

LEHRBUCH

Robert Ott | Björn Maier

Controlling im Krankenhaus

Eine systematische Einführung
in Fallstudien

SCHÄFFER
POESCHEL

Urheberrechtsinfo

Alle Inhalte dieses eBooks sind urheberrechtlich geschützt.

Die Herstellung und Verbreitung von Kopien ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verlages gestattet.

Controlling im Krankenhaus

Robert Ott/Björn Maier

Controlling im Krankenhaus

Eine systematische Einführung in Fallstudien

1. Auflage

Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart

Dozenten finden ergänzende Unterlagen zu diesem Buch unter www.sp-dozenten.de
Registrierung erforderlich

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Print: ISBN 978-3-7910-4737-9 Bestell-Nr. 11456-0001
ePub: ISBN 978-3-7910-4738-6 Bestell-Nr. 11456-0100
ePDF: ISBN 978-3-7910-4739-3 Bestell-Nr. 11456-0150

Robert Ott/Björn Maier

Controlling im Krankenhaus

1. Auflage, März 2020

© 2020 Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft · Steuern · Recht GmbH
www.schaeffer-poeschel.de
service@schaeffer-poeschel.de

Bildnachweis (Cover): © Micolás, shutterstock

Produktmanagement: Alexander Kühn

Lektorat: Bernd Marquard, Stuttgart

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere die der Vervielfältigung, des auszugsweisen Nachdrucks, der Übersetzung und der Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen, vorbehalten. Alle Angaben/Daten nach bestem Wissen, jedoch ohne Gewähr für Vollständigkeit und Richtigkeit.

Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart
Ein Unternehmen der Haufe Group

SCHÄFFER
POESCHEL

myBook

Ihr Online-Material zum Buch

Für die Bearbeitung der Aufgaben im Buch sowie zu den Lösungen finden Sie im Online-Bereich Abbildungen, Arbeitsunterlagen und Tabellen.

So funktioniert Ihr Zugang

1. Gehen Sie auf das Portal sp-mybook.de und geben den Buchcode ein, um auf die Internetseite zum Buch zu gelangen.
2. Wählen Sie im Online-Bereich das gewünschte Material aus.
3. Scannen Sie alternativ dazu den QR-Code mit Ihrem Smartphone oder Tablet ein, um direkt auf die mybook-Seite zu gelangen.



SP myBook:

www.sp-mybook.de

Buchcode: 4737-Cont

Inhalte zum Download

Kapitel	Datei
–	Aktuelle gesetzliche Entwicklungen
Kapitel 3.1:	Entwicklung der Geschäftszahlen
Kapitel 3.1:	Perspektiven der BSC
Kapitel 3.1:	Endgültiger Geschäftsbericht
Kapitel 3.2:	Patienten- und Personaldaten
Kapitel 3.2:	Vergleich Ist- mit Soll-Personalbestand
Kapitel 3.2:	Ist-Soll-Vergleich der Personalkosten
Kapitel 4.3:	Regionaler Wettbewerb
Kapitel 4.3:	Angaben
Kapitel 4.3:	Aufgaben 1
Kapitel 4.3:	InEK-Browser 2019
Kapitel 4.3:	Lösungen 1
Kapitel 5.1:	DRGs der einzelnen Kliniken
Kapitel 5.1:	Lage des Klinikums Eisenach
Kapitel 5.3:	Aufgaben 2
Kapitel 5.3:	Lösungen 2
Kapitel 6.4:	Beispielhafter Sachkostenbericht über alle Kostenarten
Kapitel 6.4:	Beispielhafter Sachkostenbericht über die Topartikel

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	15
Abkürzungsverzeichnis	17
1 Krankenhausmanagement und Controlling	19
1.1 Rechtliche Grundlagen für Krankenhäuser in Deutschland	19
1.1.1 Grundsätzliche gesetzliche Regelungen für deutsche Krankenhäuser	19
1.1.1.1 Definition und Zulassung	19
1.1.1.2 Krankenhausleistungen	20
1.1.1.3 Arten von Krankenhäusern	21
1.1.1.4 Versorgungsstufen und Fachkliniken	21
1.1.1.5 Trägerschaften und Rechtsformen	22
1.1.2 Grundlagen der deutschen Krankenhausfinanzierung	23
1.1.2.1 Vergütungsformen	23
1.1.2.2 Betriebskostenfinanzierung mittels DRG	24
1.1.3 Fallstudie	25
1.1.4 Aufgaben	26
1.1.4.1 Aufgabe 1: Zielsetzung von Krankenhäusern	26
1.1.4.2 Aufgabe 2: Investitionskostenfinanzierung	26
1.1.4.3 Aufgabe 3: DRG	26
1.1.4.4 Aufgabe 4: Andere Entgeltformen	26
1.1.5 Lösungen zu den Aufgaben	26
1.1.5.1 Lösung zu Aufgabe 1: Zielsetzung von Krankenhäusern	26
1.1.5.2 Lösung zu Aufgabe 2: Investitionskostenfinanzierung	28
1.1.5.3 Lösung zu Aufgabe 3: DRG	31
1.1.5.4 Lösung zu Aufgabe 4: Andere Entgeltformen	34
1.2 Controlling als Konzept der Unternehmenssteuerung im Wandel der Zeit	36
1.2.1 Einführung	36
1.2.1.1 Definition des Controllings	36
1.2.1.2 Dimensionen des Controllings	37
1.2.1.3 Controlling-Funktionen	37
1.2.1.4 Aufgaben des Controllers	38
1.2.1.5 Organisationsformen	39
1.2.1.6 Digitalisierung im Controlling	40
1.2.2 Fallstudie	44
1.2.3 Aufgaben	45
1.2.3.1 Aufgabe 1: Aufgabenstellung des Controllings	45
1.2.3.2 Aufgabe 2: Organisation des Controllings	45
1.2.3.3 Aufgabe 3: Aspekte der neuen Organisationseinheit	46
1.2.4 Lösungen zu den Aufgaben	46
1.2.4.1 Lösungen zu Aufgabe 1: Aufgabenstellung des Controllings	46

1.2.4.2	Lösungen zu Aufgabe 2: Organisation des Controllings	48
1.2.4.3	Lösungen zu Aufgabe 3: Aspekte der neuen Organisationseinheit	52
1.3	Besonderheiten des Controllings im Krankenhaus	54
1.3.1	Einführung	54
1.3.1.1	Relevanz des Themas	54
1.3.1.2	Controlling in Krankenhäusern	54
1.3.1.3	Medizincontrolling	55
1.3.1.4	Operatives Medizincontrolling	56
1.3.1.5	Strategisches Medizincontrolling	56
1.3.1.6	Entwicklungen	57
1.3.1.7	Grenzen	57
1.3.2	Fallstudie	58
1.3.3	Aufgaben	59
1.3.3.1	Aufgabe 1	59
1.3.3.2	Aufgabe 2	62
1.3.3.3	Aufgabe 3	62
1.3.4	Lösungen zu den Aufgaben	64
1.3.4.1	Lösung zu Aufgabe 1	64
1.3.4.2	Lösungen zu Aufgabe 2	65
1.3.4.3	Lösungen zu Aufgabe 3	68
2	Informationsversorgung: Externes und internes Rechnungswesen	71
2.1	KHBV und Jahresabschlussanalyse im Krankenhaus	71
2.1.1	Grundlagen	71
2.1.1.1	KHBV	71
2.1.1.2	Grundlegender Aufbau und Adressaten	72
2.1.1.3	Bilanzanalyse	73
2.1.1.4	Relevante Analysen im Krankenhaus	74
2.1.1.5	Grenzen der Anwendung	79
2.1.2	Fallstudie	82
2.1.3	Aufgaben	82
2.1.3.1	Aufgabe 1: Kennzahlen und EBITDAR-Schema	82
2.1.3.2	Aufgabe 2: Verbuchung von Fördermitteln	86
2.1.4	Lösungen zu den Aufgaben	86
2.1.4.1	Lösung zur Aufgabe 1: Kennzahlen und EBITDAR-Schema	86
2.1.4.2	Lösung zu Aufgabe 2: Verbuchung von Fördermitteln	91
2.2	Anwendungsfälle des internen Rechnungswesens im Krankenhaus	95
2.2.1	Grundlagen der Kostenrechnung für Krankenhäuser	95
2.2.2	Fallstudie	99
2.2.3	Aufgaben	103
2.2.3.1	Aufgabe 1: Kostenrechnungssystematik	103
2.2.3.2	Aufgabe 2: Mehrstufige DB-Rechnung	103
2.2.3.3	Aufgabe 3: Kostenstellenverrechnung	103

2.2.3.4	Aufgabe 4: Kostenvergleich mit InEK-Matrix	103
2.2.3.5	Aufgabe 5: Break-even-Point	105
2.2.4	Lösungen zu den Aufgaben	105
2.2.4.1	Lösung zu Aufgabe 1: Kostenrechnungssystematik	105
2.2.4.2	Lösung zu Aufgabe 2: Mehrstufige Deckungsbeitragsrechnung	109
2.2.4.3	Lösung zu Aufgabe 3: Kostenstellenverrechnung	112
2.2.4.4	Lösung zu Aufgabe 4: Kostenvergleich mit InEK-Matrix	115
2.2.4.5	Lösung zu Aufgabe 5: Break-even-Point	117
3	Informationsvermittlung	119
3.1	Finanzwirtschaftliche Kennzahlen und Balanced Scorecard	119
3.1.1	Einführung	119
3.1.1.1	Kennzahlensysteme	121
3.1.1.2	Anwendung der BSC	123
3.1.1.3	Vier Perspektiven der BSC	124
3.1.1.4	Grenzen von Kennzahlen und Kennzahlensystemen	125
3.1.2	Fallstudie	126
3.1.3	Aufgaben	129
3.1.3.1	Aufgabe 1: Strategische Ziele, Messgrößen und Maßnahmen	129
3.1.3.2	Aufgabe 2: Berechnung und Beurteilung von Kennzahlen	129
3.1.3.3	Aufgabe 3: Strategische Veränderung einer Balanced Scorecard	130
3.1.4	Lösungen zu den Aufgaben	130
3.1.4.1	Lösung zu Aufgabe 1: Strategische Ziele, Messgrößen und Maßnahmen	130
3.1.4.2	Lösung zu Aufgabe 2: Berechnung und Beurteilung von Kennzahlen	134
3.1.4.3	Lösung zu Aufgabe 3: Strategische Veränderung einer Balanced Scorecard	138
3.2	Berichtswesen und Reporting im Krankenhaus	140
3.2.1	Einführung	140
3.2.1.1	Berichtswesen	140
3.2.1.2	Idealtypische Prozessschritte im Reporting-Prozess	140
3.2.1.3	Berichtszweck	141
3.2.1.4	Fünf Dimensionen der Berichterstattung	141
3.2.1.5	Berichtsarten	142
3.2.1.6	Berichtssysteme	143
3.2.1.7	Anforderungen an ein effizientes Berichtswesen	144
3.2.1.8	Entwicklung des Berichtswesens	145
3.2.1.9	Grenzen der Anwendung	145
3.2.2	Fallstudie	146
3.2.3	Aufgaben	148
3.2.3.1	Aufgabe 1	148
3.2.3.2	Aufgabe 2	149
3.2.3.3	Aufgabe 3	149
3.2.3.4	Aufgabe 4	150
3.2.4	Lösungen zu den Aufgaben	150

3.2.4.1	Lösung zu Aufgabe 1	150
3.2.4.2	Lösung zu Aufgabe 2	153
3.2.4.3	Lösung zu Aufgabe 3	154
3.2.4.4	Lösung zu Aufgabe 4	156
4	Instrumente des operativen Controllings	159
4.1	Grundlagen des operativen Controllings im Krankenhaus	159
4.1.1	Von der Strategie zum operativen Handeln	159
4.1.2	Die externe und interne Budgetierung im Krankenhaus	162
4.1.2.1	Grundlagen der externen Budgetierung	162
4.1.2.2	Grundlagen der internen Budgetierung	162
4.1.3	Fallstudie	164
4.1.4	Aufgaben	166
4.1.4.1	Aufgabe 1: Verhandlung des externen Budgets	166
4.1.4.2	Aufgabe 2: Berechnung Fixkostendegressionsabschlag	167
4.1.4.3	Aufgabe 3: Ermittlung CM und CMI	167
4.1.4.4	Aufgabe 4: Ermittlung Mehrerlösausgleich	167
4.1.4.5	Aufgabe 5: Aufstellung internes Budget	167
4.1.5	Lösungen zu den Aufgaben	167
4.1.5.1	Lösung zu Aufgabe 1: Verhandlung des externen Budgets	167
4.1.5.2	Lösung zu Aufgabe 2: Berechnung Fixkostendegressionsabschlag	170
4.1.5.3	Lösung zu Aufgabe 3: Berechnung CM und CMI	171
4.1.5.4	Lösung zu Aufgabe 4: Ermittlung Mehrerlösausgleich	172
4.1.5.5	Lösung zu Aufgabe 5: Aufstellung internes Budget	173
4.2	Erfolgsbeiträge und Mehrstufige Bereichsergebnisrechnung	176
4.2.1	Einführung	176
4.2.1.1	Mehrstufige DBR	176
4.2.1.2	Mehrstufige Bereichsergebnisrechnung	177
4.2.2	Fallstudie	181
4.2.3	Aufgaben	182
4.2.3.1	Aufgabe 1	182
4.2.3.2	Aufgabe 2	182
4.2.3.3	Aufgabe 3	182
4.2.4	Lösungen zu den Aufgaben	183
4.2.4.1	Lösung zu Aufgabe 1	183
4.2.4.2	Lösung zu Aufgabe 2	184
4.2.4.3	Lösung zu Aufgabe 3	186
4.3	Benchmarking	187
4.3.1	Grundlagen Benchmarking	187
4.3.2	Fallstudie	189
4.3.3	Aufgaben	191
4.3.3.1	Aufgabe 1	191
4.3.3.2	Aufgabe 2	191

4.3.3.3	Aufgabe 3	191
4.3.3.4	Aufgabe 4	193
4.3.3.5	Aufgabe 5	193
4.3.4	Lösungen zu den Aufgaben	193
4.3.4.1	Lösung zu Aufgabe 1	193
4.3.4.2	Lösungen zu Aufgabe 2	195
4.3.4.3	Lösung zu Aufgabe 3	200
4.3.4.4	Lösung zu Aufgabe 4	204
4.3.4.5	Lösung zu Aufgabe 5	205
5	Instrumente des strategischen Controllings	207
5.1	Anwendung des strategischen Controllings im Krankenhaus	207
5.1.1	Einführung	207
5.1.1.1	Strategisches Controlling in Krankenhäusern	207
5.1.1.2	Instrumente des strategischen Controllings	207
5.1.1.3	Grenzen der Anwendung	213
5.1.2	Fallstudie	214
5.1.3	Aufgaben	215
5.1.3.1	Aufgabe 1	215
5.1.3.2	Aufgabe 2	215
5.1.3.3	Aufgabe 3	217
5.1.4	Lösungen zu den Aufgaben	218
5.1.4.1	Lösung zu Aufgabe 1	218
5.1.4.2	Lösungen zu Aufgabe 2	221
5.1.4.3	Lösung zu Aufgabe 3	226
5.2	Wertschöpfungskettenanalyse und -optimierung	230
5.2.1	Grundlagen des Prozessorganisation	231
5.2.1.1	Definition und Bestandteile der Ablauforganisation im Krankenhaus	231
5.2.1.2	Unterscheidung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprozessen im Krankenhaus	232
5.2.1.3	Prozessorientierung und -optimierung	232
5.2.2	Qualitätsmanagement	233
5.2.2.1	Rechtliche Grundlagen des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern	233
5.2.2.2	Definition von Qualität	233
5.2.2.3	Qualitätsmanagement im Krankenhaus	234
5.2.2.4	Qualitätsmanagementsysteme	234
5.2.3	Fallstudie	235
5.2.4	Aufgaben	236
5.2.4.1	Aufgabe 1: Prozessvisualisierung	236
5.2.4.2	Aufgabe 2: Instrumente zur Prozessoptimierung	237
5.2.4.3	Aufgabe 3: Lean Management	237
5.2.4.4	Aufgabe 4: Qualitätsmanagementsysteme	237
5.2.5	Lösungen zu den Aufgaben	237
5.2.5.1	Lösung zur Aufgabe 1: Prozessvisualisierung	237

5.2.5.2	Lösung zur Aufgabe 2: Instrumente zur Prozessoptimierung	239
5.2.5.3	Lösung zur Aufgabe 3: Lean Management	241
5.2.5.4	Lösung zur Aufgabe 4: Qualitätsmanagementsysteme	242
5.3	Investitionsrechenverfahren und -controlling	244
5.3.1	Einführung	244
5.3.1.1	Zielsetzung und Relevanz	244
5.3.1.2	Begriffserklärung	245
5.3.1.3	Phasen des Investitionsprozesses	246
5.3.1.4	Methoden der Investitionsrechnung	247
5.3.1.5	Beteiligte der Investitionsrechnung	250
5.3.1.6	Grenzen der Anwendung/Probleme	250
5.3.2	Fallstudie	252
5.3.3	Aufgaben	253
5.3.3.1	Aufgabe 1	253
5.3.3.2	Aufgabe 2	255
5.3.3.3	Aufgabe 3	256
5.3.3.4	Aufgabe 4	257
5.3.3.5	Aufgabe 5	257
5.3.3.6	Aufgabe 6	258
5.3.4	Lösungen zu den Aufgaben	258
5.3.4.1	Lösungen zu Aufgabe 1	259
5.3.4.2	Lösung zu Aufgabe 2	263
5.3.4.3	Lösung zu Aufgabe 3	269
5.3.4.4	Lösung zu Aufgabe 4	271
5.3.4.5	Lösung zu Aufgabe 5	276
5.3.4.6	Lösung zu Aufgabe 6	277
5.4	Center-Strukturen im Krankenhaus	279
5.4.1	Grundlagen der Organisationsstrukturen in Krankenhäusern	280
5.4.2	Fallstudie	281
5.4.3	Aufgaben	283
5.4.3.1	Aufgabe 1: Grundsätzliche Möglichkeiten von Center-Strukturen	283
5.4.3.2	Aufgabe 2: Verrechnungspreise	283
5.4.3.3	Aufgabe 3: Center-Struktur aus Kostenstellen	283
5.4.3.4	Aufgabe 4: Kostenverrechnung auf Profitcenter	284
5.4.4	Lösungen zu den Aufgaben	284
5.4.4.1	Lösung zu Aufgabe 1: Grundsätzliche Möglichkeiten von Center-Strukturen	284
5.4.4.2	Lösung zu Aufgabe 2: Verrechnungspreise	287
5.4.4.3	Lösung zu Aufgabe 3: Center-Struktur aus Kostenstellen	289
5.4.4.4	Lösung zu Aufgabe 4: Kostenverrechnung auf Profitcenter	290
6	Controlling von speziellen Prozessen	293
6.1	Wertorientierte Unternehmensführung in einem deutschen Krankenhaus	293
6.1.1	Grundlagen der wertorientierten Unternehmensführung	293

6.1.2	Fallstudie	296
6.1.2.1	Angaben zum Klinikkonzern	296
6.1.2.2	Kennzahlen zur wertorientierten Unternehmensführung	297
6.1.2.3	Jahresabschluss des Krankenhauses Nordseeinsel	297
6.1.2.4	Lagebericht Krankenhaus Nordseeinsel	300
6.1.3	Aufgaben	301
6.1.3.1	Aufgabe 1: Allgemeine Beurteilung des Ansatzes »wertorientierte Unternehmensführung«	301
6.1.3.2	Aufgabe 2: Aufstellung einer bereinigten Bilanz	302
6.1.3.3	Aufgabe 3: Berechnung investiertes Kapital	302
6.1.3.4	Aufgabe 4: Bestimmung der gewichteten Kapitalkosten	302
6.1.3.5	Aufgabe 5: Berechnung geschaffener Wertbeitrag	302
6.1.4	Lösungen zu den Aufgaben	302
6.1.4.1	Lösung zu Aufgabe 1: Allgemeine Beurteilung des Ansatzes »wertorientierte Unternehmensführung«	302
6.1.4.2	Lösung zu Aufgabe 2: Aufstellung einer bereinigten Bilanz	304
6.1.4.3	Lösung zu Aufgabe 3: Berechnung investiertes Kapital	306
6.1.4.4	Lösung zu Aufgabe 4: Bestimmung der gewichteten Kapitalkosten	306
6.1.4.5	Lösung zu Aufgabe 5: Berechnung geschaffener Wertbeitrag	308
6.2	Governance, Risk und Compliance im Krankenhaus	310
6.2.1	Grundlagen GRC	310
6.2.1.1	Corporate Governance	310
6.2.1.2	Risikomanagement	311
6.2.1.3	Compliance	315
6.2.2	Fallstudie	316
6.2.2.1	Jahresabschluss	316
6.2.2.2	Lagebericht	318
6.2.3	Aufgaben	321
6.2.3.1	Aufgabe 1	321
6.2.3.2	Aufgabe 2	321
6.2.3.3	Aufgabe 3	321
6.2.3.4	Aufgabe 4	321
6.2.3.5	Aufgabe 5	321
6.2.4	Lösungen zu den Ausgaben	322
6.2.4.1	Lösung zu Aufgabe 1	322
6.2.4.2	Lösung zu Aufgabe 2	322
6.2.4.3	Lösung zu Aufgabe 3	323
6.2.4.4	Lösung zu Aufgabe 4	326
6.2.4.5	Lösung zu Aufgabe 5	326
6.3	Personalcontrolling	327
6.3.1	Einführung	327
6.3.1.1	Zielsetzung und Funktionen des Personalcontrollings	327
6.3.1.2	Aufbau und Ablauf des Personalcontrollings	329

6.3.1.3	Aufgaben und Instrumente des Personalcontrollings	330
6.3.1.4	Grenzen des Personalcontrollings und aktuelle Entwicklungen	333
6.3.2	Fallstudie	334
6.3.3	Aufgaben	336
6.3.3.1	Aufgabe 1	336
6.3.3.2	Aufgabe 2	336
6.3.3.3	Aufgabe 3: Oberziele des Krankenhauses und Unterziele des Personalcontrollings	337
6.3.3.4	Aufgabe 4: Kennzahlen	337
6.3.4	Lösungen zu den Aufgaben	337
6.3.4.1	Lösungen zu Aufgabe 1	337
6.3.4.2	Lösungen zu Aufgabe 2	339
6.3.4.3	Lösung zu Aufgabe 3: Oberziele des Krankenhauses und Unterziele des Personalcontrollings	342
6.3.4.4	Lösung zu Aufgabe 4: Kennzahlen	343
6.4	Sachkostencontrolling	344
6.4.1	Grundlagen des Sachkostencontrollings	344
6.4.1.1	Definition und Bestandteile der Sachkosten im Krankenhaus	344
6.4.1.2	Möglichkeiten des Sachkostencontrollings	347
6.4.2	Fallstudie	348
6.4.3	Aufgaben	349
6.4.3.1	Aufgabe 1: Operativer und strategischer Einkauf	349
6.4.3.2	Aufgabe 2: Optimierungsansätze	349
6.4.3.3	Aufgabe 3: Sachkostenbericht	350
6.4.3.4	Aufgabe 4: Benchmark	350
6.4.3.5	Aufgabe 5: ABC-Analyse	350
6.4.4	Lösungen zu den Aufgaben	350
6.4.4.1	Lösung zu Aufgabe 1: Operativer und strategischer Einkauf	350
6.4.4.2	Lösung zu Aufgabe 2: Optimierungsansätze	351
6.4.4.3	Lösung zu Aufgabe 3: Sachkostenbericht	353
6.4.4.4	Lösung zu Aufgabe 4: Benchmark	353
6.4.4.5	Lösung zu Aufgabe 5: ABC-Analyse	354
	Die Autoren	357

Vorwort

Aus langjähriger Erfahrung aus vielen Kursen für Bachelor- und Masterstudierende, unabhängig davon, ob sie im grundständigen oder weiterbildenden Bereich stattfanden, wurde der Wunsch der Lernenden nach einer möglichst praxisnahen Vermittlung teilweise recht theoretischer bzw. trockener Materie sehr deutlich. In der Betriebswirtschaftslehre gibt es daher bereits seit vielen Jahren neben den klassischen Lehrbüchern, welche vor allem die Theorie darstellen (in letzter Zeit nach US-amerikanischer Art auch immer mehr veranschaulicht durch Übungsaufgaben oder Praxisbeispiele), auch fallstudienbasierte Bücher. Anhand von möglichst praxisnahen Übungsfällen, die eine etwas längere Einführung zum Fall beinhalten und mehrere, teilweise aufeinander aufbauende Fragestellungen dazu behandeln, soll der abstrakte betriebswirtschaftliche Stoff anwendungsbezogen geübt und einstudiert werden. Im speziellen Fall des Krankenhauscontrollings existiert ein solches rein fallstudienbasiertes Lehrbuch in Deutschland noch nicht, weshalb die Verfasser diese Lücke mit dem vorliegenden Werk schließen möchten.

Der Krankenhausmarkt ist mit über 100 Mrd. € Umsatz und über 1,3 Mio. Beschäftigten ein bedeutender und stetig wachsender Sektor der deutschen Gesundheitswirtschaft. Es wurde von politischer Seite in den letzten Jahren ständig versucht, durch Änderungen z. B. im Finanzierungssystem Anreize für eine qualitativ hochwertige Versorgung, aber auch wirtschaftliche Unternehmensführung zu setzen. Deshalb sind im Krankenhausmanagement enorme Anstrengungen unternommen worden, die medizinischen, pflegerischen und wirtschaftlichen Prozesse der einzelnen Kliniken effizient und effektiv darzustellen. Im Zuge dessen wurde vor allem das medizinische, aber auch das betriebswirtschaftliche Controlling in den letzten Jahren stark ausgebaut, um die Geschäftsführung bei diesen Aufgaben zu unterstützen. Die Anforderungen an die Krankenhauscontroller sind ständig gestiegen, weshalb ein großer Bedarf an gut ausgebildetem Personal entstanden ist. Dies spiegelt sich auch in den vielen in letzter Zeit entstandenen Studiengängen im Bereich Gesundheits- oder Krankenhausmanagement wider.

Vor allem an die Studierenden in diesen Studiengängen richtet sich dieses Buch. Allerdings können natürlich auch interessierte MitarbeiterInnen im ärztlichen oder pflegerischen Bereich von Krankenhäusern, welche sich in betriebswirtschaftlichen Belangen weiterbilden möchten bzw. müssen, von diesem Buch profitieren. Schließlich mag es auch als Nachschlagewerk bzw. Ideengeber für bereits im Management oder Controlling tätige Personen Verwendung finden, die sich über die verschiedenen Felder, Methoden und Instrumente noch näher informieren wollen.

Das Buch ist nach den klassischen Themenfeldern des Controllings gegliedert. Nach einer kurzen Einführung zum Krankenhaus und v.a. dessen Finanzierung wird auf die Definition, die Organisation und die Aufgaben des Controllings im Krankenhaus eingegangen. Anschließend werden die Besonderheiten des externen und internen Rechnungswesens in deutschen Krankenhäusern dargestellt, bevor die Informationsvermittlung anhand von Kennzahlen und Berichtswesen thematisiert wird. Breiten Raum nehmen dann diverse Instrumente des operativen und strategischen Controllings ein, ehe das Buch mit einem Ausflugs zum wertorientierten Controlling und speziellen Prozessen abgeschlossen wird.

Jede der 18 Fallstudien steht für sich selbst und behandelt einen anderen Fall, sodass jede Fallstudie für sich allein bearbeitet werden kann. Der Aufbau aller Fallstudien ist identisch: Zunächst wird ein kurzer theoretischer Input gegeben, um das Themengebiet einzugrenzen und erste Inhalte zu vermitteln. Da es sich um kein wissenschaftliches Buch handelt, finden sich keine Literaturverweise, sondern nur generelle Literaturhinweise am Ende dieses Abschnitts. Danach werden die Grundlagen des jeweiligen Praxisfalls und anschließend die einzelnen Aufgaben dazu vorgestellt. Schließlich werden abschließend ausführliche Lösungsvorschläge zu jeder Aufgabe präsentiert. Diese geben die Auffassung der Verfasser wieder und können von den jeweiligen BearbeiterInnen oder DozentInnen sicherlich ergänzt oder kontrovers diskutiert werden. Im Übrigen wurden die Fallstudien so konzipiert, dass die Lösungen einzelner Aufgaben (v.a. zu größeren Themengebieten wie Finanzierung etc.) auch über externe Quellen erarbeitet werden müssen und diese nicht bereits explizit im Theorietext oder den Grundlagen des Praxisfalls enthalten sind. Die Lösungshinweise sind dagegen immer sehr ausführlich gehalten und decken das relevante Themengebiet komplett ab.

Die Verfasser möchten den vielen Personen danken, die uns bei der Erstellung des Buches unterstützt haben. Dabei sind zu nennen Frau Lilia Thalhammer, Frau Isabel Plank, Frau Hedwig Sax, Frau Michaela Weckel, Herr Dr. Jan Güssow, Herrn Dr. Dirk Lauscher sowie die Studierenden des Kurses WGW 16 an der DHBW Mannheim. Dazu noch die Mitarbeiter beim Schaeffer-Poeschel-Verlag, die uns immer sehr hilfreich zur Seite standen. Zu nennen sind hier Herr Katzenmayer, Herr Bergmann und Herr Marquard.

Die allerneuesten Entwicklungen im Krankenhausrecht, vor allem die geplante Ausgliederung der Pflegekosten, konnten in diesem Buch leider nicht mehr hinreichend berücksichtigt werden. Diese sind in der Word-Datei „Aktuelle gesetzliche Entwicklungen“ auf sp-mybook.de verfügbar.

Wir wünschen nun den NutzerInnen dieses Buches eine spannende, lehrreiche und informative Zeit mit den Fallstudien und würden uns sehr über Feedback freuen, sei es Lob, Kritik oder Verbesserungsvorschläge.

Rosenheim und Mannheim, im Dezember 2019

Robert Ott

Björn Maier

Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
AHB	Anschlussheilbehandlung (jetzt Anschlussrehabilitation)
AktG	Aktiengesetz
BFW	Basisfallwert
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
CAPM	Capital Asset Pricing Model
CIRS	Critical-Incident-Reporting-System
CM	Case Mix
CMI	Case-Mix-Index
CMP	Case-Mix-Punkte
CT	Computertomograf
d. h.	das heißt
DCF	Discounted Cash Flow
DRG	Diagnosis Related Groups
EBIT	Earnings before Interest
EBITDA	Earnings before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EPK	Ereignisgesteuerte Prozessketten
etc.	et cetera
EVA	Economic Value Added
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbHG	Gesetz betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GRC	Governance, Risk, Compliance
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
HNO	Hals-Nasen-Ohren

IK	Investiertes Kapital
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KH	Krankenhaus
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KPI	Key Performance Indicator
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MRT	Magnetresonanztomograf
NOPAT	Net Operating Profit After Taxes
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode
OP	Operation
OWiG	Gesetz über Ordnungswidrigkeiten
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PPR	Pflegepersonal-Regelung
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte(r)
SGB	Sozialgesetzbuch
TCO	Total Cost of Ownership
v.a.	vor allem
VK	Vollkraft/Vollkräfte
VWD	Verweildauer
WACC	Weighted Average Cost of Capital
z. B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

1 Krankenhausmanagement und Controlling

1.1 Rechtliche Grundlagen für Krankenhäuser in Deutschland

Von Prof. Dr. Robert Ott

INHALT

- Krankenhäuser sollen Krankheiten erkennen und heilen bzw. lindern und dabei die Patienten (teil-)stationär unterbringen.
- Daneben können Krankenhäuser auch andere Leistungen anbieten, z. B. Wahlleistungen oder im ambulanten Bereich.
- Krankenhäuser können nach verschiedenen Kriterien unterschieden werden: Nach Art, Versorgungsstufe, Trägerschaft und Rechtsform.
- Die Sach- und Formalziele, v.a. im Hinblick auf die Trägerschaft (privat, öffentlich, freigemeinnützig), unterscheiden sich je Krankenhaus.
- In Deutschland herrscht Dualistik vor, bei der Betriebskosten über Fallpauschalen (DRG) und Investitionskosten über Fördermittel vom Bundesland (Einzel- und Pauschalförderung) finanziert werden.
- Jedem Patientenfall wird genau eine DRG zugeordnet. Der Erlös errechnet sich aus Bewertungsrelation multipliziert mit dem Landesbasisfallwert.

1.1.1 Grundsätzliche gesetzliche Regelungen für deutsche Krankenhäuser

1.1.1.1 Definition und Zulassung

Das SGB V definiert Krankenhäuser in § 107 folgendermaßen: »Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetz-buchs sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medi-zinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag ent-sprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, mithilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.« Eine ähnliche Definition findet sich auch in § 2 Nr. 1 Kran-kenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Die Kernaufgabe von Krankenhäusern besteht also darin, Krankhei-ten zu erkennen, diese zu heilen und die Patienten dabei stationär unterzubringen und zu verpflegen.

Um in einem Krankenhaus stationär behandelt werden zu können, ist eine Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt notwendig. Ohne Überweisung haben in der Regel nur Notfälle Zugang zu einem

Krankenhaus. Laut § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte auch nur dann einen Anspruch auf vollstationäre Behandlung, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann. Eine ambulante Behandlung ist daher nicht zuletzt auch aufgrund der niedrigeren Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung vorzuziehen.

§ 108 SGB V regelt die Voraussetzungen, welche erfüllt werden müssen, um als Krankenhaus zur Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten zugelassen zu werden. Zu den zugelassenen Häusern zählen Universitätskliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen worden sind und Vertragskrankenhäuser, welche einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossen haben. Privatkranenhäuser benötigen nach § 30 Gewerbeordnung eine Konzession, um als Krankenhaus arbeiten zu dürfen. Trotz dieser Konzession ist es ihnen aber nicht gestattet, ihre Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen. Sie konzentrieren sich daher schwerpunktmäßig auf die Behandlung von Privatpatienten.

1.1.1.2 Krankenhausleistungen

Die Hauptleistungen eines Krankenhauses sind gemäß § 2 Abs. 1 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) die ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie die Unterkunft und Verpflegung. Diese Leistungen können unterteilt werden in allgemeine Krankenhausleistungen, weitere Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch V und Wahlleistungen.

Zu den allgemeinen Leistungen zählen nach § 39 SGB V sowohl teilstationäre als auch vollstationäre Behandlungen. In der Regel erfolgt die Behandlung in einem Krankenhaus durch eine stationäre Aufnahme der Patienten. Bei einer vollstationären Behandlung werden die Patienten geplanterweise ununterbrochen in der Klinik mindestens einen Tag und eine Nacht untergebracht und behandelt. Abzugrenzen hiervon sind die teilstationären Leistungen, bei denen die Patienten entweder am Tag oder in der Nacht in der Einrichtung sind. Typischerweise erstreckt sich eine teilstationäre Behandlung über einen längeren Zeitraum, in dem die Patienten regelmäßig im Krankenhaus behandelt werden. Die Behandlung in einem Schlaflabor nachts oder eine psychiatrische Therapie tagsüber fallen beispielsweise darunter. Zu den allgemeinen Leistungen zählen darüber hinaus vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter oder die Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Ein Krankenhaus kann neben voll- und teilstationären Leistungen auch ambulante Operationen oder sonstige definierte ambulante Behandlungen, vor- und nachstationäre Behandlungen und Leistungen durch Belegärzte erbringen. Gesetzlich sind diese in § 115 SGB V ff. und § 121 SGB V verankert. Bei ambulanten Operationen werden Patienten zwar im Krankenhaus operiert, jedoch nicht stationär aufgenommen. Vor- und nachstationäre Behandlungen werden dann durchgeführt, wenn eine vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten ist oder der Behandlungserfolg nach einer vollstationären Behandlung gesichert werden soll. Beim Belegarztwesen behandeln Vertragsärzte, welche nicht im Krankenhaus angestellt sind, ihre eigenen Patienten voll- oder teilstationär im Krankenhaus und nutzen dafür die Räume und Gerätschaften des Krankenhauses. Das Krankenhaus ist für die Bereitstellung der Betten und die pflegerische Leistung verantwortlich und kann diese auch mit den Krankenkassen abrechnen.

Wahlleistungen können unterschieden werden in ärztliche (z. B. Chefarztbehandlung) und nichtärztliche (z. B. Unterbringung in einem Einbettzimmer) Leistungen. Diese Leistungen, welche über die allgemeine Krankenhausbehandlung hinausgehen, werden im Vorfeld schriftlich zwischen den Patienten und dem Krankenhaus vereinbart. Die Abrechnung erfolgt direkt über den Patienten. Da Wahlleistungen medizinisch nicht notwendig sind, kommt die gesetzliche Krankenversicherung für diese Kosten nicht auf. Krankenhäuser sind nicht dazu verpflichtet, Wahlleistungen anzubieten. Auch im Umfang und der Preissetzung gibt es keine offiziellen Vorgaben. Das Entgelt darf jedoch nach § 17 Abs. 1 KHEntgG nicht unangemessen hoch sein.

1.1.1.3 Arten von Krankenhäusern

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Krankenhäuser zu kategorisieren. Sie können beispielsweise unterschieden werden in Plankrankenhäuser, Vertragskrankenhäuser, Universitätskliniken und Privatkrankenhäuser.

Plankrankenhäuser sind in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen und haben somit ein Recht auf staatliche Fördermittel und Vergütung der Betriebskosten. Sie haben einen Anspruch darauf, gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen Leistungen durchzuführen und diese abzurechnen. Sie dienen der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung.

Bei Vertragskrankenhäusern wird ein Vertrag zwischen dem Landesverband der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie dem Krankenhausträger geschlossen. Für die Laufzeit dieses Vertrages ist es den Vertragskrankenhäusern gestattet, Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen. Eine Aufnahme in den Landeskrankenhausplan ist bei Vertragskrankenhäusern nicht vorgesehen.

Universitätskliniken sind Krankenhäuser, die an eine medizinische Fakultät angeschlossen sind. Sie unterliegen dem Hochschulgesetz und sind Bestandteil des Krankenhausplans des jeweiligen Bundeslandes. Zusätzliche Aufgaben der Universitätskliniken sind die Forschung und Lehre.

Privatkrankenhäuser sind nicht für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassen. Hierunter fallen z. B. Kliniken für Schönheitsoperationen. Sie dürfen lediglich Privatpatienten behandeln bzw. GKV-Patienten müssen ihre Behandlung selbst bezahlen (Selbstzahler). Da sie nicht den Regelungen des SGB V und damit den gesetzlichen Entgeltbestimmungen unterliegen, sind sie in der Preisgestaltung ihrer Leistungen frei. Sie sind nicht im Krankenhausplan der Bundesländer aufgenommen und benötigen eine Konzession, also eine offizielle Genehmigung einer Behörde, um zugelassen zu werden.

1.1.1.4 Versorgungsstufen und Fachkliniken

Eine weitere Möglichkeit, nach denen Krankenhäuser differenziert werden können, ist die Versorgungsstufe. Die Versorgungsstufe gibt Aufschluss darüber, wie breit das Leistungsangebot der jeweiligen Kliniken ist und welche Aufgaben sie entsprechend zu erfüllen hat. Bundesweit gibt es keine Regelungen, wie

die Zuordnung vorgenommen werden muss. Daher ist die Aufteilung landesspezifisch unterschiedlich. Man unterscheidet typischerweise drei Versorgungsstufen: Grund-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung. Die Zuordnung orientiert sich in der Regel an der Bettenzahl sowie der Anzahl und Art der Fachabteilungen. Klassischerweise sind Häuser der Grundversorgung auf die ortsnahe Krankenhausversorgung ausgerichtet, Schwerpunktkrankenhäuser übernehmen teilweise überörtliche Aufgaben. Häuser der Maximalversorgung sind aufgrund des breiten Leistungsspektrums für die überregionale Versorgung verantwortlich. Bezüglich der Fachabteilungen gilt generell, dass Krankenhäuser der Grundversorgung Abteilungen für Innere Medizin, Allgemeinchirurgie und evtl. Gynäkologie/Geburtshilfe vorhalten. Krankenhäuser der Schwerpunktversorgung betreiben weitere Fachabteilungen wie beispielsweise die Neurologie oder Palliativmedizin. Krankenhäuser der Maximalversorgung halten ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot vor. Vor allem auf die Versorgung von Schwerkranken und Unfallopfern sind diese Häuser ausgerichtet.

Des Weiteren gibt es noch sogenannte Fachkrankenhäuser, welche keiner Versorgungsstufe zugeordnet werden. Diese Kliniken spezialisieren sich auf bestimmte Krankheitsbilder oder Altersstrukturen. Beispiele hierfür wären eine Fachklinik für Innere Medizin oder eine Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.

An dieser Stelle sind noch kurz die Krankenhäuser der Bundeswehr und der Berufsgenossenschaft (BG Kliniken) zu nennen. Rein der Zahl nach zu urteilen, spielen diese in Deutschland eine untergeordnete Rolle. Bundesweit gibt es fünf Krankenhäuser, welche vom Sanitätsdienst der Bundeswehr betrieben werden. Ihr Fokus liegt auf der Behandlung von Angehörigen der Bundeswehr. BG Kliniken wiederum konzentrieren sich auf die Behandlung von schwerverletzten und berufsbedingt erkrankten Menschen. Betrieben werden diese Kliniken von der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland.

1.1.1.5 Trägerschaften und Rechtsformen

Jedes Krankenhaus kann eine unterschiedliche Rechtsform und Trägerschaft aufweisen. Abhängig von der Rechtsform eines Krankenhauses gibt es Vorgaben des Gesetzgebers bezüglich der internen und externen Rechtsbeziehungen. Unter der Trägerschaft eines Krankenhauses versteht man die Person oder Institution, welche das Krankenhaus betreibt und bewirtschaftet.

Krankenhäuser können sich laut § 1 Abs. 2 KHG unter öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft befinden. Damit wird eine Vielfalt an Krankenhausträgern beabsichtigt. Besonders die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhausträger ist in diesem Zusammenhang zu gewährleisten. Jeder dieser drei Träger kann dabei an der Krankenhausversorgung teilnehmen.

Öffentliche Krankenhäuser sind in Trägerschaft von Gebietskörperschaften (Landkreis, Stadt ...) oder Zusammenschlüssen dieser Gebietskörperschaften. Auch wenn sich öffentliche Krankenhäuser privater Rechtsformen bedienen (etwa GmbH, AG usw.), bleiben sie weiterhin unter öffentlicher Trägerschaft. Religiöse, humanitäre oder soziale Vereinigungen, deren Handeln an besonderen Werten orientiert ist, werden als freigemeinnützige Träger bezeichnet. Da sich freigemeinnützige Träger nicht in öffentlichem Eigentum befinden, sind sie streng genommen privat. Sie werden aber trotzdem als eigene Kategorie

geführt, da die Organisationsstruktur und Motive erheblich von denen privater Träger abweichen. Ein Großteil dieser Häuser sind der Kirche zuzurechnen. Aber auch das Deutsche Rote Kreuz und die Arbeiterwohlfahrt stellen in diesem Zusammenhang wichtige Vereinigungen dar. Private Krankenhausträger sind natürliche oder juristische Personen des Privatrechts. Ihr Handeln ist stark an wirtschaftlichen Grundsätzen orientiert. Klar von den Krankenhäusern unter privater Trägerschaft, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, abzugrenzen sind Privatkliniken, auch wenn diese ebenfalls private Eigentümer haben (siehe Kapitel [1.1.1.3](#)). Die Trägergruppen stehen gleichrangig nebeneinander, ein Anspruch auf bundeseinheitliche Trägerstruktur besteht dennoch nicht.

Die Wahl der Rechtsform kann einen erheblichen Einfluss auf das langfristige Krankenhausmanagement haben. In Fragen der Haftung, Finanzierung und Kontrolle spielt sie eine wesentliche Rolle. Es kann unterschieden werden zwischen öffentlichen und privaten Rechtsformen. Öffentliche Rechtsformen stehen nur Kliniken unter öffentlicher Trägerschaft zur Verfügung. Die beiden häufigsten Formen in diesem Zusammenhang sind der Regiebetrieb und der Eigenbetrieb; zu nennen wären auch noch die Anstalt oder Körperschaft des öffentlichen Rechts sowie die Stiftung. Eine weitverbreitete private Rechtsform bei Krankenhäusern ist die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH). Die Gründung setzt keinen bestimmten Zweck voraus, es können also sowohl gemeinnützige (gGmbH) als auch gewinnorientierte Ziele verfolgt werden. Eine weitere mögliche Rechtsform ist die Aktiengesellschaft (AG). Sie ist an enge Voraussetzungen gebunden und durch die vielen Vorschriften erst ab einer gewissen Größe des Krankenhauses sinnvoll.

1.1.2 Grundlagen der deutschen Krankenhausfinanzierung

1.1.2.1 Vergütungsformen

Die Finanzierung des Krankenhauswesens in Deutschland wird im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geregelt. Anwendung finden dabei drei Finanzierungsoptionen:

Die duale Finanzierung (»Dualistik«) bezeichnet gemäß §4 KHG eine Trennung der wirtschaftlichen Sicherung von Investitions- und Betriebskosten. Im Rahmen der öffentlichen Förderung durch die Bundesländer erhalten Plankrankenhäuser monetäre Unterstützung für ihre Investitionstätigkeiten. Dabei wird nach §9 KHG zwischen Pauschal- und Einzelförderung unterschieden. Als Plankrankenhaus gelten dabei alle Kliniken, die in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes eingetragen sind. Die laufenden Betriebskosten werden von zugelassenen Krankenhäusern über »leistungsgerechte Erlöse aus Pflegesätzen, ... sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren« (§4 KHG) refinanziert. Damit darf die Abrechnung von Diagnosis Related Groups (DRG) mit den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) verstanden werden.

In Abgrenzung zur dualen Finanzierung existiert die monistische Finanzierung, deren Charakteristikum die alleinige Finanzquelle der GKV ist. Diese Finanzierungsoption gilt für jene Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenversicherungen geschlossen haben. In diesem Fall müssen Betriebs- und Investitionskosten aus einer Quelle gedeckt werden.

Die dritte Möglichkeit der Finanzierung entsteht, wenn keine der Finanzierungsoptionen des § 4 KHG greift. Sofern weder ein Eintrag in einen Krankenhausplan noch eine Zulassung besteht, spricht man von Privatkliniken, die in der Regel über die Abrechnung von Privatrechnungssätzen und zusätzlichen Finanzquellen in Abhängigkeit von ihrer Trägerschaft wirtschaftlich agieren.

1.1.2.2 Betriebskostenfinanzierung mittels DRG

Unter den Betriebskosten eines Krankenhauses versteht man die anfallenden Personal- und Sachkosten. Diese Kosten werden von den Krankenkassen über die Vergütung von Krankenhausleistungen finanziert. Der Großteil dieser Leistungen wird durch die DRG (Diagnosis Related Groups) vergütet. Darüber hinaus können nach § 7 KHEntG Krankenhäuser unter anderem durch Zusatzentgelte, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs), verschiedene Zuschläge und Pflegesätze (Psychiatrische Leistungen) die laufenden Betriebskosten finanzieren.

Jeder Patient wird im Rahmen seines Krankenhausaufenthaltes genau einer Fallgruppe zugeordnet. Diese Fallgruppen bilden die Grundlage für die Vergütung. Je nachdem, wie hoch der medizinische Aufwand oder der Ressourcenverbrauch der DRG ist, wird ein anderes Entgelt ausgezahlt. Es werden demnach medizinisch vergleichbare Behandlungsfälle zusammengefasst, die ähnliche Durchschnittskosten aufweisen.

Das DRG-System zeichnet sich durch die Durchgängigkeit, die Leistungsorientierung sowie die Pauschalierung aus. Durchgängig wird das System, da nahezu alle stationären und teilstationären Fälle erfasst werden. Da alle Komplexitäten und Komorbiditäten der Patienten abgebildet werden und somit den Aufwand der Behandlung abbilden, ist das System als leistungsorientiert anzusehen. Unter der Pauschalierung ist in diesem Zusammenhang die Zusammenführung gleichartiger Fälle zu einer Fallgruppe zu verstehen.

Welchem Patienten welche DRG zugeordnet wird, ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Zum einen sind sowohl die Haupt- als auch die Nebendiagnose(n) des Patienten entscheidend. Aber auch die durchgeführten Prozeduren (z. B. Operationen, Endoskopien), Behandlungen und sonstige Daten, wie das Alter oder die Beatmungszeit, spielen dabei eine große Rolle.

Literaturempfehlungen

Fleßa, S. (2018): Systemisches Krankenhausmanagement. Berlin.

Graumann, M./Schmidt-Graumann, A. (2016): Rechnungslegung und Finanzierung der Krankenhäuser. Leitfa-
den für Rechnungslegung, Beratung und Prüfung. 3. Aufl., Bonn.

Rybak, C. (2017): Rechtsformen und Krankenhausträger. In: Debatin, J.F./Ekkernkamp, A./Schulte, B./Tecklen-
burg, A.: Krankenhausmanagement. Strategien, Konzepte, Methoden. 3. Aufl., Berlin, S. 25–30.

Schlüchtermann, J. (2016): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. Grundlagen und Praxis.
2. Aufl., Berlin.

Schmola, G./Rapp, B. (2014): Grundlagen des Krankenhausmanagements. Betriebswirtschaftliches und rechtli-
ches Basiswissen. Stuttgart.

1.1.3 Fallstudie

Susanne Humboldt hat gerade ihren Bachelorabschluss in einem Studium des Gesundheitsmanagements erworben. Nun hat sie ihre erste Anstellung als Finanzcontrollerin in dem fiktiven Akut-Krankenhaus St. Bartholomäus in Heiligenstadt angetreten. Ihre Abteilungsleiterin hat leider nicht viel Zeit für ihre Einarbeitung. Sie kann ihr in einem kurzen Begrüßungsgespräch lediglich ein paar Basisinformationen geben: Das Krankenhaus gehört zu 100% der Schwesternschaft vom Heiligen Bartholomäus, wird in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH geführt, ist der Grund- und Regelversorgung zugeordnet, steht mit 250 Betten im Krankenhausplan des Bundeslandes und weist folgende medizinischen Fachabteilungen auf: Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Anästhesie. Eine Notaufnahme wird schon seit einigen Jahren nicht mehr betrieben. Kooperationen mit anderen Krankenhäusern, Reha- und Pflegeeinrichtungen oder mit niedergelassenen Ärzten bzw. Einrichtungen bestehen nicht.

Am nächsten Tag findet Frau Humboldt eine E-Mail ihrer Abteilungsleiterin in ihrem Posteingang. Leider ist sie für mehrere Tage erkrankt und kann nun nicht die vom Geschäftsführer für die nächste Aufsichtsratsitzung angeforderten Informationen zusammenstellen. Deshalb bittet sie Frau Humboldt, dies für sie zu übernehmen. Dazu hat sie noch einige Stichworte in ihrer E-Mail angegeben:

- Die Aufsichtsratsvorsitzende will die Zielsetzung des Krankenhauses wissen, da sie bereits des Öfteren auf die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen angesprochen wurde. Eine genaue Zieldefinition existiert für das Haus bisher aber leider nicht.
- Die Erlöse des Krankenhauses stagnieren. Es erzielt bislang seine Erlöse zu 100% aus DRG. Dabei machen laut Medizincontrolling folgende DRG »Sorgen«: E79B, G46C, I05A.
- Die Kosten steigen kontinuierlich schneller als die Erlöse aus den DRG. Andere Erlösquellen wurden aber bisher nicht erschlossen.
- Das Krankenhaus möchte attraktiver für die Patientinnen und Patienten werden und möchte daher eine Erweiterung und Modernisierung in Angriff nehmen. Deshalb sollen in nächster Zeit folgende Maßnahmen ergriffen werden (die Finanzierungsquellen stehen dabei aber noch nicht fest):
 - Erwerb eines benachbarten Grundstücks
 - Bau eines neuen Bettentrakts auf dem neuen Grundstück
 - Einrichtung des neuen Bettentrakts mit hochwertigen Möbeln und EDV-Ausstattung
 - Grundsaniierung des bestehenden OP-Trakts
 - Erwerb eines neuen MRT-Geräts zum Aufbau einer eigenen Radiologie-Abteilung
 - Bezug höherwertigerer Nahrungsmittel in Bio-Qualität aus der Region
 - Bezug von Qualitäts-Verbandsmaterial, das von einer benachbarten sozialen Einrichtung in Handarbeit hergestellt werden soll
 - Wiederbeschaffung eines Ultraschallgeräts für die Fachabteilung der Inneren Medizin
 - Ersatz des Endoskopie-Turms in einem bestehenden OP-Saal
 - Bezug eines neuwertigen Nahtmaterials, welches eine schnellere und narbenfreie Wundheilung verspricht.

1.1.4 Aufgaben

1.1.4.1 Aufgabe 1: Zielsetzung von Krankenhäusern

Diskutieren Sie die Zielsetzung von Krankenhäusern in Deutschland unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen sowie der unterschiedlichen Trägerschaften. Welche Ziele könnte Frau Humboldt der Klinikleitung für das Krankenhaus St. Bartholomäus zur Vorlage bei der nächsten Aufsichtsratssitzung empfehlen?

1.1.4.2 Aufgabe 2: Investitionskostenfinanzierung

Unterscheiden Sie bei der Investitionskostenfinanzierung im Rahmen der Dualistik die Einzel- von der Pauschalförderung. Wie werden die für von der Klinik für die Zukunft geplanten Anschaffungen zur Erfüllung der Ziele finanziert?

1.1.4.3 Aufgabe 3: DRG

Um welche DRG handelt es sich, die der Klinik »Sorgen« bereiten? Welche Informationen werden von Frau Humboldt benötigt, um die Erlöse berechnen zu können? Warum könnte eine DRG »Sorgen« bereiten?

1.1.4.4 Aufgabe 4: Andere Entgeltformen

Welche anderen Möglichkeiten neben den DRG, um zusätzliche Erlöse für das Krankenhaus zu generieren, könnte Frau Humboldt der Klinikleitung für das Gespräch mit dem Aufsichtsrat empfehlen?

1.1.5 Lösungen zu den Aufgaben

1.1.5.1 Lösung zu Aufgabe 1: Zielsetzung von Krankenhäusern

Das oberste Ziel eines jeden Unternehmens ist die nachhaltige Existenzsicherung. Für Krankenhäuser gilt dieses Ziel sicherlich auch. Ergänzend sind bei einem Krankenhaus die gesetzlichen Regelungen des SGB V (und der abgeleiteten Gesetze wie z. B. das KHG) hinsichtlich der Leistungen, der zu erbringenden Qualität und des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu nennen, die letztlich auf eine Verbesserung der Lebensqualität der Patienten abzielen. Dies führt automatisch zu einer konfliktreichen Konstellation, da ein Spannungsfeld zwischen medizinischen und ökonomischen Zielen unvermeidbar ist. Darüber hinaus haben die drei Hauptberufsgruppen eines Krankenhauses (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Verwaltungsdienst) teilweise unterschiedliche Ziele. Für ein erfolgreiches Krankenhaus ist es jedoch notwendig, alle Ziele der unterschiedlichen Berufsgruppen zu berücksichtigen und gegebenenfalls zu verfolgen.

Generell können die Ziele eines Krankenhauses aufgeteilt werden in Sachziele und Formalziele. Die Sachziele beziehen sich auf die medizinische Seite, die Formalziele wiederum auf die ökonomische. Es wird unterstellt, dass bei Kliniken privater Trägerschaft die Formalziele dominieren und bei öffentlichen und freigemeinnützigen die Sachziele, wie etwa die Versorgung der Bevölkerung oder religiöse Werte. Diese Fokussierung auf ein Ziel ist aber nicht mehr zeitgerecht. Der Zusammenhang zwischen den Formalzielen und den Sachzielen wird immer enger.

Die jeweiligen Unterziele der beiden Hauptkategorien müssen SMART konzipiert sein. Darunter versteht man Voraussetzungen, welche erfüllt werden müssen, damit Ziele erfolgreich umgesetzt werden können. Nach diesem Vorsatz müssen Ziele spezifisch (eindeutig beschrieben), messbar, anspruchsvoll, realistisch und termingebunden sein.

Darüber hinaus ist das sogenannte magische Zieldreieck zu berücksichtigen. Es besteht aus den drei Aspekten Qualität, Kosten und Zeit. Diese drei Aspekte decken näherungsweise alle Facetten der unternehmerischen Tätigkeit ab. Die Herausforderung dieses Modells besteht darin, diese drei Ziele, welche teilweise im Konflikt zueinanderstehen, zu vereinen. Wird eines dieser drei Ziele verfolgt, kann die Erreichungswahrscheinlichkeit der anderen beiden Ziele darunter leiden. Ziel ist es also, diese drei Zielgrößen so auszubalancieren, dass der größtmögliche Erfolg generiert werden kann.

Generell können Ziele in verschiedenen Beziehungen zueinanderstehen. Sie können komplementär, neutral oder konfliktär sein. Die optimale Konstellation ist die der Zielkomplementarität. Dabei wird der Zielerreichungsgrad bei mehreren Zielen gleichzeitig durch dieselben Maßnahmen erhöht. Der Fall der Zielneutralität kann in der Praxis nicht häufig beobachtet werden, da fast alle Prozesse auf irgendeine Art und Weise einen Zusammenhang aufweisen. Ziele wären dann neutral zueinander, wenn sie sich gegenseitig nicht beeinflussten. Ziele, welche konfliktär sind, stellen die größte Herausforderung in diesem Zusammenhang dar. Entsprechende Zielkonflikte sind nicht zu vermeiden, da es in einem Krankenhaus zu viele verschiedene Anspruchsgruppen gibt. Wichtig ist daher, dass man die jeweiligen Auswirkungen sorgfältig abwägt und sich für die erfolgversprechendste Maßnahme entscheidet.

Oberstes Ziel von Krankenhäusern unter öffentlicher Trägerschaft ist es nach § 1 KHG, die Bevölkerung im Einzugsgebiet mit einer ausreichenden Qualität und Quantität zu versorgen. Vor allem aufgrund der engen Verbindung zur Stadt bzw. zum Landkreis und seinen Bürgern ist die bedarfsgerechte Versorgung mit hochwertiger Medizin von besonderer Wichtigkeit. Auch als oftmals einer der größten regionalen Arbeitgeber nehmen sich öffentliche Krankenhäuser zum Ziel, sichere Arbeitsplätze für Arbeitnehmer aus der Region zu bieten. Die Gewinnerzielungsabsicht ist bei diesen Trägern eine Zielgröße, welche zwar verfolgt wird, aber nicht an oberster Stelle steht.

Auch freigemeinnützige Krankenhäuser verfolgen die Ziele des § 1 KHG, achten darüber hinaus jedoch auf ethische, religiöse oder humane Werte. Ihr Alleinstellungsmerkmal liegt darin, dass sie sich weder auf Renditeziele noch auf kommunale Interessenlagen konzentrieren müssen. Ziel ihres Handelns ist es vielmehr, die Patienten auf Basis religiöser und ethischer Werte zu behandeln.

Die Ziele von Krankenhäusern unter privater Trägerschaft sind neben den allgemeinen Zielen des § 1 KHG eher wirtschaftlicher Natur. Die Gewinnerzielungsabsicht nimmt dabei häufig eine prominente Rolle ein. Davon leiten sich weitere Ziele ab, wie etwa sehr hohe Qualität.

Obwohl jeder der Krankenhausträger seine Ziele schwerpunktmäßig auf einen bestimmten Bereich setzt, ist es wichtig, die Zielsetzungen nicht nur aus einer Blickrichtung zu betrachten. Die Sachziele stehen in direktem Zusammenhang zu den Formalzielen. »Herausragende Leistungen auf der medizinischen Seite sind als Mittel für finanzielle Erfolge zu erkennen. Umgekehrt ist finanzielle Leistungsfähigkeit die Voraussetzung für gute Medizin« (Schlüchtermann 2016, S. 41). Langfristig können Krankenhäuser aller Trägerschaften also nur erfolgreich sein, wenn sie sich auf beide Ziele konzentrieren und nur leichte Gewichtungsunterschiede im Zielsystem aufzuweisen sind.

Folgende Ziele könnte demnach Frau Humboldt der Klinikleitung empfehlen, um möglichst viele komplementäre Ziele zu beachten:

- Sachziele:
 - Qualitative hochwertige Behandlung der PatientInnen
 - Beachtung des humanitären und christlichen Auftrags der Schwesternschaft
 - Aufbau von Kooperationen, z. B. mit den niedergelassenen Ärzten der Region
 - Gutes Image in der Bevölkerung
 - Ausbau des Leistungsspektrums (z. B. Radiologie, Notaufnahme etc.)
 - Hohe Mitarbeiterzufriedenheit
 - Hohe Patientenzufriedenheit
 - Innovative Behandlungsmethoden
 - Moderne Ausstattung
 - Wachstum unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit
- Formalziele (nach der SMART-Methodik)
 - Steigerung der Umsatzerlöse pro Jahr um 1,5%, v.a. durch den Aufbau eines neuen Bettentrakts für 10 Mio. € innerhalb der nächsten 5 Jahre sowie der Gründung und Ausstattung einer Abteilung für Radiologie bis Ende des nächsten Jahres
 - Erhöhung der Qualität (z. B. Senkung der Infektionsrate um 5%) durch Wechsel des Lieferanten bei Nahrungsmitteln sowie Verbands- und Nahtmaterial bis Ende des Jahres
 - Steigerung der Patientenzufriedenheit um 10% (laut Befragung) durch Modernisierung der Ausstattung (Grundsanierung des OP-Trakts sowie Wiederbeschaffung eines Endoskopie-Turms und eines Ultraschallgeräts bis Ende des Jahres)
 - Steigerung des Gewinns um 1% pro Jahr durch Umsatzsteigerung und Maßnahmen zur Prozessoptimierung.

1.1.5.2 Lösung zu Aufgabe 2: Investitionskostenfinanzierung

Plankrankenhäuser, die in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes eingetragen sind, können die Investitionskostenförderung in Anspruch nehmen (§ 8 KHG). Jedes Bundesland hat nach § 6 KHG einen Investitionsplan aufzustellen. Unter Investitionskosten versteht das KHG die Kosten der Errichtung