

Kollmar/Leonhardt/Weiß

Sachkostensteuerung in vier Schritten

Ein Praxisratgeber
für Krankenhaus-Teams

Kohlhammer

Kohlhammer

Thorsten Kollmar, Peter Leonhardt,
Andreas Weiß

Sachkostensteuerung in vier Schritten

Ein Praxisratgeber für Krankenhaus-Teams

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2020

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-033555-4

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-033556-1

epub: ISBN 978-3-17-033557-8

mobi: ISBN 978-3-17-033558-5

Inhalt

Elektronische Zusatzmaterialien	9
Die Autoren	10
Vorwort	11
I Grundlagen	
1 Einführung	15
2 Wie sind Sachkosten definiert? Welche Sachkosten können wir beeinflussen und steuern?	18
2.1 Definition	18
2.2 Pseudo-Sachkosten	19
2.3 Bereinigter medizinischer Sachbedarf (BMES)	20
2.4 Entwicklung der Sachkosten in deutschen Krankenhäusern ...	21
3 Welche Erlöse stehen im Krankenhaus dem medizinischen Bedarf gegenüber?	25
3.1 Das G-DRG-System	25
3.2 Kalkulation der G-DRG	28
3.3 Fallkostenkalkulation durch die Kalkulationshäuser	28
3.4 DRG-Kalkulation durch das InEK	30
3.5 Anwendung der DRG-Matrix für das Sachkosten-Controlling	33
3.6 Zusatzentgelte (ZE)	35
3.7 Refinanzierung durch Zusatzentgelte	36
3.8 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) ...	37
3.9 Aktuelle Weiterentwicklung des DRG-Systems	38
3.10 Finanzierung von Sachkosten für ambulante Krankenhausleistungen	41
4 Wer beeinflusst Menge und Preis?	43
4.1 Strategische Entscheidungen	43
4.2 Operative Entscheidungen	45
4.3 Innovative Diagnostik- und Behandlungsmethoden	47

4.4	Beteiligte Berufsgruppen	47
5	Wie wird ein Sachkostenbericht aufgebaut?	49
5.1	Planung	49
5.2	Primäre Datenquellen: Finanzbuchhaltung und Materialwirtschaft	52
5.3	Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV)	53
5.4	Interdisziplinäre Stationen und Funktionsbereiche	55
5.5	Systematik der Stammdaten – Warengruppen	56
5.6	Struktur der Sachkostenberichte	58
5.7	Bezug zur Leistungsentwicklung	59
5.8	Berichtsdesign	60
6	Wie kommunizieren wir im Team?	70
6.1	Planung der Sachkostendialoge	70
6.2	Gesprächskultur und Atmosphäre – mehr als ein Nebenthema	73
6.3	Der Raum für die Gespräche	73
6.4	Charakter von Einladung und Informationen	75
6.5	Konstruktive Moderation und effektive Ergebnissicherung ...	75
6.6	Zusammenfassung: Ablauf der Sachkostendialoge	78
7	Wie messen wir den Erfolg? – Kennzahlen und Budgetierung ...	79
7.1	Einrichtungsebene	79
7.2	Abteilungsebene	81
7.3	Nutzung der InEK-Kostenmatrix zur Berechnung von zielkostenbasierten Kennzahlen	82
7.4	Leistungsvariable Budgetierung	84
II	Die vier Schritte der Sachkostensteuerung	
8	Einführung in das Vier-Schritte-Konzept	89
9	Schritt 1: Aufwandssteuerung	92
9.1	Transparenz und Motivation	93
9.2	Kostenentwicklung	97
9.3	Darstellung der Kosten im Verhältnis zur Leistung	98
9.4	Kostenstellen und Adressaten	105
9.5	Grenzen der Aufwandssteuerung	107
10	Schritt 2: Verbrauchssteuerung	109
10.1	Informationen über Preise	110
10.2	Fokus der Verbrauchssteuerung: Warengruppen und Einzelartikel	111

10.3	Abweichungen zwischen den Daten der Finanzbuchhaltung und der Materialwirtschaft	113
10.4	Darstellung der Warengruppen und Einzelartikel im Sachkostenbericht	116
10.5	Datenmanagement und Stammdatenpflege	119
10.6	Mengensteuerung	122
10.7	Produktsteuerung	123
10.8	Grenzen der Verbrauchssteuerung	125
11	Schritt 3: Rentabilitätsorientierte Steuerung	126
11.1	Analyse medizinisch vergleichbarer Fälle	129
11.2	InEK Report-Browser	132
11.3	Verwendung der Vergütungssysteme zur Ermittlung der Sachkostenrentabilität: Zielkosten (target costing)	137
11.4	Grenzen und Unschärfen bei der Anwendung der InEK-Kostenmatrix	141
11.5	Steuern mit den Ergebnissen der Rentabilitätsanalyse	144
11.6	Fakturierung von Zusatzentgelten	146
11.7	Grenzen der rentabilitätsorientierten Steuerung	150
12	Schritt 4: Steuerung der medizinischen Prozesse	152
12.1	Verweildauer als Steuerungsgröße	152
12.2	Prozessoptimierung durch Standardisierung	154
12.3	Steuerung von Sekundärleistungen	155
12.4	Standardisierung komplexer Behandlungsabläufe: Klinische Pfade	158
12.5	Analyse des kompletten Behandlungsprozesses mit Routinedaten	159
12.6	Strategische Optionen	163
III	Ergänzende Perspektiven	
13	Sachkostensteuerung als Führungsinstrument	167
13.1	Change Management	167
13.2	Leader und Manager	168
13.3	Unternehmensziele und Business Case	168
13.4	Individuelle Zielvereinbarungen und Medizinethik	169
14	Beratung	171
15	Einbeziehung von Einkauf und Logistik	172
15.1	Einkaufsgemeinschaften	172
15.2	Logistik	174

16	Mehrstufige Bereichsergebnisrechnung (MBE)/ Deckungsbeitragsrechnung	176
17	Benchmarking und Standardisierung	177
18	Ausblick	178
	Literatur	179
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	181
	Register	183

Elektronische Zusatzmaterialien

Alle Tabellen in diesem Werk können Sie als elektronische Zusatzmaterialien* unter folgendem Link herunterladen: <https://dl.kohlhammer.de/978-3-17-033555-4>

* Wichtiger urheberrechtlicher Hinweis: Alle zusätzlichen Materialien, die im Download-Bereich zur Verfügung gestellt werden, sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Verwendung ist nur zum persönlichen und nichtgewerblichen Gebrauch erlaubt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Autoren



Dr. med. Thorsten Kollmar ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit betriebswirtschaftlicher Zusatzqualifikation (MBA). Nach langjähriger klinischer Tätigkeit folgte im Jahr 2009 der Wechsel in die Krankenhausberatung. Thorsten Kollmar verfügt über umfangreiche Projekterfahrung in der Steuerung des medizinischen Sachbedarfs und blickt auf mehr als 10.000 Chefarztgespräche zur Verbrauchs- und Prozessoptimierung zurück.



Andreas Weiß ist Diplom-Verwaltungswirt und Betriebswirt (VWA). Prokurist für Controlling, Finanzen und QM im Klinikum Leverkusen sowie Geschäftsführer der MVZ Leverkusen gGmbH und der Physio-Centrum MEDILEV GmbH. Erfolgreiche Einführung eines Sachkosten-Controllings im Klinikum Leverkusen. Zahlreiche Publikationen und Vorträge zu Themen des Gesundheitsmanagements. Seit 2016 Vorstandsmitglied des Deutschen Vereins für Krankenhaus-Controlling (DVKC e.V.).



Dr. med. Peter Leonhardt ist Neurologe und Arzt für Medizinische Informatik. Am Klinikum Leverkusen war er bei der Etablierung eines strukturierten Sachkostencontrollings beteiligt. Aktuell leitet er das Medizincontrolling am Marien-Hospital Euskirchen. Nebenbei referiert er regelmäßig zu verschiedenen Themen des Krankenhaus-Controllings. Seit 2019 ist er Vorstandsmitglied im Deutschen Verein für Krankenhaus-Controlling (DVKC e.V.).

Vorwort

Der medizinische Fortschritt auf der einen Seite und ökonomisch begründete Grenzen der zur Verfügung stehenden Ressourcen auf der anderen Seite lassen den Krankenhäusern nur wenig Gestaltungsspielraum. Die politischen Rahmenbedingungen fördern und fordern einen rationalen Umgang mit den komplexen medizinischen Abläufen, die weder Medizin noch Ökonomie alleine gestalten können.

Die Analyse der Sachkosten eines Krankenhauses spiegelt die Qualität der medizinischen Prozesse exakt wider und erlaubt Rückschlüsse auf den medizinischen und ökonomischen Erfolg. Wenn es gelingt, die unterschiedlichen Berufsgruppen mit auf diesen gemeinsamen Weg zu nehmen, entwickelt sich eine Gesprächs- und Umsetzungskultur, die sich durch gegenseitiges Verständnis, Anerkennung der Fachkompetenzen und Respekt auszeichnet.

Die Autoren unternehmen in 4 praxisnahen und bestens nachvollziehbaren Schritten den Versuch, den Teilbereich der Sachkostensteuerung als ein Führungsinstrument darzustellen, das nur interdisziplinär gelebt Aussicht auf Erfolg hat. So wird ein Weg aufgezeigt, der in einem kontinuierlichen Dialog Transparenz, Plausibilität, Effizienz und Prozessqualität nachweislich verbessert.

Der Praxisratgeber »Sachkostensteuerung in 4 Schritten« beruht auf einer langjährigen Erfahrung der Autoren im Erfassen und Umgang belastbarer betriebsinterner Daten, mit berufsübergreifenden Entscheidungsprozessen und Umsetzungsprojekten des Change Managements. Dadurch ist ein Kompendium entstanden, das den Führungskräften eines modernen Krankenhauses hilfreich zur Seite gestellt werden sollte.

In der mehr als 25-jährigen Erfahrung der Führung einer Klinik und als Ärztlicher Direktor eines Krankenhauses der Maximalversorgung, konnte ich die Wirksamkeit medizinisch-ökonomischen Instrumente der Sachkostensteuerung, wie sie die Autoren beschreiben, selbst kennenlernen und erfolgreich nachweisen.

Nicht theoretisches Wissen, sondern aktives und praxisnahes gemeinsames Gestalten im Dialog können die konstruktive Dynamik erzeugen, die letztendlich für den Erfolg eines Krankenhauses im Konkurrenz- und Überlebenskampf ausschlaggebend ist.

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Zumbé

Köln, im April 2020

I Grundlagen

1 Einführung

»Medizinische Sachkosten in einem Krankenhaus« – das klingt zunächst wenig aufregend und herausfordernd. Zudem scheint das Thema auch besondere betriebswirtschaftliche Kenntnisse vorauszusetzen. Die meisten Publikationen zum Krankenhausmanagement beschäftigen sich daher eher mit anderen, scheinbar spektakuläreren Fragen: Pflegepersonalmangel, Digitalisierung, Umbau des DRG-Fallpauschalensystems. Aber schon ein erster Blick auf die wirtschaftliche Bedeutung dieses Kostenblocks (► Abb. 1.1) zeigt die Relevanz und die dringende Notwendigkeit für Krankenhäuser, sich intensiv damit auseinanderzusetzen (Statistisches Bundesamt 2019).

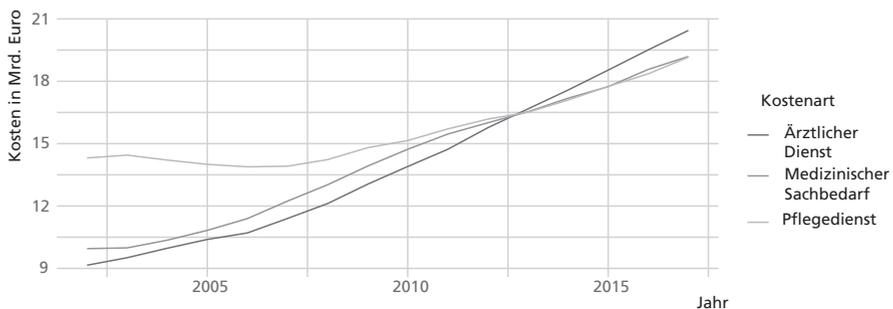


Abb. 1.1: Ausgabenentwicklung 2003 – 2016 nach Kostenarten (Quelle: Statistisches Bundesamt, <http://www.gbe-bund.de>, Stand 27.05.2019)

Sofort wird erkennbar, dass die Gesamtaufwendungen für medizinische Sachkosten fast genauso hoch sind wie für den gesamten Ärztlichen Dienst oder den Pflegedienst.

Woran liegt es, dass die Bereitschaft zur Beschäftigung mit den medizinischen Sachkosten immer noch nicht selbstverständlich ist? Wahrscheinlich daran, dass steigende Kosten für medizinischen Bedarf spontan auf steigende Preise zurückgeführt werden und damit unvermeidbar scheinen. Die Steuerung wird eher allein bei der Einkaufsabteilung sowie der Apotheke und weniger bei den Ärzten und Pflegekräften verortet.

Kosten sind das Produkt aus Menge und Preis, und inwieweit die Art und die Menge des verbrauchten Materials eine Kostenentwicklung beeinflusst, liegt häufig nicht im Fokus. Dabei können sowohl Art als auch Menge des medizinischen Bedarfs sehr wohl bewusst beeinflusst, sprich: gesteuert werden.

Diese Steuerung geschieht im Krankenhaus durch zahlreiche Personen in vielen Bereichen, Stationen, Operationssälen, Funktionsabteilungen usw. Man sollte also meinen, dass ein strukturiertes Sachkosten-Controlling alle Verantwortlichen interdisziplinär und hierarchieübergreifend einbindet. Dass dieser Ansatz allerdings in den meisten Krankenhäusern noch nicht realisiert ist, zeigt die vom Deutschen Verein für Krankenhauscontrolling, der Schumpeter School of Business and Economics sowie der zeb herausgegebene Studie »Controlling im Deutschen Krankenhaussektor 2018/2019« (Maier et al. 2019). Demnach werden nur in 8 % der Häuser die klinischen Bereiche in die Mengen- und Verbrauchssteuerung einbezogen, und nur in 14 % der Häuser werden Ärzte und Pflegekräfte in die Ableitung von Handlungsmaßnahmen eingebunden. Das Medizincontrolling ist nach den Studienergebnissen nur in einem von 50 Häusern mit der Erstellung von Sachkostenberichten befasst – obwohl hier doch die Kompetenz zur Verknüpfung von medizinischer und ökonomischer Perspektive gebündelt sein sollte.

Der interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Ansatz macht das Sachkosten-Controlling zu einem herausfordernden und besonders komplexen Change-Management-Projekt. Dieser Veränderungsprozess dient aber nicht als Selbstzweck.

Leitende Idee bei der Steuerung von medizinischen Sachkosten ist vielmehr, dass alle gemeinsam die Versorgungsqualität der ihnen anvertrauten Patienten sichern wollen und können.

Dieses Buch ist eine Motivation für den Start bzw. den weiteren Ausbau der gemeinsamen Steuerung der medizinischen Sachkosten durch alle Verantwortlichen – auch Ärzte und Pflegekräfte.

Dieses Buch ist eine konkrete Anleitung für die Praxis, entwickelt aus der Praxis. Es ist handlungsorientiert und qualifiziert auf diese Weise alle Beteiligten, mit ihrer jeweiligen eigenen Profession und Kompetenz an der Steuerung der Sachkosten mitzuwirken – auch ohne besondere betriebswirtschaftliche Kenntnisse.

Um die Komplexität der Aufgabe zu reduzieren, wird die Steuerung von medizinischen Sachkosten in diesem Buch in vier aufeinander aufbauenden Schritten entwickelt.

Für jeden dieser Schritte werden Beispiele aus der Praxis herangezogen und erläutert. Diese Praxisbeispiele helfen nicht nur bei der Etablierung des Themas, sondern dessen Anwendung in Ihrem Krankenhaus wird schon bald und unmittelbar einen positiven Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit haben. Und zwar nicht nur als einmaliger wirtschaftlicher Effekt, sondern als eine kontinuierliche und nachhaltige Verbesserung.

Und Sie werden feststellen, dass die Wirkung von Sachkosten-Controlling weit über eine reine Kostenreduzierung hinausgeht. Mit der Etablierung eines transparenten, detaillierten Berichtswesens und einer offenen Gesprächskultur schaffen wir

die Grundlage, um im interdisziplinären Dialog die medizinischen Kernprozesse zum Wohle der Patienten zu verbessern.

Das Buch richtet sich an einen umfassenden Personenkreis im Krankenhaus und will die Aufgabe der Verantwortlichen unterstützen, alle relevanten Berufsgruppen bei der Steuerung der Sachkosten einzubinden: Ärzte, Pflegekräfte, medizinisch-technischer Dienst als Anwender sowie (Medizin-)Controller, Geschäftsführer, Einkäufer und Apotheker.

2 Wie sind Sachkosten definiert? Welche Sachkosten können wir beeinflussen und steuern?

2.1 Definition

Wenn wir von Sachkosten-Controlling sprechen, müssen wir uns zunächst klarmachen, was mit Sachkosten gemeint ist. Eine Definition liefert das Statistische Bundesamt (Destatis) in seiner jährlich aktualisierten Reihe »Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3«. Demnach werden als Sachkosten die folgenden Kostenarten bezeichnet:

- Lebensmittel und bezogene Leistungen
- Medizinischer Bedarf
- Wasser, Energie und Brennstoffe
- Wirtschaftsbedarf
- Verwaltungsbedarf
- Zentrale Verwaltungsdienste
- Zentrale Gemeinschaftsdienste
- Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter
- Pflegesatzfähige Instandhaltung
- Versicherungen
- Sonstige Abgaben
- Sonstige Sachkosten
- Nachrichtliche Sachkosten

Diese Sachkosten umfassen insgesamt mehr als ein Drittel der Krankenhauskosten (2017: 37,0 %) und verteilen sich wie in Abbildung 2.1 dargestellt (► Abb. 2.1).

Uns interessiert hier insbesondere der zweite Punkt, der *medizinische Bedarf*. Dazu gehören laut Destatis:

- Arzneimittel
- Blut/Blutkonserven/Blutplasma
- Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- Ärztliches und pflegerische Verbrauchsmaterial/Instrumente
- Narkose- und sonstiger OP-Bedarf
- Laborbedarf
- Implantate
- Transplantate