

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

Die Autoren

Vorwort

I Grundlagen

1 Einführung

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

2.1 Definition

2.2 Pseudo-Sachkosten

2.3 Bereinigter medizinischer Sachbedarf (BMES)

2.4 Entwicklung der Sachkosten in deutschen Krankenhäusern

3 Welche Erlöse stehen im Krankenhaus dem medizinischen Bedarf gegenüber?

3.1 Das G-DRG-System

3.2 Kalkulation der G-DRG

3.3 Fallkostenkalkulation durch die Kalkulationshäuser

3.4 DRG-Kalkulation durch das InEK

3.5 Anwendung der DRG-Matrix für das Sachkosten-Controlling

3.6 Zusatzentgelte (ZE)

- 3.7 Refinanzierung durch Zusatzentgelte
- 3.8 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)
- 3.9 Aktuelle Weiterentwicklung des DRG-Systems
- 3.10 Finanzierung von Sachkosten für ambulante Krankenhausleistungen

4 Wer beeinflusst Menge und Preis?

- 4.1 Strategische Entscheidungen
- 4.2 Operative Entscheidungen
- 4.3 Innovative Diagnostik- und Behandlungsmethoden
- 4.4 Beteiligte Berufsgruppen

5 Wie wird ein Sachkostenbericht aufgebaut?

- 5.1 Planung
- 5.2 Primäre Datenquellen: Finanzbuchhaltung und Materialwirtschaft
- 5.3 Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV)
- 5.4 Interdisziplinäre Stationen und Funktionsbereiche
- 5.5 Systematik der Stammdaten – Warengruppen
- 5.6 Struktur der Sachkostenberichte
- 5.7 Bezug zur Leistungsentwicklung
- 5.8 Berichtsdesign

6 Wie kommunizieren wir im Team?

- 6.1 Planung der Sachkostendialoge
- 6.2 Gesprächskultur und Atmosphäre – mehr als ein Nebenthema

- 6.3 Der Raum für die Gespräche
- 6.4 Charakter von Einladung und Informationen
- 6.5 Konstruktive Moderation und effektive Ergebnissicherung
- 6.6 Zusammenfassung: Ablauf der Sachkostendialoge

II Die vier Schritte der Sachkostensteuerung

7 Wie messen wir den Erfolg? – Kennzahlen und Budgetierung

- 7.1 Einrichtungsebene
- 7.2 Abteilungsebene
- 7.3 Nutzung der InEK-Kostenmatrix zur Berechnung von zielkostenbasierten Kennzahlen
- 7.4 Leistungsvariable Budgetierung

8 Einführung in das Vier-Schritte-Konzept

9 Schritt 1: Aufwandssteuerung

- 9.1 Transparenz und Motivation
- 9.2 Kostenentwicklung
- 9.3 Darstellung der Kosten im Verhältnis zur Leistung
- 9.4 Kostenstellen und Adressaten
- 9.5 Grenzen der Aufwandssteuerung

10 Schritt 2: Verbrauchssteuerung

- 10.1 Informationen über Preise
- 10.2 Fokus der Verbrauchssteuerung: Warengruppen und Einzelartikel

- 10.3 Abweichungen zwischen den Daten der Finanzbuchhaltung und der Materialwirtschaft
- 10.4 Darstellung der Warengruppen und Einzelartikel im Sachkostenbericht
- 10.5 Datenmanagement und Stammdatenpflege
- 10.6 Mengensteuerung
- 10.7 Produktsteuerung
- 10.8 Grenzen der Verbrauchssteuerung

11 Schritt 3: Rentabilitätsorientierte Steuerung

- 11.1 Analyse medizinisch vergleichbarer Fälle
- 11.2 InEK Report-Browser
- 11.3 Verwendung der Vergütungssysteme zur Ermittlung der Sachkostenrentabilität: Zielkosten (target costing)
- 11.4 Grenzen und Unschärfen bei der Anwendung der InEK-Kostenmatrix
- 11.5 Steuern mit den Ergebnissen der Rentabilitätsanalyse
- 11.6 Fakturierung von Zusatzentgelten
- 11.7 Grenzen der rentabilitätsorientierten Steuerung

12 Schritt 4: Steuerung der medizinischen Prozesse

- 12.1 Verweildauer als Steuerungsgröße
- 12.2 Prozessoptimierung durch Standardisierung
- 12.3 Steuerung von Sekundärleistungen
- 12.4 Standardisierung komplexer Behandlungsabläufe: Klinische Pfade
- 12.5 Analyse des kompletten Behandlungsprozesses mit Routinedaten

12.6 Strategische Optionen

III Ergänzende Perspektiven

13 Sachkostensteuerung als Führungsinstrument

13.1 Change Management

13.2 Leader und Manager

13.3 Unternehmensziele und Business Case

13.4 Individuelle Zielvereinbarungen und Medizinethik

14 Beratung

15 Einbeziehung von Einkauf und Logistik

15.1 Einkaufsgemeinschaften

15.2 Logistik

16 Mehrstufige Bereichsergebnisrechnung (MBE)/Deckungsbeitragsrechnung

17 Benchmarking und Standardisierung

18 Ausblick

Literatur

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Register

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 medizin-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).

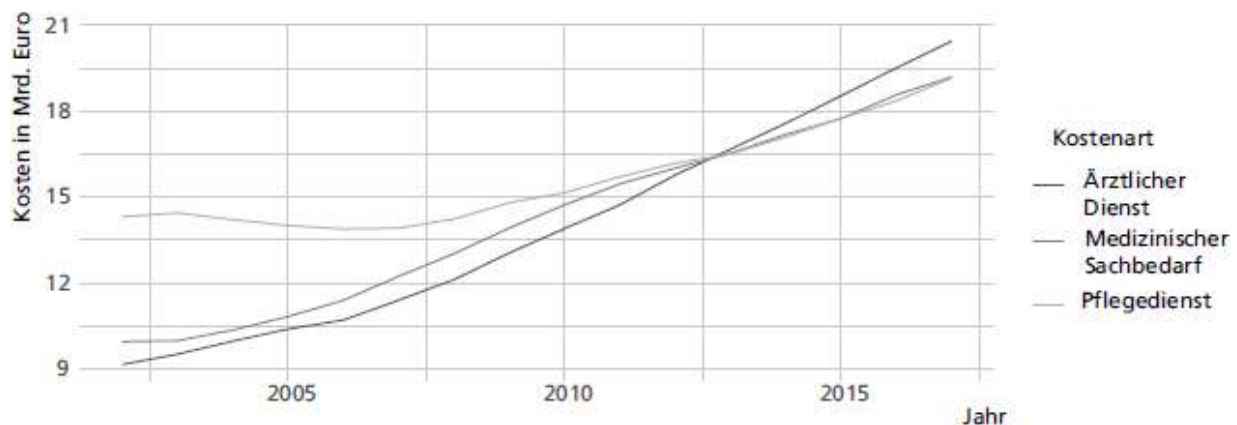


Abb. 1.1: Ausgabenentwicklung 2003 – 2016 nach Kostenarten (Quelle: Statistisches Bundesamt, <http://www.gbe-bund.de>, Stand 27.05.2019)

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
- Dialysebedarf
- Kosten für Krankentransporte
- Sonstiger medizinischer Bedarf

In der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) ist der medizinische Bedarf der Kontenklasse 66 zugeordnet, die in Kapitel 5.3 beschrieben wird (► [Kap. 5.3](#)). Die Gliederung nach der KHBV ist umfassender als die Destatis-Definition. Mehrere KHBV-Positionen, z. B. Untersuchungen in fremden Instituten, sind in der Krankenhausstatistik vom Destatis nicht zu identifizieren.

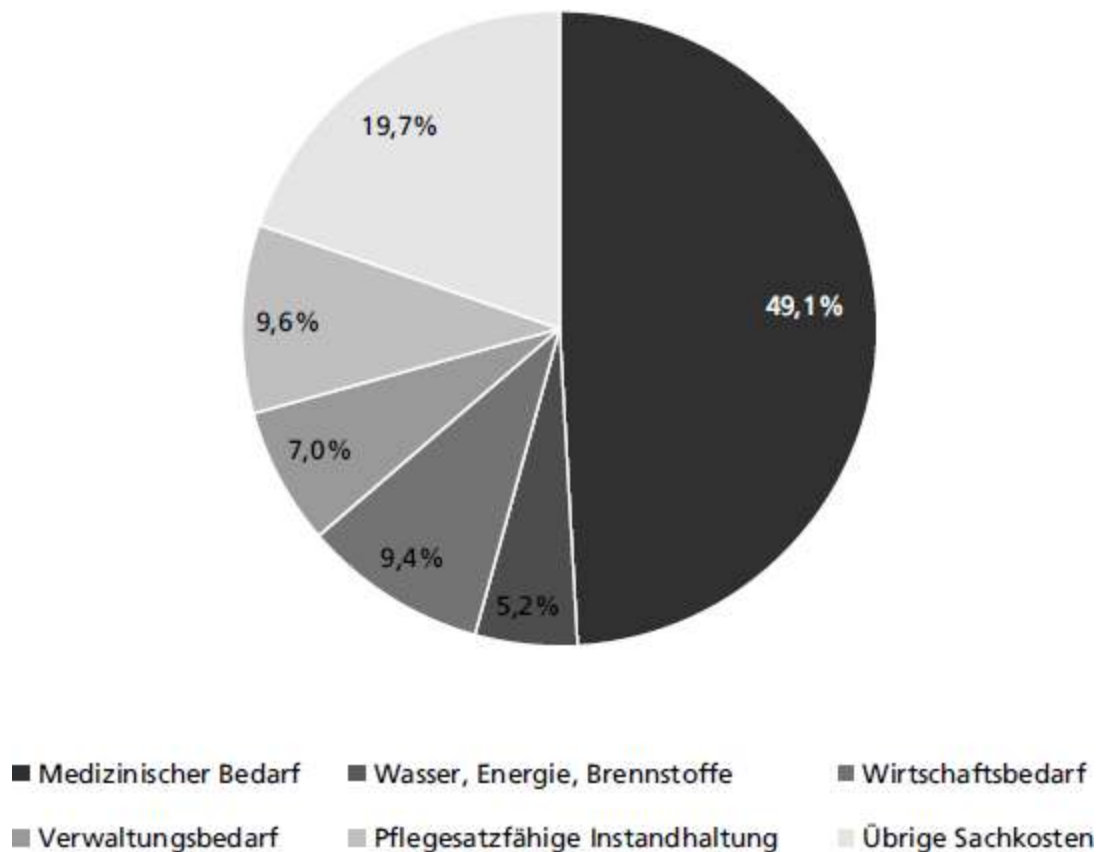


Abb. 2.1: Verteilung der Sachkosten (Statistisches Bundesamt, Destatis 2018)

2.2 Pseudo-Sachkosten

Die Definitionen nach Destatis und KHBV decken sich größtenteils, aber nicht vollständig mit dem, was auch Ärzte und Pflegekräfte üblicherweise unter »Sachbedarf« verstehen: nämlich die Artikel, die unmittelbar für die Patientenversorgung eingesetzt werden, d. h. »alles, was man anfassen kann«. Es gibt allerdings einige Positionen, die nicht unmittelbar diesem Allgemeinverständnis von »Sachkosten« entsprechen, z. B. Transportkosten, insbesondere aber die »Untersuchungen in fremden Instituten«, also z. B. Aufwendungen für externe Laboratorien, und »Honorare für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte«. Wir bezeichnen diese Positionen hier als »Pseudo-Sachkosten«. Buchhalterisch ist es korrekt und erforderlich, diese Aufwendungen als Sachkosten zu buchen. Wenn wir allerdings mit den

klinisch Verantwortlichen über die Mengensteuerung »vor Ort« auf den Stationen, im OP usw. diskutieren, so möchten wir uns in der Regel mit dem Sachbedarf im engeren Sinn beschäftigen. Die Pseudo-Sachkosten könnten bei der Analyse des Sachkostenberichts einer Abteilung störend und verzerrend wirken.

Offensichtlich ist dies beim Einsatz von Personaldienstleistern. In der Regel arbeiten diese nicht längerfristig im gleichen Krankenhaus, sondern werden bei Bedarf, also bei Unterbesetzung häufig in der Pflege, mehr oder wenig kurzfristig verpflichtet. Der Einsatz der Personaldienstleister ist nur begrenzt von den vor Ort für den Sachkosteneinsatz verantwortlichen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern beeinflussbar, da er vorwiegend von der Situation auf dem Arbeitsmarkt abhängt. Somit würden in einer Darstellung des gesamten medizinischen Bedarfs die Kosten für diese Dienstleistungen die eigentliche Zielgröße, nämlich den vor Ort beeinflussbaren Materialeinsatz, verfälschen. Insbesondere erschwert die Integration der Pseudo-Sachkosten einen Krankenhausvergleich. Der Einsatz von externem Personal und die Inanspruchnahme externer Institute fällt von Haus zu Haus äußerst unterschiedlich aus.

2.3 Bereinigter medizinischer Sachbedarf (BMES)

Wenn wir nun ein Controlling des medizinischen Sachbedarfs aufbauen, so müssen wir uns grundsätzlich überlegen, ob und wie die oben beschriebenen Pseudo-Sachkosten im eigenen Krankenhaus berücksichtigt werden sollen. Wir empfehlen, diese Positionen sowohl im Sachkostenbericht (► [Kap. 5](#)) als auch bei der Definition der relevanten Kennzahlen und bei der Diskussion der Ergebnisse in den Sachkostendialogen separat zu betrachten und nicht mit den Sachkosten im engeren Sinn zu vermischen. Zu diesem Zweck führen wir den Begriff des »Bereinigten medizinischen Sachbedarfs« (BMES) ein. Den BMES definieren wir als Differenz der Sachkosten im Sinne der Kontenklasse 66 abzüglich der Pseudo-Sachkosten – sofern diese auf Kontenebene differenziert werden können. Eine mögliche Definition des BMES ist wie folgt:

Summe der Kontengruppe 66 abzüglich

- Aufwand zur Bildung von Rückstellungen
- Untersuchungen in fremden Instituten
- Konsile
- Bezogenes Personal, Honorare
- Sekundärleistungen
- Transportkosten
- Wareneinsatz für Externe

= Bereinigter medizinischer Sachbedarf (BMES).

Für die Umsetzung im Krankenhaus bietet es sich an, den BMES als Positivliste auf Basis der vierstelligen Kontengruppen zu definieren. Das bedeutet, dass z. B. die folgenden Bereiche dem BMES zugeordnet werden:

- 6600 Arzneimittel (außer Implantate und Dialysebedarf)
- 6602 Blut, Blutkonserven und Blutplasma
- 6603 Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel
- 6604 Ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial, Instrumente
- 6606 Narkose- und sonstiger OP-Bedarf
- 6608 Laborbedarf
- 6613 Implantate
- 6614 Transplantate

Diese Differenzierung zwischen BMES und Pseudo-Sachkosten sollte im Reporting-Tool (Data Warehouse) relativ einfach darzustellen sein, indem die genannten Kontengruppen einmalig entsprechend gekennzeichnet werden. Sie können dann auf den verschiedenen Berichtsebenen (s. u.) isoliert ausgewertet werden.

Praxistipp

Definieren Sie für Ihr Sachkosten-Controlling, was zum BMES gehört, und verwenden Sie diese Definition auf allen Berichtsebenen immer