



Winfried Zapp, Julia Oswald

Controlling- Instrumente für Krankenhäuser

Kohlhammer | *Krankenhaus*

Die Autoren

Prof. Dr. Winfried Zapp lehrt Allgemeine Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Rechnungswesen, insbesondere Controlling im Gesundheitswesen, an der Fachhochschule Osnabrück.

Dipl.-Kff. Julia Oswald ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin von Professor Dr. W. Zapp an der Fachhochschule Osnabrück.

Winfried Zapp
Julia Oswald

Controlling-Instrumente für Krankenhäuser

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 oder 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 gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

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

1. Auflage 2009

Alle Rechte vorbehalten

© 2009 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-026571-4

Vorwort

In entwickelten Volkswirtschaften scheint der Gesundheitsbereich in einem besonderen Fokus zu stehen. Dabei ist die Finanzierung der Gesundheitsleistungen ein wesentliches Problem, das von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird (demografische Entwicklung, wie alternde Bevölkerung, Bevölkerungsrückgang, Beschäftigungsprobleme, aber auch eine rasante medizintechnische Weiterentwicklung, um nur einige Bereiche zu benennen) (Hensen, 2004: 88).

In Deutschland ist weiterhin die dynamische Entwicklung der rechtlichen Regelungen um das Finanzierungssystem von wesentlicher Bedeutung. Seit mehr als zwanzig Jahren ändern sich nicht nur rechtliche Regelungen, sondern werden immer wieder unterschiedliche Modelle implementiert: Die Modellansätze differieren von dem Selbstkostendeckungsprinzip bis zur Budgetierung, von der stationären und ambulanten bis zur Integrierten Versorgung; sie umfassen Abrechnungsmodule von den allgemeinen Pflegesätzen bis zu DRG-Fallpauschalen, sie beinhalten sowohl monistische als auch duale bis hin zu multialen Finanzierungskonzeptionen – neben der Finanzierung aus Ländermitteln und Krankenkasse sind weitere Finanzierungen notwendig (Forschung, Eigenfinanzierung, Spenden, Patientenzuzahlungen usw.) (Zapp, 2004a: 21).

Aber nicht allein der Krankenhausmarkt befindet sich im Umbruch, sondern auch das historisch gewachsene Bewusstsein sowie die Einstellungen im Krankenhausmanagement selbst müssen aufgrund neuer Anforderungen hinsichtlich notwendiger Veränderungen im Bereich der Führung und Organisation überdacht und gegebenenfalls neu gestaltet werden (Schmidt-Rettig, 2001: 43). Veränderte externe Rahmenbedingungen führen ein dynamisches Umfeld für die Krankenhäuser mit Ansätzen eines marktorientierten Wettbewerbes herbei, der Forderungen hinsichtlich einer dauerhaften Existenzsicherung an das Krankenhausmanagement stellt, die weit über den geschützten Rahmen der öffentlichen Planung und dualen Finanzierung hinausgehen (Zapp, 2004a: 21).

Krankenhäuser sind hier in besonderer Weise gefordert: Sie müssen sich nicht nur diesen Herausforderungen stellen, sondern sie müssen diese auch bewältigen, um sich weiterhin auf dem „Gesundheits-Markt“ betätigen zu können. Das Augenmerk der Krankenhäuser ist darauf gerichtet, die vielen Facetten und Möglichkeiten, Risiken und Chancen, die sich aus den Veränderungen in der extrasystemischen Umwelt heraus ergeben, zu erkennen, zu analysieren und auf ihre Bedeutung für die intrasystemische Gestaltung zu bewerten. Dabei sind Gestaltungsempfehlungen nicht eindeutig ableitbar, weil die Gegebenheiten komplex (also in sich vielschichtig), dynamisch (die rechtlichen Änderungen sind permanent zu beobachten) und kontingent sind – also unsicher und nicht vorhersahbar. Um auf diese Herausforderungen reagieren zu können, sind strategisch ausgerichtete Managemententscheidungen notwendig, die qualifiziert vorbereitet werden müssen. Dazu ist es sinnvoll, auf erprobte und erfolgreiche Instrumente zurückzugreifen. Als Sachwal-

ter solcher Instrumente hat sich das Controlling bewährt (Zapp/Bettig, 2004a: 61 f.). Notwendig für eine zielorientierte Krankenhauslenkung, bei der neben den Sachzielen monetäre Ziele von wachsender Bedeutung sind, ist eine zeitnahe und mehrdimensionale Abbildung des Betriebsgeschehens (König, 2001: 164). Vor diesem Hintergrund steigt die Bedeutung von datenorientierten Informationen. Darüber hinaus ist ein qualitativ-orientiertes Berichtswesen notwendig, um eine Bewertung von Management-Strategien vornehmen zu können und nicht nur Trendsettern hinterherlaufen zu müssen.

In diesem Buch sind deshalb die Grundlagen zu entwickeln, auf die der Bereich Controlling aufbauen kann, um dann die wesentlichen Controlling-Instrumente zu beschreiben, zu analysieren, auf das Krankenhaus anzuwenden und einer kritischen Würdigung zu unterziehen. Die aus vielfältigen Forschungsanträgen heraus begleiteten Praxisprojekte sind in diese Arbeit eingeflossen. Deshalb ist der Arbeitsgruppe Innovativer Projekte beim Ministerium für Wissenschaft und Kultur Niedersachsen (AGIP) und der Arbeitsgemeinschaft industrieller Forschungseinrichtungen Otto von Guericke e.V. (AIF) in besonderer Weise zu danken, die es mit ihren Fördermitteln ermöglicht haben, dass wissenschaftliches Personal eingestellt werden konnte. In zahlreichen Diplomarbeiten, Projekten und Praxiswochen wurde praxisorientierten Fragestellungen nachgegangen, um die Übertragbarkeit und die erfolgreiche Nutzung von Controlling-Instrumenten zu überprüfen. Für die Ideen und Gedanken der ehemaligen Studierenden der Fakultät Wirtschafts- Sozialwissenschaften der Fachhochschule Osnabrück sind wir dankbar: Dipl.-Kff. (FH) Svetlana Benzel, Dipl.-Kff. (FH) Tanja Clausmeyer, Dipl.-Kff. (FH) Christin Henrichs, Dipl.-Kfm. (FH) Arnd Kretschmann, Dipl.-Kff. (FH) Danielle Meyer, Dipl.-Kfm. (FH) Axel Pickhardt, Dipl.-Kff. (FH) Stefanie Römer.

Drei Personen möchten wir in besonderer Weise danken: Frau Dipl.-Kff. (FH) Silja Otten hat das Buch-Projekt seit seiner Anfangsphase begleitet und mit ihren zielführenden Recherchen und engagierten Hinweisen wichtige Impulse gesetzt. Trotz ihrer unermüdlichen Unterstützung hat sie alles jederzeit im Blick gehabt: Kurz vor Fertigstellung der Manuskriptseiten hat ihr Sohn Jannis Otten das Licht der Welt erblickt. Ebenso engagiert hat Frau Dipl.-Kff. (FH) Stephanie Kleimann sich in das Arbeitsbucherstellung gestürzt und mit guter Kondition die anstehenden Arbeiten schnell und zuverlässig erledigt. Wir hoffen, dass Sie durch ihren Arbeitseinsatz nicht zu viele Trainingsstunden für ihre (internationalen) Radrennen verloren hat und den Trainingsrückstand wieder gut aufholt und weiterhin vordere Plätze einfährt. Denn das Dopingmittel „Buchkorrekturen“ entfällt ja vorerst.

Über eine ganz andere Arbeitsmethode verfügt Herr Tim Richwien, den man kaum sehen und nicht hören konnte hinter seinem Computertisch – nur das Klicken der Computertasten verrät, dass er im Raum sein musste. Deshalb herzlichen Dank für seine hilfreiche Unterstützung bei der Druckvorbereitung.

Last but not least – zu guter Letzt danken wir der Fachhochschule Osnabrück, insbesondere Herrn Prof. Dr. Peter Mayer (Dekan und Vizepräsident bis Anfang 2007) und Frau Prof. Dr. Marie-Luise Rehn (Dekanin und Vizepräsidentin ab 2007), die die Erstellung dieses Buches mit gefördert haben. Es tut gut, mit Rückenwind schreiben zu können.

Dem Kohlhammer-Verlag danken wir für die Veröffentlichung, insbesondere Frau Dagmar Kühnle und Herrn Tillmann Bub für Ihr engagiertes Lektorat: Mit ihrer sympathischen und zielführenden Vorgehensweise haben sie uns deutlich gemacht: nach dem Schreiben ist vor dem Schreiben – Danke.

John Naisbitt¹ wird folgendes Zitat zugeschrieben: „Der neue Führertyp im anbrechenden Zeitalter der partizipatorischen Demokratie ist ein Möglichmacher, ein Entscheidungs-Erleichterer, kein Befehlsgeber.“ So will dieses Buch verstanden werden: Es soll dazu beitragen, dass klare Entscheidungen getroffen werden können – in komplexen, dynamischen und postmodernen Zeiten. Die nachfolgenden Ausführungen mögen helfen, dass die Controlling-Instrumente im Management diese Entscheidungen vorbereiten und eine breite Basis bei der Umsetzung von Mitarbeitern im Krankenhaus erfahren.

Osnabrück, im Januar 2009

Winfried Zapp und Julia Oswald

1 John Naisbitt (* 15. Januar 1929 in Glenwood, Utah) ist ein US-amerikanischer Autor mit dem Themenschwerpunkt Trend- und Zukunftsforschung. Sein bekanntestes Buch ist „Megatrends“. Geschrieben 1982, wurde es in 57 Ländern publiziert und dominierte monatelang die Bestsellerlisten. Er machte den Begriff der Globalisierung bekannt. Das Zitat findet sich unter dem Stichwort „Führung“ unter <http://www.zitate.de/ergebnisse.php> (letzter Zugriff am 01.12.2008).

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	12
1 Einleitung	17
2 Das Krankenhaus als Betrachtungsobjekt: Darstellung unternehmungsspezifischer Rahmenbedingungen	20
2.1 Merkmale der Krankenhausunternehmung	20
2.2 Krankenhausfinanzierung und -entgeltsystem	26
3 Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung als Ausgangspunkt: Darstellung der harten Daten	30
3.1 Grundlagen der Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung ..	30
3.1.1 Begriff der Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnis- rechnung	30
3.1.2 Ziele und Funktionen der Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung	31
3.1.3 Aufgaben und Anforderungen der Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung	32
3.2 Aufbau und Konzeption der Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung	35
3.2.1 Kostenrechnung	35
3.2.2 Leistungsrechnung	39
3.2.3 Erlös- und Ergebnisrechnung	41
3.3 Rechensysteme und Unterscheidungskriterien der Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung	43
3.3.1 Unterscheidung nach Umfang: Vollkosten- versus Teilkostenrechnung	44
3.3.2 Unterscheidung nach Zeit: Istkosten- versus Plankosten- rechnung	47
3.4 Rechnungszielorientierung: Datenorientierte versus verhaltens- orientierte Rechnung	50

4 Prozessgestaltung als Orientierungsrahmen: Darstellung der weichen Daten	51
4.1 Prozesse	51
4.2 Qualität	53
4.3 Zeit	56
4.4 Zusammenführung der Daten zu einer Prozessgestaltung	57
4.5 Patienten und Kunden	61
5 Management als Entwicklungsrahmen: Gestaltung der harten und weichen Daten	63
5.1 Managementverständnis	63
5.2 Management von Kosten, Leistungen und Erlösen	66
5.2.1 Kostenmanagement	66
5.2.2 Leistungsmanagement	70
5.2.3 Erlös- und Ergebnismanagement	73
6 Controlling als Lenkungsrahmen: Harmonisation von harten und weichen Daten	75
6.1 Wissenschaftstheoretische Grundlagen zum Controlling	75
6.2 Zielorientierte Ausgestaltung des Controllings	79
6.2.1 Controllingperspektiven	79
6.2.1.1 Harmonisation	80
6.2.1.2 Lenkung	82
6.2.1.3 Ergebnis	85
6.2.1.4 Zeit und Bedeutung	88
6.2.2 Controllingdefinition und Controllingziel	88
6.2.3 Controllinganforderungen	89
6.3 Funktionale Ausgestaltung des Controllings	93
6.3.1 Harmonisationsfunktion	93
6.3.1.1 Gestaltung des Planungs- und Kontrollsystems und Informationssystems (Integrationsfunktion)	97
6.3.1.2 Laufende Abstimmung des Planungs- und Kontrollprozesses und Informationsprozesses (Koordinationsfunktion)	102
6.3.2 Lenkungsfunktion	106
6.3.3 Informationsfunktion	110
6.4 Instrumentale Ausgestaltung des Controllings	114
6.4.1 Systematisierung der Controlling-Instrumente	114
6.4.2 Planungs- und kontrollorientierte Controlling-Instrumente	116
6.4.2.1 Deckungsbeitragsrechnung	116
6.4.2.2 Fixkostenmanagement	145
6.4.2.3 Gemeinkostenmanagement	157
6.4.2.4 Target Costing	166

6.4.2.5	Budgetierung	179
6.4.2.6	Kennzahlen	195
6.4.2.7	Benchmarking	212
6.4.2.8	Clinical Pathways	220
6.4.3	Informationsorientierte Controlling-Instrumente	228
6.4.3.1	Frühwarnsysteme	228
6.4.3.2	Stärken-Schwächen-Analyse	248
6.4.3.3	Portfolio-Analyse	257
6.4.3.4	Berichtswesen	276
6.5	Institutionale Ausgestaltung des Controllings	284
6.5.1	Controllingorganisation	284
6.5.2	Binnenstrukturierung	285
6.5.3	Außenstrukturierung	285
7	Ausblick: Erkenntnisinteresse und Perspektiven	289
	Literatur	292
	Sachregister	313

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abb. 2-1:	Dienstleistungen.	21
Abb. 2-2:	Aufbau und Struktur einer DRG	28
Abb. 3-1:	Funktionen der KLEE-Rechnung	31
Abb. 3-2:	Schema zur DRG-Kalkulation	38
Abb. 3-3:	Beziehungen zwischen Leistungen und Erlösen im Krankenhaus.	40
Abb. 3-4:	Bildung der Prozesskostensätze durch Zuordnung zu den Teilprozessen	46
Abb. 3-5:	Soll- und Plankostenkurve in einer flexiblen Plankosten- rechnung	49
Abb. 4-1:	Kern-, Support- und Managementprozesse	52
Abb. 4-2:	Ablauf der Prozessgestaltung	57
Abb. 4-3:	Teilschritt: Station – Patientenaufnahme	58
Abb. 4-4:	Problemlösungen beim Patientendurchlauf	59
Abb. 4-5:	Prozessgestaltung des Teilprozesses Stationäre Patienten- aufnahme.	60
Abb. 4-6:	Abgrenzung von Kunde und Patient.	62
Abb. 5-1:	Objektbereich des Management.	63
Abb. 5-2:	Integriertes Management	65
Abb. 6-1:	Controllingkonzeptionen	77
Abb. 6-2:	Controller-Leitbild	78
Abb. 6-3:	Regelung	83
Abb. 6-4:	Steuerung.	84
Abb. 6-5:	Anpassung	84
Abb. 6-6:	Zwei- und mehrdimensionale Ergebnisebene	87
Abb. 6-7:	Eindimensionale Ergebnisebene und Ansatzpunkte für die Ergebnislenkung	87
Abb. 6-8:	Schwerpunkte und Unterteilungen von Controlling	88
Abb. 6-9:	Teilharmonisation als Ausgangspunkt für das Controlling.	96
Abb. 6-10:	Systemanalyse, -gestaltung und -implementation	100
Abb. 6-11:	Planungssystem im Krankenhaus	101
Abb. 6-12:	Einordnung von Controlling in das System	104
Abb. 6-13:	Intrasystemischer Bereich.	105
Abb. 6-14:	Differenzierte Aufbereitung der Daten	106
Abb. 6-15:	Führungsprozess	107
Abb. 6-16:	Steuerungsbegriff	108
Abb. 6-17:	Informationsbedarf im Krankenhaus	112
Abb. 6-18:	Informationsprobleme für die Krankenhausführung	113

Abb. 6-19: Grundformel des Direct Costing	117
Abb. 6-20: Deckungsbeitragsrechnung mit relativen Einzelkosten	120
Abb. 6-21: Methoden der Verrechnungspreisgestaltung.	123
Abb. 6-22: Einordnung der Klinikdeckungsbeitragsrechnung in das Gesamtsystem	127
Abb. 6-23: Modell einer Klinikdeckungsbeitragsrechnung.	128
Abb. 6-24: Klinikdeckungbeitragsrechnung – Plan-Ist-Vergleich	132
Abb. 6-25: DRG-bezogene Deckungsbeitragsrechnung	133
Abb. 6-26: DRG-bezogene Deckungsbeitragsrechnung – Plan-Ist-Vergleich.	135
Abb. 6-27: Zieldeckungsbeiträge	140
Abb. 6-28: Begriffsabgrenzung Einzel- und Gemeinkosten, fixe und variable Kosten	145
Abb. 6-29: Fixkostengestaltung.	146
Abb. 6-30: Aufgaben und Instrumente des Fixkostenmanagements	147
Abb. 6-31: Grobanalyse der Fixkosten im Krankenhaus	149
Abb. 6-32: Struktur eines fixkostenmanagementorientierten Kosten- artenplans für Personalkosten des ärztlichen Dienstes	151
Abb. 6-33: Deckungsbeitragsrechnung mit Fixkostenmanagement- Informationen	153
Abb. 6-34: Fixkostenflexibilitäts-Marktstabilitäts-Portfolio mit positionierten Geschäftseinheiten.	154
Abb. 6-35: Normstrategien für das Fixkostenmanagement	156
Abb. 6-36: Strategischer Gesamtprozess	156
Abb. 6-37: Aufbau der Gemeinkostenwertanalyse-Projektorganisation	159
Abb. 6-38: Sechs-Stufen-Plan der Gemeinkostenwertanalyse	160
Abb. 6-39: Modifizierter Aufbau der Gemeinkostenwertanalyse- Projektorganisation	161
Abb. 6-40: Organigramm des Verwaltungsbereiches der Modell- einrichtung.	162
Abb. 6-41: Methoden der Zielpreisfindung	168
Abb. 6-42: Der Target Costing-Prozess („Market into Company“- Methode).	169
Abb. 6-43: Zielkostendiagramm 1	171
Abb. 6-44: Zielkostendiagramm 2.	177
Abb. 6-45: Budgetierungssystem	181
Abb. 6-46: Budgetierungsfunktion.	182
Abb. 6-47: Budgeterstellung	185
Abb. 6-48: Implementierungspfad zum Redesign von Planungssystemen	188
Abb. 6-49: Rollierende Prognosen	191
Abb. 6-50: Rollierende Prognose im Krankenhaus.	193
Abb. 6-51: Aufgaben von Kennzahlen	197
Abb. 6-52: Kennzahlenarten	198
Abb. 6-53: Phasen der Kennzahlenrechnung	199
Abb. 6-54: Berechnung des Geschäftsergebnisses und des Gesamtkapitals.	207
Abb. 6-55: Berechnung des Gesamtkapitalkostensatzes	207
Abb. 6-56: Berechnung des WACC im Krankenhaus	209
Abb. 6-57: InEK-Kostenkalkulationsmatrix für ein Kosten-Benchmarking	217
Abb. 6-58: Ziele der Clinical Pathways	223

Abb. 6-59: Elemente, Subsysteme und Beziehungen des Frühwarnsystems. . .	229
Abb. 6-60: Systeme der Frühwarnung, Früherkennung und Frühaufklärung.	230
Abb. 6-61: Aufbaustufen eines Frühwarnsystems	231
Abb. 6-62: Prozess der strategischen Früherkennung und -aufklärung.	233
Abb. 6-63: Szenario-Trichter	239
Abb. 6-64: Ablauf des Szenarioprozesses.	240
Abb. 6-65: Projektionen für den „Wirtschaftszweig Gesundheit“	243
Abb. 6-66: Rohszenariobildung.	245
Abb. 6-67: SWOT-Analyse	248
Abb. 6-68: SWOT-Strategien	250
Abb. 6-69: Arten der SWOT-Strategien	250
Abb. 6-70: Strategische Handlungsfelder	251
Abb. 6-71: Top 10 Chancen.	253
Abb. 6-72: Top 10 Risiken.	254
Abb. 6-73: Stärken-Schwächen-Profil	255
Abb. 6-74: Beispiel für eine Checkliste zur Stärken-Schwächen-Analyse	256
Abb. 6-75: Grundstruktur der Portfolio-Methode	260
Abb. 6-76: Erfahrungskurve	261
Abb. 6-77: Schematische Darstellung des Lebenszykluskonzeptes	262
Abb. 6-78: Marktwachstums-/Marktanteilsportfolio	264
Abb. 6-79: BCG-Portfolio-Analyse im Krankenhaus	266
Abb. 6-80: Darstellung des IST-Portfolios	267
Abb. 6-81: Positionierung der Geschäftseinheiten	268
Abb. 6-82: Modifizierte BCG-Matrix für den Gesundheitsbereich.	271
Abb. 6-83: Aufbau des Medizin-Portfolios 1	273
Abb. 6-84: Aufbau des Medizin-Portfolios 2	273
Abb. 6-85: Gestaltungsmerkmale von Berichten	281
Abb. 6-86: Klassifikationsmerkmale und -ausprägungen des Berichts- wesens	282
Abb. 6-87: Binnenstrukturierung	285
Abb. 6-88: Außenstrukturierung	286

Tabellen

Tab. 3-1: Erlösarten im Krankenhaus	42
Tab. 3-2: Systeme einer Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnis- rechnung	44
Tab. 5-1: Teilziele des Kostenmanagements im Krankenhaus	68
Tab. 5-2: Operatives Kostenmanagement	69
Tab. 6-1: Controlling-Anforderungen: Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung.	90
Tab. 6-2: Controlling-Anforderungen: Faktoren im Organisations- system	91
Tab. 6-3: Controlling-Anforderungen: Faktoren im Personalsystem	91
Tab. 6-4: Controlling-Anforderungen: Faktoren des Wertesystems	92
Tab. 6-5: Controlling-Anforderungen: Faktoren des Umfeldsystems	92
Tab. 6-6: Harmonisation – Koordination	93

Tab. 6-7:	Instrumentelle Koordination	95
Tab. 6-8:	Beispiele für ergebnisorientierte Führungsinformationen im Krankenhaus.	111
Tab. 6-9:	Überblick über die dargestellten Controlling-Instrumente	116
Tab. 6-10:	Kostenzuordnung.	130
Tab. 6-11:	Darstellung Deckungsbeitrag I.	136
Tab. 6-12:	Darstellung Deckungsbeitrag II	138
Tab. 6-13:	Darstellung Deckungsbeitrag III.	139
Tab. 6-14:	Kostenpaltung ausgewählter Kostenarten.	148
Tab. 6-15:	(Vertrags-)Matrix der abbaufähigen Fixkosten für die Radiologie	150
Tab. 6-16:	Relative Kostenanteile je Kostenmodul	174
Tab. 6-17:	Zielkostenpaltung.	175
Tab. 6-18:	Funktionsmethode.	176
Tab. 6-19:	Ermittlung der Zielkostenindizes	176
Tab. 6-20:	Beyond-Budgeting-Konzept	187
Tab. 6-21:	Gegenüberstellung verschiedener Budgetierungsformen.	189
Tab. 6-22:	Kennzahlen auf Unternehmensebene	201
Tab. 6-23:	Kennzahlen zur kurzfristigen Erfolgslenkung.	201
Tab. 6-24:	Qualitätsziele und -indikatoren – Leistungsbereich Cholezystektomie.	203
Tab. 6-25:	Auswertungsmatrix BQS – Leistungsbereich Cholezystektomie (Beispiel)	204
Tab. 6-26:	Ergebnisse der Eigenkalkulation im Vergleich zu den InEK-Kalkulationsdaten	218
Tab. 6-27:	Schwache Signale und Indikatoren für externe Beobachtungsbereiche der Krankenhäuser.	236
Tab. 6-28:	Schwache Signale und Indikatoren für interne Beobachtungsbereiche der Krankenhäuser.	238
Tab. 6-29:	Szenarien im Gesundheitswesen.	246

1 Einleitung

Veränderte Rahmenbedingungen führen ein dynamisches Umfeld für die Krankenhäuser mit Ansätzen eines betriebswirtschaftlichen Wettbewerbes herbei, das Forderungen hinsichtlich einer dauerhaften Existenzsicherung an das Krankenhausmanagement stellt, die weit über den geschützten Rahmen der öffentlichen Planung und dualen Finanzierung hinausgehen. Die Lenkung der Krankenhäuser in diesem dynamischen Umfeld bei wachsender Komplexität der Unternehmungsstrukturen stellt auch an das Controlling neue Anforderungen. Es werden Controlling-Instrumente benötigt, die die Unternehmungsführung in Planungs- und Kontrollprozessen unterstützen und eine entscheidungsorientierte Informationsversorgung garantieren. Betriebswirtschaftlich geeignete Entscheidungshilfen können nur durch Kostenrechnungssysteme geliefert werden, die sich weniger an der Dokumentations- und dafür stärker an der Unternehmungsführungsfunktion orientieren. Solche entscheidungsorientierten Systeme haben einen Grundsatz jeder Entscheidungsfindung zu beachten, nämlich „in Veränderungen zu denken“, d. h. Informationen darüber zu liefern, wie sich Leistungen, Kosten und Erlöse durch alternative Entscheidungsfindungen verändern werden (Meyer, 1992: 60; vgl. auch Zapp, 2002b: 431 f.). Es geht „... um das kybernetische, koordinierende Lenken unternehmerischer Prozesse, ... um die umfassende Informationsversorgung des Managements mit führungsrelevanten Informationen und Rechnungen“ (Männel, 1988: 6).

Für ein handlungsorientiertes Controlling werden in den Krankenhäusern mit der Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung als zentralem Ausgangspunkt quantitative Daten bereitgestellt, die für managementorientierte Entscheidungen genutzt werden können (Zapp, 2004c: 83 ff.). Aber allein das Interne Rechnungswesen verschafft keine ökonomischen Spielräume. Dazu müssen die Unternehmungsprozesse noch mehr koordiniert, aufeinander abgestimmt und harmonisiert sein. Diese Aufgabe übernimmt das Controlling. Es übernimmt nicht die Kontrolle in Form der Schuldzuweisung, sondern in Form der Motivation, der Anreizbildung und der strategischen Ausrichtung zu einer erfolgreichen Unternehmung.

Ein Controlling, das die Kosten-, Leistungs- und Erlösstrukturen mit Blick auf ein gutes Unternehmungsergebnis optimieren will, erfordert ein Kosten-, Leistungs- und Erlösmanagement, das die entscheidungsrelevanten Informationen zieladäquat dokumentieren und aufbereiten kann. Controlling-Instrumente, die dieses Management charakterisieren, werden in traditionellen Wirtschaftsunternehmungen schon seit Jahren unter den Schlagworten Fixkostenmanagement, Gemeinkostenmanagement, Zielkostenmanagement oder Deckungsbeitragsmanagement angewandt. Inwiefern diese Controlling-Instrumente, die in der gängigen Krankenhausliteratur gar nicht oder nur isoliert dargestellt werden, zur ergebnisorientierten Führung von Krankenhäusern mit ihren branchentypischen Ausprägungen und Anforderungen beitragen, wird in den nachfolgenden Ausführungen beschrieben.

Eine ergebnisorientierte Krankenhausführung, die jedoch nur „harte“ Faktoren berücksichtigt und damit den traditionellen technokratischen Vorstellungen gerecht wird, greift zu kurz. Vielmehr ist eine Ergänzung um „weiche“ Faktoren im Sinne einer sozio-ökonomischen Krankenhausführung notwendig. Die wachsende Komplexität und Dynamik und die sich daraus ergebende Kontingenz machen es notwendig, die mehr technisch- und systemgelenkten und -orientierten Controlling-Instrumente durch sozial-personale Problemlösungskompetenzen zu erweitern (Eichhorn, 2008). Zahlen an sich motivieren Menschen noch nicht, deshalb sind handlungsorientierte Ansätze zu berücksichtigen, die die weichen Daten in die Überlegungen einbeziehen. Diese weichen Daten können durch Prozesse, Qualität, Zeit und Patientenanforderungen umschrieben werden und fließen in die verschiedensten Werkzeuge des Controlling ein: Clinical Pathways, Früherkennungssystem, Stärken-Schwächen-Analyse und Portfolio-Analyse sind wesentliche Instrumente, die durch den Einbezug von qualitativen Größen die Planungs- und Kontrollfunktion sowie die Informationsfunktion des Controllings unterstützen und damit einen spürbaren Beitrag zur Mobilisierung der Leistungsfähigkeit in den Krankenhäusern leisten.

Dass hinsichtlich der instrumentalen Controllingkomponente Handlungsbedarf in den Krankenhäusern besteht, lässt sich jedoch nicht nur deduktiv herleiten, sondern wird auch empirisch durch eine Untersuchung zum Einsatz von Controlling-Instrumenten in Krankenhäusern bestätigt. Danach kommen insbesondere strategische Werkzeuge des Controllings wie beispielsweise die Stärken-Schwächen-Analyse und die Portfolio-Analyse in den Krankenhäusern selten zum Einsatz. Aber auch hinsichtlich operativer Controlling-Instrumente besteht Handlungsbedarf: Kostenrechnungsverfahren wie die Deckungsbeitragsrechnung oder das Target Costing sind bisher wenig implementiert. Auch die Kostenträgerrechnung als unabdingbare Voraussetzung für ein Fall-Controlling wird wenig genutzt (Hörig, 2001).

Ausgangspunkt dieses Buches bildet die Darstellung krankenhausspezifischer interner und externer Rahmenbedingungen, die bei der Gestaltung eines Krankenhauscontrollings zu bedenken sind (Kapitel 2). Dabei geht es um die Einordnung der Krankenhausunternehmung in die betriebswirtschaftliche Gesamtstruktur, die Merkmale der Leistungserstellung und organisatorische Besonderheiten sowie die Beschreibung des Zielsystems. Die Darstellung der Krankenhausfinanzierung und -vergütung führt durch ihre Veränderungen zu neuen Anforderungen an das Kosten-, Leistungs-, und Erlösmanagement im Krankenhaus. Das dritte Kapitel dient der Beschreibung des Internen Rechnungswesens in seiner Ausgestaltung als Kostenrechnung. Daneben sind ebenso die Leistungsströme des Leistungserstellungsprozesses zu beachten sowie die Erlöse, die den Gesundheitseinrichtungen zufließen. Als Endpunkt ergibt sich aus den Erlösen abzüglich der Kosten das Ergebnis. An diesen vier Teildisziplinen kann ein Controller zur Lenkung der ökonomischen Prozesse ansetzen und Einfluss nehmen. Die „weichen“ Faktoren als eine nicht zu unterschätzende Lenkungsgröße in sozio-technischen Systemen wie dem Krankenhaus werden im vierten Teil herausgearbeitet und erläutert.

Daran schließt sich die Darstellung des Managements mit seinen Elementen des Kostenmanagements, Leistungsmanagements sowie Erlös- und Ergebnismanagements an. Im Anschluss daran wird das Controlling als Lenkungsrahmen ausführlich diskutiert. Neben funktionalen und institutionalen Gesichtspunkten steht als Schwerpunkt dieses Buches die Erarbeitung und Darstellung der Controlling-Instrumente im Mittelpunkt: Der Leser erfährt, wie Controlling-Instrumente gestaltet

werden müssen, damit sie effizient zur Planung und Kontrolle sowie zur Informationsversorgung eingesetzt werden können. Die Praxisorientierung wird durch Beispiele aus Forschungsprojekten, Blockwochen und Projekten erreicht, die an der Fachhochschule Osnabrück durchgeführt wurden und deren Finanzierung durch Drittmittel erreicht wurde.¹ Das Buch schließt mit einer kurzen Zusammenfassung und einem Ausblick auf mögliche Erweiterungen zum Controlling in Krankenhäusern.

1 Namen, Zahlen und Daten der Projekteinrichtungen wurden verändert übernommen, so dass die Daten beispielhaft zu verstehen sind.

2 Das Krankenhaus als Betrachtungsobjekt: Darstellung unternehmensspezifischer Rahmenbedingungen

2.1 Merkmale der Krankenhausunternehmung

Krankenhäuser können nach der Art ihrer Leistungserstellung einerseits als Dienstleistungsunternehmungen definiert werden, da sie die klassischen Kernelemente der verschiedenen Dienstleistungsdefinitionen wie Immaterialität, Nichtlager- und Nichttransportfähigkeit (Gültigkeit des Uno-actu-Prinzips) erfüllen (Eichhorn, 2008: 83 ff., Eichhorn, 1975: 13). Andererseits verfolgen sie jedoch als sogenannte Nonprofit-Unternehmungen des stationären Gesundheitssektors neben den Sach- und Formalzielen auch metaökonomische Ziele in Form von karitativen, diakonischen, humanitären oder weltanschaulichen Wertvorstellungen, an denen sich nach Möglichkeit sämtliche ökonomische Aktivitäten orientieren sollen. Aufgrund von verpflichtenden Leistungszielen – wie die Erfüllung des Versorgungsauftrages – und finanzierungsbezogenen Beschränkungen – wie keiner freien Preisgestaltung – ist sowohl keine klare Zuordnung zu den Nonprofit-Organisationen als auch zu den typischen Dienstleistungsunternehmungen möglich.

Die Dienstleistungsunternehmung Krankenhaus befindet sich somit in einem Spannungsfeld zwischen der klassischen Dienstleistungsunternehmung und den Nonprofit-Organisationen, was mit praktischen Konsequenzen für die Ausgestaltung des Controllings verbunden ist (Wendel, 2001: 101).

Dienstleistungen im Krankenhaus sind Gesundheitsleistungen, die in unterschiedlichen Formen (stationären, ambulanten, u. ä.) erbracht werden können und ärztliche Behandlung, pflegerische Betreuung, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, soziale Fürsorge, seelsorgerische Hilfe sowie Unterkunft und Verpflegung umfassen (§ 39 SGB V). Hinzutreten können Leistungen in Lehre und Forschung. Diese Dienstleistungen können nach Personen und Objekten unterschieden werden (vgl. Abb. 2-1) (Berekoven, 1983: 44 ff.).

Persönliche Dienstleistungen umfassen auch die Gesundheitsleistungen (Corsten, 1990: 21). Sie sind der Schwerpunkt der Krankenhausleistungen. Steht das Objekt im Vordergrund der Betrachtung, dann sind die Leistungen an den Objekten als Ausgangspunkt anzusehen.

Die Definition des Dienstleistungsbegriffs kann unterschiedlich systematisiert werden (Haller, 1995: 49; Corsten, 1985: 173; Meffert/Bruhn, 1997: 24; Zapp/Dorenkamp, 2002: 12 ff.):

- Die tätigkeitsorientierte Definition stellt die menschliche Tätigkeit in den Vordergrund; jede Tätigkeit ist danach eine Dienstleistung im Sinne eigener und/oder anderer Interessen (Schüller, 1967: 19). Diese abstrakte Definition lässt wenige Möglichkeiten offen, um dienstleistungsspezifische Besonderheiten zu beschreiben (Meffert/Bruhn, 1997: 24).

- Die prozessorientierte Definition stellt die Prozessperspektive der Dienstleistung heraus, sodass Dienstleistungen Prozesse mit materiellen und/oder immateriellen Wirkungen sind. Diese Leistungen lassen sich umschreiben durch einen gleichzeitigen Kontakt zwischen Leistungsnehmer und Leistungsgeber (Berekoven, 1983: 23).
- Die ergebnisorientierte Definition besagt, dass die Dienstleistung als der immaterielle Output von Faktorkombinationsprozessen oder als Ergebnis des Prozesses angesehen wird (Maleri, 1994: 35).
- Die potentialorientierte Definition setzt bei den Fähigkeiten (Potentialen) an, die durch Menschen oder Maschinen geschaffen werden können (Meffert/Bruhn, 1997: 25).

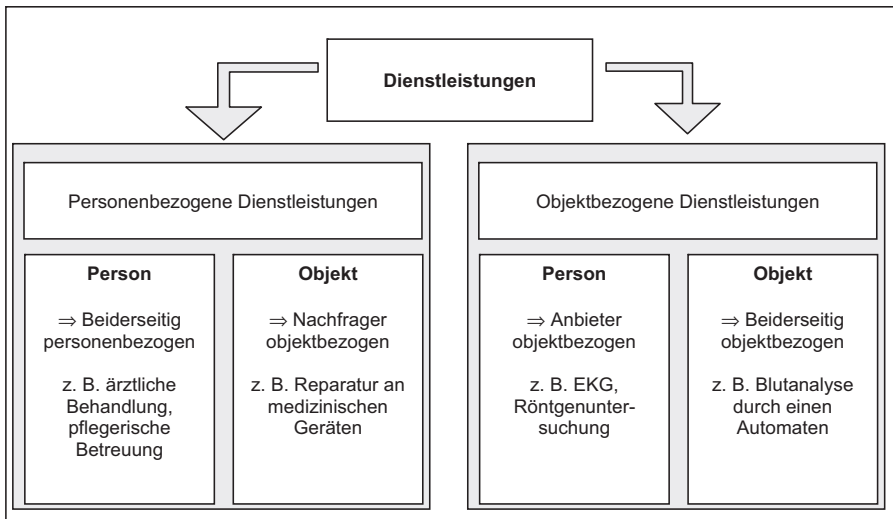


Abb. 2-1 Dienstleistungen
(in Anlehnung an Berekoven, 1983: 45)

Für diese Arbeit wird folgender Dienstleistungsbegriff zugrunde gelegt: Dienstleistungen sind „selbstständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten verbunden sind (Potentialorientierung). Im Rahmen des Erstellungsprozesses werden interne (z. B. Räumlichkeiten, Personal) und externe Faktoren (außerhalb des Einflussbereichs des Dienstleisters liegende) kombiniert (Prozessorientierung). Die Faktorenkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den Menschen oder an deren Objekten nutzenstiftende Wirkungen zu erzielen (Ergebnisorientierung)“ (Meffert/Bruhn, 1997: 27).

Die Definition beschreibt die einzelnen Phasen der Dienstleistungen (Donabedian, 1966: 166; Eichhorn, 1997: 3), die zwischen den Dimensionen „Herstellung der Leistungsbereitschaft“ und „Nutzung bereitgestellter Leistung als Leistungsanfrage“ (Reis, 1997: 321) und der Prozess- und Ergebnisphase einer Dienstleistung unterscheidet. Das zentrale Problem ist dabei, das eigentliche „Produkt“ des

Dienstleistungsbetriebes zu definieren. So sind die sachlichen und personellen Ressourcen des Krankenhauses (die Potentiale), Diagnostik, Therapie, Pflege und Hotelversorgung (die Prozesse), in Beziehung zu setzen mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten (das Ergebnis) (Eichhorn, 1997: 3). Diese Definition basiert zudem auf den konstitutiven Merkmalen, die die Besonderheit einer Dienstleistung erfassen (Zapp/Dorenkamp, 2002: 15 f.):

- **Immaterialität oder Nichtgreifbarkeit:**
Hiermit wird die mangelnde physische Präsenz einer Dienstleistung beschrieben (Strauss/Hentschel, 1991: 238). Im Gegensatz zu einem Sachgut kann man die Dienstleistung nicht fühlen, schmecken, riechen oder sehen. Aus der Immaterialität leiten sich weitere Merkmale der Dienstleistung ab.
- **Nichtlagerfähigkeit:**
Dienstleistungen können in der Regel nicht auf Vorrat hergestellt und nicht gelagert werden. Es besteht eine zeitliche und räumliche Simultanität (Übereinstimmung) von Produktion und Konsumtion. Erst die Inanspruchnahme führt zu einer Produktion der Dienstleistung für den Kunden (Uno-actu-Prinzip, d. h. Leistungserstellung und Leistungsnutzen vollziehen sich zeitgleich) (Eichhorn, 2008: 84; Eichhorn, 1997: 7).
Die Krankenhausleistungen sind nicht lagerfähig und müssen zum Zeitpunkt und am Ort der Entstehung der Nachfrage produziert werden (z. B. Ganzkörperwäsche) (Morra, 1996: 29).
- **Nichttransportfähigkeit:**
Fast keine Dienstleistung kann an einem anderen Ort konsumiert werden als an dem ihrer Erstellung. Medizinische, körperliche Untersuchungen sind z. B. gebunden an den CT. Sie können nicht erstellt und dann räumlich transferiert werden, um sie an anderer Stelle zu verbrauchen. Auch hier liegt das Uno-actu-Prinzip vor, in der Variation, dass eine wie im Sachgüterbereich mögliche Nachbesserung, Aussortierung oder ein Umtausch der Leistung nur begrenzt möglich ist.
- **Die Mitwirkung eines externen Faktors (Individualität):**
Der Kunde wird in den Prozess der Dienstleistung einbezogen und wird somit integraler Bestandteil: Ohne den Kunden kann die Dienstleistung nicht erbracht werden. Der Dienstleistungsersteller kann den Kunden (externen Faktor) nicht unbedingt frei am Markt disponieren, wobei der Patient als „Objekt“ der Dienstleistung als Mensch zu betrachten ist, von dem der Erfolg der Dienstleistung auch abhängig ist (Meffert/Bruhn, 1997: 45).
- **Geringe Rationalisierbarkeit:**
Die Ersetzbarkeit der menschlichen Arbeitskraft durch eine Maschine ist begrenzt (Haubrock/Peters/Schär, 1997: 9).

Im Mittelpunkt der Dienstleistungen steht die Begegnung mit dem jeweiligen Patienten. Hier laufen die Prozesse im Wesentlichen zusammen oder haben hier ihren Ausgangspunkt (Sassen, 1994: 73).

Krankenhäuser sind eingebettet in ein staatlich reguliertes Gesundheitssystem mit sich ständig wandelnden gesetzlichen Rahmenbedingungen (Sieben, 1986: 156). Diese Einschränkungen haben zur Folge, dass der Handlungsspielraum des Krankenhausmanagements begrenzt ist und es damit erheblicher Anforderungen an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit bedarf (Schmidt-Rettig/Westphely, 1992: 1181).

Vorgegebene Preise für stationäre Leistungen und eine Krankenhausplanung auf Landesebene verhindern den Marktdruck, der grundsätzlich für die Wirtschaftlichkeit des Ressourceneinsatzes notwendig ist. Durch die duale Finanzierung der stationären Leistungen der Krankenhäuser ist eine unabhängige Planung des Leistungsprogramms nicht möglich (Schmidt-Rettig/Westphely, 1992: 1181). Da jedoch die seit einigen Jahren angestrebte tendenziell marktwirtschaftliche Ordnungspolitik¹ in der Krankenhauswirtschaft, die sich unter anderem ausdrückt in der Einführung der preisbezogenen DRG-Fallpauschalen und den damit verbundenen Konsequenzen für die Verfahren der Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung, den Marktdruck erhöhen wird, ergeben sich hieraus heute für das Krankenhausmanagement neue Herausforderungen und Möglichkeiten (Eichhorn, 1995: 15 ff.).

Zu bedenken ist weiterhin, dass sich der Leistungserstellungsprozess im Krankenhaus und damit die Krankenhausproduktion in zwei Stufen vollzieht² und folglich die Lenkung durch das Krankenhausmanagement auf beiden Ebenen ansetzen müssen. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Planbarkeit der Leistungen aufgrund der Unvorhersehbarkeit der Nachfrage³ nur eingeschränkt möglich ist und somit große Anforderungen an eine flexible Leistungserstellung gestellt werden. Da der Erfolg der Leistungserstellung im Krankenhausbetrieb von der unabdingbaren aktiven oder passiven Mitwirkung des Leistungsempfängers und von der Art und Schwere seiner Erkrankung abhängt, ist es schwierig, den Leistungserfolg objektiv zu messen. Die Erstellung von Wirtschaftlichkeitsanalysen wird erschwert, da Abweichungen bei Plan- oder Sollkosten nicht uneingeschränkt in einer unwirtschaftlichen Leistungserstellung begründet sind, sondern Folge der Patienteneigenschaft sein können (Wendel, 2001: 103 f).

Zu berücksichtigen ist weiter, dass die menschliche Arbeitskraft als zentraler Produktionsfaktor einer Dienstleistung im Krankenhaus im Gegensatz zu anderen Dienstleistungsbetrieben nur bedingt ersetzbar ist, da neben den körperlichen Arbeiten die geistigen Tätigkeiten eine sehr große Rolle spielen (s. o. die Ausführun-

-
- 1 Nach Eichhorn scheidet eine rein marktwirtschaftlich organisierte Krankenhauswirtschaft – gekennzeichnet durch volle Handlungsfreiheit der Nachfrager (Patienten) und Anbieter (Krankenhäuser) – aus, da die Lenkung und Koordination der Krankenhausversorgung über die Nachfrage und Zahlungsbereitschaft der Patienten eine Gefährdung der flächendeckenden Krankenhausversorgung darstellen würde (Eichhorn, 1995).
 - 2 Die Primärleistung – als eigentliche Krankenhausleistung – besteht in der Veränderung des Gesundheitszustandes des Patienten. Ermöglicht wird die Statusveränderung jedoch erst durch den Einsatz der Sekundärleistungen (Diagnostik, Therapie, Pflege, Versorgung, Verweildauer), die sich wiederum aus der Kombination der Produktionsfaktoren (= Krankenhausbetriebsprozess) ergeben (Eichhorn, 2008: 91; Eichhorn, 1975: 16).
 - 3 Die Nachfrage nach Krankenhausleistungen wird durch Krankheit bestimmt, hängt aber nicht nur von medizinischen Faktoren (Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken, Entwicklung der Bevölkerungszahl und -struktur) ab, sondern ist auch systembestimmt und wird von juristischen, versicherungswirtschaftlichen und anderen Faktoren beeinflusst. Wird die individuelle bedürfnisorientierte Nachfrage des Patienten in den meisten Fällen durch die niedergelassenen Ärzte „gefiltert“, entsteht die kollektive Nachfrage nach Krankenhausleistungen vor allem durch Anspruchsniveaus (Fortschritt Medizin und Medizintechnik) in der Form, dass Ansprüche mit nicht unwesentlicher Hilfe der Medien geweckt, allgemein anerkannt und schließlich zu einer Regelleistung für alle justified werden (Richter, 1997: 18).

gen zur Dienstleistungsunternehmung Krankenhaus). Bei den im Krankenhaus vorliegenden komplexen und relativ unsicheren Handlungen bedarf es der Kompetenz und des Wissens unmittelbar „vor Ort“. Damit erklärt sich auch das hohe Maß an Autonomie eines Arztes. Dieser ist in der Ausübung seiner Verantwortung frei von Einschränkungen seines Handlungsspielraums, wobei er sich in der Regel an implizierten Normen orientiert, die das Ergebnis seiner Berufsethik und seiner langjährigen Professionalisierung sind. Für das Kostenmanagement bedeutet dies, dass bei jeder Überprüfung der Kosteneffizienz mit einem Einwand der Fachkraft (Arzt, Pflege) gerechnet werden muss (Frese, 2004: 751 f.). Im Rahmen dieser sogenannten Expertenorganisation besteht die Herausforderung für das Krankenhausmanagement in der „Verknüpfung und Integration des Fachsystems der Experten mit dem sozialen System der Organisation“ (Schmidt-Rettig, 2001a: 60). Möglich ist dieses durch eine Stärkung der Leitungsfunktion in allen Expertenbereichen verbunden mit einer Änderung des Rollenverständnisses der Ärzte und der Pflege.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass Krankenhäuser neben einer bereichsbezogenen, berufsständischen Leitungsorganisation und einer vertikalen Organisationsstruktur auch geprägt sind durch einen hohen Dezentralisationsgrad bezogen auf die Fachabteilungen und einen hohen Zentralisationsgrad hinsichtlich der Sekundär- und Tertiärleistungsbereiche. Die negativen Folgen in Form eines erheblichen Integrations-, und Koordinationsaufwandes insbesondere mit Blick auf die Unternehmungslenkung lassen sich nur durch die Gestaltung neuer Organisations- und Führungsstrukturen vermeiden (Schmidt-Rettig, 2001b: 318 f.).

Die Frage nach den Entscheidungskriterien, die Struktur und Ablauf der Krankenhausaktivitäten bestimmen, finden in den Zielvorstellungen eines Krankenhauses ihren Niederschlag (Eichhorn, 2008: 97 ff.). Zusammengefasst bilden diese das betriebliche Zielsystem⁴, das als eine Art Kompromisslösung zwischen den beteiligten Instanzen – im Krankenhaus dem Krankenhausträger, der Krankenhausleitung, den Krankenhausmitarbeitern, Aufsichtsorganen, Patienten, Krankenkassen, Förderbehörden, Öffentlichkeit und Lieferanten – beschrieben werden kann. Durch eine mittelbare oder unmittelbare Beteiligung an der Institution versuchen diese Gruppen (Stakeholder) ihre eigenen Ziele zu verwirklichen. Da diese Ziele nur selten miteinander verträglich sind, kann keiner der Beteiligten seine Ziele in vollem Umfang verwirklichen (Heinen, 1982: 95). Das Hauptziel des Krankenhauses – die Deckung des Bedarfs der Bevölkerung an voll- und semistationärer Krankenhausversorgung –, das durch verschiedene Nebenziele⁵ ergänzt und durch Zwischenziele⁶ konkretisiert wird, findet seinen Ausgangspunkt in der Zielkonzeption. Diese drückt sich im Sachziel der Krankenhausversorgung und im Formalziel der Bedarfsdeckung aus und gibt den institutionellen Sinn der Krankenhausunternehmung wieder, in dem sich auch die bedarfswirtschaftliche Betriebsform begründet (Eichhorn, 2008: 97 f.). Neben dem Sachziel, verstanden als Produkt- oder Leistungsziel und dem Formal-

4 Ein System ist eine geordnete Zusammenfassung von Elementen, die bestimmte Eigenschaften besitzen und durch Beziehungen miteinander verknüpft sind. Die Beziehungen zwischen den Elementen werden durch den Austausch von Informationen realisiert (Bertalanffy, 1951).

5 Sicherung der Arbeitszufriedenheit des Krankenhauspersonals, Aus- und Weiterbildung, Forschung, Erzielung von Einkünften (Eichhorn, 2008: 97 f.).

6 Leistungserstellungsziel, Bedarfsdeckungsziel, Personalwirtschaftsziel, Finanzwirtschaftsziel, Angebotswirtschaftsziel, Autonomie- und Integrationsziel (Eichhorn, 2008: 97).

ziel, begriffen als Ausdruck von Rentabilität, Kostendeckung und Kostenminimierung (Kosiol, 1968: 261 f.), bilden metaökonomische Ziele eine weitere meist übergeordnete und ausschlaggebende Zielkategorie, bei der es um die Verwirklichung karitativer, diakonischer, sozialer, humanitärer oder weltanschaulicher Wertvorstellungen geht (Wendel, 2001: 86). Sachziele und Formalziele sind sowohl für erwerbswirtschaftliche Unternehmungen als auch für bedarfswirtschaftlich orientierte Krankenhäuser relevant, unterscheiden sich jedoch in ihrer zielhierarchischen Einstufung. In der gängigen Literatur wird meistens für öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser (bedingt durch den Versorgungsauftrag) eine Sachzieldominanz beschrieben, während bei den erwerbswirtschaftlichen Krankenhäusern die Formalziele im Vordergrund stehen (Röhrig, 1983: 23; Straub, 1997: 45; Wendel, 2001: 84). Gleichzeitig lässt sich jedoch vor dem Hintergrund der sich wandelnden Rahmenbedingungen eine Annäherung in der Verfolgung unterschiedlicher Ziele beobachten (Sieben, 1986: 180). So gewinnt z. B. durch anhaltende Kostendämpfungsbemühungen die finanzwirtschaftliche Zielsetzung auch in öffentlichen Krankenhäusern an Bedeutung (Straub, 1997: 45). Folglich müssen Krankenhäuser bei ihren Entscheidungen beide Zielbündel berücksichtigen: die Leistungsziele, die oft nur sehr vage formuliert sind⁷ und deren Erfüllung sich nicht monetär messen lässt, und die finanzwirtschaftlichen Ziele, bei denen eine monetäre Bewertung kein Problem darstellt, sofern entsprechende Daten vorliegen (Sieben, 1986: 180). Die Finanzziele geben darüber Auskunft, ob eine Unternehmung in der Gesundheitswirtschaft kurz- oder langfristig überlebensfähig ist.

Die Verfolgung metaökonomischer Ziele lässt sich in der Regel bei freigemeinnützigen Nonprofit-Unternehmungen bzw. bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern beobachten. Mit Blick auf das Controlling kommt es in diesem Zusammenhang aber darauf an, dass die Metaziele – so wie auch die Formal- und Sachziele – für die Unternehmungslenkung operationalisiert werden. Daher gehen Krankenhäuser immer mehr dazu über, die metaökonomischen Wertvorstellungen in Form von Leitbildern⁸ abzufassen. Allerdings bedingt ein Transport der Metaziele in die Unternehmung nicht nur die strategisch orientierte Leitbildgestaltung, sondern es bedarf einer Verzahnung des Leitbildes mit dem operativen Tagesgeschäft (Wendel, 2001: 86). Von Bedeutung für die Krankenhauslenkung ist dabei, dass die Operationalisierung des qualitativ strategisch ausgerichteten Zielsystems nicht mit einem in der Regel nur quantitativ orientierten operativen Controllingsystem gelingen wird (Wendel, 2001: 86). Hier gilt es, ein Controllingsystem zu gestalten, das sowohl „harte“ als auch „weiche“ Daten miteinander harmonisiert.⁹

7 Nach § 2 Nr. 1 KHG sind Krankenhäuser „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden (Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), 1972).

8 „Das Unternehmensleitbild enthält die grundsätzlichen und damit allgemeingültigsten, gleichzeitig aber auch abstraktesten Vorstellungen über angestrebte Ziele und Verhaltensweisen der Unternehmung. Es ist ein „realistisches Idealbild“, ein Leitsystem, an dem sich alle unternehmerischen Tätigkeiten orientieren (oder auch orientieren sollen)“ (Bleicher, 2004: 264).

9 Vgl. dazu ausführlich Kapitel 6: Controlling als Lenkungsrahmen: Harmonisation von harten und weichen Daten.

2.2 Krankenhausfinanzierung und -entgeltsystem

Mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahre 1972 wurde auch das noch heute vorherrschende System der dualen oder dualistischen Finanzierung eingeführt. Tatsächlich kann unsere heutige Finanzierung auch als triale oder multiple Finanzierung bezeichnet werden, da oftmals der Krankenträger und in der Regel auch der Patient an der Finanzierung des Krankenhauses beteiligt ist. Insbesondere aber die Hochschulmedizin ist durch eine Drittmittelfinanzierung charakterisiert.¹⁰

Im Rahmen der dualen Finanzierung werden die laufenden Betriebskosten, die im Zusammenhang mit der allgemeinen voll- und teilstationären Behandlung der Patienten entstehen, über die Krankenkassen oder ggf. die selbstzahlenden Patienten, denen die Leistungen in Rechnung gestellt werden, in Form von Pflegesätzen finanziert. Unter dem Begriff „Pflegesatz“ werden dabei im Sinne der Krankenhausfinanzierung alle Entgeltformen zusammengefasst, mit denen die Vergütung der allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen erfolgen soll, also DRG-Fallpauschalen, Zu- und Abschläge, Zusatzentgelte usw. (Tuschen/Trefz, 2004: 6). Die darüber hinaus beispielsweise im Bereich der Wahlleistungen oder ambulanten Operationen (nach § 115 b SGB V) entstehenden Betriebskosten werden über gesondert festgelegte Entgelte finanziert, die in der Regel von den Patienten bzw. deren jeweiliger Krankenversicherung an das Krankenhaus gezahlt werden (Keun/Prott, 2004: 58). Dieser Betriebskostenfinanzierung steht die Investitionskostenfinanzierung der öffentlichen Hand gegenüber. Die Aufgabe der bedarfsgerechten Bereitstellung von Krankenhausleistungen wird den jeweiligen Bundesländern zugeschrieben, sodass die Finanzierung der notwendigen Investitionskosten auch durch öffentliche, also staatliche Fördermittel zu erfolgen hat. Diese Förderung ist abhängig von der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes. Der Krankenhausplan nach § 6 KHG ist das wichtigste Lenkungsinstrument für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Eine Planung, die die Versorgung auf das Notwendige beschränkt und sich auch von Wirtschaftlichkeitserwägungen leiten lässt, leistet einen wesentlichen Beitrag zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen. Erster und wichtigster Schritt für ein Krankenhaus ist daher die Aufnahme in den Krankenhausplan, aus der sich dann über § 8 KHG ein Rechtsanspruch auf Förderung ergibt. Handelt es sich um größere Investitionen, wie zum Beispiel die Errichtung oder der Umbau eines Krankenhauses, wird zudem eine Aufnahme in das

¹⁰ Grundsätzlich werden die Investitionskosten der Universitätskliniken gemäß Artikel 91 a GG, HBFG (Hochschulbauförderungsgesetz) je zur Hälfte vom Bund und Land finanziert. Zudem erhalten diese Krankenhäuser vom Land einen Zuschuss für die laufende Grundfinanzierung der Forschung, Lehre und Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses (Personal, Räume, Geräte, Sachmittel). Im Rahmen der Drittmittelfinanzierung können zusätzlich mögliche Gelder aus öffentlichen Haushalten für die Forschung, Lehre und Ausbildung bzw. mögliche finanzielle Mittel des privaten Sektors in Form von Investitions-, Personal- und Sachkosten für Forschungsprojekte genutzt werden (Wissenschaftsrat, 1999: 37 ff.).

Jahreskrankenhausbauprogramm erforderlich. Neben dieser Einzelförderung gemäß § 9 Abs. 1 und 2 KHG, die dem Krankenhausträger nur auf Antrag gewährt wird, erhalten die Krankenhäuser gemäß § 9 Abs. 3 KHG jährlich pauschale Fördermittel, deren Höhe sich nach bestimmten Parametern wie der Anzahl der Planbetten, der Fachabteilungen oder der Fallzahlen richtet. Diese Fördermittel werden beispielsweise für die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von mehr als drei und bis zu fünfzehn Jahren (Medizintechnik usw.) verwendet. Sogenannte Gebrauchsgüter (kurzfristige Anlagegüter mit einer Nutzungsdauer von bis zu drei Jahren) sowie Verbrauchsgüter (Wirtschaftsgüter, die durch ihre Verwendung aufgezehrt oder unverwendbar werden bzw. ausschließlich einem Patienten zuzuordnen sind, oder deren Anschaffungs- oder Herstellungskosten ohne Umsatzsteuer 51 Euro nicht übersteigen) hingegen werden nach den Bestimmungen der §§ 2 und 3 AbgrV (Abgrenzungsverordnung) als pflegesatzfähige Kosten in die Betriebskostenfinanzierung einbezogen, da diese nicht unter die Fördertatbestände nach § 9 KHG fallen (Tuschen/Trefz, 2004: 6 ff.). Ist ein Krankenhaus nicht in den Krankenhausplan aufgenommen, gibt es noch die Möglichkeit – ohne Rechtsanspruch – über §§ 108, 109 SGB V Versorgungsverträge mit den Krankenkassen abzuschließen und über diesen Weg Krankenhauspflege zu erhalten.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz trat am 01.01.2000 der neue § 17 b des KHG in Kraft. Auf der Basis des international bereits angewandten Patienten-Klassifikationssystems der DRGs wurde somit die Einführung eines neuen, durchgängig pauschalierenden Entgeltsystems für die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen zum 01.01.2003, respektive zum 01.01.2004, beschlossen. In den Mittelpunkt der Betrachtungen tritt der Patient als ganzheitlicher Behandlungsfall unter Berücksichtigung seiner individuellen Erkrankungen und aller in diesem Zusammenhang erbrachten, medizinischen Leistungen – die Vergütung soll somit leistungsorientiert nach dem Grundsatz „Geld folgt der Leistung“ erfolgen (Ritter, 2003: 116). Durch die leistungsorientierte Vergütung wird sich die interne und externe Transparenz des Krankenhauses erhöhen. Um sich bestmöglich im Wettbewerb positionieren zu können, wird eine Optimierung des Leistungsangebotes und der Behandlungsprozesse sowie ein Abbau von Überkapazitäten, die nicht zuletzt durch die erwarteten Verweildauerverkürzungen verursacht werden, notwendig. Aber auch Kooperationen mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens, beispielsweise im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V, entwickeln sich zu entscheidenden Wettbewerbsparametern (Tuschen/Trefz, 2004: 105 f.). Die Grundlage der eigentlichen Vergütung bildet die Eingruppierung (Grouping) des Patienten, also des Falles, in eine bestimmte DRG, d. h. in eine hinsichtlich des Ressourcenverbrauches relativ homogene, diagnosebezogene Fallgruppe. Diese Zuordnung erfolgt in einer hierarchisch abgestuften Reihenfolge.

Jeder DRG wird im Fallpauschalen-Katalog¹¹ ein bundeseinheitliches Relativgewicht zugeordnet. Dieses Relativgewicht wird auch als Bewertungsrelation oder Cost-Weight, also Kostengewicht, bezeichnet und gibt den durchschnittlichen ökonomischen Aufwand einer DRG in Relation zu einem Referenzwert mit einem Relativgewicht von 1,0 wieder. So verursachen beispielsweise Fälle mit einem Relativgewicht von 3,0 einen vergleichsweise dreifachen Ressourcenverbrauch und

11 Vgl. Anlage 1 zur FPV 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006).

somit Kostenaufwand im Verlauf der gesamten Krankenhausbehandlung. Im G-DRG-System übernimmt der jährlich landesweit festgelegte Basisfallwert/-preis die Funktion dieses Referenzwertes, sodass sich der Fallerlös einer DRG durch die Multiplikation des jeweiligen Relativgewichtes der Fallpauschale mit dem Basisfallwert ergibt. Neben der Fallzahl und dem Basisfallwert stellt der Casemix-Index (CMI) eine weitere wichtige Einflussgröße für die Höhe des Krankenhausbudgets dar. Der CMI gibt Auskunft über die durchschnittliche ökonomische Fallschwere aller im Krankenhaus oder auch in einer Fachabteilung erbrachten DRGs. Er ermittelt sich aus der Division des Casemix bzw. Fallmix¹² durch die Gesamt-Fallzahl. Das DRG-Erlösvolumen errechnet sich somit aus der Grundformel „Menge x Preis“ oder „Gesamt-Fallzahl x CMI x Basisfallwert“. Der CMI wird oftmals verwendet, um einen Leistungsvergleich zwischen verschiedenen Krankenhäusern anzustellen. Durch den CMI wird lediglich die Erlössituation der Krankenhäuser beleuchtet – die Kostensituation bleibt hierbei unbeachtet. Für eine Darstellung der Wirtschaftlichkeit einzelner Fachabteilungen oder des gesamten Krankenhauses kann der CMI allein also nicht herangezogen werden.

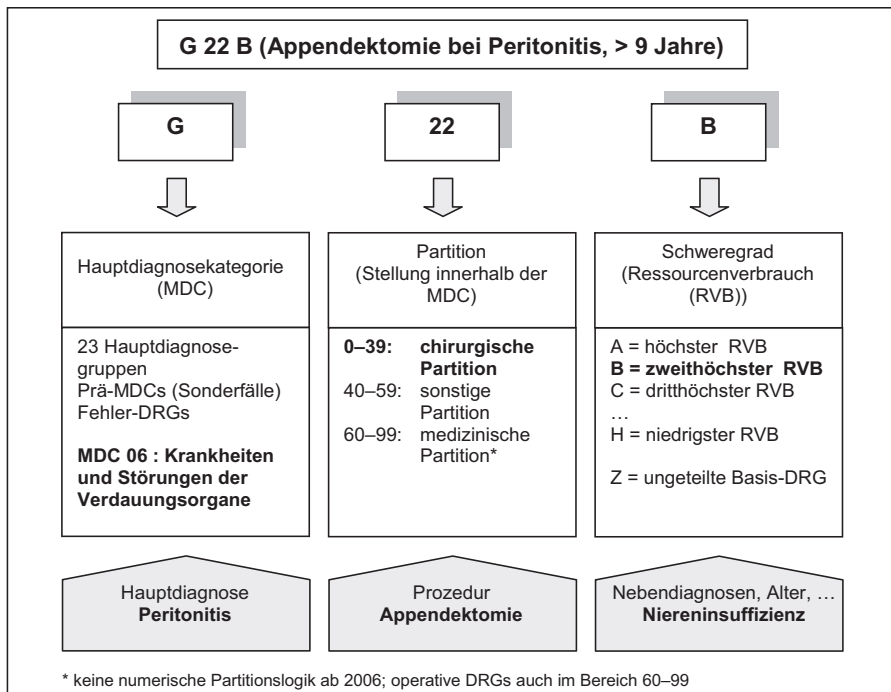


Abb. 2-2 Aufbau und Struktur einer DRG
 (in Anlehnung an die Seminarunterlagen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft zum Thema: „Entgeltabrechnung im DRG-System“, 12/2002 und den Fallpauschalenkatalog 2006; vgl. auch Schlottmann et al., 2005)

12 Casemix = Summe aller Relativgewichte der innerhalb einer bestimmten Periode erbrachten DRGs.

Neben den DRG-Fallpauschalen und bundeseinheitlichen Zusatzentgelten können die Krankenhäuser nach § 7 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) für die allgemeinen Krankenhausleistungen folgende weitere Entgelte abrechnen:

- Ergänzende Entgelte bei Überschreitung der Grenzverweildauer der Fallpauschale oder Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer
- Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen (§ 17a Abs. 6 KHG) und sonstige Zu- und Abschläge (§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 KHG)
- Entgelte für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
- Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge aufgenommen worden sind (§ 6 Abs. 2 KHEntgG)
- Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4 KHEntgG
- den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 KHG

Leistungen, die nicht der allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung zuzuordnen sind und somit auch nicht unter den Vergütungsumfang des DRG-Systems und die Kalkulation der entsprechenden Entgelte fallen wie z. B. ambulante Leistungen, werden gesondert vergütet. Die in diesem Zusammenhang verursachten Kosten sind folglich als nicht DRG-relevant von den Gesamtkosten abzugrenzen. Im Sinne einer aussagekräftigen Kosten-, Leistungs-, Erlös- und Ergebnisrechnung sowie einer Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung und des zukünftigen Leistungsprogramms wird somit eine adäquate Ermittlung der Kosten je Kostenstelle bzw. Kostenträger ermöglicht.

Aufgrund der schwierigen Finanzsituation der Krankenhäuser steht die Krankenhausfinanzierung derzeit stark in der Diskussion. Es besteht keine ausreichende Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder, die hierdurch entstehenden Finanzierungslücken sind auch durch die Krankenhäuser nicht mehr zu kompensieren. Dabei sind es vor allem hohe Preissteigerungen infolge der Mehrwertsteuererhöhung sowie hohe Tarifabschlüsse als Folge der hohen Preissteigerungsraten, die in Verbindung mit der restriktiven Preisbegrenzung der Krankenhausleistungen die Krankenhäuser finanziell stark belasten. Da die bisherige Rechtsgrundlage diesen Veränderungen nicht mehr entspricht und zudem die Einführungsphase der DRG-Fallpauschalen im Jahr 2009 endet, sollen mit dem Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz 2009 (KHRG) durch den Gesetzgeber Neuregelungen zur Krankenhausfinanzierung beschlossen werden. Damit einher geht eine Überprüfung der bestehenden gesetzlichen Regelungen und deren weitere Anpassung an die Systementwicklung (BMG, 2008: 2f.).