

1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Das Krankenhaus als Betrachtungsobjekt: Darstellung unternehmensspezifischer Rahmenbedingungen

2.1 Merkmale der Krankenhausunternehmung

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

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

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

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

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

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

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

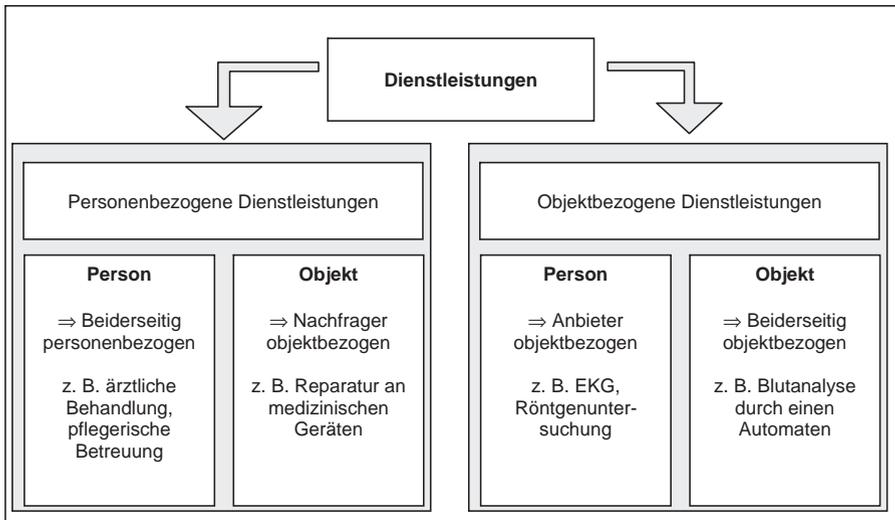


Abb. 2-1 Dienstleistungen
(in Anlehnung an Berekoven, 1983: 45)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Krankenhausfinanzierung und -entgeltsystem

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

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

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

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

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

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

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

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

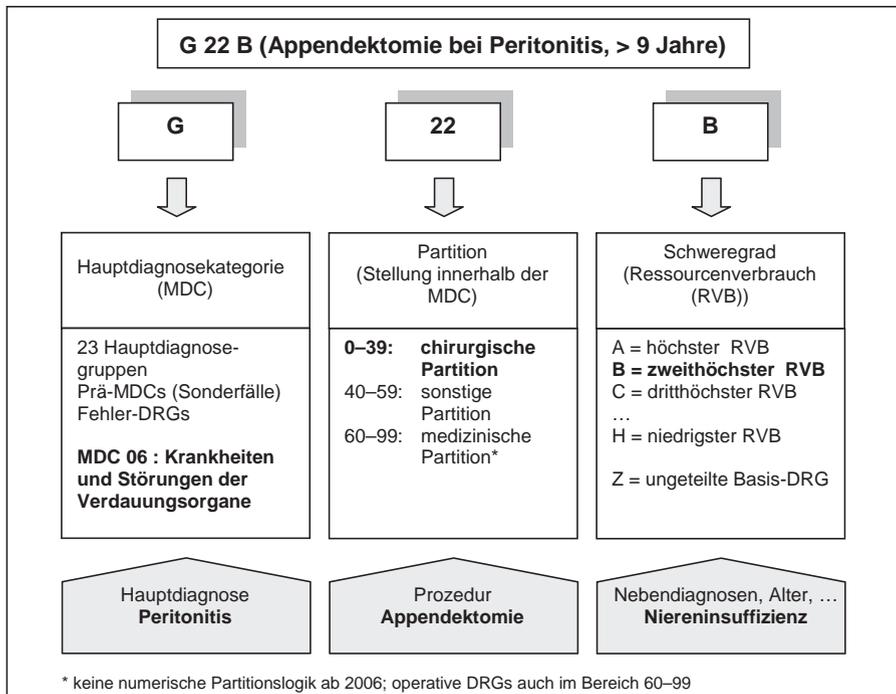


Abb. 2-2 Aufbau und Struktur einer DRG
 (in Anlehnung an die Seminarunterlagen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft zum Thema: „Entgeltabrechnung im DRG-System“, 12/2002 und den Fallpauschalenkatalog 2006; vgl. auch Schlottmann et al., 2005)

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

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

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

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

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