

1 Aktuelle Herausforderungen in der Krankenhaussteuerung

Der deutsche Krankenhausmarkt unterliegt seit dem Beginn der neunziger Jahre einem gravierenden Wandel der Wettbewerbsbedingungen. Diesen Wandel hat der Gesetzgeber als Resultat auf die zunehmend angespannte Finanzierungslage der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Weg gebracht. So markiert das 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) den Beginn einer Reihe von gesetzlichen Änderungen. Für die stationäre Versorgung hatte das GSG zwei wesentliche Implikationen (vergleiche Haubrock et al. 2007).

Erstens schrieb es formal die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) fest, welches zuvor maßgebend für die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen gewesen ist. Somit entfiel der Anspruch auf Vergütung historisch entstandener Kosten. An seine Stelle trat der Anspruch auf eine medizinisch leistungsgerechte Vergütung in Form von tagesgleichen Pflegesätzen.

Zweitens wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität festgeschrieben. Da sich die gesetzliche Krankenversicherung aus den Beitragszahlungen ihrer Mitglieder finanziert, ist ein Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen nur über Beitragssatzerhöhungen finanzierbar. Um dem

entgegenzuwirken, haben laut des fünften Sozialgesetzbuches die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Krankenhäuser die Budgetverhandlungen so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, sofern nicht alle Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft worden sind. Im unmittelbaren Zusammenhang mit der Zielsetzung, die Ausgaben für die Krankenhäuser zu stabilisieren, steht die vieldiskutierte Budgetdeckelung. Diese beinhaltet die Vorgabe, das Budgetwachstum auf eine jährliche Rate zu begrenzen. Die Rate orientiert sich dabei an dem Lohnsummenwachstum und somit an dem Anstieg der Beitragszahlungen in die gesetzliche Krankenversicherung.

Mit der Abkopplung der Budgets von der Kostenentwicklung der Krankenhäuser und der Prämisse der Beitragssatzstabilität hat der Gesetzgeber den rechtlichen Rahmen geschaffen, um die Finanzierungsgrundlage des Krankenhausbetriebs zur stationären medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu sichern. Tatsächlich schienen aber trotz Budgetdeckelung erhebliche Wirtschaftlichkeitspotenziale in den Krankenhäusern zu verbleiben. Vergleicht man die krankenhausspezifischen Basisfallwerte (BFW) im

Zur Sicherung der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber die Krankenhausfinanzierung restrukturiert

**Durch die DRGs
gesetzte ökonomische Anreize
haben Implikationen für die
Unternehmens-
steuerung**

Jahre 2005, wird deutlich, dass es zwischen den Krankenhäusern zum Ende des Zeitraums, in dem Krankenhausleistungen hauptsächlich auf Basis von tagsgleichen Pflegesätzen vergütet wurden, maßgebliche Unterschiede gab (vergleiche Abbildung 3 im Kapitel Kostenmanagement auf Seite 18). Die Unterschiede in der krankenhausspezifischen Kosteneffizienz lassen sich darauf zurückführen, dass die Krankenhausbudgets maßgeblich auf krankenhausspezifischen individuellen Kosten beruhen und seitdem basierend auf den jährlichen Wachstumsraten fortgeschrieben wurden (vergleiche Haubrock et al. 2007).

Die flächendeckende Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) durch das Fallpauschalengesetz (FPG) in den Jahren 2003/2004 war geprägt durch zwei leitende Motive: erstens das einer bedarfsgerechten Vergütung und zweitens das einer Reduktion der durchschnittlichen Verweildauer. Beide Motive hatten zum Ziel, ungenutzte Kapazitäten respektive Überkapazitäten in Krankenhäusern zu verringern. Eine Patientenfallpauschale setzt gerade hierfür effektive ökonomische Anreize. Zum einen ist eine solche Pauschale weitestgehend unabhängig von der Verweildauer eines Patienten. Durch einen längeren Verbleib des Patienten im Krankenhaus können also keine zusätzlichen Erlöse erzielt werden. Stattdessen entstehen ökonomisch betrachtet Opportunitätskosten potenziell entgangener Erlöse, da der Patient Personal- und Bettenkapazität bindet. Sofern keine medizinische Indikation zur Verlängerung der Verweildauer des Patienten gegeben ist, hätten diese Kapazitäten sinnvoller anderweitig zur Erzielung von Erlösen zur Kostende-

ckung des Krankenhauses verwendet werden können. Dies hat aus betriebswirtschaftlicher Sicht wichtige Implikationen für die Krankenhaussteuerung (vergleiche Goedereis 2009). Entsprechend ist seit der Einführung der DRGs – aber auch in den Jahren davor – eine stetige Reduktion der Patientenverweildauern zu verzeichnen (vergleiche Abbildung 1).

Diese Einsparungen in der Patientenverweildauer sind nicht nur auf reine Prozessverbesserungen, sondern auch auf ein erhebliches Maß an Arbeitsverdichtung, das heißt Erhöhungen der Arbeitsintensität, zurückzuführen (vergleiche Evans III et al. 2001). Gleichzeitig wurde im Pflegebereich Personal abgebaut, was zu kontroversen Diskussionen geführt hat (vergleiche Isfort et al. 2010). Neben dem Pflegebereich hat das nichtmedizinische Dienstpersonal, das heißt das klinische Hauspersonal, der Wirtschafts- und Versorgungsdienst sowie der technische Dienst im Vergleich zu den verbleibenden Personalkostenarten ebenfalls deutlich an Bedeutung verloren, während insbesondere der Anteil der Personalkosten für den ärztlichen Dienst und den medizinisch-technischen Dienst deutlich angestiegen sind (siehe Abbildung 2).

Eng mit dem Anreiz zur Verweildauerreduktion zusammenhängend ist der Anstieg der Auslastung der Bettenkapazitäten zu sehen. Krankenhäuser verfügen über eine Kostenstruktur, die zu großen Teilen aus als fix einzustufenden Kostenarten besteht (vergleiche Keun et al. 2008). Lediglich Lebensmittel und der medizinische Bedarf sind als zu großen Teilen variable Kostenarten zu betrachten. Aufgrund ihrer hohen Fixkosten tragen Krankenhäuser ein erhöhtes Risiko

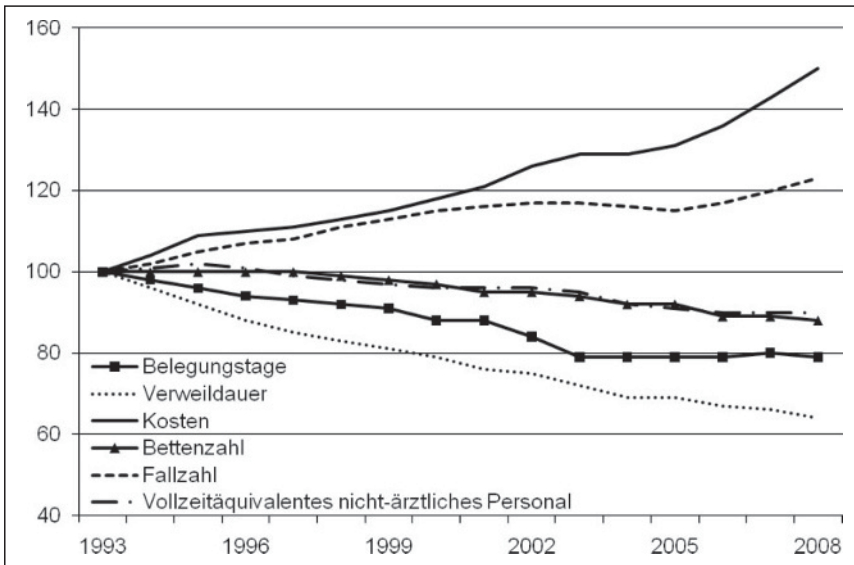


Abbildung 1: Entwicklung zentraler Indikatoren des Krankenhausmarktes
 (Quelle: Statistisches Bundesamt, Medianangaben bezogen auf Index (Jahr 1993 = 100)
 auf Basis eigener Berechnungen)

von Mengenabweichungen und benötigen eine vergleichsweise hohe Auslastung ihrer Kapazitäten, um ein positives finanzielles Ergebnis zu erzielen. Eine möglichst hohe Auslastung kann erreicht werden, indem die Fallzahl maximiert und die Zusammensetzung der Fälle im Rahmen des Case-Mixes optimiert wird. Dadurch, dass die Fixkosten auf eine möglichst große Menge an Bewertungsrelationen verteilt werden, können Fixkostendegressionseffekte pro Erlöseinheit realisiert werden. Sie erst ermöglichen einen kostendeckenden Betrieb des Krankenhauses. Angesichts der sinkenden Zahl an Belegungstagen ist der Abbau der entstehenden Überkapazitäten wie zum Beispiel Betten und Personal unausweichlich, erfolgt jedoch in geringerem Maße als der Verweildauerückgang (vergleiche oben Abbildung 1).

Eine Strategie, dem hohen Fixkostenrisiko zu begegnen, ist die Flexibilisierung der Kapazitäten, wie sie zunehmend in den Krankenhäusern zu beobachten ist. Eine Möglichkeit, dies zu realisieren, sind flexible Arbeitszeitmodelle und Beschäftigungsverhältnisse. Durch Outsourcing oder Zentralisierung bestimmter Tätigkeiten im Rahmen von Shared Services besteht zudem die Möglichkeit für einzelne Krankenhäuser, ihr hohes Fixkostenrisiko zumindest teilweise an den Dienstleister zu übertragen. Dieser kann wiederum die Nachfrage verschiedener Häuser bündeln und somit einen Teil der dezentral bisher vorgehaltenen Kapazität einsparen.

Nach der Verweildauerreduktion und der Kapazitätsauslastung ist die Spezialisierung zur Erzielung von Skaleneffekten ein dritter ökonomischer Anreiz, der

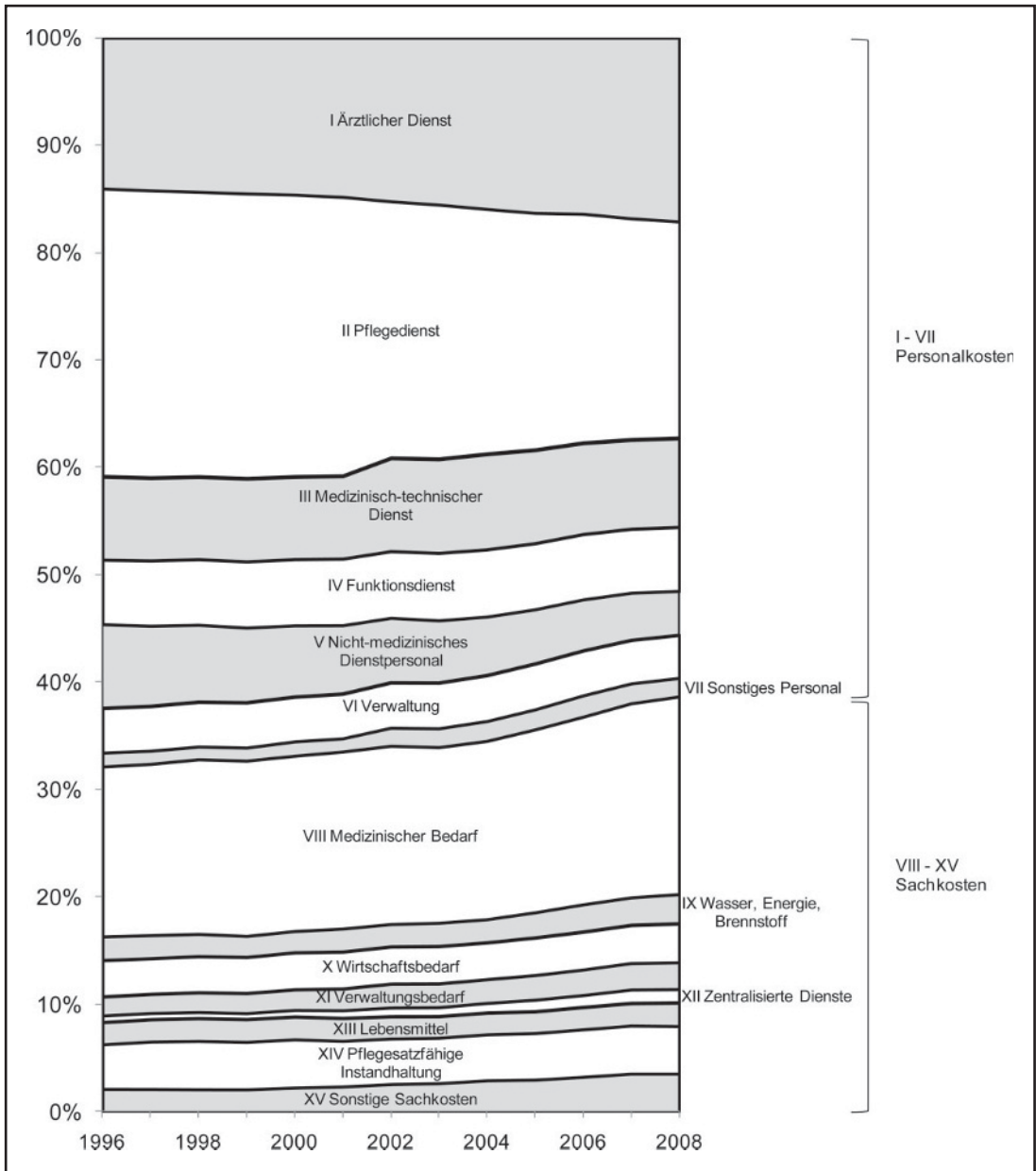


Abbildung 2: Kostenstruktur deutscher Krankenhäuser im Zeitablauf 1996–2008
 (Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen)

durch die fallpauschalenbasierte Vergütung gesetzt wird. Durch die weitgehend fixen Preise für bestimmte Kombinationen aus Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und weiteren patientenbezogenen Faktoren können die Krankenhäuser ihren fallbezogenen Deckungsbeitrag steigern, indem sie sich auf bestimmte Behandlungen spezialisieren und diese durch Lerneffekte besonders günstig anbieten können (vergleiche Ernst et al. 2005).

Die durch die Vergütungsreform gesetzten Anreize haben wichtige Implikationen für die Unternehmenssteuerung von Krankenhäusern. Um einen wirtschaftlich nachhaltigen Betrieb eines Krankenhauses zu gewährleisten, müssen Effizienzgewinne durch den Abbau von Überkapazitäten und die Realisierung von Lerneffekten sowie einer Fokussierung auf ein wirtschaftlich sinnvolles Maß an medizinischen Angeboten sichergestellt werden. Idealerweise entfaltet die fallpauschalenbasierte Vergütung die gewünschte Steuerungswirkung, indem Krankenhäuser nur diejenigen Leistungen erbringen, die sie tatsächlich auch effizienter im Vergleich zu anderen Krankenhäusern erbringen können. Aus der Aufgabe heraus, die Effektivität und Effizienz des Krankenhauses sicherzustellen, ist die Bedeutung des Krankenhauscontrollings in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Die Notwendigkeit eines Krankenhauscontrollings ist nicht nur durch das Optimierungskalkül des einzelnen Krankenhauses begründet, sondern spielt auch für die Finanzierbarkeit des deutschen Krankenhauswesens im Allgemeinen eine wichtige Rolle. Schließlich kann langfristig nur eine stationäre medizinische Versorgung der

Bevölkerung sichergestellt werden, wenn mit den aus der Krankenversicherung und somit von den Beitragszahlern bereitgestellten Mitteln rational gewirtschaftet wird.

Entsprechend der hohen Bedeutung des Controllings für die deutschen Krankenhäuser widmet sich dieser Band der Advanced Controlling Reihe der empirischen Untersuchung der Unternehmenssteuerung in Krankenhäusern. Zwei zentrale Aspekte der Unternehmenssteuerung, die in engem Bezug zu den neuen Vergütungsstrukturen zu sehen sind, jedoch bisher im deutschen Kontext noch nicht empirisch untersucht wurden, stehen dabei im Zentrum der Betrachtung.

Der erste Schwerpunkt liegt auf einer Analyse des Kostenmanagements deutscher Krankenhäuser, welche in Kapitel 2 dieses Bandes ausführlich diskutiert wird. Mittels statistischer Verfahren wird dabei anhand einer Vollerhebung der deutschen Krankenhäuser der Zusammenhang zwischen Belegungsschwankungen und der Veränderung in den Betriebskosten nachvollzogen. Dadurch lässt sich untersuchen, wie effektiv und unter welchen Bedingungen es Krankenhäusern gelingt, ihre Kapazitäten flexibel an Belegungsschwankungen beziehungsweise Nachfrageentwicklungen anzupassen. Im Hinblick auf das Ziel einer möglichst optimalen Auslastung der Personal- und Bettenkapazitäten wird dem Thema der Kostenremanenz, das heißt dem verlangsamten oder nicht stattfindenden Abbau von Kapazitäten bei Belegungsrückgängen, der in deutschen Krankenhäusern weit verbreitet ist, besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Warum brauchen Krankenhäuser ein gutes Controlling?

Kostenmanagement und Management Reporting: trotz zentraler Bedeutung bisher kaum erforscht!

Eine dyadische Erhebung ist Grundlage für die Erkenntnisse der Kapitel 3 und 4

Der zweite Schwerpunkt des Bandes liegt auf der Ausgestaltung und den Besonderheiten des Management Reportings in deutschen Krankenhäusern. Denn unabhängig davon, ob Krankenhäuser ihr Produktportfolio ausbauen oder sich darauf konzentrieren, Kosten zu reduzieren, immer müssen Mitarbeiter über Zielsetzungen informiert und Entscheidungsträger mit Informationen versorgt werden. Diese Aufgabe übernimmt das interne Reporting respektive die interne Berichterstattung. Dies ist jedoch keine leichte Aufgabe. Gerade in Krankenhäusern herrschen oft sehr unterschiedliche Ansichten zwischen der Ärzteschaft und der Krankenhausverwaltung über die zu verfolgenden Ziele und den besten Weg, diese zu erreichen. Auch bei der Wahrnehmung von betriebswirtschaftlichen Informationen gibt es erwartungsgemäß unterschiedliche Auffassungen über deren Nützlichkeit und Notwendigkeit. Die Frage, die sich dabei stellt, lautet: Wie lässt sich der Bedarf an betriebswirtschaftlichen Daten zur einfacheren und besseren Entscheidungsfindung mit den Bedürfnissen der tatsächlichen Entscheidungsträger, insbesondere im ärztlichen Dienst und in der Pflege, in Einklang bringen?

Um auf diese Frage überzeugende Antworten zu finden, wurde im Herbst/Winter 2010 eine Studie der WHU – Otto Beisheim School of Management unter Mitarbeitern der Krankenhausleitung und Chefärzten durchgeführt. In einer ersten Umfrage beteiligten sich 184 leitende Angestellte der Krankenhausverwaltung und beantworteten Fra-

gen zur strategischen Ausrichtung des Krankenhauses, der Häufigkeit der Berichterstattung, deren Detaillierungsgrad und der Verwendung leistungsabhängiger Boni. Darauf aufbauend wurden in diesen 184 Einrichtungen die Chefärzte der Abteilung Orthopädie/Unfallchirurgie kontaktiert und gebeten, Fragen zur persönlichen Identifikation mit dem Krankenhaus und dem Beruf, der wahrgenommenen Nützlichkeit von Berichten und Kennzahlen sowie zur gefühlten Unterstützung und dem eigenen Rollenverständnis zu beantworten. Hierfür fanden sich 97 Respondenten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 53 %.

Die Erhebung von Daten zum Reporting und dessen Wahrnehmung erlaubt zum einen eine deskriptive Auswertung des Status quo der internen Berichterstattung in deutschen Krankenhäusern. Zum anderen ermöglicht sie es, Zusammenhänge zwischen bestimmten Formaten der Informationsversorgung und deren Wahrnehmung durch die Informationsempfänger aufzuzeigen. Genau diesen beiden Sachverhalten möchten wir in den nachfolgenden Abschnitten Rechnung tragen. Kapitel 3 gibt einen Überblick über die Krankenhaussteuerung in Deutschland und beschreibt unter anderem die strategische Ausrichtung, die Zielkommunikation und das interne Reporting der teilgenommenen Einrichtungen. Kapitel 4 gibt darüber hinaus einen Einblick in die Wirkungsweisen und Effekte sowie die Wahrnehmung des Management Reportings.