





Controlling im deutschen Krankenhaussektor 2018/19

STUDIENERGEBNISSE ZUM AKTUELLEN STAND UND ZU ENTWICKLUNGSTENDENZEN DES CONTROLLINGS IN DEUTSCHEN KRANKENHÄUSERN



Fokusthemen: Sachkostencontrolling, Controlling in der Pflege







VORWORT

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die Studie zum Controlling im deutschen Krankenhaussektor geht in ihre achte Auflage. Damit zählt die Studie zu den umfangreichsten Untersuchungen zum Krankenhauscontrolling und ist in Bezug auf Umfang, Struktur und Aufbau der Datenreihe einzigartig. Durchgeführt wird die Studie vom Deutschen Verein für Krankenhaus-Controlling (DVKC) e. V., dem Lehrstuhl für Controlling an der Bergischen Universität Wuppertal sowie der Managementberatung zeb – drei Partner, die tief greifende Expertise und Erfahrung im Bereich der Gesundheitswirtschaft und des Controllings aufweisen.

In diesem Jahr haben wir uns – getrieben durch die aktuellen Entwicklungen in der Gesundheitswirtschaft – dazu entschieden, neben regelmäßig wiederkehrenden Themen zwei Fokusthemen aufzunehmen: zum einen das Sachkostencontrolling, welches wir bislang noch nicht im Detail analysiert hatten, zum anderen das Thema Controlling in der Pflege. Durch die Einführung des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes (PpSG) und der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) erhält die Einführung von Instrumenten zur effektiven und transparenten Steuerung der wichtigen Ressource Pflegepersonal eine zunehmende Bedeutung.

Bei den altbewährten Fragebereichen blicken wir nunmehr auf einen Zeitraum von acht Jahren zurück. Zu diesen Themen gehören vor allem das Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern sowie Struktur, Umfang und IT-Unterstützung des im Krankenhaus eingesetzten Berichtswesens. Zudem haben wir in diesem Jahr wieder nach dem Umsetzungsstand des neuen Psychiatrieentgeltsystems gefragt, dessen Anwendung seit 2018 nach jahrelangem Vorlauf verbindlich ist. Gerade weil ein großer Teil der Häuser erst 2018 umgestiegen ist, konnten wir hier noch interessante Erkenntnisse gewinnen.

An dieser Stelle möchten wir all denjenigen unseren herzlichen Dank aussprechen, die auf vielfältige Weise zum Gelingen der Studie beigetragen haben. Unser besonderer Dank gilt Herrn Niels Wantia, der uns bei der Vorbereitung der Befragung, der Datenauswertung, der Erstellung der Abbildungen und der Anfertigung der Studienschrift unermüdlich und mit großem Engagement zugearbeitet hat. Weiterhin danken wir der Redaktion der Zeitschrift "HCM – Health&Care Management", die als Medienpartner die Verbreitung der Studienergebnisse maßgeblich unterstützt. Und nicht zuletzt danken wir den Teilnehmern der Umfrage, ohne deren Einsatz eine solche Studie gar nicht möglich wäre.

Wir wünschen Ihnen viel Freude und spannende Erkenntnisse bei der Lektüre der vorliegenden Studie und möchten Sie ermuntern, uns auch gerne Rückmeldungen zu geben. Anregungen, Verbesserungen und Kritik sind jederzeit willkommen, denn nur so kann die Studie im Sinne ihrer Leserinnen und Leser bestmöglich weiterentwickelt werden.

Prof. Dr. Björn Maier

Prof. Dr. Nils Crasselt

Dr. Christian Heitmann

MANAGEMENT-SUMMARY

Die Studie zum aktuellen Stand und zur Entwicklung des Krankenhauscontrollings richtete sich in der achten Befragungsrunde im Herbst 2018 erneut an alle deutschen Akutkrankenhäuser und Psychiatrien. Insgesamt gingen 132 verwertbare Antworten ein, dies entspricht rund 7% der Grundgesamtheit und liegt damit knapp unter dem Vorjahreswert. Beim Vergleich mit den relevanten Marktparametern zeigt sich, dass das Sample erneut den Gesamtmarkt in einer guten Repräsentativität abbildet. Insgesamt bestätigt sich auch in der achten Befragungsrunde, dass sich das Controlling in den betrachteten Krankenhäusern auf einem guten Niveau bewegt, es gleichwohl aber noch Verbesserungspotenziale gibt.

Fokusthemen der achten Befragungsrunde waren das Controlling des Sachkostenbereichs und aufgrund der aktuellen Entwicklungen die Steuerungsansätze für das Personal im Pflegebereich. Ein etwas überraschendes Ergebnis im Bereich des Sachkostencontrollings ist, dass nur knapp die Hälfte der Kliniken die Sachkosten in die Budgetplanungen einfließen lässt. Bei der Analyse zeigt sich, dass der medizinische Bedarf aufgrund seiner hohen Bedeutung für die Krankenhausleistung eine besondere Beachtung findet. Sowohl die Betrachtungsebene (häufig auf Artikel- statt auf Kostenstellenebene) als auch der damit verbundene Planungs- und Kontrollprozess sind hier detaillierter als bei anderen Sachkostenarten. Ferner hat sich gezeigt, dass nur zwischen 25 % und 33% der Krankenhäuser im Bereich der Sachkosten die Möglichkeit eines externen Vergleichs mit Benchmarks nutzen.

Für die Steuerung des Personals im Bereich der Pflege gibt ein Großteil der Krankenhäuser an, noch keine adäquaten Steuerungsinstrumente etabliert zu haben, um die künftigen gesetzlichen Anforderung zu erfüllen. Die meisten Krankenhäuser glauben auch nicht, dass sie schon gänzlich auf die Veränderungen vorbereitet sind. Insbesondere kleinere Häuser verfügen hier noch nicht über wirksame Lösungen. Außerdem gibt es noch kein einheitliches bzw. etabliertes Organisationsmodell, wie das Controlling des Pflegepersonals umgesetzt werden soll.

Die Personalausstattung im Controlling der Krankenhäuser bleibt, was die Quote der Controller je 1.000 Mitarbeiter angeht, auf Vorjahresniveau. Bezogen auf die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder, die in der Studie analysiert werden, zeigen sich Zuwächse bei den Kodierfachkräften und im MDK-Management. Insbesondere bei den Kodierfachkräften gibt fast jedes zweite Krankenhaus an, in den letzten drei Jahren einen Personalzuwachs verzeichnet zu haben. Dieser Zuwachs erfolgte bei somatischen Akutkrankenhäusern im gleichen Maße wie bei gemischten Häusern oder reinen Psychiatrien.

Bei der Analyse des Tätigkeitsprofils der Controller zeigt sich, dass Routinetätigkeiten häufig die Tätigkeitsschwerpunkte bilden. Dies gilt sowohl für das kaufmännische Controlling als auch für das Leistungscontrolling als Kernbereich des Medizincontrollings. Der nach wie vor sehr hohe Anteil dieser Tätigkeiten spricht dafür, dass sich das Berufsbild der Controller trotz der zunehmenden Digitalisierung und Automatisierung des Berichtswesens sowie von Datenauswertungen nur langsam verändert und es hier weiterhin ungenutzte Potenziale gibt.

Bei den psychiatrischen Kliniken und den Abteilungspsychiatrien kann festgehalten werden, dass sich die schon länger erwarteten Effekte durch die Einführung des neuen Entgeltsystems nach § 17d KHG nun mit der verpflichtenden Anwendung des Entgeltsystems eingestellt haben. Das bedeutet: Die Liquiditätslage der Häuser hat sich eher verschlechtert, der Aufwand für Dokumentation und Medizincontrolling erhöht sich, und durch MDK-Prüfungen und daraus entstehende Kürzungen fallen auch Erlöse weg. All diese Effekte führen insgesamt zu einer Belastung des wirtschaftlichen Ergebnisses. Ein kleiner, aber wachsender Teil der Häuser versucht, neue Versorgungsmodelle zu etablieren.

INHALT

nowior	3
Management-Summary	4
1 Studiendesign	6
1.1 Ziele und Aufbau der Studie	6
1.2 Teilnehmerstruktur	8
2 Fokusthema: Sachkostencontrolling	9
3 Fokusthema: Controlling in der Pflege	14
4 Weitere Ergebnisse im Detail	16
4.1 Personalausstattung des Controllings	16
4.2 Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern	17
4.3 Berichtssysteme	18
4.4 Zielvereinbarungen	20
4.5 Erlösverteilung	22
5 Psychiatrie und Psychosomatik: Auswirkungen des neuen Entgeltsystems	23
6 Zusammenfassung	27
Abbildungsverzeichnis	29
Kurzporträt der Herausgeber	30
Kontakt	

1 STUDIENDESIGN

1.1 Ziele und Aufbau der Studie

Die vorliegende Studienschrift zum Stand und zu den Entwicklungstendenzen des Controllings in deutschen Krankenhäusern ist das Ergebnis der achten Befragungsrunde einer mehrjährig angelegten empirischen Untersuchung. Mit dieser Untersuchung werden die folgenden Ziele verfolgt:

- Regelmäßige Erhebung des aktuellen Status quo des Krankenhauscontrollings
- Identifikation von Einflussfaktoren auf die Ausgestaltung des Krankenhauscontrollings
- Verfolgung von Entwicklungen im Krankenhauscontrolling
- Schaffung einer Basis zum Vergleich mit dem Controlling in anderen Branchen
- Ableitung von Handlungsfeldern für die Weiterentwicklung des Controllings in deutschen Krankenhäusern.

Die achte Befragungsrunde wurde vom 2. Oktober bis zum 30. November 2018 durchgeführt. Angesprochen wurden die kaufmännischen Geschäftsführer bzw. Vorstände aller Akutkrankenhäuser sowie aller psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland. Der Fragebogen mit bis zu 50 Fragen¹ konnte in Papierform oder online ausgefüllt werden.

In der achten Befragungsrunde wurden neben allgemeinen Fragen zum Krankenhauscontrolling, die sich in bestimmten Intervallen wiederholen, insbesondere Fragen zur Steuerung der Sachkosten sowie zum Controlling in der Pflege gestellt. Die Studie gibt somit u. a. Antworten auf folgende Fragen: Wie werden in deutschen Krankenhäusern die Sachkosten geplant und gesteuert? Gibt es spezielle Berichtsinstrumente und Steuerungsprozesse, mit denen sich die Einhaltung von Personaluntergrenzen in der Pflege sicherstellen lässt?

Aktualisiert wurde der Fragenblock zum Stand der Umsetzung des neuen leistungsorientierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (Psych-Entgeltsystem). Abbildung 1 gibt einen Überblick über die wesentlichen Fragestellungen und Analyseziele der achten Befragungsrunde.

¹ Einige Fragen wurden nicht allen Teilnehmern gestellt. Dies gilt insbesondere für Fragen zum Umsetzungsstand des neuen Psychiatrieentgeltsystems (10 Fragen).

Schwerpunkt Sachkostencontrolling

- In welcher Abteilung werden welche Aufgabenfelder im Rahmen des Sachkostencontrollings bearbeitet?
- Welche Sachkostenarten werden auf welchen Ebenen aktiv gesteuert?
- Wie werden Sachkosten geplant? Bei welchen Sachkosten erfolgt ein Benchmarking?

Schwerpunkt Controlling in der Pflege

- Wie ist der aktuelle Status der Implementierung spezieller Berichtsinstrumente und Steuerungsprozesse in der Pflege? Eignen sich diese Instrumente zur Prüfung der Mindestbesetzungsquoten?
- Ist eine zentrale Stelle zur Koordination und Verantwortung des Bereichs Pflegecontrolling umgesetzt bzw. geplant?

Personalausstattung des Controllings

- Wie viele Mitarbeiter sind mit Controllingtätigkeiten beschäftigt?
- Wie verteilen sich die Stellen auf das medizinische und kaufmännische Controlling?

Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern

- Welche Tätigkeiten prägen die Arbeitszeit im Controlling?
- Wie stark sind Controller in die Entscheidungsfindung eingebunden?

Berichtswesen

- Wie umfangreich, häufig und zeitnah werden Vorstand und Klinikleiter informiert?
- Durch welche IT-Lösungen wird das Berichtswesen unterstützt?

Zielvereinbarung

2.

6.

8.

- Werden Berichtsinhalte für Zielvereinbarungen verwendet und an variable Vergütungsbestandteile geknüpft?
- Falls Zielvereinbarungen eingesetzt werden, welche Kennzahlen werden dafür verwendet?

Erlösverteilung

- Wie werden Erlöse auf die am Fall beteiligten Kliniken/Fachabteilungen aufgeteilt?
- Welche Ansätze werden bei einer Erlösverrechnung verwendet?

Psychiatrie und Psychosomatik

- Wie bewerten Sie die Einstellung der Kostenträger seit der Einführung des Entgeltsystems?
- Welche Auswirkungen auf die MDK-Prüfquote werden festgestellt?

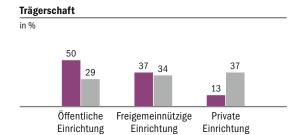
Abbildung 1: Themenbereiche und wesentliche Fragestellungen

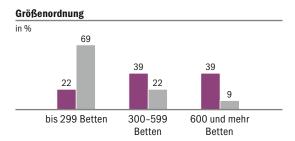
1.2 Teilnehmerstruktur

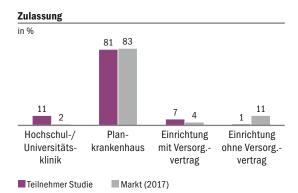
Mit 132 verwertbaren Antworten repräsentiert die Stichprobe rund 7% aller deutschen Krankenhäuser. Um die Repräsentativität der Stichprobe zu überprüfen, wurde die Verteilung der antwortenden Krankenhäuser nach den Merkmalen Trägerschaft, Größe (gemessen an der Bettenanzahl), Zulassung sowie Teilnahme an der InEK-Kalkulation der jeweiligen Verteilung in der Grundgesamtheit gegenübergestellt.

Im Ergebnis folgt aus dieser Analyse die gleiche Beurteilung wie in den Vorjahren: Die Stichprobe spiegelt die aktuellen Verhältnisse im deutschen Krankenhausmarkt zwar nicht exakt, aber insgesamt doch gut wider (vgl. Abb. 2).

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind jedoch einige Besonderheiten zu beachten: Zum einen sind vor allem große Häuser (ab 600 Betten) überrepräsentiert, kleine Häuser (bis 299 Betten) hingegen unterrepräsentiert. Da sich über die Jahre hinweg immer wieder gezeigt hat, dass große Häuser über ein im Durchschnitt umfassenderes Controlling verfügen, sind Verallgemeinerungen mit einer gewissen Vorsicht durchzuführen. Auch mit Blick auf die Trägerschaft zeigen sich Abweichungen. Private Häuser sind unterrepräsentiert, Häuser in öffentlicher Trägerschaft dagegen überrepräsentiert. Die Trägerschaft kann jedoch – nach Bereinigung um Größeneffekte – kaum zur Erklärung von Unterschieden im Controlling dienen, sodass diesen Abweichungen keine größere Beachtung zu schenken ist.







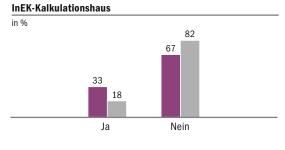


Abbildung 2: Teilnehmerstruktur 2018/19 und Marktstruktur im Vergleich²

² Für die Referenzdaten zur Marktstruktur vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2017, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2018.

2 FOKUSTHEMA: SACHKOSTENCONTROLLING

Die Sachkosten machen in deutschen Krankenhäusern mehr als ein Drittel der Gesamtkosten aus. Das Sachkostencontrolling, das als eines von zwei der Schwerpunktthemen der aktuellen Befragung ausgewählt wurde, bietet somit erhebliche Möglichkeiten, zum Erfolg eines Krankenhauses beizutragen. Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Ergebnissituation finden sich nicht nur im Einkauf, sondern auch bei der Steuerung der Leistungsprozesse, um einen möglichst effizienten Einsatz der Sachressourcen zu gewährleisten.

Das Sachkostencontrolling umfasst Maßnahmen zur Planung, Steuerung und Kontrolle der Sachkosten. Organisatorisch können diese Maßnahmen in unterschiedlicher Weise verankert werden. Aus der Befragung ergibt sich, dass nicht nur das kaufmännische Controlling, sondern auch die Einkaufsabteilung und die Krankenhausapotheke häufig in diese Aktivitäten einbezogen sind. Wie Abbildung 3 zu entnehmen ist,

übernimmt der Einkauf bei der Ermittlung von Planpreisen die zentrale Rolle. Dabei vertrauen die Krankenhäuser nicht nur auf Daten des eigenen Einkaufs. Jedes fünfte Krankenhaus nutzt von einer Einkaufsgemeinschaft bereitgestellte Preisprognosen.

Bei allen anderen Aufgaben ist das kaufmännische Controlling die am häufigsten beteiligte Abteilung. Besonders ausgeprägt ist die Bedeutung des kaufmännischen Controllings beim sachkostenbezogenen Berichtswesen sowie bei der Durchführung von Abweichungsanalysen. Insgesamt zeigt sich, dass das Sachkostencontrolling in den meisten Krankenhäusern als Querschnittsaufgabe mit mehreren beteiligten Abteilungen verstanden wird. Auffällig ist allerdings, dass selbst bei der Planung der Bedarfsmengen eine Beteiligung der Kliniken/Fachabteilungen bzw. Stationen nur in seltenen Fällen vorkommt. Dies spricht für eine starke Zentralisierung der Planungsprozesse.

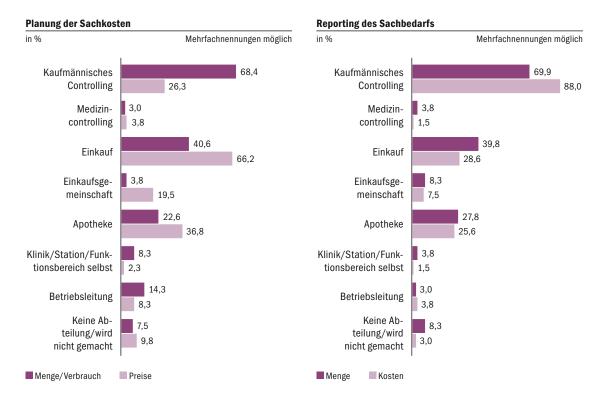
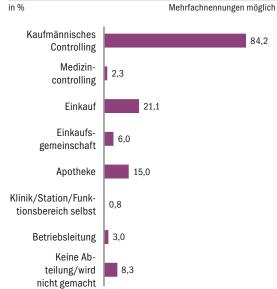


Abbildung 3: Am Sachkostencontrolling beteiligte Abteilungen



Erstellung von sachkostenbezogenen Berichten



Ableitung von Handlungsmaßnahmen/Steuerung

6,0

tionsbereich selbst

Betriebsleitung

Keine Ab-

teilung/wird

nicht gemacht



Abbildung 3: Am Sachkostencontrolling beteiligte Abteilungen (Forts.)

Überraschend ist, dass Sachkosten über alle abgefragten Kostenarten hinweg nur von 50% bis 60% der an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser explizit in die Budgetplanung aufgenommen werden (vgl. Abb. 4). Dabei zeigt sich bei einer detaillierten Analyse ein Einfluss der Hausgröße vor allem bei der Planung des medizinischen Bedarfs. Dieses Ergebnis deckt sich mit früheren Ergebnissen, die ebenfalls

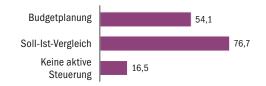
auf umfangreichere Planungsprozesse in größeren Häusern hingedeutet haben. Soll-Ist-Vergleiche als Kontrollrechnung werden demgegenüber bei fast allen Sachkostenarten deutlich häufiger durchgeführt. Dies gilt insbesondere für den medizinischen Bedarf, bei dem über drei Viertel der Krankenhäuser angeben, solche Vergleiche anzustellen. Ein Einfluss der Krankenhausgröße ist hier nicht festzustellen.

Budgetplanung, Soll-Ist-Vergleich

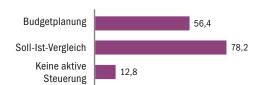
1 70

Mehrfachnennungen möglich

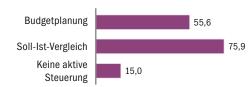
Medizinischer Bedarf: Implantate/Transplantate/Dialysebedarf (KK6613/6614/6615)



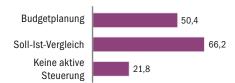
Medizinischer Bedarf: Arzneimittel (KK6600)



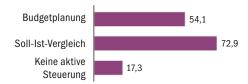
Medizinischer Bedarf: Übriger medizinischer Bedarf



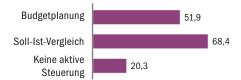
Wasser/Energie/Brennstoffe (KK76)



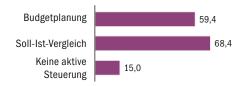
Wirtschaftsbedarf (KK68)



Verwaltungsbedarf (KK69)



IT-Kosten (ohne Investitionen in Hard-/Software)



Medizinische Geräte (Betriebskosten)



Abbildung 4: Aktive Steuerung wichtiger Sachkostenarten

Ebenfalls unabhängig von der Größe ist der Anteil der Häuser, die ganz auf eine aktive Steuerung – im Sinne von regelmäßigen Planungs- und Kontrollaktivitäten – der Sachkosten verzichten. Im Schnitt aller abgefragten Kostenarten verzichtet rund jedes fünfte bis sechste Haus auf eine aktive Steuerung. Besonders hoch ist dieser Anteil bei den Betriebskosten der medizinischen Geräte, bei den Verwaltungskosten sowie bei Wasser, Energie und Brennstoffen. Besonders niedrig fällt er hingegen beim medizinischen Bedarf aus, bei dem die aktive Steuerung in besonderem Maße Hebel zur Effizienzsteigerung verspricht.

Dass der medizinische Bedarf entsprechend seiner hohen Bedeutung für die Krankenhausleistung im Controlling besondere Beachtung findet, zeigt sich auch bei der Frage nach der Betrachtungsebene. Während die übrigen Kostenarten überwiegend nur auf Kostenstellenebene nachgehalten werden, erfolgt die Betrachtung der Arzneimittel sowie der Implantate, Transplantate und des Dialysebedarfs jeweils bei über der Hälfte der Häuser auf Artikelebene.

Einen tieferen Einblick in den Planungsprozess erlauben die Antworten auf einige Fragen, welche zu den konkreten Vorgehensweisen bei der Ermittlung geplanter Mengen und geplanter Preise gestellt wurden (vgl. Abb. 5). Dabei zeigt sich, dass viele Häuser mehrere Planungsansätze parallel verwenden. Fast die Hälfte gibt an, sowohl geplante Leistungsmengen als auch Ist-Werte der Vergangenheit in die Mengenplanung einfließen zu lassen. Die Ist-Werte gehen dabei überwiegend unverändert in die Planung ein, teils aber auch mit einer pauschalen Erhöhung oder Reduktion. Jeweils rund ein Viertel der Häuser gibt an, sich entweder allein an der geplanten Leistungsmenge oder an Ist-Werten aus der Vergangenheit zu orientieren.

Bei der Planung der Einkaufspreise schreiben rund 85% der Häuser die Ist-Werte der Vergangenheit mit einer Teuerungsrate fort. Eine detaillierte Planung mit erwarteten Einzelpreisen erfolgt demgegenüber nur in einem Drittel der Häuser, die meisten davon nutzen beide Planungsansätze parallel. In diesen Häusern wird offenbar nur für ausgewählte Sachmittel mit Einzelpreisen geplant. Eine reine Orientierung an erwarteten Einzelpreisen kommt dagegen nur selten vor.

Aus dem Bereich der Kontrollrechnungen wurde das Benchmarking von Sachkosten detailliert betrachtet. Hier bestätigt sich, dass dem medizinischen Bedarf größere Beachtung geschenkt wird als dem Bedarf an sonstigen Sachressourcen. Rund zwei Drittel – bei den Arzneimitteln sogar fast drei Viertel – der Krankenhäuser führen für die Kosten des medizinischen Bedarfs zumindest anlassbezogen Benchmarkinganalysen durch. Bei allen anderen Sachkostenarten trifft dies jeweils nur für rund die Hälfte der Krankenhäuser zu.

Generell ist aber festzustellen, dass das Benchmarking von Sachkosten meist nicht zu den Routineaufgaben gehört. Selbst bei den Arzneimitteln und bei Implantaten, Transplantaten und dem Dialysebedarf werden solche Analysen nur von rund 30% der Häuser regelmäßig durchgeführt. Bei den übrigen Sachkostenarten liegt dieser Anteil durchgängig unter 15%. Benchmarkinganalysen der Sachkosten werden somit meist nur anlassbezogen durchgeführt. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Krankenhauscontrolling-Studie 2016, in der das Benchmarking das Schwerpunkthema war, erscheinen diese Werte niedrig. Dort hatten rund zwei Drittel der Häuser angegeben, Sachkostenkennzahlen regelmäßig einem Benchmarking zu unterziehen. Allerdings ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt, da dort nur allgemein nach Sachkostenkennzahlen gefragt wurde.

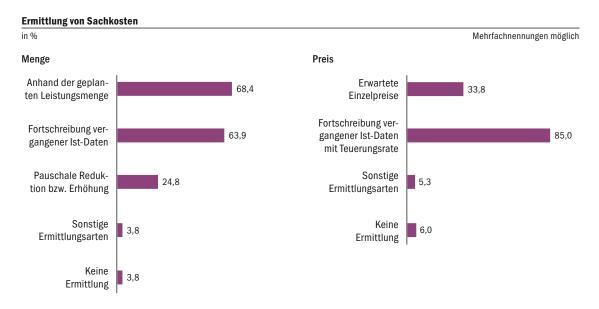


Abbildung 5: Verwendete Ansätze zur Mengen- und Preisplanung

3 FOKUSTHEMA: CONTROLLING IN DER PFLEGE

Eines der herausforderndsten Themen im Rahmen der Pflegeoffensive der Bundesregierung ist die Bemessung der Personaluntergrenzen. Zwar wurden mit dem Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) und der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) dazu gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen, die tatsächliche Zuordnung von Pflegepersonal und damit die Einhaltung der definierten Personaluntergrenzen erweist sich aber als sehr komplex. Aus diesem Anlass wurde in der aktuellen Befragungsrunde – anknüpfend an das im Vorjahr gewählte Schwerpunktthema "Personalcontrolling" – die Steuerung der Personalressourcen unter spezieller Berücksichtigung der Personaluntergrenzen adressiert.

Ein zentrales Ergebnis ist, dass rund die Hälfte der deutschen Krankenhäuser (48,9%) unabhängig von der Größe der Einrichtungen bisher über keine Steuerungsinstrumente bzw. kein spezialisiertes Reporting für den Einsatz von Pflegekräften verfügt. Von den knapp über 50%, die schon begonnen haben, spezialisierte Steuerungs- und Berichtssysteme für diesen Bereich aufzubauen, sind nur rund 15% davon überzeugt, dass diese Tools ausreichend sind, um im zukünftigen gesetzlichen Rahmen steuern und damit Sanktionen vermeiden zu können. Weitere rund 60 % dieser Häuser glauben, dass die bisher etablierten Tools die Aufgaben zumindest schon teilweise erfüllen. Dabei wird deutlich, dass vor allem Häuser mit über 600 Betten die derzeit eingeleiteten Maßnahmen bereits für zielführend halten.

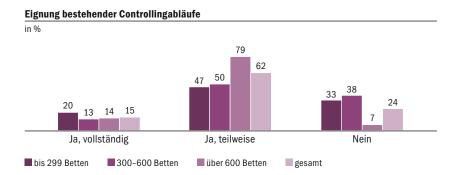


Abbildung 6: Eignung bereits genutzter Instrumente und Prozesse

Eine zentrale Stelle, die das Controlling im pflegerischen Bereich koordiniert und verantwortet, gibt es bislang erst in 38 % der Häuser. Ein Viertel hat zumindest schon Überlegungen zur zukünftigen Aufbauorganisation im Pflegecontrolling angestellt, diese aber noch nicht umgesetzt. Mehr als ein Drittel der Häuser hat hingegen noch keine Planungen in diese Richtung vorgenommen, besonders hoch ist dieser Anteil bei kleinen Häusern mit unter 300 Betten.

Kein einheitliches Bild zeigt sich bei der Analyse, in welchem Bereich das Pflegecontrolling angesiedelt ist bzw. zukünftig angesiedelt werden soll: Häuser, die eine solche Stelle schon etabliert haben, tendieren zu einer Ansiedlung im Personalbereich. Krankenhäuser, die gerade in der Umsetzung sind, neigen hingegen zu einer Zuordnung zum pflegerischen Bereich. Das kaufmännische Controlling spielt hingegen kaum eine Rolle bei den Überlegungen.

Damit bestätigen sich die Ergebnisse der Vorjahresstudie, die ähnliche Fragen zum Personalcontrolling in allgemeinerer Form enthielt. Auch dort wurde deutlich, dass die Verantwortung für die Überprüfung der aktuellen Personalverfügbarkeit, die Identifikation kurzfristiger Personalengpässe sowie die operative Planung des Personaleinsatzes ganz überwiegend der Personalabteilung oder der Pflegedirektion obliegt.

Angesichts der hohen Bedeutung der Personaluntergrenzen für die Steuerung eines Krankenhauses als Ganzes erscheint eine Rückkopplung mit dem kaufmännischen Controlling aber geboten. Insofern stellt die Bewältigung der Schnittstellen zwischen den beteiligten Abteilungen eine der zentralen Herausforderungen auf dem Weg zu einer umfassenden Steuerung der Personalressourcen im Hinblick auf die neuen Regulierungen dar.

Existenz einer zentralen Abteilung/Person, die das "Pflegecontrolling" koordiniert und verantwortet

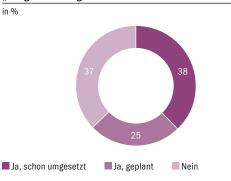


Abbildung 7: Zentrale Koordination und Verantwortung für das Pflegecontrolling

4 WEITERE ERGEBNISSE IM DETAIL

4.1 Personalausstattung des Controllings

Fragen zur Personalausstattung im Controlling gehören seit mehreren Jahren zum regelmäßigen Repertoire der Krankenhauscontrolling-Studie. Auch in der aktuellen Befragungsrunde wurden die teilnehmenden Krankenhäuser nach der Anzahl der Stellen im kaufmännischen Controlling, im Leistungscontrolling als Kernbereich des Medizincontrollings sowie in angrenzenden Tätigkeitsbereichen (Kodierfachkräfte, Mitarbeiter im MDK-Management) gefragt. Damit wurde die im Vorjahr in der Befragung erstmals eingeführte detaillierte Betrachtung der Aufgabengebiete im Medizincontrolling beibehalten.

Die in Abbildung 8 dargestellten Ergebnisse sind mit denen des Vorjahres vergleichbar. Dies gilt sowohl mit Blick auf die Höhe der Controllerquoten, mit denen die Anzahl der Stellen je Aufgabengebiet und 1.000 Mitarbeiter angegeben wird, als auch auf die Beobachtung, dass große Häuser mit geringeren Controllerquoten auskommen als kleine Häuser. In diesem Ergebnis spiegelt sich wider, dass der Arbeitsaufwand im Controlling nicht proportional zum Umfang der medizinischen Leistungen eines Krankenhauses wächst. Dieser Effekt deutet sich in der aktuellen Befragungsrunde auch bei den Kodierfachkräften und beim MDK-Management an, wobei hier insbesondere die großen Häuser deutlich geringere Quoten als kleine und mittelgroße Häuser aufweisen.

Erfragt wurde in der aktuellen Befragungsrunde auch erneut die Entwicklung des Personalbestands im Controlling. Dabei ist für das kaufmännische Controlling und das Leistungscontrolling abermals eine überwiegend stabile Personalsituation erkennbar. Bei den Kodierfachkräften und im MDK-Management verzeichnen hingegen viele Krankenhäuser Zuwächse.

Anzahl Vollzeitkräfte je 1.000 Beschäftigte und Aufgabengebiet – differenziert nach Größe

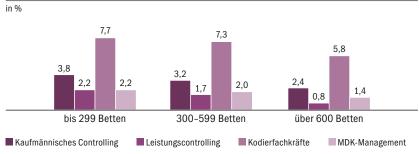


Abbildung 8: Stellenausstattung im Controlling

Entwicklung Anzahl der Beschäftigten im Controlling in den letzten drei Jahren

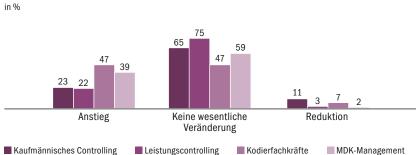


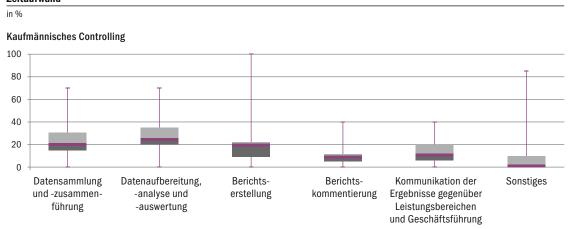
Abbildung 9: Entwicklung der Controllingstellen

Insbesondere bei den Kodierfachkräften gibt fast jedes zweite Krankenhaus an, in den letzten drei Jahren einen Personalzuwachs erlebt zu haben. Anders als im Vorjahr ist nicht mehr zu beobachten, dass der Zuwachsanteil bei Psychiatrien und gemischten Einrichtungen größer ist als bei somatischen Krankenhäusern. Dies liegt jedoch daran, dass der Anteil mit einer Zunahme bei den somatischen Häusern gestiegen ist und nicht etwa an einem verringerten Anteil bei den psychiatrischen und gemischten Einrichtungen.

4.2 Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern

In früheren Befragungsrunden hat sich wiederholt gezeigt, dass sich ein großer Teil der Krankenhauscontroller in einer partnerschaftlichen Rolle gegenüber dem Management sieht. Das Tätigkeitsprofil der Controller spiegelt dies allerdings nicht umfänglich wider. Routinetätigkeiten wie das Sammeln und Zusammenführen von Daten, deren Aufbereitung, Analyse und Auswertung sowie die Erstellung von Berichten bilden die Tätigkeitsschwerpunkte.

Zeitaufwand



Leistungscontrolling

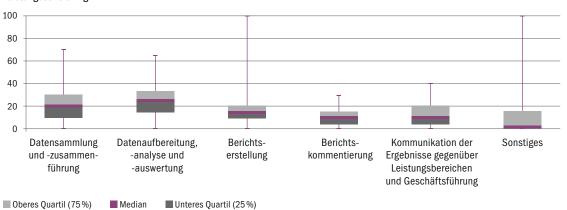


Abbildung 10: Tätigkeitsprofile von Krankenhauscontrollern

Dieses Ergebnis bestätigt sich auch in der aktuellen Befragungsrunde sowohl für das kaufmännische Controlling als auch für das Leistungscontrolling als Kernbereich des Medizincontrollings.

Der nach wie vor sehr hohe Anteil der Routinetätigkeiten spricht dafür, dass sich das Berufsbild der Controller trotz der zunehmenden Digitalisierung und Automatisierung des Berichtswesens und von Datenauswertungen nur langsam verändert. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass die durch Digitalisierung und Automatisierung eintretenden Effizienzsteigerungen nicht zu einer Verschiebung der Aufgabenschwerpunkte, sondern zu einer Ausweitung des Berichtswesens und umfassenderen Datenanalysen genutzt werden – eine andere, dass solche Potenziale oft noch ungenutzt bleiben. Die Ergebnisse zu den Berichtssystemen liefern erste Anhaltspunkte bei der Suche nach einer Erklärung.

4.3 Berichtssysteme

Der Umfang des Berichtswesens gehört zu den regelmäßigen Befragungsthemen der Krankenhauscontrolling-Studie. Auch in der aktuellen Befragungsrunde zeigt sich, dass das Berichtswesen in deutschen Krankenhäusern zumindest in seinen Kernbereichen schon einen guten Ausbaustand erreicht hat. Wie aus Abbildung 11 ersichtlich erhalten sechs von sieben Führungskräften sowohl auf Vorstands- als auch auf Klinikebene monatlich einen Bericht über die für die operative Steuerung wichtigen medizinischen Leistungskennzahlen. Auf der Vorstandsebene werden auch typische betriebswirtschaftliche Auswertungen wie Gewinn-und-Verlust-Rechnungen meist im monatlichen, teils vierteljährlichen Rhythmus bereitgestellt. Weit verbreitet sind auch regelmäßige Berichte zur Personalsituation.

Gleichzeitig bestätigt aber die aktuelle Befragungsrunde erneut, dass für Steuerungszwecke als besonders relevant eingeschätzte Deckungsbeitragsrechnungen sowie Risikoberichte immer noch nicht zum Standardberichtswesen gehören. Dabei zeigt sich vor allem bei den Deckungsbeitragsrechnungen und den kaufmännischen Risikoberichten ein Einfluss durch die Größe. Große Häuser mit über 600 Betten nutzen solche Instrumente schon deutlich häufiger und auch mit kürzeren Berichtszyklen als kleinere Häuser. Gleichwohl verzichtet auch bei den großen Häusern fast jedes vierte Haus auf die Möglichkeiten einer detaillierteren und mehrstufigen Ergebnisanalyse sowie einer aktiven unterjährigen Steuerung mithilfe einer Deckungsbeitragsrechnung.

Berichtswesen: Reportingempfänger und -rhythmus

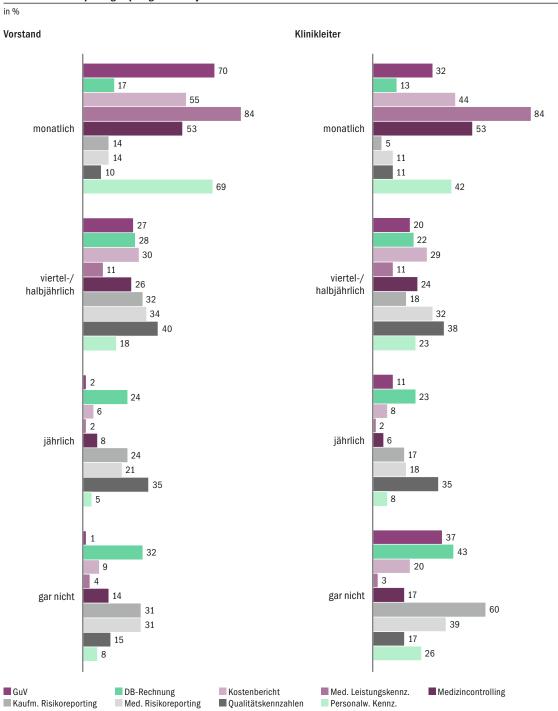


Abbildung 11: Reportingempfänger und -rhythmen

Bei der IT-Unterstützung konnte in den ersten Jahren der Befragung ein deutlicher Trend zur stärkeren Digitalisierung und Automatisierung durch die Nutzung von Data-Warehouse-Lösungen festgestellt werden. Seit 2016 ist jedoch zu beobachten, dass diese Entwicklung bei einer erreichten Durchdringung von ca. zwei Dritteln der Häuser stagniert. Gleichzeitig nutzen rund neun von zehn Häusern Tabellenkalkulationsprogramme für Berichtszwecke. Eine detailliertere Analyse zeigt, dass die Nutzung von Data-Warehouse-Lösungen stark mit der Größe korreliert. Bei großen Häusern sind sie heute fast durchgängig im Einsatz, bei kleinen Häusern nutzt nur ungefähr jedes zweite Haus ein Data-Warehouse für das Berichtswesen. Dementsprechend zeigt sich auch, dass Häuser mit einem Data-Warehouse häufiger Deckungsbeitragsrechnungen und Risikoberichte in ihr Berichtswesen integriert haben. Im Gesamtbild entsteht somit der Eindruck, dass die Häuser die Effizienzgewinne der Digitalisierung eher für eine Ausweitung des Berichtswesens bei kaum verändertem Einsatz von Personalressourcen nutzen als zur Verschlankung der Controllingfunktion.

4.4 Zielvereinbarungen

Die Nutzung von Zielvereinbarungen in Krankenhäusern ist ein in den letzten Jahren intensiv und kontrovers diskutiertes Thema. Die Ergebnisse der Krankenhauscontrolling-Studie haben in der Vergangenheit die Unsicherheit im Umgang mit Zielvereinbarungen zum Ausdruck gebracht. Die Angaben zur Nutzung von Berichtsinhalten in Zielvereinbarungen und deren Verknüpfung mit variablen Vergütungen veränderten sich im Zeitablauf, allerdings ohne klare Tendenz. Die aus Abbildung 13 ersichtlichen Ergebnisse der aktuellen Befragungsrunde zeigen, dass freigemeinnützige Häuser bei der Nutzung von Zielvereinbarungen weiterhin deutlich zurückhaltender sind als öffentliche und private Häuser. Bei öffentlichen Häusern ist die Nutzung nach einer Phase der Zurückhaltung aktuell wieder deutlich angestiegen. Generell kann festgehalten werden, dass Zielvereinbarungen in der Regel mit variablen Vergütungsbestandteilen verknüpft werden.

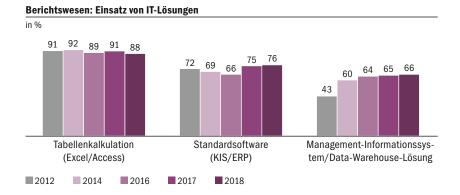


Abbildung 12: Einsatz von IT-Lösungen zur Berichterstattung

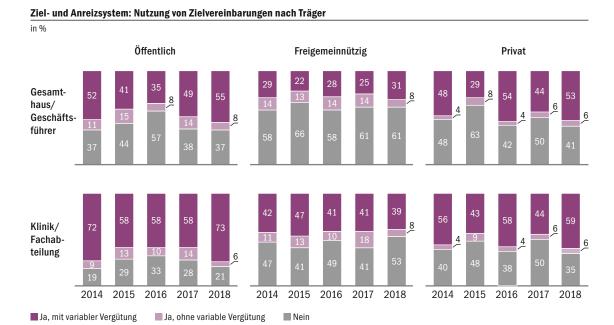


Abbildung 13: Nutzung von Zielvereinbarungen

Bezüglich der für Zielvereinbarungen genutzten Inhalte ist aus Abbildung 14 eine klare Differenzierung zwischen den Verantwortungsebenen zu erkennen. Während auf der Gesamthausebene Ergebniskennzahlen am häufigsten verwendet werden, sind es auf der Fachabteilungsebene Leistungskennzahlen. Dies gilt trotz der Bedenken gegen die Nutzung solcher Kennzahlen und der Empfehlungen, stärker auf Ergebniskennzahlen als Ausdruck der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu setzen.



Abbildung 14: Nutzungsquoten von Kennzahlen in Zielvereinbarungen

4.5 Erlösverteilung

Die Verteilung von Kosten und Erlösen wurde in den ersten Befragungsrunden der Krankenhauscontrolling-Studie regelmäßig adressiert und im Jahr 2015 als Schwerpunktthema umfassend behandelt. Nach zwei Jahren Pause wurden in der aktuellen Befragungsrunde einige Fragen zur Erlösverteilung wiederholt, um mögliche Entwicklungstendenzen zu identifizieren. Zeitvergleiche werden zu den Ergebnissen aus dem Jahr 2014 präsentiert, denen identische Fragestellungen zugrunde lagen.

Gegenüber den früheren Befragungsrunden ist der Anteil der Krankenhäuser, die bei einer gemeinsamen Fallbearbeitung eine differenzierte Erlöszuordnung vornehmen, von rund 40% auf jetzt rund 50% gestiegen. Dabei erfolgt die differenzierte Zuordnung meist nur zwischen Fachabteilungen, weitaus seltener auch zwischen Fachabteilungen und ergänzenden medizinischen Leistungsbereichen. Innerhalb der Gruppe der Häuser mit einer pauschalen Zuordnung zu nur einer Fachabteilung ist unverändert die Zuordnung zur Entlassabteilung die übliche Vorgehensweise. In der Gruppe der Häuser mit einer differenzierten Zuordnung dominieren auch heute individuelle Verteilungsansätze. Von den in der Literatur empfohlenen Ansätzen werden verschiedene Varianten der Day-Mix-Methode weiterhin recht häufig eingesetzt. Die AKVD-Methode und das DRG-Erlössplitting scheinen hingegen an Bedeutung verloren zu haben.

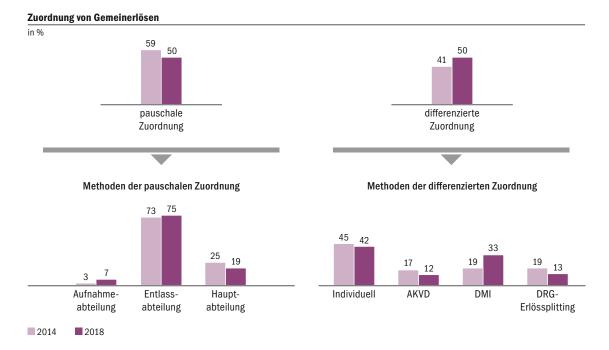


Abbildung 15: Vergleich Nutzungsquoten von unterschiedlichen Methoden zur Erlösaufteilung

5 PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK: AUSWIRKUNGEN DES NEUEN ENTGELTSYSTEMS

Seit 2013 beschäftigt sich die Krankenhauscontrolling-Studie mit der Einführung des neuen, pauschalisierenden Entgeltsystems nach § 17d KHG in der Psychiatrie und Psychosomatik. In der aktuellen Befragungsrunde haben sich wieder 50 Fach- und Abteilungspsychiatrien an diesem speziellen Fragenabschnitt beteiligt. Die Teilnahmequote ist damit in diesem Teilbereich mit rund 10 % der Grundgesamtheit überdurchschnittlich hoch. Gleichwohl wird aufgrund der begrenzten Marktgröße und damit auch der Größe des Samples auf eine Analyse möglicher Einflussfaktoren in Bezug auf Größe etc. weitgehend verzichtet.

Auch nach der verpflichtenden Einführung des Systems zum 1. Januar 2018 bleibt das Thema von zentraler Relevanz für das Management und Controlling in den betroffenen Einrichtungen. Das gilt nicht nur, weil das Entgeltsystem von Beginn an als "lernendes System" angedacht war, sondern auch, weil rund 40% der Einrichtungen erst im Jahr 2018 Erfahrungen mit dem System gemacht haben (vgl. Abb. 16). Nur gut 60% hatten die mehrfach verlängerte Optionsphase seit 2013 genutzt, um budgetneutral in das Entgeltsystem einzusteigen und damit Erfahrungen zu sammeln, welche praktischen Auswirkungen dieses zentrale Steuerungselement auf Finanzen und Controlling hat.

Nutzung der Optionsphase

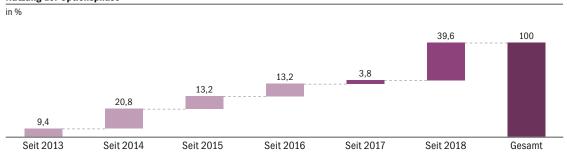


Abbildung 16: Einstiegszeitpunkte der Kliniken in das neue Entgeltsystem

Auch zum Befragungszeitpunkt im Herbst 2018 scheinen noch nicht alle Einrichtungen so weit zu sein, dass sie den zukünftigen Anforderungen für eine Budget- und Leistungsplanung gewachsen sind. Ähnlich wie beim Einführungsprozess antworten nämlich auch weiterhin 40% der Kliniken, dass sie noch keine differenzierte Leistungsplanung implementiert haben. Ein Blick auf die Vorjahreszahlen zeigt, dass sich hier im Zeitverlauf keine Veränderungen ergeben haben.

Wahrgenommen und artikuliert wird aber von den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, dass die Verhandlungen mit den Kostenträgern eher

Thema nicht relevant

schwieriger geworden sind. 2017 wurde die Einstellung in den Verhandlungen noch insgesamt als offen und konstruktiv bezeichnet (ca. 60%). Aktuell wird hingegen die Einstellung der Kostenträger bei den drei zentralen Themen Nachverhandlung der PsychPV (17,6%), Erhöhung des Budgets im "Zwei-Wege-Verfahren" (7,8%) und stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (3,9%) nur noch von einer relativ kleinen Zahl als "offen und konstruktiv" eingeschätzt. Der Erhöhung des Budgets stehen die Kostenträger dabei eher zurückhaltend gegenüber (rund 55%), bei der Nachverhandlung des Themas PsychPV sind sie häufig sogar komplett ablehnend (27,5%).

Einstellung der Kostenträger Erhöhung des Budgets ("Zwei-Wege-Verfahren") Nachverhandlung auf 100 % PsychPV Offen und Offen und 7,8 17,6 konstruktiv konstruktiv Eher zurückhaltend 54,9 Eher zurückhaltend Ablehnend 17,6 Ablehnend Thema nicht relevant 19.6 Thema nicht relevant Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung Andere Themen: Verweildaueranalyse Offen und 3,9 konstruktiv Interimsvereinbarung · Ärztlicher Bereitschaftsdienst Eher zurückhaltend · Unbewertete Leistungen · Pflege: mehr Personal für Fixierung und Isolierung Ablehnend 15,7

Abbildung 17: Einstellung der Kostenträger bei Budgetverhandlungen im Bereich des neuen Entgeltsystems

Gestiegen ist für die Einrichtungen durch die Einführung des neuen Entgeltsystems natürlich die MDK-Prüfquote, die nach dem alten Abrechnungsmodus nicht relevant war. Allerdings gibt es hier ein etwas uneinheitliches Bild. 34 % sagen, die Quote sei 2018 gefallen, gut 60 % berichten von einem Anstieg der Quote. Bei Einrichtungen, die erst 2018 in das System eingestiegen sind, ist dieser Anstieg mit dem erstmaligen Auftreten von MDK-Prüfungen im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich gleichzusetzen.

Mehr als die Hälfte der Einrichtungen (54%) gibt aber an, dass die Prüfquote inzwischen auf einen Bereich von 6% bis 15% angestiegen ist. Fast 20% schätzen die Prüfquote sogar noch höher ein. Dies bedeutet: Rund jeder fünfte Fall wird hier geprüft (vgl. Abb. 18).

Unter den Konsequenzen, die sich aus den MDK-Prüfungen ergeben, finden sich im Prinzip alle negativen Auswirkungen wieder, die auch aus dem somatischen DRG-System bekannt sind. Die Kostensituation der Einrichtung wird dadurch beeinträchtigt, dass für die Dokumentation und Bearbeitung der MDK-Prüffälle der Personalaufwand steigt und die Sachkosten auch durch Widerspruchs- und Gerichtsverfahren zunehmen. Die Erlös- und damit auch die Ergebnissituation werden gleichzeitig durch Kürzungen der Entgelte beeinträchtigt, und die langen Laufzeiten der Verfahren und der damit verbundene Anstieg offener Forderungen führen dazu, dass die Liquidität der Einrichtungen angegriffen wird. Mehr als vier von fünf Einrichtungen merken vor allem an, dass die Kosten durch die MDK-Verfahren schon angestiegen sind.

Höhe der MDK-Prüfquote seit Einführung des neuen Entgeltsystems

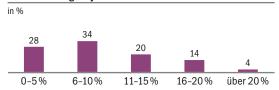


Abbildung 18: MDK-Prüfquoten in Psychiatrie und Psychosomatik

Bei den Konsequenzen, die aus der MDK-Prüfquote gezogen werden, spiegelt sich dieses Bild auch wider: Die am häufigsten durchgeführten Maßnahmen sind Auf- und Ausbau des Medizincontrollings und die Einstellung von Kodierfachkräften. Über ein Viertel der Einrichtungen überlegt auch schon, die Prozesse der Dokumentation anzupassen. Hierdurch könnte nicht nur eine Senkung der MDK-Prüfquote erreicht, sondern durch schnellere Rechnungsstellung auch die Liquiditätssituation verbessert werden. Vereinzelt werden auch Schulungen des ärztlichen und pflegerischen Personals sowie Anpassungen der Durchführung der MDK-Prüfungen als Reaktion auf das veränderte Prüfverhalten angeführt (vgl. Abb. 19).

Bei der Umsetzung neuer Versorgungsformen und Modellprojekte kann im Vergleich zum Vorjahr eine leicht positive Tendenz attestiert werden. Während Modellvorhaben nach § 64b SGB V und auch das Thema Home Treatment im Jahr 2017 noch so gut wie keine Rolle spielten, geben nun jeweils 8% der Häuser an, mit neuen Versorgungsformen zu experimentieren.

Dies kann durchaus als Anzeichen interpretiert werden, dass sich durch die Veränderungen des Abrechnungssystems auch neue Versorgungsformen etablieren. Wichtig wird dabei sein, dass diese nicht nur angeboten werden können, sondern auch dauerhaft auskömmlich finanziert sind.

Die Entwicklungen im Management und Controlling im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik scheinen auch nach der verpflichtenden Einführung des neuen Entgeltsystems nicht durch allzu hohe Dynamik geprägt zu sein. Allerdings ist festzuhalten, dass die erwarteten wirtschaftlichen Aspekte des Systems (Steigerung der administrativen Kosten, Erlösminderungen, Liquiditätsverknappung) durchaus eingetreten sind und wirken. Außerdem werden die Verhandlungen mit den Kostenträgern insgesamt als schwierig wahrgenommen und müssen wohl noch mehr in den Fokus rücken. Es wird für die Einrichtungen in Zukunft wichtig sein, sich den Anforderungen noch offensiver anzupassen und Steuerungsinstrumente einzuführen bzw. zu verbessern.

Welche Konsequenzen haben die MDK-Prüfungen für Ihre Einrichtung?



Welche Konsequenzen ziehen Sie aus einer veränderten MDK-Prüfquote?

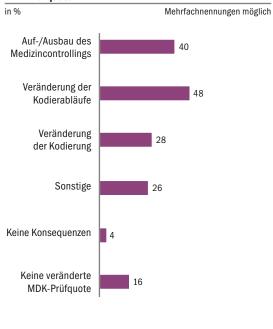


Abbildung 19: Konsequenzen aus MDK-Prüfungen und MDK-Prüfquoten

6 ZUSAMMENFASSUNG

Zum achten Mal gab es im Jahr 2018 eine Befragungsrunde zum aktuellen Stand und zur Umsetzung des Controllings in deutschen Krankenhäusern und Psychiatrien. Traditionelle Themenfelder wie die Personalausstattung im Controlling, das Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern und das Berichtswesen wurden auch in dieser Umfragerunde wieder miteinbezogen. Schwerpunktthemen waren 2018 das Sachkostencontrolling sowie das Personalcontrolling in der Pflege. Teilweise neue Aspekte wurden nach der verbindlichen Einführung zum 1. Januar 2018 im Fragenkomplex zur Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik thematisiert.

Fokusthema Sachkostencontrolling

Nachdem im vergangenen Jahr das Thema Personalcontrolling im Fokus stand, hat sich die Befragung in dieser Erhebungsrunde schwerpunktmäßig auf die Steuerung der Sachkosten konzentriert. Überraschend ist, dass Sachkosten über alle abgefragten Kostenarten hinweg nur von 50% bis 60% der an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser explizit in die Budgetplanung aufgenommen werden. Dabei zeigt sich bei einer detaillierten Analyse ein Einfluss der Hausgröße vor allem bei der Planung des medizinischen Bedarfs. Gemäß seiner hohen Bedeutung für die Krankenhausleistung findet der medizinische Bedarf auch im Controlling besondere Beachtung. Dies zeigt sich u. a. bei der Frage nach der Betrachtungsebene. Während die übrigen Kostenarten überwiegend nur auf Kostenstellenebene nachgehalten werden, erfolgt die Betrachtung der Arzneimittel sowie der Implantate, Transplantate und des Dialysebedarfs bei jeweils über der Hälfte der Häuser auf Artikelebene. Heterogen - wie in vielen anderen Bereichen des Krankenhauses - ist auch im Sachkostencontrolling die Organisation der Abläufe. Die Beschaffungs- und Einkaufsabteilungen (teilweise gekoppelt an Verbünde) sind für die Preissteuerung verantwortlich, die Mengenplanung und -steuerung findet häufig in den Controllingabteilungen statt. Relativ selten werden die Fachbereiche und Klinken miteinbezogen.

Fokusthema Controlling in der Pflege

Aufgrund der politischen Relevanz wurde in diesem Jahr – anknüpfend an den umfassenden Schwerpunkt zum Personalcontrolling in der vorherigen Befragungsrunde – das Thema Controlling der Personalressourcen erneut adressiert, dieses Jahr mit einem speziellen Fokus auf die Personalressourcen in der Pflege. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Krankenhäuser noch in einer Anpassungsphase befinden. Es hat sich noch kein Modell etabliert, das die Steuerung nach den gesetzlichen Vorgaben in der Breite sicherstellt. Auch die Zuordnung der Thematik zu einer oder mehreren Abteilungen ist noch nicht hinreichend geklärt.

Personalausstattung und Tätigkeitsprofil

Die Personalausstattung im Controlling der Krankenhäuser bleibt mit Blick auf die Quote der Controller je 1.000 Mitarbeiter auf Vorjahresniveau. Bezogen auf die unterschiedlichen Tätigkeitsfelder, die analysiert wurden, kann festgehalten werden, dass die Beschäftigtenzahlen im kaufmännischen Controlling und Leistungscontrolling stabil sind, bei den Kodierfachkräften und im MDK-Management verzeichnen hingegen viele Krankenhäuser weiterhin Zuwächse. Insbesondere bei den Kodierfachkräften gibt fast jedes zweite Krankenhaus an, in den letzten drei Jahren einen Personalaufbau erlebt zu haben. Dieses Wachstum erfolgte bei somatischen Akutkrankenhäusern in gleichem Maße wie bei gemischten Häusern oder reinen Psychiatrien.

Laut Selbstverständnis sieht sich das Controlling in den Krankenhäusern in einer partnerschaftlichen Rolle gegenüber dem Management. Das Tätigkeitsprofil der Controller spiegelt dies indes nicht umfänglich wider. Routinetätigkeiten bilden häufig die Tätigkeitsschwerpunkte, dies gilt sowohl für das kaufmännische Controlling als auch für das Leistungscontrolling als Kernbereich des Medizincontrollings. Der nach wie vor sehr hohe Anteil der Routinetätigkeiten spricht dafür, dass sich das Berufsbild der Controller trotz der zunehmenden Digitalisierung und Automatisierung des Berichtswesens und von Datenauswertungen nur langsam verändert.

Berichtswesen

Für das Berichtswesen zeigt sich in der aktuellen Befragungsrunde ein ganz ähnliches Bild wie in den Vorjahren: Das Standardberichtswesen ist im Hinblick auf Umfang und Berichtsrhythmus gut aufgestellt. Jenseits der Standardinhalte, insbesondere bei Deckungsbeitragsrechnungen und Risikoberichten, werden die zu beobachtenden Berichtsprozesse jedoch sehr viel heterogener und finden nicht selten gar nicht statt. Auch in diesen Bereichen sind Veränderungen gegenüber den Vorjahren kaum zu erkennen. Der in den Jahren 2011 bis 2015 zu beobachtende Trend hin zur deutlich intensiveren Nutzung von Data-Warehouse-Lösungen hatte sich schon in den letzten Jahren erkennbar abgeschwächt. Die aktuellen Ergebnisse bestätigen den Übergang in eine Plateauphase bei einer Durchdringungsrate von ca. zwei Dritteln der Häuser.

Zielvereinbarungen

Hinsichtlich der Nutzung von Zielvereinbarungen zeigen die aktuellen Befragungsergebnisse insbesondere zwei Dinge: Zum einen ist die Nutzung mittlerweile wieder auf dem Niveau von vor rund fünf Jahren angekommen, nachdem zwischenzeitlich – wohl auch angesichts der kontroversen Diskussionen – eine stärkere Zurückhaltung zu beobachten war. Zum anderen bestätigt sich erneut, dass freigemeinnützige Häuser generell weniger auf solche Vereinbarungen setzen als öffentliche und private Häuser. Die aus dem Berichtswesen verwendeten Kennzahlen sind vornehmlich Ergebniskennzahlen auf der Gesamthausebne und Leistungskennzahlen auf der Klinik- bzw. Fachabteilungsebene.

Erlösverteilung

Die Erlösverteilung bei abteilungsübergreifenden Behandlungen wurde nach mehreren Jahren Pause erneut in der Studie adressiert. Im Vergleich zu 2014 zeigt sich eine Tendenz hin zu einer differenzierten Erlöszuordnung auf die beteiligten Fachabteilungen. Gleichwohl liegt der Anteil der Häuser, die den Erlös pauschal einer Abteilung – in der Regel der Entlassabteilung – zuordnen, immer noch bei rund 50 %. Bei der differenzierten Erlöszuordnung dominieren individuelle Ansätze. Von den in der Literatur beschriebenen Standardansätzen hat die Day-Mix-Methode die höchste Verbreitung.

Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik

Bei der weiteren Beobachtung der verpflichtenden Umsetzung des Entgeltsystems nach § 17d KHG in den psychosomatischen und psychiatrischen Einrichtungen haben sich Tendenzen gezeigt, die schon im Vorfeld erwartet wurden. Beeinflusst u. a. durch eine steigende MDK-Prüfquote merken die Einrichtungen, dass sich ihre Liquiditätssituation in den zurückliegenden Monaten verschlechtert hat. Weitere Folgen sind steigende Aufwendungen für Personal im Bereich Medizincontrolling und Kodierung sowie Kürzungen der Erlöse durch die Prüfungen. Eine leichte Tendenz zur verstärkten Umsetzung neuer Versorgungsformen durch Modellversuche und Home Treatment ist ebenfalls zu erkennen.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Themenbereiche und wesentliche Fragestellungen	7
Abbildung 2:	Teilnehmerstruktur 2018/19 und Marktstruktur im Vergleich	8
Abbildung 3:	Am Sachkostencontrolling beteiligte Abteilungen	9
Abbildung 4:	Aktive Steuerung wichtiger Sachkostenarten	11
Abbildung 5:	Verwendete Ansätze zur Mengen- und Preisplanung	13
Abbildung 6:	Eignung bereits genutzter Instrumente und Prozesse	14
Abbildung 7:	Zentrale Koordination und Verantwortung für das Pflegecontrolling	15
Abbildung 8:	Stellenausstattung im Controlling	16
Abbildung 9:	Entwicklung der Controllingstellen	16
Abbildung 10:	Tätigkeitsprofile von Krankenhauscontrollern	17
Abbildung 11:	Reportingempfänger und -rhythmen	19
Abbildung 12:	Einsatz von IT-Lösungen zur Berichterstattung	20
Abbildung 13:	Nutzung von Zielvereinbarungen	21
Abbildung 14:	Nutzungsquoten von Kennzahlen in Zielvereinbarungen	21
Abbildung 15:	Vergleich Nutzungsquoten von unterschiedlichen Methoden zur Erlösaufteilung	22
Abbildung 16:	Einstiegszeitpunkte der Kliniken in das neue Entgeltsystem	23
Abbildung 17:	Einstellung der Kostenträger bei Budgetverhandlungen im Bereich des neuen Entgeltsystems	24
Abbildung 18:	MDK-Prüfquoten in Psychiatrie und Psychosomatik	25
Abbildung 19:	Konsequenzen aus MDK-Prüfungen und MDK-Prüfquoten	26

KURZPORTRÄT DER HERAUSGEBER

Prof. Dr. Nils Crasselt

Nils Crasselt, Jahrgang 1973, studierte Betriebswirtschaftslehre an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Nach dem Abschluss zum Diplom-Kaufmann war er von 1997 bis 2008 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Internationale Unternehmensrechnung (Prof. Dr. Bernhard Pellens) der Ruhr-Universität Bochum tätig. 2002 promovierte er mit einer Arbeit zum Thema "Wertorientierte Managementent-Iohnung, Unternehmensrechnung und Investitionssteuerung". Sein kumulatives, aus sieben Einzelschriften bestehendes Habilitationsprojekt schloss er 2008 ab. Seit dem Wintersemester 2008/09 ist er Inhaber des Lehrstuhls für Controlling an der Schumpeter School of Business and Economics der Bergischen Universität Wuppertal. Zu den Schwerpunkten seiner aktuellen Forschungsaktivitäten zählt u. a. das Controlling im Krankenhaussektor.

Dr. Christian Heitmann

Christian Heitmann, Jahrgang 1971, studierte Wirtschaftsinformatik an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Nach dem Abschluss zum Diplom-Wirtschaftsinformatiker war er von 1998 bis 2002 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Revisionswesen (Prof. Dr. h. c. Jörg Baetge) der Universität Münster tätig. 2001 promovierte er im Rahmen eines DFG-Forschungsprojekts zum Thema "Beurteilung der Bestandsfestigkeit von Unternehmen mit Neuro-Fuzzy". 2002 begann er seine Tätigkeit bei der Managementberatung zeb. Seit 2009 leitet er den Bereich Health Care und verantwortet als Partner die gesamten Aktivitäten von zeb in dieser Branche. Schwerpunktthemen bilden hierbei Krankenhausfusionen und -verbundbildungen, Krankenhaus(konzern)steuerung, Konzeption und Einführung von Systemen zum Finanzcontrolling und Reporting, Investitionsfinanzierung, ganzheitliches Risikomanagement sowie die Entwicklung und Umsetzung von Digital- und IT-Strategien.

Prof. Dr. Björn Maier

Björn Maier, Jahrgang 1973, studierte Betriebswirtschaftslehre an der Universität Mannheim, vor allem öffentliche BWL und Krankenhausmanagement. Nach dem Abschluss zum Diplom-Kaufmann war er von 1999 bis 2001 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Seminar für Allgemeine BWL, insbesondere Operations Research, an der Universität zu Köln (Prof. Dr. Dr. Günter Beuermann) tätig und promovierte 2001 in einem DFG-Sonderforschungsbereich. Von 2004 bis 2008 begleitete er im Rahmen einer Forschungsstelle an der Justus-Liebig Universität in Gießen das Benchmarking der gesetzlichen Unfallversicherungsträger (DGUV). Seit 2008 ist er Studiendekan an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Mannheim im Bereich Gesundheitswirtschaft. Er ist Vorstandsvorsitzender des Deutschen Vereins für Krankenhaus-Controlling e. V. (DVKC).

KONTAKT

Prof. Dr. Nils Crasselt

Bergische Universität Wuppertal

Schumpeter School of Business and Economics Lehrstuhl für Controlling Gebäude M • Ebene 15 • Raum 16 Gaußstraße 20 • 42119 Wuppertal

Phone +49 (0)202 439-3842 Fax +49 (0)202 439-2448 E-Mail crasselt@wiwi.uni-wuppertal.de www.controlling.uni-wuppertal.de

Dr. Christian Heitmann

Partner, Leiter Bereich Health Care

zeb Hammer Str. 165 • 48153 Münster

Phone +49 (0)251 97128-369 Fax +49 (0)251 97128-102 E-Mail cheitmann@zeb.de www.zeb-healthcare.de

Prof. Dr. Björn Maier

Vorsitzender des Vorstandes

DVKC – Deutscher Verein für Krankenhaus-Controlling e. V. Management und Controlling in der Gesundheitswirtschaft Alt-Moabit 91 • 10559 Berlin

Phone +49 (0)30 54 80 15-80 Fax +49 (0)30 54 80 15-82 E-Mail b.maier@itic.de www.dvkc.de

MIX Papier aus verantwortungsvollen Quellen FSC www.fsc.org FSC* C106532

Medienpartner:



Disclaimer

Diese Publikation wurde ausschließlich zur allgemeinen Orientierung erstellt. Die Leserin/der Leser sollte keine Maßnahmen auf Grundlage der in dieser Publikation enthaltenen Informationen ergreifen, ohne zuvor spezifischen professionellen Rat einzuholen. zeb.rsa GmbH übernimmt keine Haftung für Schäden, die sich aus einer Verwendung der in dieser Publikation enthaltenen Informationen ergeben. Ohne vorherige schriftliche Genehmigung von zeb darf dieses Dokument nicht in irgendeiner Form oder mit irgendwelchen Mitteln reproduziert oder vervielfältigt werden.

©zeb.rsa GmbH. ALLE RECHTE VORBEHALTEN.

zeb
Hammer Straße 165
48153 Münster
Phone +49.251.97128.0
Fax +49.251.97128.101
E-Mail muenster@zeb.de
www.zeb-healthcare.de

