

Andreas Frodl

Kostensteuerung für Gesundheitseinrichtungen

Instrumente, Methoden und Beispiele



Springer Gabler

Kostensteuerung für Gesundheitseinrichtungen

Andreas Frodl

Kostensteuerung für Gesundheitseinrichtungen

Instrumente, Methoden und Beispiele



Springer Gabler

Andreas Frodl
Erding, Bayern, Deutschland

ISBN 978-3-658-32538-1 ISBN 978-3-658-32539-8 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-32539-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Margit Schlomski

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Die betrieblichen Kosten sind in Krankenhäusern, Arzt- und Zahnarztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren oder Pflegeeinrichtungen ein Dauerthema. Personal-, Material- oder Energiekosten steigen scheinbar unaufhaltsam und wirken sich negativ auf die wirtschaftlichen Ergebniszahlen aus. Gerade vor dem Hintergrund von Erlösbudgetierungen, Honorardeckelungen und begrenzter Einnahmeerzielungsmöglichkeiten ist es daher wichtig, die vorhandenen Potenziale auf der Aufwandseite zu nutzen und die Ausgaben im Griff zu behalten. Nicht alle Kosten sind „gottgegeben“, und man ist gegenüber bestimmten Kostenentwicklungen auch nicht völlig machtlos. Wichtig ist dabei, die Balance zu halten, zwischen dem medizinisch Notwendigen und dem wirtschaftlich Sinnvollen. Bei allen Kostenüberlegungen steht im Vordergrund immer das Patientenwohl, dessen Sicherstellung es allerdings leistungsfähiger und wirtschaftlich stabiler Gesundheitseinrichtungen bedarf.

Während noch vor zehn Jahren auf einigen Gebieten des Kostenmanagements in Gesundheitseinrichtungen Neuland betreten wurde, lassen sich mittlerweile viele Beispiele anführen, wie das ein oder andere Thema zur betrieblichen Kostensteuerung erfolgreich angewendet und umgesetzt wird. Eine Vielzahl von aufgeführten Beispielen, Tabellen und Abbildungen verdeutlicht die Aktualität und die Relevanz der dargestellten Sachverhalte. Nicht wenige Themen, die in früheren Jahren womöglich noch einen „exotischen“ Eindruck vermittelten, sind heute selbstverständlich und aus dem betriebswirtschaftlichen Alltag in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder Arztpraxen nicht mehr wegzudenken.

Anhand von 8 Leitfragen und daraus abgeleiteten Kapiteln werden die vielfältigen Möglichkeiten zur Kostensteuerung und anhand von zahlreichen Beispielen konkrete Handlungsanleitungen für Gesundheitseinrichtungen aufgezeigt.

Für den „Schnellzugriff“ enthält ein Glossar am Ende des Buches Kurzbeschreibungen wichtiger Kostenfachbegriffe.

Jedes Kapitel enthält eine Zusammenfassung sowie die jeweiligen weiterführenden Literaturhinweise.

Inhaltsverzeichnis

- 1 Grundlagen und Kostendefinition: Was bedeuten Kostenentwicklungen für Gesundheitseinrichtungen und deren Betriebsführung wirklich?** **1**
 - 1.1 Entwicklung und Bedeutung der Kosten in Gesundheitseinrichtungen 1
 - 1.2 Gesundheitsbetriebliche Kosten, Aufwendungen und Ausgaben 6
 - 1.3 Einordnung der Kostensteuerung in die Betriebsführung 11
 - 1.4 Kostensteuerung als Führungsprozess 17
 - Literatur 21

- 2 Ermittlung der Kosten: Woher erhält man die richtigen Kostenangaben?** **23**
 - 2.1 Ableitung aus der Buchführung 23
 - 2.2 Bedeutung von GuV und Jahresabschluss für die Kostenermittlung. 31
 - Literatur 45

- 3 Durchführung der Kostenrechnung: Welche Systematik ist anzuwenden?** **47**
 - 3.1 Anwendung allgemeiner Kostenrechnungssysteme. 47
 - 3.2 Anwendung von Kostenarten-, -stellen- und -trägerrechnung. 51
 - 3.3 Durchführung der Erfolgsrechnung 67
 - Literatur 74

- 4 Besonderheiten spezieller Kostenarten: Welche Kosten spielen in Gesundheitseinrichtungen eine besondere Rolle?** **77**
 - 4.1 Finanzierungskosten für Gesundheitseinrichtungen 77
 - 4.2 Investitionskosten medizinischer Nichtverbrauchsgüter 85
 - 4.3 Ausbildungskosten für das medizinische und nichtmedizinische Personal 94
 - Literatur 100

5	Projekte zur Kostensteuerung: Wie werden Vorhaben zur Kostenbeeinflussung organisiert?	103
5.1	Einordnung in das Projektmanagement	103
5.2	Organisation von Kostenprojekten	108
5.3	Ablauf von Kostenprojekten	112
	Literatur	119
6	Aufbau und Ablauf eines Kostencontrollings: Worauf kommt es bei einer dauerhaften und nachhaltigen Kostensteuerung an?	121
6.1	Controlling-Organisation	121
6.2	Durchführen von Kostenvergleichen	128
6.3	Anwendung von Kostenkennzahlen	137
	Literatur	144
7	Einsatz von Kostensteuerungsinstrumenten: Mit welchen Instrumenten lassen sich Kosten stabilisieren oder sogar senken?	147
7.1	ABC-Analyse	147
7.2	Balanced Scorecard (BSC)	152
7.3	Fixkostenmanagement	156
7.4	Gemeinkostenwertanalyse (GWA)	161
7.5	Ideenmanagement Kostensenkung	164
7.6	Kostenbudgetierung	168
7.7	Kosten-Nutzen-Analyse (KNA)	174
7.8	Kosten-Wirksamkeits-Analyse (KWA)	179
7.9	Losgrößenberechnung	181
7.10	Make-or-buy-Analyse	182
7.11	Nutzwertanalyse (NWA)	187
7.12	Target Costing	190
7.13	Zero-Base-Budgeting (ZBB)	195
	Literatur	199
8	Einführung eines Kostenmarketings: Wie werden Kostenbewusstsein erzeugt und die Mitarbeiter eingebunden?	203
8.1	Einbindung in die Einrichtungsorganisation	203
8.2	Marketing der Kostensteuerung	209
8.3	Motivation zu kostenbewusstem Verhalten durch Kostenkultur	215
8.4	Kostenkommunikation, -information und -berichterstattung	218
	Literatur	223
	Glossar	225
	Stichwortverzeichnis	241

Abkürzungsverzeichnis

ÄApprO	Approbationsordnung für Ärzte
ÄD	Ärztlicher Dienst
AfA	Absetzung für Abnutzung
AIP	Arzt im Praktikum
ArbnErfG	Gesetz über Arbeitnehmererfindungen
BAB	Betriebsabrechnungsbogen
BäderFangAusbV	Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Fachangestellten für Bäderbetriebe
BKB	Betriebswirtschaftliche Kurzberichte
BpflV	Bundespflegesatzverordnung
BSC	Balanced Scorecard
BstatG	Bundesstatistikgesetz
BVW	Betriebliches Vorschlagswesen
BWA	Betriebswirtschaftliche Auswertungen
CMS	Cost-Minimization-Studies
DB	Deckungsbeitrag
DBR	Deckungsbeitragsrechnung
DiätAss-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Diätassistentinnen und Diätassistenten
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DRG	Diagnosis Related Group
DVKC	Deutscher Verein für Krankenhauscontrolling
EBA	Erweiterter Bewertungsausschuss
EÜR	Einnahmenüberschussrechnung
FD	Funktionsdienst
FDA	Fixkostendegressionsabschlag
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GK	Gesamtkosten
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

GoB	Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
GWA	Gemeinkostenwertanalyse
HGB	Handelsgesetzbuch
IFRS	International Financial Reporting Standards
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
K	Kosten
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Kf	Fixkosten
KfIDiAusbV	Verordnung über die Berufsausbildung für Kaufleute in den Dienstleistungsbereichen Gesundheitswesen sowie Veranstaltungswirtschaft
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHStatV	Krankenhausstatistikverordnung
KIS	Krankenhausinformationssystem
KoStrukStatG	Gesetz über die Kostenstrukturstatistik
KLR	Kosten- und Leistungsrechnung
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KNA	Kosten-Nutzen-Analyse
KST	Kostenstelle
Kv	Variable Kosten
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
KWA	Kosten-Wirksamkeits-Analyse
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZVB	Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern
LFZG	Lohnfortzahlungsgesetz
M	Gesamtmenge Behandlungs- bzw. Pflegefälle
MAPI	Machinery Allied Products Institute
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MedFAngAusbV	Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten
MedInfoFAngAusbV	Verordnung über die Berufsausbildung zum Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste/zur Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NWA	Nutzwertanalyse
PBV	Pflege-Buchführungsverordnung

PD	Pflegedienst
PflBG	Pflegeberufegesetz
PflegStatV	Pflegestatistikverordnung
PKR	Prozesskostenrechnung
PKV	Private Krankenversicherung
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
RoI	Return on Investment
SGB	Sozialgesetzbuch
STE	Sterilguteinheit
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Tsd.	Tausend
ZahnmedAusbV	Verordnung über die Berufsausbildung zum Zahnmedizinischen Fachangestellten/zur Zahnmedizinischen
ZBB	Zero-Base-Budgeting
Zi	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutsch-
land	

Grundlagen und Kostendefinition: Was bedeuten Kostenentwicklungen für Gesundheitseinrichtungen und deren Betriebsführung wirklich?

1

1.1 Entwicklung und Bedeutung der Kosten in Gesundheitseinrichtungen

Regelmäßig wird mehr oder weniger umfangreiches statistisches Zahlenmaterial zur ökonomischen Entwicklung von Gesundheitseinrichtungen veröffentlicht.

So zeigt beispielsweise das Statistische Bundesamt (Destatis) in seiner Fachserie 12, Reihe 6.3, den jährlichen Kostennachweis der **Krankenhäuser** auf: Danach betrugen im Jahr 2017 die Gesamtkosten der Krankenhäuser (einschließlich Kosten der Ausbildungsstätten und der Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) 105,7 Mrd. €, in denen auch Kosten für nichtstationäre Leistungen (unter anderem Kosten für die Ambulanz sowie wissenschaftliche Forschung und Lehre) mit einem Gesamtvolumen von 14,5 Mrd. € enthalten sind. Da 19,4 Mio. Patienten und Patientinnen im Jahr 2017 vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden, betrugen die bereinigten Kosten (ergeben sich aus der Differenz zwischen den Gesamtkosten und den Abzügen für nichtstationäre Leistungen) je Behandlungsfall im Bundesdurchschnitt 4695 €, wobei in großen Krankenhäusern mit 800 und mehr Betten mit durchschnittlich 5717 € die mit Abstand höchsten bereinigten Kosten je Behandlungsfall entstanden und Krankenhäuser mit 300 bis 399 Betten die niedrigsten bereinigten Fallkosten in Höhe von 4186 € aufwiesen. Die Kosten je Behandlungsfall variierten auch je nach der Trägerschaft, z. B. zwischen durchschnittlich 4433 € bei Privatkliniken und 5038 € bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft. Während allgemeine Krankenhäuser im Durchschnitt 4578 € aufwendeten, wiesen psychiatrische Krankenhäuser (ohne reine Tages- und Nachtkliniken) durchschnittlich 8138 € bereinigte Kosten je Behandlungsfall auf.

Mit 63,8 Mrd. € hatten die Personalkosten 2017 einen Anteil von 61,6 % an den Gesamtkosten aller Krankenhäuser (ohne Kosten der Ausbildungsstätten und ohne Aufwendungen für den Ausbildungsfonds). Die Sachkosten lagen bei 39,1 Mrd. €, wobei

knapp die Hälfte davon (19,2 Mrd. €) auf Kosten für den medizinischen Bedarf entfielen. Geht man von 1942 Krankenhäusern im Jahr 2017 aus, so betrugen die durchschnittlichen bereinigten Kosten je Krankenhaus 47 Mio. € (vgl. Statistisches Bundesamt 2018, S. 6). Betrachtet man die Zeitreihe seit Einführung der Krankenhausstatistikverordnung (KHStatV) und damit die langfristige Entwicklung der durchschnittlich bereinigten Kosten insgesamt, je Krankenhaus und Behandlungsfall, so lässt sich eine durchgehende Steigerung feststellen (siehe Tab. 1.1).

In Befragungen von Krankenhausführungskräften zählen nach der Steigerung der Erlöse (93 %) die Reduktion der Kosten des medizinischen Sachbedarfs (83 %), die Senkung des nichtmedizinischen Sachbedarfs (52 %), die Reduktion der Personalkosten (42 %) sowie ein verstärktes Liquiditätsmanagement (40 %) zu den wichtigsten Themen (vgl. Roland Berger 2019, S. 8).

Die Kostenentwicklung von **Zahnarztpraxen** weist ebenfalls einen insgesamt steigenden Verlauf auf. Hier werden beispielsweise die Kosten als steuerliche Betriebsausgaben bezogen auf einzelne Praxisinhaber von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) im Rahmen von statistischen Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung ermittelt und in einem Jahrbuch veröffentlicht (siehe Tab. 1.2).

Bei **Arztpraxen** zeigt sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ebenfalls ein vergleichbarer Verlauf der Kostenentwicklung. Dazu werden in vierjährlichem Turnus bei Arztpraxen repräsentative Untersuchungen zur Kostenstruktur auf der Basis des Gesetzes über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) durchgeführt, wobei eine Auskunftspflicht der für die Befragung ausgewählten Praxen bei dieser Erhebung besteht (siehe Tab. 1.3).

Unterteilt man die angefallenen Aufwendungen nach Personalaufwand (z. B. Bruttoentgelte, Sozialaufwendungen des Arbeitgebers) und Sachaufwand (z. B. Materialaufwendungen in eigener Praxis und eigenem Labor sowie Aufwendungen für Mieten und Leasing), so ergibt sich im Durchschnitt für die einzelne Praxis im Laufe der Zeit eine Erhöhung des Anteils für den Personalaufwand, bei gleichzeitiger Verringerung des Anteils für den Sachaufwand (siehe Tab. 1.4).

Einen genaueren Einblick in die Entwicklung einzelner Praxiskostenarten gibt das Praxis-Panel des von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung getragenen Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), an dem sich 2017 über 6500 Ärzte und Psychotherapeuten beteiligt haben (siehe Tab. 1.5).

Die allgemeine Kostenentwicklung wird beispielsweise geprägt durch die inflationsbedingten Preissteigerungsraten oder die Höhe von Tarifaabschlüssen im Gesundheitswesen. Das Niedrigzinsumfeld wirkt sich ebenso aus, wie steigende Miet- und Immobilienpreise. Über die individuelle Kostensituation einzelner Krankenhäuser, Arzt- und Zahnarztpraxen, Pflegeeinrichtungen oder Medizinischen Versorgungszentren sagen die in offiziellen Statistiken erhobenen Durchschnittswerte jedoch eher wenig aus. Kostensteigerungen sind verkraftbar, wenn sich gleichzeitig auch die Einnahmenerzielung verbessert, sodass das wirtschaftliche Ergebnis zumindest stabil bleibt.

Tab. 1.1 Entwicklung der durchschnittlichen bereinigte Kosten von Krankenhäusern in Tsd. Euro. (Vgl. Statistisches Bundesamt 2018, S. 9)

Jahr/Kosten	Insgesamt	Je Krankenhaus	Je Behandlungsfall
1991	37.420.709	15.521	2567
1992	41.266.727	17.332	2756
1993	43.268.276	18.381	2848
1994	45.247.583	19.361	2920
1995	47.846.070	20.579	3003
1996	48.359.216	21.313	2992
1997	48.684.650	21.561	2963
1998	49.629.670	21.931	2946
1999	50.599.442	22.469	2960
2000	51.603.471	23.017	2989
2001	52.940.317	23.634	3056
2002	54.715.328	24.635	3139
2003	55.664.518	25.337	3218
2004	56.126.142	25.912	3341
2005	56.732.375	26.523	3430
2006	58.080.678	27.605	3450
2007	60.440.251	28.960	3518
2008	63.233.840	30.357	3609
2009	67.189.765	32.241	3771
2010	69.641.979	33.741	3862
2011	72.641.142	35.521	3960
2012	75.591.241	37.477	4060
2013	78.004.821	39.081	4152
2014	81.174.771	40.997	4239
2015	84.231.047	43.063	4378
2016	87.837.117	45.022	4497
2017	91.290.441	47.008	4695

Für die einzelne Gesundheitseinrichtung ist es daher von mindestens ebenso großer Bedeutung, *wie* sich einzelne Kosten entwickeln. So birgt beispielsweise ein zunehmender Fixkostenblock die Gefahr, in Zeiten geringerer Einnahmen nicht kurzfristig genug gegensteuern zu können. Denn Fixkosten wie Personalaufwendungen oder Mieten entstehen weitgehend unabhängig von Auslastungsgraden und somit prinzipiell auch dann, wenn kein einziger Behandlungsfall vorliegt, mit dem Einnahmen erzielt werden könnten. Auch kann ein progressiver Kostenverlauf, bei dem die Kosten stärker

Tab. 1.2 Entwicklung der Kosten je Inhaber von Zahnarztpraxen. (Vgl. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2018, S. 116)

Jahr	Kosten (steuerliche Betriebsausgaben) in Euro	Veränderung in % zum Vorjahr
1992	237.836	
1995	244.104	1992–1995 durchschnittl. +0,9
2000	239.980	1995–2000 durchschnittl. –0,3
2005	224.605	2000–2005 durchschnittl. –1,3
2006	233.348	+3,9
2007	237.309	+1,7
2008	249.627	+5,2
2009	256.948	+2,9
2010	268.137	+4,4
2011	276.981	+3,3
2012	283.762	+2,4
2013	297.900	+5,0
2014	308.200	+3,5
2015	321.400	+4,3
2016	334.200	+4,0

als die Einnahmen steigen, ohne Gegenmaßnahmen zu Problemen führen. Im Gegensatz zu linearen Entwicklungen sind sie schwieriger berechenbar und damit hinsichtlich mittel- und langfristiger Planungen schwerer einzuschätzen. Ferner können sich einzelne Kostenarten unterschiedlich entwickeln, wie es aus Tab. 1.5 zu entnehmen ist: Während der Aufwand für Fremdkapitalzinsen um 32,5 % abnahm, stieg der Personalaufwand in den Jahren 2013 bis 2016 um 18,4 % an. Der Rückgang des Aufwands für Fremdkapitalzinsen kann unterschiedliche Ursachen haben. Beispielsweise kann er auf die für die kapitalaufnehmende Arztpraxis günstige allgemeine Zinsentwicklung zurückzuführen sein oder aber auf eine verringerte Investitionstätigkeit hinweisen. Es kann aber auch daran liegen, dass für die erforderlichen Praxisinvestitionen ausreichend Eigenkapital zur Verfügung steht, sodass weniger Fremdmittel aufgenommen werden müssen.

Es ist daher wichtig, die Kostenentwicklung zu beobachten und insbesondere sprunghafte Abweichungen genau zu analysieren.

Beispiel

Um Einflussfaktoren auf die Kostenentwicklung in Arztpraxen im Zusammenhang mit der Festlegung gemäß § 87 SGB V und Anpassung des Orientierungswertes zu überprüfen, wurde beispielsweise durch den Erweiterten Bewertungsausschuss und das Institut des Bewertungsausschusses geprüft, inwieweit durch das Infektionsschutz-

Tab. 1.3 Aufwendungen je Arztpraxis (ohne fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren – MVZ) im Zeitvergleich. (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 2)

Fachgebiete/Jahr	2003 in Euro	2007 in Euro	2011 in Euro	2015 in Euro
Allgemeinmedizin	135.000	145.000	162.000	178.000
Innere Medizin	248.000	261.000	313.000	301.000
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	181.000	179.000	183.000	198.000
Kinder- und Jugendmedizin	141.000	161.000	180.000	199.000
Augenheilkunde	202.000	214.000	276.000	358.000
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	166.000	163.000	208.000	201.000
Orthopädie	281.000	296.000	319.000	358.000
Chirurgie, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, Neurochirurgie	271.000	286.000	533.000	330.000
Haut- und Geschlechtskrankheiten	179.000	206.000	245.000	259.000
Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie	1.142.000	1.367.000	1.942.000	1.493.000
Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	122.000	159.000	209.000	144.000
Urologie	199.000	225.000	262.000	262.000
Arztpraxen insgesamt	190.000	206.000	249.000	249.000

Tab. 1.4 Personal- und Sachaufwendungen je Arztpraxis (ohne fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren – MVZ) im Zeitvergleich. (vgl. Statistisches Bundesamt 2017, S. 3)

Jahr	Personalaufwand in Euro	Sachaufwand in Euro	Aufwand insgesamt in Euro
2003	86.000	104.000	190.000
2007	95.000	111.000	206.000
2011	121.000	128.000	249.000
2015	129.000	120.000	249.000

gesetz und die Landeshygieneverordnungen in den Arztpraxen Änderungen der Kosten entstanden sind bzw. entstehen sowie Änderungen der Kosten für den Datenschutz in den Arztpraxen aufgrund der Umsetzung der Datenschutz-Grundverordnung entstanden sind bzw. entstehen. Dabei wurde auch berücksichtigt, wann etwaige Änderungen der Kosten entstanden sind bzw. entstehen, inwieweit sich etwaige Änderungen der Kosten zwischen den Arztgruppen sowie Regionen unterscheiden, inwieweit sie Fixkostencharakter haben, mit der Größe der Praxen variieren und inwieweit sie einmalig oder laufend anfallen (vgl. Erweiterter Bewertungsausschuss 2018, S. 3). ◀

Tab. 1.5 Aufwendungen nach Art je Arztpraxisinhaber. (Vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2019, S. 12)

Aufwandsart/Jahr	2013 in Euro	2014 in Euro	2015 in Euro	2016 in Euro
Abschreibungen	10.700	10.300	10.100	9400
Fremdkapitalzinsen	2900	2600	2300	2000
Leasing und Mieten von Geräten	2000	2000	1800	1700
Material und Labor	9100	9500	9700	9900
Miete einschließlich Nebenkosten für Praxisräume	17.600	18.000	18.100	18.300
Nutzung externer Infrastruktur	900	900	900	900
Personal	68.900	73.400	77.400	81.500
Versicherungen, Beiträge und Gebühren	6900	7300	7500	8000
Wartung und Instandhaltung	4000	4500	4500	4800

Während eine stetige und gleichmäßige Entwicklung auf eine stetige Entwicklung der Leistungsfähigkeit der gesamten Gesundheitseinrichtung hinweist, kann ein plötzlicher Anstieg darauf hindeuten, dass die Einrichtung mit den Leistungen die verlangt werden, überfordert ist. Insbesondere ist zu prüfen, ob mit dem erhöhten Kosteneinsatz zumindest mittelfristig auch Leistungsoptimierungen und Einnahmeverbesserungen zu erzielen sind, oder ob nur Kosten produziert werden, die den gesamten wirtschaftlichen Erfolg infrage stellen. Ebenso kann eine sprunghafte Abweichung nach unten das Ergebnis erfolgreicher Sanierungsmaßnahmen, aber auch auf das Zurückfahren des investiven Engagements zurückzuführen sein. Möglicherweise liegt dann eine stärkere Investitionstätigkeit in den Vorperioden zugrunde oder es stellt sich die Frage, ob genügend investiert und nicht beispielsweise der Anschluss an medizintechnische Entwicklungen verpasst wird (vgl. Pelizäus 2018, S. 247 f.).

1.2 Gesundheitsbetriebliche Kosten, Aufwendungen und Ausgaben

Befasst man sich mit dem Kostenbegriff in Gesundheitseinrichtungen, so erscheinen zunächst die auf der Hand liegenden Zahlungsströme plausibel dazugehörig, wie beispielsweise die monatlichen Gehaltszahlungen und Sozialabgaben für das medizinische Personal. Muss hingegen ein geplanter operativer Eingriff verschoben werden, weil hierzu notwendiges medizinisches Verbrauchsmaterial nicht rechtzeitig geliefert wurde, so stellt sich möglicherweise die Frage nach Fehlmengenkosten, obwohl keine direkten Zahlungsströme zu verzeichnen sind. Ebenso verhält es sich beispielsweise mit Kapitalbindungskosten für in zu hohen Lagermengen medizinischen Verbrauchsmaterials gebundenes Kapital, das nicht für andere Zwecke zur Verfügung steht.

Die **Kosten** in Gesundheitseinrichtungen lassen sich somit als bewerteter Verzehr von wirtschaftlichen Gütern materieller und immaterieller Art zur Erstellung und zum Absatz von Sach- und/oder Gesundheitsdienstleistungen sowie zur Schaffung und Aufrechterhaltung der dafür notwendigen Teilkapazitäten beschreiben, die üblicherweise aus dem Aufwand in der Finanzbuchhaltung hergeleitet werden. Die meisten Kostendefinitionen stellen auf den bewerteten Güter- oder Leistungsverbrauch ab bzw. auf den Verbrauch von Produktionsfaktoren für die betriebliche Leistungserstellung (vgl. Hesse et al. 2013, S. 81): Nach dem *wertmäßigen* Kostenbegriff stellen sie einen bewerteten sachzielbezogenen Güterverbrauch dar, wobei grundsätzlich je nach Zweckbezogenheit unterschiedliche Bewertungsansätze zur Anwendung gelangen können. Der *pagatorische* Kostenbegriff hingegen orientierte sich ursprünglich an den tatsächlichen Anschaffungsauszahlungen und definiert Kosten als die im Rahmen des gesundheitsbetrieblichen Prozesses entrichteten Entgelte. Für bestimmte dispositive Zwecke geht der pagatorische Kostenbegriff jedoch mitunter vom strengen Anschaffungsprinzip ab und umfasst im Gegensatz zum wertmäßigen Kostenbegriff keine kalkulatorischen Kosten oder Verrechnungspreise. Nach dem *entscheidungsorientierten* Kostenbegriff stellen die Kosten die durch die Entscheidung über ein bestimmtes gesundheitsbetriebliches Kalkulationsobjekt, insbesondere über Beschaffung und Verwendung von Gütern, die Erstellung von Gesundheitsleistungen sowie über Aufbau, Aufrechterhaltung und Anpassung der Kapazität und Leistungsbereitschaft von Gesundheitseinrichtungen ausgelösten Auszahlungen einschließlich der Auszahlungsverpflichtungen dar (vgl. Weber et al. 2018, S. 1).

Um die kostenbegrifflichen Diskussionen in Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich der unterschiedlichen Ansätze einzuschränken und für den betrieblichen Alltag ein möglichst pragmatisches Verständnis vorzuschlagen, wird folgende Beschreibung formuliert:

► **Definition** Unter den **Kosten einer Gesundheitseinrichtung** ist der Wert aller verbrauchten Materialien und Behandlungs-, Pflege- und Dienstleistungen pro Zeitperiode, die zur Erstellung der eigentlichen betrieblichen Leistung der Gesundheitseinrichtung nötig sind, zu verstehen (vgl. Frodl 2011, S. 20 ff.).

Darüber hinaus werden themenrelevant und bei Bedarf beispielsweise spezielle Kostenarten, wie die erwähnten Fehlmengen- oder Kapitalbindungskosten einbezogen und die besonderen wertmäßigen, pagatorischen oder entscheidungsorientierten Ausprägungen berücksichtigt.

Zur Kostendefinition in Gesundheitseinrichtungen mit einem überwiegend im internen Rechnungswesen und in der Kosten- und Leistungsrechnung verwendeten Kostenbegriff, trägt somit eine Vielzahl von Merkmalen bei:

- *Wert der verbrauchten Materialien, Behandlungs-, Pflege- und Dienstleistungen:* Beispielsweise in Euro ausdrückbarer Anschaffungswert als Betrag, der beim Kauf der Materialien bezahlt wurde, oder der Betrag bspw. der Vergütungen für die in Anspruch genommenen externen Dienstleistungen.

- *Verbrauchsmaterialien:* Alle Materialien, die verbraucht werden und damit nicht erhalten bleiben. Dazu zählt der Bedarf an Wundschnellverbänden, Pflaster, Mullbinden, Wundauflagen, Injektionspflaster, Tupfer, Einmalhandschuhen, Desinfektionsmittel, Kanülen, Briefumschlägen, Kugelschreibern, Briefpapier und vieles andere mehr. Ebenso zählen zu den verbrauchten Dienstleistungen beispielsweise von außerhalb benötigte Dienstleistungen, wie die Dienstleistung des Steuerberaters, Laboruntersuchungen, Wartung des CRT oder des Technikers für die Instandsetzung eines Praxiscomputers.
- *Zeitraum:* Zeitliche Beschränkung in der Regel auf ein Betriebs- oder Arbeitsjahr oder auch auf einen einzelnen Monat, um beispielsweise Vergleiche der Höhe der Kosten in unterschiedlichen Zeiträumen anstellen zu können.
- *Eigentliche betriebliche Leistungserstellung:* Umfasst als weitere Einschränkung zur Bestimmung, was alles zu den Kosten zählt, nur die tätigkeitsrelevanten Kosten in Zusammenhang mit den Behandlungs- und Pflegeleistungen der Gesundheitseinrichtung, sowie den Leistungen, die mittelbar dazu beitragen (bspw. Wäschereikosten, Kosten einer Krankenhausapothek, Laborkosten etc.), um nur diejenigen Beträge als Kosten anzusehen, die auch im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Gesundheitseinrichtung entstehen.

Zu den **Aufwendungen** einer Gesundheitseinrichtung zählen die Werte aller verbrauchten Materialien und Dienstleistungen pro Zeitraum. Der Begriff Aufwand entstammt aus dem externen Rechnungswesen und wird zur Erstellung der Gewinn- und Verlustrechnung, die vor allen Dingen gegenüber Außenstehenden die Ergebniserzielung dokumentieren soll, verwendet. Hierzu zählen neben den Auszahlungen und Ausgaben der jeweiligen Zeitperiode auch etwa die Abschreibungswerte von medizinischen Geräten und Instrumenten, die in einer früheren Zeitperiode gekauft wurden und gegenwärtig noch der Nutzung unterliegen.

Die **Abschreibungen** stellen ein buchtechnisches Instrument zur rechnerischen Verteilung des Werteverzehrs zuvor angeschaffter Güter dar. Ihre Funktion besteht darin, die leistungsabhängig oder zeitbezogen auftretende Wertminderung zu erfassen, die Anschaffungskosten und Herstellungskosten auf eine bestimmte Zeitdauer zu verteilen oder nicht planmäßig eintretenden Wertminderungen Rechnung zu tragen. Die Abschreibung erfasst den Werteverzehr von Vermögensteilen in der Kostenrechnung als Kosten, in der Handelsbilanz als Aufwand und in der Steuerbilanz als Betriebsausgaben (bzw. Werbungskosten). In der Kostenrechnung sollen die kalkulatorischen Abschreibungen den Gebrauchs- und Zeitverschleiß verursachungsgerecht erfassen. Gebrauchsverschleiß ist auf die Nutzung der Betriebsmittel zurückzuführen und den variablen Kosten zuzurechnen. Zeitverschleiß entsteht unabhängig von der Betriebsmittelnutzung und gehört zu den Fixkosten. Kalkulatorische Abschreibungen mindern den Betriebserfolg. In der Handels- und Steuerbilanz werden die Abschreibungen zur Beeinflussung des Gewinns eingesetzt, da wegen der Unsicherheit über den zutreffenden Abschreibungspfad Gestaltungsspielräume bestehen. Die buchhalterischen

Abschreibungen mindern den Jahresüberschuss, die steuerlichen Abschreibungen (Absetzung für Abnutzung, AfA) die Steuerbemessungsgrundlage.

Die planmäßigen Abschreibungen dienen der Abschreibung von Vermögensgegenständen mit zeitlich begrenzter Nutzung entsprechend einem Abschreibungsplan, in dem die Abschreibungsbasis, das Abschreibungsvolumen, die Abschreibungsdauer (Nutzungsdauer) und das Abschreibungsverfahren festgelegt sind. In der Kostenrechnung ist das Abschreibungsverfahren frei wählbar; verwendet wird die Methode, die die Abschreibungsursachen am besten erfasst. In der Handelsbilanz sind alle Abschreibungsmethoden zulässig, die die Anschaffungs- oder Herstellungskosten nach einem Plan verteilen. In der Steuerbilanz sind nur die lineare und die geometrisch-degressive Abschreibung erlaubt, bei Nachweis auch die Leistungsabschreibung. Nicht planmäßige Abschreibungen sind Sonderabschreibungen und haben die Funktion, ungeplante Wertminderungen zu erfassen oder anders begründete Abwertungen buchtechnisch durchzuführen.

Beispiel

Für eine neue Behandlungseinheit in einer Zahnarztpraxis betragen die Anschaffungskosten 50.000 €. Die Einheit wird in der Kostenrechnung über 5 Jahre linear abgeschrieben. Der jährliche Abschreibungsbetrag beläuft sich somit auf 10.000 €. ◀

Eine **Auszahlung** stellt immer eine Bargeldzahlung beispielsweise aus der Handkasse in der Klinikverwaltung oder eine Abbuchung vom Praxiskonto (oder anderen Sichtguthaben, wie Sparbücher, Termingelder usw.) dar. Die Auszahlung stellt überwiegend eine Rechengröße dar, wie sie bspw. in der Investitionsrechnung verwendet wird.

Die **Ausgaben** einer Gesundheitseinrichtung setzen sich aus den Anschaffungswerten aller zugegangenen Materialien und Dienstleistungen pro Zeitperiode zusammen. Sie können durch eine sofortige Auszahlung oder aber auch durch eine spätere Zahlung, Ratenzahlung usw. beglichen worden sein. Ausgaben werden somit immer dann zu Auszahlungen, wenn auch tatsächlich Zahlungen in den genannten Formen erfolgen. Die Ausgabe ist ein Begriff aus der Buchführung und entsteht somit immer dann, wenn etwas gekauft bzw. verkauft wurde. Es spielt dabei keine Rolle, ob schon bezahlt wurde oder nicht.

Die Begriffe Kosten, Aufwand, Ausgabe und Auszahlung überschneiden sich somit inhaltlich und ihre Verwendung richtet sich nach dem angestrebten Rechnungszweck (siehe Tab. 1.6).

Die Steuerung gesundheitsbetrieblicher Kosten stellt somit die Beeinflussung und Gestaltung von Strukturen der Gesundheitseinrichtungen, ihrer Prozesse und ihrer medizinischen und pflegerischen Leistungen unter Kostengesichtspunkten und unter Verwendung von Informationen aus den Kostenrechnungssystemen der Gesundheitseinrichtungen dar. Wesentliches Ziel ist dabei, ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erreichen und nicht das alleinige Kostensparen, welches mit negativen Folgen für die Qualität der Erstellung medizinischer und pflegerischer Leistungen verbunden sein kann. Die Steuerung gesundheitsbetrieblicher Kosten ist somit immer auch ein

Tab. 1.6 Abgrenzung von Aufwendungen, Ausgaben und Auszahlungen einer Gesundheitseinrichtung

Bezeichnung	Beschreibung	Sachverhalt	Beispiel
Auszahlung	Abgang liquider Mittel (Bargeld und Sichtgut-haben) der Gesund-heitseinrichtung je Periode	Auszahlung ist keine Ausgabe	Bezahlung einer Rechnung aus dem Vorjahr (vorherige Abrechnungs-periode)
		Auszahlung und Ausgabe sind gleich	Barzahlung postalischer Frankierung
Ausgabe	Wert aller der Gesund-heitseinrichtung zugegangen Güter und Dienstleistungen je Periode (Liquide Mittel + Forderungen – Verbindlichkeiten)	Ausgabe ist keine Auszahlung	Einkauf von medizinischem Ver-brauchsmaterial auf Rechnung (späteres Zahlungsziel)
		Ausgabe ist kein Aufwand	Einkauf und Einlagerung von Büro-material, das erst in der nächsten Abrechnungsperiode verbraucht wird
Aufwand	Wert aller durch die Gesundheitsein-richtung verbrauchten Güter und Dienst-leistungen je Periode (Geldvermögen + Sach-vermögen)	Ausgabe und Aufwand sind gleich	Einkauf von medizinischem Ver-brauchsmaterial für den unmittel-baren Bedarf (direkter Verbrauch)
		Aufwand ist keine Ausgabe	Verbrauch von Büromaterial ab Lager, das in der vorherigen Abrechnungsperiode eingekauft wurde

Abwägungsprozess, der insbesondere die Handlungsfelder der Beeinflussung von Kostenstrukturen, Ausgabeverhalten und Kostenverursachung umfasst (vgl. Zapp et al. 2017, S. 199 f.).

Während gewinnorientierte Unternehmen anstreben, ein Gewinnziel zu erreichen und ihr Ziel an Kosten und Erträgen messen, orientieren gemeinwirtschaftliche Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser als ideell orientierte Unternehmen ihr Ziel in Form von Leistungen oder gesellschaftlichen Mehrwert. Allerdings lässt sich ein wirtschaftlicher Verlust ebenso wenig als Maßstab für den ideellen Auftrag definieren, wie das Erzielen von Verlust als Ziel einer sozialen Einrichtung.

Beispiel

Ideeller Auftrag bedeutet nicht gleichzeitige Kostenfreiheit:

„Gleichzeitig werden wir in ideell orientierten Unternehmen bestimmte Ineffizienzen auch aus ideellen Gründen akzeptieren – das innovative Projekt, die Weiterbeschäftigung von leistungsgeminderten Mitarbeiter/innen, der Erhalt des Hauses des Gründers, die zusätzlichen Einkehrtage usw. Diese sind jedoch ebenfalls real – sie kosten reales Geld und müssen an anderer Stelle durch Effizienzgewinne oder durch den Einsatz des zu erwirtschaftenden Gewinns realisiert werden. Akzeptierten Ineffizienzen müssen also hohe

Effizienzen an anderer Stelle und nicht-akzeptieren Ineffizienzen gegenüber stehen.“ (vgl. Kaspers et al. 2017, S. 18). ◀

1.3 Einordnung der Kostensteuerung in die Betriebsführung

Die **Betriebsführung** von Gesundheitseinrichtungen beruht im Wesentlichen auf unterschiedlichen Aufgabenstellungen, die, stark vereinfacht dargestellt, einerseits die Leitung eines Unternehmens im Gesundheitswesen beinhalten und andererseits den Umgang mit den Mitarbeitern zum Gegenstand haben. Sie besteht hauptsächlich aus der Steuerung und Lenkung von Gesundheitseinrichtungen unterschiedlicher Größenordnung oder Teilen davon. Dabei geht es um die Gestaltung der Einrichtung, ihrer Organisation und ihrer Abläufe, aber auch um die Realisierung ihrer Ziele unter Nutzung der ihr zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Unter der Betriebsführung sind sowohl die Führung durch die Leitung einer Gesundheitseinrichtung (institutionale Führung) zu verstehen, als auch die unterschiedlichen Führungstätigkeiten und Führungsprozesse (funktionale Führung). Von der Gestaltung von Rahmenbedingungen und Führungsstrukturen (indirekte Führung) unterscheidet sich die Führung durch persönlichen Kontakt (direkte Führung). Während sich die langfristig ausgerichtete Führung der Gesundheitseinrichtung als strategische Führung bezeichnen lässt, stellt die Abwicklung des Tagesgeschäfts eher die operative Führung dar.

Die Kostensteuerung in Gesundheitseinrichtungen ist Gegenstand in all diesen Führungsbereichen: Für sie sind Prozesse, Rahmenbedingungen und Strukturen zu gestalten, und sie ist umzusetzen sowohl im operativen Tagesgeschäft als auch in Form langfristig strategischer Planungen.

Da sich die eigentliche Führungsfunktion erst ergibt, wenn die gezielte Beeinflussung auf die Geführten mit dem Zweck einer Zielerreichung erfolgt und wenn diese auch durch beabsichtigte Verhaltensänderungen die Führungsrolle anerkennen und akzeptieren, stellen sich auch echte Führungserfolge im Bereich der Kostensteuerung nur dann ein, wenn die Rolle der Führungskraft auch mit Führungskompetenz, der Anwendung geeigneter Führungsstile und Vorbildfunktionen ausgefüllt werden.

Je höher die Führungsebene in einer Gesundheitseinrichtung ist, desto mehr wird die jeweilige Führungsrolle von Managementaufgaben, wie strategischer Kostenplanung, Grundsatzentscheidungen, Rahmenkonzeptionen und der Schaffung von Kostenstrukturen dominiert. So unterscheidet sich die Führungsrolle der Leitung eines Krankenhauses von der eines in einer dortigen Station beschäftigten Arztes zumindest im Hinblick auf die Art der Führungsaufgaben, wobei sich hinsichtlich der Führungsfunktion in der direkten Mitarbeiterführung und Kostenbeeinflussung allerdings keine Unterschiede ergeben. Ein Zahnarzt als Praxisinhaber und –leiter hat hingegen eine umfassendere Führungsrolle, da er im Hinblick auf die Kostensteuerung in seinem Praxisbetrieb in der Regel alle betriebswichtigen Entscheidungen selbst treffen muss.

Beispiel

Die Anforderungen an die Betriebsführung von Gesundheitseinrichtungen in Sachen Kostenmanagement sind somit hoch:

„Den Erwartungen an eine hochwertige Gesundheitsversorgung, Wirtschaftlichkeit und Unternehmenserfolg stehen begrenzte finanzielle und personelle Ressourcen, stetig steigende Anforderungen an die Leistungserbringer, eine zunehmende Arbeitsbelastung und Stresssymptomatik bei den Mitarbeitern, erschwerte Arbeitsorganisation und -bedingungen und Konflikte mit der kaufmännischen Geschäftsführung oder Vertragspartnern gegenüber. Chef- und Oberärzte sowie Praxisinhaber sind zunehmend mit Führungs- und Managementaufgaben in einem sich ständig wandelnden Umfeld bzw. mit der als widersprüchlich empfundenen Frage „Chefarzt – Arzt oder Manager?“ konfrontiert.“

... „Im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit steht die Behandlung der Patienten. Dies ist der Arbeitsschwerpunkt, auf den sich die Ärztinnen und Ärzte heute wie früher konzentrieren wollen.“ ...

„Um der ärztlichen Führungsverantwortung auch weiterhin gerecht werden zu können, muss und sollte der Arzt nicht zum Manager oder Kaufmann werden. Unter den gewandelten Rahmenbedingungen ist es jedoch erforderlich, ein Grundverständnis von ökonomisch-unternehmerischen Prozessen und von Organisationswandel zu erwerben sowie Aufgeschlossenheit gegenüber Managementmethoden mitzubringen. Es geht also um die Herstellung einer Balance, wie ökonomische und organisatorische Bedingungen selbstbestimmt und zum Nutzen der Patienten eingesetzt werden können. Dies gilt für Ärzte in Leitungspositionen in besonderem Maße.“ (Bundesärztekammer 2007, S. 9 ff.). ◀

Auf das Thema Kostensteuerung sind medizinische und pflegerische Fachkräfte häufig nur unzureichend vorbereitet. Oft werden ihnen entsprechende Aufgaben übertragen, ohne dass sie sich vorher darin hätten üben und Erfahrung sammeln können. Da die Kostenbeeinflussung komplexe Vorgänge umfassen, ist eine Vorbereitung darauf durch Seminare, Schulungs- und Trainingsmaßnahmen allerdings auch eher nur im Grundlagenbereich möglich.

Für die Führungskraft im Gesundheitswesen ist es wichtig zu wissen, dass für die zielgerichtete Einwirkung auf das Arbeitsverhalten ihrer Mitarbeiter im Sinne einer Kostenbeeinflussung nicht nur deren Arbeitsproduktivität im Vordergrund steht, sondern dass einerseits die eigenen sozialen Einstellungen dabei eine bedeutende Rolle spielen und andererseits auch die menschlichen Beziehungen, in deren Rahmen sich das Arbeitsverhalten vollzieht: Je überzeugender, glaubhafter, authentischer und vorbildlicher das Kostensteuerungsverhalten der Führungskraft auf die Geführten wirkt, desto eher werden die Mitarbeiter bereit sein, in deren Steuerungsmaßnahmen und Zielsetzungen zu vertrauen. Dazu müssen Führungskräfte im Gesundheitswesen zum Thema Kosten und Nutzen eine Einstellung bzw. Haltung entwickeln und Position beziehen, die zugleich medizinische, ökonomische, ethische und juristische Dimensionen und damit möglicherweise unter anderem folgende Aspekte umfasst:

- Erhebliche medizinische Verbesserungen zur Erhaltung der Lebensqualität und zur Verlängerung der Lebenszeit von Patientinnen und Patienten führen unvermeidbar zu Kostensteigerungen.
- Im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung gibt es Grenzen kollektiver Finanzierungsbereitschaft, die nicht gleichzusetzen sind, mit einer moralisch bedenklichen Einschränkung gesellschaftlicher Solidarität.
- Jede Form einer verdeckten Rationierung medizinischer Leistungen ist abzulehnen. Notwendige Rationierungsentscheidungen dürfen nicht an den einzelnen Arzt oder die einzelne Pflegekraft delegiert und müssen klar benannt werden.
- Sich auf das Problem der Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen einzulassen, bedeutet keine Festlegung auf eine Ökonomisierung von Entscheidungen.
- Entscheidungen über den Umfang solidarisch finanzierter Leistungen sind ethische Entscheidungen, die im gesellschaftlichen Diskurs und auf politischem Wege getroffen werden müssen.
- Menschenwürde und Grundrechte erfordern einen durch Rechte gesicherten Zugang jedes Bürgers zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung, die nicht hinter etwaige Erwägungen zur Steigerung des kollektiven Nutzens zurückgestellt werden dürfen.
- Der verantwortliche Einsatz knapper Ressourcen erfordert es, sie für Maßnahmen einzusetzen, die unter den alltäglichen Versorgungsbedingungen tatsächlich einen Nutzen erbringen.
- Eine ausführliche Nutzenbewertung unabhängig von Kostenerwägungen vor allem in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte (Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) muss jederzeit möglich sein.
- Ein Leistungsausschluss wegen fehlenden Nutzens muss aus Gründen des Patientenschutzes möglich sein.
- Im Kontext der Kosten-Nutzen-Bewertung medizinischer Leistungen gibt es aus ethischer und gerechtigkeits-theoretischer Sicht gewichtige Gründe dafür, nicht das Prinzip einer patientengruppenübergreifenden Nutzenmaximierung zu verfolgen (vgl. Deutscher Ethikrat [2011](#), S. 94 ff.).

Die Mitarbeiter orientieren sich jedoch nicht nur an der medizinischen, pflegerischen Führungskraft, deren Haltung und Einstellung, sondern auch an den sie umgebenden Arbeits- oder Patientengruppen und nicht selten an deren Meinungsmehrheit, was den Kostensteuerungsprozess für die Führungskraft erschweren kann.

Insofern muss die Führungskraft die organisatorischen Rahmenbedingungen in der Gesundheitseinrichtung berücksichtigen, insbesondere die Organisationskultur, die Strukturen, Kommunikationswege und Rituale. Zu ihren Aufgaben gehört es, diese zu kennen, zu berücksichtigen und für die Kostensteuerungszwecke zu nutzen.

Dabei darf jedoch nicht die Vorgehensweise der Organisationsplanung vorherrschen, indem die Führungskraft im Gesundheitswesen ihre Vorstellungen bezüglich der Kostensteuerung durch Anweisungen „diktiert“. Kostenprobleme lassen sich nicht immer mit

vollständiger Genauigkeit beschreiben, und die Meinungen über Art und Ausmaß des Problems und die Lösungsmöglichkeiten gehen nicht selten auseinander. Es ist daher wichtig, die unterschiedlichen Wahrnehmungen und Vorstellungen zu strukturieren und dafür zu sorgen, dass der Weg zu einer Problemlösung und die dabei erforderliche Kommunikation im Pflege-, Stations- oder Praxisteam zustande kommen. So werden beispielsweise durch eine fragende Haltung die Beteiligten füreinander und für das Thema Kosten geöffnet und aktiviert. Dazu sind auch die kostenrelevanten Daten zu sammeln und aufzubereiten, um das Problem für die Arztpraxis, die Station oder den Pflegebereich möglichst zu objektivieren. Bei der anschließenden Umsetzung von strukturellen, materiellen oder auch personellen Veränderungen in der Gesundheitseinrichtung ist es wichtig, die eingeleiteten Maßnahmen fortlaufend zu überprüfen und wenn nötig durch ergänzende Aktivitäten in ihrer Wirkung abzusichern.

Jede Führungskraft und somit auch das leitende Personal im Gesundheitswesen, steht im Arbeitsalltag unter „Beobachtung“. Ob sie wollen oder nicht, wird ihr Verhalten und damit auch das, was sie in Sachen Kostenverursachung tun oder lassen, von ihrem Arbeitsumfeld, den Mitarbeitern und Patienten registriert. Insofern muss eine Führungskraft in ihrer **Vorbildfunktion** damit rechnen, das ihr Kostenverhalten bewusst oder unbewusst nachgeahmt wird und sich andere damit oder sogar mit ihrer Person identifizieren, zumal wenn sie gerade, wie Umfragen häufig belegen, im medizinischen Bereich ein hohes gesellschaftliches Ansehen genießt.

Für die Führungskraft und die Kostensteuerung in einer Gesundheitseinrichtung bedeutet dies zum einen, sich der Verantwortung als Vorbild und dem möglichen Nachahmens des eigenen Verhaltens durch Andere bewusst zu sein und andererseits, die Vorbildfunktion aber auch gezielt für positive Verhaltensbeeinflussungen bei Mitarbeitern nutzen zu können.

Von großer Bedeutung ist die Vorbildfunktion insbesondere bei der Kostenverursachung, da sich positives Verhalten verstärken kann, wenn die Führungskräfte als Vorbild voran gehen. Sie sind in der Regel auf ihre Unterstützung, Kooperation und das Mitwirken Aller angewiesen, denn ein gewünschtes Verhalten lässt sich nicht immer erzwingen. Somit ist die Vorbildfunktion ein wichtiger Erfolgsfaktor, der bestimmt, ob Mitarbeiter langfristig ihr Kostenverhalten ändern.

Orientierung über Werte und Prinzipien in Gesundheitseinrichtungen geben auch Leitbilder, mithilfe derer sich der einzelne Mitarbeiter, aber auch die Führungskraft selbst in ihrer Vorbildfunktion zurechtfinden kann. Das **Leitbild** gibt als dokumentierter Handlungsrahmen Selbstverständnis, Grundprinzipien und gemeinsame Ziele einer Einrichtung im Gesundheitswesen wieder. Insofern hat es nicht nur eine Außenwirkung, um zu zeigen, für was die betreffende Gesundheitseinrichtung steht und wie sie sich und ihre Aufgaben in der Gesellschaft sieht, sondern es wirkt vor allen Dingen auch nach innen und bildet die Basis für Themen wie Kostenbewusstsein und Organisationskultur, sowie den Handlungsrahmen für alle medizinischen und pflegenden Aufgaben.

Gerade die Führungskräfte tragen wesentlich dazu bei, dass Leitbilder ihre Funktion erfüllen. Wenn sie selbst Elemente des Leitbildes offen ablehnen, sich nicht daran halten

oder das Leitbild als unrealistisches Idealbild kritisieren, besteht die Gefahr, dass ihr in dieser Hinsicht negatives Vorbild wünschenswertes Kostenbewusstsein in einer Gesundheitseinrichtung behindert oder gar zunichte macht.

Das Treffen von **Kostenentscheidungen** zählt zu den wichtigen Aufgaben einer Führungskraft in Gesundheitseinrichtungen. Im Vergleich zu beispielsweise produzierenden Unternehmen ist die Bedeutung dieser Aufgabe im Gesundheitswesen jedoch weitaus größer, da dabei stets das Patientenwohl zu berücksichtigen ist. Eine Kostenentscheidung stellt somit nicht zwangsläufig immer eine bewusste Wahl zwischen zwei oder mehreren Alternativen anhand bestimmter Entscheidungskriterien oder Präferenzen dar. Oftmals ist auch nicht die Wahl einer bestimmten Alternative, sondern die Unterlassung einer Handlung als Entscheidungsergebnis anzusehen. Die Führungskräfte als Entscheidungsträger sind dabei nicht nur die behandelnden Ärzte, Chirurgen, Kieferorthopäden oder Krankenhausmanager, sondern, sie sind auf allen Ebenen angesiedelt und somit können sich Kostenentscheidungen, unabhängig von Hierarchie und organisatorischer Einordnung, direkt auswirken. Risiko und Tragweite von Kostenentscheidungen nehmen in der Regel mit aufsteigender Führungshierarchie zu. So kann man im Allgemeinen davon ausgehen, dass beispielsweise in den unteren Ebenen tragbare Entscheidungsrisiken mit hoher Eintrittswahrscheinlichkeit, aber begrenzter Schadenshöhe und auf der Führungsebene Risiken mit erheblicher Tragweite, geringer Eintrittswahrscheinlichkeit, aber existenzbedrohender Schadenshöhe existieren.

Auch die möglichen Folgen von Kostenentscheidungen sind von wesentlicher Bedeutung und damit die Möglichkeit, die Güte einer Entscheidung zu einem späteren Zeitpunkt zu messen oder aus einer Fehleinschätzung zu lernen, bzw. das Anstreben der absoluten Verlässlichkeit und Richtigkeit der Entscheidung. Oftmals verfügen die Führungskräfte als Entscheidungsträger im Gesundheitswesen in Bezug auf die Kostensituation nicht über die vollständige Information und über alle potenziell entscheidungsrelevanten Faktoren. Für die Entscheidungspraxis in Gesundheitseinrichtungen bedeutet das Dargelegte, dass Kostenentscheidungen umso leichter getroffen werden, je größer die Sicherheit scheint. Mit dem Ausmaß der Unsicherheit, nimmt auch die Schwierigkeit der Entscheidung zu, da die Entscheidungsfolgen oft nicht absehbar sind. Die Sicherheit nimmt in der Regel zu, je mehr Informationen zur Entscheidungsfindung vorliegen. Auf der Grundlage dieser Annahmen ergeben sich beispielsweise folgende Entscheidungsmodelle für Kostenentscheidungen:

- *Sicherheitsentscheidung*: Die Kostenentscheidung unter völliger Sicherheit bildet in einer Gesundheitseinrichtung eher die Ausnahme, da sich in den seltensten Fällen sämtliche Konsequenzen aus einer Handlung voraussagen lassen. Die Annahme, dass alle denkbaren Kostenfolgen einer Handlung im Voraus bekannt sind, erscheint schließlich nicht gerade realistisch, sodass sich ein theoretisches Restrisiko daher kaum ausschließen lässt.
- *Unsicherheitsentscheidung*: Mit Unsicherheit behaftete Kostenentscheidungen dürften häufiger vorkommen, insbesondere diejenigen, bei denen die Auswirkungen einer