

1. Krankenhausmanagement

Dem Krankenhausmanagement obliegt die Planung, Organisation und Kontrolle des gesamten betrieblichen Geschehens gemäß Gesetz, Satzung und Geschäftsordnung. Zwischen den Führungspersonen der unterschiedlichen Berufsgruppen sollte eine klare Arbeitsteilung verabredet sein und eine tief greifende und unstrittige Verständigung über die gemeinsam zu regelnden Strukturen und Prozesse im Krankenhausbetrieb herrschen. Zu wesentlichen Punkten zählen Risikomanagement und Compliance-Konzept, die Erwartungen an einen Chefarzt, Kooperationsvorhaben, Finanzierungsfragen und die Wahrnehmung von Kontrollaufgaben sowie grundlegende Fragen zur betrieblichen Steuerung und das Controlling und Ansätze zur Optimierung von Prozessen.

1.1. Risikomanagement und Compliance-Konzept – ein Muss

Risikomanagement ist für viele Krankenhäuser nach dem Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich vom 27.4.1998 (KonTraG) verpflichtend. Hier wird von der Geschäftsführung ein Risikomanagement (i.e. Planung, Organisation, Kontrolle) im Rahmen eines Risikomanagementsystems gefordert. Ähnliches gilt gemäß § 91 (2) AktG. Ein Kontext besteht zu Vorgaben nach § 137 (4) SGB V, wonach das Krankenhaus erstmals für das Jahr 2004 einen strukturierten Qualitätsbericht, u.a. mit Angaben zu Maßnahmen und Ergebnissen der Qualitätssicherung vorzulegen hatte.

1.1.1. Inhalt und Zielsetzung

Generell soll so das Informationsinteresse von Aufsichtsgremien und der interessierten Öffentlichkeit berücksichtigt werden, wobei Aufsichtsgremien naturgemäß weitergehende Auskunftsrechte haben.

Das Risikomanagement ist Aufgabe der Unternehmensleitung und erfordert

- ein Frühwarnsystem,
- ein internes Überwachungssystem,
- ein Controlling und
- eine interne Revision.

In letzter Zeit wird ergänzend ein **Compliance-Konzept** gefordert, um insbesondere sicherzustellen, dass rechtliche und interne Regeln eingehalten und befolgt werden. Ein markantes Beispiel der jüngsten Zeit ist der „Organ-spende-Skandal“ in einigen deutschen Universitätskliniken, wo Patientendaten manipuliert worden waren, um eine schnellere Zuteilung eines Organs zu erreichen. Den Verantwortlichen in einem Krankenhaus drohen zum einen rechtliche Risiken in Form von Regress, Bußgeldern und Sanktionen strafrechtlicher Art, zum anderen Reputationsrisiken. Die Pflicht zu rechtskonformem Verhalten sollte zwar selbstverständlich sein, wesentlich ist indes wie die Verantwortlichen im Krankenhausmanagement dies sicherstellen. Nach einem wegweisenden Urteil haften sie gegenüber dem Unternehmen für ein wirksames Compliance-System (s. Landgericht München [Az. 5 HK O 1387/10], FAZ vom 28./29. Juni 2014, Seite C 2).

Compliance dient ebenfalls der Risikovermeidung, ist danach also Teil des Risikomanagements. Beratungsunternehmen und große Wirtschaftskanzleien sehen in der Materie indes lieber eine eigenständige Beratungsaufgabe.

Risiko ist die Gefahr des Eintritts eines negativen Ereignisses beziehungsweise des Abweichens vom angestrebten Unternehmensziel. Dem gegenüber stehen Chancen, die Planvorgabe zu übertreffen.

Auch bei einem ausgefeilten Risikomanagement ist unternehmerisches Handeln zwangsweise mit dem Eingehen von Risiken verbunden. Die Sanktionierung muss so gestaltet werden, dass Betrug, Eigennutz und fehlendes Risikomanagement bestraft werden, ohne dabei die Bereitschaft zur Übernahme unternehmerischer Risiken zu unterbinden.

Die Unternehmensleitung haftet nach der vorherrschenden Meinung gesamtschuldnerisch, wenn sie es versäumt, ein funktionsfähiges Risikomanagementsystem einzuführen und eine Risikovermeidungsstrategie zu definieren. Neue gesetzliche Verschärfungen, etwa die Verdoppelung der Verjährungsfrist nach dem Aktiengesetz, oder die Tatsache, dass Vorstände und Aufsichtsräte für Pflichtverletzungen schon bei leichter Fahrlässigkeit



haften, hat die Bedeutung eines wirksamen Risikomanagementsystem weiter erhöht – und die Ausgaben für teure Rechtsgutachten steigen lassen.

Das Risikomanagementsystem umfasst alle Entscheidungen und Handlungen, die dazu dienen

- Risiken umfassend und frühzeitig zu erkennen,
- Risiken zu beeinflussen und
- Risiken zu bewältigen.

Ein ganzheitliches Risikomanagementsystem integriert alle Maßnahmen, die die genannten Zielsetzungen haben.

Das Risikomanagement kann (wie das Qualitätsmanagement) in strukturbedingte, prozessbedingte und ergebnisbedingte Risiken gegliedert werden oder es werden Risikogruppen nach strategischen Geschäftsparametern gebildet, wie nachfolgend aufgelistet:

- rechtliche und politische Rahmenbedingungen
- Patienten, Angehörige, niedergelassene Ärzte
- Mitarbeiter, Organisation, interne Prozesse
- Wettbewerber, medizinische Entwicklungen
- technische Zustände und Entwicklungen
- Beschaffungsmarkt, Finanzierung

1.1.2. Ein Beispiel

Die Quantifizierung von Risiken ist nicht einfach. Sie zwingt aber zum Abschätzen von **Risikovermeidungs- und -minderungsstrategien** und kann wie folgt gestaltet werden (mit Beispiel):

- Risikobezeichnung: schwerwiegender Behandlungsfehler
- Potenzielle Ursachen: Verwechslung, mangelhafte Daten
- Beeinflusst welches Ziel: gute Versorgungsqualität
- Organisationseinheit: Fachabteilung
- Verantwortlicher: Chefarzt
- Eintrittswahrscheinlichkeit: mit 75%, 1-mal p.a.
- Schadenshöhe (brutto): 1.500 T€
- Gewichtung: $1.500 \text{ T€} \times 0,75 = 1.125 \text{ T€}$
- Priorität: hoch
- Handlungsbedarf: ja
- Indikatoren: Daten aus CIRS
- Anzeichen für Risikoanstieg: ja

- Gegenmaßnahmen: Checkliste vor OP mit „team-time-out“, Transfusionshandbuch einführen
- Bewertung nach Gegenmaßnahmen: Risikoverminderung auf 40%
- Risikostatus: versichert
- Verantwortlich für Bericht: Ärztlicher Direktor

So erfasste (Brutto-)Risiken sollten in wesentliche (existenzgefährdende, etwa über 500 T€), mittlere (100–500 T€) und geringe Risiken (unter 100 T€) untergliedert werden, wobei die Zuständigkeit/Verantwortlichkeit bei wesentlichen Risiken bei den Mitgliedern der Krankenhausleitung, bei mittleren Risiken bei den Dezernenten oder Chefärzten und bei geringen Risiken bei Abteilungsleitern (bzw. Oberärzten) liegen kann.

Gegenstrategien führen von einem Bruttoisiko über gezielte Strategien zur Risikovermeidung, indem zu risikoreiche Bereiche aufgegeben werden und zum anderen Risikoverminderungsstrategien durch technische oder prozessuale Veränderungen entwickelt und umgesetzt werden sowie zur Risikoabwälzung durch eine Versicherung zu einem regelhaft nicht zu vermeidenden Restrisiko.

1.1.3. Praktische Bewertung und Umsetzung

In der praktischen Bewertung ist festzuhalten, dass die im Krankenhaus über die Zeit gewachsenen Strukturen und Abläufe regelhaft eine erste Absicherung gegen vielfältige Risiken enthalten. Zu nennen sind Standards für Aufklärung der Patienten und Vorgaben zur Dokumentation, der Facharztstandard, Vorschriften bezüglich Gerätesicherheit, Jahresabschlusspflicht und ähnliches mehr. Hierzu bestehen rechtliche Grundlagen, die von der Rechtsprechung und/oder dem Gesetzgeber weiter entwickelt werden. Das Management des Krankenhauses hat die ständige und verantwortungsvolle Pflicht die von Zeit zu Zeit notwendigen Aktualisierungen umzusetzen, um ein sogenanntes Organisationsverschulden, das im Schadensfalle die Beweislast oft umkehrt, auszuschließen.

Ergänzend zu Behandlungsrisiken sind in der Praxis insbesondere technische, ökonomische und Risiken aus (mangelhafter) Zuständigkeitsregelung und Überwachung von großer Bedeutung.

Im Rahmen eines Risikoberichts sollten nach Möglichkeit gestützt durch ein Softwareprogramm das Risikoinventar und eine Katalogisierung und Priorisierung und von kritischen Risiken, etwa strukturiert nach strategischen Risikogruppen, aufgebaut werden. Im Rahmen der erforderlichen Aufbau- und Ablauforganisation für das Risikomanagement werden Berichtszyklen und Eskalationsmechanismen an Krankenhausmanagement und Aufsichtsrat definiert. Dabei wird die Risikosensibilität besonders gefördert durch stichprobenhafte Kontrolle der Wahrnehmung der Organisati-



onspflichten durch die Chefarzte, Einsatz von Mitarbeitern nach strukturierten Anforderungen oder die strukturierte Erfassung von Beinahefehlern (CIRS-Konzept) und ähnliches.

1.1.4. Risikobericht

Der Risikobericht dokumentiert das Risikomanagementsystem und vor allem die Risikobewertung durch die Krankenhausleitung und die Entscheidungen über Gegenmaßnahmen. Dabei sollten die Einschätzungen und Handlungen der Verantwortlichen transparent dargestellt und somit nachvollziehbar dargestellt werden. Der Risikobericht sollte sich auf das Wesentliche konzentrieren und dient auch der Kommunikation mit den Träger- und Aufsichtsgremien.

Der Risikobericht zwingt zur strukturierten und wiederkehrenden Beschäftigung mit der Erkennung von Risiken und den Möglichkeiten zur Abwendung oder Reduktion von Risiken durch geeignete Verbesserungsmaßnahmen. Dies sichert den angestrebten Nutzen für das Krankenhaus jedoch nur dann, wenn es wirksam organisiert wird und vermieden wird, dass der Risikobericht zur unkritischen Routine wird.

Die Erstellung eines Handbuchs zum Risikomanagement und zum Compliance-Konzept ist zu empfehlen. Hierin wird das System inkl. diverse Checklisten und das ergänzende Compliance-Konzept, dessen wesentlicher Teil die Bestellung von Compliance-Beauftragten ist, beschrieben. Ferner sollte darin festgelegt werden, wie nach einem Zwischenfall verfahren wird und wie sich Mitarbeiter dann zu verhalten haben.

Beachte

Diese Vorkehrungen sind zeitaufwendig. Sobald die Struktur aufgebaut ist, wird der jährlich zu leistende Aufwand jedoch deutlich geringer. Andererseits darf die jährliche Risikoinventur nicht zu einer unreflektierten Routine werden. Der Wunsch nach Minimierung der persönlichen Haftung macht es für alle Mitglieder des Krankenhausmanagements auch in kleineren Krankenhäusern erforderlich, ein Risikomanagementsystem aufzubauen.

1.2. Was darf das Krankenhausmanagement von einem Chefarzt erwarten

Allgemein kann gesagt werden, dass sich die Führungsverantwortung der Chefarzte im Krankenhaus nicht sehr von den Anforderungen an Führungskräfte in anderen Branchen und Wirtschaftsbereichen unterscheidet (s. Sek. II, Kap. 5.1. Gesundheitsberufe sind Berufe wie andere auch). Mitarbeiterpotenziale zu entfalten und eine Abteilung zu führen, sodass die Mit-

arbeiter gerne dort arbeiten und sich einbringen, ist eine zentrale Herausforderung, auch für eine erfolgreiche Gestaltung von Veränderungsprozessen (s. Sek. I, Kap. 5. Innovationen und Veränderungsbereitschaft).

Jedoch werden Ärzte in der Regel in erster Linie unverändert nach medizinisch fachlichen Kriterien für Leitungspositionen ausgewählt (und in Universitätskliniken insbesondere nach ihren Leistungsprofilen in Forschung und Lehre). Die eigentliche Führungskompetenz wird deutlich weniger hinterfragt, was später zu erheblichen Problemen führen kann. Es ist daher wichtig bei der Einstellung eines Chefarztes die einzelnen Kandidaten genau zu prüfen, um eine Fehlentscheidung zu vermeiden. Diese später zu korrigieren ist schwierig und kostet Reputation, Zeit und Geld. Aufgrund hoher Jahresgehälter sind bei fehlendem Nachweis krasser Fehlleistungen vergleichsweise hohe Abfindungen fällig, insbesondere wenn der Chefarzt noch relativ jung ist.

1.2.1. Anforderungen sollten in Stellenausschreibungen beschrieben werden

Die Erwartungen, die eine Krankenhausleitung bzw. der Krankenhausträger an einen Chefarzt hat – ja zur Existenzsicherung haben muss, sind im Wesentlichen fachlicher, kommunikativ-menschlicher, betriebswirtschaftlicher und leitungsbezogener Natur.

Entsprechende Anforderungen sollten in der Stellenausschreibung klar formuliert und die Bewerber sollten im Auswahlverfahren demgemäß, gegebenenfalls auch unter Hinzuziehung professioneller Personalauswahlverfahren (Assessment-Center), geprüft werden.

Zu den **fachlichen Kriterien** zählen medizinische Kompetenz und Qualifikation, aufbauend auf Talent, Wissen und Performance, im Sinne nachgewiesener Leistungen und gesichert durch ständige Weiterbildung.

Die **kommunikativ-menschlichen Kriterien** erfordern eine offene und jederzeit dialogbereite Persönlichkeit. Des Weiteren sind kommunikatives Talent, gepaart mit Verständlichkeit und Glaubwürdigkeit für den Umgang mit den vielfältigen Gesprächspartnern, die mit den unterschiedlichsten Wahrnehmungen, Zielen und

Erwartungen auftreten, besonders wichtig. Hier sind insbes. Patienten und deren Angehörige, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen insbesondere im Ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie die niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen zu nennen.

Zu den **betriebswirtschaftlichen Anforderungen** zählt sicherlich eine grundsätzliche Orientierung an Leistung, Effizienz und Effektivität und der Wille, bestimmte Ziele zu erreichen. Das Ergebnis des Mitteleinsatzes kann man in unterschiedlichen Leistungskriterien ausdrücken, wie z.B.:

- Patient mit bestimmter Diagnose in 6 Tagen behandelt,



- kombiniert mit Qualitätskriterien wie ohne Wundheilungsstörung und
- in monetären Größen (z.B. DRG-Erlös 4.800 €).

Der Chefarzt muss diese Terminologie verstehen und er muss in der Lage und Willens sein, die vom Krankenhausmanagement beziehungsweise vom Krankenhausträger definierten betriebswirtschaftlichen Zielsetzungen und die Umsetzung der dazu notwendigen Maßnahmen aktiv zu unterstützen. Zur Gewährleistung dieser Steuerungs- und Führungsaufgaben müssen entsprechende interne Strukturen geschaffen werden (s. Sek. II, Kap. 2. Betriebliche Steuerung und Controlling).

Aufgabe des Chefarztes sollte dabei auch die **konstruktive Mitwirkung** bei der Entwicklung widerspruchsfreier Zielsysteme und von Verfahren zur Austragung von Zielkonflikten sein. Er ist gefordert bei der Festlegung und Weiterentwicklung organisatorischer Grundlagen, um Umfang, Qualität, Zeitbedarf und Kosten der Leistungen planen und steuern zu können. Dabei muss er im Zweifelsfall bereit sein, seine persönlichen Interessen oder die seiner Fachgesellschaft hinter die Interessen seines Arbeitgebers stellen.

Steuernde Eingriffsnotwendigkeiten muss er erkennen und soweit diese in seiner Verantwortung liegen umgehend vollziehen. Die zunehmende Verpflichtung zu Qualität sichernden Verfahren und Maßnahmen inklusive entsprechender Dokumentation machen es erforderlich, dass der Chefarzt dies unterstützt und mitverantwortet und dabei auch die Mitwirkung nach geordneter Mitarbeiter hinreichend sichert

1.2.2. Zusammenarbeit mit der Verwaltung

Hinreichende Kenntnisse arbeitsgesetzlicher und abrechnungstechnischer Rahmenbedingungen und der Kosten für den Ressourcenverbrauch dürfen ebenfalls vom Chefarzt erwartet werden. Im übrigen ist es Aufgabe der Verwaltung des Krankenhauses sich als Dienstleister bei vielen unterstützenden Prozessen im Rahmen der Patientenbehandlung zu sehen und dabei eine Bringpflicht wahrzunehmen bezüglich detaillierter aktueller Daten zu Leistungen, Erlösen und Kosten gegebenenfalls eingeschlossen Zeit- und zwischenbetriebliche Vergleiche (Benchmarking), damit der Chefarzt diese Aufgaben wahrnehmen kann.

Die Verwaltung ist in der Regel mindestens untergliedert in die Bereiche Personal, Finanzen, Einkauf und Versorgung sowie Gebäude und Technik inkl. Medizintechnik. Bei größeren Krankenhäusern ist festzustellen, dass die Datenverarbeitung und Rechtsangelegenheiten ebenfalls als eigenständige Abteilungs- oder Stabsstellen fungieren. Oft sind auch die oben genannten Bereiche nochmals untergliedert, etwa der Finanzbereich in Rechnungswesen und Controlling sowie Patientenaufnahme und -abrechnung, da die zunehmende Komplexität des Krankenhausbetriebes eine

weitere Spezialisierung in der Organisation erfordern kann oder als sinnvoll erscheinen lässt. Die Verwaltung wird durch den Kaufmännischen Direktor geleitet, er ist regelmäßig Mitglied des Leitungsorgans des Krankenhauses und daher für einen Chefarzt oftmals Ansprechpartner bei grundsätzlichen Fragen und Problemen.

Die Apotheke und eventuelle weitere Stabsstellen wie Qualitätsmanagement oder Hygiene nehmen ebenfalls verwaltungsseitige Tätigkeiten wahr, sind fachlich und disziplinarisch jedoch meistens dem Ärztlichen Direktor unterstellt.

Ein Chefarzt wird auf vielfältige Weise Kontakte zu diesen Arbeitsbereichen unterhalten (müssen). Eine professionelle sachliche Umgangsform wird die Lösung allfälliger Konfliktsituationen erheblich erleichtern helfen.

1.2.3. Leitungsaufgaben sind anspruchsvoll

Im Wesentlichen sind unter **leitungsbezogenen Kriterien** zu nennen:

- Führungskompetenz
- Vorbildfunktion
- Durchsetzungsvermögen
- jederzeit freundliche Grundhaltung
- von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen als angenehm und fair empfundenen Umgangsformen

Dies jederzeit nach Maßgabe der Zielsetzung des Krankenhauses wahrzunehmen ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die eine entsprechende Motivation und ein gewisses Maß an Erfahrung erfordert.

Führungsfähigkeiten sind erlernbar – letztlich geht es im Kern um die Schaffung guter Arbeitsmöglichkeiten und die Motivation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie um Hilfestellung bei Problemen oder nach MALIK (Malik 2006) um folgende Aufgaben:

- für Ziele sorgen
- organisieren
- entscheiden
- kontrollieren
- Menschen entwickeln und fördern

Der Chefarzt hat dabei eine große Mitverantwortung, die Unternehmensstrategie und Unternehmensziele glaubwürdig im Handeln und Verhalten zu vermitteln und zu leben. Krankenhäuser geben sich oft Leitbilder und Leitziele, um dies zu unterstützen. Es gibt etliche Techniken und Verfahren die diese Führungsaufgaben unterstützen.



Zu nennen sind Aufbauorganisation und Stellenbeschreibungen, Budgets, mitarbeiterbezogene Einarbeitungskonzepte sowie Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung. Einzelne Mitarbeiter benötigen erfahrungsgemäß unterschiedliche Hilfestellung und können in unterschiedlicher Weise Verantwortung tragen; es bietet sich daher an, das Konzept der „Situativen Führung“ anzuwenden. Danach soll die Eigenverantwortung des Mitarbeiters gefördert werden und sich die Hilfestellung dort konzentrieren, wo Mängel am deutlichsten sind. Regelmäßige Mitarbeiterbeurteilungen verbunden mit einem anschließenden Feedback sind dabei dringend anzuraten.

Beachte

Chefärzte dürfen nicht nur nach fachlichen Kriterien, sondern müssen insbesondere auch nach Führungsqualitäten ausgewählt werden. Die Wahrnehmung von Führungsaufgaben und die wirtschaftliche Mitverantwortung sollten in jährlich zu verhandelnden und abzuschließenden Zielvereinbarungen (s. Sek. II, Kap. 5.5. Zielvereinbarungen) prospektiv konkretisiert werden.

1.3. Kooperationsvorhaben realistisch angehen

Kooperationen gewinnen in den deutschen Krankenhäusern aus unterschiedlichen Gründen an Bedeutung. Es ist unerlässlich potenzielle Kooperationen, die mit anderen Leistungserbringern als auch mit Kostenträgern (s. Sek. I, Kap. 3.1.3. Kostenträgeranalyse) eingegangen werden können, nach Strukturmerkmalen, Nutzen und möglichen Problemen zu beschreiben, um so eine verantwortungsvolle Entscheidung treffen zu können.

Grundsätzlich macht eine Kooperation nur Sinn, wenn sie die Realisierung der Unternehmensziele nachhaltig fördert. Dem können strategische, wirtschaftliche, qualitative oder Risiko begrenzende Überlegungen zugrunde liegen. Da die Begründung von Kooperationen regelmäßig sehr zeit- und pflegeintensiv ist, sollten diese längerfristig angelegt sein, weswegen vor allem strategisch ausgerichtete Kooperationen angestrebt werden sollten (s. Sek. I, Kap. 3.3. Strategie[weiter]entwicklung). Das Vertragscontrolling sollte frühzeitig und offen angesprochen werden.

Kooperationen mit anderen stationären oder ambulanten Leistungserbringern lassen sich insbesondere trennen nach

- Abstimmungen im Leistungsbereich,
- gemeinsame Nutzung von Ressourcen und
- Einkauf von speziellem Know-how.

Häufig gibt es Mischformen, wie der Einsatz von externen Ärzten oder die Mitnutzung von Geräten – so können Ärzte als Honorarärzte im Kranken-

haus tätig werden und dort mit dessen Geräten arbeiten. Die Beschäftigung von Honorarärzten beinhaltet jedoch etliche heikle Probleme insbesondere bezüglich der Sozialversicherung und der Haftung und muss sehr genau geprüft werden. Einfacher sind Kooperationen zwischen Krankenhäusern, wo eine ärztliche Leistung in einem Krankenhaus A, das in der Regel kleiner ist und Bedarf für Konsiliarleistungen hat, durch einen im Krankenhaus B angestellten Facharzt, das in der Regel größer ist, erbracht wird. Damit können im Krankenhaus A Leistungen ausgeweitet oder überhaupt erst erbracht werden und das Krankenhaus B erhält Zugang zum Patientenklitel des Krankenhauses A, sodass beide Krankenhäuser profitieren können. Die ärztliche Leistung wird über die Abordnung eines Facharztes sichergestellt, für diesen ist das Dienstaufgabe.

Über die Regelung zur Liquidation der Behandlung privat versicherter Patienten und zur Fahrkostenerstattung lässt sich die Aufgabe erfahrungsgemäß hinreichend attraktiv gestalten. Vertretungsregelungen sind so ebenfalls ohne Schwierigkeiten realisierbar.

Wichtige Kooperationen gibt es oft auch mit Herstellern von Medizingeräten gegebenenfalls unter Einschluss bauseitiger Leistungen. Ziel ist die Optimierung des klinischen, wirtschaftlichen und technischen Nutzens von Medizingeräten bei mitunter gleichzeitiger Qualitätssteigerung in Form von Modernität oder Verfügbarkeit.

In der Regel wird dazu eine langfristige Vereinbarung mit einem festen Budget ausgehandelt. Eine hohe Transparenz durch regelmäßiges Reporting und zentrale Administration für Einsatzplanung und Optimierung der Serviceprozesse soll die Zielerreichung absichern. Erfahrungsgemäß gelingt dies aber nur, wenn eine stabile Vertrauensbasis besteht. Entsprechend ausgewogen müssen die Ausschreibungs- und Entscheidungskriterien bezüglich der vertraglichen Anforderungen sein. Ferner muss der Status bei Vertragsbeginn und Vertragsende auf vielfältige Weise dokumentiert werden, um Veränderungen erkennen und monetär bewerten zu können.

Kooperationen müssen in der Regel schriftlich vereinbart werden.

Als Phasen der Entscheidungsfindung werden regelmäßig die folgenden durchlaufen:

- Idee und Konzept
- Planung mit vertraglichen Eckpunkten
- interne Prüfung
- Aufbau
- Betrieb
- Kontrolle

Vertragsparameter sind insbesondere:

- Leistungsinhalt, -umfang und -verpflichtete



- Qualitätsanforderungen
- Vergütung und Abrechnung
- Haftungsregeln
- Laufzeit
- sonstige ergänzende Vereinbarungen

Wichtig

Bei allen Kooperationsformen können sich vielfältige Probleme ergeben. Diese sind umso wahrscheinlicher, je eher Erwartungen der Vertragspartner enttäuscht werden. Daher ist es für alle Kooperationspartner wichtig, sich im Vorfeld einer Entscheidung offen über die jeweiligen Erwartungen auszutauschen und vertraglich auch ein Ausstiegsszenario zu vereinbaren.

1.4. Finanzierungsalternativen für Investitionen

Vielen Krankenhäusern fehlen seit Jahren die notwendigen investiven Mittel, um erforderliche Modernisierungen bei Geräten und Gebäuden im erforderlichen Maße finanzieren zu können. Im Ergebnis haben die insbesondere von den Ländern zu verantwortende unzureichende Ausstattung der Krankenhäuser mit Investitionsmitteln zu einem bundesweiten Investitionsstau von über 30 Milliarden € geführt. Ein elementarer Teil des dualen Systems, wonach das jeweilige Land dem einzelnen Krankenhaus regelhaft hinreichende Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen hat, wird nicht erfüllt.

Die alternative Finanzierung von Investitionen über Darlehen oder über Eigenmittel scheidet nicht selten an mangelhafter Kreditwürdigkeit oder einer nicht hinnehmbaren Liquiditätsbelastung beziehungsweise der Belastung des künftigen jährlichen operativen Ergebnisses des Krankenhauses aufgrund entsprechender Abschreibungen, was mittlerweile als existenzielles Risiko für viele Krankenhäuser gilt. Daher sind viele Krankenhäuser gezwungen nach anderen, auch unkonventionellen Wegen der Investitionsfinanzierung zu suchen.

1.4.1. Finanzierung von Großgeräten durch den Chefarzt – unter bestimmten Bedingungen möglich

Soweit einzelne Geräte auch im Rahmen von Behandlungen von Privatpatienten durch zur Liquidation berechnete Chefarzte eingesetzt werden, was in der Regel gegeben sein dürfte, bestehen im Kontext zu Kostenerstattungsregelungen zwischen Chefarzt und Krankenhaus in gemeinnützigen Krankenhäusern Möglichkeiten einer für das Krankenhaus günstigen Gerätefinanzierung durch den Chefarzt. Dies basiert im Wesentlichen auf steuerlichen Vorteilen durch eine Investitionsentscheidung, die der Chefarzt an-

ders als das Krankenhaus in Form von Abschreibung und Finanzierungsaufwand hierbei nutzen kann. Aufgrund spezifischer Gegebenheiten kommen hierfür am ehesten längerfristig zu nutzende Großgeräte wie MRT, CT, PET-CT, Augenlaser, Linearbeschleuniger oder Linksherz-Katheder-Meßplatz infrage.

Im Folgenden werden die betriebswirtschaftlichen Eckpunkte dieses Ansatzes beschrieben. Zu steuerlichen Fragen ist im Grundsatz festzustellen, dass die steuerliche Absetzbarkeit der Kosten der Gerätenutzung, wie Voll-leasing oder Abschreibung und Finanzierung sowie Wartung und Reparaturen gesichert ist, wenn der Chefarzt das Gerät eigenständig beschafft und betreibt. Details hängen ab von individuellen Gegebenheiten und können daher hier nicht vertieft werden. Eine vorherige Abstimmung mit dem Finanzamt ist auf jeden Fall anzuraten.

Jede betriebswirtschaftliche Investitionsentscheidung sollte im Mindesten folgende Faktoren berücksichtigen:

- eine realistische Bedarfseinschätzung
- konkrete Vorstellungen über die Gerätekonfiguration
- die erwartete Nutzungszeit
- die Integration in Abläufe und bauliche Gegebenheiten
- eine zutreffende Kalkulation der Beschaffungskosten inklusive eventueller baulicher Maßnahmen
- Folgekosten durch die Bedienung und die Leistungserstellung, Wartung sowie durch korrespondierende Sachmittel etc.

Ferner sind im Krankenhaus und speziell im Hinblick auf die Gerätefinanzierung durch einen Chefarzt folgende Punkte relevant:

- Refinanzierungsmöglichkeiten, insbesondere hinsichtlich des Anteils der Leistungen für privat versicherte Patienten sowie eventuelle besondere ambulante Abrechnungsmöglichkeiten
- bauliche und technische Voraussetzungen und Anforderungen
- Aspekte der Leitung und Organisation
- Mengeneffekte, die möglicherweise durch finanzielle Interessen beeinflusst werden

Des Weiteren sind Verantwortlichkeiten und Haftungsfragen eindeutig zu klären und schriftlich zu vereinbaren. Dazu gehört die Festlegung der Vertragsbeteiligten, Haftungsfragen im Einzelnen und gegebenenfalls die Einbindung des Aufsichtsorgans.

Im Folgenden wird nach Art einer Checkliste der Ablauf der Investitionsentscheidung und Gerätenutzung dargestellt. Abschließend werden die Vertragsbestandteile besonders kommentiert, die ausschlaggebend für die Vorteilhaftigkeit des Modells für das Krankenhaus sind.



Erste Phase (Schaffung der Ausgangsbasis)

Es wird zwischen Krankenhausleitung und Chefarzt grundsätzliche Übereinkunft über die Notwendigkeit der Gerätebeschaffung und der Finanzierung durch den Chefarzt mittels des beschriebenen Modells erzielt. Bauliche und technische Voraussetzungen sind geklärt.

Die Behandlung von Privatpatienten hat einen nicht unwesentlichen Anteil an den mit dem Gerät bewirkten Leistungen, der steuerliche Vorteil durch die Absetzbarkeit der Verfügbarkeit und des Einsatzes des Gerätes von den damit erzielten Einnahmen des Chefarztes ist im Grundsatz durch den Steuerberater beziehungsweise das Finanzamt bestätigt.

Zweite Phase (betriebswirtschaftliche Basiskalkulation)

Die Investitionskosten, Folgekosten und Zeitspanne der Nutzung werden über eine Ausschreibung oder eine Preiseinziehung verbindlich konkretisiert. Leistungsmengen (Ist und Plan) werden abgestimmt. Es erfolgt eine grundsätzliche Abstimmung, wer das erforderliche Personal einstellt und welche Kostenarten in die Berechnung eingehen. Letzteres betrifft insbesondere Gemeinkosten wie Reinigung, Strom, Telefon etc.

Dritte Phase (Optimierung des Modells und Vertragsabschluß)

Nunmehr sind ergänzende Fragen zu klären, etwa zur Versicherung des Gerätes und Haftung gegenüber den Patienten oder wie verfahren wird, wenn der Chefarzt vor Ablauf der üblichen Nutzungszeit des Gerätes ausscheidet.

Gegebenenfalls sind weitere Details zu verhandeln. Auch können Fragen der Risikoverteilung zu klären sein. Ziel ist es die Vereinbarung zu finalisieren und in Kraft zu setzen.

Vierte Phase (Vertragscontrolling)

Die Umsetzungsphase wird im halbjährlichen Abstand von einer gemeinsamen Überprüfung begleitet. Dabei werden die getroffenen Annahmen überprüft, die Erlöse und Kosten rekapituliert und gegebenenfalls Nachjustierungen im Rahmen von vorher abgestimmten Grenzen vereinbart. Ziel sollte dabei sein, bei Bedarf so den beabsichtigten Interessenausgleich sicherzustellen, da für dauerhafte Vereinbarungen die Überforderung eines Partners vermieden werden muss. Zumal nach dem BGB bei unzumutbaren Entwicklungen für einen Vertragspartner immer das Recht zur außerordentlichen Kündigung besteht.

Beachte

Die Vorteilhaftigkeit der Finanzierung von einem Gerät durch einen Chefarzt ergibt sich für das Krankenhaus nach Maßgabe folgender Kriterien:

- finanzielle Möglichkeiten und Engagement des sowie steuerliche Effekte bei dem Chefarzt, die erhebliche Auswirkungen auf das Volumen der Investition und die Risikobereitschaft des Chefarztes haben
- anteilige Nutzung des Gerätes für stationäre GKV-Patienten, die in der Regel innerhalb und aus dem DRG-Erlös durch das Krankenhaus zu finanzieren sind
- Anteil der Generierung eigenständiger leistungsabhängiger Erlöse
- Effizienzsteigerung beim Geräteeinsatz durch Ausweitung der Betriebszeiten und motivationsfördernde Vergütungsbestandteile durch Beschäftigung nachgeordneten Personals durch den Chefarzt
- Minimierung der finanziellen Risiken für das Krankenhaus durch Vereinbarung von Staffelpreisen bei Leistungen für stationäre GKV-Patienten
- Maß des Reputationsgewinns für Krankenhaus und Chefarzt mit Blick auf die regionalen Wettbewerber

1.4.2. Leasing

Die Anmietung von Anlagegütern auf Zeit ist vor allem für Geräte aber auch für Gebäude möglich. Die Konditionen hängen ab vom aktuellen Zins, der Leasingdauer, der Bonität und von Lebensdauer und den voraussichtlichen weiteren Verwendungsmöglichkeiten des Leasingobjektes. Um die Abschreibung zulasten des operativen Ergebnisses zu vermeiden, sollte sichergestellt werden, dass das Leasingobjekt nicht beim Krankenhaus zu bilanzieren ist.

Hinsichtlich der Verbuchung des Objektes in der Bilanz des nutzenden Krankenhauses ist nach dem International Accounting Standards (IAS) Nummer 17, die mit den deutschen Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung vergleichbar sind, zwischen Operate-Leasing und Finance-Leasing-Verträgen zu unterscheiden. Erstere sind normale Mietverträge im Sinne des BGB. Die Gefahr des zufälligen Untergangs und der wirtschaftlichen Entwertung durch technischen Fortschritt trägt der Vermieter. Beim Operate-Leasing können die Leasingobjekte von beiden Seiten ohne längere Kündigungsfrist oder Zahlung von Konventionalstrafen gekündigt werden. Wegen dieser Risikobelastung des Leasing Gebers kommen für solche Verträge nur Wirtschaftsgüter infrage, die von einer größeren Zahl von potenziellen Mietern nachgefragt werden. Objekte im Rahmen des Operate Leasing sind beim Leasing Geber zu bilanzieren und beim Leasing Nehmer entsteht während der Nutzungsdauer ergebnisrelevanter Aufwand für Leasingraten.



Finance-Leasing-Verträge sind für eine zwischen dem Leasing Geber und dem Leasing-Nehmer vereinbarte Grundmietzeit unkündbar. Die Grundmietzeit entspricht maximal der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer. Der Leasing Nehmer trägt das volle Investitionsrisiko, insbesondere auch die Gefahr der Überalterung im Zuge des technischen Fortschritts. Die Mietraten werden so bemessen, dass sich das Leasingobjekt nach Ablauf der Grundmietzeit einschließlich aller Nebenkosten voll amortisiert hat und der Leasing Geber einen Gewinn erzielt hat.

Die für das Krankenhaus durch die Nutzung des Leasingobjektes entstehenden Kosten sind häufig höher als der Kaufpreis des Wirtschaftsgutes. Allerdings fällt der größere Teil dieser Kosten erst später an. Die Vorteilhaftigkeit wird beeinflusst durch die Konditionen, die der Hersteller im Leasingfall fordert beziehungsweise die sich ergeben, wenn eine Leasinggesellschaft mit eventuell hohen Stückzahlen zwischengeschaltet ist. Eine generelle Aussage zur Vorteilhaftigkeit von Leasing ist daher schwierig. In der Regel ist Leasing als alternative Form der Bereitstellung von Investitionen in Krankenhäusern nur bedingt geeignet, kann in Einzelfällen aber eine günstige Alternative sein.

1.4.3. Integrierte Managementlösungen

Integriertes Management bedeutet die Kooperation mit einem Hersteller zur kontinuierlichen Kostenoptimierung bei möglicherweise gleichzeitiger Qualitätssteigerung hinsichtlich von Verfügbarkeit und Einsatz bestimmter Investitionsgütergruppen. Die Qualitätssteigerung kann sich in einem geringeren durchschnittlichen Lebensalter der Geräte oder in einer höheren zeitlichen Verfügbarkeit ausdrücken. Gegebenenfalls sind auch zusätzliche Leistungsmerkmale vereinbart. In der Regel wird die erwartete Leistung ausgeschrieben und potenzielle Anbieter haben im Rahmen eines längerfristig angestrebten Vertragsverhältnis einen festen Kostenrahmen anzubieten, wobei ihnen weitgehend freigestellt ist, wie sie den erwarteten klinischen, technischen und wirtschaftlichen Nutzen für das Krankenhaus erreichen. Eine derartige Ausschreibung muss sehr sorgfältig vorbereitet werden, dabei sind vielfältige Definitionen und Abgrenzungen des Status bei Vertragsbeginn und Vertragsende erforderlich. Bei der Auswertung von Angeboten ist auf Vergleichbarkeit der Leistung zu achten.

Wirtschaftliche Vorteile sind nach einem derartigen Konzept für das Krankenhaus und den auszuwählenden Vertragspartner insbesondere durch eine zentrale Administration sowie die Einsatzplanung von Wartungstechnikern und bezüglich Reparaturen und weitere Möglichkeiten der Optimierung von Serviceprozessen denkbar. Dazu ist eine hohe Transparenz durch ein regelmäßiges Reporting hilfreich. Gleichwohl sind Streitigkeiten nie auszuschließen. Deshalb sollte eine stabile Vertrauensbasis zwischen den Parteien gewährleistet sein.

1.4.4. Bewertung

Die Gerätefinanzierung durch einen zur Liquidation berechtigten Chefarzt wird auf Einzelfälle der Anschaffung größerer Geräte beschränkt bleiben. Bei entsprechendem Verhandlungsgeschick kann eine voll umfängliche Geräternutzung für alle Krankenhauspatienten ohne zusätzliche Bindung von Investitionsmitteln für das Krankenhaus ermöglicht werden.

Leasing eignet sich vor allem, wenn die mit der Investition ermöglichte Ersatz- oder Neubeschaffung unter Einbeziehung des geleasteten Wirtschaftsgutes zur deutlichen Verbesserung der Wirtschaftlichkeit führt. Für diesen Fall rechnet sich auch ein in der Regel vergleichsweise teures Leasing-Angebot.

Integriertes Management eignet sich vor allem für hochkomplexe Geräte für deren Wartung immer externe Fachkräfte erforderlich sind und wenn stets moderne Geräte zu einem festen Budget verfügbar sein sollen. Wird eine Vielzahl von Geräten in die Vereinbarung einbezogen, besteht für das Krankenhaus während der Vertragslaufzeit keine Möglichkeit den in der Regel zu beobachtenden Wettbewerb unter den Anbietern bei der Beschaffung von Investitionsgütern zu nutzen. Die Vorteilhaftigkeit wird also stark durch die aktuellen Angebote und Konditionen vor Vertragsschluss geprägt.

Im konkreten Fall können im Krankenhaus verschiedene Alternativen der Finanzierung von Investitionen nebeneinander genutzt werden. Da durch Investitionsentscheidungen in der Regel erhebliche Verfügungsmittel langfristig gebunden werden, sollten vor einer Entscheidung mögliche Alternativen hinsichtlich der sich möglicherweise im Laufe der Zeit ändernden Inputgrößen übergeprüft werden. Dazu wird im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse der Einfluss einzelner Inputgrößen auf die Ergebnisgröße ermittelt. Für Krankenhäuser kann es besonders kritisch sein, wenn eine Investition für ein besonderes Behandlungsverfahren getätigt wird, das nur eine einzelne Person beherrscht. Scheidet diese Person aus, wird die Investition möglicherweise wertlos.

1.5. Zur Wahrnehmung von Kontrollaufgaben und interne Revision

Neben Planung und Organisation hat das Management die Aufgabe die betrieblichen Ergebnisse zu kontrollieren. Hierbei gibt es zwei Schwerpunkte: **Betriebliche Steuerung und Controlling**, die Systeme schaffen und in Gang halten (s.u.), und die **interne Revision**, die diese Systeme auf Tauglichkeit prüft und damit auch ein wesentlicher Teil des Risikomanagements darstellt.

Im Einzelnen gehören zu den Aufgaben der Internen Revision insbesondere:



- Prüfungen im Bereich des Finanz- und Rechnungswesens (z.B. die Einholung von Saldenbestätigungen)
- Prüfungen im organisatorischen Bereich (z.B. ob definierte Bestellobergrenzen eingehalten werden)
- Prüfungen von Managementleistungen als Vergangenheit orientierte Ursachenforschung
- zukunftsorientierte Schwachstellenforschung, insbesondere bezüglich Risikofaktoren und Frühwarnsystemen
- Beratung bei und Begutachtung von Verbesserungsvorschlägen im Rahmen der genannten Aufgabenstellungen

Den Auftrag zu diesen Prüfungen erteilt das Management. In der Praxis wird die Interne Revision dem Krankenhausmanagement häufig ex ante einen Prüfungsplan vorlegen. Die Prüfungsmaßnahmen werden von einer unternehmensinternen Person durchgeführt, die weder in den Arbeitsablauf einbezogen noch für das Ergebnis des überwachten Prozesses verantwortlich ist. Zu Art, Umfang und Ergebnis der Prüfung muss immer schriftlich, hinreichend ausführlich und mit der gebotenen Klarheit berichtet werden. Die aus den Ergebnissen der Prüfung abgeleiteten und klar zu formulierenden Empfehlungen sind später zu überprüfen, ob und mit welchem Erfolg eine Umsetzung stattfand.

Beachte

Je komplexer ein System wird und je häufiger dv-gestützte Verfahren eingesetzt werden, umso öfter können Prozesslücken entstehen, was besonders bei der Leistungsabrechnung auftreten kann. Deshalb sollte das Management die Interne Revision beauftragen, geeignete Kontrollrechnungen durchzuführen. Etwa wenn medizinische Sachgüter zum Einsatz bei ambulanten selbst zahlenden Patienten vom Chefarzt abgerechnet, aber vom Krankenhaus beschafft werden oder hinsichtlich der Weiterverrechnung von Zytostatika, die von der Apotheke beschafft und bei ambulanten Patienten eingesetzt werden.