zurzeit 640 Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft, davon rd. Zweidrittel in katholischer. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Häuser kleiner und mittlerer Größenordnung.

Zurzeit wird eine Qualitätsdiskussion geführt, die sich nicht nur an Mindestmengen für bestimmte Leistungen, sondern auch an Strukturmerkmalen für die Leistungserbringung (z.B. feste Personalschlüssel) festmacht. Aktuelles Beispiel ist hier der Krankenhausrahmenplan 2015 des Landes NRW.

*Aktuelle
Qualitätsdiskussion*

Gerade kleine und mittlere Häuser werden Probleme bekommen, diesen Herausforderungen allein gerecht zu werden, das heißt, sie müssen sich verstärkt um Kooperationen mit anderen Anbietern im Gesundheitswesen / Krankenhausbereich bemühen. Der Schritt kann letztendlich von der Kooperation über die Konzentration in eine Fusion münden.

Es liegt in der Verantwortung der Gesellschafter und ihrer Gremien, Strukturen zu entwickeln, die nicht nur die Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch/pflegerischen Dienstleistungen sicherstellen, sondern auch die Einrichtung als Ort des Glaubens und mitunter als größter regionaler Arbeitgeber erhalten.



Chancen für kirchliche Krankenhäuser

Entgeltssystem, Regelungen des Sozialgesetzbuches und auf solche Landesebene bieten neben Risiken auch eine Reihe von Chancen für die kirchlichen Krankenhäuser. Disease Management Programme, die Integrierte Versorgung nach § 140a ff. SGB V, die zunehmende Zentrenbildung, vor allem im Bereich der onkologischen Erkrankungen (z. B. Brustkrebs, Darmkrebs etc.), Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V sowie landesspezifische Regelungen, wie z.B. das Geriatriekonzept des Landes NRW fordern eine enge Kooperation nicht nur im Krankenhausbereich, sondern auch sektorübergreifend.

Allgemein wird schon seit längerem davon ausgegangen, dass Konzentrationen und Fusionen im Krankenhausbereich nicht nur sinnvoll, sondern zwingend notwendig sind (siehe Dr. Klaus Goedereis, Festschrift für Dr. Rudolf Kösters, S. 107, Dr. Burghard Rocke, KU 7/2002, S. 531)

Untersuchungen scheinen zu belegen, dass gerade kleinere Häuser mit wenigen Fachabteilungen dank flexibler Strukturen erfolgreicher sind als große, komplexe Einrichtungen. Zudem lässt sich beobachten, dass Träger, die mehrere Krankenhäuser qualifiziert führen, oftmals erfolgreicher sind als Träger von einzelnen Einrichtungen. Die zunehmenden Vorgaben in den Bereichen der Strukturqualität wie z.B. im Krankenhausplan NRW 2015, führen dazu, dass das einzelne Haus Schwierigkeiten bekommen kann, das notwendige Personal (z.B. Fachärzte / Ärzte mit Facharztstandard) in ausreichender Anzahl zu rekrutieren.

Gerade kirchliche Häuser, die überwiegend nicht zu den großen Komplexeinrichtungen zählen, können auch aufgrund ihrer gemeinsamen „Grundphilosophie“ durchaus zukunftssicher sein, wenn sie die Chancen gemeinsam nutzen.

Vor dem geschilderten Hintergrund sind Kooperationen, Konzentrationen oder Fusionen für das einzelne Haus zwingend

- im medizinischen (Primär-) Bereich, um medizinische Kernkompetenzen herauszubilden und als Teil eines regionalen Gesundheitsnetzwerkes umfassend Dienstleistungen anbieten zu können,
- in den Sekundär- und Tertiärbereichen, wie z.B. Apotheke, Logistik, Küche etc. um zu besseren Kostenstrukturen zu kommen,
- in den übrigen Bereichen, wie z.B. Qualitätsmanagement, etc. um an Strukturen teilhaben zu können, die für ein einzelnes Haus nicht realisierbar wären.

Auch im Bereich der freigemeinnützigen Häuser ist die Tendenz zu Zusammenschlüssen zu beobachten. Als große kirchliche Trägergruppen sind zum Beispiel zu nennen:

- die Malteser Trägergesellschaft in Köln mit Krankenhäusern, Altenheimen, einem Hospiz und ambulanten Diensten,
- die Franziskus-Stiftung in Münster mit Krankenhäusern, Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe,
- die Marienhaus GmbH in Waldbreitbach mit Krankenhäusern, Altenheimen, Hospizen und Kinderheimen,
- die Alexianer GmbH in Münster mit Fachkliniken für Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, klinische Angebote für Menschen mit Suchterkrankungen und Essstörungen, Wohn- Arbeits- und Förderangebote für psychisch und geistig behinderte



Menschen sowie differenzierte Behandlungs-, Pflege -und Wohnangebote für Senioren mit dem Schwerpunkt Gerontopsychiatrie,

- die Johanniter in Berlin mit Krankenhäusern, Altenheimen und Einrichtungen der Behindertenhilfe,
- die „Diakonie in Südwestfalen GmbH“ in Siegen mit Krankenhäusern, Altenheimen und Behindertenhilfeeinrichtungen.

In der Regel zeichnen sich auch die größeren kirchlichen Träger durch regionalen Bezug, Aufbau regionaler Versorgungsnetzwerke und Einbindung des ehrenamtlichen Engagements aus.

Aus kirchlicher Sicht sollten anstatt großer rein überregionaler Ketten schlagkräftige regionale Verbünde und Netzwerke im Fokus liegen, da nur so die typisch kirchlichen Stärken genutzt werden können und nur der regionale Bezug eine sachgerechte Fortentwicklung des einzelnen Hauses gewährleisten kann. Dies gilt vor allem in Regionen, in denen auch das Nachbarhaus in der Verantwortung eines katholischen Trägers liegt. Dabei muss jedoch im Bewusstsein der Verantwortlichen sein, dass unter Umständen nicht jeder Standort als Standort für stationäre Krankenversorgung, als Krankenhaus, erhalten werden kann.

Aus Sicht des einzelnen Hauses bzw. seines Trägers dürften folgende Grundziele bei Zusammenschlüssen relevant sein:

Grundziele

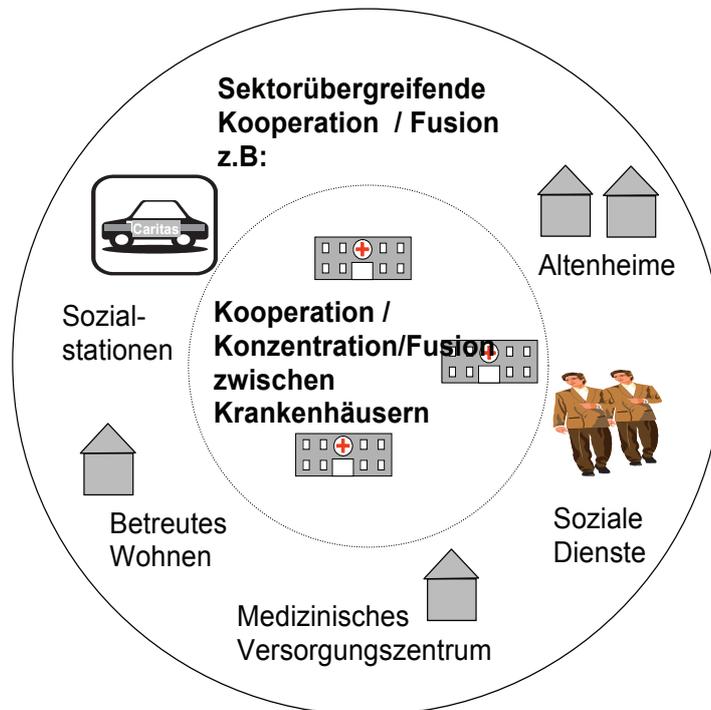
1. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in der Region,
2. Erhalt des Standortes als Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und Ausprägung des Glaubens / Ort für Kranke,
3. Erhalt der größtmöglichen Menge von Arbeitsplätzen vor Ort oder in der näheren Region,
4. Erhalt des Namens, der „Marke“ der jeweiligen Einrichtung.

Zur Erreichung dieser Ziele empfehlen sich zwei Grundstrategien für das einzelne Haus:

1 Zusammenschluss mit mehreren Häusern in der Region mit Entwicklung eines gemeinsamen medizinstrategischen Konzeptes und anschließender Herausbildung von medizinischen Kernkompetenzen für den jeweiligen Standort.

Hier kommt neben der gesellschaftsrechtlichen Fusion (s. o.) auch eine krankenhausrrechtliche in Betracht, so dass aus mehreren Krankenhäusern ein Haus mit mehreren Betriebsstätten wird. Die Aufnahme in eine überregionale Kette ohne eigenen Bezug in der Region führt allenfalls zu Synergien in den Sekundär-, Tertiär- und übrigen Bereichen, aber nicht zur medizinischen Profilierung. Darüber hinaus können kleinere Einrichtungen leicht zu „Verfügungsmasse“ für den großen Träger werden.

2 Ausbildung zum Gesundheitszentrum, d. h. Anbieter von Dienstleistungen im weiten Feld des Gesundheitswesens in der Region: stationäre Krankenversorgung, ambulante Krankenversorgung durch Bindung von Arztpraxen, Pflegediensten etc. an das Krankenhaus. Zusammenarbeit mit Trägern aus dem Feld der Altenversorgung: Betreutes Wohnen, Altenheim etc. bzw. Einstieg in diese Felder.



Der **Zusammenschluss zu einem gesellschaftsrechtlich verbindlichen Rahmen** (z. B. im Konzern) bietet verschiedene Vorteile die im Folgenden - nicht abschließend - aufgeführt werden sollen:

1. Entwicklung einer einheitlichen Zukunftsstrategie,
2. eine einheitliche (verbindliche) Steuerung der zusammengeschlossenen Einrichtungen,
3. leichtere Abstimmung der medizinisch - pflegerischen Leistungsstruktur (Herausbildung von Kernkompetenzen),
4. leichtere Gewinnung qualifizierter / spezialisierter Mitarbeiter-/innen,
5. Entwicklung langfristiger Strukturen und Aufbau eines beständigen „regionalen Gesundheitsnetzwerkes“,
6. größere „Marktmacht“ durch einheitlichen Auftritt,
7. zusätzliche wirtschaftliche Synergien, z. B. im steuerlichen Bereich.

So sinnvoll ein Zusammenschluss von Krankenhäusern sein kann, er stößt in der Praxis oft auf große Widerstände. Zunächst muss das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Kooperation / Fusion in den Gremien des Eigentümers der Einrichtung geweckt werden.

Klare Unternehmensstrategie

Grundlage dafür ist die Entwicklung einer klaren Unternehmensstrategie mit einem Medizinkonzept, die bereits in Zeiten wirtschaftlicher Gesundheit mögliche Zukunftsszenarien beschreibt, Lösungsoptionen bewertet und mögliche Kooperations-, Konzentrations- bzw. Fusionsziele deutlich benennt. Eine Fusion ist sicherlich kein Allheilmittel für eine Sanierung in wirtschaftlich angeschlagener Lage. Derartige Überlegungen sind rechtzeitig vorzunehmen, um ggfs. Spiel-



räume für Verhandlungen mit möglichen Partnern zu haben. Zudem müssen die Verantwortlichen in den Trägergremien der beteiligten, bisher solitären, Einrichtungen lernen, Verantwortung entweder ganz abzugeben oder Verantwortung für das Gesamtunternehmen, über den bisherigen lokalen Bezug hinaus, zu übernehmen. An dieser Stelle sei zudem angemerkt, dass regionale (politische) Grenzen, wie Kreis- aber auch Bistums- und Bundeslandgrenzen hierbei nicht von wesentlicher Bedeutung sein sollten, jedoch die Versorgungsgebiete in den Blick genommen werden müssen.

Bei allen Kooperations-/Fusionsüberlegungen kommt der Akzeptanz in der Mitarbeiterschaft sehr große Bedeutung zu.

Schon 2002 führte Rocke in der Krankenhausumschau aus, dass im medizinischen Bereich - dem Kernbereich der Leistungserbringung im Krankenhaus - Kooperationen und Fusionen im Vergleich zu anderen Bereichen auf wesentlich mehr Emotionen stoßen, vor allem bei den Ärzten, die sich in ihrem Selbstverständnis betroffen fühlen.

Damit die Vernetzung der Einrichtungen untereinander und die Herausbildung von medizinischen Kernkompetenzen möglich werden, sind die Leistungserbringer, das ärztliche und pflegerische Personal in die Prozesse mit einzubeziehen. Nur wenn es gelingt, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern den Nutzen der Kooperation / Konzentration / Fusion zu vermitteln und ihnen eventuelle Ängste (drohender Arbeitsplatzverlust, Statusverlust etc.) zu nehmen, kann der Prozess erfolgreich sein.

Auch Reaktionen von Lokalpolitikern können mitunter hinderlich sein. Wichtig ist der Blick über den Tellerrand und eine Abkehr vom „Kirchturms-“ resp. „Rathausdenken“. Wenn die gesamte Region in den Blick genommen wird, erwachsen daraus auch Vorteile für die einzelnen Orte / Gemeinden.

Aufgrund der rapide zurückgegangenen Verweildauern bei gleichzeitiger Belebung der Qualitätsdiskussion ist es für die Häuser von Bedeutung, vernetzte Strukturen zum ambulanten (und evtl. auch stationären) Bereich der Pflege aufzubauen. War es in der jüngeren Vergangenheit vor allem wichtig, dass der Patient zu einem Tag X überhaupt in ambulante oder stationäre Pflege entlassen werden konnte, so wird jetzt aufgrund des immer früher liegenden Entlassungstages die Qualität der Anschlusspflege, nicht nur aus forensischen Gründen für das Krankenhaus wichtig. In den ambulanten Pflegediensten oder auch den stationären Pflegeeinrichtungen sind die schwierigeren Pflegen bereits angekommen, die einen rechtzeitigen und umfassenden Informationsfluss erfordern (Stichwort Überleitungspflege).

Aus Sicht des Krankenhauses mag es, auch vor dem Hintergrund eines eventuell flexibleren Personaleinsatzes, attraktiv erscheinen, einen eigenen ambulanten „Nachsorge“-Pflegedienst aufzubauen. Viele Krankenhäuser haben dies ja auch schon in den vergangenen Jahren getan. Die sinnvollere Alternative scheint aber im Zurückgreifen auf schon vorhandene Strukturen im caritativen Umfeld zu liegen (Stichwort: Kernkompetenzen!).

Der Aufbau eines „caritativen Gesundheitsnetzwerkes“ erfordert die Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter als Träger von Diensten und Einrichtungen, die ihre jeweilige Kernkompetenzen, z. B. in der Krankenhausversorgung, in der ambulanten Pflege oder in der Altenhilfe, einbringen müssen. Hier ist gerade im Bereich der kirchlichen Dienste und Einrichtungen ein

*Aufbau eines caritativen
Gesundheitsnetzwerkes*



enormes Potential, auch wenn die kirchliche Landschaft mit ihrer hohen Trägervielfalt (Kirchengemeinden, kirchliche Stiftungen, Orts Caritasverbände, Orden und andere) mitunter eigene Probleme mit sich bringt. Die einheitliche Wertebasis sollte der Ausgangspunkt für eine zielgerichtete Zusammenarbeit sein. Der Aufbau von nach außen deutlich zu Tage tretenden Konkurrenzstrukturen ist sicherlich auf Dauer für alle katholischen Anbieter negativ.

Fazit

In einer Zeit, in der gesetzliche Regelungen und „Gesundheitsreformen“ eine immer geringere Halbwertszeit haben, ist es überlebenswichtig, dass alle Ressourcen gebündelt werden. Konfessionelle Krankenhäuser sind überwiegend gut im Markt positioniert. Um diese Positionierung für die Zukunft erhalten zu können, ist die verbindliche, längerfristige Bündelung des Angebotes im Rahmen eines Medizin- und Unternehmenskonzeptes in der Region zwingend notwendig. Nur so ist das Ziel einer gesicherten Patientenversorgung im caritativen Auftrag nachhaltig gewährleistet.



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

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 Mitarbeiterereinsatzes. 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 hat in einer Entscheidung vom 10. Dezember 2013 festgestellt, dass die nicht nur vorübergehende Überlassung nicht schädlich ist (BAG, Urteil vom 10.12.2013, 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.

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.

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.



Arbeitnehmerüberlassung ist erlaubnispflichtig.

Arbeitnehmerüberlassung liegt nach § 1 AÜG vor, wenn Arbeitgeber als Verleiher Dritten (Entleihern) 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 ist hingegen die Erbringung von Leistungen im Rahmen von Werkverträgen oder die konzerninterne Überlassung, wenn der Arbeitnehmer nicht zum Zweck der Überlassung eingestellt und beschäftigt wird (§ 1 Abs. 3 Nr. 2 AÜG).

13.1 Abgrenzung zum Werkvertrag

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

Werkverträge bedürfen keiner Erlaubnis

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:

- Es ist für einen Werkvertrag maßgeblich, dass ein konkret bestimmtes Werkergbnis bzw. eine Veränderung einer Sache vereinbart wird und dann auch tatsächlich erstellt wird.

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

- Für die Abgrenzung ist außerdem entscheidend 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)

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.

- Weisungsrecht des Werkunternehmers gegenüber seinen im Betrieb des Bestellers tätigen Arbeitnehmern, keine Eingliederung in die Arbeitsabläufe des Bestellerbetriebes

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.

Weisungsrecht Hauptkriterium für Abgrenzung Werkvertrag zur Arbeitnehmerüberlassung

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 keine 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.

Eingliederung in Betrieb indiziert Arbeitnehmerüberlassung

13.2 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.



13.3 Merkmal „vorübergehend“

Arbeitnehmerüberlassung ist 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).

13.4 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 (Az: 7 ABR 91/11).

§ 14 Abs. 3 AÜG regelt, dass vor der Beschäftigung eines Leiharbeitnehmers der Betriebsrat des Entleiherbetriebes zu beteiligen ist nach § 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 Leiharbeitnehmer 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.

13.5 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).



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

Der Gesetzgeber wird aktiv werden.

13.7 Empfehlung

Die Entscheidung des BAG vom 10. Dezember 2013 bedeutet nicht, dass für Servicegesellschaften von Krankenhasträgern, 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.



14 Familienfreundliche Personalpolitik im Krankenhaus

Familienfreundliche Personalpolitik gewinnt an Bedeutung

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.

Mitarbeiter wünschen Unterstützung

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 z.B., 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.)

Auch Arbeitgeber haben Vorteile

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)

Umsetzung am Beispiel der Christophorus-Kliniken

14.1 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.



14.2 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.

*Zentrale Verankerung
wichtig*

**... Wir tragen Fürsorge für unsere Mitarbeiter
und unterstützen
die Vereinbarkeit von Beruf und Familie...**

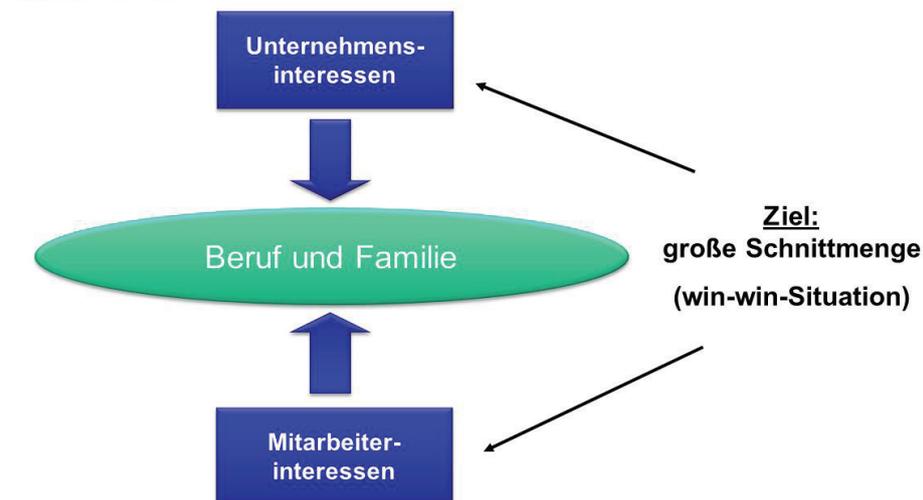
(Auszug Leitbild Christophorus-Trägergesellschaft)

14.3 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.

Ehrlichkeit und Glaubwürdigkeit erforderlich

Interessen



GRAFIK 1 | 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

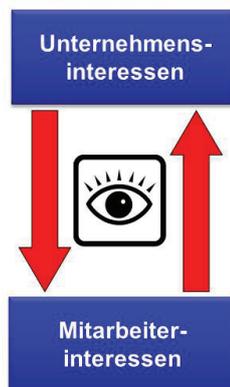


des Unternehmens an jeden individuellen Mitarbeiterwunsch. Die Lösungen müssen insofern zwischen diesen Polen gesucht und gestaltet werden.

Perspektivwechsel auf beiden Seiten hilft

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.

Perspektivwechsel



GRAFIK 2 | Perspektivwechsel als Voraussetzung für erfolgreiche familienorientierte Personalpolitik

14.4 Spezifische Ansätze

Spezifische Betrachtung erforderlich

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. 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.

14.5 Organisatorische Einbindung

Familienorientierte Personalpolitik als Baustein des Personalmanagements

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.



GRAFIK 3 | Organisation

14.6 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:

14.6.1 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.

*Bindung der Mitarbeiter
in Elternzeit*



14.6.2 Ferienbetreuung

Entlastung für Eltern in Ferienzeiten

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



BILD 1 | Nachwuchs für das Gesundheitswesen – Mitarbeiterkinder während des Kinderferienprogrammes

14.6.3 Unterstützung für Mitarbeiter mit zu pflegenden Angehörigen

Hilfe bei Pflegebedürftigkeit

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)



14.6.4 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.

Verlässliche Arbeitszeitmodelle

14.6.5 Chancengleichheit

Ein neues Projekt ist das Themenfeld Chancengleichheit. Hier beteiligen sich die Kliniken am Standort Dülmen an einem bundesweiten Projekt der Europäischen Akademie für Frauen in Politik und Wirtschaft (EAF) „Mehr Frauen in Führungspositionen“ (nähere Infos: 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.

Chancengleichheit für Männer und Frauen

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

Umfassende Kommunikation wichtig

14.6.7 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.

Statistische Daten als Unterstützung



14.7 Zusammenfassung und Ausblick

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

Ist-Analyse als Basis

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.

Einbeziehung der Mitarbeiter

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 als gute Basis

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.

IMPRESSUM

Dieser Leitfaden ist eine Gemeinschaftsproduktion von:

Bistum Münster
Domplatz 27
48143 Münster
www.bistum-muenster.de

Caritasverband für die Diözese Münster e.V.
Kardinal-von-Galen-Ring 45
48149 Münster
www.caritas-muenster.de

Beratungs- und Prüfungsgesellschaft BPG mbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Nevinghoff 30
48147 Münster
www.bpgwp.de

DKM Darlehnskasse Münster eG
Breul 26
48143 Münster
www.dkm.de

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

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

Fotos: © Franziskus Stiftung / Frank Springer, Bielefeld; fotolia.com

ISBN 978-3-941462-99-1

1. Auflage 2014

(c) 2014 by dialogverlag Münster

Das gesamte Werk ist im Rahmen des Urheberrechtsgesetzes geschützt. Jegliche vom Verlag nicht genehmigte Verwertung ist unzulässig. Dies gilt auch für die Verarbeitung durch Film, Funk, Fernsehen, fotomechanische Wiedergabe, Tonträger jeder Art, elektronische Medien sowie für auszugsweisen Nachdruck und die Übersetzung.

Gesamtherstellung: **dialog**verlag Münster
Layout und Satz: kampanile | MEDIENAGENTUR im **dialog**verlag Münster

Bestellen Sie den Leitfaden online unter:
www.dialogversand.de/leitfaden

ISBN 978-3-941462-99-1



9 783941 462991