



STUDIE

STRATEGIEENTWICKLUNG IN KOMMUNALEN KRANKENHÄUSERN



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT





INHALT

Executive Summary

Seite 06

Studiendesign

Seite 08

Was ist ein Aufsichtsrat?

Seite 09

Kommunale Krankenhäuser sind sehr wichtige Arbeitgeber am Standort

Seite 10

Wirtschaftliche Lage der kommunalen Krankenhäuser äußerst prekär

Seite 11

Deutliche Änderung der Rechtsform kommunaler Krankenhäuser in den letzten 10 Jahren

Seite 12

Nur eine Minderheit der kommunalen Krankenhäuser ist Teil eines Verbundes

Seite 13

Gesundheitsberufe sind in den meisten Aufsichtsgremien vertreten

Seite 14

Aufsichtsratsmitglieder erhalten geringe Aufwandsentschädigung

Seite 15

Hohe politische Durchdringung der Aufsichtsgremien

Seite 16

Aufsichtsratsvorsitzender ist zumeist Bürgermeister oder Landrat

Seite 17

Hohe Präsenz von Betriebsräten in Aufsichtsgremien

Seite 18

Fach- und Führungskompetenz sind wichtigste Berufungskriterien für die Geschäftsführung, politische Vernetzung weniger wichtig

Seite 19

Geschäftsführer sehen mehrheitlich keinen positiven Einfluss der Aufsichtsgremien auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser

Seite 20

Zu starke Einmischung der Aufsichtsgremien kann Jahresergebnisse beeinträchtigen

Seite 21

Aufsichtsräte mit weitreichenden Entscheidungskompetenzen bei Personal- und Investitionsentscheidungen

Seite 22

Kommunale Aufsichtsgremien nehmen stärker Einfluss auf qualitätsorientierte Unternehmensziele als auf ökonomische Ziele

Seite 24

Geschäftsführer stufen die strategische Einflussnahme geringer ein als die Aufsichtsräte selbst

Seite 26

Einflussnahme des Aufsichtsgremiums auf Beschäftigungs- und Prestigeziele korreliert negativ mit Jahresergebnissen

Seite 29

Wirtschaftlichkeit wird vor allem am Casemix und der Fallzahlentwicklung gemessen

Seite 30

Geringere Relevanz von Wirtschaftlichkeitskennziffern in Häusern mit Verlusten

Seite 33

Geschäftsführer setzen mehrheitlich auf Expansion und Vernetzung

Seite 34

Geschäftsführer und Aufsichtsräte vielfach einig in der künftigen Strategie

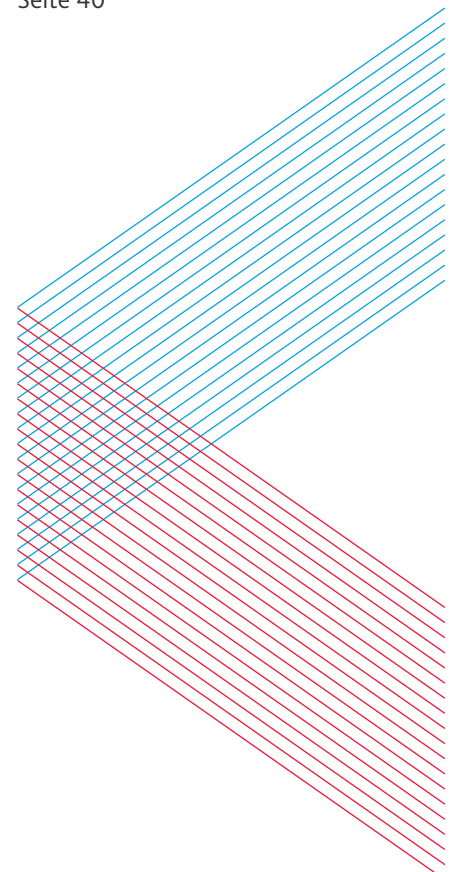
Seite 36

Negative Geschäftsergebnisse begünstigen Bereitschaft zu Leistungskonzentrationen

Seite 38

Bei kommunalen Aufsichtsräten und Geschäftsführern herrscht eine Konsenskultur vor

Seite 40



VORWORT



**DR. KARL BLUM,
VORSTAND DEUTSCHES
KRANKENHAUSINSTITUT E.V.**

Kommunale Krankenhäuser sind auf der einen Seite Marktführer unter den Krankenhausträgergruppen und der größte Arbeitgeber in der Krankenhauswirtschaft. Sie leisten einen umfassenden Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung und zu einer flächendeckenden und wohnortnahen Krankenhausversorgung.

Auf der anderen Seite ist ihre wirtschaftliche Lage vielfach besonders schwierig. Ein Teil der kommunalen Krankenhäuser weist häufig noch strukturelle Nachteile auf, die durch andere rechtliche Rahmenbedingungen (z. B. in der Rechtsform oder im Personal- und Tarifrecht), einer geringeren Eigenkapitalausstattung und eines größeren Investitionsstaus entstehen.

Zudem gibt es strukturelle Besonderheiten wie den traditionell starken Einfluss von politischen Entscheidungsträgern bzw. Gremien auf Strategie und Management des Unternehmens. Die vorliegende Studie von BDO und DKI untersucht das Zusammenspiel von Aufsichtsräten und Geschäftsführungen kommunaler Krankenhäuser. Die Ergebnisse belegen, dass eine falsche oder zu starke Einflussnahme der Aufsichtsgremien auf das strategische und operative Management der Krankenhäuser den wirtschaftlichen Erfolg beeinträchtigen kann.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, wenn die Aufsichtsgremien kommunaler Häuser neben den gesundheits- und beschäftigungspolitischen Zielen der Versorgungs- und Arbeitsplatzsicherheit ökonomische Ziele gleichrangig berücksichtigen, um im Wettbewerb mit anderen Trägern bestehen und die Zukunftsfähigkeit der kommunalen Krankenhäuser sichern zu können.

Das DKI möchte sich ganz herzlich bei den Aufsichtsgremien und Geschäftsführungen der kommunalen Krankenhäuser bedanken, die an der Studie teilgenommen haben. Ebenso danken wir unserem Kooperationspartner BDO für die gewohnt gelungene und unkomplizierte Zusammenarbeit.

VORWORT



**ALEXANDER MORTON,
PARTNER, ADVISORY SERVICES,
FACHBEREICH
GESUNDHEITSWIRTSCHAFT**

Kommunale Krankenhäuser sind komplexe Unternehmen, die sich im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeitserfordernissen und politischen Vorgaben zur Daseinsvorsorge behaupten müssen. Dabei sehen sie sich immer wieder Vorwürfen einer schlechten wirtschaftlichen Performance ausgesetzt, und auch Probleme im Zusammenspiel zwischen Geschäftsführung und Aufsichtsrat werden ihnen unterstellt. Aber stimmt dies überhaupt? Bei unserer Untersuchung haben wir uns zur Klärung dieser Frage nicht nur auf die Kliniken in kommunaler Trägerschaft fokussiert, sondern erstmalig auch die Aufsichtsratsvorsitzenden befragt.

Wie schon unsere letzte Studie zu den allgemeinen Krankenhausstrategien ergab, priorisieren kommunale Krankenhäuser deutlich andere Unternehmensziele als freigemeinnützige und private. Die umfassende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen ist ihnen deutlich wichtiger, und Gewinnerzielung oder eine möglichst hohe Kapitalrendite sind ihnen dagegen weniger wichtig als den Häusern in anderen Trägerschaften.

Eine weitere große Gemeinsamkeit haben sämtliche kommunalen Krankenhäuser. Denn, ob im ländlichen oder urbanen Raum, alle Gebietskörperschaften sind mit großen Veränderungen konfrontiert. Die Landflucht auf der einen Seite ist die schnell wachsende Stadt auf der anderen. Und demografischer Wandel, zunehmende Morbidität der Bevölkerung sowie knappe Haushaltskassen und fehlende Investitionsmittel stellen alle gleichermaßen vor große Aufgaben. Als oft größter Arbeitgeber und wichtiger Wirtschaftsfaktor in der Region haben kommunale Krankenhäuser dabei neben ihrer originären Aufgabe der Gesundheitsversorgung außerdem einen immens hohen kommunalen Nutzen für ihre Träger. Bei aller Ähnlichkeit zeigen sich natürlich auch zwischen den kommunalen Krankenhäusern dennoch Unterschiede. Denn die jeweiligen Herausforderungen im ländlichen Raum,

im Mittelzentrum oder in der Großstadt sind nicht dieselben und erfordern entsprechend unterschiedliche Lösungsansätze.

Alle uns vorliegenden Daten und unsere Erfahrungen mit zahlreichen kommunalen Krankenhäusern lassen erwarten, dass es die meisten kommunalen Krankenhäuser schaffen werden, die Herausforderungen im Zusammenspiel zwischen Geschäftsführung und Trägerorganen zu bewältigen und sich weiter als zukunftsfähige Gesundheitsdienstleister im Krankenhausmarkt zu behaupten.

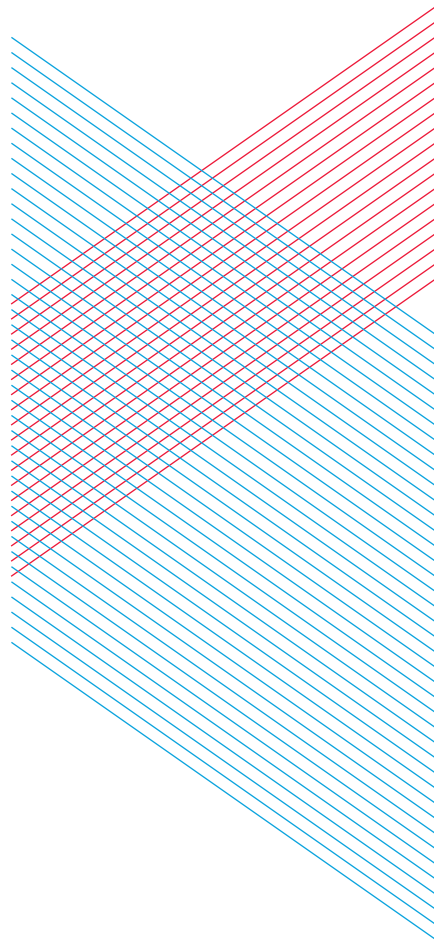
Wir bedanken uns bei allen Geschäftsführern und Aufsichtsratsvorsitzenden, die an dieser Studie teilgenommen haben. Und wir danken unserem Kooperationspartner Deutsches Krankenhausinstitut e.V. für die gewohnt professionelle Zusammenarbeit. Unseren Lesern wünschen wir viel Freude bei der Lektüre.

EXECUTIVE SUMMARY

Bei Aufsichtsräten und Geschäftsführern kommunaler Krankenhäuser herrscht eine ausgeprägte Konsenskultur vor. Das Aufsichtsgremium bindet die Geschäftsführung bei seinen Entscheidungen weitreichend ein. Eher selten werden die Entscheidungen der Aufsichtsgremien von der Geschäftsführung kritisch oder als zu langwierig betrachtet. Dies hat Vorteile bei der gemeinsamen Strategieentwicklung, kann sich aber auch nachteilig auf die Wirtschaftlichkeit kommunaler Krankenhäuser auswirken.

Das ist das Ergebnis der aktuellen Studie des Branchencenters Gesundheitswirtschaft der BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und des Deutschen Krankenhausinstituts. Ziel der parallelen Repräsentativbefragungen von Aufsichtsräten und Geschäftsführern kommunaler Krankenhäuser war es, deren Selbstverständnis sowie ihren jeweiligen Einfluss auf Strategie und Führung der Krankenhäuser zu untersuchen.

Kommunale Krankenhäuser sind sehr wichtige Arbeitgeber an ihren Standorten. Insgesamt 80 % der kommunalen Krankenhäuser zählen zu den drei wichtigsten regionalen Arbeitgebern. Sie leisten damit wichtige Beiträge zur regionalen Wertschöpfung und Beschäftigungssicherung. Die wirtschaftliche Lage der



kommunalen Krankenhäuser ist sehr prekär. Fast ein Drittel der Einrichtungen (31,6 %) hat von 2014 bis 2016 kontinuierliche Verluste geschrieben. Nur ein Drittel (33,7 %) hat in diesem Zeitraum regelmäßig Überschüsse erzielt. Die Übrigen verzeichneten wechselnde Ergebnisse.

Kennzeichnend für Aufsichtsgremien kommunaler Krankenhäuser ist ihre starke politische Durchdringung. Faktisch gibt es in fast jedem Aufsichtsgremium kommunaler Krankenhäuser politische Mandats- oder Funktionsträger. Der Aufsichtsratsvorsitzende ist in der Regel Bürgermeister oder Landrat

bzw. Politiker mit aktivem Mandat. Daneben sind auch die Betriebsräte in den Sitzungen der Aufsichtsgremien sehr stark präsent.

Weitreichende Kompetenzen haben die Aufsichtsgremien insbesondere bei Personalentscheidungen für die obere Führungsebene (Geschäftsführer/ Kaufmännische Leitung, Ärztlicher Direktor, Pflegedienstleitung) und die mittlere Führungsebene (v. a. Chefarzte). Des Weiteren haben sie in der Regel Entscheidungs- und Mitspracherechte bei der Investitions- und der Wirtschaftsplanung. Die Personal- und Leistungsplanung sowie vor allem die (Planung der) Budgetverhandlungen fallen dagegen überwiegend in die Entscheidungskompetenz der Geschäftsführer.

Die Geschäftsführer sehen mehrheitlich keinen positiven Einfluss ihrer Aufsichtsgremien auf die Wirtschaftlichkeit der kommunalen Krankenhäuser. Ein Drittel der befragten Geschäftsführer attestiert den Aufsichtsgremien sogar explizit einen negativen wirtschaftlichen Einfluss. Die entsprechenden Häuser schreiben häufiger Verluste als andere Häuser. Eine zu starke Einmischung der Aufsichtsgremien kann somit das Jahresergebnis beeinträchtigen.

Kommunale Aufsichtsgremien nehmen stärker Einfluss auf qualitätsorientierte Unternehmensziele als auf

ökonomische Ziele. Versorgungsziele (z. B. umfassende Versorgung der Bevölkerung am Standort), Prestigeziele (wie kommunales Image, kommunaler Nutzen des Krankenhauses) und beschäftigungspolitische Ziele (Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen am Standort) sind demnach für sie wichtiger als ökonomische Zielgrößen wie Rentabilitätsziele (z. B. Gewinn, Umsatzrentabilität) oder Marktstellungsziele (wie Marktanteile oder Marktführerschaft). Allerdings wird der Einfluss der Aufsichtsgremien auf die strategische Zielplanung seitens der Geschäftsführer geringer eingeschätzt als durch die Aufsichtsgremien selbst.

Die Einflussnahme des Aufsichtsgremiums auf Beschäftigungs- und Prestigeziele korreliert negativ mit den Jahresergebnissen. In Krankenhäusern mit kontinuierlichen Verlusten von 2014 bis 2016 haben die Aufsichtsgremien deutlich stärkeren Einfluss auf die beschäftigungspolitischen Ziele der Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen und Prestigeziele wie den kommunalen Nutzen und das kommunale Image des Krankenhauses genommen als in wirtschaftlich besser gestellten Häusern.

Viele kommunale Krankenhäuser setzen künftig auf Expansion. Die Krankenhausstrategie der nächsten fünf Jahre sieht bei den meisten Krankenhäus-



geschäftsführern und Aufsichtsgremien den Aufbau neuer Leistungsbereiche bzw. neuer Geschäftsfelder, Leistungsmengensteigerungen, eine stärkere Beteiligung an der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Region sowie die Vernetzung mit anderen Leistungssektoren und Leistungserbringern vor.

Auf der anderen Seite sind die Geschäftsführer für die Reduktion des stationären Leistungsangebots tendenziell aufgeschlossener als die Aufsichtsgremien. Negative Geschäftsergebnisse begünstigen die Bereitschaft

zu einer stärkeren Fokussierung. Geschäftsführer von Krankenhäusern mit kontinuierlichen Verlusten erwägen eher als ihre Kollegen mit besseren Ergebnissen die Fusion mit anderen Krankenhäusern, die Schließung von Fachabteilungen oder Stationen, eine Leistungskonzentration oder die Umwandlung/Umwidmung von akutstationären Kapazitäten für andere Zwecke.

STUDIENDESIGN

Grundgesamtheiten der Befragung zur Strategieentwicklung in kommunalen Krankenhäusern bildeten die Aufsichtsgremien und Geschäftsführungen der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in kommunaler Trägerschaft ab 100 Betten.

Krankenhäuser unter 100 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit besonderer Struktur handelt (z. B. Kliniken ohne oder mit eingeschränktem Versorgungsvertrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit nur rund 1 % der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals in kommunalen Häusern entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

Grundlage der Befragung bildeten zwei gemeinsam von BDO und DKI entwickelte Fragebögen für die Geschäftsführungen und die Aufsichtsräte kommunaler Krankenhäuser. Die Befragungsinhalte waren, von redaktionellen Abweichungen wegen der unterschiedlichen Zielgruppen und Fragen zur Zusammensetzung der Aufsichtsgremien abgesehen, weitgehend identisch, damit ein Matching der jeweiligen Ergebnisse ermöglicht wird. Adressaten der Befragungsunterlagen waren die

Geschäftsführer und die Vorsitzenden der Aufsichtsräte. Über die jeweiligen Befragungen wurden die Teilnehmer in den Befragungsunterlagen wechselseitig informiert.

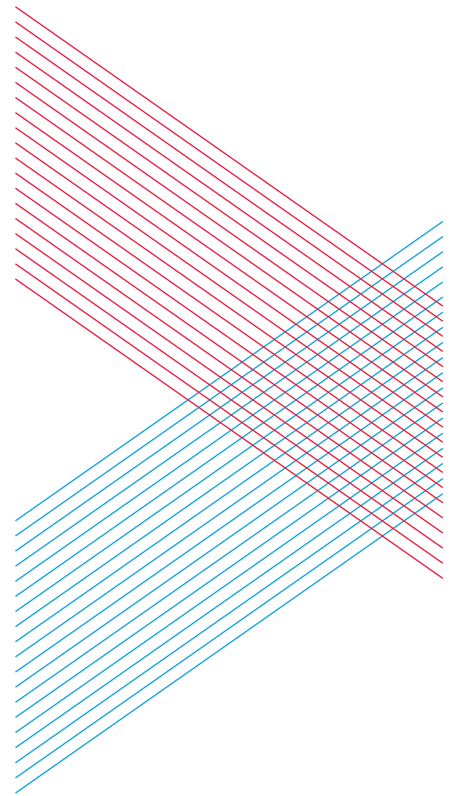
Laut DKI-Krankenhausdatenbank gibt es bundesweit 416 Krankenhäuser ab 100 Betten in kommunaler Trägerschaft, die vollständig in die Befragung einbezogen worden sind (Vollerhebung). Da einem Aufsichtsgremium mehrere Krankenhäuser zugeordnet sein können bzw. der Vorsitzende den Vorsitz für die Aufsichtsgremien mehrerer Krankenhäuser innehaben kann, fällt allerdings die Anzahl der einbezogenen Krankenhausgeschäftsführer (N = 416) größer aus als die Anzahl der erfassten Aufsichtsgremien (N = 225)¹. Die Anzahl der kommunalen Aufsichtsräte bzw. die Aufsichtsratsvorsitzenden wurden über Internetrecherchen auf den Krankenhauswebseiten sowie telefonische Nachfragen bei den Krankenhäusern ermittelt.

An der Befragung beteiligten sich insgesamt 103 Geschäftsführer und 60 Aufsichtsräte bzw. Aufsichtsratsvorsitzende kommunaler Krankenhäuser. Die Rücklaufquoten lagen damit bei jeweils rund einem Viertel. Nach Krankenhausgrößen war die Verteilung näherungsweise proportional zur Verteilung in der Grundgesamtheit, sodass die Befragungsergebnisse als repräsentativ für die jeweiligen Grundgesamtheiten betrachtet werden können.

Die standardisierte postalische Befragung wurde von Mitte Juni bis Mitte August 2017 in zwei Tranchen durchgeführt (Ersterhebung und Nachfassaktion).

¹ Aus Gründen der Akzeptanz und Praktikabilität sollte jedes Aufsichtsgremium bzw. jeder Aufsichtsratsvorsitzende nur einmal befragt werden und nicht separat für jedes beaufsichtigte Krankenhaus.





WAS IST EIN AUFSICHTSRAT?

Die Krankenhausleitung setzt sich aus der internen und externen Krankenhausleitung zusammen. Die interne Krankenhausleitung umfasst die Geschäftsführung, wohingegen die externe Leitungsebene als Aufsichtsgremium bezeichnet wird.

Unter dem Aufsichtsgremium eines kommunalen Krankenhauses wird die (externe) Entscheidungsebene oberhalb der Geschäftsführung verstanden. Je

nach Trägerschaft oder Rechtsform kann dies z.B. ein Aufsichtsrat, ein Kuratorium, eine Gesellschafterversammlung oder ein Verwaltungsrat sein. Nachfolgend wird einheitlich vom Aufsichtsgremium oder Aufsichtsrat gesprochen.

Die Kompetenzen des Aufsichtsrates ergeben sich formal aus dem Gesellschaftsrecht sowie aus der Satzung des Aufsichtsrates. Wie die nachfolgenden Ergebnisse zeigen werden, definieren die Aufsichtsräte ihre Rolle faktisch aber höchst unterschiedlich.

Ziel der Befragung war es, das Selbstverständnis von Aufsichtsgremien und Geschäftsführern sowie ihren Einfluss bzw. ihre Einflussnahme auf Strategie und Führung der Krankenhäuser zu untersuchen. Bei inhaltlich identischen Fragestellungen werden die Ergebnisse gematcht, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den jeweiligen Auffassungen identifizieren zu können.

Wegen der erwähnten unterschiedlichen Grundgesamtheiten von 416 Geschäftsführern und 225 Aufsichtsräten sowie einer, je nach Krankenhaus, vielfach unterschiedlichen Response oder Non-Response der jeweiligen Zielgruppen wäre ein direktes Matching, also beschränkt auf Aufsichtsgremien und Geschäftsführer derselben Krankenhäuser, nur auf Basis einer kleinen Fallzahl möglich gewesen. Deswegen wurden die Ergebnisse für die Geschäftsführer und die Aufsichtsgremien insgesamt und unabhängig von der Zuordnung zum selben Krankenhaus gematcht².

² Methodisch wird somit vereinfacht davon ausgegangen, dass es sich bei den jeweiligen Befragungen um zwei unabhängige Zufallsstichproben handelt.

KOMMUNALE KRANKENHÄUSER SIND SEHR WICHTIGE ARBEITGEBER AM STANDORT

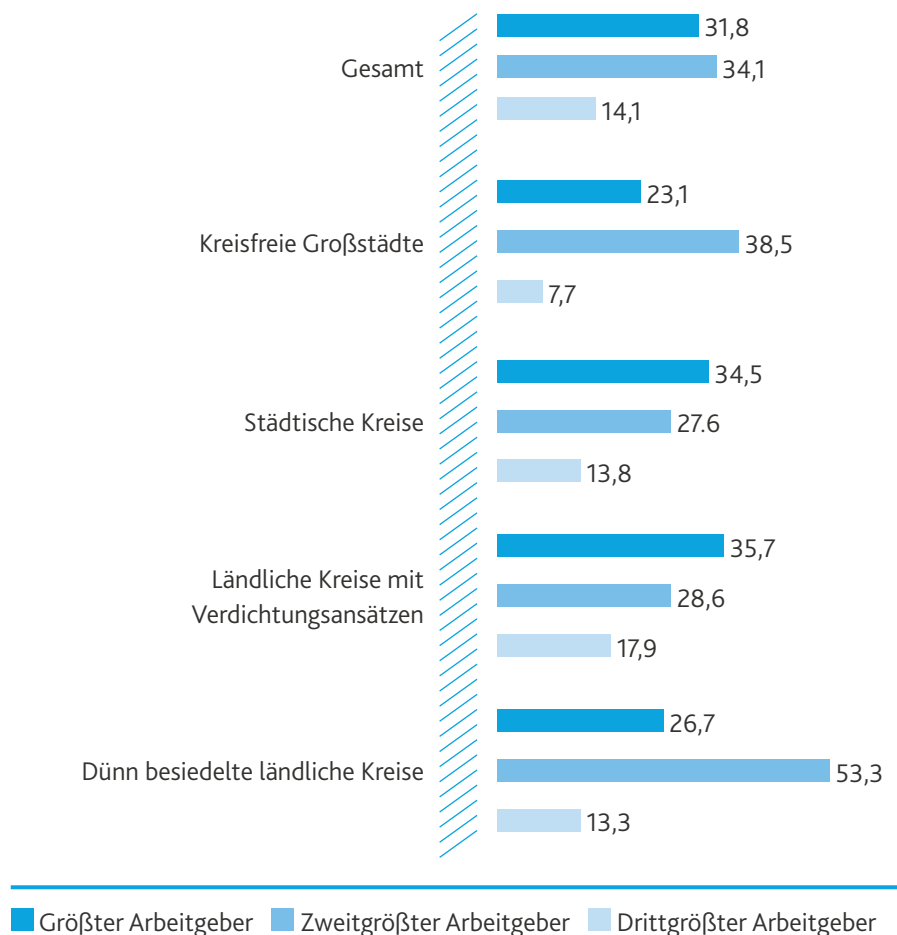
Nach den großen Industrie- und Dienstleistungsunternehmen sind Krankenhäuser in vielen Städten und Regionen ein bedeutender Wirtschaftsfaktor. Als Wirtschaftsunternehmen sind Krankenhäuser auch Arbeitgeber. Neben der Relevanz für die lokale Gesundheitsversorgung sind auch die Auswirkungen eines Krankenhauses auf den lokalen Arbeitsmarkt zu betrachten. Um diese Rolle zu quantifizieren, sollten die Geschäftsführer der kommunalen Krankenhäuser angeben, der wievielt größte Arbeitgeber in der Region ihr Krankenhaus ist.

Knapp ein Drittel der kommunalen Krankenhäuser stellt den größten Arbeitgeber in ihrer Region dar. Ein weiteres Drittel der Häuser ist der zweitgrößte Arbeitgeber. Insgesamt 80 % der kommunalen Krankenhäuser fallen gemäß den Einschätzungen der Geschäftsführer unter die drei wichtigsten regionalen Arbeitgeber.

Nach den siedlungsstrukturellen Kreistypen der Amtlichen Raumordnung sind kommunale Krankenhäuser nicht nur in den ländlichen Kreisen fast durchweg unter den TOP-3 Arbeitgebern zu finden, sondern auch in den Kreisfreien Großstädten und in städtischen Kreisen.

Je weniger dicht eine Region bevölkert

BEDEUTUNG DER KOMMUNALEN KRANKENHÄUSER ALS ARBEITGEBER



ist, desto wichtiger die Rolle eines kommunalen Krankenhauses für die Beschäftigten in der Region. So zählen 69 % der kommunalen Krankenhäuser

zu den 3 wichtigsten Arbeitgebern in kreisfreien Großstädten. In den dünn besiedelten ländlichen Kreisen sind es sogar 93 %.

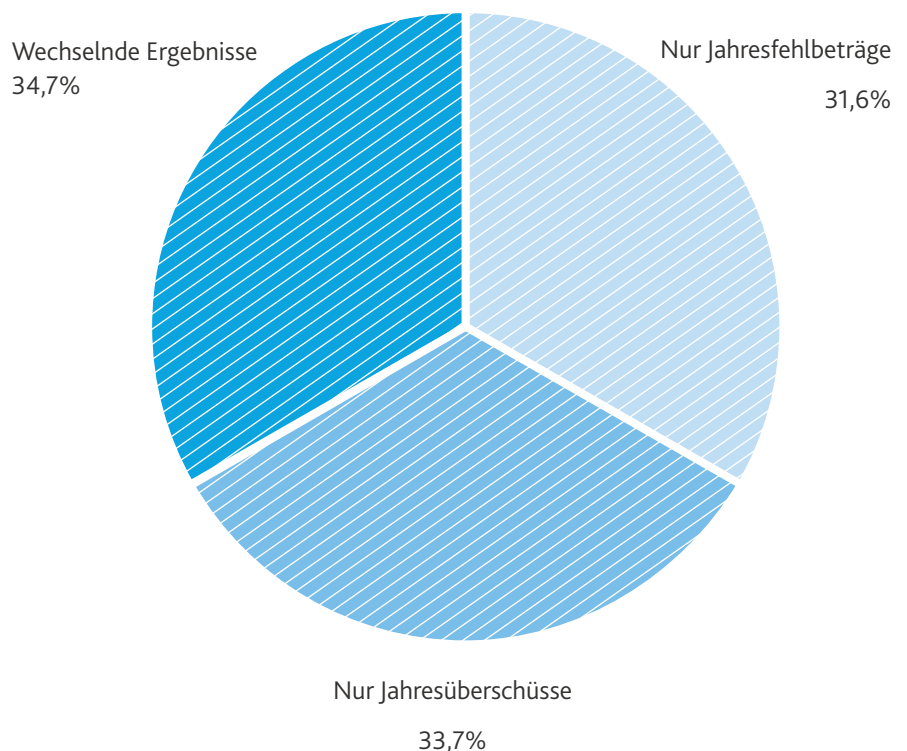
WIRTSCHAFTLICHE LAGE DER KOMMUNALEN KRANKENHÄUSER ÄUSSERST PREKÄR

Die Geschäftsführer der kommunalen Krankenhäuser sollten angeben, ob sie in den Jahren 2014 bis 2016 jeweils einen Jahresfehlbetrag, einen Jahresüberschuss oder ein ausgeglichenes Ergebnis erzielt hatten. Die Krankenhäuser wurden darauf basierend in drei Gruppen unterteilt:

- Krankenhäuser, die in jedem Jahr zwischen 2014 und 2016 einen Jahresüberschuss hatten
- Krankenhäuser, die in jedem Jahr zwischen 2014 und 2016 einen Jahresfehlbetrag aufwiesen
- Krankenhäuser mit wechselnden Ergebnissen.

Insgesamt belegen die Ergebnisse die prekäre wirtschaftliche Lage der kommunalen Krankenhäuser. Fast ein Drittel der Einrichtungen (31,6 %) hat von 2014 bis 2016 kontinuierliche Verluste geschrieben. Nur ein Drittel (33,7 %) hat in diesem Zeitraum regelmäßig Überschüsse erzielt. Die Übrigen verzeichneten wechselnde Ergebnisse.

JAHRESERGEBNISSE DER KRANKENHÄUSER 2014 - 2016 (Kommunale Krankenhäuser in %)



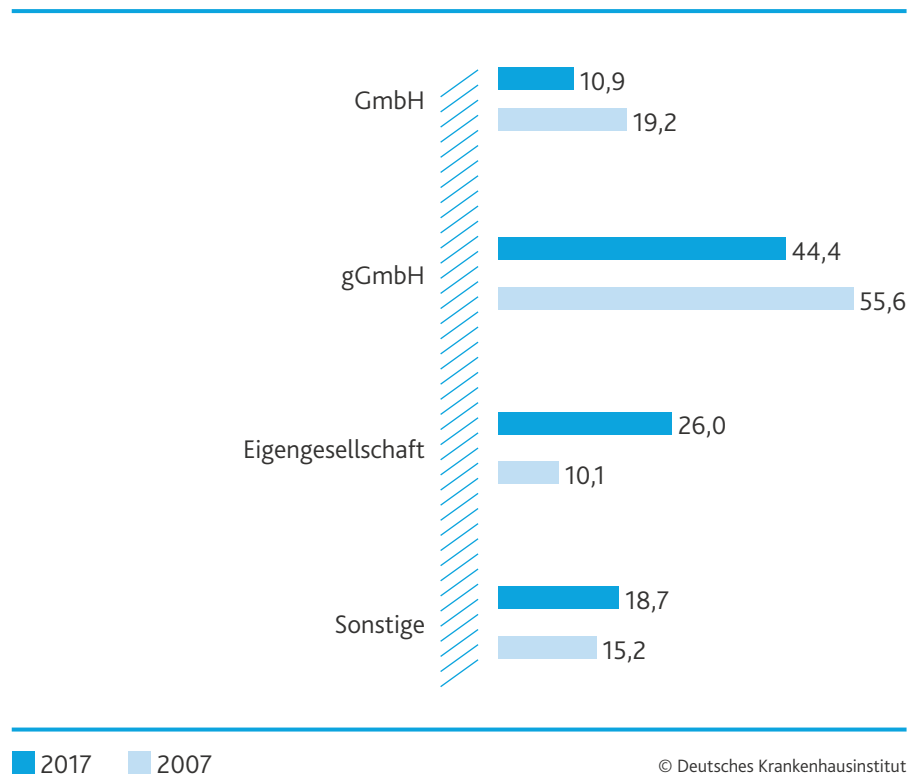
DEUTLICHE ÄNDERUNG DER RECHTSFORM KOMMUNALER KRANKENHÄUSER IN DEN LETZTEN 10 JAHREN

Die Wahl der Rechtsform hat unmittelbare betriebswirtschaftliche Konsequenzen zur Folge, z.B. bezüglich der Haftung, der Kapitalbeschaffungsmöglichkeiten und der Gewinnverteilung. Nach der Rechtsform der Betriebe wird eingeteilt in private Betriebe und öffentliche Betriebe: Bei den Privatbetrieben wird u.a. zwischen Einzelunternehmungen, Personengesellschaften (Gesellschaft bürgerlichen Rechts, OHG, KG, Stille Gesellschaft), Kapitalgesellschaften (AG, KGaA, GmbH) und Mischformen (z.B. GmbH & Co. KG) differenziert. Zu den öffentlichen Betrieben gehören z.B. die öffentlichrechtlichen Anstalten, die Stiftungen und Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Im Rahmen des Krankenhaus-Barometers, einer jährlich durchgeführten Repräsentativerhebung bei den Allgemeinkrankenhäusern, hat das DKI bereits im Jahr 2007 die Rechtsform der Krankenhäuser thematisiert und die Ergebnisse auch für Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft ausgewiesen. Diese Teilgruppe ist fast identisch mit der Gruppe der kommunalen Krankenhäuser. Das erlaubt einen Vergleich mit der aktuellen Rechtsform, nach der die kommunalen Krankenhäuser 2017 befragt worden sind.

Innerhalb der letzten 10 Jahre hat sich demnach bei den Rechtsformen

RECHTSFORM DES KRANKENHAUSES (Kommunale Krankenhäuser in %)



der kommunalen Krankenhäuser eine deutliche Verschiebung zugunsten der Rechtsformen privater Betriebe ergeben.

Wurden 2007 noch 55 % der kommunalen Krankenhäuser in der

Rechtsform der GmbH oder gGmbH betrieben, so sind es 2017 schon rund 75 %. Dagegen nahm die Zahl der Krankenhäuser in der Rechtsform der Eigengesellschaft (Eigen- oder Regiebetrieb) deutlich ab.

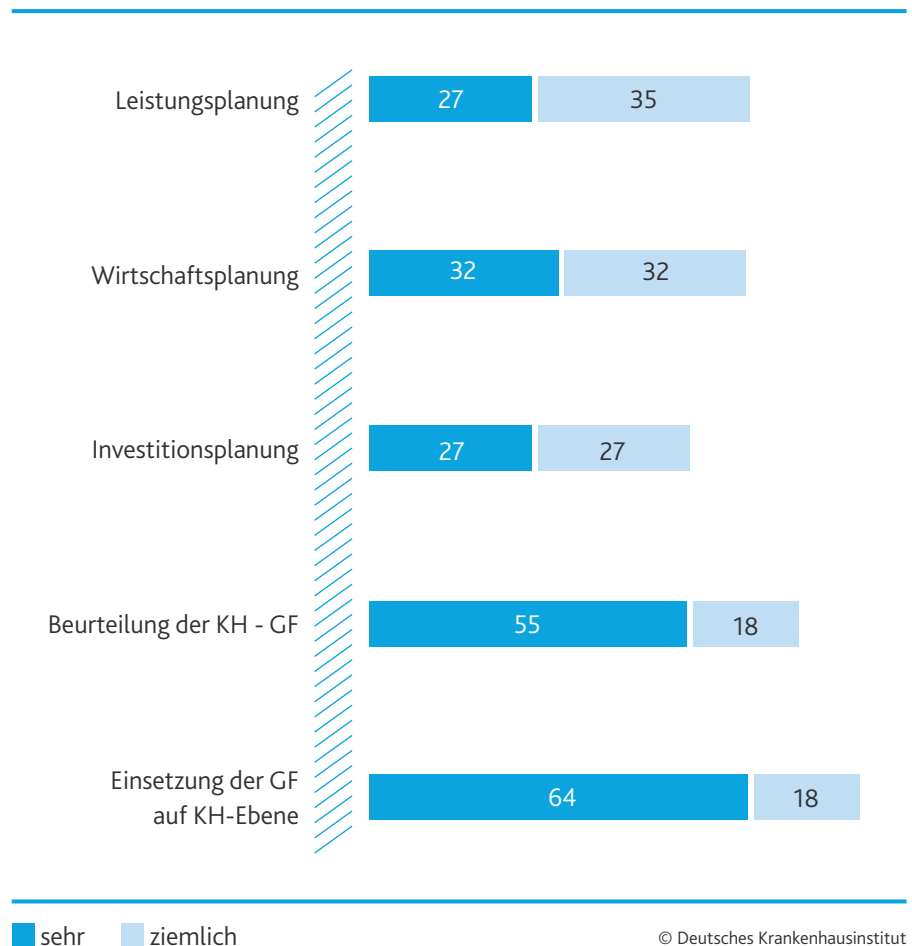
NUR EINE MINDERHEIT DER KOMMUNALEN KRANKENHÄUSER IST TEIL EINES VERBUNDES

Nur rund 25 % der kommunalen Krankenhäuser sind Teil eines Krankenhausverbundes, der Einfluss auf Entscheidungen im Krankenhaus hat.

Die Entscheidungskompetenzen des Krankenhausverbundes liegen insbesondere bei der Einsetzung und Beurteilung der Geschäftsführung auf der Krankenhausebene. In rund 82 % der kommunalen Verbundkrankenhäuser ist der Verbund „sehr“ oder „ziemlich“ bei der Bestellung des Geschäftsführers eingebunden. Die Beurteilung der Leistungen des Krankenhausgeschäftsführers zählt ebenfalls zu den Aufgaben des Verbundes. Dies gaben 72 % der kommunalen Verbundkrankenhäuser an.

Dem Krankenhausverbund kommen in der Mehrzahl der Häuser auch Kompetenzen bei der Leistungs-, Wirtschafts- und Investitionsplanung zu. So ist der Einfluss des Verbundes bei der Leistungs- und Wirtschaftsplanung in fast zwei Dritteln der Häuser „sehr“ oder „ziemlich“ groß.

ENTSCHEIDUNGSKOMPETENZEN DES KRANKENHAUSVERBUNDES (Kommunale Krankenhäuser als Teil eines Verbundes in %)



GESUNDHEITSBERUFE SIND IN DEN MEISTEN AUFSICHTSGREMIEN VERTRETEN

Im Schnitt bestehen die Aufsichtsgremien kommunaler Krankenhäuser aus 12 Mitgliedern. Jeweils ein Viertel der Aufsichtsgremien hat höchstens 9 Mitglieder (unterer Quartilswert) bzw. mindestens 15 Mitglieder (oberer Quartilswert). Frauen sind in den Aufsichtsgremien mit einem Anteilswert von 30 % zwar nach wie vor unterrepräsentiert. Allerdings ist der Frauenanteil seit 2012 (25 %) um fünf Prozentpunkte gestiegen.

Die meisten Aufsichtsratsmitglieder (97 %) sind in der näheren kommunalen oder räumlichen Umgebung der beaufsichtigten Krankenhäuser angesiedelt. Dementsprechend stammen bundesweit nur insgesamt rund 3 % der Aufsichtsratsmitglieder kommunaler Krankenhäuser nicht aus den (näheren) Einzugsgebieten der jeweiligen Krankenhäuser.

Hinsichtlich ihrer beruflichen Zusammensetzung sind in den Aufsichtsgremien kommunaler Krankenhäuser Gesundheitsberufe stark vertreten. In jeweils rund 70 % der Aufsichtsgremien gibt es mindestens einen Arzt oder mindestens einen Vertreter eines anderen Gesundheitsberufes. In der Summe gibt es in 87 % aller Aufsichtsgremien mindestens ein Mitglied aus einem Gesundheitsberuf.

In jeweils rund 60 % der Aufsichtsgremien sind Ökonomen oder Kaufleute sowie Juristen vertreten.

ZUSAMMENSETZUNG DER AUFSICHTSGREMIEN KOMMUNALER KRANKENHÄUSER		WERT
Demografische Zusammensetzung		
Mitglieder der (Median)		12
Frauenanteil		30%
Anteil Mitglieder aus näherer kommunaler Umgebung		97%
Berufliche Zusammensetzung		
AR mit Ärzten / Medizinern		67%
AR mit sonstigen Beschäftigten im Gesundheitswesen		70%
AR mit Ökonomen / Kaufleuten		60%
AR mit Juristen		62%
AR mit Rentnern		74%
AR mit sonstigen Nicht-Berufstätigen		10%
AR mit sonstigen Berufen		42%
Dauer der Zugehörigkeit zum Aufsichtsrat		
Anteil Mitgliedschaft weniger als 5 Jahre		35%
Anteil Mitgliedschaft 5-10 Jahre		40%
Anteil Mitgliedschaft mehr als 10 Jahre		25%

In der Restkategorie „Sonstige“ (42 %) wurden Selbständige und Freiberufler überproportional häufig genannt. Mitarbeiter der Kommunal- oder Kreisverwaltung sind nur in etwa jedem vierten kommunalen Aufsichtsgremium vertreten.

Daneben gibt es in den meisten Aufsichtsgremien auch Mitglieder ohne Berufstätigkeit, etwa Rentner (in 73 % der Aufsichtsräte) oder aus

anderen Gründen nicht berufstätige Personen, z. B. Hausfrauen (10 %).

Viele Aufsichtsratsmitglieder können auf eine langjährige Tätigkeit zurückblicken. Knapp zwei Drittel sind mindestens fünf Jahre im Amt, davon 40 % der Mitglieder 5-10 Jahre und 25 % über 10 Jahre. Allerdings sind auch 35 % der Aufsichtsratsmitglieder weniger als fünf Jahre im Amt.

AUFSICHTSRATSMITGLIEDER ERHALTEN GERINGE AUFWANDSENTSCHÄDIGUNG

In vier von fünf Aufsichtsgremien (81 %) erhalten die Mitglieder eine finanzielle Aufwandsentschädigung. Die Höhe der Entschädigung beträgt hier im Mittel (Median) 400 Euro pro Jahr und Mitglied. Allerdings streuen die Werte relativ stark. In einem Viertel dieser Aufsichtsräte erhalten die Mitglieder höchstens 250 Euro pro Kopf und Jahr (unterer Quartilswert), in einem weiteren Viertel mindestens rund 1.250 Euro (oberer Quartilswert).

Im Jahr 2016 lag die Anzahl der Sitzungen der Aufsichtsgremien im Mittel (Median) bei fünf Sitzungen bei insgesamt geringer Streuung (Interquartilsbereich: 4-6 Sitzungen pro Jahr).

Die Aufwandsentschädigung pro Sitzung, inklusive der Vor- und Nachbereitung, betrug 2016 im Mittel 100 Euro pro Mitglied (Medianwert bei einem Interquartilsbereich von 50-220 Euro pro Sitzung und Mitglied).

FINANZIELLE ENTSCHÄDIGUNG FÜR AUFSICHTSRATSTÄTIGKEIT	WERT
AR mit finanzieller Entschädigung für Aufsichtstätigkeit	81%
Höhe der Entschädigung pro Mitglied und Jahr (Median)	400 €
Anzahl der Aufsichtsratssitzungen in 2016 (Median)	5
Durchschnittliche Aufwandsentschädigung pro Mitglied und Sitzung (Median)	100 €

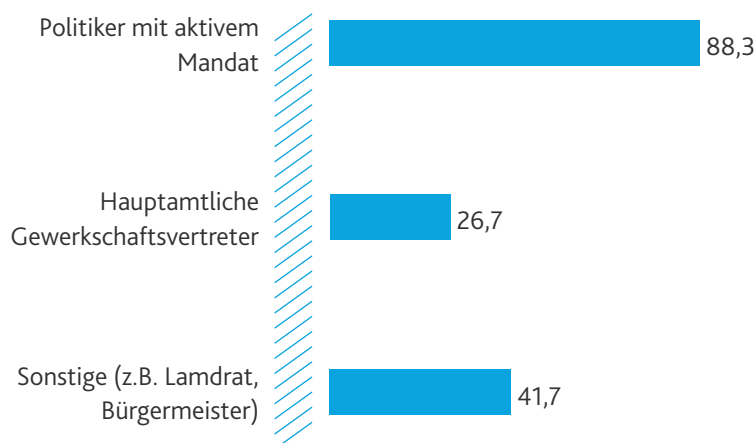
HOHE POLITISCHE DURCHDRINGUNG DER AUFSICHTSGREMIEN

Die Aufsichtsgremien kommunaler Krankenhäuser sind in hohem Maße politisch durchdrungen. In 88 % der Aufsichtsgremien gibt es Politiker mit aktivem Mandat. Daneben wurden in der Restkategorie „Sonstige“ (42 %) Oberbürgermeister oder Bürgermeister überproportional häufig angeführt.

Faktisch gibt es somit in fast jedem Aufsichtsgremium kommunaler Krankenhäuser politische Mandats- oder Funktionsträger. Dabei ist davon auszugehen, dass die Mehrheit der Aufsichtsratsmitglieder entsprechende Funktionen wahrnimmt³.

Darüber hinaus sitzt in jedem vierten Aufsichtsrat eines kommunalen Krankenhauses (27 %) ein hauptamtlicher Gewerkschaftsvertreter.

POLITISCHE DURCHDRINGUNG DER AUFSICHTSRÄTE (Aufsichtsräte mit jeweiligen Berufsgruppen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

³ Nach einer DKI-Studie aus dem Jahr 2012 waren seinerzeit fast 60 % der Aufsichtsratsmitglieder kommunaler Krankenhäuser politische Mandatsträger.

AUFSICHTSRATSVORSITZENDER IST ZUMEIST BÜRGERMEISTER ODER LANDRAT

Die hohe politische Durchdringung lässt sich auch an der Person des Aufsichtsratsvorsitzenden ablesen. In gut drei Vierteln der Aufsichtsgremien ist der Aufsichtsratsvorsitzende Bürgermeister oder Landrat, in einem knappen Viertel ist er Politiker mit aktivem Mandat (Mehrfachnennungen möglich).

Nach dem beruflichen Hintergrund oder der beruflichen Qualifikation gibt es hingegen keine weitere vorherrschende Berufstätigkeit. In 10 % der Aufsichtsgremien kommunaler Krankenhäuser ist der Aufsichtsratsvorsitzende bereits im Ruhestand.

Im Mittel (Median) sind die Aufsichtsratsvorsitzenden 59 Jahre alt, seit 9 Jahren Mitglied des Aufsichtsgremiums und seit 7 Jahren Vorsitzende.

Beim Aufsichtsratsvorsitz sind Frauen merklich unterrepräsentiert. Während sie 30 % aller Aufsichtsratsmitglieder stellen, sind nur 9 % der Aufsichtsratsvorsitzenden weiblichen Geschlechts.

18 % der Aufsichtsratsvorsitzenden kommunaler Krankenhäuser sind nicht nur in einem Aufsichtsgremium, sondern in Aufsichtsgremien mehrerer Krankenhäuser vertreten, im Mittel in zwei weiteren Aufsichtsgremien von Krankenhäusern.

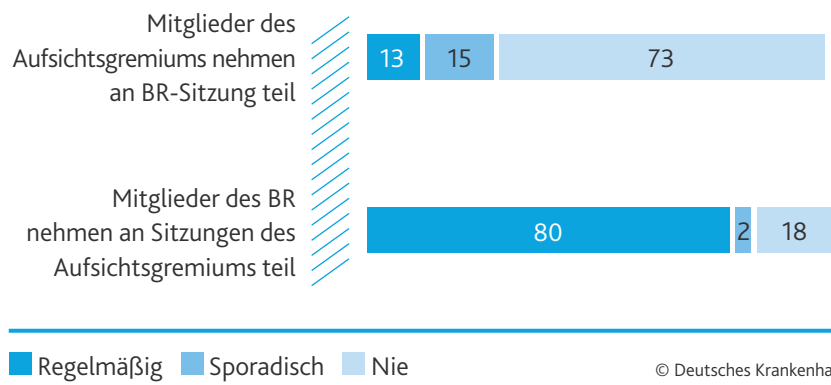
MERKMALE DES AUFSICHTSRATSVORSITZENDEN KOMMUNALER KRANKNEHÄUSER	WERT
Demografische Merkmale	
Alter (Median)	59
Frauenanteil	9%
Berufliche Zusammensetzung	
Bürgermeister / Landrat	78%
Politiker mit aktivem Mandat	22%
Arzt / Mediziner	2%
Sonstiger Beruf im Gesundheitswesen	0%
Ökonom / Kaufmann / -frau	12%
Jurist	10%
Mitarbeiter der Kreis- / Kommunalverwaltung	5%
AR mit Rentnern	10%
AR mit sonstigen Nicht-Berufstätigen	0%
AR mit sonstigen Berufen	5%
Mitgliedschaft	
Dauer der Mitgliedschaft im Aufsichtsgremium (Median)	9
Dauer des Aufsichtsratsvorsitzes (Median)	7
Mitgliedschaft in Aufsichtsgremien anderer Krankenhäuser (Median)	18%

HOHE PRÄSENZ VON BETRIEBSRÄTEN IN AUFSICHTSGREMIEN

Eine weitere Fragestellung betraf die Kommunikation zwischen Aufsichtsgremien und Betriebsräten kommunaler Krankenhäuser. Demnach sind die Betriebsräte in den Sitzungen der Aufsichtsgremien sehr stark präsent. Bei 80 % der Aufsichtsgremien kommunaler Krankenhäuser nehmen Mitglieder des Krankenhausbetriebsrates regelmäßig an Sitzungen des Aufsichtsgremiums teil.

Umgekehrt nehmen nur bei 13 % der befragten Aufsichtsgremien Mitglieder an Sitzungen des Betriebsrates teil. Überwiegend erfolgt dies nur sporadisch (15 %) oder nie (73 %).

KOMMUNIKATION ZWISCHEN AUFSICHTSGREMIUM UND BETRIEBSRAT DES KRANKENHAUSES (Aufsichtsräte in %)



FACH- UND FÜHRUNGSKOMPETENZ SIND WICHTIGSTE BERUFUNGSKRITERIEN FÜR DIE GESCHÄFTSFÜHRUNG, POLITISCHE VERNETZUNG WENIGER WICHTIG

Die Auswahl der Geschäftsführer stellt eine prioritäre Aufgabe der Aufsichtsgremien dar. Die Aufsichtsgremien wurden deswegen zu den diesbezüglichen Auswahlkriterien befragt. Dabei war zwischen fachlichen sowie über- oder außerfachlichen Kompetenzen zu unterscheiden.

Am wichtigsten ist demnach die fachlich-ökonomische Kompetenz der Geschäftsführung. Fast alle befragten Aufsichtsgremien (98 %) betrachten diese als sehr (33 %) oder äußerst wichtig (65 %). Auch Führungserfahrung, vorzugsweise im Krankenhaus und weniger außerhalb des Krankenhauses, wird weitestgehend von knapp 90 % der Befragten vorausgesetzt. Die Fähigkeit zur Öffentlichkeitsarbeit bildet für 66 % der Aufsichtsgremien ein weiteres wichtiges Berufungskriterium der Geschäftsführung.

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.

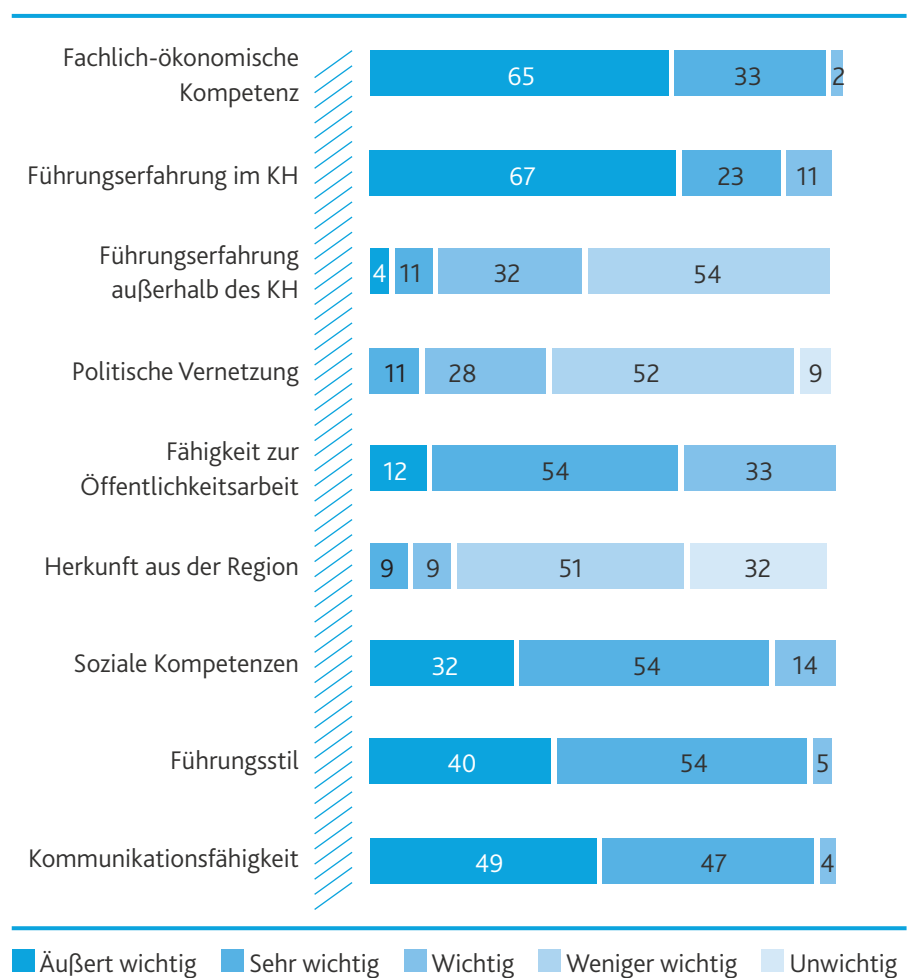
Verglichen damit sind regionale und politische Bindungen der Geschäftsführung von geringerer Bedeutung. So betrachten, zumindest gemäß

ihrer Selbstwahrnehmung, über 60% der befragten Aufsichtsgremien die politische Vernetzung des Geschäftsführers als unwichtig oder weniger

wichtig. Bei den übrigen kommunalen Aufsichtsgremien ist sie aber ein relevantes Kriterium für die Berufung des Geschäftsführers.

WICHTIGKEIT VON EIGENSCHAFTEN FÜR DIE BERUFUNG DER GESCHÄFTSFÜHRUNG

(Aufsichtsräte in %)



GESCHÄFTSFÜHRER SEHEN MEHRHEITLICH KEINEN POSITIVEN EINFLUSS DER AUFSICHTSGREMIEN AUF DIE WIRTSCHAFTLICHKEIT DER KRANKENHÄUSER

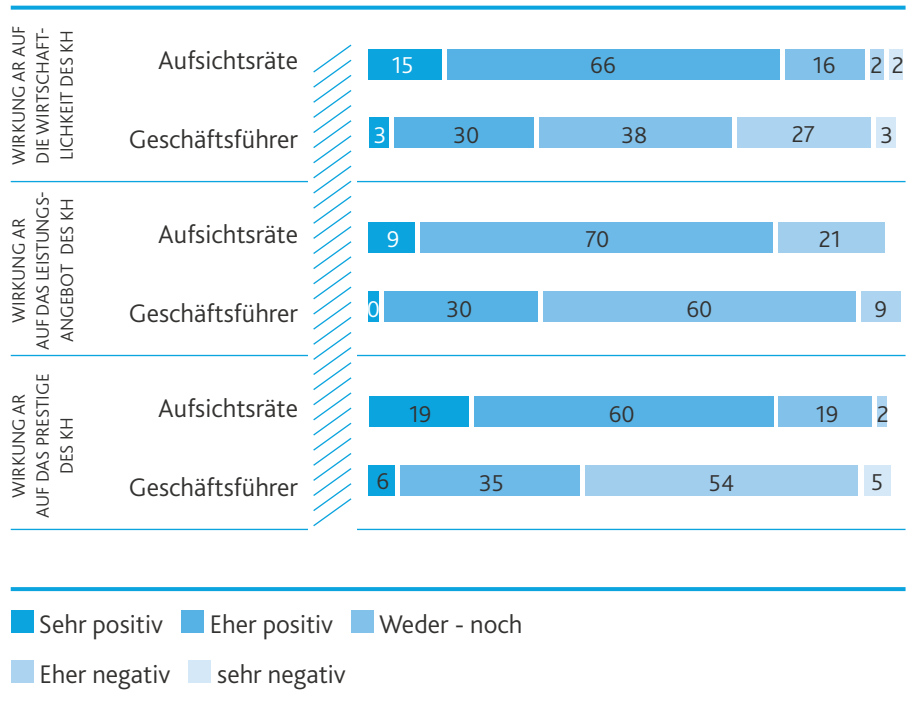
Aufsichtsräte wie Geschäftsführer wurden gebeten, die Auswirkungen der Einflussnahme des Aufsichtsgremiums auf verschiedene Zieldimensionen im Krankenhaus einzuschätzen. Vor allem mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses resultieren dabei deutliche Auffassungsunterschiede.

Während 81 % der befragten Aufsichtsgremien sich einen eher positiven (66 %) oder sehr positiven Einfluss (15 %) auf die Wirtschaftlichkeit des von ihnen beaufsichtigten Krankenhauses attestieren, fällt die Einschätzung der Geschäftsführer merklich kritischer aus.

Die Geschäftsführer sehen mehrheitlich keinen positiven Einfluss ihrer Aufsichtsgremien auf die Wirtschaftlichkeit der kommunalen Krankenhäuser. Ein Drittel der befragten Geschäftsführer attestiert den Aufsichtsgremien sogar explizit einen negativen wirtschaftlichen Einfluss. Jeweils ein weiteres Drittel der Geschäftsführer geht von einem positiven oder fehlenden Einfluss des Aufsichtsgremiums auf die Wirtschaftlichkeit ihres Krankenhauses aus.

Ähnlich groß sind die Unterschiede hinsichtlich der Einflussnahme auf das Leistungsangebot. 60 % der befragten Geschäftsführer sehen keinen – positiven oder negativen – Einfluss der Aufsichtsgremien auf das Leistungs-

AUSWIRKUNGEN DER EINFLUSSNAHME DES AUFSICHTSGREMIUMS
(Aufsichtsräte und Geschäftsführer in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

angebot ihres Krankenhauses. Hingegen gehen fast 80 % der Aufsichtsgremien auch von einer positiven Einflussnahme auf das Leistungsangebot der beaufsichtigten Krankenhäuser aus. Einzig der Einfluss der Aufsichts-

gremiums auf das Prestige des Krankenhauses wird von Geschäftsführungen wie Aufsichtsgremien in der Tendenz gleichermaßen positiv gesehen, wenngleich in unterschiedlicher Ausprägung.

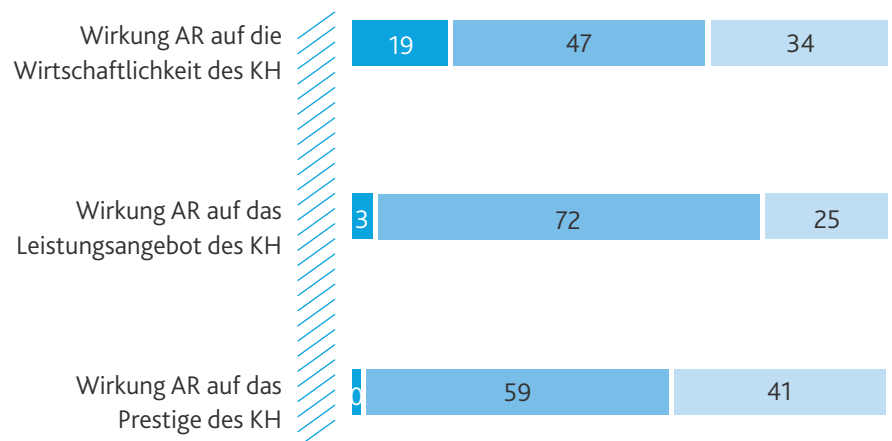
ZU STARKE EINMISCHUNG DER AUFSICHTSGREMIEN KANN JAHRESERGEBNISSE BEEINTRÄCHTIGEN

Krankenhäuser, in denen die Geschäftsführer ihren Aufsichtsgremien einen negativen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit, das Leistungsangebot und das Prestige attestieren, schreiben tendenziell schlechtere Ergebnisse als Häuser, in denen dies nicht der Fall ist.

So erzielten in den Jahren 2014 bis 2016 nur 19 % der Häuser mit wahrgenommenem negativem Einfluss des Aufsichtsgremiums auf die Wirtschaftlichkeit kontinuierlich einen Jahresüberschuss. In den übrigen Häusern waren es 34 % (positiver Einfluss) bzw. 47 % (fehlender Einfluss).

Noch deutlicher sind die Ergebnisse für das Leistungsangebot und das Prestige. Faktisch hat kaum ein Krankenhaus in den Jahren 2014 bis 2016 Gewinne geschrieben, wenn die Geschäftsführer den Aufsichtsgremien einen negativen Einfluss auf Leistungsangebot und Prestige attestierten.

JAHRESÜBERSCHÜSSE 2014 - 2016 NACH AUSWIRKUNGEN DER EINFLUSSNAHME DES AUFSICHTSGREMIUMS (Geschäftsführer in %)



■ sehr / eher negativ ■ weder - noch ■ sehr / eher positiv

© Deutsches Krankenhausinstitut

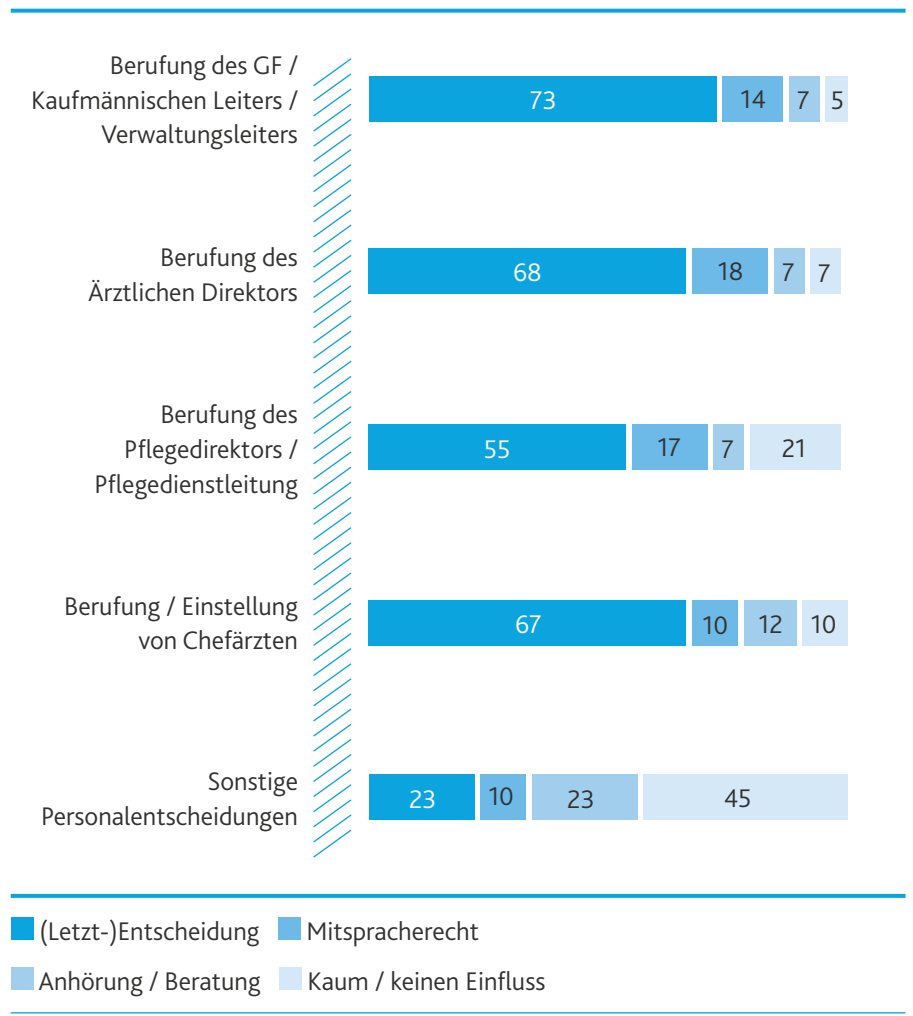
AUFSICHTSRÄTE MIT WEITREICHENDEN ENTSCHEIDUNGSKOMPETENZEN BEI PERSONAL- UND INVESTITIONSENTSCHEIDUNGEN

Ein weiterer Fragenkomplex befasste sich mit den Kompetenzen des Aufsichtsgremiums, vor allem mit Blick auf Personal- und Planungsentscheidungen. Weitreichende Kompetenzen haben die Aufsichtsgremien gemäß Selbsteinschätzung insbesondere bei Personalentscheidungen für die obere Führungsebene.

So liegt in knapp drei Vierteln der befragten Aufsichtsgremien die (Letzt-) Entscheidung für die Berufung des Geschäftsführers bzw. der kaufmännischen oder Verwaltungsleitung beim Aufsichtsgremium. Weitere 14 % haben diesbezüglich ein Mitspracherecht. Auch bei der Berufung des Ärztlichen Direktors und der Pflegedienstleitung haben die Aufsichtsgremien mehrheitlich Entscheidungs- oder zumindest Mitsprachekompetenzen.

Daneben haben die Aufsichtsgremien weitreichenden Einfluss auf die Einstellung von Chefärzten. 67 % der Befragten führten hier ein (Letzt-) Entscheidungsrecht und weitere 10 % ein Mitspracherecht an. Sonstige Personalentscheidungen betreffen insbesondere weitere Funktionen mit Führungsverantwortung wie Prokuristen, Oberärzte oder leitende Apotheker.

WELCHEN EINFLUSS HAT BZW. NIMMT DAS AUFSICHTSGREMIUM MIT BLICK AUF DIE FOLGENDEN PERSONALENTSCHEIDUNGEN?
(Aufsichtsräte in %)

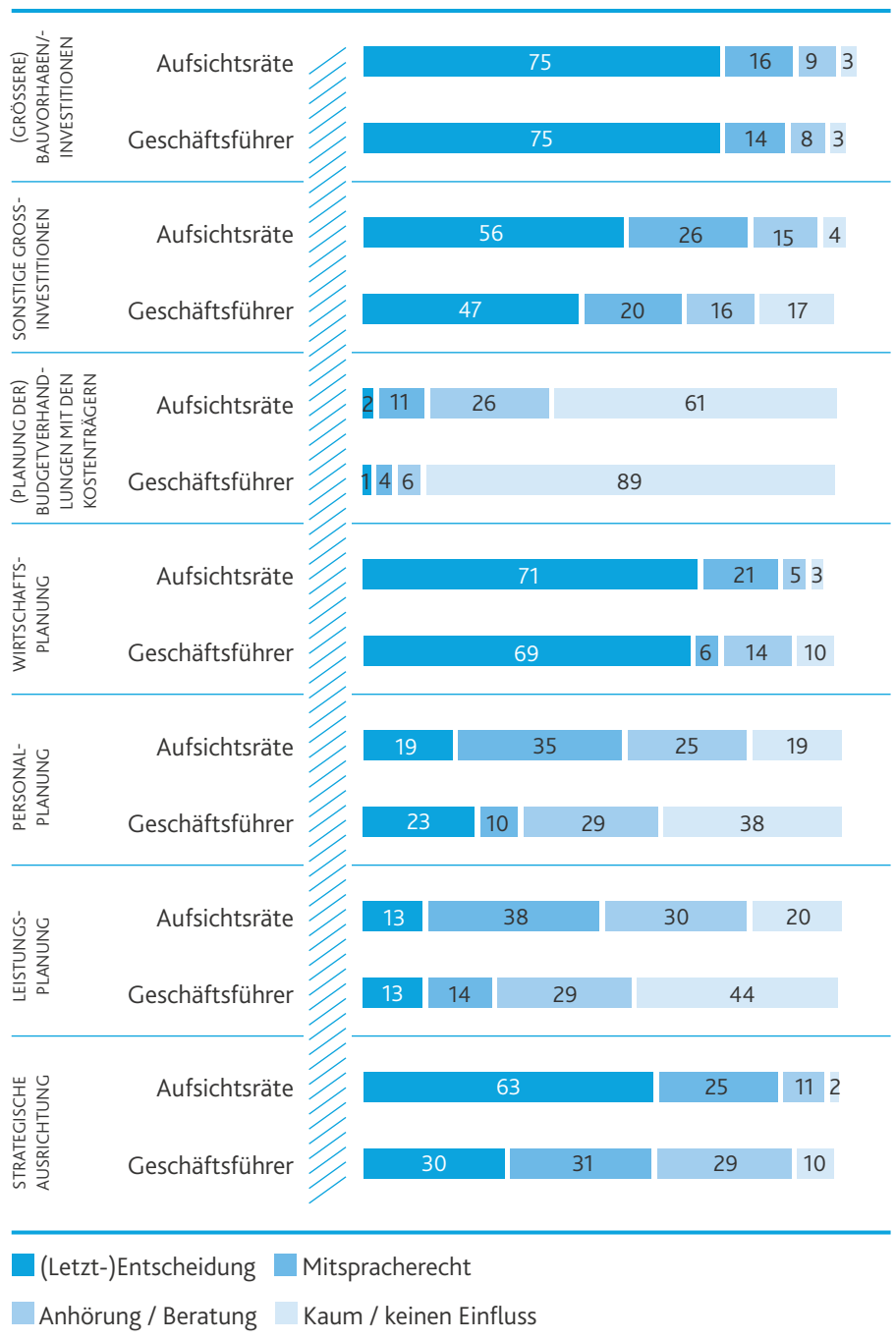


Des Weiteren haben die Aufsichtsgremien weitreichende Entscheidungskompetenzen bei der Investitionsplanung und der Wirtschaftsplanung. So haben die Aufsichtsgremien bei größerem Bauvorhaben und sonstigen Großinvestitionen in der Regel Entscheidungs- und Mitsprachrechte. Das Gleiche gilt für die Wirtschaftsplanung. Diese Einschätzungen werden von Aufsichtsgremien und Geschäftsführern auch weitgehend geteilt

Die Personal- und Leistungsplanung sowie vor allem die (Planung der) Budgetverhandlungen fallen dagegen überwiegend nicht in die Entscheidungskompetenz der Aufsichtsgremien. Im Grundsatz sind sich auch hier Aufsichtsgremien und Geschäftsführer einig, wengleich die Geschäftsführer in der Tendenz eine geringere Einflussnahme der Aufsichtsgremien sehen. So gaben beispielsweise fast 61 % der befragten Aufsichtsgremien an, keinen Einfluss auf die Budgetverhandlungen zu nehmen, während diese Auffassung von 89 % der Geschäftsführer vertreten wurde.

Größere Diskrepanzen zwischen den beiden Gruppen gab es insbesondere bei der Frage nach der strategischen Ausrichtung der Krankenhäuser. Während gut 60 % der Aufsichtsgremien für sich (Letzt-)Entscheidungskompetenzen bei der strategischen Ausrichtung des Unternehmens behaupteten, waren es bei den Geschäftsführern nur etwa halb so viel.

WELCHEN EINFLUSS HAT BZW. NIMMT DAS AUFSICHTSGREMIUM MIT BLICK AUF DIE FOLGENDEN PERSONALENTSCHEIDUNGEN? (Aufsichtsräte in %)



KOMMUNALE AUFSICHTSGREMIEN NEHMEN STÄRKER EINFLUSS AUF QUALITÄTSORIENTIERTE UNTERNEHMENSZIELE ALS AUF ÖKONOMISCHE ZIELE

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

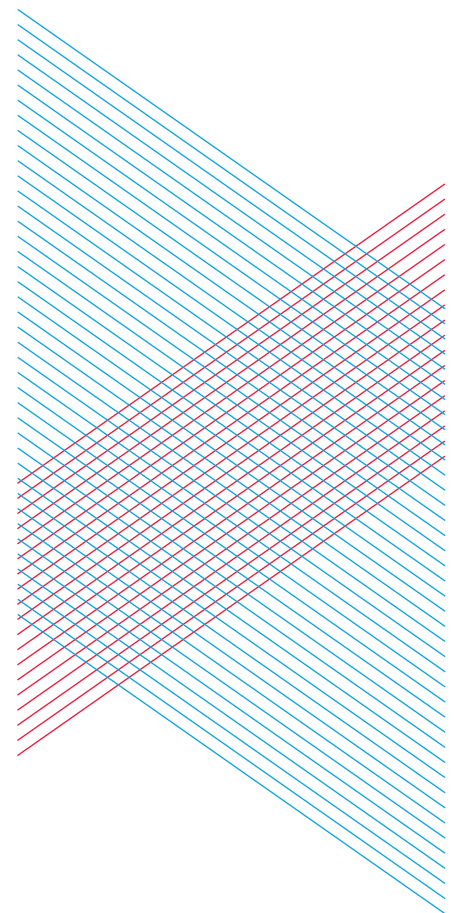
Vor diesem Hintergrund sollten die befragten Aufsichtsgremien angeben, inwieweit das Aufsichtsgremium Einfluss auf die strategische Zielplanung des von ihnen beaufsichtigten Krankenhauses mit Blick auf ausgewählte Unternehmensziele nimmt. In ihrer Selbstwahrnehmung nehmen die Aufsichtsgremien weitreichend Einfluss auf die strategische Zielplanung.

Dabei fällt die Einflussnahme auf die primär qualitätsorientierten Ziele am größten aus. In absteigender Reihenfolge sind dies Versorgungsziele (z. B. umfassende Versorgung der Bevölkerung am Standort), Infrastrukturziele (wie Neu-/ Umbauten, technische Ausstattung), Prestigeziele

(z. B. kommunales Image, kommunaler Nutzen des Krankenhauses), beschäftigungspolitische Ziele (Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen am Standort) und patientenorientierten Ziele (beispielsweise Erhöhung der Patientenzufriedenheit).

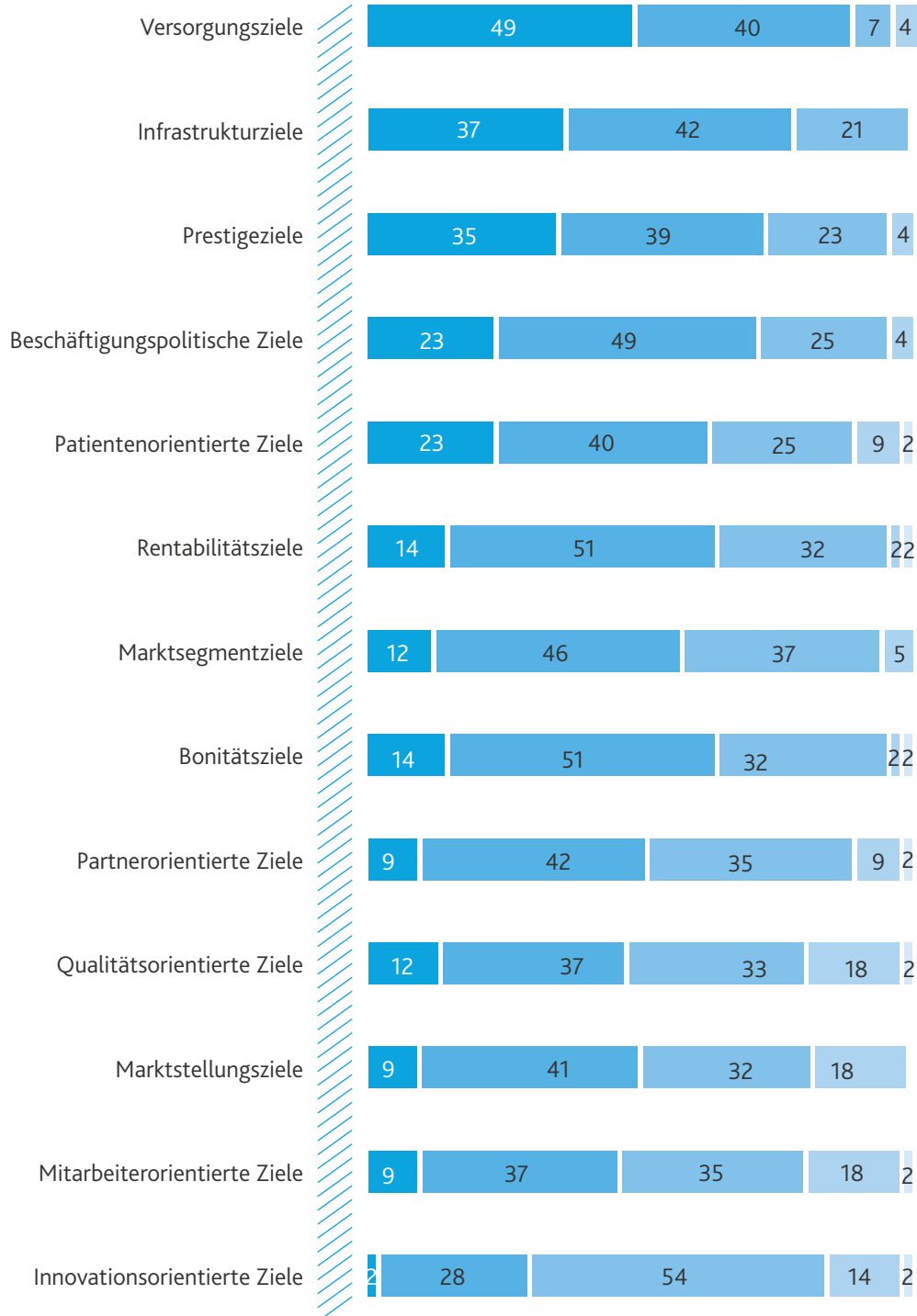
Erst dann folgen eher ökonomische Zielgrößen wie Rentabilitätsziele (z. B. Gewinn, Umsatzrentabilität), Marktsegmentziele (wie prioritäre Geschäftsfelder und neue Leistungsbereiche) Bonitätsziele (etwa Kreditwürdigkeit, Liquidität, Eigenkapital) und Marktstellungsziele (wie Marktanteile oder Marktführerschaft).

Hingegen sind vor allem mitarbeiterorientierte Ziele (z. B. Personalentwicklung und Personalbindung) und innovationsorientierte Ziele (etwa mit Blick auf Produkt- und Prozessinnovationen) weniger Gegenstand strategischer Einflussnahme von Aufsichtsgremien kommunaler Krankenhäuser.



INWIEWEIT NIMMT DAS AUFSICHTSGREMIUM EINFLUSS AUF DIE STRATEGISCHE ZIELPLANUNG FÜR DIE FOLGENDEN UNTERNEHMENSZIELE?

(Aufsichtsräte in %)



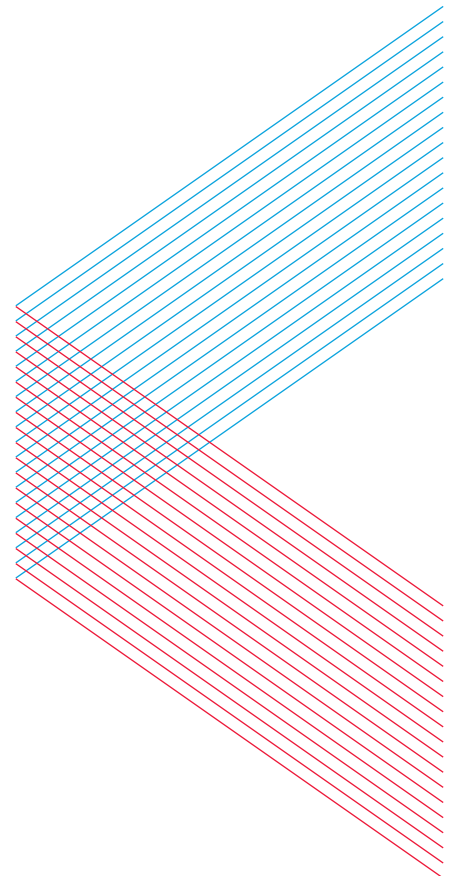
Sehr Ziemlich Mittelmäßig Wenig Gar nicht

GESCHÄFTSFÜHRER STUFEN DIE STRATEGISCHE EINFLUSSNAHME GERINGER EIN ALS DIE AUFSICHTSRÄTE SELBST

Analog zu den Aufsichtsgremien sollten die Geschäftsführer Stellung dazu nehmen, inwieweit das Aufsichtsgremium ihres Krankenhauses Einfluss auf die strategische Zielplanung nimmt. Für den Vergleich von Selbstwahrnehmung der Aufsichtsgremien und ihre Fremdwahrnehmung durch die Geschäftsführer wurden die entsprechenden Mittelwerte für die Unternehmensziele gegenübergestellt.

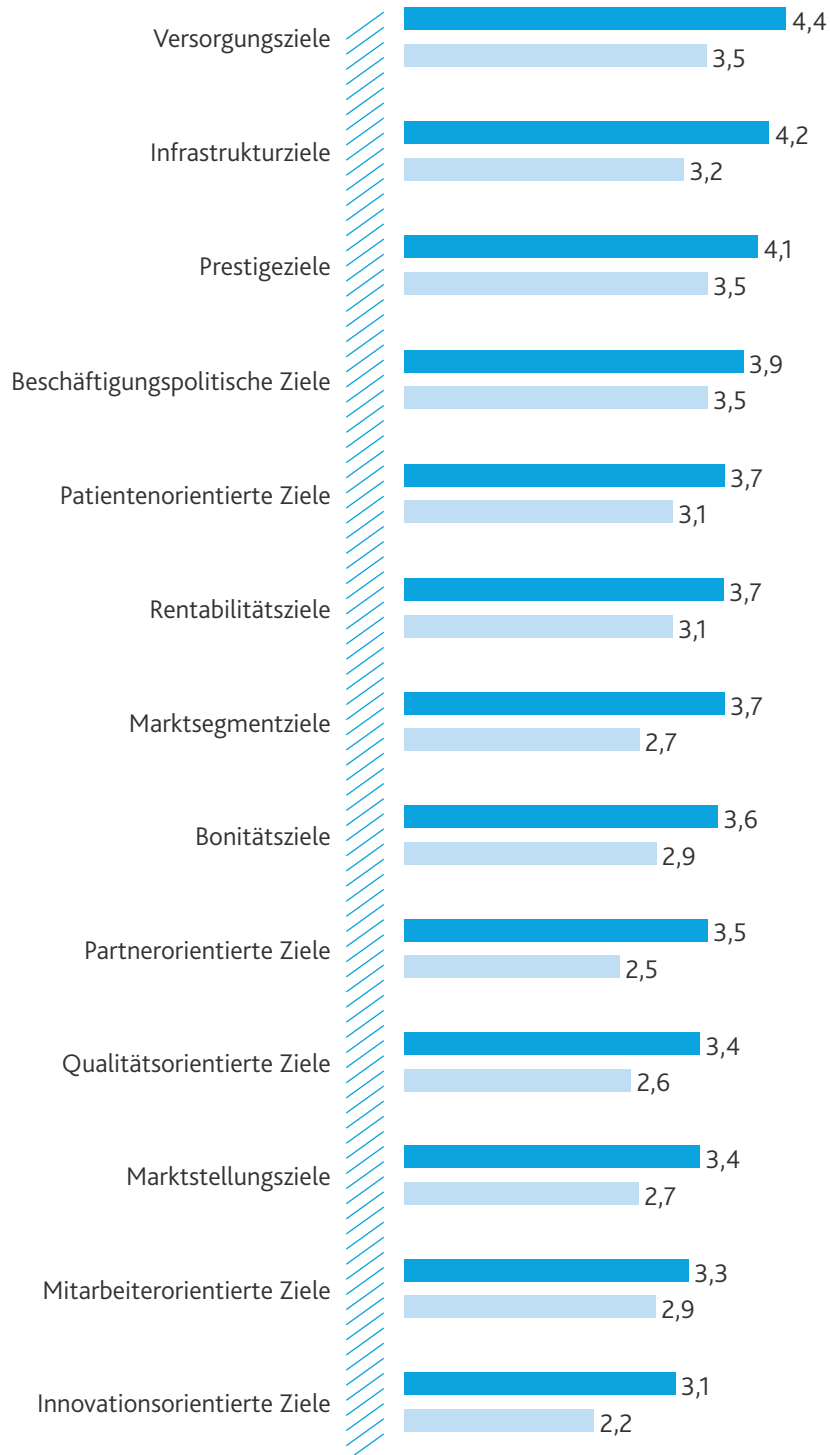
Dabei fällt einerseits auf, dass sich die Rangfolge der Unternehmensziele nach Selbst- und Fremdwahrnehmung der Aufsichtsgremien kaum unterscheidet. Auch aus Sicht der Geschäftsführer nehmen die Aufsichtsgremien in erster Linie strategischen Einfluss auf qualitätsorientierte Ziele wie Versorgungs-, Infrastruktur- und Prestigeziele sowie beschäftigungspolitische und patientenorientierte Ziele, hingegen weniger auf ökonomische Ziele wie Rentabilitäts- und Bonitätsziele oder Marktsegment- und Marktstellungsziele.

Andererseits wird der Einfluss der Aufsichtsgremien auf die strategische Zielplanung seitens der Geschäftsführer geringer eingeschätzt als durch die Aufsichtsgremien selbst. So fallen die Mittelwerte für die Fremdwahrnehmung der Aufsichtsgremien durch die Geschäftsführer durchweg niedriger aus als Werte für die Selbstwahrnehmung der Aufsichtsgremien. Vor allem bei den Infrastruktur- und Marktsegmentzielen sowie den partner-, qualitäts- und innovationsorientierten Zielen sind die Unterschiede besonders groß.



INWIEWEIT NIMMT DAS AUFSICHTSGREMIUM EINFLUSS AUF DIE STRATEGISCHE ZIELPLANUNG FÜR DIE FOLGENDEN UNTERNEHMENSZIELE?

(Mittelwerte von 1 = Gar nicht bis 5 = Sehr)



■ Aufsichtsräte ■ Geschäftsführer



EINFLUSSNAHME DES AUFSICHTSGREMIUMS AUF BESCHÄFTIGUNGS- UND PRESTIGEZIELE KORRELIERT NEGATIV MIT JAHRESERGEBNISSEN

Bei einer Reihe von strategischen Zielen gibt es merkliche Zusammenhänge zwischen der Einflussnahme des Aufsichtsgremiums auf die strategische Zielplanung und der wirtschaftlichen Lage des Krankenhauses. Auf der einen Seite haben, aus Sicht der Geschäftsführung, in Krankenhäusern mit kontinuierlichen Verlusten von 2014 bis 2016 die Aufsichtsgremien deutlich stärkeren Einfluss auf beschäftigungspolitische Ziele (wie der Schaffung und Erhaltung von Arbeitsplätzen) und Prestigeziele (wie der kommunale Nutzen und das kommunale Image des Krankenhauses) genommen als in wirtschaftlich besser gestellten Häusern.

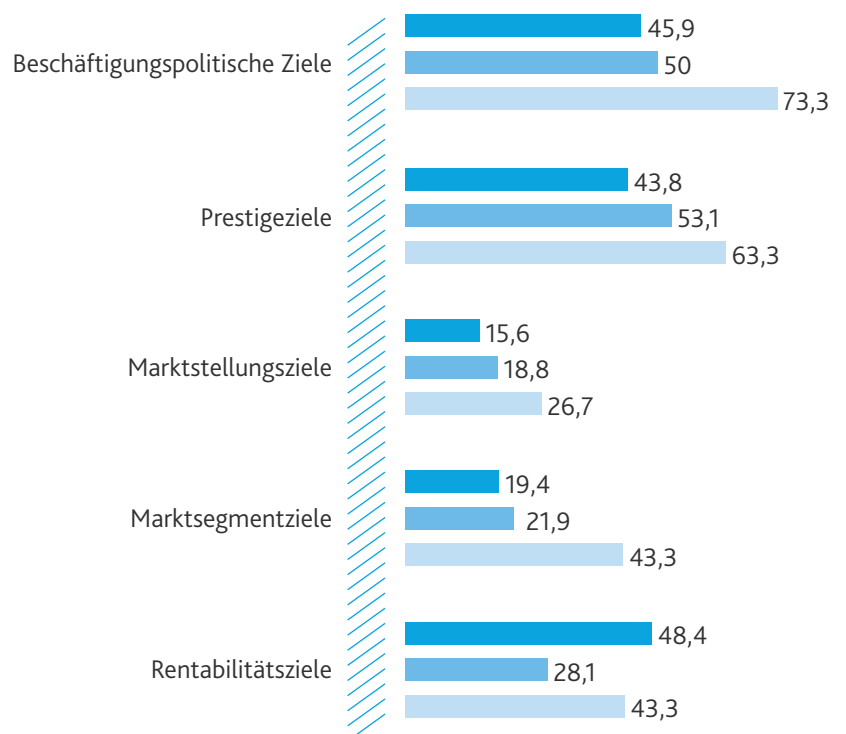
In fast drei Vierteln (73 %) der Häuser mit regelmäßigen Verlusten in diesem Zeitraum haben die Aufsichtsgremien starken Einfluss auf beschäftigungspolitische Ziele genommen, während es bei den übrigen Häusern rund die Hälfte war (Zusammenfassung der Angaben „sehr“ und „ziemlich“). Eine im Ausmaß etwas schwächere Abstufung resultiert für die Prestigeziele.

Auf der anderen Seite gewinnen in Häusern mit kontinuierlichen Verlusten ökonomische Ziele auch seitens der Aufsichtsgremien an Bedeutung. In jeweils 43 % der Krankenhäuser mit Jahresfehlbeträgen von 2014 bis 2016 nahm das Aufsichtsgremium starken

Einfluss auf Marktsegmentziele, z. B. prioritäre Geschäftsfelder oder neue Leistungsbereiche sowie Rentabilitätsziele wie Gewinn oder Umsatzrentabilität (Zusammenfassung der Angaben „sehr“ und „ziemlich“). In den Häusern, die in den drei Jahren jeweils Jahresüber-

schüsse hatten, nahm der Aufsichtsrat nur in 19 % bzw. 28 % der Fälle in entsprechender Weise Einfluss. Auch die Beeinflussung von Marktstellungszielen (wie Marktanteile oder Marktführerschaft) hängt von der wirtschaftlichen Lage ab.

EINFLUSSNAHME DES AUFSICHTSGREMIUMS AUF DIE STRATEGISCHE ZIELPLANUNG NACH WIRTSCHAFTLICHER LAGE (Geschäftsführer mit Antworten „sehr“ und „ziemlich“ in %)



■ Wechselnde Ergebnisse ■ Jahresüberschüsse ■ Jahresfehlbeträge

WIRTSCHAFTLICHKEIT WIRD VOR ALLEM AM CASEMIX UND DER FALLZAHLENTWICKLUNG GEMESSEN

Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses sollten Aufsichtsgremien und Geschäftsführer angeben, welche finanz- und leistungswirtschaftlichen Kennzahlen sie dazu heranziehen und wie sie diese gewichten. Die nachfolgende Abbildung stellt die Mittelwerte für die beiden Gruppen gegenüber.

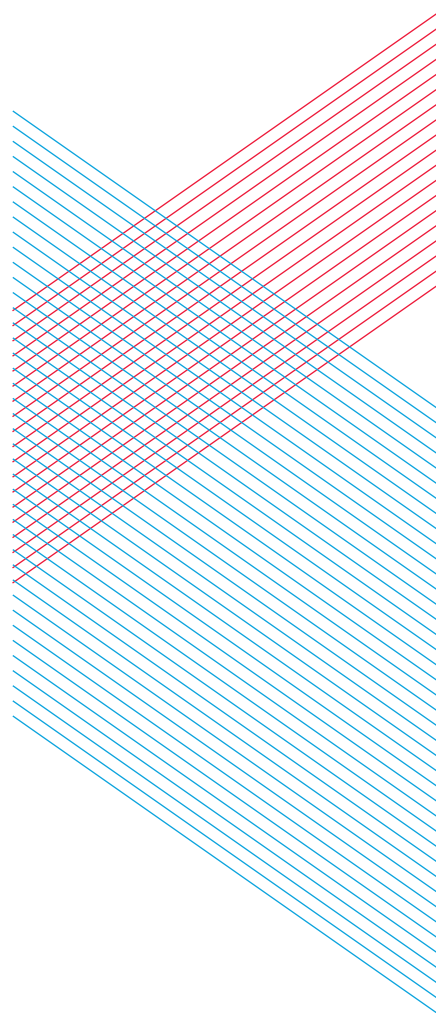
Die von den Aufsichtsgremien wie den Geschäftsführern kommunaler Krankenhäuser gleichermaßen am häufigsten genutzten Kennzahlen bilden demnach der Casemix sowie die Entwicklung der Fallzahlen und der Belegung, die aus naheliegenden Gründen stark korrelieren. So sind etwa für jeweils rund 90 % der Befragten die Casemix-Punkte und die Fallzahlentwicklung sehr oder ziemlich wichtig bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses.

Erst dann folgen die finanzwirtschaftlichen Kennziffern des Gewinns vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen (EBITDA) und der operative Cashflow, die von jeweils rund 70 % der Befragten als sehr oder ziemlich wichtig für die Wirtschaftlichkeitsbeurteilung erachtet werden.

Verglichen damit spielen Rentabilitätskennziffern, wie die Umsatz-, Eigenkapital- und Gesamtkapital-

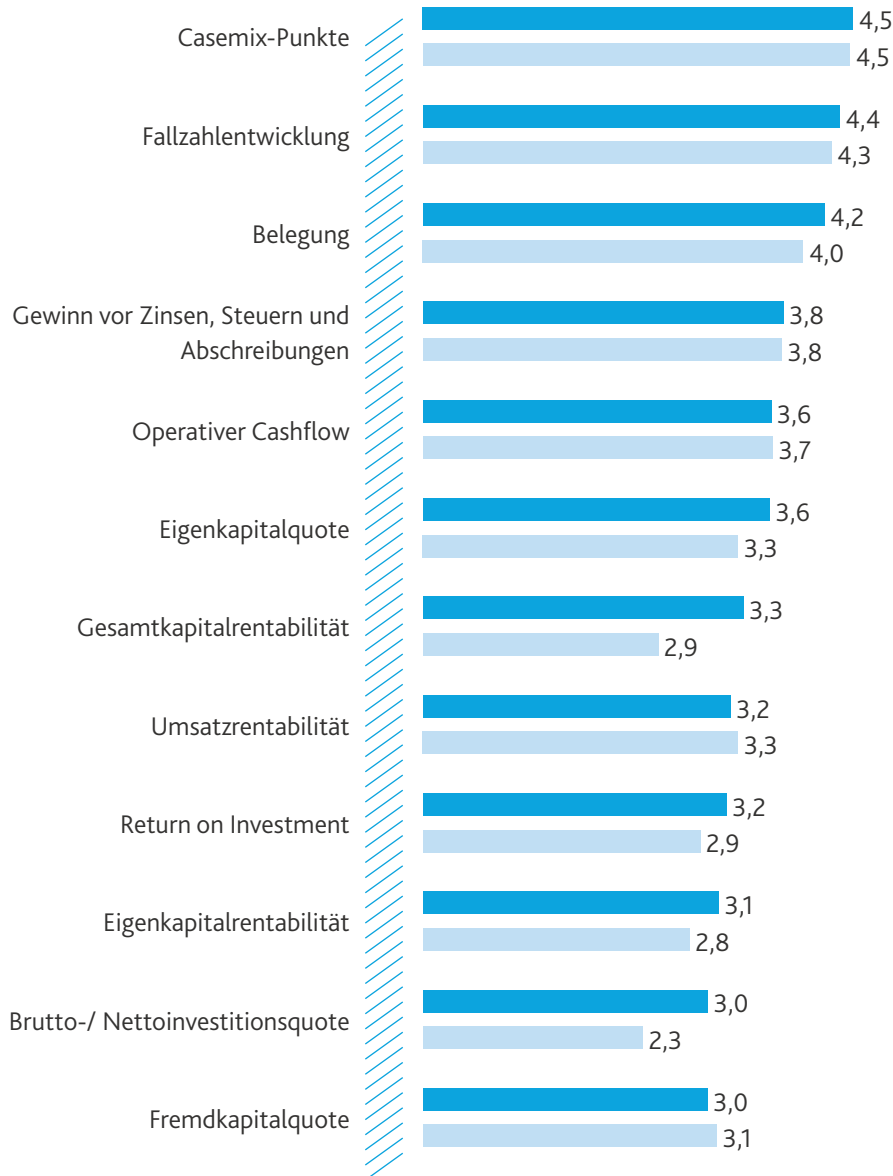
rentabilität, eine geringe Rolle. Weitere finanzwirtschaftliche Kennziffern, etwa die Investitionsquote oder die Kapitalverzinsung (ROI), sind hingegen von eher untergeordneter Bedeutung für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser.

In der Rangfolge der Kennzahlen gibt es insgesamt nur wenige Unterschiede zwischen Aufsichtsgremien und Geschäftsführern. Nach der Höhe der Mittelwerte betrachtet, fällt die Relevanz der einzelnen Kennzahlen bei den Geschäftsführern tendenziell etwas niedriger aus als bei den Aufsichtsgremien. Das betrifft insbesondere die Investitionsquote, den ROI und die Gesamtkapitalrentabilität.



NUTZUNG FINANZ- UND LEISTUNGSWIRTSCHAFTLICHER KENNZAHLEN ZUR BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT DES KRANKENHAUSES

(Mittelwerte von 1 = Gar nicht bis 5 = Sehr)



■ Aufsichtsräte ■ Geschäftsführer



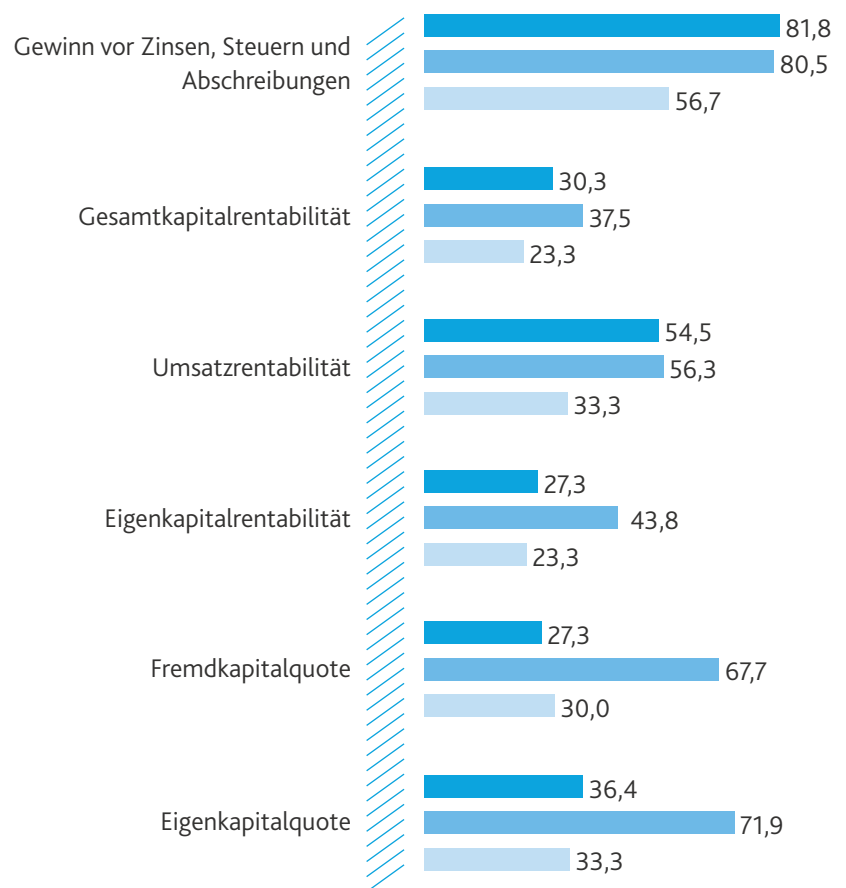
GERINGERE RELEVANZ VON WIRTSCHAFTLICHKEITSKENNZIFFERN IN HÄUSERN MIT VERLUSTEN

In Krankenhäusern mit kontinuierlichen Jahresfehlbeträgen von 2014 bis 2016 verwenden die Geschäftsführer für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit deutlich seltener Rentabilitätskennziffern wie die Umsatzrentabilität oder die Eigenkapitalrentabilität als die Geschäftsführer in Häusern mit Jahresüberschüssen oder wechselnden Ergebnissen.

Das betrifft etwa die Kennziffer „Gewinn vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen“. Während jeweils über 80 % der Geschäftsführer in Krankenhäusern mit Jahresüberschüssen bzw. wechselnden Ergebnissen die EBITDA-Kennziffer verwenden, sind es in den Krankenhäusern mit Jahresfehlbeträgen lediglich rund 57 % der Geschäftsführer.

Noch größer sind die Unterschiede bei der Eigen- und Fremdkapitalquote. Beide Quoten werden in über zwei Dritteln der Häuser mit Jahresüberschüssen von den Geschäftsführern ziemlich oder sehr zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit ihres Hauses verwendet. Dagegen erfolgt in nur rund einem Drittel der kommunalen Krankenhäuser mit Jahresfehlbeträgen eine vergleichbare Verwendung seitens der dortigen Geschäftsführer.

VERWENDUNG VON FINANZWIRTSCHAFTLICHEN KENNZAHLEN ZUR BEURTEILUNG DER WIRTSCHAFTLICHKEIT NACH WIRTSCHAFTLICHER LAGE (Geschäftsführer mit Antworten "sehr" und "ziemlich" in %)



■ Wechselnde Ergebnisse ■ Jahresüberschüsse ■ Jahresfehlbeträge

GESCHÄFTSFÜHRER SETZEN MEHRHEITLICH AUF EXPANSION UND VERNETZUNG

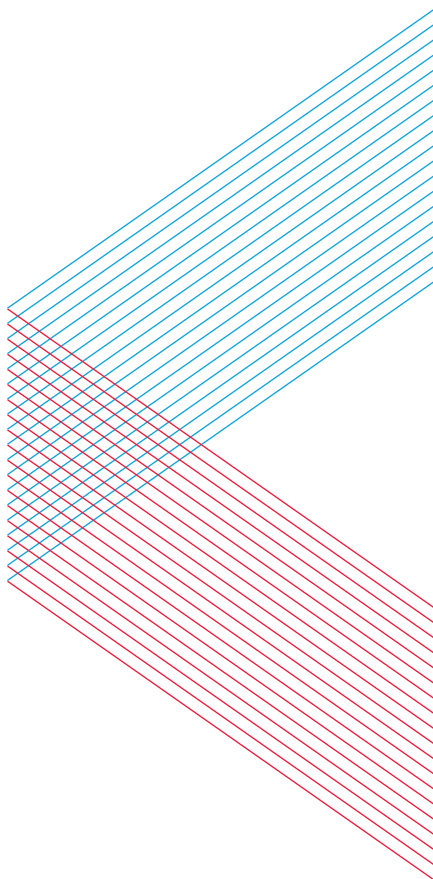
Um einschätzen zu können, welche Aspekte Gegenstand der künftigen Krankenhausstrategie sind, wurden den Befragten strategische Handlungsbereiche zur Auswahl vorgelegt. Konkret sollten Aufsichtsgremien und Geschäftsführer angeben, inwieweit die ausgewählten Handlungsoptionen aus ihrer Sicht Gegenstand der Krankenhausstrategie in den nächsten fünf Jahren sind. Betrachten wir zunächst die Ergebnisse für die Geschäftsführer.

Viele kommunale Krankenhäuser setzen auf Expansion. Die meisten Krankenhausgeschäftsführer (80 %) halten den Aufbau neuer Leistungsbereiche bzw. neuer Geschäftsfelder für sehr oder ziemlich wichtig für die Krankenhausstrategie der nächsten fünf Jahre. Ein ähnlich großer Anteil an Krankenhäusern (75 %) hält Steigerungen der Leistungsmengen für eine wichtige strategische Option. Aber nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich stehen die Zeichen auf Ausbau. 67 % der Geschäftsführer kommunaler Krankenhäuser setzen künftig auf eine stärkere Beteiligung an der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Region. Daneben ist eine deutliche Veränderung von Leistungsschwerpunkten eine strategische Handlungsoption.

Ein weiterer strategischer Schwerpunkt der nächsten fünf Jahre bildet die kommunale Vernetzung vor allem über eine integrierte Versorgung mit anderen Leistungssektoren und die Netzbildung bzw. Kooperation mit anderen kommunalen Krankenhäusern außerhalb der eigenen Trägerschaft (etwa in angrenzenden Kommunen und

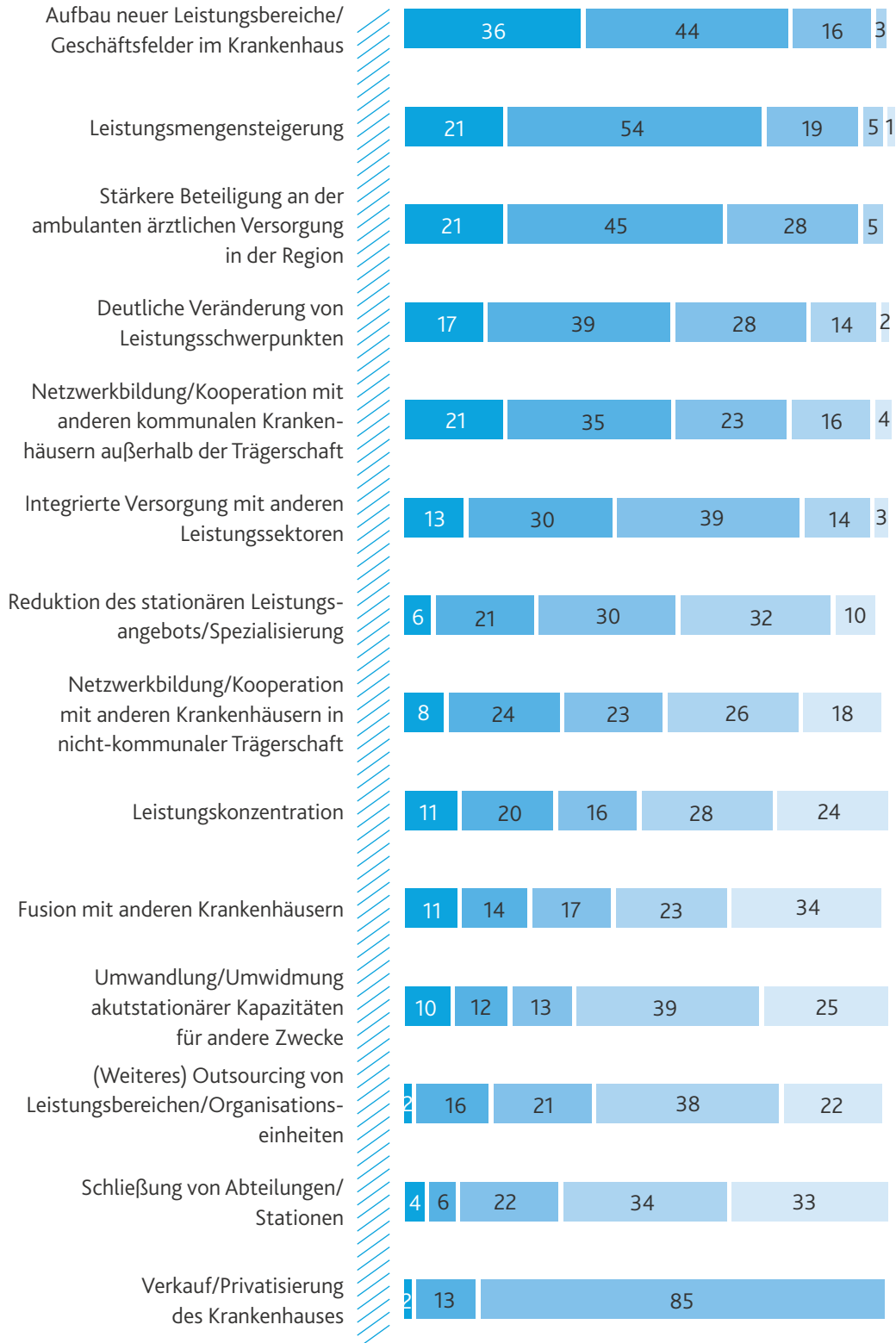
Gebietskörperschaften). Eine entsprechende Kooperation mit anderen Krankenhäusern in nicht kommunaler Trägerschaft (z. B. kirchliche Träger) wird dagegen deutlich skeptischer gesehen.

Kapazitätsabbau und die Aufgabe der rechtlichen Selbständigkeit als kommunales Krankenhaus sind dagegen für die meisten Geschäftsführer nicht Gegenstand ihrer Krankenhausstrategie für die nächsten fünf Jahre. Eine Reduktion des stationären Leistungsangebots bzw. eine Leistungskonzentration, die Umwandlung von akutstationären Kapazitäten für andere Zwecke und die Schließung von Abteilungen oder Stationen ist nur für eine Minderheit der kommunalen Krankenhäuser eine strategische Option. Eine Fusion mit anderen Krankenhäusern sowie vor allem der Verkauf oder die Privatisierung des Krankenhauses kommt gleichfalls überwiegend nicht in Betracht.



GEGENSTAND DER KRANKENHAUSSTRATEGIE IN DEN NÄCHSTEN 5 JAHREN

(Geschäftsführer in %)



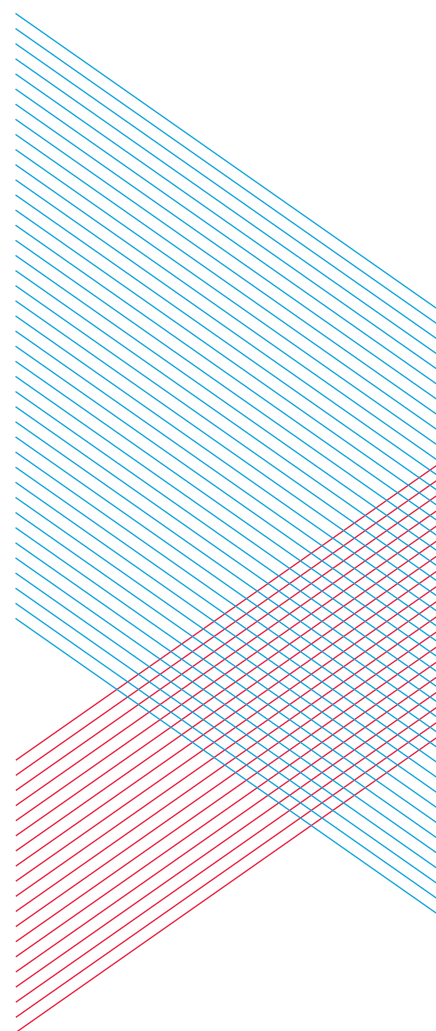
Sehr Ziemlich Mittelmäßig Wenig Gar nicht

GESCHÄFTSFÜHRER UND AUFSICHTSRÄTE VIELFACH EINIG IN DER KÜNFTIGEN STRATEGIE

Analog zu den Geschäftsführern wurden die Aufsichtsgremien befragt, inwieweit ausgewählte Handlungsoptionen aus ihrer Sicht Gegenstand der Krankenhausstrategie in den nächsten fünf Jahren sind. Für den Vergleich der beiden Gruppen wurden die entsprechenden Mittelwerte für die strategischen Handlungsoptionen gegenübergestellt.

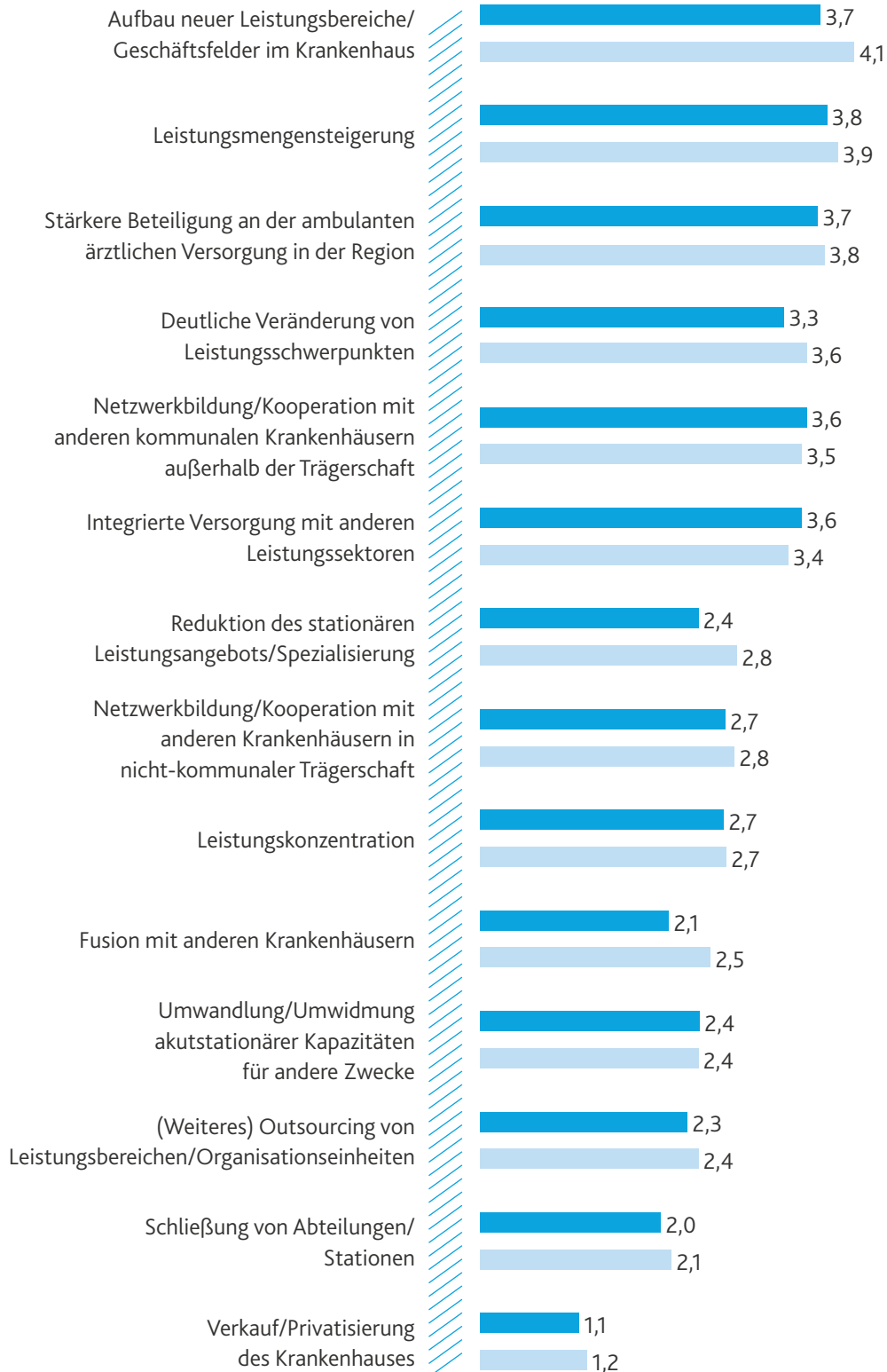
Im Grundsatz sind sich Aufsichtsgremien und Geschäftsführer weitgehend einig bei den strategischen Handlungsoptionen für die nächsten fünf Jahre. Für die Aufsichtsgremien haben Leistungsexpansion und die Vernetzung mit dem kommunalen Umfeld gleichfalls die höchste Priorität bei der strategischen Ausrichtung der beaufsichtigten Krankenhäuser. Kapazitätsabbau und die Aufgabe der rechtlichen Selbständigkeit als kommunales Krankenhaus sind auch für die meisten Aufsichtsgremien nicht Gegenstand ihrer Krankenhausstrategie.

Dennoch fallen teilweise graduelle Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf. So hat der Aufbau neuer Leistungsbereiche und Geschäftsfelder für die Geschäftsführer eine noch größere Bedeutung als für die Aufsichtsgremien. Des Weiteren sind die Geschäftsführer für die Reduktion des stationären Leistungsangebots und die Fusion mit anderen Krankenhäusern tendenziell etwas aufgeschlossener als die Aufsichtsgremien.



GEGENSTAND DER KRANKENHAUSSTRATEGIE IN DEN NÄCHSTEN 5 JAHREN

(Mittelwerte von 1 = Trifft gar nicht zu bis 5 = Trifft voll zu)



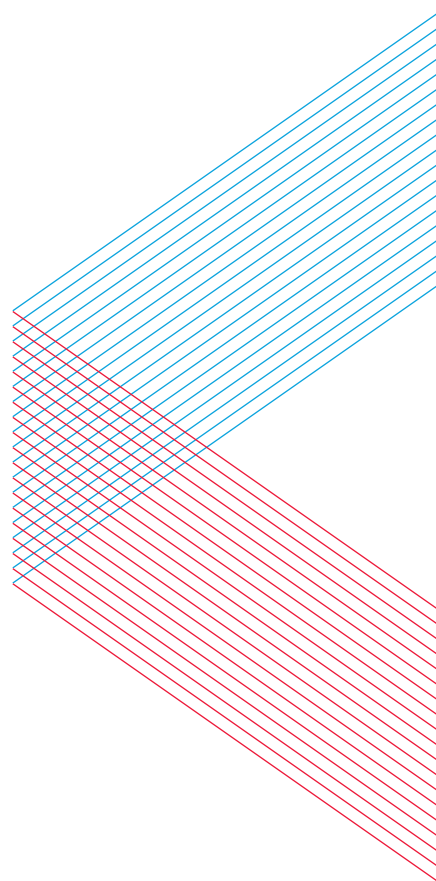
NEGATIVE GESCHÄFTSERGEBNISSE BEGÜNSTIGEN BEREITSCHAFT ZU LEISTUNGSKONZENTRATIONEN

Die Bereitschaft der Geschäftsführer zu einer stärkeren Fokussierung des Angebots hängt insbesondere von der wirtschaftlichen Lage ihres Krankenhauses ab. Geschäftsführer von Krankenhäusern mit Jahresfehlbeträgen in den Jahren 2014 bis 2016 setzen eher auf eine Einschränkung oder Konzentration ihres Leistungsangebots als ihre Kollegen mit besseren Ergebnissen. Die Geschäftsführer von Krankenhäusern mit Jahresfehlbeträgen erwägen überdurchschnittlich häufig

- die Schließung von Fachabteilungen oder Stationen,
- eine Leistungskonzentration oder
- eine Umwandlung/ Umwidmung von akutstationären Kapazitäten für andere Zwecke.

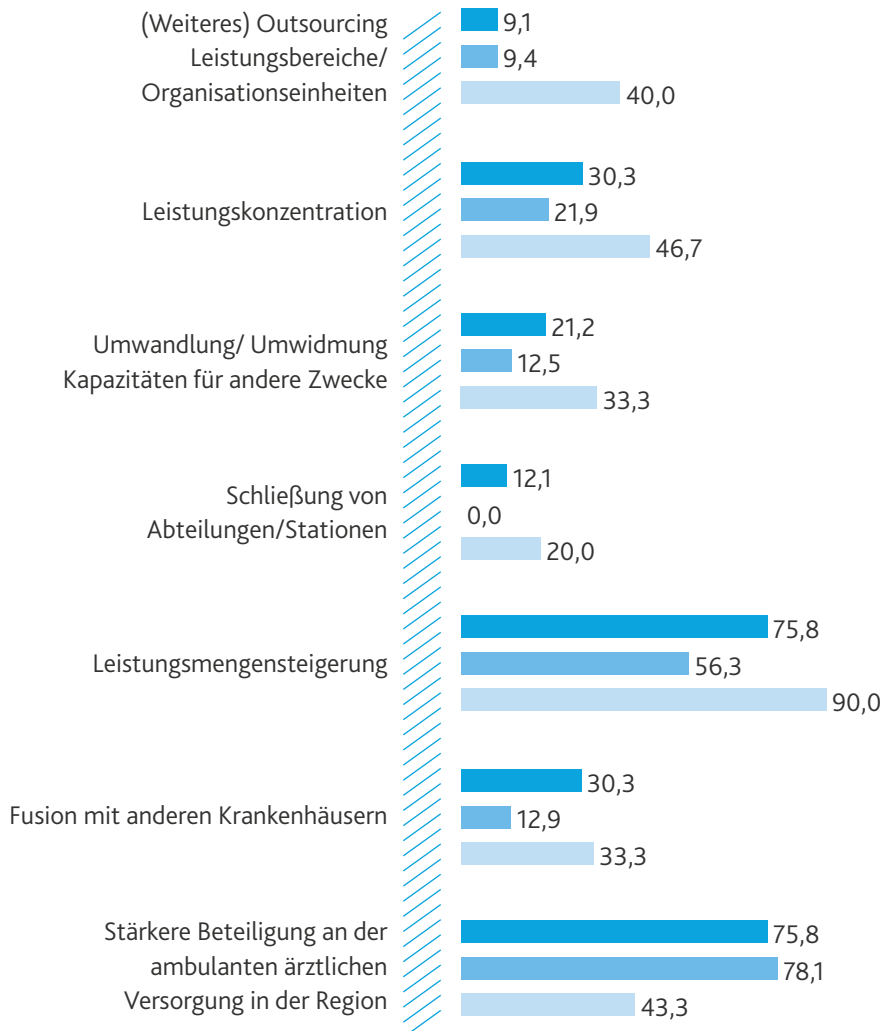
Die Fusion mit anderen Krankenhäusern wird nur von weniger als 10 % der Geschäftsführer von Krankenhäusern mit Jahresüberschüssen als eine wichtige Option für die nächsten Jahre gesehen. Für ein Drittel der Geschäftsführer der Krankenhäuser mit Jahresfehlbeträgen ist

das allerdings ein wichtiger Bestandteil ihrer strategischen Überlegungen. Dagegen sieht nur eine Minderheit dieser Geschäftsführer in der stärkeren Beteiligung an der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Region eine strategische Option. Ganz anders sehen dies die Geschäftsführer der Krankenhäuser mit Jahresüberschüssen bzw. wechselnden Ergebnissen. Für jeweils mehr als drei Viertel dieser Geschäftsführer stellt die Ausdehnung in den ambulanten Bereich eine wichtige strategische Maßnahme dar.



GEGENSTAND DER KRANKENHAUSSTRATEGIE IN DEN NÄCHSTEN 5 JAHREN NACH WIRTSCHAFTLICHER LAGE

(Geschäftsführer mit Antworten "sehr" und "ziemlich" in %)



■ Wechselnde Ergebnisse ■ Jahresüberschüsse ■ Jahresfehlbeträge

BEI KOMMUNALEN AUFSICHTSRÄTEN UND GESCHÄFTSFÜHRERN HERRSCHT EINE KONSENSKULTUR VOR

Aufsichtsgremien und Geschäftsführer sollten jeweils angeben, wie sie wechselseitig Art und Qualität ihrer Zusammenarbeit einschätzen. Schwerpunkte bildeten die Kommunikation und Kooperation zwischen den beiden Gruppen. Insgesamt wird deutlich, dass die Zusammenarbeit von Aufsichtsgremien und Geschäftsführern beiderseits positiv bewertet wird, wenngleich in unterschiedlicher Ausprägung.

Betrachten wir zunächst die Ergebnisse für die Kommunikation von Aufsichtsgremien und Geschäftsführern. Hier sollten sich die Befragten u. a. zur wechselseitigen Informationsübermittlung äußern. Dabei zeigt sich, dass sich bei insgesamt hohem Informationsniveau, das Aufsichtsgremium von der Geschäftsführung tendenziell besser informiert fühlt als umgekehrt.

So sehen sich 93 % der Aufsichtsgremien durch die Geschäftsführung in allen wichtigen Fragen hinreichend informiert. 78 % der Geschäftsführer sehen sich ihrerseits durch die Aufsichtsgremien hinreichend informiert. 95 % der Aufsichtsratsvorsitzenden fühlen sich seitens der Geschäftsführung in allen wichtigen Fragen auch zeitnah informiert. Bei den Geschäftsführern sind es 85 %, die sich zeitnah vom Aufsichtsratsvorsitzenden informiert fühlen.

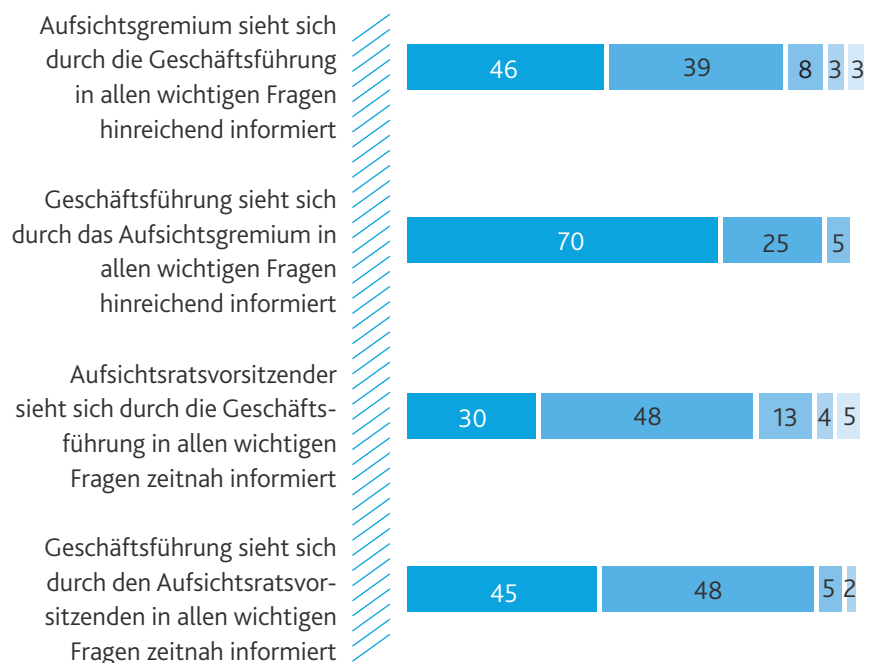
Des Weiteren sind die Befragten überwiegend der Ansicht, dass Aufsichtsgremium und Geschäftsführung offen über Probleme kommunizieren. Dieser Aussage stimmten 90 % der Aufsichtsgremien und 77 % der Geschäftsführer voll oder ziemlich zu. Auch zwischen den turnusmäßigen

Aufsichtsratssitzungen kommunizieren der Aufsichtsratsvorsitzende und die Geschäftsführung regelmäßig. Jeweils rund 90 % stimmten dem entsprechenden Item zu.

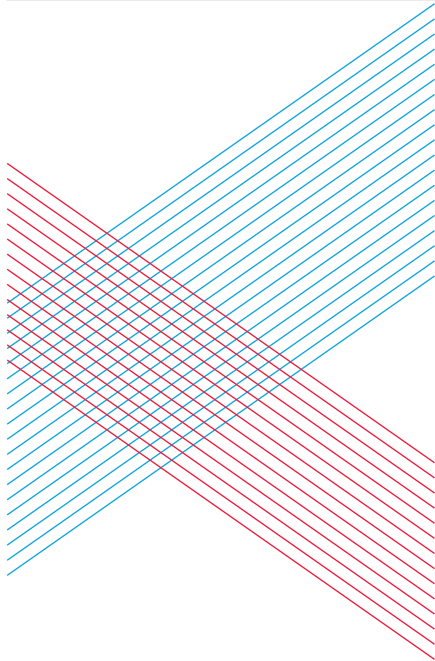
Was die Kooperation angeht, bindet das Aufsichtsgremium die Geschäfts-

ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN AUFSICHTSGREMIUM UND GESCHÄFTSFÜHRUNG I

(Aufsichtsräte- bzw. Geschäftsführer in %)



■ Trifft voll zu
 ■ Trifft ziemlich zu
 ■ Trifft teilweise zu
■ Trifft kaum zu
 ■ Trifft gar nicht zu



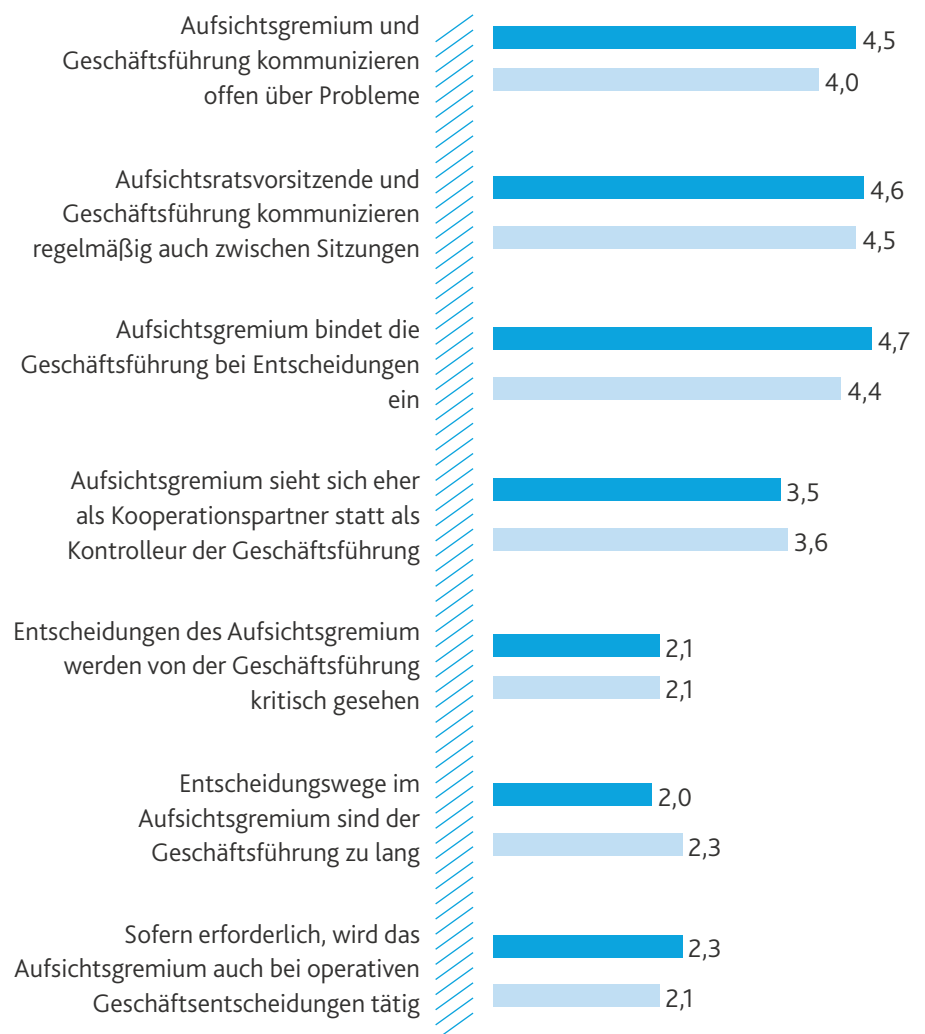
führung bei seinen Entscheidungen weitreichend ein. Diesbezüglich waren sich die befragten Aufsichtsgremien und Geschäftsführer im Grundsatz einig. Sofern aus ihrer Sicht erforderlich, werden die Aufsichtsgremien auch partiell bei operativen Geschäftsentscheidungen tätig.

Eher selten werden die Entscheidungen der Aufsichtsgremien von der Geschäftsführung kritisch betrachtet. 2 % (Aufsichtsgremien) bzw. 6 % (Geschäftsführer) stimmten dem entsprechenden Item voll oder ziemlich zu. Lange Entscheidungswege im Aufsichtsgremium beklagen 9 % der Aufsichtsgremien und 13 % der Geschäftsführer (Antwortalternativen: trifft voll/ ziemlich zu).

In ihrem Selbstverständnis sehen sich die befragten Aufsichtsgremien schließlich nicht nur als Kontrolleur der Geschäftsführung, sondern auch als Kooperationspartner. Diese Auffassung wird ähnlich auch von den Geschäftsführern geteilt.

ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN AUFSICHTSGREMIUM UND GESCHÄFTSFÜHRUNG II

(Mittelwerte von 1=Trifft gar nicht zu bis 5=Trifft voll zu)



■ Aufsichtsräte ■ Geschäftsführer

IMPRESSUM

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

Im Zollhafen 22
50678 Köln
Telefon: +49 221 97357-0
Telefax: +49 221 7390395

www.bdo.de

Sitz der Gesellschaft: Hamburg
Amtsgericht Hamburg – HR B 1981

© 2017 BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Alle Rechte vorbehalten

Dieses Dokument wurde mit Sorgfalt erstellt, ist aber allgemein gehalten und kann daher nur als grobe Richtlinie gelten. Es ist somit nicht geeignet, konkreten Beratungsbedarf abzudecken, so dass Sie die hier enthaltenen Informationen nicht verwerten sollten, ohne zusätzlichen professionellen Rat einzuholen.

Bitte wenden Sie sich an die BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, um die hier erörterten Themen in Anbetracht Ihrer spezifischen Beratungssituation zu besprechen. BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, deren Partner, Angestellte, Mitarbeiter und Vertreter übernehmen keinerlei Haftung oder Verantwortung für Schäden, die sich aus einem Handeln oder Unterlassen im Vertrauen auf die hier enthaltenen Informationen oder darauf gestützte Entscheidungen ergeben.

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eine Aktiengesellschaft deutschen Rechts, ist Mitglied von BDO International Limited, einer britischen Gesellschaft mit beschränkter Nachschusspflicht, und gehört zum internationalen BDO Netzwerk voneinander unabhängiger Mitgliedsfirmen. BDO ist der Markenname für das BDO Netzwerk und für jede der BDO Mitgliedsfirmen.