

Daniela Bode und Helene Wiens

2.1 Einführung

Ebenso wie der Economic Value Added (EVA) ist auch der Return on Capital Employed (ROCE) den wertorientierten Kennzahlen zuzuordnen. Neben EVA zählt ROCE zu den bekanntesten wertorientierten Kennzahlen in Deutschland.¹ In diesem Beitrag soll untersucht werden, ob die Einrichtung von ROCE als Spitzenkennzahl ein geeignetes Konzept für Krankenhäuser darstellt um die Unternehmenswertsteigerung zu messen und eine wertorientierte Lenkung zu ermöglichen. Dazu erfolgt zunächst eine nähere Begriffsdefinition der Kennzahl ROCE. Im Anschluss erfolgt die Übertragung der ROCE-Konzeption auf das Krankenhaus. Die Übertragung beginnt mit dem bilanziellen Vorgehen, hier werden die Besonderheiten des Krankenhauses bezüglich der Ermittlung von ROCE herausgearbeitet. Veranschaulicht wird das bilanzielle Vorgehen anhand eines Beispielkrankenhauses. Die Daten und Zahlen stammen aus einer Bilanz und GuV, die in dem Elektronischen Bundesanzeiger veröffentlicht wurde. Sie sind aber so verändert worden, dass sie in sich schlüssig sind, aber Rückschlüsse auf das Beispielhaus nicht ohne Weiteres vorgenommen werden können. Im wertorientiertem Vorgehen wird dann auf die interne Lenkung über diese Kennzahl eingegangen. Dazu wird zu Beginn das Werttreibermanagement erläutert und Werttreiber im Krankenhaus aufgezeigt. Zum Ende des Beitrags wird die praktische Anwendung der Spitzenkennzahl für Krankenhäuser diskutiert.

Daniela Bode, M. A. ✉

Niels-Stensen-Kliniken, Osnabrück, Deutschland

Helene Wiens, M. A.

Agaplesion Diakonieklinikum, Rotenburg (Wümme), Deutschland

¹ Vgl. Beck (2003, S. 109).

2.2 Begriffsdefinition ROCE

Bei der Kennzahl Return on Capital Employed (ROCE) handelt es sich um eine wertorientierte Kennzahl, die sich auf den Periodenerfolg und buchhalterische Größen bezieht. Zudem handelt es sich bei ROCE um eine relative Kennzahl, also eine Verhältniszahl, da sie die Relation zum eingesetzten Kapital herstellt.² Damit wird sie den Rentabilitätskonzepten zugeordnet. ROCE „beschreibt, wie effizient und profitabel eine Unternehmung mit dem ihr zu Verfügung stehenden Eigen- und Fremdkapital umgeht.“³ „Der ROCE zeigt, wie effektiv eine Firma ihr Kapital für die Erzielung von Gewinn einsetzt.“⁴ Die Kennzahl gibt also die Verzinsung des effektiv eingesetzten Kapitals wieder.

Häufig wird ROCE auch als eine Weiterentwicklung der Gesamtkapitalrentabilitätskennzahl bezeichnet. Im Gegensatz zur Gesamtkapitalrentabilität wird beim ROCE das operative Ergebnis (NOPAT) mit dem Capital Employed (CE), also dem betriebsnotwendigen Kapital ins Verhältnis gesetzt. Die Erfolgsmessung beschränkt sich somit auf das Wesentliche und Relevante aus Sicht der Unternehmung.

2.3 Bilanzorientiertes Vorgehen

Das bilanzielle Vorgehen dient dazu, einer Unternehmung und somit auch dem Krankenhaus aufzuzeigen, wo Lenkungspotenzial besteht. Die Lenkung selbst wird mithilfe eines Werttreibermanagements ermöglicht. ROCE wird wie folgt berechnet:

$$\text{ROCE} = \frac{\text{EBIT}}{\text{CE}} \quad \text{oder} \quad \text{ROCE} = \frac{\text{NOPAT}}{\text{CE}}.$$

Zur Ermittlung des Zählers wird auf die Zahlen der Gewinn und Verlustrechnung (GuV) zurückgegriffen; für die Ermittlung des Nenners auf die Bilanz. Aufgrund der Besonderheiten im Bereich der Rechnungslegung der Krankenhäuser müssen relevante Unterschiede in der Bilanz und GuV berücksichtigt werden.

Allgemein unterliegen Krankenhäuser bei der Erstellung der Bilanz sowie GuV neben den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (HGB)⁵ ebenso den Rechtsvorschriften der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV)⁶. Die Rechtsform des Krankenhauses entscheidet darüber, welche Rechtsvorschrift Anwendung findet. Kapitalgesellschaften haben neben den Vorschriften der KHBV, die des HGB zusätzlich zu beachten. Allerdings besteht ein Wahlrecht für die Erstellung des Jahresabschlusses. Dieses beinhaltet die Wahl

² Vgl. Beck (2003, S. 69).

³ Lang (2009, S. 123).

⁴ Lang (2009, S. 123).

⁵ Die Bilanz erfolgt nach § 266 und die GuV nach § 275 HGB. Vgl. juris. (2011): o. S. online im Internet.

⁶ Die Bilanz erfolgt nach Anlage 1 zur KHBV und die GuV nach Anlage 2 zur KHBV. Buzer (2011): o. S. online im Internet.

Tab. 2.1 Bilanzaufstellung (Aktiva) nach KHBV anhand des Modellkrankenhauses

Aktiva		
A. Anlagevermögen		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		2.810.000,00 €
II. Sachanlagen		
1. Grundstücke und grundstückgleiche Rechte mit Betriebsbauten	60.000.000,00 €	
2. Grundstücke mit Wohnbauten	370.000,00 €	
3. Technische Anlagen	550.000,00 €	
4. Einrichtungen und Ausstattung	10.500.000,00 €	
5. Geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau	1.400.000,00 €	72.820.000,00 €
III. Finanzanlagen		
1. Anteile an verbundenen Unternehmen		13.000,00 €
2. Beteiligungen	425.000,00 €	
3. Wertpapiere des Anlagevermögens	6.400.000,00 €	
4. Genossenschaftsanteile	9.000,00 €	6.847.000,00 €
B. Umlaufvermögen		
I. Vorräte		
1. Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	2.300.000,00 €	
2. Unfertige Leistungen	2.100.000,00 €	4.400.000,00 €
II. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen aus Lieferung und Leistung	15.000.000,00 €	
2. Forderungen an Gesellschafter	2.600.000,00 €	
– davon mit einer Restlaufzeit von einem Jahr	2.300.000,00 €	
3. Forderungen nach dem KHG	8.600.000,00 €	
– davon nach dem KHEntgG	1.500.000,00 €	
4. Forderungen gegen verbundene Unternehmen	800.000,00 €	
5. Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht	100.000,00 €	
6. Sonstige Vermögensgegenstände	1.000.000,00 €	28.100.000,00 €
III. Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten		2.200.000,00 €
C. Ausgleichsposten nach dem KHG		
Ausgleichsposten für Eigenmittelförderung		3.700.000,00 €
D. Rechnungsabgrenzungsposten		
Andere Abgrenzungsposten		260.000,00 €
		121.137.000,00 €

Tab. 2.2 Bilanzaufstellung (Passiva) nach KHBV anhand des Modellkrankenhauses

Passiva		
A. Eigenkapital		
1. Gezeichnetes Kapital	1.000.000,00€	
2. Kapitalrücklagen	59.000.000,00€	
3. Verlustvortrag	–5.250.000,00€	
4. Jahresüberschuss	1.311.000,00€	56.061.000,00€
B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens		
1. Sonderposten aus Fördermitteln nach dem KHG	36.000.000,00€	
2. Sonderposten aus Zuwendungen Dritter	300.000,00€	36.300.000,00€
C. Rückstellungen		
1. Pensionsrückstellungen	120.000,00€	
2. Sonstige Rückstellungen	7.000.000,00€	7.120.000,00€
D. Verbindlichkeiten		
1. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	8.300.000,00€	
– davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr	250.000,00€	
2. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	3.000.000,00€	
– davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr	3.000.000,00€	
3. Verbindlichkeit nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht	7.400.000,00€	
– davon nach dem KHEntgG	0,00€	
– davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr	7.400.000,00€	
4. Verbindlichkeiten gegenüber verbundenen Unternehmen	600.000,00€	
– davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr	600.000,00€	
5. Verbindlichkeiten gegenüber Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht	0,00€	
– davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr	0,00€	
6. Sonstige Verbindlichkeiten	2.100.000,00€	
– davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr	2.100.000,00€	21.650.000,00€
E. Rechnungsabgrenzungsposten		6000,00€
		121.137.000,00€

zwischen der Erstellung des Jahresabschluss nach KHBV oder zwei Jahresabschlüssen nach KHBV und HGB. Um die Ermittlung der ROCE Kennzahl unter Berücksichtigung der Besonderheiten von Krankenhäusern darzustellen, wird auf die Bilanz (siehe Tab. 2.1 und 2.2) und GuV nach den Vorschriften der KHBV zurückgegriffen und anhand eines Beispielkrankenhauses verdeutlicht.

Unterschiede in der Bilanz nach KHBV resultieren im Wesentlichen aus der Finanzierung der Krankenhäuser.⁷ So enthält die krankenhausspezifische Bilanz (nach KHBV) neben anderen Posten auch eine feinere Untergliederung. Diese Unterschiede basieren auf der Bilanzierung der Investitionsmittel, nach dem Grundsatz der erfolgsneutralen Verbuchung der Fördermittel. Zu diesem Zwecke werden Sonder- sowie Ausgleichposten gebildet.⁸

Die GuV nach den Vorschriften der KHBV weicht ebenfalls von der GuV nach HGB ab. Dies insbesondere im Bereich der Erlöse, welche aufgrund der speziellen Vergütung gesondert ausgewiesen werden. Um den oben genannten Grundsatz weiterhin zu verfolgen, werden auch in der GuV bestimmte Posten zur Neutralisierung gebildet. Dies betrifft die Postennummern 10–14 aus der Tab. 2.3. Die Erfolgsrechnung soll somit in den Bereichen wie *Erträge aus den Fördermitteln*, *Abschreibungen des Anlagevermögens* sowie Differenzen zwischen Zinsen und Abschreibungen einerseits oder zwischen Zinsen und Darlehensförderung andererseits neutralisiert werden.⁹

Sowohl bei einer Bilanz als auch bei einer GuV sind Unterschiede im Rahmen der Gliederung vorhanden. Aufgrund der Verpflichtung der Krankenhäuser eine Aufstellung der Jahresabschlüsse nach KHBV durchzuführen kann allerdings angenommen werden, dass eine Vielzahl der Krankenhäuser keine weitere Bilanz nach HGB aufstellt, da dies einen zusätzlichen Aufwand darstellt. Im Folgenden wird untersucht, ob die beschriebenen Unterschiede relevant für die Kennzahl ROCE sind. Dies wird im Zähler sowie im Nenner getrennt betrachtet.

2.3.1 Zähler

Der Zähler von ROCE besteht entweder aus dem EBIT oder NOPAT. Zum Zwecke der Ermittlung wird auf die GuV zurückgegriffen. Dabei ist es unerheblich, ob diese auf dem Gesamtkosten-¹⁰ oder auf dem Umsatzkostenverfahren¹¹ beruht.¹²

Unter EBIT wird das operative Ergebnis vor Zinsen, Steuern und Goodwill-Abschreibungen¹³ verstanden.¹⁴ EBIT entspricht dem Betriebsergebnis. Dies umfasst betriebli-

⁷ Vgl. Graumann und Schmidt-Graumann (2007, S. 191).

⁸ Vgl. Fries (2003, S. 54 f.).

⁹ Vgl. Hentze und Kehres (1998, S. 118 f.).

¹⁰ „Beim Gesamtkostenverfahren wird der Periodenerfolg auf der Mengenbasis X_p ermittelt, wobei der Gesamtaufwand X_p die Erlöse X_a berichtigt um wertmäßige Lagerbestandsveränderungen (Ertrag bzw. Aufwand) gegenübergestellt werden.“ Wöhe und Döring (2008, S. 798).

¹¹ „Beim Umsatzkostenverfahren wird der Periodenerfolg auf der Mengenbasis X_a ermittelt, wobei den Umsatzerlösen X_a der Aufwand zur Herstellung der abgesetzten Menge X_a der Umsatzaufwand X_a gegenübergestellt wird.“ Wöhe und Döring (2008, S. 798).

¹² Vgl. Beck (2003, S. 109 ff.).

¹³ Unter Goodwill-Abschreibungen werden Abschreibungen auf den Firmenwert verstanden. Vgl. Hasler (2011, S. 251).

¹⁴ Vgl. Beck (2003, S. 109 ff.).

Tab. 2.3 GuV nach KHBV des Modellkrankenhauses

GuV nach KHBV		
1.	Erlöse aus Krankenhausleistungen	87.000.000,00€
2.	Erlöse aus Wahlleistungen	1.700.000,00€
3.	Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses	3.550.000,00€
4.	Nutzungsentgelte der Ärzte	4.400.000,00€
5.	Erhöhung des Bestands an unfertigen Leistungen	230.000,00€
6.	Zuweisungen und Zuschüsse der öffentlichen Hand sowie Zuwendungen Dritter, soweit nicht unter Nr. 10	380.000,00€
7.	Sonstige betriebliche Erträge	18.750.000,00€
	– davon aus Ausgleichsbeträgen für frühere Geschäftsjahre	440.000,00€
		116.010.000,00€
8.	Personalaufwand	
a)	Löhne und Gehälter	48.400.000,00€
b)	Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	10.657.000,00€
	– davon für Altersversorgung	2.250.000,00€
		59.057.000,00€
9.	Materialaufwand	
a)	Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe	26.000.000,00€
b)	Aufwendungen für bezogene Leistungen	4.750.000,00€
		30.750.000,00€
	Zwischenergebnis	26.203.000,00€
10.	Erträge aus Zuwendungen zur Finanzierung von Investitionen	6.700.000,00€
	– davon Fördermittel nach dem KHG	6.700.000,00€
11.	Erträge aus der Auflösung von Sonderposten nach dem KHG und aufgrund sonstiger Zuwendungen zur Finanzierung des Anlagevermögens	2.250.000,00€
12.	Aufwendungen aus der Zuführung zu Sonderposten nach dem KHG zur Finanzierung des Anlagevermögens	6.725.000,00€
		2.225.000,00€
13.	Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	5.000.000,00€
14.	Sonstige betriebliche Aufwendungen	22.100.000,00€
		27.100.000,00€
	Zwischenergebnis	1.328.000,00€
15.	Erträge aus Genossenschaftsanteilen	450,00€
16.	Erträge aus anderen Wertpapieren des Finanzanlagevermögens	195.000,00€
17.	Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	38.400,00€
18.	Zinsen und ähnliche Aufwendungen	250.000,00€
19.	Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	1.311.850,00€
20.	Steuern	850,00€
21.	Jahresüberschuss	1.311.000,00€

che Erträge und Aufwendungen und verdeutlicht damit den Erfolg des operativen Geschäfts. Im EBIT können allerdings finanzwirtschaftliche, außergewöhnliche, periodenfremde bzw. dispositive Aufwendungen oder Erträge beinhaltet sein, was die Aussagekraft einschränkt und sich damit auch auf die Vergleichbarkeit auswirkt.¹⁵ Zusätzlich existieren, basierend auf den bilanzpolitischen Spielräumen in der Rechnungslegung (insbesondere im Bereich der Aufwendungen), Möglichkeiten die Ergebnisse des EBITs zu beeinflussen bzw. zu manipulieren. Daher wird empfohlen diese Größe um Goodwill-Abschreibungen zu bereinigen um eine bessere Vergleichbarkeit zwischen Unternehmen zu gewährleisten. Nach dieser Bereinigung wird aus dem EBIT das EBITA.¹⁶

Das NOPAT wird als Net Operating Profit after Taxes, bereinigtes operatives Ergebnis nach Steuern, definiert. Bei NOPAT handelt es sich somit um ein bereinigtes EBIT nach Steuern.¹⁷ Das Net wird in diesem Fall nicht vom Netto abgeleitet, es bezieht sich auf die Bereinigungen bzw. Berichtigungen des operativen Ergebnisses von bilanziellen Verzerrungen.¹⁸ Es werden alle relevanten außerordentlichen und aperiodischen Effekte, d. h. über die Goodwill-Abschreibungen hinaus subtrahiert. Zusätzlich werden adjustierte Steuern abgezogen unter der Annahme der vollständigen Eigenfinanzierung.¹⁹ Der steuerliche Vorteil der Fremdfinanzierung wird hier nicht im Gewinn sondern in den Kapitalkosten abgebildet. Damit soll quasi die Doppelbesteuerung vermieden werden. Um die adjustierten Steuern zu berechnen ist es notwendig einen unternehmensspezifischen Grenzsteuersatz zu ermitteln, welcher dann mit dem EBIT multipliziert wird. Zu diesem Zwecke wird zu dem Steueraufwand aus der GuV die Steuereinsparungen aus dem Bereichen der Zinsaufwendungen und implizierten Zinszahlungen auf den Barwert des operativen Leasings addiert. Zudem werden Steuern aus Zinserträgen sowie passive latente Steuern von der Summe subtrahiert. Das Vorgehen verdeutlicht, wie komplex die Ermittlung des Steuersatzes ist.²⁰ Dieser Aufwand kann mittels eines branchenspezifischen Grenzsteuersatzes umgangen werden. Hierzu sind allerdings intensive Recherchen notwendig.

Allgemein ist die Berechnung des NOPAT aufgrund umfangreicher Bereinigungen aufwendiger als die Berechnung des EBIT. In Anlehnung an Hostettler sind die gleichen Conversions für die Bereinigung wie beim Economic Value Added anzuwenden. Diese umfassen Operating Conversions, Funding Conversions, Shareholder Conversions und Tax Conversions. Nach Stewart werden ebenfalls zahlreiche Korrekturen empfohlen um die bilanziellen Spielräume in diesem Bereich zu beseitigen. Die Bereinigungsmöglichkeiten nach Hostettler und nach Stewart differenzieren sich voneinander, was wiederum bedeutet, dass ein gewisser Spielraum bleibt.²¹ Im Rahmen der Conversions oder nach Stewart vorgeschlagenen Korrekturen wird es aufgrund der Änderungen des BilMoGs

¹⁵ Vgl. Seppelfricke (2007, S. 193).

¹⁶ Vgl. Seppelfricke (2007, S. 158).

¹⁷ Vgl. Seppelfricke (2007, S. 159).

¹⁸ Vgl. Hasler (2011, S. 251).

¹⁹ Vgl. Seppelfricke (2007, S. 194).

²⁰ Vgl. Hasler (2011, S. 257).

²¹ Vgl. Seppelfricke (2007, S. 237).

Tab. 2.4 Berechnung der Abschreibungen auf das nicht geförderte AV

Berechnung AfA des nicht geförderten AV:		
AV gesamt		72.820.000,00 €
–	Sonderposten	36.000.000,00 €
=	Nicht gefördertes AV	36.820.000,00 €
–	Grund und Boden (Annahme 25 % des nicht geförderten AV)	9.205.000,00 €
=	Abschreibungspflichtiges nicht gefördertes AV	27.615.000,00 €
Anteil AfA nicht gefördertes AV		
AfA gesamt		5.000.000,00 €
×	Anteil des abschreibepflichtigen nicht geförderten AV an ges. AV	37,92
=	AfA nicht gefördertes AV	1.896.000,00 €

notwendig sein, diese an die Änderungen anzupassen. Beispielsweise eröffnet die Möglichkeit des Aktivierens des immateriellen Sachvermögens ein anderes Vorgehen als bei Shareholder Conversions vorgesehen ist. Festzuhalten ist, dass die zahlreichen Möglichkeiten im Rahmen der Bilanzkorrekturen an die gesetzlichen Änderungen für die detaillierte Anwendung des ROCE-Konzeptes für den Krankenhausbereich anzupassen sind.

Die Ertragskraft des operativen Geschäfts wird bei NOPAT deutlicher wiedergegeben als beim EBIT, daher wird im weiteren Verlauf das NOPAT für die Berechnung der Kennzahl verwendet. Die Berechnungen beziehen sich ausschließlich auf das nicht geförderte Vermögen eines Krankenhauses, da die Ermittlung des ROCE darauf abzielt, herauszufinden, inwiefern sich das eingesetzte Kapital rentiert hat. Folglich wird die Neutralisierung der Investitionsgüter und Fördermittel im Rahmen der GuV (gegebenenfalls Bilanz) aufgehoben. Die Abschreibungen sind in diesem Sinne um den Anteil der Abschreibungen geförderter Anlagegüter zu kürzen. Folgendes Beispiel soll den Rechnungsweg verdeutlichen.

Das Anlagevermögen eines Krankenhauses beträgt 72.820.000 €. Die Sonderposten aus Fördermitteln nach dem KHG betragen 36.000.000 €. Es wird die Annahme getroffen, dass ebenfalls 25 % des Grund und Boden gefördert wurden. Die gesamten Abschreibungen betragen 5.000.000 € (siehe Tab. 2.4).

Die Korrekturen umfassen aus der Tab. 2.5 folgende Bereiche: Bereinigungen und adjustierte Steuern. Bei den Bereinigungen handelt es sich um Ausgleichsbeträge für frühere Jahre aus dem Posten sonstige Erträge, da diese periodenfremd sind. Die adjustierten Steuern werden aus Vereinfachungsgründen in Anlehnung an Fries auf 26,4 % taxiert und mit dem EBIT multipliziert.²² Somit ergibt sich ein betriebsnotwendiges Kapital in Höhe von 985.308,31 € und ein EBIT in Höhe von 1.596.886,29 € (Tab. 2.5).

²² Vgl. Fries (2003, S. 87).

Tab. 2.5 Berechnung EBIT und NOPAT

Berechnung EBIT/NOPAT		
1.	Erlöse aus Krankenhausleistungen	87.000.000,00 €
2.	Erlöse aus Wahlleistungen	1.700.000,00 €
3.	Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses	3.550.000,00 €
4.	Nutzungsentgelte der Ärzte	4.400.000,00 €
7.	Sonstige betriebliche Erträge	18.750.000,00 €
Summe der Erlöse und Erträge		115.400.000,00 €
–	9. Materialaufwand	30.750.000,00 €
–	10. Personalaufwand	59.057.000,00 €
–	13. Abschreibungen	1.896.113,71 €
–	14. sonstige betriebliche Aufwendungen	22.100.000,00 €
=	EBIT	1.596.886,29 €
–	Bereinigungen	440.000,00 €
+	Zinsaufwand	250.000,00 €
–	Adjustierte Steuern	421.577,98 €
=	NOPAT	985.308,31 €

2.3.2 Nenner

Im Nenner der Kennzahl ROCE steht das Capital Employed. Hierunter wird das betriebsnotwendige Kapital verstanden.²³ Es existieren unterschiedliche Vorgehensweisen um das betriebsnotwendige Kapital zu ermitteln. Die Zahlen für die Ermittlung werden unabhängig von der Vorgehensweise aus der Bilanz gewonnen. Allgemein sind auch hier die zuvor genannten Conversions nach Hostettler anzuwenden.²⁴

Eine Möglichkeit der Berechnung des Capital Employeds ist, das Gesamtkapital des Unternehmens um das nicht betriebsnotwendige Kapital zu mindern.²⁵ Capital Employed wird entweder basierend auf dem aktivischen oder auf dem passivischen Berechnungsverfahren ermittelt (siehe Abb. 2.1). Bei der aktivischen Alternative wird sich auf die Aktiva der Bilanz konzentriert, wie das Anlagevermögen, die Vorräte sowie Forderungen aus Lieferungen und Leistungen. Diese werden um die Passivposten wie kurzfristige Rückstellung und die Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen bereinigt. Bei der passivischen Berechnung hingegen wird das Capital Employed über die Passiva ermittelt. Dabei werden die Positionen, welche nicht berücksichtigt werden, mit umgekehrten Vorzeichen herangezogen. Dieses Verfahren ist im Vergleich gesehen einfacher, da weniger Positionen erfasst werden. Dies umfasst das Eigenkapital und die Nettofinanzschulden,

²³ Vgl. Seppelfricke (2007, S. 157).

²⁴ Vgl. Seppelfricke (2007, S. 232 ff.).

²⁵ Vgl. Seppelfricke (2007, S. 157).

Aktivische Ermittlung	+ Immaterielle Vermögensgegenstände + Sachanlagenvermögen + Vorräte + Forderungen aus Lieferung und Leistung + sonstige Vermögensgegenstände + aktiver RAP	} AKTIVA
	- Pensionsrückstellungen - kurzfristige Rückstellungen - Verbindlichkeit aus Lieferung und Leistung - sonstige Verbindlichkeiten - passiver RAP	
Passivische Ermittlung	- verzinsliche Forderungen - liquide Mittel	} AKTIVA
	+ Eigenkapital + Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	

Abb. 2.1 Aktivische und passivische Ermittlung des Capital Employed (eigene Darstellung in Anlehnung an Beck 2003)

also verzinsliche Verbindlichkeiten abzüglich verzinsliche Forderungen, sowie liquide Mittel.²⁶

Nach Däumler und Gabe wird das betriebsnotwendige Kapital nach folgendem Schema berechnet:

$$\text{Betriebsvermögen} - \text{Abzugskapital} = \text{Betriebskapital.}$$

Das Betriebsvermögen, bestehend aus dem Anlage- und Umlaufvermögen, wird um das Abzugskapital gemindert. Unter Abzugskapital ist ein zur Verfügung gestelltes zinsloses Fremdkapital zu verstehen. Das Abzugskapital resultiert auf dem Gedanken, dass für diese Verbindlichkeiten in der Realität Zinsen zu zahlen wären, die allerdings in die Preise einkalkuliert sind.²⁷ Des Weiteren kann das Anlage- und Umlaufvermögen auf wesentliche Posten reduziert werden. Diese umfassen, wie Abb. 2.2 verdeutlicht, die Sachanlagen, das immaterielle Vermögen, die Vorräte sowie die Forderungen aus Lieferungen und Leistungen. Das Abzugskapital beinhaltet das zinslose Fremdkapital aus den Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen sowie die kurzfristigen Rückstellungen.²⁸

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass auch beim Nenner der Kennzahl ROCE kein einheitlicher Berechnungsweg erfolgt. Aus Vereinfachungsgründen wird die Berechnung des Nenners an die Definition des Capital Employed nach Peters und Pfaff angelehnt.

Das betriebsnotwendige Kapital wird wie folgt ermittelt. Das betriebsnotwendige Vermögen ist um die Posten, die auf der Investitionsförderung basieren, zu bereinigen (vgl. dazu Tab. 2.6). Folglich ist das AV im Bereich der Sachanlagen um die Sonderposten zu

²⁶ Vgl. Beck (2003, S. 114 f.).

²⁷ Vgl. Däumler und Gabe (2008, S. 212 f.).

²⁸ Vgl. Peters und Pfaff (2008, S. 31).

Aktiva	Passiva
Anlagevermögen	Eigenkapital
→ Sachanlagen	Gezeichnetes Kapital
→ Immaterielles Vermögen	Rücklagen
Finanzanlagen	Jahresüberschuss / Jahresfehlbetrag
Umlaufvermögen	Fremdkapital
→ Vorräte	Rückstellungen
→ Forderungen aus L. u. L.	Verbindlichkeiten aus L. u. L.
Sonstige Forderungen	Sonstige Verbindlichkeiten
Finanzmittel	
= Bilanzsumme	= Bilanzsumme

Abb. 2.2 Bestandteile des betriebsnotwendigen Kapitals (eigene Darstellung in Anlehnung an Peters und Pfaff 2008)

Tab. 2.6 Berechnung des betriebsnotwendigen Kapitals

A. Anlagevermögen		
	I. Immaterielle Vermögensgegenstände	2.810.000,00 €
+	II. Sachanlagen	72.820.000,00 €
–	Sonderposten	36.000.000,00 €
B. Umlaufvermögen		
	I. Vorräte	4.400.000,00 €
+	II. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände	28.100.000,00 €
+	III. Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten	2.200.000,00 €
–	Forderungen nach KHG	7.100.000,00 €
–	Ausgleichsposten für Darlehn	0,00 €
–	Ausgleichsposten Eigenmittelförderung	3.700.000,00 €
=	Betriebsnotwendiges Vermögen KH	63.530.000,00 €
–	Abzugskapital	20.350.000,00 €
=	Betriebsnotwendiges Kapital	43.180.000,00 €

reduzieren. Das UV wird um die Forderungen nach KHG bereinigt. Zusätzlich sind die beiden Ausgleichsposten aus dem UV herauszurechnen. Hieraus ergibt sich das betriebsnotwendige Vermögen in Höhe von 63.530.000 €. Daraufhin wird von diesem Ergebnis das Abzugskapital subtrahiert. Das Abzugskapital umfasst alle Verbindlichkeiten des Krankenhauses außer den Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten. Dies begründet sich darin, dass diese Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten nicht zinslos gewährt werden. Des Weiteren beinhaltet das Abzugskapital die kurzfristigen Rückstellungen (hier mit den sonstigen Rückstellungen gleichgesetzt). Somit beläuft sich das betriebsnotwendige Kapital auf 43.180.000 €. Hieraus folgt, dass das Krankenhaus diesen Betrag zur Erwirtschaftung des operativen Ergebnisses benötigt.

2.3.3 Ermittlung der Kennzahl ROCE

In Hinblick auf die Übertragbarkeit der ROCE-Konzeption auf das Beispielkrankenhaus werden zuvor berechnete Bestandteile der Kennzahl ins Verhältnis gesetzt.

$$\frac{\text{NOPAT}}{\text{CE}} = \frac{985.308,31}{43.180.000}$$

Hieraus ergibt sich ein ROCE in Höhe von 2,28 %. Die ermittelte Rendite des eingesetzten Kapitals ist damit als niedrig zu bewerten. Beim Vergleich mit dem Zinsniveau der Bundesanleihe (Zinssatzhöhe 1,64 %) ²⁹ fällt die Bewertung der Rendite wiederum besser aus.

Um eine aussagekräftige Bewertung bezüglich der Rentabilität treffen zu können, sollte ROCE dem WACC ³⁰ gegenübergestellt werden. Erst diese Gegenüberstellung verdeutlicht, ob tatsächlich eine Wertsteigerung in diesem Geschäftsjahr realisiert wurde oder nicht (einschließlich der Deckung der Opportunitätskosten der Eigenkapitalgeber und Zinsaufwendungen für Fremdkapitalgeber). Eine Wertsteigerung liegt vor, wenn der ROCE höher ausfällt als der WACC, im anderen Falle liegt eine Wertvernichtung durch das investierte Kapital vor. Nach der Gegenüberstellung werden für das Unternehmen und seine Geschäftsbereiche neue Ziele und hierfür notwendige Maßnahmen festgelegt. ³¹

Anhand des bilanziellen Vorgehens lässt sich festhalten, dass zu erkennen ist, in welchen Posten und somit in welchen Bereichen bei einem Krankenhaus anzusetzen ist, um die Kennzahl ROCE zu verändern. Zudem hat dieses Vorgehen gezeigt, dass die Besonderheiten der Bilanzierung sowohl im Zähler als auch im Nenner zu berücksichtigen sind um die ROCE-Konzeption anwenden zu können. Wie genau die Wertsteigerung über die Kennzahl ROCE im Krankenhaus erfolgt, wird im nächsten Abschnitt näher vorgestellt.

2.4 Wertorientiertes Vorgehen

Verfolgt ein Krankenhaus die Strategie der langfristigen Unternehmenswertsteigerung, stellt sich die Frage, durch welche konkreten Maßnahmen eine solche Steigerung erreicht werden kann. Die Steigerung lässt sich nicht direkt erzielen, sondern nur durch Beeinflussung einzelner Komponenten, den sogenannten Werttreibern. ³² Werttreiber sind definiert als Faktoren, die den Wert einer Unternehmung beeinflussen. ³³ Das bedeutet, dass durch die Werttreiber eine Lenkung ermöglicht wird und der Unternehmenswert gesteigert werden kann.

²⁹ Vgl. Finanzen.net (2011): o. S. online im Internet.

³⁰ Siehe Abschn. 1.3.6.

³¹ Vgl. Hasler (2011, S. 255).

³² Vgl. Beck (2003, S. 146).

³³ Vgl. Terbeck et al. (2010, S. 98) zitiert nach Weber et al. (2004, S. 105f).

Eine Wertsteigerung kann nur durch die Akteure im Krankenhaus und deren Entscheidungen erreicht werden. Insbesondere in Krankenhäusern werden viele Entscheidungen in Hinblick auf die einzelnen Verantwortungsbereiche getroffen. So haben die Chefarzte bestimmte Entscheidungen auf Fachabteilungsebene zu treffen, andere Entscheidungen hingegen werden in zentral auf Unternehmungsebene angesiedelten Abteilungen getroffen. Alle Entscheidungen sollten die oberste Zielsetzung der Wertsteigerung unterstützen. Daher bietet sich die Lenkung der Unternehmung auf Grundlage einer Spitzenkennzahl an.

Um die Lenkung der Unternehmung auf Grundlage einer Spitzenkennzahl zu ermöglichen, muss der Kennzahl die Abstraktheit genommen werden. Die Spitzenkennzahl wird in ihre wertbestimmenden Faktoren zerlegt. Diese Faktoren werden weiter aufgeschlüsselt bis auf die in einzelnen Abteilungen beeinflussbaren Werte. Dadurch entsteht ein Kennzahlensystem, welches auch als Werttreiberbaum bezeichnet wird.³⁴ Werttreiberbäume stellen ein Instrumentarium dar, welches es ermöglicht, abstrakte Größen auf konkrete, unmittelbar beeinflussbare Größen zurückzuführen. Im Idealfall sollten Werttreiber bereits bekannte Steuerungsgrößen sein oder aus solchen abgeleitet werden können.³⁵ Durch die Werttreiberbäume können die Mitarbeiter im Krankenhaus die Zusammenhänge zwischen bestimmten Entscheidungen und deren Auswirkung auf das Ziel der Wertsteigerung erkennen.³⁶ Es wird also möglich, über Werttreiberbäume Ursache-Wirkungszusammenhänge darzustellen.

Zielvereinbarungen können somit an die Wertsteigerung geknüpft werden, um eine einheitliche Lenkung der gesamten Unternehmung zu ermöglichen. Damit wird ein Anreiz für die Chefarzte gesetzt um das Unternehmensziel der Wertsteigerung zu erreichen. Dies müsste allerdings so kommuniziert werden, dass dem Chefarzt deutlich wird, wie wichtig sein Beitrag dafür ist. Ebenfalls ist zu verdeutlichen, dass Veränderungen bestimmter Werttreiber in seiner Verantwortung liegen.

Wird die Kennzahl ROCE in die einzelnen Bestandteile zerlegt, werden zunächst die zwei folgenden Werttreiber sichtbar:

- Erhöhung operatives Ergebnis durch eine Steigerung des NOPAT bei Beibehaltung des Kapitaleinsatzes.
- Reduzierung des tatsächlich investierten Kapitals bei gleichbleibendem operativem Ergebnis.³⁷

Da diese Werttreiber aber immer noch zu aggregiert sind, muss eine weitere Aufschlüsselung erfolgen. Diese wird in Abb. 2.3 anhand eines ROCE-Werttreiberbaumes verdeutlicht.

³⁴ Vgl. Beck (2003, S. 146).

³⁵ Vgl. Dillerup (2006, S. 11).

³⁶ Vgl. Dierkes und Lingenfelder (2006, S. 20).

³⁷ Vgl. Dillerup (2006, S. 8 f.).

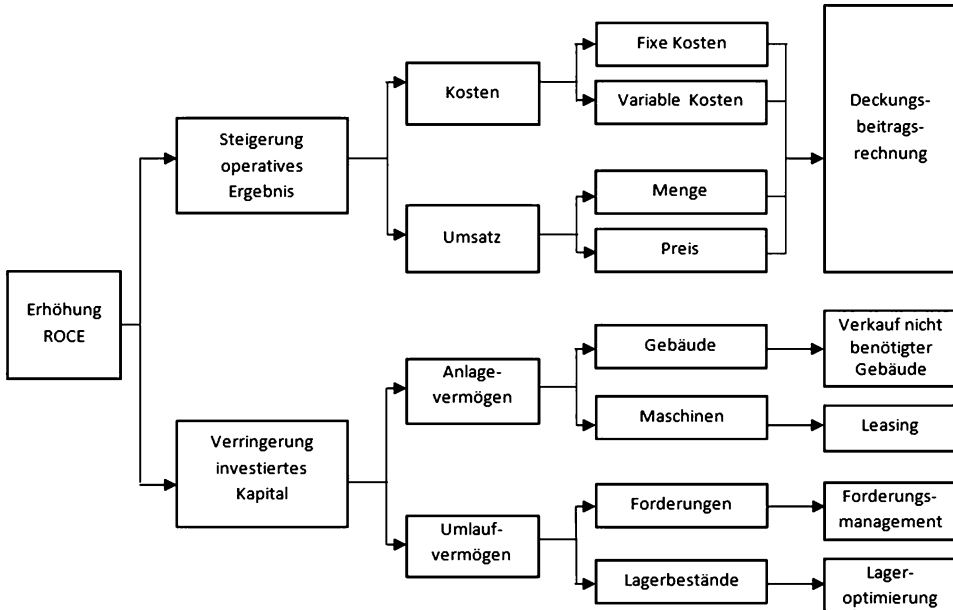


Abb. 2.3 Werttreiberbaum (eigene Darstellung in Anlehnung an Stiefl und Westerholt 2008)

Bei einer operativen Entscheidung ist es allerdings nicht sinnvoll, die Verbesserungen der Werttreiber isoliert zu betrachten, denn diese stehen meist in einem unmittelbaren Zusammenhang zu anderen Werttreibern. So kann die Verbesserung des einen Werttreibers zu einer Verschlechterung eines weiteren Werttreibers führen. Bei jeder Maßnahme müssen die Nebenwirkungen auf andere Werttreiber beachtet werden. So gehen Maßnahmen der Umsatzsteigerung meist einher mit zusätzlichen Kosten, z. B. durch die Anschaffung einer weiteren Maschine. Die Anschaffung einer neuen Maschine erhöht wiederum das investierte Kapital. Eine Steigerung des ROCE ist dann nur möglich, wenn die Steigerung des Umsatzes es langfristig schafft, die Erhöhung des investierten Kapitals zu kompensieren bzw. zu übersteigen.³⁸

Im Folgenden sollen Werttreiber beschrieben werden, die es dem Krankenhaus ermöglichen, den ROCE nachhaltig zu erhöhen. Dabei wird an Beispielen aufgeführt, welchen Effekt bestimmte Entscheidungen auf die Kennzahl ROCE haben.

³⁸ Vgl. Beck (2003, S. 147).

2.4.1 Erhöhung des operativen Ergebnisses

Wird der NOPAT gesteigert bei gleichbleibendem investiertem Kapital bedeutet dies, dass das Krankenhaus mit dem zur Verfügung stehendem Kapital mehr Wert erzielt hat. Es folgt somit eine Wertsteigerung und eine höhere Verzinsung des eingesetzten Kapitals. Da eine Steigerung des NOPAT wie bereits beschrieben zu abstrakt ist, muss eine weitere Aufschlüsselung erfolgen. Generell kann eine Erhöhung des operativen Ergebnisses durch Umsatzsteigerung oder durch Kostensenkung erreicht werden.³⁹

Bekanntlich lassen sich Umsatzsteigerungen durch eine Ausweitung der Menge oder über eine Erhöhung der Preise realisieren. Für Krankenhäuser besteht die Besonderheit, dass ein Großteil der im Krankenhaus abgerechneten Leistungen über das DRG-System abgerechnet wird. Aufgrund der pauschalierten Vergütung anhand der DRGs auf Preisbasis ist es für Krankenhäuser in diesem Bereich nicht möglich, eine Umsatzsteigerung durch eine Erhöhung der Preise zu realisieren. Bei einer Ausweitung der Menge besteht für das Krankenhaus ebenfalls eine Besonderheit bei der Vergütung dieser Mehrerlöse. Die Vergütung von Mehrerlösen ist durch die Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen weitestgehend limitiert, sodass im Bereich der DRG-Erlöse aus Krankenhausleistungen eine Einschränkung besteht, da diese nicht zu 100 % vergütet werden. Dennoch ist es möglich eine positive Umsatzsteigerung zu erzielen. Für Krankenhäuser besteht die Möglichkeit im budgetfreien Raum Erträge zu erzielen, so z. B. im Bereich der nichtärztlichen Wahlleistungen, integrierter Versorgung, alternativen Versorgungsformen und möglicher Selektivverträge.⁴⁰

Als ein wesentliches Instrument, um eine gezielte Steigerung des operativen Ergebnisses zu ermöglichen, bietet sich die Deckungsbeitragsrechnung an. Durch diese wird aufgezeigt, in welchem Umfang ein Objekt (Kostenträger) zur Deckung der fixen Kosten beiträgt. Im Vordergrund der Deckungsbeitragsrechnung stehen die variablen Kosten. Es wird ersichtlich, welche Kosten kurz- bzw. langfristig beeinflusst werden können. Konkret bedeutet dies für den Chefarzt, dass dieser erkennen kann, welche Kosten entstehen und welche er beeinflussen kann.⁴¹ Zu den variablen Kosten, die durch den Chefarzt gelenkt werden können, gehören die Sachmittel. Diese sind maßgeblich durch Arzneimittel und den medizinischen Bedarf gekennzeichnet und nehmen einen großen Kostenblock ein. So ist es möglich, durch eine Reduzierung der Kosten des medizinischen Bedarfs, z. B. durch Neuverhandlungen des Einkaufspreises oder durch den Erlass von Richtlinien über den verantwortungsvollen Umgang mit Betriebsmitteln, das operative Ergebnis zu steigern und somit auch den ROCE zu erhöhen. Dies soll anhand der oben aufgeführten GuV verdeutlicht werden.

Aus der GuV (Tab. 2.3) lassen sich Materialaufwendungen (Sachmittel) in Höhe von 30.750.000 € identifizieren. Werden diese Materialaufwendungen um beispielsweise

³⁹ Vgl. Beck (2003, S. 149).

⁴⁰ Vgl. Zapp et al. (2010, S. 91).

⁴¹ Vgl. Zapp und Oswald (2009, S. 116 ff.).

Tab. 2.7 Veränderung NOPAT

Berechnung EBIT / NOPAT		Berechnung EBIT / NOPAT NEU	
1. Erlöse aus Krankenhausleistungen	87.000.000,00 €	1. Erlöse aus Krankenhausleistungen	87.000.000,00 €
2. Erlöse aus Wahlleistungen	1.700.000,00 €	2. Erlöse aus Wahlleistungen	1.700.000,00 €
3. Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses	3.550.000,00 €	3. Erlöse aus ambulanten Leistungen des Krankenhauses	3.550.000,00 €
4. Nutzungsentgelte der Ärzte	4.400.000,00 €	4. Nutzungsentgelte der Ärzte	4.400.000,00 €
7. Sonstige betriebliche Erträge	18.750.000,00 €	7. Sonstige betriebliche Erträge	18.750.000,00 €
Summe der Erlöse und Erträge	115.400.000,00 €	Summe der Erlöse und Erträge	115.400.000,00 €
- 9. Materialaufwand	30.750.000,00 €	- 9. Materialaufwand	29.827.500,00 €
- 10. Personalaufwand	59.057.000,00 €	- 10. Personalaufwand	59.057.000,00 €
- 13. Abschreibungen	1.896.113,71 €	- 13. Abschreibungen	1.896.113,71 €
- 14. sonstige betriebliche Aufwendungen	22.100.000,00 €	- 14. sonstige betriebliche Aufwendungen	22.100.000,00 €
= EBIT	1.596.886,29 €	= EBIT	2.519.386,29 €
- Bereinigungen	440.000,00 €	- Bereinigungen	440.000,00 €
+ Zinsaufwand	250.000,00 €	+ Zinsaufwand	250.000,00 €
- adjustierte Steuern	421.577,98 €	- adjustierte Steuern	665.117,98 €
= NOPAT	985.308,31 €	= NOPAT	1.664.268,31 €

3 % auf 29.827.500 € verringert, hat dieses folgende Auswirkungen auf den NOPAT (siehe Tab. 2.7).

Dieser steigt auf 1.664.268,31 €. Das investierte Kapital bleibt unverändert bei 43.180.000 €. Durch die Division beider Größen zeigt sich, dass sich der ROCE positiv verändert hat.

$$\text{Vorher: } \frac{985.308,31}{43.180.000} = 2,28 \quad \text{Nachher: } \frac{1.664.268,31}{43.180.000} = 3,85$$

Somit ergibt sich ein neuer ROCE von 3,85 %. Es wurde also Wert geschaffen. Dies kann anhand des Werttreiberbaumes, unter Zuhilfenahme des bekannten Instrumentes der Deckungsbeitragsrechnung, nachvollzogen und erkannt werden. Die Entscheidung hat also zur Unternehmenswertsteigerung beigetragen, sie entspricht also der vorgegebenen Strategie. Im Rahmen der internen Lenkung werden für die einzelnen Fachabteilungen die jeweiligen ROCE berechnet. Daraufhin kann mit den unterschiedlichen Fachabteilungen die jeweilige Steigerungsrate des ROCE festgelegt und in einer Zielvereinbarung fixiert werden. Bei der Berechnung der jeweiligen ROCE-Größe muss darauf geachtet werden,

dass das erforderliche Kapital sowie die Ergebnisse eindeutig einer Fachabteilung, also dem jeweiligen Verantwortungsbereich, zugeordnet werden können.⁴²

Ebenfalls bietet sich die Steigerung des operativen Ergebnisses über eine Steuerung der Verweildauer an. Bedenkt man, dass die Spannweite zwischen den Erlösen und den Kosten einer DRG in der Regel zwischen der unteren Verweildauer und der mittleren Verweildauer am größten ist, bietet sich eine gezielte Steuerung der Verweildauer in diesen Korridor an. Diese Steuerung kann durch den Chefarzt beeinflusst werden. Durch die Orientierung an der mittleren Verweildauer kann der Umsatz der Fachabteilung erhöht werden, bei gleichbleibenden Kosten. Dies führt ebenfalls zu einer Erhöhung des ROCE.

Wird zur Steigerung des operativen Ergebnisses die Entscheidung gefällt, z. B. ein neues Gerät anzuschaffen, muss beachtet werden, dass sich ebenfalls das investierte Kapital erhöht. Es wird in solchen Fällen nicht zu einer Steigerung des ROCE kommen, eher im Gegenteil. Die Investition erhöht direkt das investierte Kapital. Eine Erhöhung des operativen Ergebnisses wird sich in der Regel aber erst nach einer gewissen Zeit einstellen. Folglich würde zunächst der ROCE durch die Investition sinken. Dieses Beispiel macht deutlich, dass der ROCE in gewisser Weise investitionsfeindlich ist. Steht die reine Fokussierung der Wertsteigerung im Vordergrund, besteht die Gefahr, dass wichtige strategische Investitionen ausbleiben. Das langfristige Bestehen des Krankenhauses könnte dadurch gefährdet werden.⁴³

Weitere Maßnahmen zur Steigerung des operativen Ergebnisses, die nicht weiter vertieft werden, enthält Abb. 2.4.

2.4.2 Verringerung des investierten Kapitals

Neben einer Erhöhung des operativen Ergebnisses ist ein weiterer Werttreiber die Reduzierung des tatsächlich investierten Kapitals. Auch hier ist es notwendig, eine weitere Zerlegung vorzunehmen. Das investierte Kapital setzt sich aus dem Umlaufvermögen und dem Anlagevermögen zusammen. Beim Umlaufvermögen werden allerdings kurzfristige Verbindlichkeiten nicht berücksichtigt. Durch eine Verringerung des Anlage- bzw. Umlaufvermögens wird es also möglich, das investierte Kapital zu senken.

Für das Krankenhaus besteht die Möglichkeit, das investierte Kapital über eine Verringerung des Anlagevermögens zu reduzieren. Hier hat das Krankenhaus zu einem die Möglichkeit, eine Verringerung des investierten Kapitals über den Verkauf nicht mehr benötigter Gebäude oder Anlagen zu erreichen. Dies wird häufig zu Beginn der Einführung einer wertorientierten Unternehmensführung veranlasst und stellt eher eine einmalige Maßnahme auf Unternehmensebene dar. Allerdings lassen sich gerade hierdurch hohe Werte erzielen. Auch wenn es einen kurzfristigen Effekt aufweist, lässt sich das Niveau des ROCE nachhaltig durch Maßnahmen dieser Art erhöhen, unter der Voraussetzung kei-

⁴² Vgl. Dillerup (2006, S. 10).

⁴³ Vgl. Beck (2003, S. 10).

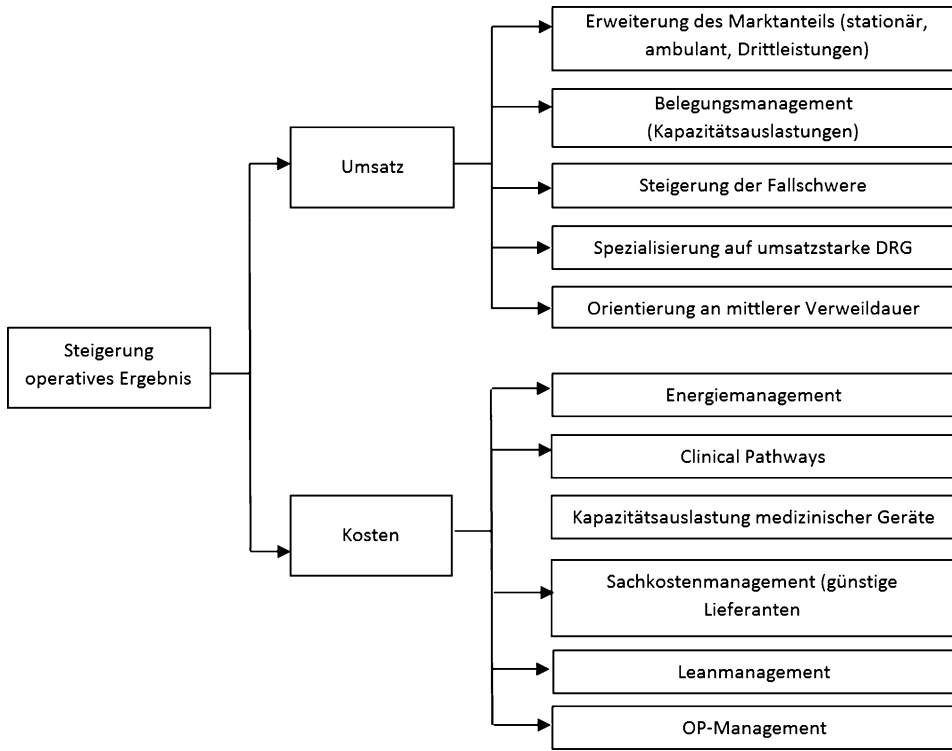


Abb. 2.4 Beispielhafte Maßnahmen zur Steigerung des operativen Ergebnisses

ner weiteren Ausweitung des betriebsnotwendigen Kapitals. Weitere Maßnahmen, die es ermöglichen das investierte Kapital zu verringern, betreffen das Umlaufvermögen.

Das Krankenhaus hat auch beim Umlaufvermögen die Möglichkeit, verschiedene Maßnahmen zu ergreifen, um dieses zu verringern. Es geht darum, die Kapitalbindung in Beständen aber auch in Forderungen zu verringern.⁴⁴ Hierzu zählt das Forderungsmanagement, bei dem ein zügiger Ausgleich der Rechnungen durch die Kostenträger von zentraler Bedeutung ist. Das Forderungsmanagement wird in der Regel zentral in einer Abteilung für das gesamte Krankenhaus durchgeführt und nicht durch die jeweilige Fachabteilung. Eine weitere Maßnahme ist die Lageroptimierung, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll.

Lagerbestände als Vorräte stellen eine Form der ertragszinslosen Kapitalbindung dar und verursachen Kosten durch die Beschaffung und Bereitstellung von Materialien. Daher ist es sinnvoll, die Lagerhaltungsdauer (Days Inventory Outstanding) zu reduzieren. Diese

⁴⁴ Vgl. Hanneken und Perner (2009, S. 540).

gibt die durchschnittliche Verweildauer von Gütern im Lager an und wird über folgende Formel berechnet:

$$\text{DIO} = \text{Lagerbestände} \times \frac{360}{\text{Umsatz}}.$$

Über eine Reduzierung der Vorräte auf Lager wird das Umlaufvermögen verringert und gebundenes Kapital freigesetzt. Hier besteht zum einem die Möglichkeit, die Artikelvielfalt auf Lager zu reduzieren, um somit weniger Produkte lagern zu müssen. Ebenfalls bietet sich z. B. bei teuren Blutprodukten eine Just-in-Time-Lieferung an, bei der Produkte erst bei Bedarf, zeitlich möglichst genau berechnet, geliefert werden. Ebenso ist eine Vorhaltung von geringeren Sicherheitsbeständen möglich, um Lagervorräte zu reduzieren. Mittels des Abbaus von Überbeständen, der nachhaltigen Planung, Steuerung und Kontrolle der Bestände ist eine unnötig hohe Kapitalbindung vermeidbar.⁴⁵ Auch bietet sich die Möglichkeit von sogenannten Konsignationslagern an, bei denen die Ware bis zum Verbrauch im Besitz des Lieferanten verbleibt.⁴⁶ Im Krankenhaus ist allerdings besonders darauf zu achten, dass Engpässe vermieden werden, um die Leistungsfähigkeit aufrecht zu erhalten. Durch einen geringen Lagerbestand ist es somit möglich, gebundenes Kapital freizusetzen. Werden die Lagerkosten minimiert, wird somit nicht wertschöpfendes Kapital freigesetzt.

Auch hier soll erneut die Auswirkung anhand der Bilanz verdeutlicht werden. Aus der oben aufgeführten Bilanz lassen sich Vorräte in der Höhe von 4.400.000 € identifizieren. In diesen Vorräten sind allerdings unfertige Erzeugnisse in Höhe von 2.100.000 € enthalten. Bei unfertigen Erzeugnissen handelt es sich im Krankenhaus um Patienten deren Behandlung am Bilanzstichtag noch nicht abgeschlossen ist, die sogenannten Überlieger.⁴⁷ Daher sind die Vorräte um die Überlieger zu reduzieren und betragen 2.300.000 €. Werden die Vorräte auf Lager beispielsweise um 20 % auf 1.840.000 € reduziert, hat dies folgende Auswirkungen auf das investierte Kapital: Dieses sinkt auf 42.720.000 €. Durch die Verringerung im Umlaufvermögen befindet sich nun weniger investiertes Kapital im Unternehmen. Es wurde also gebundenes Kapital freigesetzt. Durch die Division des NOPAT, der in diesem Fall gleich bleibt, durch ein geringeres investiertes Kapital, steigt der ROCE.

$$\text{Vorher: } \frac{985.308,31}{43.180.000} = 2,28 \quad \text{Nachher: } \frac{985.308,31}{42.720.000} = 2,3$$

Somit ergibt sich einer neuer ROCE von 2,3 %. Dies bedeutet, dass das Unternehmen mit dem nun geringeren Kapital einen gleichen Umsatz erwirtschaftet und somit eine höhere Verzinsung des eingesetzten Kapitals erreicht, es wurde Wert geschaffen. Zudem steht dem Krankenhaus dieses eingesparte Kapital nun für andere Zwecke zur Verfügung. Es lässt sich aber auch erkennen, dass die Senkung der Vorräte um 20 % eine eher geringe Steigerung des ROCE zur Folge hat. Die Steuerungswirkung über das investierte Kapital fällt daher eher geringer aus als die Steuerungswirkung über das operative Ergebnis.

⁴⁵ Vgl. Hanneken und Perner (2009, S. 542).

⁴⁶ Vgl. Klepzig (2010, S. 129).

⁴⁷ Vgl. Hentze und Kehres (1998, S. 58).

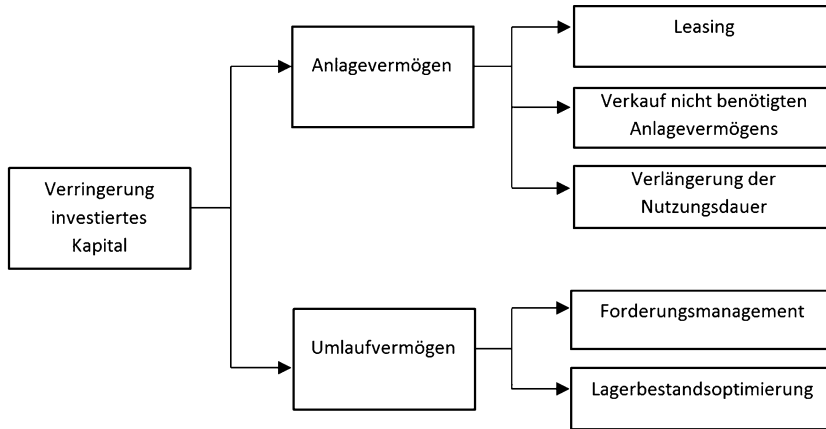


Abb. 2.5 Beispielhafte Maßnahmen zur Verringerung des investierten Kapitals

Es ist allerdings nicht sinnvoll, sich dauerhaft auf die Senkung des investierten Kapitals zu fokussieren. Um auf das oben genannte Beispiel der Lagerbestandsoptimierung zurückzukehren: Hier liegt der Nachteil in einem zu geringen Bestand darin, bei unvorhergesehenen Ereignissen nicht flexibel reagieren zu können.⁴⁸ Wird beispielsweise die Lagerhaltung zu stark verringert, können unnötige Kosten durch Verzögerungen der Leistungserstellung entstehen. Eine Kürzung des investierten Kapitals ist nur soweit sinnvoll, solange die Abläufe im Krankenhaus nicht gefährdet werden.⁴⁹ Abbildung 2.5 enthält weitere Maßnahmen, die es ermöglichen, das investierte Kapital zu beeinflussen.

2.5 Fazit

Im Rahmen der wertorientierten Unternehmensführung hat sich gezeigt, dass ROCE für Krankenhäuser eine Alternative zu den traditionellen Kennzahlen darstellt. ROCE ermöglicht es den Krankenhäusern, auf Abteilungsebene sowie auf Unternehmensebene mit einer Kennzahl zu lenken. Die Kennzahl kann somit Auskunft über den jeweiligen Wertbeitrag einer Fachabteilung oder auch der Gesamtunternehmung geben.

Krankenhäuser, die sich für eine Einführung des ROCE-Konzeptes entschließen, müssen bestimmte Anforderungen erfüllen. So bedarf es eines ausgebauten Controllings, einer Kostenträger- sowie Deckungsbeitragsrechnung und eines Profit-Center-Ansatzes für alle Geschäftsbereiche. Zudem ist es erforderlich, dass alle Beteiligten das wertorientierte Management akzeptieren und leben. Daher sollte der Wertzuwachs auf realistischem Niveau festgelegt werden, um das ROCE-Konzept erfolgreich implementieren zu können. Dies

⁴⁸ Vgl. Hanneken und Perner (2009, S. 542).

⁴⁹ Vgl. Meyer und Lüdtke (2006, S. 609 ff.).

fordert eine gute Kommunikation des ROCE-Konzeptes. Das Wertemanagement sollte in die Unternehmensstrategie eingebettet sein, um Konflikte zu vermeiden und nachhaltig den Wert des Krankenhauses zu erhalten sowie zu steigern. Durch die Ableitung der Strategien für die jeweiligen Fachbereiche aus der Unternehmensstrategie sollen die Chefärzte für dieses Konzept motiviert werden. Zu diesem Zweck sind Anreize zu schaffen sowie Zielvereinbarungen zu treffen. Die Zielvereinbarungen beinhalten den Zielwert ROCE sowie hierfür notwendige Werttreiber. Die Werttreiber sollen dazu dienen, die Zielwerte zu erreichen, wie z. B. eine Orientierung an der mittleren Verweildauer oder eine Steigerung der Umsatzerlöse.

Bei einer Lenkung mit dieser Kennzahl sollte im Krankenhaus allerdings beachtet werden, dass die unterschiedlichen Fachabteilungen schon allein aufgrund des DRG-Systems nicht gleichhohe ROCE-Zielvorgaben erhalten können. So weisen die unterschiedlichen Fachabteilungen aufgrund der Vergütungssystematik andere Kostenstrukturen auf. Dies ist zu berücksichtigen, um die Akzeptanz der ROCE-Konzeption zu erhöhen und somit die wertorientierte Unternehmensführung nachhaltig sowie erfolgreich zu implementieren.

ROCE weist allerdings auch eine große Schwäche auf, die von den Krankenhäusern bei einer Lenkung durch ROCE berücksichtigt werden sollte. Dies betrifft die Investitionsfeindlichkeit der Kennzahl. Die Investitionen mindern den ROCE, was dazu führen könnte, dass Investitionen nicht getätigt werden, um den Zielwert des ROCE nicht zu unterschreiten. Bei einer kurzfristigen Betrachtung könne dies dazu führen, dass wichtige strategische Investitionen nicht getätigt werden.

Jede Kennzahl und deren Anwendung hat ihre Vor- und Nachteile, sodass jedes Krankenhaus selbst abwägen sollte, welcher Nutzen durch die Anwendung der jeweiligen Konzeptionen generiert wird. Festzuhalten ist: Je höher die Aussagekraft einer Kennzahl ist, desto größer ist auch ihr Erhebungsaufwand. Hier muss immer beachtet werden, dass der Aufwand für die Ermittlung der jeweiligen Kennzahl im Verhältnis zu deren tatsächlichen Nutzen steht. Auch vor diesem Hintergrund stellt das ROCE-Konzept eine sinnvolle Alternative für Krankenhäuser dar. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine ROCE-Konzeption als Spitzenkennzahl für die Lenkung des Krankenhauses zu empfehlen ist. Der Geschäftsführung sowie den Chefärzten wird es somit ermöglicht, die tatsächliche Rentabilität des Kerngeschäfts besser zu ermitteln, zu kontrollieren und zu lenken. Dadurch lässt sich die Effizienz des Krankenhauses nachhaltig steigern, wenn die festgelegten Ziele durch den optimalen Einsatz der Werttreiber erreicht werden.

Literatur

Verwendete Literatur

- Beck R (2003) Erfolg durch wertorientiertes Controlling. Entscheidungen unterstützende Konzepte, 1. Aufl. Erich Schmidt Verlag, Berlin
- Buzer (2011) Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern (Krankenhaus-Buchführungsverordnung – KHBV) neugefasst durch B. v. 24.03.1987 BGBl. I S. 1045; zuletzt geändert durch Artikel 1 V. v. 09.06.2011 BGBl. I S. 1041; Geltung ab 15.04.1978, FNA: 2126-9-6; 2 Verwaltung 21 Besondere Verwaltungszweige der inneren Verwaltung 212 Gesundheitswesen 2126 Krankheitsbekämpfung. In: <http://www.buzer.de/gesetz/6656/index.htm>. (Download 25.11.2011)
- Däumler K D, Gabe J (2008) Betriebliche Finanzwirtschaft, 9., vollständig überarbeitete Aufl. Verlag Neue Wirtschafts-Briefe, Hamm
- Dierkes St, Lingenfelder M (2006) Wertemanagement im Krankenhaus. In: Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, Heft 06: 541–565
- Dillerup R (2006) Wertorientierte Unternehmensführung. In: http://isc.hs-heilbronn.de/Publikationen/Wertorientierung_Dillerup.pdf (Download 13.10.2011)
- Finanzen net. (2011) Zinsen und wichtige Zinssätze. In: <http://www.finanzen.net/zinsen/> (Download 11.12.2011)
- Fries T (2003) Unternehmensbewertung von Krankenhäusern. In: http://www.econbiz.de/archiv/ku/sgesundheits/un-bewertung_krankenhaus.pdf. (Download 25.10.2011)
- Graumann M, Schmidt-Graumann A (2007) Rechnungslegung und Finanzierung der Krankenhäuser, Verlag Neue Wirtschafts-Briefe, Hamm
- Hasler P T (2011) Aktien richtig bewerten: Theoretische Grundlagen praktisch erklärt. Springer Verlag, Berlin
- Hanneken A, Perner P (2009) Working Capital Management – schlummerndes Kapital wecken. In: das Krankenhaus, Ausgabe 6: 540–542
- Hentze J, Kehres E (1998) Buchführung und Jahresabschluß in Krankenhäusern. Methodische Einführung. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- Klepzig H-J (2010) Working-Capital und Cash Flow: Finanzströme durch Prozessmanagement optimieren, 2. Aufl. Gabler Verlag/Springer Fachmedien, Wiesbaden
- Lang H (2009) Neue Theorie des Management. Bewähren sich die Managementtheorien in der Finanzkrise? 2. Aufl. Europäischer Hochschulverlag, Bremen
- Meyer S, Lüttke J-P (2006) Der Einfluss von Working Capital auf die Profitabilität und Kreditwürdigkeit von Unternehmen. In Finanz Betrieb 10/2006. S. 609–614.
- Peters G, Pfaff D (2008) Controlling. Wichtigste Methoden und Techniken. 2. überarbeitete Aufl. Versus Verlag, Zürich
- Seppelfricke P (2007) Handbuch Aktien- und Unternehmensbewertung. Bewertungsverfahren, Unternehmensanalyse, Erfolgsprognose. 3. überarbeitete Aufl. Schäffer Poeschel Verlag, Stuttgart
- Stiefl J, Westerholt K (2008) Wertorientiertes Management. Wie der Unternehmenswert gesteigert werden kann. 1. Aufl. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München
- Terbeck J, Zapp W, Oswald J, Kemmer M, Limbeck, H, Karsten E (2010) Wertorientiertes Controlling. In Zapp W (Hrsg.) Kennzahlen im Krankenhaus. Eul Verlag, Lohmar/Köln. S. 67–111.

- Weber J, Bramseman U, Heineke C, Hirsch B (2004) Wertorientierte Unternehmensführung. Konzepte – Implementierung – Praxisstatements. Gabler, Wiesbaden.
- Wöhe G, Döring U (2008) Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. 23. vollständig neu bearbeitete Aufl. Vahlen, München
- Zapp W, Oswald J (2009) Controlling-Instrumente für Krankenhäuser. 1. Aufl. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- Zapp W, Oswald J, Karsten E (2010) Kennzahlen im Krankenhaus. 1. Aufl. Josef EUL Verlag, Köln

Weiterführende Literatur

- Becker W (2000) Wertorientierte Unternehmensführung. In: [http://www.uni-bam-berg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/sowi_lehrstuehleunternehmensfuehrung/Download Bereich/Becker_2000_Wertorientierte_Unternehmensfuehrung_BBB_125.pdf](http://www.uni-bam-berg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/sowi_lehrstuehleunternehmensfuehrung/Download_Bereich/Becker_2000_Wertorientierte_Unternehmensfuehrung_BBB_125.pdf). (Download 13.10.2011)
- Burkert M (2008) Qualität von Kennzahlen und Erfolg von Managern: direkte, indirekte und moderierende Effekte, 1. Aufl. Gabler/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden
- Groll K H (2003) Kennzahlen für das wertorientierte Management. ROI, EVA und CFROI im Vergleich. Ein neues Konzept zur Steigerung des Unternehmenswertes, 1. Aufl. Carl Hanser Verlag, München
- Höttges T (2011) Die Kennzahl ROCE ist ein Biest, denn es gibt nichts was dieser Zahl entgeht. In: Controlling & Management, Heft 05: 291–294
- Hungenberg H (2004) Strategisches Management in Unternehmen. Ziele – Prozesse – Verfahren. 3. Aufl. Gabler/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden
- Juris (2011) Handelsgesetzbuch in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 1. März 2011 (BGBl. I S. 288) geändert worden ist. In: <http://www.gesetze-im-internet.de/hgb/> (Download 25.10.2011)
- Kaub M, Schaefer M (2002) Wertorientierte Unternehmensführung, eine Einführung in das Konzept. In: http://www.boeckler.de/pdf/mbf_wertor_untfuehrung.pdf Online im Internet (Download 12.10.2011)
- Mensch G (2008) Finanz-Controlling. Finanzplanung und -kontrolle. Controlling zur finanziellen Unternehmensführung. 2., überarbeitete und erweiterte Aufl. Oldenbourg Verlag, München
- Preißler P (2008) Betriebswirtschaftliche Kennzahlen: Formeln, Aussagekraft, Sollwerte, Ermittlungsintervalle. 1. Aufl. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München
- Solidaris (2006) Arbeitshilfe. Der Jahresabschluss sozialtätiger Unternehmen. Grundlagen und Besonderheiten Hinweise für Verantwortliche. 2. Aktualisierte Aufl. Flock Druck GmbH, Köln
- Weber J, Schäffer U (2006) Einführung in das Controlling. 11. vollständig überarbeitete Aufl. Schäffer Poeschel Verlag, Stuttgart
- Wolke T (2010) Finanz- und Investitionsmanagement im Krankenhaus. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Zapp W (Hrsg.) (2010) Kennzahlen im Krankenhaus. Eul Verlag, Lohmar/Köln

Werteorientierte Konzeptionen im Krankenhaus

Analyse - Verfahren - Praxisbeispiele

Zapp, W. (Hrsg.)

2015, XIV, 176 S. 28 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-07837-9