

Dr. Karl Blum/Vera Antonia Büchner/Jun.-Prof. Dr. Vera Hinz/Prof. Dr. Jonas Schreyögg

Die Rolle des Aufsichtsgremiums im Krankenhaus

Ergebnisse einer Befragung deutscher Krankenhausaufsichtsgremien

Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) hat erstmalig die Rolle der Krankenhausaufsichtsgremien auf der Grundlage einer breiten empirischen Basis untersucht. Die Ergebnisse belegen eine starke Durchdringung von Aufsichtsgremien durch politische Mandatsträger. Die Aufsichtsgremien nehmen umfassend Einfluss auf die strategische Zielplanung. Die Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsgremium und Geschäftsführung wird mehrheitlich als positiv angesehen. Zur Beurteilung der Produktivität der beaufsichtigten Krankenhäuser werden insbesondere Casemix und Kosten pro Fall, für die Wirtschaftlichkeitsbeurteilung vor allem der operative Cashflow, Eigenkapitalquote und Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen (EBITDA) herangezogen. Die Einflussnahme der Aufsichtsgremien auf die strategische Zielplanung sowie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsgremium und Geschäftsführung haben einen positiven Einfluss auf Produktivität und Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses.

Der vorliegende Beitrag ist das Ergebnis einer ersten deutschlandweiten Befragung der externen Krankenhausleitung (Aufsichtsgremien) und Teil des vom BMBF geförderten Verbundprojekts „Produktivität²: Produktive Innovationsprozesse zur Erhöhung der Produktivität von Gesundheitsdienstleistern (P²)“. Innerhalb des Verbundprojekts erforschen die Universität Hamburg und die Christian-Albrechts-Universität zu Kiel gemeinsam mit dem Institut für Arbeit und Technik (IAT) der Fachhochschule Gelsenkirchen und dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) verschiedene Fragestellungen im Bereich der Krankenhausproduktivität und -innovativität (siehe auch Projekthomepage: www.produktivitaet2.de).

Die Krankenhausleitung setzt sich aus der internen und externen Krankenhausleitung zusammen. Die interne Krankenhausleitung umfasst die Geschäftsführung sowie den Vorstand, wohingegen die externe Leitungsebene als Aufsichtsgremium bezeichnet wird. Je nach Trägerschaft und Rechtsform kann das externe Kontrollorgan als Aufsichtsrat, Kuratorium, Gesellschafterversammlung oder Verwaltungsrat bezeichnet werden (Solidaris, 2007). Im Folgenden wird allgemein von Aufsichtsgremien gesprochen.

Ziel der Befragung war es, das Selbstverständnis der Aufsichtsgremien und ihre Einflussnahme auf Strategie und Führung der beaufsichtigten Krankenhäuser zu untersuchen. Darüber hinaus sollte mittelbar der Einfluss der Aufsichtsgremien auf die Geschäftsergebnisse der Krankenhäuser analysiert werden.

Methodik

Grundlage der Erhebung bildet ein eigens für dieses Projekt entwickelter Fragebogen, der mit Hilfe eines dreistufigen Ver-

fahrens entstand. Forscher der Universität Hamburg haben forschungsrelevante Fragestellungen zur Rolle der Aufsichtsgremien identifiziert. Anschließend wurden diese in Zusammenarbeit mit Krankenhauspraktikern sowie vor allem mit dem DKI an die Praxis der deutschen Krankenhäuser angepasst. Der Fragebogen wurde durch Zuhilfenahme von Fokusgruppen im Rahmen von Projektworkshops finalisiert. Schwerpunkte der Befragung der Krankenhausaufsichtsgremien sind Fragen zur Zusammensetzung sowie zu Strategie, Management und Führung der beaufsichtigten Krankenhäuser. In drei Wellen erfolgte die postalische Erhebung von September 2011 bis März 2012. Neben der Ersterhebung gab es schriftliche und telefonische Nachfassaktionen.

Ausgehend von etwa 1 400 Krankenhäusern (aus der Grundgesamtheit wurden unter anderem reine Belegkrankenhäuser, Universitätskliniken, Tages- und Nachtkliniken sowie Krankenhäuser kleiner als 50 Betten ausgeschlossen) wurden mit Hilfe von Internetrecherchen über die Krankenhaushomepage sowie telefonischer Auskünfte der Krankenhäuser die Vorsitzenden der Aufsichtsgremien ausfindig gemacht, an welche die Erhebungsunterlagen adressiert waren. Da einem Aufsichtsgremium mehrere Krankenhäuser zugeordnet sein können oder der Vorsitzende den Vorsitz für die Aufsichtsgremien mehrerer Krankenhäuser innehaben kann, reduzierte sich die Anzahl der angeschriebenen Aufsichtsgremien auf 798, da aus Gründen der Praktikabilität jedes Aufsichtsgremium bzw. jeder Vorsitzende nur einmal befragt wurde. Der Rücklauf lag bei 214 Teilnehmern, was einer Rücklaufquote von 27 Prozent entspricht.

Wegen unterschiedlicher Ausschöpfungen nach Krankenhausgröße wurden die Ergebnisse nach diesem Merkmal gewichtet, um eine Unter- oder Überrepräsentanz von Kranken-



Wartung technischer Systeme im Krankenhaus durch externe Dienstleister Datenschutzrechtliche Aspekte

NEU

Autor: Siebenhüner
Juli 2013
83 Seiten, kart.

ISBN: 978-3-942734-49-3

Preis: € 19,90 (inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten)

Sensibilisiert durch das aktuelle Patientenrechtegesetz beschäftigen sich nahezu alle Krankenhäuser derzeit intensiv mit dem Schutz patientenbezogener Daten. Dies betrifft ganz besonders die technischen Systeme im Krankenhaus, in denen Patientendaten vorgehalten werden.



Datenschutz im Krankenhaus

Autorinnen: Hauser/Haag
4. Auflage, 2012
386 Seiten, kart.

ISBN: 978-3-942734-25-7

Preis: € 45,00 (inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten)

Welche immense Bedeutung dem Datenschutz zukommt, lässt sich fast jeden Tag aus aktuellen Pressemitteilungen entnehmen. Von dieser Entwicklung bleiben auch die Krankenhäuser nicht verschont. Zahlreiche Vorgaben zum Schutz hochsensibler Patientendaten müssen im Krankenhausalltag umgesetzt werden. Das vorliegende Werk gibt einen umfassenden Überblick über sämtliche relevanten Fragestellungen zum Thema Datenschutz im Krankenhaus.

Beide Bücher richten sich insbesondere an die Geschäftsführung, technische Leitung und Datenschutzbeauftragten im Klinikbereich.

Fax-Bestellung: 0211 – 17 92 35-20

Online-Bestellung: www.DKVG.de

	Anzahl
Wartung technischer Systeme im Krankenhaus durch externe Dienstleister ISBN: 978-3-942734-49-3 Preis: € 19,90 (inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten)	
Datenschutz im Krankenhaus ISBN: 978-3-942734-25-7 Preis: € 45,00 (inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten)	

Name, Vorname
Firma/Abteilung
Straße/Nr.
PLZ/Ort
E-Mail
Datum/Unterschrift

Tabelle 1: Zusammensetzung der Aufsichtsgremien

Zusammensetzung der Aufsichtsgremien	KH gesamt	Öffentliche KH	Freigemeinnützige KH
Demographische Zusammensetzung			
Mitglieder (Median)	9	12	7
Frauenanteil	24 %	25 %	22 %
Anteil von Mitgliedern ab 60 Jahre	37 %	33 %	44 %
Anteil von Mitgliedern von 45 bis 59 Jahre	52 %	55 %	48 %
Berufliche Zusammensetzung			
Anteil von Ökonomen/Kaufleuten	18 %	13 %	25 %
Anteil von Ärzten/Medizinern	10 %	11 %	9 %
Anteil von sonstigen Beschäftigten im Gesundheitswesen	13 %	13 %	11 %
Anteil von Juristen	10 %	9 %	11 %
Anteil von Rentnern	16 %	14 %	18 %
Anteil Sonstige (unter anderem Nichtberufstätige, Bürgermeister, Landräte, Geistliche und kirchliche Funktionsträger, Unternehmer, Freiberufler, Verwaltungsbeamte)	33 %	39 %	27 %
Zusammensetzung nach gesellschaftlichem Engagement			
Anteil von Politikern mit aktivem Mandat	38 %	58 %	12 %
Anteil von Gewerkschaftsvertretern	7 %	11 %	2 %
Anteil von Ordensmitgliedern/Geistlichen	7 %	1 %	16 %
Finanzielle Entschädigung			
Finanzielle Entschädigung für Aufsichtstätigkeit	60 %	80 %	38 %
Höhe der Entschädigung pro Mitglied und Jahr (Median)	502 €	450 €	800 €

Tabelle 2: Einflussnahme auf die strategische Zielplanung des beaufsichtigten Krankenhauses

Unternehmensziele*	KH gesamt	Öffentliche KH	Freigemeinnützige KH	t-Test Signifikanz
Patientenorientierte Ziele	4,0	3,9	4,1	p < 0.05
Infrastrukturziele	3,9	3,9	4,0	n.s.
Qualitätsorientierte Ziele	3,9	3,8	4,0	n.s.
Marktsegmentziele	3,8	3,5	4,0	p < 0.01
Rentabilitätsziele	3,8	3,5	4,1	p < 0.001
Versorgungsziele	3,8	4,1	3,4	p < 0.001
Bonitätsziele	3,7	3,4	4,1	p < 0.001
Beschäftigungspolitische Ziele	3,7	3,9	3,5	n.s.
Marktstellungsziele	3,6	3,5	3,8	n.s.
Mitarbeiterorientierte Ziele	3,6	3,4	3,8	p < 0.05
Partnerorientierte Ziele	3,6	3,4	3,7	p < 0.05
Prestigeziele	3,3	3,2	3,4	n.s.
Innovationsorientierte Ziele	3,3	3,1	3,5	p < 0.01
Gesellschaftliche Ziele	3,0	3,0	2,9	n.s.

* Mittelwerte auf einer Skala von 1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

Im Folgenden werden die Befragungsergebnisse des Fragebogens dargestellt, wobei zwischen Zusammensetzung der Aufsichtsgremien, Einflussnahme auf die strategische Zielplanung, Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsgremien und Geschäftsführern, Berufung der Geschäftsführung sowie Nutzung von Produktivität und Wirtschaftlichkeitskennzahlen unterschieden wird.

Zusammensetzung der Aufsichtsgremien

Gerade die Zusammensetzung der Aufsichtsgremien ist ein wichtiger Aspekt im Rahmen der Analyse der Aufsichtsgremien: Die Besetzung der Aufsichtsgremien sollte sich an fachlichen und wirtschaftlichen Zielen des Krankenhauses orientieren (Jahn et al., 2008 b). ► **Tabelle 1** zeigt die Zusammensetzung der Krankenhausaufsichtsgremien, differenziert nach Krankenhäusern insgesamt sowie nach öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern. Private Krankenhausträger waren für statistisch belastbare Analysen in der Stichprobe unterrepräsentiert.

Im Schnitt bestehen die Aufsichtsgremien aus neun Mitgliedern. Bei den nach Bettenzahlen überdurchschnittlich großen öffentlichen Krankenhäusern fällt auch die durchschnittliche Anzahl von zwölf Aufsichtsgremienmitgliedern höher aus als in den freigemeinnützigen Krankenhäusern mit durchschnittlich sieben Mitgliedern. Frauen sind in den Aufsichtsgremien trägerübergreifend mit einem Anteilswert von 24 Prozent unterrepräsentiert. Nach der Altersstruktur sind 37 Prozent der Mitglieder 60 Jahre oder älter, 52 Prozent zwischen 45 und 59 Jahre und die übrigen jünger.

Hinsichtlich ihrer beruflichen Zusammensetzung dominieren in den Aufsichtsgremien Ärzte und sonstige Beschäftigte im Gesundheitswesen mit insgesamt 23 Prozent, Ökonomen oder Kaufleute mit 18 Prozent sowie Juristen mit 10 Prozent. In der Restka-

tegorie „Sonstige“ (33 Prozent) wurden politische und kirchliche Funktionsträger wie Bürgermeister, Landräte, Geistliche oder Ordensschwester überproportional häufig genannt.

tegorie „Sonstige“ (33 Prozent) wurden politische und kirchliche Funktionsträger wie Bürgermeister, Landräte, Geistliche oder Ordensschwester überproportional häufig genannt.

Die politische Durchdringung von Krankenhausaufsichtsgremien spiegelt sich auch in der Zusammensetzung nach gesellschaftlichem Engagement wider. Mehr als jedes dritte Aufsichtsgremiumsmitglied (38 Prozent) ist Politiker mit aktivem Mandat. Bei den öffentlichen Krankenhäusern sind es sogar 58 Prozent, im Unterschied zu den freigemeinnützigen Häusern mit 12 Prozent. Der hohe Anteil von Mandatsträgern in Aufsichtsgremien öffentlicher Häuser ist auf die Struktur der Aufsichtsgremien zurückzuführen. So haben hier beispielsweise vorrangig Bürgermeister oder Landräte den Vorsitz inne.

In 60 Prozent der Aufsichtsgremien erhalten die Mitglieder eine finanzielle Aufwandsentschädigung. Die Höhe der Entschädigung beträgt im Mittel gut 500 € pro Jahr und Mitglied.

Betrachtet man nur den Vorsitzenden des Aufsichtsgremiums, so findet man auch hier überproportional viele politische Mandatsträger (44 Prozent insgesamt bzw. 80 Prozent in öffentlichen Krankenhäusern) sowie, aus naheliegenden Gründen vor allem in freigemeinnützigen Krankenhäusern, Geistliche oder anderweitig kirchlich engagierte Personen. Im Mittel sind die Aufsichtsgremiumsversitzenden 59 Jahre alt, seit durchschnittlich acht Jahren Mitglied des Aufsichtsgremiums und im Durchschnitt seit sechs Jahren Vorsitzende.

Einflussnahme auf die strategische Zielplanung

Zu den Aufgaben der Aufsichtsgremien gehört auch die Vorgabe von Unternehmenszielen, wobei eine laufende Abstimmung der Konkretisierung dieser Ziele mit den Geschäftsführern erfolgen soll (Solidaris, 2007). Traditionell gibt es in den Krankenhäusern eine Reihe unterschiedlicher Unternehmensziele. Grundsätzlich kann dabei zwischen eher ökonomischen Formalzielen (wie Gewinn- und Umsatzsteigerung) und primär qualitätsorientierten Sachzielen (etwa Versorgungsqualität oder Beschäftigungssicherung) unterschieden werden.

► **Tabelle 2** zeigt – gemessen auf einer fünfstufigen Skala von „gar nicht“ bis „sehr“ – die Einflussnahme der Aufsichtsgremien auf die strategische Zielplanung, unterteilt nach ausgewählten Unternehmenszielen, die in absteigender Rangfolge sowie differenziert nach Trägergruppen dargestellt sind. Demnach nehmen die Aufsichtsgremien umfassend Einfluss auf die strategische Zielplanung, insofern die Mittelwerte für die verschiedenen Zielbereiche insgesamt wenig variieren.

Nichtsdestoweniger fällt mit Blick auf die Versorgungsqualität, gemessen an patientenorientierten Zielen (beispielsweise Erhöhung der Patientenzufriedenheit, verbesserter Service), Infrastrukturzielen (wie technische Ausstattung, Neu- und Umbauten) und qualitätsorientierten Zielen (etwa Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Leistungsqualität), die Einflussnahme der Aufsichtsgremien am größten aus. Es folgen eher ökonomische Zielgrößen wie Marktsegmentziele (wie prioritäre Geschäftsfelder und neue Leistungsbereiche), Rentabilitätsziele (wie Gewinn, Umsatzrentabilität) und Bonitätsziele (etwa Kreditwürdigkeit, Liquidität, Eigenkapital). Etwas geringer ist die Einflussnahme der Aufsichtsgremien bei mitarbeiterorientierten Zielen (wie Personalentwicklung und

MEDICA®



**Be part of
the No. 1!**

**20 – 23 Nov 2013
Düsseldorf · Germany**

www.medica.de

Tabelle 3: Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsgremien und Geschäftsführern

Zusammenarbeit*	KH gesamt	Öffentliche KH	Freigemeinnützige KH	t-Test Signifikanz
Aufsichtsgremium und GF kommunizieren offen über Probleme	4,4	4,4	4,5	n.s.
Aufsichtsgremium bindet die GF bei Entscheidungen ein	4,6	4,6	4,7	n.s.
Aufsichtsgremium sieht sich eher als Kooperationspartner statt als Kontrolleur der GF	3,8	3,7	3,9	n.s.
Entscheidungen des Aufsichtsgremiums werden von der GF kritisch gesehen	2,0	2,0	2,0	n.s.
Die Entscheidungswege im Aufsichtsgremium sind der GF zu lang	1,8	2,0	1,7	p < 0.05
Sofern erforderlich, wird das Aufsichtsgremium auch bei operativen Geschäftsentscheidungen tätig	2,5	2,4	2,6	n.s.

* Mittelwerte auf einer Skala von 1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft kaum zu, 3 = trifft teilweise zu, 4 = trifft ziemlich zu, 5 = trifft voll zu

Tabelle 4: Kriterien für die Berufung der Geschäftsführung durch das Aufsichtsgremium

Berufungskriterien*	KH gesamt	Öffentliche KH	Freigemeinnützige KH	t-Test Signifikanz
Fachlich-ökonomische Kompetenz	4,5	4,5	4,6	n.s.
Kommunikationsfähigkeit	4,5	4,3	4,6	p < 0.01
Führungsstil	4,4	4,3	4,5	p < 0.05
Führungserfahrung im KH	4,3	4,3	4,3	n.s.
Soziale Kompetenzen	4,2	4,2	4,3	n.s.
Fähigkeit zur Öffentlichkeitsarbeit	3,6	3,6	3,7	n.s.
Führungserfahrung außerhalb KH	2,8	2,6	3,0	p < 0.001
Politische Vernetzung	2,3	2,1	2,6	p < 0.001
Konfessionelle Bindungen	2,2	1,3	3,1	p < 0.001
Herkunft aus der Region	2,0	2,0	2,0	n.s.

* Mittelwerte auf einer Skala von 1 = unwichtig, 2 = weniger wichtig, 3 = wichtig, 4 = sehr wichtig, 5 = äußerst wichtig

Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsgremien und Geschäftsführern

Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsgremien und Geschäftsführern bildet eine offene Diskussionspolitik. Beide Gremien sollen zum „Wohle des Unternehmens“ eng zusammenarbeiten (Tz. 3.1/3.5 Deutscher Corporate Governance Kodex). Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsgremien und Geschäftsführern wurden mögliche Situationen der Zusammenarbeit dargestellt. Diese sollten die Vorsitzenden auf einer fünfstufigen Skala („trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“) für ihr Krankenhaus einordnen. Anhand der ► **Tabelle 3** wird deutlich, dass Aufsichtsgremien die Zusammenarbeit mit den Geschäftsführern sehr positiv bewerten.

Das betrifft insbesondere die Kommunikation und die Partizipation: So sind die Befragten fast durchweg der Ansicht, dass Aufsichtsgremium und Geschäftsführung offen über Probleme kommunizieren bzw. dass die Geschäftsführer bei Entscheidungen mit einbezogen werden. Jeweils rund 95 Prozent der Befragten stimmten diesen Fragen voll und ganz oder zumindest ziemlich zu.

Mehr als die Hälfte der befragten Aufsichtsgremien sehen sich eher als Kooperationspartner statt als Kontrolleur der Geschäftsführung. Nur gelegentlich werden, so die befragten Aufsichtsgremien, die Entscheidungen der Aufsichtsgremien von der Geschäftsführung kritisch betrachtet bzw. die Entscheidungswege als zu lang empfunden. Jeweils weniger als 5 Prozent der Befragten stimmen dieser Aussage ziemlich oder voll und ganz zu.

Sofern aus ihrer Sicht erforderlich, werden die Aufsichtsgremien jedoch auch partiell bei operativen Geschäftsentscheidungen tätig. Bei gut einem Viertel der Aufsichtsgremien ist dies teilweise der Fall, bei einem weiteren Viertel sogar häufiger.

Nach Trägern resultieren nur wenige Unterschiede: In öffentlichen Krankenhäusern werden die Entscheidungswege im Aufsichtsgremium seitens der Geschäftsführung eher als zu lang angesehen als in freigemeinnützigen Häusern. Außerdem betonten die Aufsichtsgremien öffentlicher Häuser stärker ihre Kontrollfunktion als dies bei freigemeinnützigen Einrichtungen der Fall ist, welche sich mehr als Kooperationspartner der Geschäftsführung betrachten.

-bindung) und partnerorientierten Zielen (beispielsweise Kooperation und Vernetzung mit anderen Leistungserbringern) sowie vor allem bei Prestigezielen (etwa Image, Bekanntheitsgrad), innovationsorientierten Zielen (beispielsweise mit Blick auf Produkt- und Prozessinnovationen) und gesellschaftlichen Zielen (wie Umweltschutz oder Sponsoring).

Die Einflussnahme auf die strategische Zielplanung variiert stark nach Trägerschaft: Auf der einen Seite nehmen die Aufsichtsgremien öffentlicher Krankenhäuser signifikant stärker strategischen Einfluss auf Versorgungsziele (also die umfassende Versorgung der Bevölkerung am Standort) und beschäftigungspolitische Ziele (sprich die Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen) als die Aufsichtsgremien freigemeinnütziger Einrichtungen. Auf der anderen Seite sind vor allem ökonomische Ziele (wie Marktsegment-, Rentabilitäts- und Bonitätsziele) in Aufsichtsgremien freigemeinnütziger Krankenhäuser eher Gegenstand strategischer Einflussnahme.

Berufung der Geschäftsführung

Auch die Auswahl der Geschäftsführer stellt eine Aufgabe der Aufsichtsgremien dar (Jahn et al., 2008 a). Als weiteren Themenkomplex der Befragung sollten die Aufsichtsgremien angeben, welche Aspekte für die Berufung der Geschäftsführung des von ihnen beaufsichtigten Krankenhauses wichtig sind. Dabei war zwischen fachlichen sowie über- oder außerfachlichen Kompetenzen zu unterscheiden (► **Tabelle 4**).

Am wichtigsten ist demnach die fachlich-ökonomische Kompetenz der Geschäftsführung. Fast alle befragten Aufsichtsgremien (96 Prozent) betrachten diese als sehr oder äußerst wichtig. Auch Führungserfahrung, vorzugsweise im Krankenhaus und weniger außerhalb des Krankenhauses, wird weitestgehend vorausgesetzt.

Bei der Berufung von Krankenhausgeschäftsführern sind neben der Fachkompetenz aber auch soziale Kompetenzen von nahezu gleichrangiger Bedeutung. Dazu zählen etwa der Führungsstil, die Kommunikationsfähigkeit und andere soziale Kompetenzen.

Verglichen damit sind regionale, politische oder religiöse Bindungen der Geschäftsführung von geringerer Bedeutung. So betrachten beispielsweise rund 60 Prozent die politische Vernetzung des Geschäftsführers und knapp 70 Prozent die konfessionellen Bindungen als unwichtig oder weniger wichtig.

Letzteres gilt allerdings aus naheliegenden Gründen nicht in gleicher Weise für die freigemeinnützigen Krankenhäuser. Auch ansonsten stellen die Aufsichtsgremien freigemeinnütziger Krankenhäuser teilweise signifikant höhere Anforderungen bei der Berufung der Geschäftsführer, etwa hinsichtlich Führungsstil, Kommunikationsfähigkeit oder Führungserfahrung außerhalb des Krankenhauses.

Nutzung von Produktivitäts- und Wirtschaftlichkeitskennziffern

Hinsichtlich ihrer Aufsichtsfunktion waren die Aufsichtsgremien dazu angehalten, die Nutzung verschiedener Kennzahlen zur Beurteilung von Produktivität und Wirtschaftlichkeit des von ihnen beaufsichtigten Krankenhauses zu bewerten. ► **Tabelle 5** zeigt die Priorisierung für ausgewählte Produktivitäts- und Wirtschaftlichkeitskennziffern.

Demnach nutzen rund 80 Prozent der Aufsichtsgremien sehr oder ziemlich den Casemix pro Fall, gefolgt von den Kosten pro Fall (70 Prozent). Von mittlerer Relevanz sind die mitarbeiterbezogenen Kennzahlen wie Kosten pro Vollkraft oder

Tabelle 5: Nutzung von Produktivitäts- und Wirtschaftlichkeitskennzahlen durch Aufsichtsgremium

Produktivitätskennzahlen*	KH gesamt	Öffentliche KH	Freigemeinnützige KH	t-Test Signifikanz
Casemix pro Fall	4,1	4,1	4,2	n.s.
Kosten pro Fall	3,8	3,7	3,9	n.s.
Kosten pro Vollkraft	3,6	3,4	3,8	p < 0.05
Casemix pro Vollkraft	3,2	3,2	3,3	n.s.
Vollkräfte pro Fall	3,3	3,2	3,3	n.s.
Vollkräfte pro Bett	2,9	2,9	3,0	n.s.
Kosten pro Bett	2,8	2,6	2,9	n.s.
Casemix pro Bett	2,8	2,8	2,8	n.s.
Wirtschaftlichkeitskennzahlen*	KH gesamt	Öffentliche KH	Freigemeinnützige KH	t-Test Signifikanz
Operativer Cashflow	4,1	3,9	4,3	p < 0.01
Eigenkapitalquote	4,0	3,7	4,3	p < 0.001
Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen (EBITDA)	3,9	3,7	4,1	p < 0.01
Fremdkapitalquote	3,7	3,4	4,0	p < 0.001
Umsatzrentabilität	3,5	3,2	3,7	p < 0.05
Eigenkapitalrentabilität	3,4	3,2	3,6	n.s.
Gesamtkapitalrentabilität	3,3	3,1	3,5	p < 0.05
Brutto-/Nettoinvestitionsquote	2,9	2,7	3,2	p < 0.01
Kapitalverzinsung (ROI)	2,9	2,7	3,1	p < 0.05

*Mittelwerte auf einer Skala von 1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich, 5 = sehr

7. MÜNSTERANER HERBSTSYMPOSIUM

HC&S AG · Healthcare Consulting & Services



Thema in diesem Jahr:

Einweiser- & Schnittstellenmanagement - Herausforderungen für Krankenhäuser im zunehmenden Wettbewerb

16. Oktober 2013 · 14⁰⁰ - 19⁰⁰ Uhr
Parkhotel Schloss Hohenfeld · Münster

Experten diskutieren für Sie und mit Ihnen:

- Die Klinik als Marke
- Ärztenetzwerke als Partner gewinnen
- IT-gestütztes Zuweisermanagement
- Rettungsdienst & Notaufnahme als Einweiser
- Rechtliche Aspekte der Kooperation

VERANSTALTUNGSPARTNER:



Informationen & Anmeldung: www.hcs-consult.de

Anzahl der Vollkräfte pro Fall. Bettenorientierte Kennzahlen wie Vollkräfte oder Kosten pro Bett spielen dagegen eine untergeordnete Rolle.

Analog zu den Produktivitätskennzahlen sollten die befragten Vorsitzenden angeben, welche finanzwirtschaftlichen Kennzahlen sie zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des von ihnen beaufsichtigten Krankenhauses heranziehen.

Die von den Aufsichtsgremien am häufigsten genutzten finanzwirtschaftlichen Kennziffern bilden demnach operativer Cashflow, Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen (EBITDA) sowie Eigen- und Fremdkapitalquote. Daneben spielen Rentabilitätskennziffern, wie die Umsatz-, Eigenkapital- und Gesamtkapitalrentabilität, ebenfalls eine wichtige Rolle. Verglichen damit sind weitere finanzwirtschaftliche Kennziffern, etwa Investitionsquote oder Kapitalverzinsung (ROI), von eher untergeordneter Bedeutung für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser.

Während bei den Produktivitätskennziffern kaum nennenswerte Unterschiede nach Trägergruppen resultierten, werden fast alle erfassten finanzwirtschaftlichen Kennzahlen von Aufsichtsgremien freigemeinnütziger Einrichtungen signifikant häufiger zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des beaufsichtigten Krankenhauses herangezogen als bei öffentlichen Trägern.

Diskussion

Mit dem vorliegenden Beitrag zur Analyse der Rolle von Krankenhausaufsichtsgremien sind die Zusammensetzung, das Selbstverständnis und die Einflussnahme von Krankenhausaufsichtsgremien erstmalig auf breiter empirischer Basis untersucht worden. Dabei zeigte sich eine starke politische Durchdringung von Aufsichtsgremien durch politische Mandats- und Amtsträger (wie Bürgermeister, Land-, Gemeinde- oder Stadtrat), insbesondere in öffentlichen Krankenhäusern.

Die Krankenhausaufsichtsgremien nehmen umfassenden Einfluss auf die strategische Zielplanung. Dies gilt gleichermaßen für primär qualitätsorientierte Sachziele wie für ökonomische Formalziele der beaufsichtigten Krankenhäuser. Gleichwohl hat die Versorgungsqualität, etwa gemessen an der

Patientenzufriedenheit oder der medizinisch-pflegerischen Qualität, die höchste Priorität, gefolgt von eher ökonomischen Zielen wie Rentabilität und Bonität.

Die Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsgremium und Geschäftsführung wird mehrheitlich als positiv angesehen. Dies betrifft insbesondere die offene Kommunikation zwischen diesen Gremien und die Einbindung der Geschäftsführung bei Entscheidungen des Aufsichtsgremiums. Für die Berufung der Geschäftsführer durch das Aufsichtsgremium sind gleichermaßen das fachlich-ökonomische Know-how wie soziale Kompetenzen, zum Beispiel Kommunikationsfähigkeit oder Führungsstil, ausschlaggebend.

Die Leistungsorientierung im DRG-System hat auch die Aufsichtsgremien erfasst. Dies zeigt sich in erster Linie an den Kennziffern, an denen die Aufsichtsgremien die Produktivität und Wirtschaftlichkeit der beaufsichtigten Krankenhäuser messen. Für die Einschätzung der Wirtschaftlichkeit werden insbesondere operativer Cashflow sowie Eigenkapitalquote und operativer Gewinn gemessen anhand des EBITDA herangezogen. Maßgebliche Kenngrößen zur Beurteilung der Produktivität der beaufsichtigten Krankenhäuser durch die Aufsichtsgremien bilden insbesondere der Casemix und die Kosten pro Fall. Ähnlich wie in anderen Wirtschaftsbereichen dominiert somit auch in Aufsichtsgremien von Krankenhäusern eine Umsatzorientierung statt der klassischen Produktivitätskennzahlen, wie zum Beispiel Vollkräfte pro Fall.

Bei den untersuchten Dimensionen lassen sich teilweise deutliche Unterschiede nach Trägern nachweisen. So fällt etwa bei den Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft die politische Durchdringung der Aufsichtsgremien deutlich größer aus als bei freigemeinnützigen Trägern. Dies birgt das Risiko der Überlagerung von betriebswirtschaftlichen Entscheidungen durch (partei)politische Interessen mit abträglichen Wirkungen für den Unternehmenserfolg (vergleiche Hanneken et al., 2010). Dementsprechend wird die Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsgremium und Geschäftsführung bei öffentlichen Trägern tendenziell kritischer bewertet.

Auch die Einflussnahme auf die strategische Zielplanung variiert nach Trägergruppen. Demnach haben für die Aufsichtsgremien öffentlicher Krankenhäuser regionalwirtschaftliche Ziele wie die Beschäftigungssicherung und die umfassende Versorgung der Bevölkerung am Standort eine größere Bedeutung als für freigemeinnützige Träger, die stärker strategischen Einfluss auf ökonomische Ziele nehmen (wie Marktsegment-, Rentabilitäts- und Bonitätsziele). Dies erscheint durchaus plausibel, da Effizienzgewinne für freigemeinnützige Krankenhäuser zusehends an Bedeutung gewinnen (Tiemann & Schreyögg, 2012).

Schon eine frühere DKI-Studie hatte eine ähnliche Priorisierung von Zielen nach Trägergruppen ermittelt (Blum & Perner, 2008). Vor diesem Hintergrund sind in der Bewertung von Wirtschaftlichkeit und Produktivität durch die Aufsichtsgremien unterschiedlicher Trägergruppen stets auch die übergeordneten Unternehmensziele in Rechnung zu stellen.

Anzeige



RECHTSANWÄLTE WIGGE
BERATUNG IM MEDIZINRECHT
MÜNSTER • HAMBURG • KÖLN • MÜNCHEN

BERATUNGSKOMPETENZ FÜR KRANKENHÄUSER

Krankenhausplanungsrecht
Finanzierungs- und Vergütungsrecht
Arbeits- und Personalrecht
Sektorenübergreifende Kooperationen
Gründung und Betrieb von MVZ

Gerne stehen wir Ihnen für ein persönliches Gespräch zur Verfügung.

50931 Köln	48151 Münster	81671 München	20354 Hamburg
Aachener Str. 75	Scharnhorststr. 40	Großvenedigerstr. 23b	Neuer Wall 44
Tel: 0221 800683-47	Tel: 0251 53595-0	Tel: 089 124737-16	Tel: 040 3398705-90

kanzlei@ra-wigge.de • www.ra-wigge.de

Ausgehend von der Befragung der Aufsichtsgremien wurden weitere spezifizierte Analysen, wie die Studie von Büchner, Schreyögg und Schultz (2013) durchgeführt. Diese beschäftigt sich mit den Auswirkungen der strategischen Einflussnahme der Aufsichtsgremien auf die Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung sowie auf das finanzielle Geschäftsergebnis und die Produktivität der beaufsichtigten Krankenhäuser. Das Geschäftsergebnis wurde gemessen über EBITDA, den operativen Cashflow, die Kapitalverzinsung (ROI) sowie die Eigenkapitalquote. Die Produktivität wurde über die Vollkräfte je Patient sowie den Casemix pro Patient bzw. pro Vollkraft bestimmt. Als Datenbasis dienten neben der Befragung der Aufsichtsgremien auch Informationen der parallel angeschriebenen Krankenhäuser zur objektiven Messung der Zusammenarbeit zwischen interner und externer Krankenhausleitung.

Die Ergebnisse der Studie von Büchner et al. (2013) können im Wesentlichen wie folgt zusammengefasst werden: Je größer die Einflussnahme der Aufsichtsgremien auf die strategische Zielplanung ist, desto besser fallen Geschäftsergebnis und Produktivität der beaufsichtigten Krankenhäuser aus. Jedoch verursacht ein höherer Grad der Einflussnahme auch einen negativen Effekt auf die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Geschäftsführern und Aufsichtsgremien. Eine bessere Zusammenarbeit beider Gremien (etwa offene Kommunikation und Einbindung der Geschäftsführung in Entscheidungen) beeinflussen wiederum Geschäftsergebnis und Produktivität des Krankenhauses positiv.

Praktisch legen die Ergebnisse somit einerseits die Schlussfolgerung nahe, dass eine aktive Rolle von Krankenhausaufsichtsgremien positive Effekte auf die Geschäftsergebnisse hat. Mitglieder von Aufsichtsgremien sollten sich daher aktiv in die strategische Planung einbringen; die Geschäftsführung sollte ihrerseits die Rolle des Aufsichtsgremiums stärken und die Aufsichtsgremiumsmitglieder weitgehend in ihre strategischen Planungen einbinden. Andererseits unterstreichen die

Ergebnisse die praktische Bedeutung einer guten Zusammenarbeit zwischen Aufsichtsgremium und Geschäftsführung für die Wirtschaftlichkeit und Produktivität des Krankenhauses. Beide Seiten sollten daher ein vertrauensvolles und kooperatives Verhältnis entwickeln.

Literaturverzeichnis

Blum, K.; Perner, P. (2008): DRG und Krankenhausträgerschaft. In: Güntert, B. J.; Thiele, G. (Hrsg.): DRG nach der Konvergenzphase, Heidelberg, Economica, Seite 75–98

Büchner, V. A.; Schreyögg, J.; Schultz, C. (2013): The Impact of Boards' Strategy-Setting Role on Board-Management Relations and Hospital Performance, *Health Care Management Review*, doi:10.1097/HMR.0b013e31829fca10

Deutscher Corporate Governance Kodex, DCGK, www.corporate-governance-code.de

Hanneken, A.; König, S.; Pulm, J.; Schmaus, M.; Steffen, P.; Blum, K. (2010): Das erfolgreiche kommunale Krankenhaus. Berlin: IVKK, www.ivkk.de/images/downloads/2010-05-04_Endbericht_Erfolgreiches_kommunales_Krankenhaus_IVKK.pdf

Jahn, I.; Krekeler, S.; Kreuser, S. (2008a): Die Corporate Governance-Diskussion und ihre Konsequenzen für Krankenhäuser (I), *das Krankenhaus*, 100 (5), Seite 486–489

Jahn, I.; Krekeler, S.; Kreuser, S. (2008b): Die Corporate Governance-Diskussion und ihre Konsequenzen für Krankenhäuser (II), *das Krankenhaus*, 100 (6), Seite 596–600

Solidaris Unternehmensberatungs-GmbH (Hrsg.) (2007): Corporate Governance sozialtätiger Unternehmen, Köln, 1. Auflage

Tiemann, T.; Schreyögg, J. (2012): Privatisierung kommunaler Krankenhäuser, Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w), 29 (3), Seite 274–277

Anschrift der Verfasser

Dr. Karl Blum, Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf/Dipl.-Kffr. (Int.) Vera Antonia Büchner/Jun.-Prof. Dr. Vera Hinz/Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Hamburg Center for Health Economics (HCHE), Universität Hamburg, Esplanade 36, 20354 Hamburg

HOSPITAL BUILD & INFRASTRUCTURE EUROPE
EXHIBITION & CONGRESS

3 - 4 September 2013, Hamburg, Deutschland

3 Kongresse an 2 Tagen!
PLUS: 2 Workshops vom Europäischen Branchenkompetenzzentrum zu Langzeitarchivierung von Daten und EU-Fördermitteln

All-Area-Tickets ab 399€

www.hospitalbuildeurope.com/registration