

Hochschule Merseburg
University of Applied Sciences



Fachbereich Wirtschafts- und Informationswissenschaften
Fachgebiet Rechnungswesen, Finanzierung und Controlling

Bachelorarbeit
zur Erlangung des Grades Bachelor of Arts (B.A.)

Controlling im Krankenhaus – Langfristiger Erfolg unter stetig wachsenden
Herausforderungen

vorgelegt bei
Prof. Dr. Thomas Rachfall

Zweitprüferin: Dipl.-Kffr. Melanie Gonzalez Diaz

eingereicht von:

Nils Lucas Krüger

7. Semester

Matrikelnummer: 25958

Abgabetermin: 27.01.2023

Abstract

The following bachelor thesis was written as part of the study of business administration to obtain a bachelor degree at Merseburg University of Applied Sciences. The aim of the thesis was to examine the various controlling approaches in hospitals in terms of their necessity, the challenges they face, their tasks as well as instruments and to consider their impact on the success of the hospital. This served to answer the research question "How can controlling lead the hospital to success in the long run in view of the constantly growing challenges?". The basis of the bachelor thesis was a detailed literature analysis.

To answer the research question, an overview of the financing system in the hospital sector and its development was first given. It was shown that the introduction of the DRG system is driving the economization of hospitals, which is associated with a steadily increasing cost pressure and competition. The controlling of investments, risks, processes, personnel and the medical controlling were examined in the hospital-specific context. It was shown that all of them, with their different tasks and instruments, contribute to meeting the challenges and to securing and increasing the success of the hospital through analyses, planning, monitoring and control measures. For example, it is necessary to compare investments and make decisions about the optimal investments, reduce errors in the hospital, optimize inefficient processes, determine staffing requirements in view of the shortage of skilled workers and take measures for a cost-efficient and high-quality staff composition, and ensure that case coding is as error-free as possible in order to avoid missing revenues. In each case, this is intended to ensure cost efficiency due to scarce financial resources and continuously high quality as a decisive competitive factor. Finally, the instrument of contribution margin accounting was also considered, as this can be used by almost all controlling approaches to identify cost reduction potential, optimize the service portfolio or increase the understanding of the connection between economic and medical aspects.

In conclusion, it has been shown that hospitals are dependent on effective controlling to secure their long-term success and that controlling can fulfill this responsibility.

Keywords: bachelor thesis, controlling, hospital, investments, risks, processes, personnel, medical controlling, contribution margin accounting

Abkürzungsverzeichnis

CIRS	Critical-Incident-Reporting-System
DRG	Diagnosis Related Groups
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IPMS	Innovation Performance Measurement System
IPOO-Modell	Input-Process-Output-Outcome-Modell
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PpUGV	Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
RPZ	Risikoprioritätszahl
VPD	Vierdimensionales-Prozessdiagramm

Inhaltsverzeichnis

Abstract	II
Abkürzungsverzeichnis	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
2 Finanzierung im Krankenhaus	3
3 Investitionscontrolling im Krankenhaus	7
3.1 Notwendigkeit und Definition	7
3.2 Aufgaben	8
3.3 Instrumente	11
3.3.1 Innovation Performance Measurement System	11
3.3.2 Investitionsrechnungen	12
4 Risikocontrolling im Krankenhaus	15
4.1 Notwendigkeit und Definition	15
4.2 Aufgaben	16
4.3 Instrumente	20
4.3.1 Checklisten	21
4.3.2 Ursache-Wirkungs-Diagramm	22
5 Prozesscontrolling im Krankenhaus	23
5.1 Notwendigkeit und Definition	23
5.2 Aufgaben	25
5.3 Instrumente	28
5.3.1 Prozesskostenrechnung	28
5.3.2 Service Blueprinting	31

6 Personalcontrolling im Krankenhaus	34
6.1 Notwendigkeit und Definition	34
6.2 Aufgaben	35
6.3 Instrumente	39
6.3.1 Personalbedarfsermittlungsverfahren	39
7 Medizincontrolling	43
7.1 Notwendigkeit und Definition	43
7.2 Aufgaben	43
7.3 Instrumente	46
7.3.1 Coder-Case-Manager-Modell	46
7.3.2 Dashboards	47
8 Deckungsbeitragsrechnung im Krankenhaus	51
9 Fazit	55
Literaturverzeichnis	59
Eidesstattliche Erklärung	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Duale Finanzierung im Krankenhaus	3
Abbildung 2: Aufbau einer DRG	5
Abbildung 3: Investitionsplanung	9
Abbildung 4: IPOO-Modell mit Kennzahlen	12
Abbildung 5: Dynamische Amortisationsrechnung	13
Abbildung 6: Risiko-Kreislauf	17
Abbildung 7: Vorgehensmodell eines Krisencontrollings	20
Abbildung 8: OP-Sicherheits-Checkliste	21
Abbildung 9: Prozessstruktur im Krankenhaus	24
Abbildung 10: Vierdimensionales Prozessdiagramm	26
Abbildung 11: Prozesskostenblatt	30
Abbildung 12: Service Blueprinting	32
Abbildung 13: Aufgabenfelder des Personalcontrollings	36
Abbildung 14: Personalkennzahlen	38
Abbildung 15: Personalbedarfsermittlung	40
Abbildung 16: Erlösorientierte Personalbedarfsermittlung	42
Abbildung 17: Oberfläche eines Dashboards	48
Abbildung 18: Fallkostenbasierte Deckungsbeitragsrechnung	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kennzahlen des Medizincontrollings	45
Tabelle 2: Variable und fixe Kosten im Krankenhaus	52

1 Einleitung

Das Gesundheitswesen und der Krankenhaussektor besitzen eine besondere gesamtwirtschaftliche Relevanz, die sich in den jährlichen Gesamtausgaben gut widerspiegelt. Allein im Jahr 2012 wurden im deutschen Gesundheitswesen Ausgaben von über 300 Mrd. Euro getätigt, von denen etwa 110 Mrd. Euro auf den stationären Bereich entfielen. Ausgehend davon beträgt der Anteil der Ausgaben für die Krankenhäuser etwa 79 Mrd. Euro.¹ Im Gesundheitswesen als solches, zu dem beispielsweise Krankenhäuser oder Versorgungszentren zählen, werden so etwa 10 bis 12 Prozent der gesamten volkswirtschaftlichen Wertschöpfung erzielt. Des Weiteren bindet die Gesundheitswirtschaft direkt wie auch indirekt etwa ein Fünftel aller Beschäftigten.² Daher führte die Corona-Pandemie zu einer in dieser Art und Weise nie zuvor dagewesenen kontroversen Diskussion über die gesellschaftliche Bedeutung medizinischer und pflegerischer Leistungen. Von der Forderung zur Reduzierung der Anzahl an Krankenhausbetten zur Steigerung der ökonomischen Effizienz wandelte sich die Betrachtung hin zu einer Kapazitätserhöhung besonders im Intensivbereich, die Deutschland nicht zuletzt mit 680 Mio. Euro im Jahr 2020 förderte.³

Gleichwohl zeichnete sich seit Einführung des Fallpauschalensystems mit den sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG) ein Strukturwandel im Gesundheitswesen ab, der insbesondere durch einen stetig steigenden Kosten- und Wettbewerbsdruck gekennzeichnet ist.⁴ Krankenhäuser stehen seitdem vor einem grundlegenden Umbruch, bei dem nicht nur die Senkung der Kosten, sondern auch die Verbesserung der Qualität im Mittelpunkt stehen. Grundlegende Elemente sind u.a. eine Leistungsspezialisierung, der Abbau von Überkapazitäten und eine Qualitätsoffensive, um die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser zu sichern. Dies stellt auch das Controlling vor neue Herausforderungen.⁵ Mit dem zunehmenden Leistungsdruck für Krankenhäuser steigt auch die Bedeutung des Controllings im Krankenhaus. Controller begegnen hier einem politischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Wandel, der kontinuierlichen Veränderungen unterliegt und die angespannte Wettbewerbssituation zunehmend verschärft.⁶

¹ Vgl. Klein, Manuela (2019), S. 489.

² Vgl. Stummer, Harald; Nöhhammer, Elisabeth; Raich, Margit (2018), S. 291.

³ Vgl. Schlenkrich, Kay (2022), S. 336.

⁴ Vgl. Sibbel, Rainer; Bliesener, Monique (2015), S. 71.

⁵ Vgl. Philippi, Michael (2015), S. 64-65.

⁶ Vgl. Lachmann, Maik; Wenger, Felix (2011), S. 224.

Für das Controlling ergibt sich daraus ein komplexes Spannungsfeld zwischen der qualitativ hochwertigen Behandlung des Patienten und der gleichzeitigen Erzielung einer optimalen Ressourcenallokation.⁷ Dies wird begleitet von einer fragilen Arbeitsmarktsituation und steigenden Erwartungen der Mitarbeiter. Aber auch die Ansprüche der Patienten und deren Angehörigen steigt. Und so gilt es, die Balance zwischen ökonomischen Zielen, Patienteninteressen und Mitarbeiteransprüchen zu finden.⁸ Das Controlling im Krankenhaus bekommt dadurch eine immer bedeutendere Rolle,⁹ die Folge eines zunehmend marktwirtschaftlicheren Gesundheitswesens ist, in dem der Patient mehr denn je als Konsument betrachtet werden muss.¹⁰ Eine besondere Rolle spielen das Investitionscontrolling, das Prozesscontrolling, das Personalcontrolling und das Medizincontrolling.¹¹ Doch trotz der Notwendigkeit eines Controllingsystems im Krankenhaus, welches gründliche Analysen durchführt, klar definierte Ziele vorgibt, vorausschauend plant, Risiken präventiv begegnet, die Krankenhausprozesse begleitet und kontrolliert sowie der Geschäftsführung fundierte Informationen liefert,¹² reicht das Anspruchsniveau der Controller im Krankenhaus zumeist nicht über Kosten- und Leistungsrechnungen hinaus. Das Controlling im Krankenhaus wird daher als junge Disziplin betrachtet, der noch Entwicklungs- und Verbesserungspotenzial unterstellt wird.¹³

Daher soll die vorliegende Arbeit sich mit den verschiedenen Controlling-Ansätzen im Krankenhaus auseinandersetzen. Dazu soll der Fokus auf den Herausforderungen im Gesundheitswesen, den krankenhausspezifischen Aufgaben der unterschiedlichen Controlling-Aspekte und den dazu möglichen Controlling-Instrumenten liegen. Diese werden vorgestellt und im Kontext des Krankenhausesektors betrachtet. Grundlage dieser Arbeit ist eine ausführliche Literaturrecherche. Ziel ist es sodann, die Forschungsfrage „**Wie kann das Controlling in Anbetracht der stetig wachsenden Herausforderungen das Krankenhaus langfristig zum Erfolg führen?**“ zu beantworten.

⁷ Vgl. Klein, Manuela (2019), S. 11.

⁸ Vgl. Philippi, Michael (2015), S. 66.

⁹ Vgl. Holzhaecker, Martin (2011), S. 248.

¹⁰ Vgl. Klein, Manuela (2019), S. 5.

¹¹ Vgl. Siller, Helmut (2019b), S.60.

¹² Vgl. Siller, Helmut (2019b), S. 73.

¹³ Vgl. Lachmann, Maik; Rüsck, Stephanie; Wenger, Felix (2022), S. 496.

2 Finanzierung im Krankenhaus

In den vergangenen drei Jahrzehnten kam es zu zahlreichen Reformen in Bezug auf die Krankenhausfinanzierung.¹⁴ Das folgende Kapitel soll sich mit dieser Entwicklung und deren Auswirkungen auf den Krankenhaussektor sowie den aktuell geltenden Finanzierungsformen auseinandersetzen.

Krankenhäuser in Deutschland unterliegen der sogenannten „dualen Finanzierung“. Im Rahmen dieser werden die Kosten eines Krankenhauses in zwei Bestandteile untergliedert. Auf der einen Seite stehen die Investitionskosten, die im Rahmen von baulichen Maßnahmen oder der Anschaffung größerer Gerätschaften entstehen. Diese Kosten werden von den einzelnen Bundesländern getragen. Auf der anderen Seite stehen die Betriebskosten, die den Großteil der in einem Krankenhaus anfallenden Kosten ausmachen. Getragen werden diese Kosten von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen.¹⁵ Abbildung 1 verdeutlicht diesen Zusammenhang.

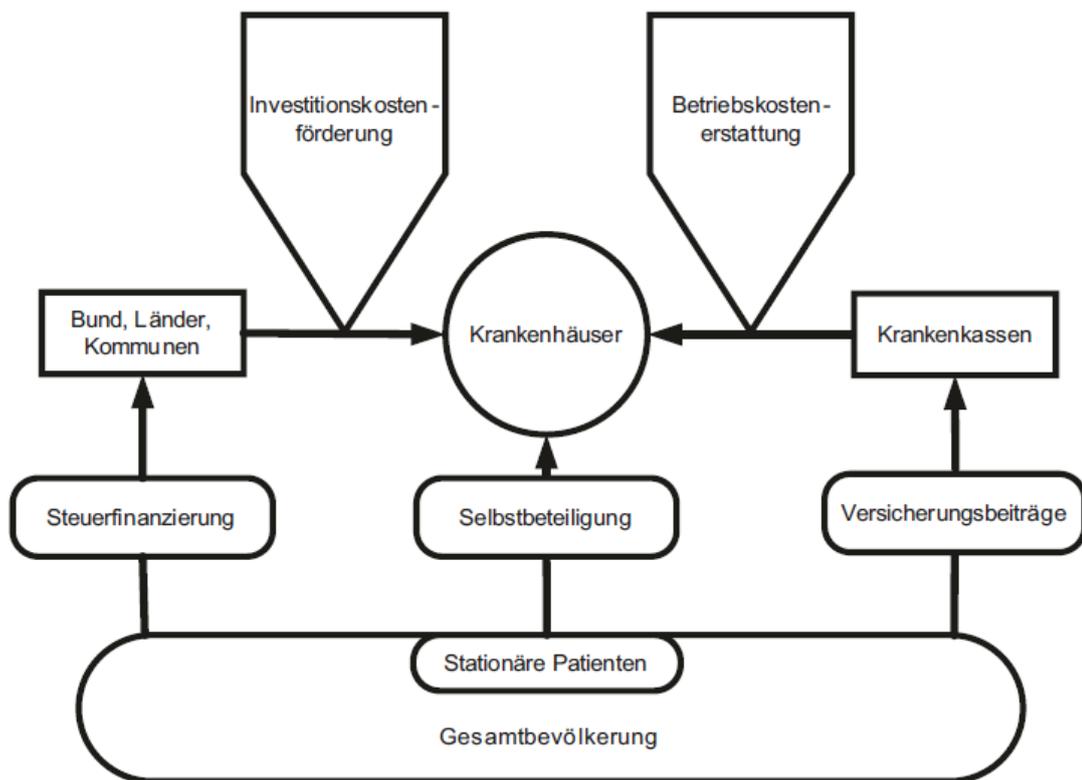


Abbildung 1: Duale Finanzierung im Krankenhaus

Quelle: Klein, Manuela (2019), S. 17.

¹⁴ Vgl. Lachmann, Maik; Rüscher, Stephanie; Wenger, Felix (2022), S. 490.

¹⁵ Vgl. Lachmann, Maik; Rüscher, Stephanie; Wenger, Felix (2022), S. 490-491.

Bis in die 1990er Jahre war es üblich, den Krankenhäusern alle tatsächlich angefallenen Betriebskosten zu erstatten. Die Folge waren ein Mangel an Effizienzanreizen für Krankenhäuser und daraus resultierende stetig steigende Kosten. Das brachte die Krankenkassen in finanzielle Schwierigkeiten, sodass ein Reformprozess der Krankenhausfinanzierung eingeleitet wurde. Den ersten Schritt machte 1993 das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG). Dieses führte eine neue Form der Vergütung in Form von tagesgleichen Pflegesätzen ein, wodurch das Selbstkostendeckungsprinzip faktisch abgeschafft wurde. Die Kostenverantwortung lag fortan bei den Krankenhäusern selbst. Ziel war es, weitere Kostensteigerungen zu begrenzen und gleichzeitig die Effizienz der Krankenhäuser zu erhöhen. Die Veränderungen blieben aber weitestgehend hinter den Erwartungen zurück. Dies lag einerseits daran, dass Krankenhäuser eine zum Großteil fixe Kostenstruktur aufweisen. Daher wurden bei der Kostenermittlung die krankenhausesindividuellen Kosten ohne Berücksichtigung der historisch variierenden Kosteneffizienz fortgeschrieben. Weiterhin verfügen Krankenhäuser über einen hohen Anteil an Personalkosten, der etwa 60 Prozent der gesamten Kosten ausmacht. Diese wurden bis 1997 unabhängig der tagesgleichen Pflegesätze betrachtet und weiterhin vollständig erstattet.¹⁶

Der nächste Reformschritt war dann die Gesundheitsreform 2000. Im Rahmen dieser wurde ein Fallpauschalensystem zur Finanzierung der stationären Krankenhausleistungen in Deutschland eingeführt. Ziel dieses German Diagnosis Related Groups System (G-DRG-System) war, jeden Behandlungsfall einheitlich und mit festen Vergütungspauschalen zu finanzieren. Dadurch sollten Anreize zur Verbesserung der Kosten- und Prozessstruktur geschaffen werden.¹⁷ Erreicht werden sollte dies durch eine Optimierung der Verweildauern und der Patientenstruktur sowie dem Abbau von Überkapazitäten. Eingeführt wurden die G-DRGs schließlich ab 2004 mit dem Fallpauschalengesetz.¹⁸ Sich ähnelnde Krankheitsbilder mit ähnlichen Kostenstrukturen wurden fortan zu Gruppen zusammengeführt und innerhalb dieser Gruppen pauschal vergütet. Als Vorbild diente das australische DRG-System.¹⁹

¹⁶ Vgl. Lachmann, Maik; Rüscher, Stephanie; Wenger, Felix (2022), S. 491.

¹⁷ Vgl. Klein, Manuela (2019), S. 17.

¹⁸ Vgl. Lachmann, Maik; Rüscher, Stephanie; Wenger, Felix (2022), S. 491-492.

¹⁹ Vgl. Wagner, Christoph; Schröder, Hubert (2003), S. 209.

Um einen Behandlungsfall einer DRG zuzuordnen, muss dieser Fall kodiert werden. Dazu werden neben dem ICD-Code, der die Haupt- und Nebendiagnosen vorgibt, auch der Eingriffscode mit den Definitionen der vorgenommenen Operationen oder Eingriffe sowie weiterführende Informationen über den Patienten zu Alter, Entlassungsart und speziellen Leistungen wie Transplantationen oder Beatmungen herangezogen. Mit Hilfe der Hauptdiagnose erfolgt zuerst eine Zuordnung zu Major Diagnostic Categories, also Hauptdiagnosegruppen. Davon gibt es 23 Stück, die überwiegend organsystembezogen sind. Die Eingriffskodierung legt dann die chirurgischen oder medizinischen Partitionen des Falls fest. Die endgültige Zuordnung des Behandlungsfalls zu einer DRG erfolgt anschließend mittels der bereits erwähnten weiterführenden Informationen über den Patienten.²⁰ Ergebnis ist die DRG, die sich als vierstelliges Buchstaben-Zahlen-Kürzel ausdrückt, wobei die erste Stelle die Hauptdiagnosegruppe widerspiegelt. An zweiter und dritter Stelle folgen die Partitionen. Aus diesen drei Zeichen entsteht die Basis-DRG, die sodann an vierter Stelle durch die Angabe des Schweregrades und damit des Ressourcenverbrauchs verfeinert wird. So entsteht beispielsweise die DRG E77F wie in Abbildung 2 dargestellt. Diese DRG steht für eine Infektion bzw. Entzündung der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose und schweren Komplikationen.²¹

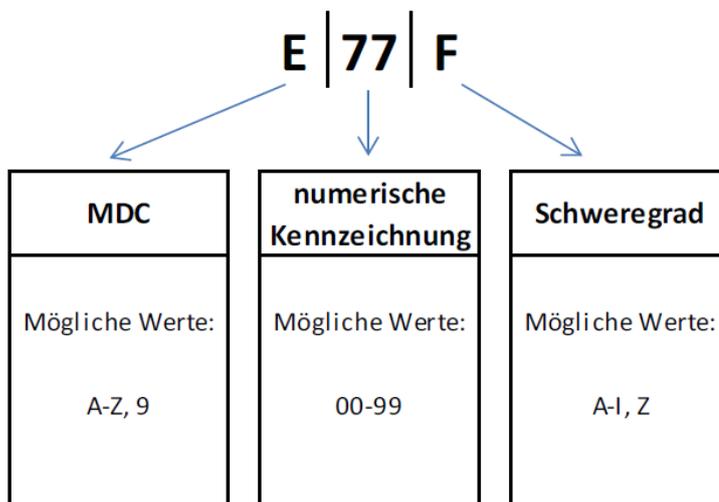


Abbildung 2: Aufbau einer DRG
Quelle: Wacker, Frank (2014), S. 12.

²⁰ Vgl. Güssow, Jan; Greulich, Andreas; Ott, Robert (2002), S. 180.

²¹ Vgl. Wacker, Frank (2014), S. 12-13.

Für die Aktualisierung der DRGs, die Pflege der Fallgruppen und Kodierrichtlinien sowie die Kalkulation der Relativgewichte, Zu- und Abschläge ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zuständig. Dieses greift dafür auf die jährlichen Fall- und Kostendaten der Krankenhäuser zurück.²²

Damit das Controlling den Erlös einer DRG ermitteln kann, braucht es das vom InEK vorgegebene Relativgewicht der DRG und den Basisfallwert, der jeweils in den jährlich stattfindenden Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen festgelegt wird. Aus der Multiplikation dieser beiden Werte ergibt sich sodann der DRG-Erlös wie folgend für die DRG E77F mit den Werten des Jahres 2014 aus Nordrhein-Westfalen dargestellt.

$$DRG\text{-Erlös} = \text{Basisfallwert} * \text{Relativgewicht}$$

$$DRG\text{-Erlös} = 3.035,50 \text{ €} * 1,166$$

$$DRG\text{-Erlös} = 3.539,39 \text{ €}$$

Des Weiteren können Zusatzentgelte für besonders teure Krankenhausleistungen sowie Zu- und Abschläge beim Über- oder Unterschreiten der festgelegten Grenzverweildauern den Erlös beeinflussen.²³

In den gut zwei Jahrzehnten seit der Einführung des DRG-Systems haben sich aber auch einige Probleme aufgrund dessen ergeben. Einerseits wurde festgestellt, dass entgegen der Zielsetzung eine Steigerung der betriebswirtschaftlichen Effizienz nicht unbedingt zu erkennen ist. Es stehen sich eine stetige Fallzahlsteigerung und eine Reduzierung der Verweildauern gegenüber. Gleichzeitig kommt es zu steigenden Kosten, da das Aktivitätenportfolio sich zunehmend erweitert. Andererseits wirkt sich die Fallpauschalenfinanzierung aber auch negativ auf die Investitionskostenverantwortung der Bundesländer aus.²⁴ Darauf soll im nächsten Kapitel aber noch näher eingegangen werden.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass der Krankenhaussektor in Bezug auf die Finanzierung in den vergangenen 30 Jahren einen starken Wandel durchgemacht hat. Die Einführung der DRGs hatte einen maßgeblichen Einfluss auf eine betriebs- und marktwirtschaftlichere Ausrichtung der Krankenhäuser, die mit wirtschaftlichem Druck und einem Effizienzwettbewerb verbunden ist, was die Notwendigkeit des Controllings für den langfristigen Erfolg im Krankenhaus unterstreicht.

²² Vgl. Klein, Manuela (2019), S. 17-18.

²³ Vgl. Klein, Manuela (2019), S. 19 i.V.m. Wacker, Frank (2014), S. 15-16.

²⁴ Vgl. Klein, Manuela (2019), S. 25.

3 Investitionscontrolling im Krankenhaus

Das folgende Kapitel legt den Fokus auf das Investitionscontrolling im krankenhausspezifischen Kontext. Investitionen und Innovationen werden in diesem Rahmen als zusammengehörig betrachtet, da beide Aspekte in der verwendeten Literatur oftmals miteinander korrelieren.

3.1 Notwendigkeit und Definition

Das Investitionscontrolling hat besonders durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, mit welchem auch im Bereich der Investitionsförderung leistungsorientierte Fallpauschalen eingeführt wurden, an Bedeutung gewonnen. Mit der Einführung von an die DRG-Pauschalen gekoppelten Investitionspauschalen und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass Krankenhäuser bis zu 40 Prozent ihrer Investitionskosten selber finanzieren müssen, sind konsequente Planungen, begleitende Steuerung und Kontrollen sowie eine einwandfreie Dokumentation der Investitionsvorhaben unabdingbar geworden.²⁵ Weiterhin stehen Krankenhäuser vor dem Problem, dass die Bundesländer ihre Investitionsausgleiche zunehmend senken.²⁶ So betragen beispielsweise die Investitionen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz im Jahr 1997 noch 3,5 Mrd. Euro, während diese nur knapp zehn Jahre später schon auf nur noch 2,7 Mrd. Euro gesunken waren. Hinzu kommt eine zunehmende Diskrepanz zwischen gestellten Investitionsanträgen und tatsächlich bewilligten Mitteln.²⁷ Krankenhäuser sind daher gezwungen, sich dem Kapitalmarkt zuzuwenden, was oftmals zu verschlechterten Investitionsquoten und überalterten baulichen Strukturen mit negativen Auswirkungen auf die Patientenversorgung führt.²⁸ Strategische Fehlentscheidungen im Investitionskontext sind daher als bestandsgefährdend einzuschätzen, weshalb das Investitionscontrolling als Rationalitätssicherer im Investitionsprozess auftreten muss.²⁹

Dieses lässt sich wiederum definieren als die Bereitstellung phasenbezogener sowie phasenübergreifender Methoden zur Steuerung des Innovations- und Investitionsprozesses mit Hilfe strategischer und operativer Methoden.³⁰

²⁵ Vgl. Lachmann, Maik; Rüscher, Stephanie; Wenger, Felix (2022), S. 493.

²⁶ Vgl. Klein, Manuela (2019), S. 25.

²⁷ Vgl. Lachmann, Maik (2011), S. 348.

²⁸ Vgl. Klein, Manuela (2019), S. 25.

²⁹ Vgl. Lachmann, Maik (2011), S. 347.

³⁰ Vgl. Tiedal, Maria (2019), S. 153.

3.2 Aufgaben

Das Gesundheitswesen wird gemeinhin als wissensintensive Branche definiert. Die Halbwertszeit medizinischen Wissens liegt bei ungefähr fünf Jahren. Eine wichtige Aufgabe des Investitionscontrollings besteht daher darin, dieses Wissen zu manifestieren. Die Behandlung des Patienten nach aktuellen wissenschaftlichen, medizinischen und technischen Erkenntnissen muss als Wettbewerbsvorteil betrachtet und genutzt werden. Es gilt, die knappen finanziellen und personellen Ressourcen eines Krankenhauses optimal zu nutzen, um den stetig steigenden und sich wandelnden Anforderungen der Patienten, Mitarbeiter und Gesetzgeber gerecht zu werden. Das Investitionscontrolling muss dafür innovative Lösungen finden, um das Krankenhaus im Qualitätswettbewerb um Patienten und qualifizierte Mitarbeiter bestmöglich zu platzieren.³¹ Neben der Identifikation möglicher Produktinnovationen ist das Controlling auch für die Informationssammlung und die Koordinierung des notwendigen Know-hows zuständig. Es liegt in der Verantwortung des Investitionscontrollings, auftretende Interdependenzen zwischen den einzelnen Teilplanungen und der Krankenhausplanung abzustimmen.³²

Und so gilt es für das Investitionscontrolling im Krankenhaus insbesondere die Bereiche zu identifizieren, in denen Investitionen notwendig sind. Dazu müssen auch jeweils geeignete Investitionsalternativen und deren betriebswirtschaftliche Vorteile erarbeitet werden. Nicht zuletzt liegt es auch am Controlling, sich mit den Finanzierungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen und diese abzuwägen. So muss das Investitionscontrolling sicherstellen, dass zukunftssträchtige Investitionen getätigt werden, die als Erfolgsfaktor im Rahmen des wachsenden Wettbewerbs dienen.³³ Abbildung 3 zeigt schematisch diesen Prozess der Investitionsplanung.

Die Investitionsanregung selbst umfasst noch die Teilprozesse der Investitionsbegründung und Angaben über Vor- und Nachteile sowie die Dringlichkeit einer geplanten Investition. Der Planungshorizont beträgt üblicherweise zwischen 18 und 36 Monate. Der Vergleich der potenziellen Investitionen findet zumeist anhand von Kostenvergleichs- oder Amortisationsrechnungen statt.³⁴ Des Weiteren bieten sich auch Kapitalwert- und Zinsfußberechnungen sowie Aufstellungen über nicht-finanzielle Ziele an. Letztere spielen in der Praxis aktuell aber noch eine untergeordnete Rolle.³⁵

³¹ Vgl. Tiedal, Maria (2019), S. 145-146.

³² Vgl. Lachmann, Maik; Rüscher, Stephanie; Wenger, Felix (2022), S. 504.

³³ Vgl. Lachmann, Maik (2011), S. 348.

³⁴ Vgl. Lachmann, Maik; Rüscher, Stephanie; Wenger, Felix (2022), S. 506-507.

³⁵ Vgl. Lachmann, Maik (2011), S. 348-349.



Abbildung 3: Investitionsplanung

Quelle: eigene Darstellung nach Lachmann, Maik; Rüscher, Stephanie; Wenger, Felix (2022), S. 507.

Zu möglichen Investitionen und Innovationen in einem Krankenhaus können beispielsweise die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder die Ansiedlung von Facharztpraxen direkt im Krankenhaus zählen. Neben diesen Investitionen in die organisatorische Struktur wären aber auch die Erweiterung des Unterhaltungsangebotes für die Patienten, eine Modernisierung der Zimmerausstattung oder die Einführung eines stationsübergreifenden Bereitschaftsdienstes denkbar. Diese würden sodann Investitionen bzw. Innovationen auf Produkt- und Prozessebene darstellen.³⁶ Dem Investitionscontrolling muss es dann im letzten Schritt gelingen, solche Innovationen und die damit verbundenen Investitionen zu institutionalisieren und zu routinieren, sodass statt willkürlicher und zufälliger Investitionen ein strukturierter Innovations- und Investitionsprozess geschaffen wird.³⁷

Eine besondere Rolle innerhalb des Investitionsprozesses stellt die Inanspruchnahme von Fördermitteln dar. Diese ist für das Investitionscontrolling mit einer besonders strukturierten internen Vorbereitung verbunden. Es ist darauf zu achten, dass jeder Schritt stets transparent gehalten und zur sofortigen Kommunikation aufbereitet wird sowie Berichte für die entsprechenden Stakeholder bedarfsgerecht zu erstellen. Mögliche Stakeholder im Rahmen von Fördermitteln können für Krankenhäuser beispielsweise Krankenhausträger und -gesellschafter, Kreditinstitute, die jeweils zuständigen Behörden, private Stifter oder die Öffentlichkeit sein.³⁸

³⁶ Vgl. Tiedal, Maria (2019), S. 161.

³⁷ Vgl. Tiedal, Maria (2019), S. 153.

³⁸ Vgl. Moos, Gabriele; Schmeißer, Sabine (2022), S. 354-355.

Plant das Krankenhaus Fördermittel für eine Investition zu beantragen, ist zuerst einmal die Verantwortung für den darauffolgenden Prozess festzulegen. Diese liegt klassischerweise beim Investitionscontrolling. Dieses hat sich in einem ersten Schritt sodann einen Überblick über die zahlreichen verschiedenen Fördermöglichkeiten zu verschaffen und eine Übersicht über diese zu erstellen. Darauf aufbauend ist die Entscheidung über die für die geplante Investition am besten geeignete Förderung zu treffen. Diese kann beispielsweise auf ein EU-Förderprogramm fallen. Einhergehend damit sind auch die Informationen über die Bedingungen und Voraussetzungen der Förderung sowie die einzureichenden Anträge und Verwendungsnachweise einzuholen. Diese Anträge und Nachweise müssen sodann vollständig und sachlich richtig ausgefüllt werden. Es ist auch stets auf eine fristgerechte Einreichung der Dokumente zu achten. Im Laufe der Förderung hat das Investitionscontrolling alle Zahlungseingänge und Auszahlungsnachweise festzuhalten, zu kontrollieren und zu dokumentieren. Das gilt für alle mit der Investition verbundenen Zahlungsströme.³⁹ Damit stellt das Investitionscontrolling sicher, den gesetzlichen Rahmenbedingungen, die besonders bei der Finanzierung durch Krankenversicherungen und öffentliche Institutionen maßgeblich sind, gerecht zu werden und Risiken bei der Abrechnung mit eben jenen Stakeholdern in der sowieso schon angespannten finanziellen Lage zu vermeiden.⁴⁰

Zusammenfassend ist also zu konstatieren, dass das Investitionscontrolling für den gesamten Investitions- und Innovationsprozess verantwortlich ist. Dieser beginnt bei der Erkennung notwendiger Investitionen und führt über die Erarbeitung geeigneter Alternativen, Finanzierungen und Planungen hin zur Durchführung der Investition, die das Investitionscontrolling begleitet, kontrolliert und dokumentiert, um den größtmöglichen Erfolg des Investitionsvorhabens und damit die Entstehung potenzieller Erfolgsfaktoren für das Krankenhaus zu gewährleisten.

³⁹ Vgl. Moos, Gabriele; Schmeißer, Sabine (2022), S. 354-355.

⁴⁰ Vgl. Tiedal, Maria (2019), S. 165.

3.3 Instrumente

Nachfolgend sollen mögliche Instrumente im Rahmen des Investitionscontrollings vorgestellt werden. Es wurden diejenigen Instrumente ausgewählt, die sich in der betrachteten Literatur am häufigsten wiederfinden.

3.3.1 Innovation Performance Measurement System

Unter einem Performance Measurement System wird grundsätzlich eine Konzeption zur Leistungsmessung verstanden, bei der Kennzahlen unterschiedlicher Dimensionen zum Einsatz kommen. Damit sollen Leistungen und Leistungspotenziale in Bezug auf Effektivität und Effizienz gemessen und beurteilt werden.⁴¹ Das Innovation Performance Measurement System (IPMS) als gesonderte Variante eines Performance Measurement Systems stellt den Innovationsprozess und dessen Ergebnisse in den Mittelpunkt. Das Ziel ist die Steigerung des Innovationserfolges.

Abbildung 4 zeigt das im Rahmen des IPMS genutzte Input-Process-Output-Outcome-Modell (IPOO-Modell). Da sich die einzelnen Phasen hinsichtlich ihres Unsicherheits- und Risikogehalts unterscheiden, sind die jeweiligen Kennzahlen vom Controlling dahingehend anzupassen. Die *Input-Phase* erfasst und bewertet alle für die Innovation bzw. Investition notwendigen Mittel wie Personal, Know-how, Informationen, Finanzen und Ausstattungen. Als Produkte sind hierbei beispielsweise neue Behandlungsmethoden zu verstehen. In der *Process-Phase* findet der eigentliche Innovations- und Investitionsprozess statt. Daher sind hier Kennzahlen zu wählen, die gezielt den Projektfortschritt in Form von Kosten, Zeit oder Qualität widerspiegeln. Weiterhin bietet sich für das Investitionscontrolling hier auch eine Verknüpfung des IPMS mit Kostentrend- oder Meilensteintrendanalysen an, um ggf. bereichsübergreifende Bewertungen vorzunehmen. Die *Outputs* stellen die Ergebnisse des Innovations- und Investitionsprozesses dar. Sie können beispielsweise in Form neuer Behandlungsverfahren, neu generiertem Wissen oder neuen Patientenangeboten auftreten. *Outcomes* wirken sich sodann direkt auf das Ergebnis eines Krankenhauses aus, beispielsweise in Form von Kosteneinsparungen, der Steigerung der Patientenzufriedenheit oder durch die Steigerung des Gewinns oder Umsatzes.⁴²

⁴¹ Vgl. Tiedal, Maria (2019), S. 154.

⁴² Vgl. Tiedal, Maria (2019), S. 156-157.

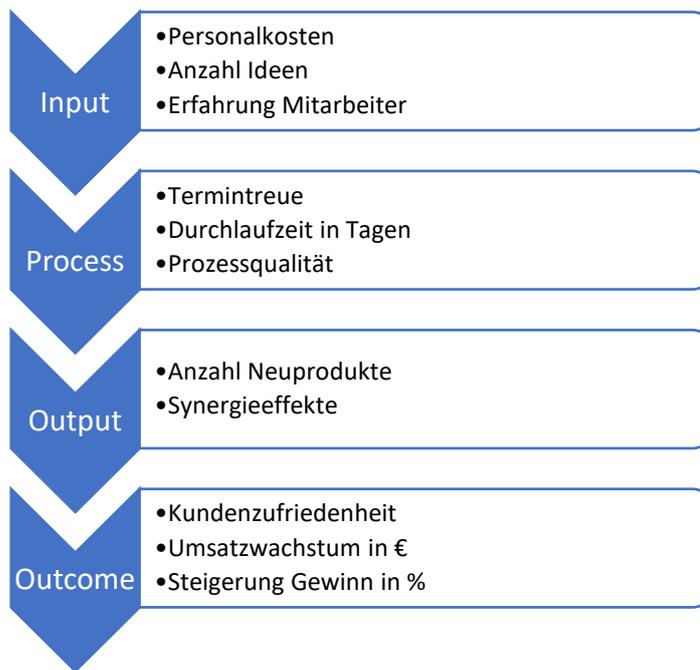


Abbildung 4: IPOO-Modell mit Kennzahlen

Quelle: eigene Darstellung nach Tiedal, Maria (2019), S. 156.

Das Investitionscontrolling hat mit dem IPMS ein Instrument, das sowohl einen kennzahlenbasierten Überblick über den Investitions- und Innovationsprozess bietet als auch eine kennzahlengestützte Kontrolle und Evaluierung eben jenes Prozesses phasenspezifisch ermöglicht.

3.3.2 Investitionsrechnungen

Die *Kostenvergleichsrechnung* stellt eine Möglichkeit dar, potenzielle Investitionen hinsichtlich ihrer Kosten miteinander zu vergleichen. Dazu können entweder die Kosten je Periode oder die Kosten je Einheit errechnet werden. Beide Varianten haben aber gemein, dass sowohl fixe als auch variable Kosten in die Berechnung einfließen. Hinzu kommen dann noch kalkulatorische Zinsen und kalkulatorische Abschreibungen. Da bei der Kostenvergleichsrechnung nur die Kosten, jedoch keine aus der Investition resultierenden Erlöse oder Gewinne betrachtet werden, eignet sich diese Methode beispielsweise für die Anschaffung von Kopier- oder Druckgeräten. Die *Gewinnvergleichsrechnung* erweitert sodann die Kostenvergleichsrechnung, indem zusätzlich die jährlich erzielten Erlöse einbezogen werden. Der durchschnittliche Gewinn ergibt sich dann aus der Gegenüberstellung von Kosten und Erlösen.⁴³

⁴³ Vgl. Schmola, Gerald (2019), S. 152-153.

Die Gewinnvergleichsrechnung eignet sich für medizinische Geräte, die bei speziellen Untersuchungen benötigt werden, da so auch die Wirkung der Erlöse bei der Entscheidung betrachtet wird. Die Gewinnvergleichsrechnung kann dann zu einer *Rentabilitätsvergleichsrechnung* erweitert werden. Dafür wird der durchschnittliche Gewinn in Relation zum durchschnittlich eingesetzten Kapital gesetzt, woraus sich die Rentabilität der Investition ergibt. Diese Rechnung kann allerdings nur Anwendung bei solchen Investitionen finden, die sich in der Höhe der Anschaffungskosten und der Nutzungsdauer ähneln, um aussagekräftige und vergleichbare Werte zu erhalten.⁴⁴

Anfangsinvestition: 90.000 Euro		
Zinssatz: 5 Prozent	abgezinster Zahlungsüberschuss	kumuliert
Gewinn Jahr 1: 40.000 Euro	40.000 € / 1,05 = 38.095,24 €	38.095,24 €
Gewinn Jahr 2: 20.000 Euro	20.000 € / 1,05 ² = 18.140,59 €	56.235,83 €
Gewinn Jahr 3: 30.000 Euro	30.000 € / 1,05 ³ = 25.915,13 €	82.150,96 €
Gewinn Jahr 4: 20.000 Euro	20.000 € / 1,05 ⁴ = 16.454,05 €	98.605,01 €
Gewinn Jahr 5: 10.000 Euro	10.000 € / 1,05 ⁵ = 7.835,26 €	106.440,27 €

$$t_{AZ} = (k - 1) \times \frac{A_0 - \sum_{t=1}^{k-1} \frac{1}{(1+i)^t} \times d_t}{\frac{1}{(1+i)^k} \times d_k}$$

$$t_{AZ} = (4 - 1) \times \frac{90.000 - 82.150,96 \text{ €}}{16.454,05 \text{ €}} = 3,477$$

Abbildung 5: Dynamische Amortisationsrechnung
Quelle: eigene Darstellung nach Schmola, Gerald (2019), S. 155-156.

Die *dynamische Amortisationsrechnung* kumuliert abgezinste Zahlungsüberschüsse und stellt diese der Anschaffungsauszahlung gegenüber. Damit lässt sich der Zeitpunkt bestimmen, nach dem sich die Investition amortisiert hat. In Abbildung 5 soll dieser Zeitpunkt beispielhaft berechnet werden, wobei sich eine Amortisationsdauer von etwa dreieinhalb Jahren ergibt. Dieser Punkt berechnet sich mit Hilfe linearer Interpolation, wobei k für die Anzahl der Jahre steht, nach der die Anschaffungsauszahlung erstmals niedriger ist als die Summe der abgezinnten Einnahmeüberschüsse. Des Weiteren kann auch der *interne Zinsfuß* als Methode gewählt werden, um die Rentabilität einer Investition zu beurteilen.⁴⁵

⁴⁴ Vgl. Schmola, Gerald (2019), S. 154.

⁴⁵ Vgl. Schmola, Gerald (2019), S. 155-157.

Er ergibt sich an der Stelle, an der die Abzinsung einer Zahlungsreihe genau Null annimmt. Um ihn rechnerisch zu ermitteln, müssen zwei Versuchszinssätze gewählt werden, wobei einer einen leicht positiven und einer einen leicht negativen Kapitalwert annehmen sollte. Durch lineare Interpolation kann der interne Zinsfuß dann näherungsweise errechnet werden.⁴⁶

Die verschiedenen Investitionsrechnungen stellen für das Investitionscontrolling also geeignete Instrumente dar, um potenzielle Investitionen hinsichtlich ihrer Kosten, Gewinne, Rentabilitäten oder Amortisationsdauern miteinander zu vergleichen und so eine Entscheidung für die bestmögliche Investition zu ermöglichen.

⁴⁶ Vgl. Schmola, Gerald (2019), S. 157.

4 Risikocontrolling im Krankenhaus

Das folgende Kapitel soll sich mit dem Risikocontrolling im Krankenhaus als von finanziellen und medizinischen Risiken besonders gefährdetem Sektor befassen und die Notwendigkeit eines solchen Controlling-Ansatzes sowie dessen Aufgaben und Instrumente erläutern. Der Fokus liegt insbesondere auf dem Risiko von Behandlungsfehlern.

4.1 Notwendigkeit und Definition

Bereits 1999 zeigte der Bericht des Institute of Medicine, dass in den USA jährlich zwischen 44.000 und 98.000 Patienten in Folge von Behandlungsfehlern sterben. Damit würde die Zahl der Todesopfer höher ausfallen als bei Autounfällen, AIDS oder Brustkrebs. Hochreutner und Conen konstatieren auf Grundlage zahlreicher Studien aus den USA, Großbritannien, Australien, Kanada und Dänemark, dass Fehler in der Gesundheitswirtschaft zu den zehn häufigsten Todesursachen zählen. Demnach würden bis zu 17 Prozent der Patienten mit unerwünschten Ereignissen bei der Gesundheitsversorgung konfrontiert werden, von denen etwa die Hälfte als vermeidbar eingeschätzt wird. Etwa ein Zehntel dieser unerwünschten Vorkommnisse führen im Endeffekt zum Tode, wobei auch bei diesen ein großer Teil vermeidbar gewesen wäre.⁴⁷

Auch die Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer zeigt, dass auch in Deutschland zahlreiche tatsächliche oder vermutete Behandlungsfehler auftreten. So wies die Statistik für das Jahr 2014 12.053 Begutachtungsanträge aus, von denen rund drei Viertel auf den Krankenhausesektor entfielen. Von etwa 8.000 Einzelentscheidungen wurden fast 2.200 als tatsächliche Behandlungsfehler bestätigt. Das zeigt, dass im Rahmen der medizinischen Behandlung durchaus mit Komplikationen zu rechnen ist.⁴⁸ Denn wo Menschen arbeiten, kommt es zu Fehlern. Das wiederum kann zu erheblichen Schadensersatzansprüchen und steigenden Kosten bei der Haftpflichtversicherung führen.⁴⁹ Besonders anfällig für medizinische Risiken sind die Orthopädie, die Unfallchirurgie und die allgemeine Chirurgie.⁵⁰

⁴⁷ Vgl. Siller, Helmut (2019a), S. 677.

⁴⁸ Vgl. Günther, Thomas; et al. (2015), S. 37.

⁴⁹ Vgl. Siller, Helmut (2019a), S. 677.

⁵⁰ Vgl. Günther, Thomas; et al. (2015), S. 37.

Dieses Risikopotenzial macht ein entsprechendes Risikocontrolling im Krankenhaus, welches als hochgradig existenzsichernd zu betrachten ist, unabdingbar. Die Covid-19-Pandemie, aber auch der zunehmende Trend hin zu einem digitalisierten Krankenhaus verbunden mit Risiken hinsichtlich des Datenschutzes und Cyberkriminalität und personelle Risiken verstärken zusätzlich die Bedeutung eines funktionierenden Risikocontrollings für Krankenhäuser.⁵¹

Das Risikocontrolling ist als Prozess zu verstehen, der Risiken und auch Chancen im Sinne möglicher Abweichungen von Ziel- oder Erwartungswerten erkennt und mit ihnen in Folge entsprechender Planungs- und Steuerungsmaßnahmen zur Risikominimierung umgeht.⁵²

4.2 Aufgaben

Für das Risikocontrolling gilt es, insbesondere drei Arten von Risiken im Blick zu behalten. Einerseits die finanzwirtschaftlichen Risiken, die sich auf die Liquidität, die Rentabilität, die Erträge oder auch Aufwendungen auswirken. Andererseits sind aber auch die leistungswirtschaftlichen Risiken zu betrachten, die direkt Einfluss auf die Prozesse und Leistungen eines Krankenhauses nehmen. Und schließlich gibt es noch die internen und externen operationellen Risiken. Zu den internen operationellen Risiken zählen solche, die mit dem Personal, der Datensicherheit oder der Organisation als Gesamtheit zu tun haben, während die externen sich im Bereich der Politik, Gesellschaft oder in Form von Naturkatastrophen und Pandemien widerspiegeln. Abbildung 6 verdeutlicht den Zusammenhang dieser Risiken. So können auf einen Behandlungsfehler Regressionsansprüche folgen, die wiederum zu einem Imageverlust des Krankenhauses führen. Dieser kann infolgedessen zu einem Rückgang der Patientenzahl führen, was mit sinkenden Erlösen verbunden ist und damit die Leistung und Qualität des Krankenhauses als Ganzes beeinflussen kann.⁵³

⁵¹ Vgl. Liebscher, Dagmar; Reiss, Hans-Christoph (2022), S. 114.

⁵² Vgl. Liebscher, Dagmar; Reiss, Hans-Christoph (2022), S. 119.

⁵³ Vgl. Liebscher, Dagmar; Reiss, Hans-Christoph (2022), S. 120-121.

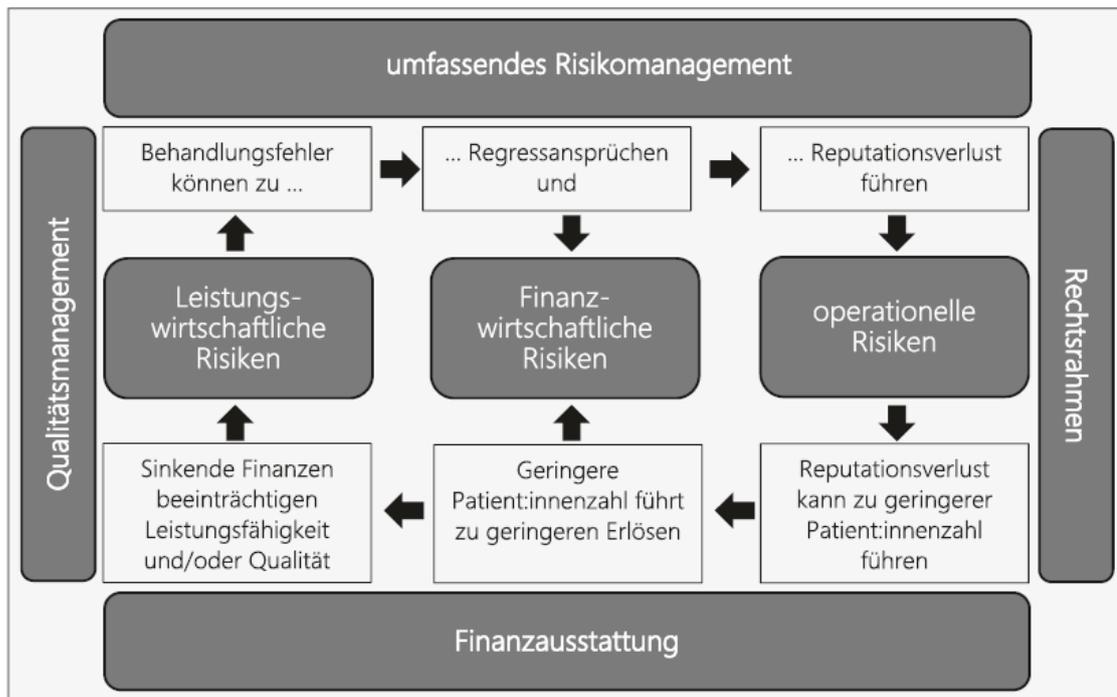


Abbildung 6: Risiko-Kreislauf

Quelle: Liebscher, Dagmar; Reiss, Hans-Christoph (2022), S. 121.

Für das Risikocontrolling ergeben sich daraus fünf Hauptaufgabenfelder: Fehlerprävention, Fehleridentifikation, Fehleranalyse, Fehlerkommunikation und die Evaluation.

Im Rahmen der *Fehlerprävention* muss das Risikocontrolling daran arbeiten, dass Fehler gar nicht erst auftreten und mögliche Fehlerquellen bzw. Ursachen eingedämmt werden. Gleichzeitig fällt hierunter aber auch die Erarbeitung geeigneter Maßnahmen, um im Falle von Fehlern effektiv gegensteuern zu können. Das Risikocontrolling agiert einerseits auf der Verhaltensebene, indem es versucht, das Verhalten und Handeln der Akteure eines Krankenhauses in die gewünschte Richtung zu leiten, was beispielsweise durch Schulungen oder Trainings zum Einleiten lebenserhaltender Sofortmaßnahmen geschehen kann und andererseits agiert es auf der organisatorischen Ebene. Es gilt daher, Kontrollmechanismen einzurichten, den Einsatz eines IT-gestützten Medikamentenplanes zu ermöglichen oder Checklisten zu erarbeiten, die die Fehlerrate in der Patientenversorgung reduzieren. Es ist festzuhalten, dass die Risikoprävention stets sinnvoller und wirtschaftlicher ist als eine nachträgliche Fehlerkorrektur, weswegen dieser Aufgabe auch eine besondere Bedeutung zukommt.⁵⁴

⁵⁴ Vgl. Siller, Helmut (2019a), S. 678-679.

Die *Fehleridentifikation* dient sodann dazu, die einzelnen Risiken, die sich auf die Ziele des Krankenhauses auswirken können, rechtzeitig, kontinuierlich, vollständig und wirtschaftlich zu erfassen. Das Risikocontrolling ist hier in der Verantwortung, die relevanten Risiken systematisch und strukturiert zu erheben, ihren möglichen Einfluss bzw. das Schadenspotenzial abzuschätzen und weitere Schritte einzuleiten. Es sind vor allem die betroffenen Bereiche sowie die Fehlerursachen zu identifizieren. Das Risikocontrolling muss aber auch in der Lage sein, Aussagen über die Häufigkeit und Konsequenzen der einzelnen Fehler und Risiken treffen zu können. Dazu dienen beispielsweise regelmäßige Mitarbeiterbefragungen. In Form von Interviews, Workshops oder Fragebögen können sie helfen, interne Risiken zu identifizieren und zu klassifizieren. Aber auch die Begehung und Besichtigung risikobehafteter Krankenhausbereiche kann für das Controlling nützlich sein, um Fehlerquellen zu identifizieren. Diese Besichtigungen können auch mit Mitarbeiterbefragungen kombiniert werden. Eine effiziente Fehlerdokumentation, beispielsweise in Form eines Critical-Incident-Reporting-Systems (CIRS), sammelt Meldungen über potenzielle Risiken oder Beinahe-Schäden. Im Rahmen des CIRS können solche Vorfälle anonym, also ohne Gefahr rechtlicher Konsequenzen, gemeldet werden. Darauf aufbauend kann das Risikocontrolling diese Vorfälle analysieren und Präventions- oder Gegenmaßnahmen erarbeiten.⁵⁵ Des Weiteren liefert auch die Analyse von Patienten-Beschwerden Hinweise auf mögliche Risiken.⁵⁶

Bei der *Fehleranalyse* muss das Risikocontrolling die Risiken und Fehler beschreiben, die Ursachen herausfinden und den Fehler klassifizieren. Die Ursachenanalyse schließt sowohl vor- als auch nachgelagerte Prozesse mit ein, um Ursachen und Wirkungen sowie deren Zusammenhänge zu analysieren. Hier dienen dem Controlling Kennzahlen wie beispielsweise die Fehlerrate, die Fehlerhäufigkeit oder die Fehlerschwere.

Ist es zu einem Fehler gekommen, sind besonders auch die Patienten und deren Angehörige an der Aufklärung interessiert. Im Rahmen der *Fehlerkommunikation* muss das Risikocontrolling dafür sorgen, dass sie ehrlich und schnell sowie mit dem nötigen Maß an Empathie und Bedauern über einen solchen Fehler informiert werden. Dazu ist es notwendig, ihnen klar und verständlich zu erläutern, worin der Fehler resultiert und was das für sie, ihre Gesundheit sowie die weitere Behandlung bedeutet.⁵⁷

⁵⁵ Vgl. Siller, Helmut (2019a), S. 679-683.

⁵⁶ Vgl. Siller, Helmut (2019a), S. 692.

⁵⁷ Vgl. Siller, Helmut (2019a), S. 684-686.

Außerdem ist es wichtig, dass das Risikocontrolling klar kommuniziert wie solche Fehler in Zukunft vermieden werden sollen und wo weitere Hilfe im Umgang mit den Folgen des Fehlers zu bekommen ist. Damit muss das Risikocontrolling versuchen, den Reputationsverlust möglichst gering zu halten.⁵⁸ Des Weiteren liegt die Erarbeitung eines Risiko-Berichts, der regelmäßig über relevante Vorfälle, die eingeleiteten Maßnahmen und deren Ergebnisse informiert, im Aufgabenbereich des Risikocontrollings.⁵⁹

Im letzten Schritt gilt es sodann, den Prozess des Risikocontrollings zu *evaluieren*. Dies dient dazu, die Effektivität des Risikocontrollings zu bewerten und dessen Vorgehen weiter zu professionalisieren, um die Fehlerraten und die damit verbundenen Risiken und Schäden nachhaltig zu senken.⁶⁰

Eine besondere Ausprägung des Risikocontrollings ist das liquiditätsorientierte Krisencontrolling. Abbildung 7 zeigt das Vorgehen eines solchen Controlling-Ansatzes. Dieses hat die Aufgabe, in Krisensituationen die Finanzierung des Krankenhauses zu sichern. Dazu ist ein spezielles Krisen-Reporting zu erarbeiten, das nicht nur einen angepassten inhaltlichen Fokus besitzt, sondern sich gegenüber den anderen Berichten auch durch deutlich kürzere Berichts- und Prognoseintervalle unterscheidet. Diese können einzelne Tage oder Wochen umfassen. Der Fokus wird auf den Liquiditätsstatus des Krankenhauses und kurz- sowie mittelfristige Liquiditätsprognosen gelegt. Ebenfalls ist das liquiditätsorientierte Krisencontrolling verantwortlich für die transparente Dokumentation aller Kriseneffekte und erhaltener Unterstützungen wie beispielsweise durch das Bundesministerium für Gesundheit. So garantiert das Controlling, dass nach der Krise die Herkunft und Verwendung der jeweiligen Mittel nachweisbar sind. Weiterhin hat das Krisencontrolling sämtliche liquiditätswirksamen Zahlungsströme zu erfassen und festzuhalten, eine Analyse historischer liquiditätsrelevanter Daten durchzuführen, um zukünftige Zahlungsströme zu modellieren und alle Zahlungsströme für Liquiditätsprognosen zu konsolidieren. Das Krisencontrolling ist damit in der Lage, die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses kurzfristig zu beurteilen und liquiditätsrelevante Optimierungspotenziale zu identifizieren, um der Krise und ihren Auswirkungen zu begegnen. Es sorgt dafür, dass die Krankenhausleitung jeder Zeit in der Lage ist, in Krisenzeiten einen Überblick über die verfügbaren liquiden Mittel, deren Herkunft und Verwendung zu haben und sichert so das weitere Bestehen des Krankenhauses.⁶¹

⁵⁸ Vgl. Siller, Helmut (2019a), S. 686.

⁵⁹ Vgl. Siller, Helmut (2019a), S. 694.

⁶⁰ Vgl. Siller, Helmut (2019a), S. 686.

⁶¹ Vgl. Moos, Gabriele; Schmeißer, Sabine (2022), S. 363-364.

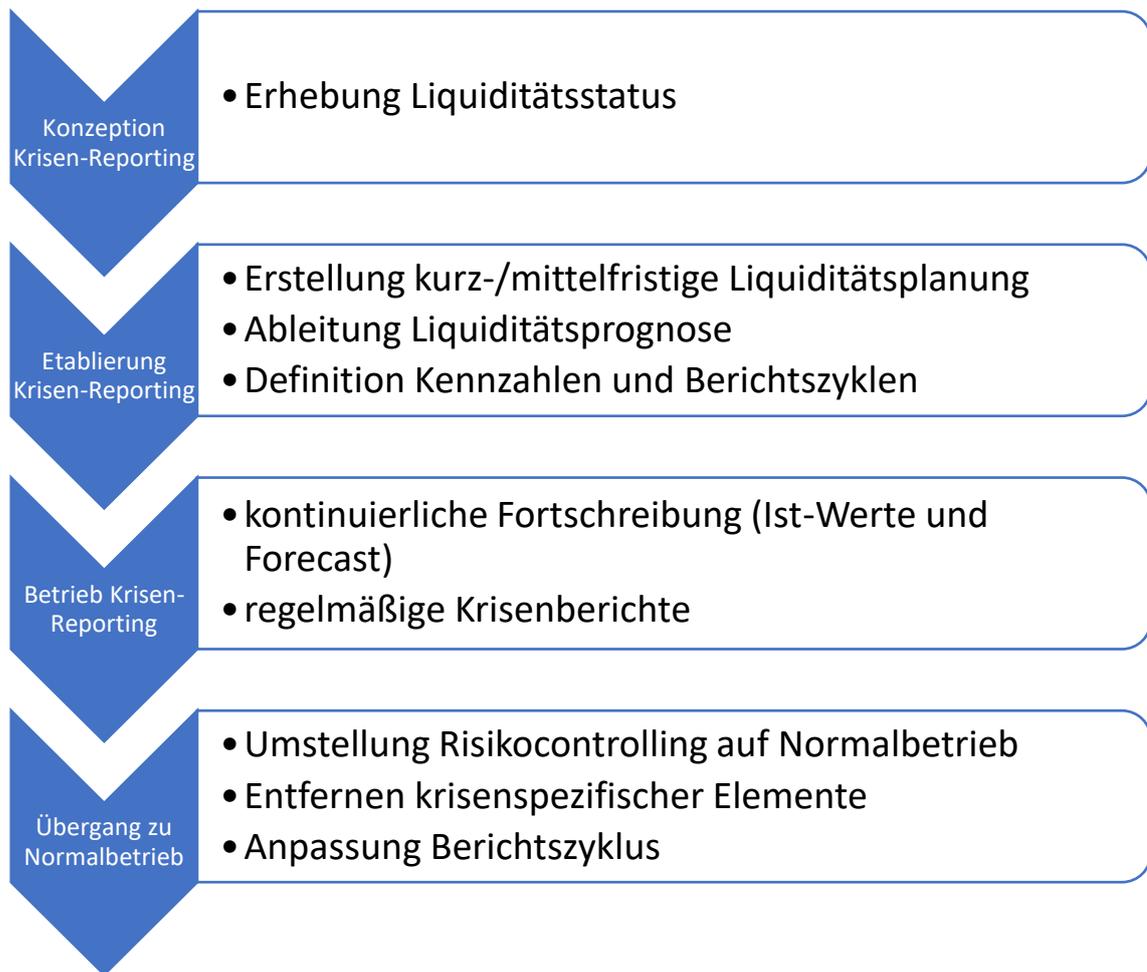


Abbildung 7: Vorgehensmodell eines Krisencontrollings

Quelle: eigene Darstellung nach Moos, Gabriele; Schmeißer, Sabine (2022), S. 365.

Zusammengefasst ist das Risikocontrolling also für den gesamten Prozess der Vermeidung, Eindämmung, Identifikation, Analyse und Kommunikation von Fehlern und Risiken zuständig. Damit soll es das Krankenhaus vor finanziell belastenden Schadensersatzansprüchen und Imageverlusten bewahren. Des Weiteren gilt es, in Krisenzeiten wie Pandemien die Liquidität und damit die Existenz des Krankenhauses zu sichern.

4.3 Instrumente

Bei den folgend vorgestellten Instrumenten im Rahmen des Risikocontrollings handelt es sich um die gemäß der Literatur verbreitetsten Instrumente, die meist vor allem aufgrund ihrer Einfachheit angewendet werden.

4.3.1 Checklisten

Dem Risikocontrolling im Krankenhaus stehen eine ganze Reihe verschiedener Checklisten zur Verfügung, die es an die Mitarbeiter auf den betreffenden Stationen ausgeben und im Anschluss analysieren kann. Mit solchen Checklisten wie in Abbildung 8 dargestellt, hilft das Risikocontrolling dabei, das Risiko von Flüchtigkeitsfehlern in Stresssituationen einzudämmen und dadurch die Sicherheit des Patienten zu erhöhen. Ein Beispiel für eine solche Checkliste ist die OP-Checkliste der WHO. Eine eigens erstellte Kurz-Checkliste zur sicheren Identifikation von Patienten kann Verwechslungen vermeiden. Dazu werden u.a. der Name und der Geburtstag erfragt und mit den Daten auf dem Identifikationsband abgeglichen. Ein weiterer Abgleich erfolgt sodann mit anderen Namenskennzeichen auf Medikamentenpackungen oder Blutröhrchen. Dieser Abgleich wird von den behandelnden Mitarbeitern in der Checkliste für die spätere Analyse durch das Risikocontrolling dokumentiert. Dieses kann zusätzlich zu den Checklisten auch Prozess- und Risikobeschreibungen erarbeiten, die die Mitarbeiter mit klaren Arbeitsanweisungen versorgen und sie für die möglichen Risiken und deren Auswirkungen sensibilisieren.⁶²

1 Sign In vor Einleitung des Anästhesieverfahrens	2 Team Time Out vor Beginn des Eingriffs	3 Sign Out vor Eingriffsende
<input type="checkbox"/> Identität des Patienten <input type="checkbox"/> Operationsart und Stelle <input type="checkbox"/> Markierung der OP-Stelle (wenn erforderlich) <input type="checkbox"/> Operationseinwilligung <input type="checkbox"/> Antibiotika – Prophylaxe (notig und erhalten) <input type="checkbox"/> Risiko des Blutverlustes <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten zu erwarten <input type="checkbox"/> Besonderes Equipment erforderlich <input type="checkbox"/> Besondere Hygienemaßnahmen erforderlich <input type="checkbox"/> Nötiges Equipment überprüft und einsatzbereit <input type="checkbox"/> Anästhesieeinwilligung <input type="checkbox"/> Schwieriger Atemweg / Aspirationsrisiko <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Allgemeiner Anästhesiecheck <input type="checkbox"/> Monitoring angelegt und funktionsfähig (EKG, Pulsoximetrie, Blutdruck) <input type="checkbox"/> Offene Fragen	<p>Der Checklisten-Koordinator stellt sich selbst und die Team-Mitglieder namentlich und mit ihrer Funktion vor. Kennen sich alle Anwesenden und ist kein neues Teammitglied anwesend, genügt es, diese Tatsache festzustellen.</p> <p>Bevor der Eingriff begonnen wird, werden folgende Punkte – für alle Anwesenden hörbar – vom Checklisten-Koordinator abgefragt und vom dafür Zuständigen beantwortet:</p> <input type="checkbox"/> Patientenidentität <input type="checkbox"/> Art der Operation, Operationsstelle und Operationsseite <input type="checkbox"/> Sind kritische Situationen zu erwarten? (Frage an alle) <input type="checkbox"/> Blutkonserven bestellt / vorhanden <input type="checkbox"/> Offene Fragen	<p>Der Checklisten-Koordinator führt folgende Abfragen durch:</p> <input type="checkbox"/> Welcher Eingriff wurde durchgeführt? <input type="checkbox"/> Tücher und Instrumente komplett? <input type="checkbox"/> Gewebeproben korrekt beschriftet? <input type="checkbox"/> Probleme mit verwendeten Instrumenten oder Geräten? <input type="checkbox"/> Informationen für die postoperative Betreuung des Patienten (Schmerztherapie, Verband, Drainagen, Verbote) <input type="checkbox"/> gibt es noch Fragen / Unklarheiten?
	<p><small>patientensicherheit</small></p>	<p>Ergänzungen und Anpassungen an lokale Gegebenheiten sind erwünscht und notwendig.</p> <p><small>Aus Gründen der Klareheit, besserer Verständlichkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Die grammatisch gebräuchliche männliche Form schließt auch die weiblichen Personen mit ein.</small></p> <p>Österreichische Version entwickelt von der Plattform Patientensicherheit ANePAS www.plattform-patientensicherheit.at</p> <p>Based on the WHO Surgical Safety Checklist, URL http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en © World Health Organization 2009. All rights reserved.</p>

Abbildung 8: OP-Sicherheits-Checkliste

Quelle: Siller, Helmut (2019a), S. 696.

⁶² Vgl. Siller, Helmut (2019a), S. 695-697.

4.3.2 Ursache-Wirkungs-Diagramm

Das Ursache-Wirkungs-Diagramm dient dem Risikocontrolling dazu, grafisch die Ursachen eines Fehlers und dessen Ergebnis darzustellen. Dazu ist es notwendig, dass das Controlling alle Risiken und ihre Abhängigkeiten identifiziert. Potenzielle Ursachen werden bezüglich ihrer Bedeutung und der Schwere des Problems gewichtet, wodurch sich die Ursachen mit der höchsten Wahrscheinlichkeit ermitteln lassen. Grundlage dafür kann ein Fehlerbrainstorming sein, bei dem die Fehler hinsichtlich ihrer Bedeutung, ihrer Häufigkeit und der Erkennung klassifiziert werden. Dazu wird jeweils eine numerische Skala von Null bis Zehn genutzt. So bedeutet eine Null in der Kategorie „Bedeutung“ beispielsweise, dass der Fehler keinen Einfluss hat, während eine Vier einen Fehler widerspiegelt, der aber korrigierbar ist und eine Zehn einen kritischen Fehler mit Folgeschäden darstellt. Für die Fehlerhäufigkeit würde eine Zehn einen täglich auftretenden Fehler ergeben, während die Skala abgestuft wird bis zur Null, die darstellt, dass dieser Fehler nie auftritt. Die Fehlererkennung kategorisiert den Fehler hinsichtlich der Zeit, die vergeht, bis der Fehler erkannt wird. Eine Null bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Fehler sofort erkannt wird. Die Nummern bis einschließlich der Vier geben die eigenen Arbeitsschritte wieder, während eine Fünf schon bedeuten würde, dass erst der nächste Mitarbeiter im Prozess den Fehler erkennt. Bei einer Neun oder Zehn würde der Fehler erst durch den Patienten erkannt werden. Aus diesen drei Kriterien kann das Risikocontrolling dann die Risikoprioritätszahl (RPZ) ermitteln. Diese ergibt sich aus der Multiplikation der einzelnen Werte jeder Kategorie und beträgt folglich maximal 1.000. Es liegt sodann noch am Controlling, diese Kennzahl zu interpretieren. Es gilt die Prämisse, dass mit der Höhe der RPZ auch die Notwendigkeit einer Beseitigung des Fehlers steigt. Kritische Fehler sind sofort abzustellen.⁶³

Damit steht dem Risikocontrolling also ein Instrument zur Verfügung, das Fehler im Krankenhausbetrieb klassifizieren und priorisieren und mit Hilfe eines Ursache-Wirkungs-Diagramms die Zusammenhänge und Folgen dieser darstellen kann, wodurch Fehlerketten, die zu finanziellen, materiellen und immateriellen Schäden führen, vermieden werden.

⁶³ Vgl. Siller, Helmut (2019a), S. 680-682.

5 Prozesscontrolling im Krankenhaus

Im folgenden Kapitel werden die Notwendigkeit, die Aufgaben und die dafür zur Verfügung stehenden Instrumente eines krankenhausspezifischen Prozesscontrollings untersucht.

5.1 Notwendigkeit und Definition

Durch die Einführung der DRG-Fallpauschalen sind Krankenhäuser zunehmend gezwungen, qualitativ hochwertige Leistungen unter einem stetig wachsenden Kostendruck anzubieten. Die Kosten dürfen die DRG-Erlöse nicht übersteigen, was dazu führt, dass das Controlling bestehende Kostenstrukturen überarbeiten und verbessern muss. Als besonderer Kostentreiber zeigen sich schlecht abgestimmte und ineffiziente Prozesse. Hier ist eine Erfassung und Steuerung durch das Prozesscontrolling notwendig, um die Zukunft des Krankenhauses langfristig zu sichern.⁶⁴ Das spiegelt sich vor allem in den sogenannten „Hotelleistungen“ wider. Diese nicht-klinischen Prozesse umfassen beispielsweise die Speiseversorgung, die Textil- und Wäscheversorgung, Reinigungsprozesse, Transportleistungen, Wartung und Handwerkerdienste. Solche Hotelleistungen zählen mittlerweile zu den wichtigsten Differenzierungs- und Erfolgsfaktoren von Krankenhäusern. Durch sie entsteht ein gewisser Wohlfühlfaktor, der die Patienten nicht nur schneller und gründlicher genesen lässt, sondern auch die Entscheidung eines Patienten für ein bestimmtes Krankenhaus beeinflussen kann. Auf diese nicht-klinischen Prozesse entfallen daher auch etwa 15 bis 20 Prozent der Gesamtkosten eines Krankenhauses, von denen etwa die Hälfte Personalkosten darstellen. Etwa ein Fünftel aller Krankenhausmitarbeiter ist im Rahmen dieser nicht-klinischen Prozesse beschäftigt, weswegen ihnen eine besondere Rolle zukommt.⁶⁵ Aufgrund dieser Prozessvielfalt ist ein effektives Prozesscontrolling für das Krankenhaus besonders relevant.⁶⁶ Es kann sowohl zu Kostensenkungen als auch zur Verbesserung von Behandlungsabläufen beitragen, was wiederum einen wertvollen Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit innerhalb der Gesellschaft leistet.⁶⁷

⁶⁴ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 95.

⁶⁵ Vgl. Behar, Benjamin I.; Guth, Clemens; Salfeld, Rainer (2018), S. 207-208.

⁶⁶ Vgl. Greiling, Michael (2022), S. 156.

⁶⁷ Vgl. Gautschi, Nora; Mitterlechner, Matthias; Möller, Klaus (2022), S. 208.

Ein Prozess lässt sich definieren als eine in einer bestimmten Reihenfolge durchgeführte Abfolge von zueinander in Verbindung stehenden Tätigkeiten zur Erfüllung eines bestimmten Ziels, wobei sowohl Ein- und Ausgangspunkt definiert sein als auch die Kosten und Zeit berücksichtigt werden müssen. Prozesse lassen sich in verschiedene Prozesstypen aufgliedern. Kernprozesse bilden die primären Geschäftsprozesse, während Supportprozesse Kernprozesse unterstützen und zur Sicherung ihrer Funktionsfähigkeit dienen. Kernprozesse haben einen sichtbaren Kundennutzen und leiten sich aus der Kernleistung des Krankenhauses, also der Zustandsveränderung des Patienten, ab. Die Patientenbehandlung ist daher ein Kernprozess, während die Dokumentation der Behandlung als Supportprozess die bestmögliche Durchführung des Kernprozesses „Patientenbehandlung“ sichert. Des Weiteren lassen sich Prozesse in Haupt- und Teilprozesse unterscheiden, wobei ein Hauptprozess stets aus mehreren Teilprozessen besteht. Der Hauptprozess „Behandlung“ kann daher beispielsweise in die Teilprozesse „stationäre Behandlung“, „operative Behandlung“ und „therapeutische Behandlung“ untergliedert werden. Als weiterer Prozesstyp lassen sich Managementprozesse finden, die die zuvor genannten Prozesstypen steuern und gestalten.⁶⁸ Abbildung 9 zeigt eine beispielhafte Darstellung einer Prozessstruktur im Krankenhaus, die die Aufteilung der Haupt- und Teilprozesse verdeutlicht.

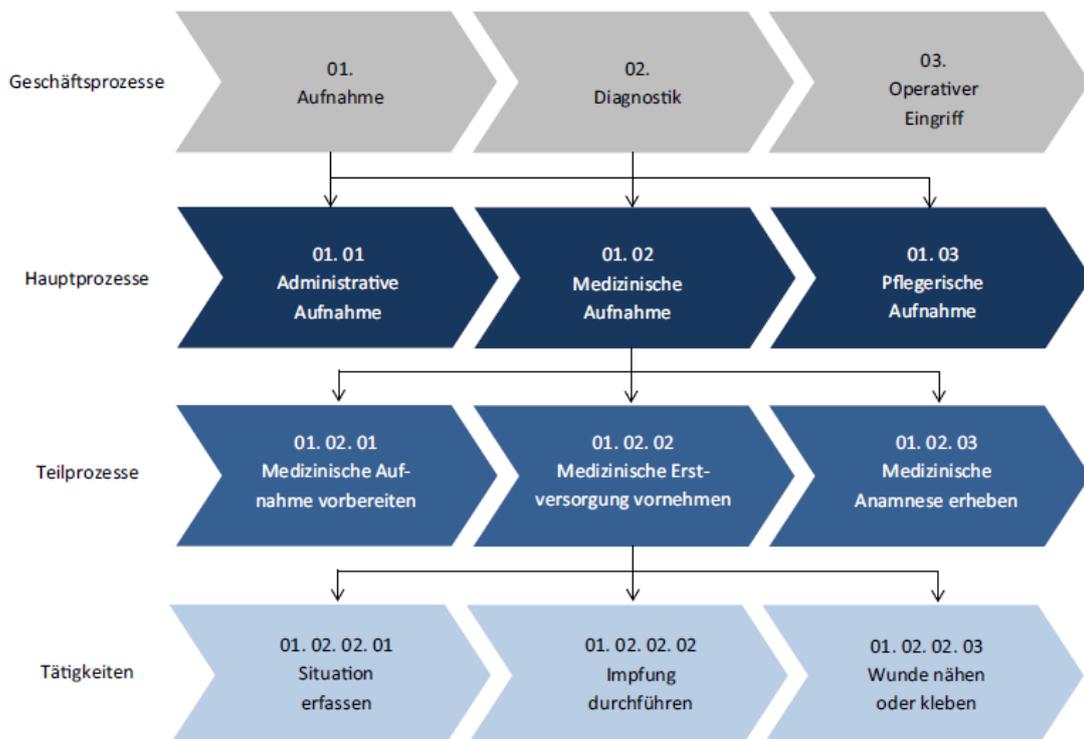


Abbildung 9: Prozessstruktur im Krankenhaus

Quelle: Fischer, Rosanna; Ahrens, John; Zapp, Winfried (2017), S. 135.

⁶⁸ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 97-98.

Prozesscontrolling ist nach Schmelzer und Sesselmann dann definiert als „Planung und Kontrolle von Geschäftsprozessen sowie die dafür notwendige Informationsversorgung und Koordination“. Durch Indikatoren soll das Prozesscontrolling Prozessleistungstransparenz zur kontinuierlichen Steuerung von Prozessabläufen schaffen.⁶⁹

Zusammenfassend ist also festzuhalten, dass effiziente, kostengünstige und trotzdem qualitativ hochwertige Prozesse für den Erfolg eines Krankenhauses elementar sind. Eine besondere Rolle nehmen die für den Patienten abseits der medizinischen Behandlung zunehmend wichtigeren Hotelleistungen ein. Das Prozesscontrolling ist für die Planung, Steuerung, Kontrolle und Koordination der Prozesse zuständig und sichert damit den Erfolg des Krankenhauses.

5.2 Aufgaben

Die Hauptaufgabe des Prozesscontrollings im Krankenhaus besteht in der Prozessanalyse. Diese ist selbst als Prozess mit vor- und nachgelagerten Prozessen zu verstehen und dient dazu, ineffektive und nicht wertschöpfende sowie den Patientenbedürfnissen nicht entsprechende Prozesse aufzudecken und zu verbessern. Krankenhäuser verfügen über die Besonderheit, dass die Kern- und Hauptprozesse meist funktions- und bereichsübergreifend angesiedelt sind.⁷⁰

In einem ersten Schritt ist es daher notwendig, die im Krankenhaus stattfindenden Prozesse zu bestimmen. Im Rahmen der Prozessgestaltung werden die einzelnen Teilprozesse dokumentiert und zu einem abgestimmten Ganzen zusammengefügt. Darauf aufbauend findet sodann die Prozessidentifikation statt. Sie ist für das Prozesscontrolling entscheidend, um nachfolgend die richtigen Prozesse auszuwählen. Der Prozesscontroller muss dazu die Prozesse voneinander abgrenzen, was durch exaktes Festlegen der jeweiligen Start- und Endpunkte der einzelnen Prozesse geschieht. Damit wird auch verhindert, dass es im Folgenden zu Überschneidungen zwischen Teilprozessen kommt. Dieses Vorgehen wird als Dekomposition bezeichnet und wird so lange fortgeführt bis eine weitere Zerteilung der Prozesse in Teilprozesse nicht mehr sinnvoll erscheint. Endprodukt ist für das Prozesscontrolling dann eine hierarchische Prozessstruktur, die ähnlich der Abbildung 9 ausfallen kann.⁷¹

⁶⁹ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 111.

⁷⁰ Vgl. Krahfors, Markus; Kuhlmann, Hans-Martin; Zapp, Winfried (2017), S. 62.

⁷¹ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 100.

Bei der Prozessauswahl ist von Seiten des Prozesscontrollings außerdem darauf zu achten, auch die Patientensichtweise ausreichend mit einzubeziehen, um Rationalisierungsreserven und Erfolgchancen der jeweiligen Prozesse einzuschätzen.⁷²

An die Dekomposition schließt dann die eigentliche Prozessanalyse an, bei der eine Bewertung der einzelnen (Teil-)Prozesse hinsichtlich ihrer jeweiligen In- und Outputs erfolgt. Als Inputs sind alle materiellen und immateriellen Voraussetzungen zum Start des Prozesses zu verstehen, während der Output das Ergebnis des Prozesses widerspiegelt. Anschließend kann das Prozesscontrolling die Prozesse abbilden. Ziel der Prozessabbildung ist es, allen Beteiligten des Prozesses transparent und einheitlich die Inhalte und Ziele des jeweiligen Prozesses zu vermitteln. Dafür sind eine klare Prozessbeschreibung und Schnittstellendefinitionen erforderlich.⁷³ Die Abbildung kann beispielsweise in Form des Vierdimensionalen-Prozessdiagramms (VPD) erfolgen. Dieses stellt anhand der vier Kriterien Medium, Tätigkeiten, durchführende Funktion und Schlüsselindikatoren die wichtigsten Informationen zur Verfügung. Abbildung 10 zeigt ein solches VPD am Beispiel des Teilprozesses „Röntgen“. Im oberen Bereich wird jeweils der übergeordnete Teilprozess genannt, während im mittleren Bereich die Beschreibung des Prozessflusses stattfindet. Die einzelnen Tätigkeiten lassen sich den unterschiedlichen Funktionsbereichen zuordnen. Anhand der angegebenen Indikatoren wie Durchlaufzeit, Qualität oder verschiedenen Kostenindikatoren kann dann auch eine Messung und Bewertung des (Teil-)Prozesses erfolgen.⁷⁴

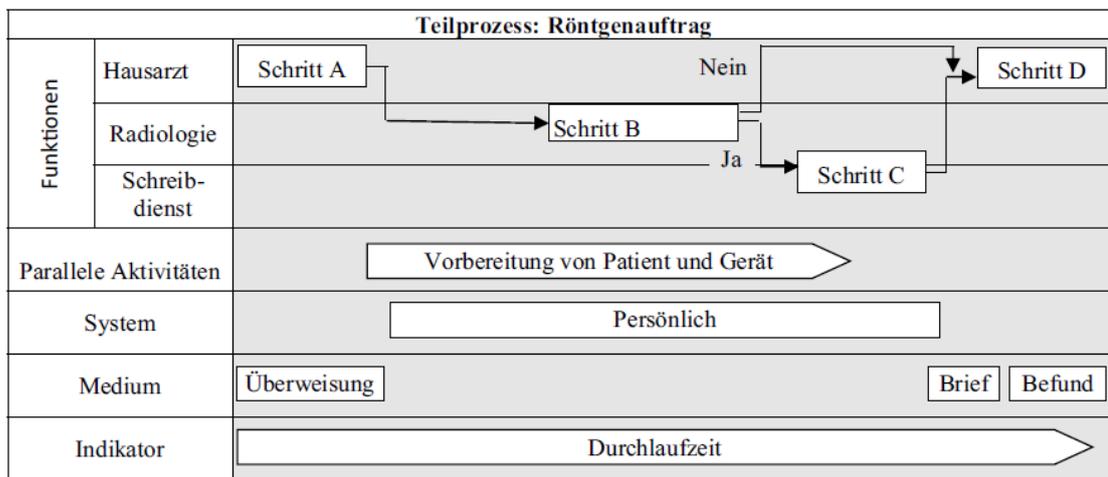


Abbildung 10: Vierdimensionales Prozessdiagramm

Quelle: Krahforst, Markus; Kuhlmann, Hans-Martin; Zapp, Winfried (2017), S. 67.

⁷² Vgl. Krahforst, Markus; Kuhlmann, Hans-Martin; Zapp, Winfried (2017), S. 63.

⁷³ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 100-101.

⁷⁴ Vgl. Krahforst, Markus; Kuhlmann, Hans-Martin; Zapp, Winfried (2017), S. 66.

Sind die Prozesse abgebildet, liegt es am Prozesscontrolling, die Schnittstellen entsprechend zu analysieren. Das Ziel ist es sodann, die komplexen Krankenhausstrukturen zu entschlüsseln und eine nachvollziehbare Abfolge, die auch das Zusammenwirken der Teilprozesse im Gesamtprozess verdeutlicht, zu gestalten. Anhand dessen lassen sich dann auch Unstimmigkeiten im zeitlichen Ablauf, Mängel bei der inhaltlichen Abstimmung der Prozesse oder bereichsübergreifende Kommunikationsdefizite erkennen und verbessern. Auf die Schnittstellenanalyse folgt dann die Prozesswürdigung, bei der eine Bewertung des Ist-Zustandes erfolgt und Stärken sowie Schwächen beurteilt werden. Auf Grundlage der Prozesswürdigung kann das Prozesscontrolling dann auch eine Soll-Konzeption und geeignete Verbesserungsmaßnahmen erarbeiten. Hilfreich kann dazu die Erstellung einer Prozessstruktur sein, die in die Organisationsstruktur integriert wird. Als letzter Schritt ist dann die Evaluation im Rahmen eines kontinuierlichen Prozesscontrollings vorgesehen.⁷⁵ Dieses lässt sich sodann grob in die vier Phasen Ausführung, Analyse, Ziel-Redefinition und Modellierung unterteilen. In der Ausführungsphase werden die Ist-Daten gesammelt und strukturiert, damit diese in der Analysephase dann hinsichtlich Kosten, Qualität und Zeit bewertet und mit den Soll-Vorgaben verglichen werden können. Darauffolgend können dann die Ziele angepasst oder verändert werden, was zu einer Neumodellierung des Prozesses führen kann.⁷⁶

Im Bereich der nicht-klinischen Prozesse, also den sogenannten Hotelleistungen, kann das Prozesscontrolling beispielsweise den Prozess des Vorbereitens von individuellen Tabletts durch das meist überalterte und vielbeschäftigte Küchenpersonal als zeit- und kostenintensiv bewerten. Möglich wäre es hier, den Prozess für nicht-bettlägerige Patienten ganz oder teilweise zu streichen und stattdessen eine Art Buffet in der Cafeteria oder dem Aufenthaltsraum der Station einzurichten, bei dem sich die Patienten selbst bedienen können. Gleichzeitig ist es auch möglich, dort Obst, Wasser und Heißgetränke anzubieten, was prozessseitig mit wenig Aufwand und Kosten verbunden ist, aber das Wohlbefinden des Patienten steigern kann.⁷⁷ Im Bereich der Textil- und Wäschereinigung ist es wichtig, dass das Prozesscontrolling transparent die Verbräuche und Kosten der Wäschereinigung erfasst und Zielvorgaben definiert. Diese können Standards zur Pflegeintensität und -frequenz sowie Verbrauchsquoten umfassen. Möglich wäre hier auch ein Preis-Leistungs-Vergleich mit externen Wäscherein.⁷⁸

⁷⁵ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 101-102.

⁷⁶ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 99-100.

⁷⁷ Vgl. Behar, Benjamin I.; Guth, Clemens; Salfeld, Rainer (2018), S. 213.

⁷⁸ Vgl. Behar, Benjamin I.; Guth, Clemens; Salfeld, Rainer (2018), S. 216.

Die Hygieneprozesse im Krankenhaus, die in den vergangenen Jahren vermehrt Mittelpunkt öffentlicher Wahrnehmung und Kritik waren, gilt es ebenfalls gründlich zu analysieren. Dafür ist es notwendig, die gesamte verfügbare und tatsächlich genutzte Fläche sowie deren Nutzungsintensität zu erfassen. Darauf aufbauend können Reinigungsfrequenzen und die Tiefe bzw. Gründlichkeit der Reinigung festgelegt werden. Bei OP-Räumen, der Intensivstation oder auch Sanitäranlagen ist beispielsweise auf eine hohe Reinigungsfrequenz und eine möglichst sterile Reinigung zu achten. So kann das Prozesscontrolling ein ganzheitliches Reinigungskonzept mit allen notwendigen Vorgaben entwickeln und so zukünftige Kritik verbunden mit Kosten und Imageverlusten vom Krankenhaus abwenden.⁷⁹

Es lässt sich also zusammenfassen, dass das Prozesscontrolling für die Identifizierung, Analyse, Abbildung, Bewertung und Verbesserung der Krankenhausprozesse zuständig ist. Es liegt in der Verantwortung des Prozesscontrollings, den am Prozess Beteiligten alle notwendigen Informationen für den jeweiligen Prozess zur Verfügung zu stellen, um eine effiziente und effektive Prozessumsetzung zu gewährleisten. Ineffektive Prozesse müssen vom Prozesscontrolling entweder neu modelliert oder abgeschafft werden.

5.3 Instrumente

Folgend sollen die im Zusammenhang mit dem Prozesscontrolling im Krankenhaus in der Literatur am häufigsten erwähnten Instrumente betrachtet werden.

5.3.1 Prozesskostenrechnung

Durch die Einführung des DRG-Systems für deutsche Krankenhäuser hat die Prozesskostenrechnung an Bedeutung gewonnen. Eine DRG umfasst in der Regel alle für den Behandlungsprozess eines Krankheitsbildes notwendigen Behandlungskomponenten. Diese Komponenten können als Prozesse definiert und mit entsprechenden Prozesskostensätzen versehen werden. Somit können durch Addition der Kosten der einzelnen Komponenten die Kosten der jeweiligen DRG und die Prozesskosten ermittelt werden.⁸⁰ Ein Ziel der Prozesskostenrechnung ist, einen möglichst großen Teil der Gemeinkosten nicht nur mittels Umlagen zu verrechnen, sondern spezifischen Prozessen zuzuordnen und so eine beanspruchungsgerechte Kostenaufteilung zu erreichen.⁸¹

⁷⁹ Vgl. Behar, Benjamin I.; Guth, Clemens; Salfeld, Rainer (2018), S. 218-219.

⁸⁰ Vgl. Güssow, Jan; Greulich, Andreas; Ott, Robert (2002), S. 186-187.

⁸¹ Vgl. Lachmann, Maik; Rüscher, Stephanie; Wenger, Felix (2022), S. 501.

Im Rahmen einer Tätigkeitsanalyse werden im ersten Schritt alle im Krankenhaus anfallenden Prozesse und Aktivitäten aufgezeichnet. Die Erfassung erfolgt kostenstellenbezogen. Alle Aktivitäten werden sodann zu Teilprozessen aggregiert, die wiederum zu übergeordneten Hauptprozessen zusammengefasst werden. Die Prozesse sind auch in leistungsmengeninduzierte und leistungsmengenneutrale zu kategorisieren. Dafür ist es notwendig, alle Ressourcenverbräuche in den Kostenstellen der jeweiligen Prozesse zu erfassen und diese den Tätigkeiten bzw. Prozessen zuzuordnen. Es folgt sodann die Festlegung sogenannter „cost driver“. Dies sind mögliche Kosteneinflussgrößen, die in direktem Bezug zu den leistungsmengeninduzierten Teilprozessen stehen und als Bezugsgröße fungieren können. Es ist darauf zu achten, dass die cost driver eine hohe Proportionalität aufweisen, leicht ableitbar und gut verständlich sind. Als wichtige Kosteneinflussgrößen im Krankenhaus sind besonders die Fallzahl, die Verweildauer und die Patientenstruktur zu betrachten. Auf bettenführenden Stationen kann zudem auch für Prozesse wie „Betten machen“ die Anzahl der Pfl egetage als relevanter Kosteneinfluss gesehen werden, da dieser Prozess nicht primär von der Anzahl der Patienten abhängt. In der Radiologie beispielsweise wäre die Anzahl der Röntgenbilder als maßgeblicher cost driver zu identifizieren.

Die Kostenzuordnung kann durch Aufschlüsselung der Gesamtkosten einer Kostenstelle zu den jeweiligen Prozessen oder durch analytische Einzelplanung der Teilprozesse erfolgen. In einem nächsten Schritt werden dann die Prozesskostensätze festgelegt. Für die leistungsmengeninduzierten Prozesse wird die genaue Ausprägung der jeweiligen Maßgrößen definiert. Diese bildet sodann die Prozessmenge. Der leistungsmengeninduzierte Prozesskostensatz ergibt sich dann durch Division der gesamten Prozesskosten mit der Prozessmenge. Die leistungsmengenneutralen Prozesskosten werden über Zuschläge verrechnet. Dies kann durch Umlage im Verhältnis zur Höhe der leistungsmengeninduzierten Kosten oder durch Verrechnung über eine Sammelposition auf die Prozesskosten geschehen. Als Ergebnis stehen dann drei Prozesskostensätze zur Verfügung: der Prozesskostensatz, der nur die leistungsmengeninduzierten Kosten berücksichtigt, ein Umlagesatz für die leistungsmengenneutralen Kosten und ein Gesamtprozesskostensatz, der sich aus der Summe dieser beiden ergibt.⁸² Abbildung 11 zeigt eine grob vereinfachte Darstellung eines Prozesskostenblatts für die kardiologische Station, das sowohl die Maßgrößen als auch die Umlagen und Prozesskostensätze auflistet.

⁸² Vgl. Güssow, Jan; Greulich, Andreas; Ott, Robert (2002), S. 181-185.

Teilprozess	Maßgröße		MJ	Kosten		PKS	
	Art	Menge		direkt	Umlage	Imi	gesamt
1. Verpflegung	PT	10.000	4	400.000,-	87.520,-	40,-	49,-
2. Hygiene	PT	10.000	4	400.000,-	87.520,-	40,-	49,-
3. Mobilisieren	PT (Kat2)	1.000	0,5	50.000,-	10.940,-	50,-	61,-
4. Visite	PT	10.000	1	200.000,-	43.760,-	20,-	24,-
5. Aufnahme	P	5.000	0,5	50.000,-	10.940,-	10,-	12,-
6. Entlassung	P	5.000	0,5	50.000,-	10.940,-	10,-	12,-
7. Betten herrichten	P	5.000	1,5	150.000,-	32.820,-	30,-	37,-
8. Patient zum KL bringen	P (KL)	4.500	1	100.000,-	12.880,-	22,-	25,-
9. Patient vom KL abholen	P (KL)	4.500	1	100.000,-	12.880,-	22,-	25,-
10. Nachtwache	PT	10.000	1	100.000,-	12.880,-	10,-	11,-
11. Rufbereitschaft Arzt	Imn	-	1	200.000,-			
12. Personalplanung	Imn	-	0,5	50.000,-			
13. Abteilung leiten	Imn	-	0,5	100.000,-			
...							

KL = Katheterlabor Kat2 = immobile Patienten MJ = Mannjahre P = Patient PT = Pfliegetag

Abbildung 11: Prozesskostenblatt

Quelle: Güssow, Jan; Greulich, Andreas; Ott, Robert (2002), S. 185.

Beispiele für leistungsmengeninduzierte Prozesse im Krankenhaus können das Waschen von Patienten, das Wechseln von Verbänden, das Durchführen von Biopsien oder die Aufnahme von Neupatienten sein, während leistungsmengenneutrale Prozesse das Leiten einer Station, das Durchführen der Personalplanung oder die Rufbereitschaft eines Arztes sein können.⁸³ Des Weiteren kann es besonders im Krankenhaus sinnvoll sein, auch die Abschreibungen für medizinische Großgeräte und proportional zur Prozessnutzung anfallende Betriebskosten den Prozessen zuzurechnen. Dies kann beispielsweise über die Bezugsgröße „Raumbelegung“ bzw. die Fläche des Raumes erfolgen.⁸⁴ So dient die Prozesskostenrechnung dazu, beispielsweise durch den Vergleich der für den Prozess anfallenden Kosten mit den dadurch erwirtschafteten DRG-Erlösen, überflüssige oder ineffiziente Leistungen und Prozesse zu identifizieren und zu reduzieren sowie eine Vergleichsbasis für ein mögliches Benchmarking mit anderen Krankenhäusern herzustellen.⁸⁵ Außerdem trägt die Prozesskostenrechnung zur Standardisierung der Behandlungsabläufe bei, was deren Qualität nachhaltig steigern kann.⁸⁶ Die Prozesskostenrechnung ermöglicht außerdem die Identifikation langfristiger Kostensenkungspotenziale und trägt zur Erarbeitung und Evaluierung von organisatorischen Verbesserungen bei. Des Weiteren kann sie die Grundlage für nachfolgende Kalkulationen bilden.⁸⁷

⁸³ Vgl. Güssow, Jan; Greulich, Andreas; Ott, Robert (2002), S. 184-185.

⁸⁴ Vgl. Güssow, Jan; Greulich, Andreas; Ott, Robert (2002), S. 187.

⁸⁵ Vgl. Güssow, Jan; Greulich, Andreas; Ott, Robert (2002), S. 181.

⁸⁶ Vgl. Hönig, Christina; Lange, Johanna (2017), S. 111.

⁸⁷ Vgl. Güssow, Jan; Greulich, Andreas; Ott, Robert (2002), S. 188.

Es lässt sich also zusammenfassen, dass dem Prozesscontrolling mit der Prozesskostenrechnung ein für den Krankenhaussektor sehr gut geeignetes Instrument zur Verfügung steht. Die Kosten der zahlreichen Krankenhausaktivitäten lassen sich damit verursachungsgerecht auf die Prozesse verteilen, was dem Prozesscontrolling eine Reduzierung ineffizienter Prozesse und Aktivitäten sowie eine Verbesserung der Prozessorganisation ermöglicht. Dadurch kann das Prozesscontrolling zur langfristigen Sicherung und Steigerung des Krankenhauserfolgs beitragen.

5.3.2 Service Blueprinting

Das Service Blueprinting ist eine Methode, um Dienstleistungsprozesse mit Start- und Endpunkt beim Kunden darzustellen, zu analysieren und zu gestalten. Erstmals veröffentlicht wurde es 1984 und hat sich seitdem stetig weiterentwickelt.⁸⁸ Als Kunden der Dienstleistungsprozesse im Krankenhaus sind die Patienten zu verstehen. Für Krankenhäuser bietet sich das Service Blueprinting vor allem aufgrund der zahlreichen Schnittstellen an, wobei das Krankenhaus selbst als Dienstleistungsunternehmen betrachtet werden kann.⁸⁹ Beim Service Blueprinting werden die Aktivitäten der Dienstleistungsprozesse in fünf Ebenen nach dem Kriterium der Kundennähe gegliedert. Diese Ebenen werden durch Linien getrennt.⁹⁰ Eine schematische Darstellung dieses Vorgehens ist Abbildung 12 zu entnehmen.

Um die Aktivitäten und Prozesse den richtigen Ebenen zuzuordnen, kann das Prozesscontrolling in einem ersten Schritt durch einen passenden Fragenkatalog ein Flussdiagramm als Grundlage für das Service Blueprinting erarbeiten.⁹¹ Hier bietet sich auch eine ausführliche Prozessanalyse als Ausgangspunkt an.⁹² Die erste der Linien ist sodann die Kundeninteraktionslinie („line of interaction“). Diese trennt die Kundenaktivitäten von denen des Anbieters und zeigt deren Kontakte. Die Sichtbarkeitslinie („line of visibility“) grenzt die sichtbaren von den für den Kunden unsichtbaren Aktivitäten ab. Alles, was unterhalb dieser Linie stattfindet, sind Hintergrundaktivitäten. Diese werden dann noch einmal durch die Interne Interaktionslinie („line of internal interaction“), die Vorplanungslinie („line of order penetration“) und die Implementierungslinie („line of implementation“) abgegrenzt.⁹³

⁸⁸ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 103.

⁸⁹ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 105.

⁹⁰ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 103.

⁹¹ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 105.

⁹² Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 109.

⁹³ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 104-105.

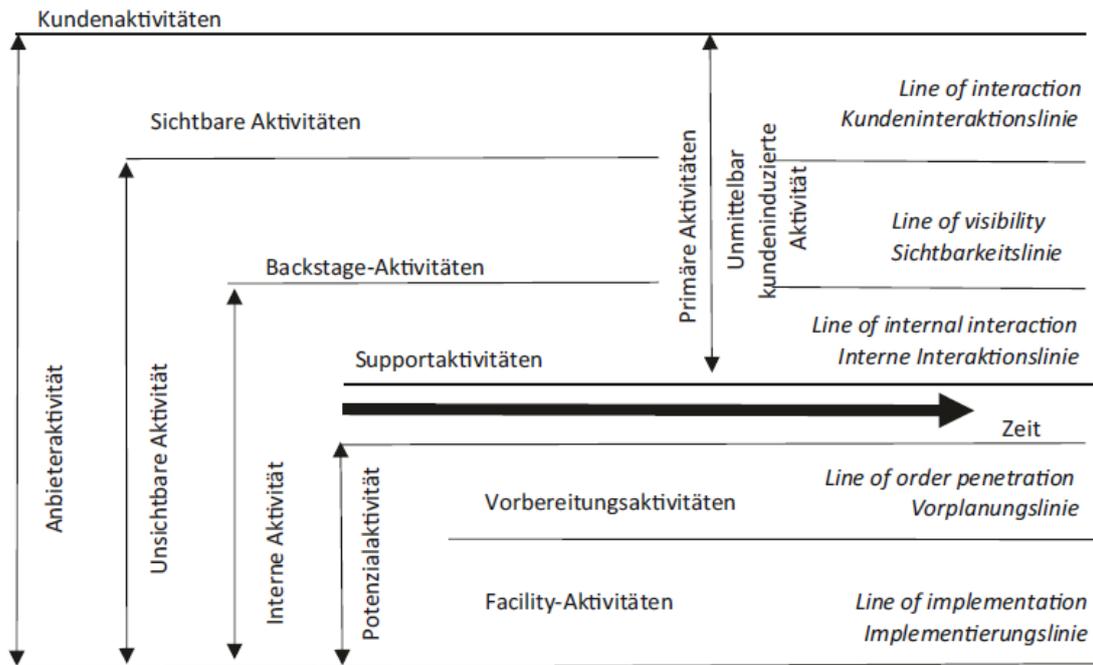


Abbildung 12: Service Blueprinting
Quelle: Albers, Katharina (2019), S. 104.

Die Interne Interaktionslinie trennt die primären, den Kunden direkt bedienenden Prozesse von den sekundären Prozessen, die dem Kunden nur unmittelbar dienen. Die unterhalb dieser Linie stattfindenden Unterstützungsprozesse bringen keinen unmittelbaren Kundennutzen mehr, weswegen sie als bedingt wertschöpfend einzustufen sind. Die Vorplanungslinie schafft eine Abgrenzung zwischen den autonom disponierten und den integrativ disponierten Prozessen des Anbieters. Die Implementierungslinie unterscheidet als letzte Abgrenzung dann nur noch zwischen Vorbereitungs- und Facility-Aktivitäten. Als Vorbereitungsaktivitäten sind solche zu verstehen, die der Vorbereitung der Leistungserstellung dienen. Ihnen voran gehen die autonom disponierten Facility-Aktivitäten.⁹⁴

Besonders für schnittstellenintensive Abteilungen wie dem OP-Bereich eignet sich das Service Blueprinting. Hier ist der Patient aufgrund der Narkose nur an wenigen Teilprozessen selbst aktiv beteiligt, weswegen besonders auf Service- und Betreuungsqualität zu achten ist.⁹⁵

⁹⁴ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 104-105.

⁹⁵ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 107.

Das Service Blueprinting kann zu einer erhöhten Kundenorientierung beitragen, indem es vermeintliche Hintergrundprozesse und deren Schnittstellen sichtbar macht und mögliche Probleme modifiziert. So kann bereits die Erstellung eines Service Blueprintings dazu beitragen, Probleme innerhalb eines Prozesses zu identifizieren. Des Weiteren kann es dazu dienen, neue Mitarbeiter besser einzuarbeiten oder vorhandene Mitarbeiter hinsichtlich der Prozessabläufe zu schulen. Das Service Blueprinting trägt dazu bei, das Prozessbewusstsein und die Prozesstransparenz zu steigern. All das spiegelt sich in optimierten Prozessen wider, die in einer Effizienzsteigerung resultieren können.⁹⁶ Allerdings ist festzustellen, dass das Service Blueprinting in Krankenhäusern trotz seiner guten Verwendbarkeit und seiner Vorteile noch nicht weit verbreitet ist.⁹⁷

Über das Service Blueprinting lässt sich also zusammenfassend sagen, dass es dem Prozesscontrolling aufgrund der klaren Abgrenzung der Aktivitäten und Prozesse dazu dient, das Bewusstsein über eben jene Prozesse zu stärken, Prozessabläufe kritisch zu hinterfragen und potenzielle Probleme frühzeitig zu identifizieren, wodurch die Prozesseffizienz gesteigert wird, was sich positiv auf den Erfolg des Krankenhauses auswirken kann.

⁹⁶ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 106-108.

⁹⁷ Vgl. Albers, Katharina (2019), S. 116.

6 Personalcontrolling im Krankenhaus

Das nachfolgende Kapitel soll sich mit dem Personalcontrolling im Krankenhaus beschäftigen und dazu sowohl die personalwirtschaftlichen Besonderheiten des Krankenhausesektors und die damit verbundenen Herausforderungen näher betrachten als auch die krankenhausspezifischen Aufgaben und Instrumente eines Personalcontrollings erläutern.

6.1 Notwendigkeit und Definition

Kaum eine andere Branche verfügt über solch arbeitsteilige Prozesse und so viele unterschiedliche Berufsgruppen wie das Krankenhaus. Es lassen sich im Wesentlichen vier Dienstgruppen klassifizieren. Auf der einen Seite gibt es die klinischen Dienste wie den Ärztlichen Dienst, den Pflegedienst und den Medizinisch-Technischen Dienst bzw. den Funktionsdienst und auf der anderen Seite gibt es die nicht-klinischen Dienste, zu denen die Verwaltung, die Technik oder auch die Küche gehören. Besonders die klinischen Dienste sind von einer zunehmenden Arbeitszeitverdichtung und einer Verschärfung der Arbeitszeitgesetze, die mit der Einführung unbeliebter Schichtdienste verbunden ist, betroffen. Das hat als Konsequenz, dass eine Abwanderung notwendigen Ärzte- und Pflegepersonals in Branchen mit besseren Arbeitsbedingungen und an Krankenhäuser im Ausland, allen voran Skandinavien und die Schweiz, zu beobachten ist.⁹⁸ Des Weiteren führt die Arbeitsverdichtung dazu, dass Ärzte und Pflegepersonal nicht mehr genügend Zeit für den Patienten haben und zunehmend überfordert sind, was sich in hohen Krankenständen und hohen Fluktuationsraten widerspiegelt.⁹⁹ Das Ergebnis ist ein seit über zwei Jahrzehnten andauernder Fachpersonalmangel in deutschen Krankenhäusern, der ganz besonders den Pflegebereich trifft. Die Krise wird daher auch als „Pflegetotstand“ bezeichnet. Diese Begrifflichkeit wird durch den Fakt verdeutlicht, dass aktuell über 100.000 Vollkräfte in der Pflege fehlen.¹⁰⁰ Ein Worst-Case-Szenario prognostiziert, dass im Jahr 2030 bereits 1,3 Mio. Fachkräfte im Gesundheitswesen fehlen. Das Personal im Krankenhaus stellt den größten Kostenblock mit etwa 60 Prozent der Gesamtkosten dar.¹⁰¹ Diese Personalkosten steigen auch zunehmend, da der ärztliche und pflegerische Bedarf durch eine immer älter werdende Bevölkerung und komplexere Krankheitsbilder steigt, was das Personal als Ressource verteuert.¹⁰²

⁹⁸ Vgl. Behar, Benjamin I.; Guth, Clemens; Salfeld, Rainer (2018), S. 103-104.

⁹⁹ Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 579.

¹⁰⁰ Vgl. Minder, Susanna (2020), S. 42.

¹⁰¹ Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 580.

¹⁰² Vgl. Minder, Susanna (2020), S. 43-44.

Der Fachkräftemangel führt auch dazu, dass Stationsleitungen einen Großteil ihrer Zeit mit der Schichtplanung verbringen und fehlendes eigenes Personal daher meist durch Leasingkräfte ersetzt werden muss. Diese sind jedoch mit erhöhten Kosten verbunden und kennen sich nur bedingt mit den individuellen Prozessen des jeweiligen Krankenhauses aus, was in einer sinkenden Prozessqualität resultiert.¹⁰³ Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer frühen Identifikation von Personalbedarfen, einer langfristigen Personalplanung und der Überprüfung der Effektivität der Personalbeschaffung durch das Personalcontrolling.¹⁰⁴ Durch die steigende Bedeutung der Ressource Personal hat daher auch das Personalcontrolling selbst an Bedeutung gewonnen.¹⁰⁵ Diese verstärkt sich auch durch die Einführung von gesetzlichen Verbesserungsmaßnahmen wie dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) oder der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), die dazu geführt haben, dass das Personalcontrolling mehr Personaldaten auswerten, überwachen und an Kontrollstellen liefern muss.¹⁰⁶ Das Personalcontrolling kann folgend gemäß Bühner als Planung, Steuerung und Kontrolle personalwirtschaftlicher Prozesse zur Erreichung der Krankenhausziele definiert werden.¹⁰⁷

Es lässt sich also zusammenfassen, dass die Notwendigkeit eines Personalcontrollings im Krankenhaus besonders aufgrund des vorherrschenden und sich stetig verschlimmernden Fachkräftemangels besteht, da das Controlling hier durch Planung, Steuerung und Kontrolle der personalbezogenen Prozesse gegensteuern und eine möglichst optimale Personalbesetzung sichern muss, wobei gleichzeitig die Personalkosten als größter Kostenblock der Kliniken zu betrachten sind.

6.2 Aufgaben

Das Personalcontrolling ist für eine ganze Reihe personalwirtschaftlicher Aufgaben zuständig. Diese haben zum Ziel, einerseits die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit des Krankenhauses aufrechtzuerhalten¹⁰⁸ und andererseits Wirtschaftlichkeitspotenziale zu identifizieren und Handlungsempfehlungen für diese abzuleiten.¹⁰⁹

¹⁰³ Vgl. Sibbel, Rainer; Bliesener, Monique (2015), S. 73.

¹⁰⁴ Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 580.

¹⁰⁵ Vgl. Minder, Susanna (2020), S. 42.

¹⁰⁶ Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 579.

¹⁰⁷ Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 581.

¹⁰⁸ Vgl. Minder, Susanna (2020), S. 44.

¹⁰⁹ Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 582.

Dafür muss das Personalcontrolling die menschliche Arbeit als Quelle der Wertschöpfung im Krankenhaus in den Mittelpunkt stellen und sich bei der Planung, Steuerung und Kontrolle des Personals auf das Humanpotenzial, das Leistungsverhalten und die Leistungsergebnisse konzentrieren.¹¹⁰ Die wesentlichen Aufgaben lassen sich grob wie in Abbildung 13 einteilen.

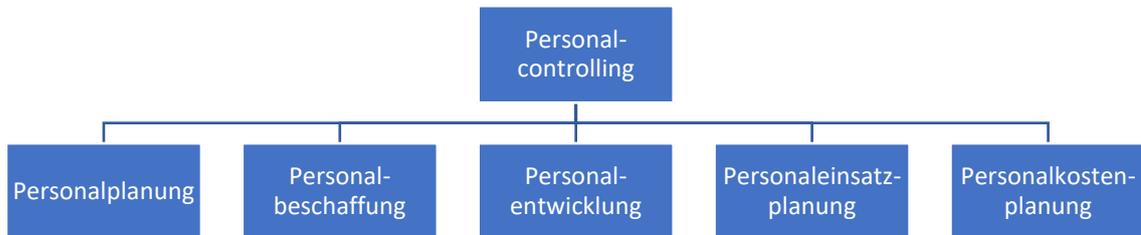


Abbildung 13: Aufgabenfelder des Personalcontrollings

Quelle: eigene Darstellung nach Minder, Susanna (2020), S. 46.

Im Rahmen der *Personalplanung* gilt es, auf Basis der gesamten Belegschaft des Klinikums das Personal den verschiedenen Funktionsbereichen, Stationen und Berufsgruppen zuzuordnen. Dafür müssen die Bereiche in einem ersten Schritt hinsichtlich der jeweils anfallenden Aufgaben analysiert und beurteilt werden. Darauf aufbauend erfolgt die Ermittlung der Ist- und Soll-Bestände des Personalbedarfs. Dies dient außerdem dazu, die notwendige Transparenz in Bezug auf die Stellenbesetzung zu schaffen. Neben der Ermittlung der benötigten Anzahl der Mitarbeiter je Bereich ist es aber auch notwendig, dass das Personalcontrolling die erforderlichen Qualifikationen, den durchschnittlichen Arbeitsaufwand und die eingesetzten Qualitätsstandards erfasst. Es lässt sich dann der aktuelle Stand der Ressource Personal mit der erwarteten Entwicklung und den zukünftig prognostizierten Soll-Beständen vergleichen. Der Soll-Bedarf ist abhängig von den ermittelten Daten bezüglich der Anzahl zu pflegender Patienten, der Behandlungs- und Pflegeintensität, der Diensterteilung, Ausfallquoten und den wöchentlichen Arbeitszeiten. Einen gesonderten Fokus muss das Personalcontrolling hier auf die Krankheitsquote, die Auskunft über die Mitarbeitergesundheit und die Arbeitssicherheit gibt, und die Fluktuationsquote, die den Wunsch zum freiwilligen Ausscheiden widerspiegelt, legen.¹¹¹ Bei der Personalplanung werden einerseits die zu erbringenden Leistungen und andererseits die dafür notwendige Schichtbesetzung differenziert nach Qualifikationsprofilen geplant.¹¹²

¹¹⁰ Vgl. Minder, Susanna (2020), S. 43.

¹¹¹ Vgl. Minder, Susanna (2020), S. 46.

¹¹² Vgl. Sibbel, Rainer; Bliesener, Monique (2015), S. 5.

Auf der Personalplanung baut sodann die *Personalbeschaffung* auf. Hier trägt das Personalcontrolling die Verantwortung dafür, dass die benötigte Anzahl an Mitarbeitern mit den notwendigen Qualifikationen zeitnah zur Verfügung steht. Es ist auch auf ein markt- und leistungsgerechtes Einkommen zu achten, um die Personalkosten im Rahmen des Budgets zu halten. Die Personalbeschaffung findet typischerweise in vier Phasen statt. Diese setzen sich zusammen aus der Arbeitsmarktanalyse, der Personalwerbung, der Mitarbeiterauswahl und der Einstellung des Personals. Das Personalcontrolling kann sich dazu einer Reihe von Kennzahlen wie der Anzahl der Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt, der Anzahl der absolvierten Ausbildungen in gesundheitswirtschaftlichen Berufen, der Anzahl der Studienanfänger in medizinischen Berufen und der Anzahl der im Krankenhaus offenen Stellen bedienen. Gleichzeitig ist aber auch stets eine Betrachtung des Durchschnittsalters notwendig, um der Gefahr vieler gleichzeitiger Renteneintritte und dem Verlust von angesammeltem Know-how aufgrund vieler junger Mitarbeiter entgegenzuwirken.

Die Aufgabe der *Personalentwicklung* beinhaltet eine konkrete Bestimmung der Mitarbeiterentwicklungsziele. Diese zielt darauf ab, fehlende Kenntnisse der Mitarbeiter und damit einhergehende Nichterfüllungen von Aufgaben zu identifizieren und entsprechende Personalentwicklungsmaßnahmen einzuleiten. Bei den Personalentwicklungsmaßnahmen sind sodann die Kosten sowie zeitlichen und organisatorischen Bedingungen zu planen und die kostenoptimalsten Maßnahmen auszuwählen und durchzuführen. Des Weiteren muss das Personalcontrolling auch externe Entwicklungen und neue Arbeitsanforderungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Budget und die Qualität analysieren.

Im Rahmen der *Personaleinsatzplanung* gilt es dann, die zur Verfügung stehenden Mitarbeiter zur Erfüllung ihrer Aufgaben in qualitativer, quantitativer, zeitlicher und örtlicher Hinsicht optimal zuzuordnen. Es steht die Erreichung einer optimalen Kosten-Leistungs-Relation im Mittelpunkt. Das Personalcontrolling muss dazu aber auch soziale Aspekte, beispielsweise Wünsche nach bestimmten Arbeitszeiten ohne Nachtschicht, mit in die Planung einbeziehen. Es ist stets auch darauf zu achten, die Mitarbeiter vor Über- oder Unterforderung zu bewahren, ihre individuellen Entwicklungsmöglichkeiten sicherzustellen und die Arbeitsgestaltung gerecht vorzunehmen. Die Personalzuordnung und -dimensionierung basiert auf Informationen hinsichtlich der Anforderungen des Arbeitsplatzes, der notwendigen und beim Mitarbeiter vorhandenen Fähigkeiten, Kenntnisse und Kompetenzen sowie der krankenhausbefugten Bedürfnisstruktur.¹¹³

¹¹³ Minder, Susanna (2020), S. 47-48.

Es sind sowohl der Zeitbedarf als auch die Produktivität der jeweiligen Station zu berücksichtigen. Dem Personalcontrolling helfen Kennzahlen wie die Anzahl der Schichten, die Zahl der Zeitarbeiter, die Teilzeitquote, die Verteilung des Jahresurlaubs und die durchschnittlichen Kosten je Überstunde, um sich ein Bild über den Zustand und die Entwicklung zu verschaffen.¹¹⁴ Dafür sind des Weiteren eine detaillierte Auswertung und Kontrolle der Personaldaten notwendig, um den gesetzlichen Vorschriften der PpUGV gerecht zu werden.¹¹⁵

Bei der *Personalkostenplanung* geht es schließlich darum, die Kosten für den Personalbereich systematisch zu planen und zu kontrollieren. Dafür lassen sich die Personalkosten in Leistungsentgelte und Zusatzkosten unterteilen. Die Entwicklung dieser Kosten und mögliche Abweichungen zur Planung werden dann hinsichtlich der dafür in Frage kommenden Ursachen analysiert. Vor allem zwei Kennzahlen sind diesbezüglich von Bedeutung. Einerseits ist die Personalkostenquote relevant, die das Verhältnis von Personalkosten zum Umsatz angibt und zeigt, ob die Veränderung der Personalkosten in Bezug auf die Veränderung des Umsatzes in einem angemessenen Verhältnis steht.¹¹⁶ Andererseits gilt ein besonderer Fokus aber auch den Personalkosten je Mitarbeiter, da diese Kennzahl Kosteneffekte durch wirtschaftliche Veränderungen wie Tarifierpassungen von jenen unterscheidet, die aus personalstrukturellen Veränderungen wie der Erhöhung des Fachkräfteanteils resultieren.¹¹⁷

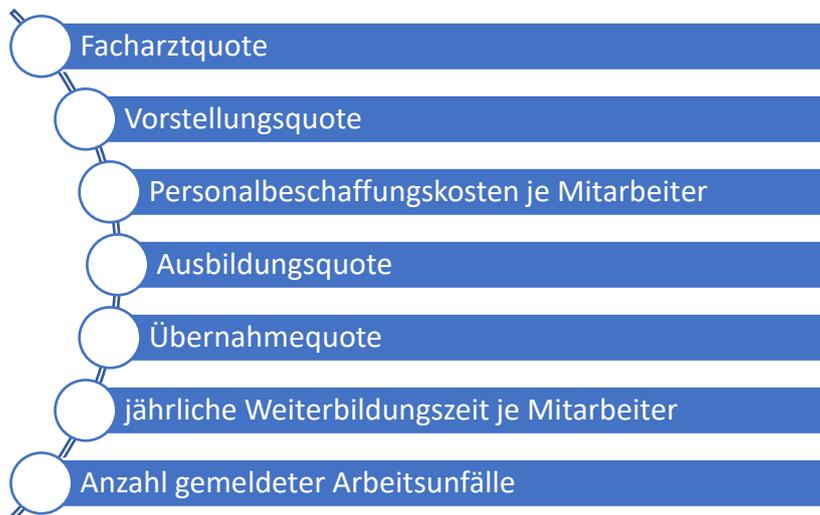


Abbildung 14: Personalkennzahlen

Quelle: eigene Darstellung nach Minder, Susanna (2020), S. 52 und Decker, Lisa (2012), S. 61.

¹¹⁴ Minder, Susanna (2020), S. 47-48.

¹¹⁵ Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 579.

¹¹⁶ Vgl. Minder, Susanna (2020), S. 48-49.

¹¹⁷ Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 593.

Die so vom Personalcontrolling gewonnenen Informationen und erarbeiteten Planungen und Steuerungsmaßnahmen können sodann im Rahmen der Personalberichterstattung kommuniziert werden. In diesen Berichten werden die relevanten Aktivitäten und Ergebnisse des Personalcontrollings sowie die Verzahnung zwischen Unternehmens- und Personalstrategie präsentiert. Die Personalberichte dienen sodann auch als Grundlage strategischer Entscheidungen und richten sich an die Krankenhausleitung, die einzelnen Bereichs- und Stationsleitungen, die Personalabteilungen und die Arbeitnehmervertretung sowie in einzelnen Fällen auch an die Mitarbeiter selbst. Auch externe Stakeholder wie Eigen- und Fremdkapitalgeber, die Öffentlichkeit, Kooperationspartner oder potenziell zukünftige Mitarbeiter können als Adressaten in Frage kommen.¹¹⁸ Weitere, bisher noch nicht genannte Kennzahlen, die in einen solchen Bericht einfließen können und Auskunft über verschiedene personalwirtschaftliche Aktivitäten und Entwicklungen geben, sind ferner in Abbildung 14 zusammengefasst.

Damit lässt sich zusammenfassen, dass das Personalcontrolling dafür zuständig ist, den Personalbedarf des Krankenhauses rechtzeitig und detailliert zu bestimmen, Maßnahmen zu ergreifen, um die benötigten Mitarbeiter effektiv anzuwerben, den Einsatz der Mitarbeiter optimal zu gestalten und den Personalbereich kosteneffizient aufzustellen. Damit soll das Personalcontrolling die personelle Funktionsfähigkeit des Krankenhauses sicherstellen und den personalwirtschaftlichen Herausforderungen aktiv begegnen, um so den langfristigen Erfolg des Krankenhauses zu garantieren.

6.3 Instrumente

Im Folgenden sollen einige Vorgehensweisen der Personalbedarfsermittlung dargestellt werden, die im Rahmen der Personalbedarfsplanung eingesetzt werden können. Es wird sich auf die in der verwendeten Literatur am häufigsten genannten und beschriebenen Arten fokussiert.

6.3.1 Personalbedarfsermittlungsverfahren

Die Methoden der Personalbedarfsermittlung haben als Ziel, Art und Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt im Krankenhaus benötigten Mitarbeiter zu eruieren. Der Bruttopersonalbedarf ergibt sich aus den geplanten Aktivitäten des Krankenhauses und umfasst auch kalkulierte Fehlzeiten. Dieser wird dann mit dem Ist-Personalbestand verglichen. Ist der Bruttopersonalbedarf größer als der Ist-Personalbestand, entsteht wie in Abbildung 15 dargestellt ein Beschaffungsbedarf, der als Nettopersonalbedarf bezeichnet wird.¹¹⁹

¹¹⁸ Vgl. Decker, Lisa (2012), S. 57.

¹¹⁹ Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 583.

Ist der Bruttoperpersonalbedarf jedoch kleiner als der Ist-Bestand, so ergibt sich ein Freisetzungsbefehl. Bei der Ermittlung des jeweiligen Bedarfs ist stets darauf zu achten, dass einerseits genügend Personal eingeplant wird, damit Patienten auch ohne größere Wartezeiten behandelt werden können, andererseits aber auch Leerzeiten und Ineffizienzen bestmöglich vermieden werden.¹²⁰

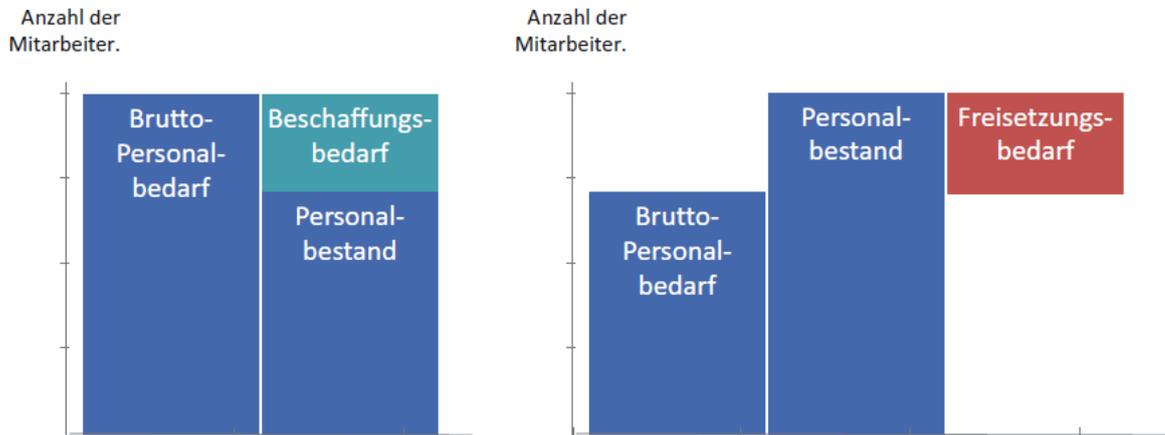


Abbildung 15: Personalbedarfsermittlung

Quelle: Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 583.

Um den Personalbedarf zu ermitteln, kann das *Schätzverfahren* verwendet werden. Dieses wird als einfachste, aber zugleich auch ungenaueste Methode betrachtet. Das Verfahren beruht auf Schätzungen des Personalcontrollings, die sich aus der Befragung der leitenden Ärzte und Stationsleitungen ergeben. Deren Einschätzung ist aufgrund unterschiedlicher Erfahrungswerte und Interessen jedoch selten objektiv. Das *Stellenplan-Verfahren* hingegen stützt die Ermittlung des Personalbedarfs auf die vorliegenden Stellenpläne, Organigramme und Aufgabengliederungen. Es erfolgt eine rechnerische Ermittlung der Anwesenheitszeit je Arbeitsplatz, die dann in Relation zu der Soll-Arbeitszeit einer Vollkraft gesetzt wird. Daraus ergibt sich der Bedarf je Arbeitsplatz. Typischerweise wird das Stellenplan-Verfahren bei der Besetzung der Pforte, des Telefondienstes oder des Bereitschaftsdienstes verwendet. Nachfolgend soll dies beispielhaft für die Pforte dargestellt werden, wobei von einer jährlichen Arbeitszeit einer Vollkraft von 1.600 Stunden unter Berücksichtigung von krankheits-, urlaubs- und schulungsbedingten Ausfallzeiten ausgegangen wird.¹²¹

¹²⁰ Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 583.

¹²¹ Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 585-586.

A (Zahl Arbeitsplätze): 1

S (Zahl Schichten pro Tag): 3

T (Zahl der Tage p.a.): 365

Z (Zeit pro Schicht in h): 8

$$\text{Arbeitsmenge} = A * S * T * Z = 1 * 3 * 365 * 8 = 8.760 \text{ Stunden}$$

$$\text{Personalbedarf} = \frac{\text{Arbeitsmenge}}{\text{jährliche Arbeitszeit Vollkraft}} = \frac{8.760 \text{ h}}{1.600 \text{ h}} = 5,5$$

Im Beispiel wird so ein Bruttopersonalbedarf von 5,5 Vollkräften errechnet, der dann mit dem Ist-Personalbestand verglichen wird, um den Beschaffungs- oder Freisetzungsbedarf zu ermitteln.¹²²

Die *erlösorientierte Personalbedarfsermittlung* zielt darauf ab, die durch die Krankenhauserlöse finanzierten Vollkräfte zu ermitteln. Es gilt der Grundsatz, dass die Umsatzerlöse die Obergrenze der Kosten bilden. Die Erlöse werden für diese Methode auf die einzelnen leistungserbringenden Abteilungen und Berufsgruppen verteilt. Dafür kann die Kostenmatrix des InEK herangezogen werden. Der Fallerlös wird erst der Abteilung mit der längsten Verweildauer für den jeweiligen Fall zugewiesen, sodass anschließend eine Verteilung der Erlösanteile auf die beteiligten Abteilungen auf Grundlage der Kostenmatrix erfolgen kann. Die so zugeordneten Erlöse werden dann den tatsächlich angefallenen Personalkosten je Abteilung gegenübergestellt, wodurch sich anhand der durchschnittlichen Personalkosten je Vollkraft die Anzahl der finanzierten Vollkräfte ermitteln lässt.¹²³ Dies ist nachfolgend in Abbildung 16 beispielhaft dargestellt, wobei sich in diesem Beispiel eine Anzahl nichtfinanzierter Vollkräfte ergibt, was in einem Freisetzungsbedarf resultiert.

¹²² Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 586.

¹²³ Vgl. Greshake, Silke; Bieker, Marcus; Kümpel, Thomas (2022), S. 256-257.

Fachabteilung	Vollkräfte gesamt	Personal- kosten gesamt	Ø Personal- kosten je VK	Erlöse gesamt	Erlös- finanzierte Vollkräfte	VK Differenz Ist-Erlös
Anästhesie	9,5	1.282.500 €	135.000 €	985.000 €	7,3	2,2
Allgemein- chirurgie	14,5	1.421.000 €	98.000 €	1.250.000 €	12,8	1,7
Gynäko- logie/ Geburtshilfe	9,5	902.500 €	95.000 €	750.000 €	7,9	1,6
Innere Medizin	12,5	1.262.500 €	101.000 €	1.385.000 €	13,7	-1,2
Unfall- chirurgie	13,0	1.261.000 €	97.000 €	1.050.000 €	10,8	2,2
Urologie	7,0	700.000 €	100.000 €	550.000 €	5,5	1,5
Gesamt	66,0	6.829.500 €		5.970.000 €	58,0	8,0

Abbildung 16: Erlösorientierte Personalbedarfsermittlung

Quelle: Greshake, Silke; Bieker, Marcus; Kümpel, Thomas (2022), S. 257.

Bei der *Leistungseinheitsrechnung* werden sowohl der Zeitaufwand je Aktivität als auch die Häufigkeit der zu verrichtenden Tätigkeiten bestimmt. Es werden dann die Arbeitsmengen der Teilaufgaben mit den jeweils benötigten Zeiten multipliziert. Das so entstehende Produkt wird durch die betriebsübliche Arbeitszeit einer Vollkraft dividiert, wodurch sich der Personalbedarf ergibt. Dieses Verfahren setzt weitgehend standardisierte und homogene Aufgaben voraus, weswegen es sich besonders für die Bereiche Anästhesie, Labor, Küche oder Wäscherei anbietet. Die Leistungseinheitsrechnung liefert relativ genaue Ergebnisse, ist jedoch vergleichsweise aufwendig, da sämtliche Aktivitäten und Prozesse identifiziert und die dazugehörigen Arbeitsmengen und -zeiten ermittelt werden müssen.¹²⁴

Die Betrachtung der Personalbedarfsermittlungsverfahren hat gezeigt, dass es für das Personalcontrolling verschiedene Methoden gibt, um den Personalbedarf zu ermitteln und zu planen. Die Methoden unterscheiden sich allerdings in ihrem Aufwand und ihrer Genauigkeit. Als besonders genau, aber gleichzeitig auch sehr aufwendig, haben sich die Leistungseinheitsrechnung und die erlösorientierte Personalbedarfsermittlung erwiesen. Mit allen Methoden ist das Personalcontrolling aber in der Lage, einen möglichen Beschaffungs- oder Freisetzungsbedarf zu ermitteln, um die optimale Personalstruktur hinsichtlich Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter sicherzustellen.

¹²⁴ Vgl. Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022), S. 587-588.

7 Medizincontrolling

Das folgende Kapitel soll sich mit dem für das Krankenhaus speziell entwickelten Medizincontrolling inklusive der Notwendigkeit, der Aufgaben und Instrumente befassen.

7.1 Notwendigkeit und Definition

Die Einführung des Fallpauschalensystems in Deutschland hat zu einem erheblichen Aufwand für das Controlling geführt. Infolgedessen mussten die Behandlungsfälle einer von über 1.000 möglichen DRGs zugeordnet werden. Insgesamt stehen mehr als 13.000 Diagnose- und 27.500 Prozedurenschlüssel zur Auswahl.¹²⁵ Die gesetzliche Frist für die Übermittlung der Informationen über die Entlassung des Patienten an den Kostenträger beträgt lediglich 72 Stunden, wenngleich die finale DRG-Kodierung durch noch zu untersuchende Proben auch erst einige Tage später feststehen kann.¹²⁶ Daher hat sich die junge Disziplin des Medizincontrollings entwickelt, um diesen Anforderungen gerecht zu werden.¹²⁷ Das Medizincontrolling kann als Erfassung und Verrechnung der im Krankenhaus erbrachten Behandlungsleistungen und deren Zuordnung zu den Fallgruppen sowie der Kodierung und Dokumentation der medizinischen Leistungen verstanden werden.¹²⁸

7.2 Aufgaben

Eine der wichtigsten Aufgaben des Medizincontrollings besteht darin, die Dokumentations- und Kodierqualität sicherzustellen. Dafür ist es notwendig, die DRG-Kodierungen systematisch zu überprüfen und das Vorgehen bei Kodierungen nach Möglichkeit zu optimieren. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, muss sich der Medizincontroller mit den jeweils geltenden Kodierrichtlinien auskennen und sich das notwendige Wissen über die aktuellen Erlössysteme sowie medizinische Fachkenntnisse aneignen. Nur dann ist er in der Lage, aus der Vielzahl an DRGs, Diagnose- sowie Prozedurenschlüsseln die richtige Auswahl, Dokumentation und Verschlüsselung für den einzelnen Behandlungsfall vorzunehmen. Da es bei dieser Kodierung aber auch zu Fehlern kommen kann, werden jährliche Rechnungsprüfungen von den Kostenträgern initiiert, die sodann vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durchgeführt werden.¹²⁹

¹²⁵ Vgl. Bohnet-Joschko, Sabine (2011), S. 342.

¹²⁶ Vgl. Liebel, Jörg; Wagner, Manfred; Bartels, Friedhelm (2017), S. 201.

¹²⁷ Vgl. Bohnet-Joschko, Sabine (2011), S. 345.

¹²⁸ Vgl. Siller, Helmut (2019b), S. 60.

¹²⁹ Vgl. Bohnet-Joschko, Sabine (2011), S. 342-343.

Etwa zehn Prozent der Krankenhausabrechnungen werden überprüft, um unplausible Leistungsbewertungen zu erkennen. Im Ergebnis werden dann etwa fünf Prozent der abgerechneten Fälle aufgrund von Fehlern nicht vergütet. Grund dafür kann einerseits eine falsche Kodierung sein, was etwa ein Viertel aller nicht vergüteten Fälle betrifft oder auch eine fehlerhafte oder in der Länge nicht notwendige Dauer der Behandlung. Etwa ein Fünftel aller nicht vergüteten Fälle lässt sich auf eine fehlende Notwendigkeit zur stationären Behandlung zurückführen. Die Aufgabe des Medizincontrollings ist es dann, mit dem MDK in Verhandlungen zu treten und die Ergebnisse der Einzelfallprüfungen zu klären.¹³⁰ Dazu kann es notwendig sein, dass der Medizincontroller Fallbegehungen mit dem MDK durchführt. Der gesamte Schriftverkehr mit dem MDK sowie potenzielle Widerspruchsverfahren oder Nachfragen bezüglich Rechnungskürzungen laufen daher über das Medizincontrolling. Dieses kontrolliert die beanstandeten Fälle und sammelt Argumente, um in den Verhandlungen mit dem MDK das bestmögliche Ergebnis für das Krankenhaus zu erzielen.¹³¹

Das Medizincontrolling ist einerseits dafür zuständig, das Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen und dem MDK zu vertreten, andererseits ist es aber auch für die Zusammenarbeit und das Zusammenwirken der einzelnen Krankenhausbereiche wie dem ärztlichem Personal, den Stationen und den Controlling-Abteilungen verantwortlich.¹³² Der Medizincontroller agiert daher als interdisziplinärer Vermittler, der bei medizinischen Fragen stets auch die ökonomische Perspektive betrachtet und bei ökonomischen Entscheidungen das nötige medizinische Verständnis besitzt. In dieser Funktion ist er auch zuständig dafür, DRG-Problemfälle mit den zuständigen Ärzten zu besprechen.¹³³ Auch das Einführen neuer und das Erweitern bestehender Software für die Falldokumentation und -kodierung fallen in den Aufgabenbereich des Medizincontrollings. Neben Routinedaten wie dem Geburtsdatum, dem Geschlecht, Haupt- und Nebendiagnosen, dem einweisenden Arzt oder auch der Medikation, erfasst das Medizincontrolling auch Kennzahlen zur Prozess-, Ergebnis- und Dokumentationsqualität.¹³⁴ Diese sind nachfolgend in Tabelle 1 dargestellt.

¹³⁰ Vgl. Bohnet-Joschko, Sabine (2011), S. 343.

¹³¹ Vgl. Liebel, Jörg; Wagner, Manfred; Bartels, Friedhelm (2017), S. 200.

¹³² Vgl. Bohnet-Joschko, Sabine (2011), S. 343.

¹³³ Vgl. Liebel, Jörg; Wagner, Manfred; Bartels, Friedhelm (2017), S. 199-200.

¹³⁴ Vgl. Vgl. Bohnet-Joschko, Sabine (2011), S. 344.

Tabelle 1: Kennzahlen des Medizincontrollings

Prozesskennzahlen	Ergebnis-/ Dokumentationskennzahlen
Verweildauer je DRG	Dauer Entlassung bis Abrechnung
Belegungstage je Abteilung	Anzahl strittiger Forderungen
Wiederaufnahmerate	Gesamtbetrag strittiger Forderungen
Mortalitätsrate	Höhe nicht abrechenbarer Leistungen

Quelle: eigene Darstellung nach Bohnet-Joschko, Sabine (2011), S. 344.

Des Weiteren beobachtet und analysiert das Medizincontrolling Umfeldfaktoren und demografische sowie medizinisch-technische Entwicklungen, um auf Grundlage von Potenzial- und Umfeldanalysen bei der Entscheidungsfindung in Bezug auf die Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, der Anschaffung neuer Großgeräte oder dem Abbau bestimmter Krankenhausleistungen mitzuwirken.¹³⁵

Die Aufgaben des Medizincontrollings lassen sich also zusammenfassend einteilen in die richtige Kodierung und Dokumentation der Behandlungsfälle, die interne und externe Kommunikation, das Vermitteln zwischen ökonomischer und medizinischer Perspektive sowie das Verhandeln mit dem MDK bei Beanstandungen. Besonders letztere können dem Krankenhaus finanziell schaden, weswegen eine richtige Kodierung durch das Medizincontrolling und eine gute Verhandlung mit dem MDK essenziell für den finanziellen Erfolg eines Krankenhauses sind.

¹³⁵ Vgl. Bohnet-Joschko, Sabine (2011), S. 345.

7.3 Instrumente

Nachfolgend sollen Instrumente des Medizincontrollings betrachtet werden, die gemäß der verwendeten Literatur als zukünftig besonders relevant erscheinen.

7.3.1 Coder-Case-Manager-Modell

Das klassische Coder-Modell kodiert die abzurechnende DRG jedes entlassenen Behandlungsfalls anhand der Patientenakte. Das Coder-Case-Manager-Modell hingegen ist proaktiv ausgerichtet und zeichnet sich durch eine nähere Verbindung zu den Leistungsbereichen aus.¹³⁶ In diesem Modell geht es um eine fallbegleitende Kodierung, die einen ständigen Austausch zwischen den Medizincontrollern und den Leistungserbringern zur Folge hat. Dadurch hat das Medizincontrolling Einfluss auf die Leistungssteuerung, da die mittlere Verweildauer, der ökonomisch optimale Entlasszeitpunkt und die Fallzusammenführung gesteuert werden können. Das Coder-Case-Manager-Modell lässt sich in drei Stufen unterteilen. Auf der ersten Stufe nimmt das Medizincontrolling an Vidierbesprechungen mit den jeweils zuständigen DRG-Beauftragten teil, nimmt MDK-Fallbegehungen vor, führt den Schriftverkehr mit dem MDK und zeigt täglich Präsenz auf den Stationen. Des Weiteren ist es für die Endkodierung der entlassenen Fälle sowie deren Freigabe zuständig und beschafft von den Versicherern benötigte Dokumente.

Auf der zweiten Stufe kommt sodann die Kodierung der Aufnahmediagnosen hinzu. Außerdem nimmt das Medizincontrolling an Visiten und Pflegeübergaben teil. So kann es in Echtzeit Behandlungsfälle kodieren und muss bei der Entlassung nur noch fehlende oder hausinterne Befunde beschaffen und für die Abschlusskodierung berücksichtigen. Im Rahmen der Festlegung optimaler Entlasszeitpunkte und mittlerer Verweildauern erfolgt ein Verweildauer-Report, der auf Risikopatienten hinsichtlich der Über- oder Unterschreitung der Grenzverweildauern hinweisen soll. Auch eine Kontrolle und das Monitoring von Qualitätsstandards sowie die Interaktion mit nicht-klinischem Stationspersonal, beispielsweise Reinigungskräften, erfolgt auf der zweiten Stufe. Die dritte und letzte Stufe des Coder-Case-Manager-Modells zeichnet sich dann dadurch aus, dass ein systematisches Aufnahmemanagement eingeführt wird. Die Durchführung vorstationärer Planungen sollen die Verweildauern verkürzen und ein effizientes Terminvergabesystem sorgt für gestaffelte Aufnahmezeiten.¹³⁷

¹³⁶ Vgl. Liebel, Jörg; Wagner, Manfred; Bartels, Friedhelm (2017), S. 201-202.

¹³⁷ Vgl. Liebel, Jörg; Wagner, Manfred; Bartels, Friedhelm (2017), S. 204-205.

Gleichzeitig steht das Medizincontrolling in kontinuierlichem Austausch mit niedergelassenen Ärzten, um Informationen zu beschaffen und so außerplanmäßige Einbestellungen bei Minderbelegungen und Terminabsagen bei Überbelegungen zu gewährleisten. Damit lässt sich auch die Steuerung nachstationärer Weiterbehandlungen verbessern.¹³⁸

Das Coder-Case-Manager-Modell zeigt sich also als effizientes Verfahren, um schrittweise die Kodierung und den Behandlungsablauf zu verbessern. Die Kommunikation und der vor- sowie nachgelagerte Behandlungsprozess werden stufenweise intensiviert und verbessert, während gleichzeitig eine Fallkodierung in Echtzeit und fallbegleitend durch Visiten und Aufnahmekodierungen erfolgt, was nachhaltig die Qualität und Genauigkeit der Kodierung steigern und teure Kodierungsfehler vermeiden soll.

7.3.2 Dashboards

Dashboards sind flexible Kennzahlen-Cockpits, die gezielt aktuelle und relevante Informationen übersichtlich zur Verfügung stellen, um damit die Weiterentwicklung des Krankenhauses zu unterstützen und Optimierungsprozesse einzuleiten.¹³⁹ Sie sind als EDV-gestütztes Analyseinstrument zur einheitlichen und übersichtlichen Visualisierung ausgewählter Indikatoren zu klassifizieren,¹⁴⁰ das Transparenz schafft und so die Grundlage für Kosteneinsparungen und Verbesserungen bildet. Das Medizincontrolling kann auf Grundlage der Darstellung der Abläufe und Verfahren diese systematisch analysieren, frühzeitig Wachstumspotenziale erkennen und so zum wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses beitragen.¹⁴¹ Durch die Betrachtung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen ist auch eine Kombination mit einer Balanced Scorecard möglich.¹⁴² Als Adressaten der Dashboards kommen im Wesentlichen die Geschäftsführung, die Leitungen der Fachabteilungen und die Leitungen der Fachbereiche in Frage. Die vom Medizincontrolling zur Verfügung gestellten Dashboards tragen dann dazu bei, die entsprechenden Entscheidungsträger durch die kontinuierliche Bereitstellung aller relevanten Daten in einem übersichtlichen Kennzahlensystem handlungsfähig zu machen. Das Medizincontrolling muss aber auch darauf achten, dass die Kennzahlen für die verschiedenen Entscheidungsebenen und Fachbereiche bedeutungsvoll sind und adressatengerecht aufbereitet werden.¹⁴³

¹³⁸ Vgl. Liebel, Jörg; Wagner, Manfred; Bartels, Friedhelm (2017), S. 205.

¹³⁹ Vgl. Schlüter, Andreas (2015), S. 31.

¹⁴⁰ Vgl. Lachmann, Maik; Wenger, Felix (2011), S. 224.

¹⁴¹ Vgl. Schlüter, Andreas (2015), S. 32.

¹⁴² Vgl. Lachmann, Maik; Wenger, Felix (2011), S. 224.

¹⁴³ Vgl. Schlüter, Andreas (2015), S. 32.

Ein Dashboard kann die Daten in Form von Ampeln, Graphen, Tabellen und Beschreibungen darstellen und ermöglicht auch eine Abfrage für weiterführende detaillierte Informationen. Da die Quantität und Heterogenität der Informationen im Krankenhaus stetig zunehmen, sind monatliche, statische Standardreports nicht mehr sachgerecht. Dashboards schaffen hier in Echtzeit eine visuelle Aufbereitung und Analyse fragmentierter Daten zur Entscheidungsunterstützung. Die Implementierung von Dashboards ist mit einem geringen Investitionsaufwand verbunden, trägt aber zur Verbesserung der Kontrollfunktion und zur Schonung zeitlicher und finanzieller Ressourcen bei. Die Erstellung und die Implementierung von Dashboards lassen sich grob in drei Schritte unterteilen. In einem ersten Schritt, der Gestaltung, gilt es, den objektiven Informationsbedarf, die Informationsstruktur und den Informationsumfang zu erheben. Es sind sodann Kennzahlen auszuwählen, die nachvollziehbar und regelmäßig überprüfbar sind. Die Kennzahlen müssen ziel- und empfängerorientiert ausgewählt werden und genügend Kontextinformationen bieten. Gleichzeitig müssen sie operativ von den jeweiligen Bereichen beeinflussbar und strategisch relevant sein. Es bietet sich an, auch Benchmark-Werte anderer Krankenhäuser oder öffentlicher Institutionen einzubeziehen. Bei der Erstellung der Dashboards ist auch darauf zu achten, dass die Darstellungsqualität, die Oberflächengestaltung und die Dialogführung verständlich und zielgerecht gestaltet werden.¹⁴⁴ Die Darstellung einer möglichen Dashboard-Oberfläche ist Abbildung 17 zu entnehmen.

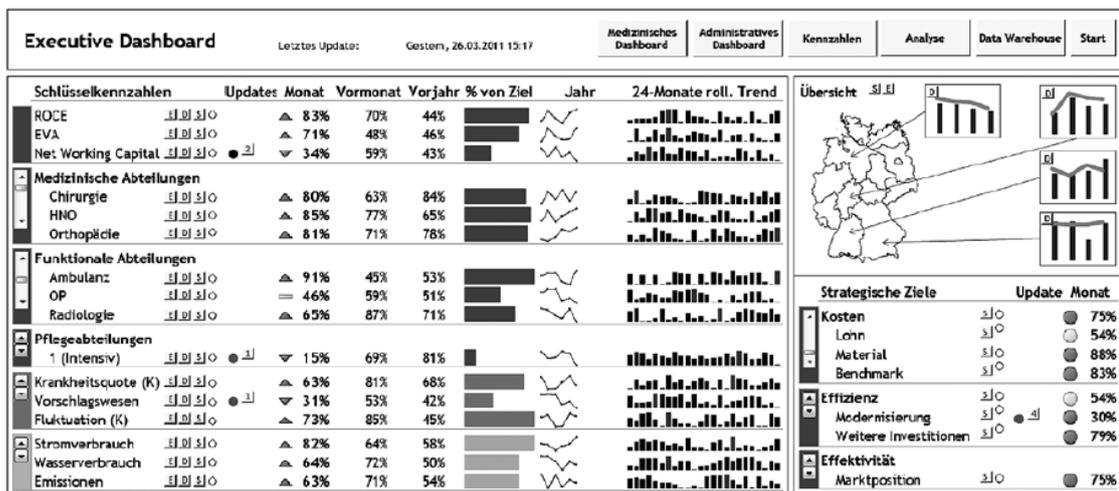


Abbildung 17: Oberfläche eines Dashboards
 Quelle: Lachmann, Maik; Wenger, Felix (2011), S. 226.

¹⁴⁴ Vgl. Lachmann, Maik; Wenger, Felix (2011), S. 224-226.

Der zweite Schritt umfasst dann die eigentliche Implementierung. Das Dashboard wird dafür mit den benötigten Daten unterlegt, wobei die Kennzahlen definiert, ihre Bedeutung und Berechnung kontextgebunden erläutert und die visuelle Darstellung erstellt werden. In diesem Schritt ist sodann auch eine Integration von Prognosefunktionen und statistischen Szenario-Analysen möglich. Ist das Dashboard implementiert, folgt der dritte und letzte Schritt, der die regelmäßige Evaluation des Dashboards umfasst. Dazu werden auf Grundlage von Feedbacks und Reviews mögliche Anpassungen erarbeitet, um den nachhaltigen Nutzen des Dashboards zu gewährleisten.¹⁴⁵

Das Dashboard selbst setzt sich aus mehreren Bestandteilen zusammen. Ein Bestandteil sind die klassischen Standardreports des Medizincontrollings, die Informationen über Fallzahlen, Fallschwere, Case-Mix-Punkte und Case-Mix-Index bereitstellen. Sie geben auch Auskunft über Abrechnungspauschalen und DRGs, Gewinn- und Verlustrechnungen sowie Abweichungen zwischen Plan- und Sollwerten oder zu Vorjahres- und Vormonatszahlen. Diese dienen vor allem zur Darstellung von Entwicklungen und Trends im Krankenhaus. Auch Informationen aus dem Einweiser-Management werden integriert. Sie helfen dabei, Veränderungen im Einweiserverhalten sowie in der lokalen und regionalen Versorgung frühzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen einzuleiten. Ebenfalls Bestandteil eines Dashboards ist ein Frühwarnsystem. Dieses kann anhand ausgewählter Parameter potenzielle und tatsächliche interne sowie externe Gefahren erkennen. Das Controlling ist dann in der Lage, diese Gefahren zu steuern und zu neutralisieren. Das Personalcontrolling liefert Informationen zu Vollkräftestatistiken, Personalkosten, Überstunden und deren Entwicklungen. Diese Daten werden mit den entsprechenden Erlösen verknüpft und im Dashboard integriert. Damit ist es möglich, sowohl ökonomische als auch soziale Entwicklungen visuell aufbereitet darzustellen. Gleichzeitig kann das Dashboard hier auch dem Personalcontrolling bei der Personalplanung dienen.

Aus den Ambulanzen und Notaufnahmen werden Kennzahlen zur Konversionsrate, die den Anteil der nach einer ambulanten Behandlung stationär aufgenommen Patienten angibt, Wartezeiten, Verweildauern, Auslastungsgrade und Leerzeiten eingebunden. Diese sind besonders relevant, da Ambulanzen und Notaufnahmen oft die erste Anlaufstation für den Patienten sind.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Vgl. Lachmann, Maik; Wenger, Felix (2011), S. 226.

¹⁴⁶ Vgl. Schlüter, Andreas (2015), S. 32-33.

Des Weiteren sollten OP-Reports integriert werden, die auf Grundlage von Schnitt-Naht-Minuten, OP-Kapazitäten, Anzahl der Eingriffe je Vollkraft und Personal- sowie Sachkosten über die Qualität, Effizienz und potenzielle Risiken des OP-Bereichs informieren. Da Operationsräume oft zu den kostenintensivsten Bereichen gehören, sind diese Informationen für eine erfolgreiche Steuerung von großer Bedeutung. Das Prozesscontrolling kann ebenfalls auf Dashboards zurückgreifen, da hier Daten zu Durchlaufzeiten, Suchzeiten Personalkapazitäten und Prozessen zusammenlaufen, wodurch eine Verbesserung der Behandlungsabläufe ermöglicht wird. Ein weiterer Bestandteil sind zudem Produktivitätskennzahlen, die die Positionierung des Krankenhauses im Wettbewerb auf Grundlage ermittelter Finanz-, Leistungs- und Strukturdaten analysieren sollen. Das ermöglicht sodann eine ökonomisch optimale Steuerung und verbessert die medizinische Qualität.¹⁴⁷

Dashboards erweisen sich also als geeignete Instrumente für das Medizincontrolling, um die wichtigsten Kennzahlen übersichtlich und grafisch aufbereitet darzustellen, sodass jede Ebene, auf der Entscheidungen getroffen werden, schnell und aktuell über die dafür benötigten Daten verfügt und diese in Form von Grafiken und Erläuterungen nachvollziehen und nutzen kann. Gleichzeitig zeigt sich auch, dass das Medizincontrolling die Schnittstelle zwischen den verschiedenen Bereichen des Krankenhauses ist und als Vermittler zwischen diesen agiert, da für die Dashboards auch Daten des Prozess- oder des Personalcontrollings benötigt werden, die dann wiederum das vom Medizincontrolling erarbeitete Dashboard für ihre eigenen Analysen und Maßnahmen nutzen können.

¹⁴⁷ Vgl. Schlüter, Andreas (2015), S. 33-34.

8 Deckungsbeitragsrechnung im Krankenhaus

Nachfolgend soll die Deckungsbeitragsrechnung im krankenhausspezifischen Kontext untersucht werden, da sie als elementares Steuerungsinstrument verschiedener Controlling-Ansätze dienen kann.

Der Krankenhaussektor hat seit der Einführung der DRG-Fallpauschalen eine Entwicklung hin zu einer zunehmenden Dezentralisierung vollzogen. Diese ist auch verbunden mit der Übernahme der jeweiligen Kosten- und Erlösverantwortung. Um dieser Verantwortung gerecht zu werden, ist es notwendig, Kosten, Erlöse und Leistungen transparent darzustellen und zu analysieren. Hierfür kann das Controlling auch im Krankenhaus auf die Deckungsbeitragsrechnung zurückgreifen. Diese lässt sich den Teilkostenrechnungen zuordnen, wobei durch Gegenüberstellung von Erlösen und den zugehörigen proportionalen Kosten ein Bruttogewinn, also der Deckungsbeitrag, ermittelt wird. Ziel ist es sodann, Entscheidungsträger mit aussagekräftigen Informationen zu versorgen, Leistungen, Kosten und Erlöse zu kontrollieren sowie Prognosen und Planungen auf der Deckungsbeitragsrechnung aufzubauen.¹⁴⁸ Des Weiteren dient die Deckungsbeitragsrechnung zur kurzfristigen Kosten- und Leistungsplanung und zur strategischen Portfoliooptimierung. Durch eine differenzierte Betrachtung der Kosten können zudem Einsparungspotenziale erkannt und Zielvorgaben ermittelt sowie kontrolliert werden.¹⁴⁹ Die Deckungsbeitragsrechnung wird zunehmend häufiger im Krankenhaus eingesetzt, da sie auch zum Kostenbewusstsein und dem Verständnis über die ökonomischen Aspekte der medizinischen Behandlung bei Ärzten und Pflegekräften beitragen kann. Zudem ermöglicht sie, erfolgsabhängige Vergütungsbestandteile von Chefärzten an die Erreichung geplanter Soll-Deckungsbeiträge zu knüpfen und so einerseits die Motivation der Chefärzte und andererseits die Deckungsbeiträge und Gewinne des Krankenhauses zu steigern.¹⁵⁰

¹⁴⁸ Vgl. Pohl, Liliia (2019), S. 2-3.

¹⁴⁹ Vgl. Pohl, Liliia (2019), S. 7.

¹⁵⁰ Vgl. Greshake, Silke; Pohl, Liliia; Ahrens, John; Zapp, Winfried (2019), S. 29.

Bei der einstufigen Deckungsbeitragsrechnung werden die variablen Herstellkosten von den Erlösen abgezogen. Die so entstehenden Deckungsbeiträge werden kumuliert, sodass von der Summe der Deckungsbeiträge noch der Fixkostenblock abgezogen werden kann. Als Ergebnis ergibt sich so der Nettoerfolg bzw. das Unternehmensergebnis. Die einstufige Deckungsbeitragsrechnung wird auch als Direct Costing bezeichnet.¹⁵¹ Tabelle 2 zeigt einige beispielhafte variable und fixe Kosten im Rahmen der krankenhausspezifischen Deckungsbeitragsrechnung.

Tabelle 2: Variable und fixe Kosten im Krankenhaus

variable Kosten		fixe Kosten	
Einzelkosten	Gemeinkosten	Einzelkosten	Gemeinkosten
Arzneimittel	übrige Arznei	Gehälter Ärztlicher Dienst	Reinigungsmittel
Blutkonserven und Implantate	übriger medizinischer Bedarf	Gehälter Pflegedienst	Personalkosten der Verwaltung

Quelle: eigene Darstellung nach Pohl, Liliia (2019), S. 4.

Die Mehrstufige Deckungsbeitragsrechnung hingegen splittet zuerst die Fixkosten auf und subtrahiert diese dann stufenweise von den Erlösen und Deckungsbeiträgen. Dadurch wird eine differenzierte Zuordnung und genaue Analyse der Fixkosten ermöglicht.¹⁵² Eine Variante der mehrstufigen Deckungsbeitragsrechnung ist die fallkostenbasierte Deckungsbeitragsrechnung. Sie dient dazu, die Kostenstruktur des vorhandenen Leistungsprogramms abzubilden und den Anteil der jeweiligen Leistung am Erfolg des Krankenhauses zu ermitteln. Damit bildet die fallkostenbasierte Deckungsbeitragsrechnung die Grundlage für eine Optimierung des Leistungsportfolios. Die Abbildung aller Fallkosten zeigt, ob die jeweils zu erbringende Leistung ein positives oder negatives Ergebnis erwirtschaftet. Die Berechnungsgrundlage „Fall“ kann im Rahmen dieser Rechnung auf drei Arten definiert werden. Einerseits kann ganz klassisch die einzelne DRG herangezogen werden. Die Kosten und Erlöse ergeben sich dann anhand des Fallpauschalenkatalogs. Andererseits kann aber auch der gesamte Behandlungsfall von der Aufnahme bis zur Entlassung als Grundlage dienen. Dann erfolgt auch eine Betrachtung und Einbeziehung von Wahlleistungen, krankenhausspezifischen Entgelten und vor- sowie nachstationären Leistungen.¹⁵³

¹⁵¹ Vgl. Pohl, Liliia (2019), S. 4.

¹⁵² Vgl. Pohl, Liliia (2019), S. 5.

¹⁵³ Vgl. Pohl, Liliia (2019), S. 8-9.

Als dritte Variante kommt dann die Betrachtung Klinischer Leistungsgruppen in Frage. Hierbei wird sich nicht am DRG-System orientiert, sondern an nach medizinischen Diagnosen zusammengefassten Leistungsgruppen.¹⁵⁴ Abbildung 18 zeigt beispielhaft eine fallkostenbasierte Deckungsbeitragsrechnung mit den einzelnen DRGs als Grundlage.

Beispielkrankenhaus					
	DRG 1	DRG 2	DRG 3	DRG 4	DRG ...
	16%	25%	20%	16%	23%
Erlöse/Fall	34.500 €	20.500 €	9.300 €	7.500 €	2.000 €
var. Kosten/Fall	15.000 €	12.000 €	4.000 €	2.000 €	500 €
DB I/Fall	19.500 €	8.500 €	5.300 €	5.500 €	1.500 €
Anzahl	10	15	12	10	14
DB I gesamt	195.000 €	127.500 €	63.600 €	55.000 €	21.000 €
Fallgruppenfixkosten	45.000 €		22.200 €	20.500 €	5.500
DB II	277.500 €		41.400 €	34.500 €	15.500 €
Stationsfixkosten	150.000 €		34.000 €	30.000 €	
DB III	127.500 €		7.400 €	20.000 €	
Abteilungsfixkosten	100.500 €			18.000 €	
DB IV	34.400 €			2.000 €	
Krankenhausfixkosten	30.300 €				
Nettoerfolg	6.100 €				

Abbildung 18: Fallkostenbasierte Deckungsbeitragsrechnung

Quelle: Pohl, Liliia (2019), S. 9.

Zu den fallvariablen Kosten zählen alle Kosten, die in Abhängigkeit von der Fallzahl steigen. Das sind einerseits die als primäre Einzelkosten zu klassifizierenden Kosten für Implantate, Transplantate und Medikamente und andererseits die sekundären Gemeinkosten, die sich aus internen Leistungen wie Röntgen- oder Laborleistungen zusammensetzen. Sie werden von den fallvariablen Erlösen, die den DRG-Erlösen inklusive der Zu- und Abschläge entsprechen, abgezogen, um den ersten Deckungsbeitrag zu erhalten. Es folgt sodann stufenweise die Reduzierung der Deckungsbeiträge um die verschiedenen Fixkostenarten.¹⁵⁵ Zu den Fallgruppenfixkosten gehören beispielsweise die Kosten für spezielle Funktionsdienste oder Geräte. Den Stationsfixkosten lassen sich die Kosten für die Stationsärzte, den Pflegedienst und die Abschreibungen auf das Anlagevermögen einer Station zuordnen. Die Abteilungsfixkosten setzen sich u.a. aus den Kosten für den medizinisch-technischen Dienst, den Bereitschaftsdienst und Fortbildungen zusammen.¹⁵⁶

¹⁵⁴ Vgl. Pohl, Liliia (2019), S. 9.

¹⁵⁵ Vgl. Greshake, Silke; Pohl, Liliia; Ahrens, John; Zapp, Winfried (2019), S. 35-36.

¹⁵⁶ Vgl. Pohl, Liliia (2019), S. 13.

Kosten für Instandhaltungen, Energie, Wasser und Versicherungen sind dann den Krankenhausfixkosten zuzurechnen.¹⁵⁷

Das Controlling kann damit nicht nur den Erfolg des Krankenhauses, sondern auch den Anteil jeder einzelnen DRG daran ermitteln. Gleichzeitig werden die dabei entstehenden Kosten nach Art und Zuordnung zur jeweiligen DRG aufgeschlüsselt, was eine detaillierte Kostenbetrachtung und -analyse ermöglicht. Somit stellt die Deckungsbeitragsrechnung ein nützliches Controlling-Instrument für die verschiedenen Controlling-Bereiche dar, um Kostensenkungspotenziale zu erkennen, das Leistungsportfolio zu optimieren, das ökonomische Verständnis beim klinischen Personal zu fördern, die Chefarzte zu motivieren und die Deckungsbeiträge und Gewinne zu steigern, was den langfristigen Erfolg des Krankenhauses sichert.

¹⁵⁷ Vgl. Greshake, Silke; Pohl, Lilia; Ahrens, John; Zapp, Winfried (2019), S. 40-41.

9 Fazit

Das Gesundheitswesen und der Krankenhaussektor haben in den letzten drei Jahrzehnten einen enormen Wandel bei der Finanzierung erlebt. Von der kompletten Erstattung aller angefallenen Betriebskosten wurde die Finanzierung der Krankenhäuser dahingehend angepasst, dass Behandlungsfälle mit einheitlichen Fallpauschalen auf Grundlage eines DRG-Systems vergütet werden. Dieser Wandel in der Krankenhausfinanzierung hat dazu geführt, dass Krankenhäuser einem erheblichen Kosten- und Wettbewerbsdruck ausgesetzt sind. Der Krankenhaussektor wurde dadurch zunehmend ökonomisiert, wodurch sich auch die Rolle des Patienten geändert hat, der infolgedessen mehr als Kunde statt als Patient betrachtet wird. Die Krankenhäuser hat das vor eine ganze Reihe von Herausforderungen gestellt. Diesen kann und muss mit effektiven Controlling-Ansätzen begegnet werden, um das Krankenhaus langfristig erfolgreich aufzustellen.

Im Bereich der Investitionen sind Krankenhäuser einerseits mit schwer zu planenden Investitionspauschalen, die an das DRG-System gekoppelt sind, konfrontiert und andererseits mit dem Umstand, dass die Investitionsausgleiche der Bundesländer kontinuierlich rückläufig sind. Das hat dazu geführt, dass Krankenhäuser bei ihren Investitionen einen hohen Eigenanteil bei knappen finanziellen Ressourcen aufwenden müssen. Daher wenden sich zunehmend mehr Kliniken dem Kapitalmarkt zu, was mit weiteren Herausforderungen bezüglich der Transparenz und Aufbereitung von Finanzdaten verbunden ist. Hier kann das Investitionscontrolling aber einen wertvollen Beitrag leisten, um mit diesen Herausforderungen umzugehen und den Erfolg der Investitionsvorhaben zu sichern. Dazu sorgt es als erstes dafür, die notwendige Rationalität im Investitionsprozess zu sichern und die knappen finanziellen Ressourcen optimal zu nutzen. Dafür verfügt das Investitionscontrolling über diverse Investitionsrechnungen, die bei dem Vergleich und der Entscheidung über potenzielle Investitionen helfen können. Gleichzeitig identifiziert es innovative Lösungen, die dem Krankenhaus als Wettbewerbsvorteil dienen. Hierfür hat sich das IPMS als nützliches Instrument herausgestellt. Das Investitionscontrolling sorgt des Weiteren für einen reibungslosen Ablauf bei der Beantragung, Nutzung und Dokumentation von Fördermitteln und trägt so dazu bei, einen kontinuierlichen Fördermittelfluss zu gewährleisten.

In Krankenhäusern kommt es aber auch vermehrt zu Behandlungsfehlern, die in vielen Fällen vermeidbar gewesen wären. Diese stellen eine große Herausforderung für die Kliniken dar, da sie oft mit hohen Schadensersatzansprüchen und Reputationsverlusten verbunden sind. Das Risikocontrolling identifiziert solche finanzwirtschaftlichen, leistungswirtschaftlichen und operationellen Fehler und Risiken und ergreift Maßnahmen für deren Reduzierung und Neutralisierung. Dazu sind auch eine grundlegende Analyse und Kommunikation der Fehler und Risiken notwendig, die für die benötigte Transparenz und den richtigen Umgang mit Fehlern und Risiken sorgen. Mit Hilfe einfacher, aber effektiver Checklisten kann das Risikocontrolling beispielsweise die Fehler im OP-Bereich reduzieren. Ursache-Wirkungs-Diagramme erweisen sich als nützliches Instrument, um alle Beteiligten für die Ursachen von Fehlern und deren Auswirkungen für das Krankenhaus und den Patienten zu sensibilisieren. Letztlich sichert das Risikocontrolling auch die Liquidität und damit das Fortbestehen des Krankenhauses in Krisenzeiten, indem es alle Geldflüsse, besonders bei öffentlichen bzw. staatlichen Hilfen, dokumentiert und die Liquiditätsveränderungen stets im Blick behält und steuert, um das Krankenhaus so erfolgreich durch die Krise zu bringen.

Der durch die Einführung der DRGs entstandene Kostendruck hat auch dazu geführt, dass die Prozesse und Prozessabläufe im Krankenhaus kritischer hinterfragt werden. Schlecht abgestimmte oder ineffiziente Prozesse sind mit Kosten verbunden, die das Krankenhaus stark belasten können. Das Prozesscontrolling arbeitet deswegen an der Identifizierung und Verbesserungen solcher Prozesse. Es gilt, einerseits die Qualität auf einem konstant hohen Niveau zu halten und gleichzeitig die Prozesse möglichst kosteneffizient zu gestalten. Hier hat sich die Prozesskostenrechnung als wertvolles Instrument erwiesen. Mit ihr ist eine verursachungsgerechte Kostenverteilung möglich, was eine tiefere Analyse der Prozesse und ihrer Kosten ermöglicht und in der Konsequenz so zu einer Reduzierung ineffizienter Prozesse beiträgt. Das Service Blueprinting bietet sich für das Prozesscontrolling im Krankenhaus an, da es hilft, die Prozesse klar abzugrenzen und so das Bewusstsein für die einzelnen Prozessabläufe zu steigern. Gleichzeitig zeigt es aber auch Schnittstellenprobleme auf, die es sodann gilt, zu beseitigen. Und so zielt das Prozesscontrolling darauf ab, durch die Optimierung der Krankenhausprozesse Kosten einzusparen und Ineffizienzen zu beseitigen, um so zum langfristigen Erfolg des Krankenhauses beizutragen.

Der Personalbereich der Krankenhäuser ist seit Jahren von einer zunehmenden Arbeitszeitverdichtung und der Verschärfung der Arbeitszeitgesetze geprägt. Zusammen mit den sozialen und demografischen Entwicklungen kommt es daher zu einem Fachkräftemangel, der die Existenz zahlreicher Krankenhäuser bedroht. Daher ist ein effektives Personalcontrolling unabdingbar. Mit Hilfe verschiedener Personalbedarfsermittlungsverfahren kann es den notwendigen Personalbedarf des Krankenhauses ermitteln und infolgedessen Maßnahmen ergreifen, um entweder überflüssiges Personal abzubauen und dadurch Kosten zu sparen oder Personal anzuwerben. Hier hat das Personalcontrolling auch darauf zu achten, die Qualität der Versorgung durch die Beachtung und Zusammensetzung der Qualifikationen der aktuellen sowie potenziellen Mitarbeiter zu sichern. Gleichzeitig muss es den gesetzlichen Anforderungen bezüglich der Personaluntergrenzen gerecht werden. Das Personalcontrolling ist gleichzeitig mit dem größten Kostenblock im Krankenhaus, nämlich den Personalkosten, konfrontiert und hat dann als Ziel, Kosteneffizienz, Qualitätssicherung und die Einhaltung der rechtlichen Vorgaben miteinander in Einklang zu bringen, um die Beschäftigungsfähigkeit und die Existenz des Krankenhauses zu sichern.

Seit der Einführung des DRG-Systems hat sich dieses stetig weiterentwickelt, sodass das Medizincontrolling bei der Kodierung eines Behandlungsfalls mittlerweile vor der Herausforderung steht, aus über 1.000 DRGs und tausenden Schlüsseln für Diagnosen und Prozeduren die richtigen zu wählen. Das Medizincontrolling muss daher die Dokumentationsqualität sichern, um die richtigen Entscheidungen bei der Fallkodierung zu treffen. Das ist notwendig, um zu verhindern, dass der MDK auf Grund von Kodierfehlern Vergütungen streicht, was das Krankenhaus finanziell belasten würde. Gleichzeitig gilt es dann, mit dem MDK über eben diese Beanstandungen zu verhandeln und ein möglichst optimales Ergebnis für das Krankenhaus zu erzielen. Das Coder-Case-Manager-Modell kann dem Medizincontrolling hier helfen, die Kodierqualität zu steigern und fehlerhafte Kodierungen zu vermeiden, indem eine fallbegleitende Kodierung stattfindet. Da das Medizincontrolling auch als Vermittler zwischen den Abteilungen agiert und für die Verbindung von ökonomischen und medizinischen Aspekten verantwortlich ist, kann es auf das Instrument der Dashboards zurückgreifen. Dieses bezieht Kennzahlen und Analysen verschiedener Bereiche, beispielsweise des Prozess- und Personalcontrollings, ein und zeigt deren Zusammenhänge. Mit den Dashboards kann das Medizincontrolling in Echtzeit Analysen erstellen, Abweichungen erkennen und Gegenmaßnahmen ergreifen, um so schnell und effektiv auf Entwicklungen reagieren zu können.

Die Betrachtung der Deckungsbeitragsrechnung hat dann gezeigt, dass es sich als Instrument für die verschiedenen Controlling-Ansätze gut eignet. Sie ermöglicht nicht nur eine Analyse der Abteilungen, Prozesse und DRGs hinsichtlich ihres Beitrags zum Erfolg des Krankenhauses und damit eine Optimierung des Leistungsportfolios, sondern auch eine detaillierte Betrachtung der einzelnen Kosten, wodurch sich Kostensenkungspotenziale erkennen und nutzen lassen. Schließlich kann die Deckungsbeitragsrechnung aber auch das Verständnis für die ökonomischen Auswirkungen der medizinischen Aktivitäten verbessern sowie die Motivation der Mitarbeiter steigern, indem variable Vergütungsbestandteile an die Erreichung bestimmter Deckungsbeiträge geknüpft werden. Damit erweist sich die Deckungsbeitragsrechnung als wirksames Instrument, um auf verschiedenen Ebenen den Erfolg des Krankenhauses zu steigern.

Die vorliegende Arbeit hat also gezeigt, dass Krankenhäuser auf Grund zahlreicher und stetig zunehmender Herausforderungen auf ein effektives Controlling angewiesen sind. Die Betrachtung der einzelnen Controlling-Ansätze hat deren verschiedene Aufgaben und Instrumente dargestellt, um mit diesen Herausforderungen umzugehen. Abschließend lässt sich daher konstatieren, dass das Controlling als Ganzes, bestehend aus dem Investitions-, dem Risiko-, dem Prozess-, dem Personal- und dem Medizincontrolling, in der Lage ist, trotz all der wachsenden Herausforderungen im Krankenhaussektor, mit Hilfe der verschiedenen dargestellten Planungen, Analysen, Kontrollen, Steuerungsmaßnahmen und Instrumente das Krankenhaus langfristig zum Erfolg zu führen und dessen Existenz zu sichern. Der zukünftige Erfolg der Krankenhäuser wird aufgrund der fortschreitenden Ökonomisierung des Krankenhaussektors maßgeblich von gut aufgestellten Controlling-Abteilungen abhängen. Damit leistet das Controlling im Krankenhaus auch einen wertvollen Beitrag zur Stabilisierung des Gesundheitswesens, das nicht zuletzt durch die Covid-19-Pandemie in Bedrängnis geraten war.

Literaturverzeichnis

Albers, Katharina (2019): Prozessanalyse und Service Blueprinting für ein Prozesscontrolling, in: Zapp, Winfried (Hrsg.) (2019): Controlling im Krankenhaus. Das Zusammenspiel von Werten, Prozessen und Innovationen, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 95-119.

Behar, Benjamin I.; Guth, Clemens; Salfeld, Rainer (2018): Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen, 4. Auflage, Springer Gabler, Berlin.

Bohnet-Joschko, Sabine (2011): Erlöse und Qualität in deutschen Krankenhäusern sichern: Aufgaben für das Medizincontrolling, in: Controlling, Jg. 23, Heft 7, S. 340-346.

Decker, Lisa (2012): Kennzahlengestütztes Personalcontrolling - Praxisrelevanz und Leistungsfähigkeit des Personalberichts der Klinikum Saarbrücken gGmbH, in: Deickert, Frank; Maier, Björn; Schwab, Siegfried (Hrsg.) (2012): Erfolgsfaktor Strategisches Management, Controlling und Personal. Zukunft des Gesundheitswesens, Centaurus Verlag & Media, Herbolzheim, S. 55-64.

Fischer, Rosanna; Ahrens, John; Zapp, Winfried (2017): Entwicklung einer Konzeption für das Prozesscontrolling: Prozesscontrolling als Ausweitung der Prozesskostenrechnung dargestellt am Beispiel eines Modellkrankenhauses, in: Zapp, Winfried; Ahrens, John (Hrsg.) (2017): Von der Prozess-Analyse zum Prozess-Controlling. Analyse - Verfahren - Praxisbeispiele, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 129-188.

Gautschi, Nora; Mitterlechner, Matthias; Möller, Klaus (2022): Instrumente und Anwendungsfelder eines prozessorientierten Controllings im Gesundheitswesen, in: Kümpel, Thomas; Schlenkrich, Kay; Heupel, Thomas (Hrsg.) (2022): Controlling & Innovation 2022. Gesundheitswesen, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 207-226.

Greiling, Michael (2022): Prozessorientierung im Gesundheitswesen, in: Kümpel, Thomas; Schlenkrich, Kay; Heupel, Thomas (Hrsg.) (2022): Controlling & Innovation 2022. Gesundheitswesen, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 151-178.

Greshake, Silke; Bieker, Marcus; Kümpel, Thomas (2022): Personalbudgetierung im Krankenhaus: Evaluierung unterschiedlicher Methoden der Personalbedarfsermittlung, in: Kümpel, Thomas; Schlenkrich, Kay; Heupel, Thomas (Hrsg.) (2022): Controlling & Innovation 2022. Gesundheitswesen, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 249-280.

Greshake, Silke; Pohl, Lillia; Ahrens, John; Zapp, Winfried (2019): Entwicklung einer Stückdeckungsbeitragsrechnung - dargestellt am Beispiel ausgewählter DRGs für Geriatrie in einem Modellkrankenhaus auf Grundlage der InEK-Kalkulation, in: Zapp, Winfried (Hrsg.) (2019): Deckungsbeitragsrechnung für Krankenhäuser. Analyse - Verfahren - Praxisbeispiele, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 25-97.

Günther, Thomas; et al. (2015): Kosteneffekte von Komplikationen besser analysieren, in: Controlling & Management Review, Jg. 59, Sonderheft 3, S. 36-44.

Güssow, Jan; Greulich, Andreas; Ott, Robert (2002): Beurteilung und Einsatz der Prozesskostenrechnung als Antwort der Krankenhäuser auf die Einführung der DRGs, in: Kostenrechnungs-Praxis, Jg. 46, Heft 3, S. 179-189.

Holz hacker, Martin (2011): Private versus öffentliche Krankenhäuser: Gibt es Unterschiede im Controlling? Empirische Ergebnisse aus den USA, in: Controlling & Management Review, Jg. 55, Heft 4, S. 248-251.

Hönig, Christina; Lange, Johanna (2017): Die Prozesskostenrechnung als Controllinginstrument, in: Zapp, Winfried; Ahrens, John (Hrsg.) (2017): Von der Prozess-Analyse zum Prozess-Controlling. Analyse - Verfahren - Praxisbeispiele, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 107-128.

Klein, Manuela (2019): Ökonomische Werte im Gesundheitsbereich, in: Zapp, Winfried (Hrsg.) (2019): Controlling im Krankenhaus. Das Zusammenspiel von Werten, Prozessen und Innovationen, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 5-32.

Krahforst, Markus; Kuhlmann, Hans-Martin; Zapp, Winfried (2017): Prozessanalyse des Entlassungsmanagements - Theoretische Fundierung und anwendungsorientierte Optimierung unter besonderer Beachtung des Lean Hospital Managements, in: Zapp, Winfried; Ahrens, John (Hrsg.) (2017): Von der Prozess-Analyse zum Prozess-Controlling. Analyse - Verfahren - Praxisbeispiele, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 45-106.

Lachmann, Maik (2011): Investitionscontrolling in Krankenhäusern im Kontext veränderter Finanzierungsbedingungen - Eine empirische Analyse, in: Controlling, Jg. 23, Heft 7, S. 347-353.

Lachmann, Maik; Rüs ch, Stephanie; Wenger, Felix (2022): Controlling im Gesundheitswesen, in: Becker, Wolfgang; Ulrich, Patrick (Hrsg.) (2022): Handbuch Controlling, 2. Auflage, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 489-511.

Lachmann, Maik; Wenger, Felix (2011): Dashboards im Gesundheitswesen - Integrierende Analyseinstrumente für das Krankenhaus-Controlling, in: Controlling & Management Review, Jg. 55, Heft 4, S. 224-227.

Liebel, Jörg; Wagner, Manfred; Bartels, Friedhelm (2017): Vom Schreibtisch ans Patientenbett. Effekte einer fallbegleitenden Kodierung, in: Pfannstiel, Mario A.; Straub, Silvia (Hrsg.) (2018): Dienstleistungscontrolling in Gesundheitseinrichtungen. Aktuelle Beiträge aus Wissenschaft und Praxis, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 197-228.

Liebscher, Dagmar; Reiss, Hans-Christoph (2022): Risikomanagement und Risikocontrolling in Krankenhäusern - Implikationen zur Weiterentwicklung in Pandemiezeiten, in: Kümpel, Thomas; Schlenkrich, Kay; Heupel, Thomas (Hrsg.) (2022): Controlling & Innovation 2022. Gesundheitswesen, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 113-149.

Minder, Susanna (2020): Immer noch in den Kinderschuhen? Personalcontrolling im Gesundheitswesen - vorrangig in kleineren (Fach-)Kliniken im ambulant/stationären Bereich, in: Burger, Alexander; Röhm, Thomas; Weber, Susanne Theresia (2020): Branchenspezifisches Controlling. Praxishandbuch der Besonderheiten und Entwicklungen mit State-of-the-Art und Unternehmensbeispielen, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 41-59.

Moos, Gabriele; Schmeißer, Sabine (2022): Regulierungen im Krankenhauswesen und Auswirkungen auf die Liquiditätssteuerung, in: Kümpel, Thomas; Schlenkrich, Kay; Heupel, Thomas (Hrsg.) (2022): Controlling & Innovation 2022. Gesundheitswesen, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 345-377.

Nemmer, Tobias; Schuster, Julia (2022): Personalcontrolling im Krankenhaus, in: Becker, Wolfgang; Ulrich, Patrick (Hrsg.) (2022): Handbuch Controlling, 2. Auflage, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 577-599.

Philippi, Michael (2015): Zeitenwende im Klinik-Management, in: Controlling & Management Review, Jg. 59, Sonderheft 3, S. 64-69.

Pohl, Lilia (2019): Deckungsbeitragsorientiertes Controlling im Krankenhaus: Verschiedene Konzeptionen im Vergleich, in: Zapp, Winfried (Hrsg.) (2019): Deckungsbeitragsrechnung für Krankenhäuser. Analyse - Verfahren - Praxisbeispiele, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 1-24.

Schlenkrich, Kay (2022): Die wachsende Komplexität der Zielsysteme im Krankenhaus, in: Kümpel, Thomas; Schlenkrich, Kay; Heupel, Thomas (Hrsg.) (2022): Controlling & Innovation 2022. Gesundheitswesen, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 335-344.

Schlüter, Andreas (2015): Mit Dashboards navigieren, in: Controlling & Management Review, Jg. 59, Sonderheft 3, S. 30-35.

Schmola, Gerald (2019): Jahresabschluss, Kostenrechnung und Finanzierung im Krankenhaus. Grundlagen und Zusammenhänge verstehen, Springer Gabler, Wiesbaden.

Sibbel, Rainer; Bliesener, Monique (2015): Medizin-Controlling zwischen Wunsch und Klinikalltag, in: Controlling & Management Review, Jg. 59, Sonderheft 3, S. 70-74.

Siller, Helmut (2019a): Fehler- und Risikomanagement, in: Stierle, Jürgen; Siller, Helmut; Fiedler, Manfred; Ortner, Sonja (Hrsg.) (2019): Handbuch Strategisches Krankenhausmanagement, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 669-699.

Siller, Helmut (2019b): Integriertes Management und integriertes Controlling. Controlling als Business Partner des Krankenhaus-Managements zur besseren Steuerung von Effektivität und Effizienz, in: Stierle, Jürgen; Siller, Helmut; Fiedler, Manfred; Ortner, Sonja (Hrsg.) (2019): Handbuch Strategisches Krankenhausmanagement, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 43-76.

Stummer, Harald; Nöhammer, Elisabeth; Raich, Margit (2018): Die Möglichkeit von Corporate Social Responsibility im Gesundheitswesen, in: Keller, Katrin; Lorenz, Franz (Hrsg.) (2018): CSR im Gesundheitswesen. Dynamik im Spannungsfeld von individuellem und organisationalem Anspruch und deren Auswirkungen auf die Unternehmensstrategie, Springer Gabler, Berlin, S. 289-299.

Tiedal, Maria (2019): Innovationscontrolling - Innovation für den Gesundheitsbereich: Bedeutung von Innovationen und deren Controlling im Krankenhausesektor, in: Zapp, Winfried (Hrsg.) (2019): Controlling im Krankenhaus. Das Zusammenspiel von Werten, Prozessen und Innovationen, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 145-170.

Wacker, Frank (2014): Grundlagen der Erlösverteilung im Krankenhaus, in: Zapp, Winfried; Terbeck, Julian (Hrsg.) (2014): Kosten- versus Erlösverteilung im DRG-System. Analysen - Verfahren - Praxisbeispiele, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 1-25.

Wagner, Christoph; Schröder, Hubert (2003): "Geld soll der Leistung folgen". Umsetzung einer Software-gestützten Fallkostenkalkulation in Krankenhäusern der Malteser Trägergesellschaft, in: Controlling & Management Review, Jg. 47, Heft 3, S. 209-213.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen stammen, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit lag in gleicher oder ähnlicher Weise noch keiner Prüfungsbehörde vor und wurde bisher noch nicht veröffentlicht.

Ich bin mir bewusst, dass eine unwahre Erklärung Folgen haben wird.

Merseburg, den

.....
Unterschrift