



CONTROLLING IM DEUTSCHEN KRANKENHAUSSEKTOR 2015

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



Schumpeter School
of Business and Economics



INHALT

| | |
|---|----|
| Abbildungsverzeichnis | 4 |
| Vorwort | 5 |
| Management Summary | 6 |
| 1. Studiendesign | 7 |
| 1.1 Ziele und Aufbau der Studie | 7 |
| 1.2 Teilnehmerstruktur | 9 |
| 1.3 Analyisierte Einflussfaktoren | 10 |
| 2. Ergebnisse zum Fokusthema Erlös-, Kosten- und Ergebnissteuerung | 12 |
| 3. Weitere Ergebnisse im Detail | 18 |
| 3.1 Organisation des Controllings | 18 |
| 3.2 Rollenverständnis von Krankenhauscontrollern | 20 |
| 3.3 Berichtssysteme | 21 |
| 3.4 Planungsprozesse | 25 |
| 3.5 Ziel- und Anreizsysteme | 28 |
| 3.6 Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik | 30 |
| 4. Zusammenfassung | 34 |
| Kurzporträt der Herausgeber | 36 |
| Kontakt | 37 |

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

| | | |
|-------------------|--|-------|
| Abbildung 1: | Themenbereiche und wesentliche Fragestellungen | 8 |
| Abbildung 2: | Teilnehmerstruktur 2015 (n = 158) und Marktstruktur im Vergleich | 9 |
| Abbildung 3: | Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren | 11 |
| Abbildung 4: | Besonderheiten von InEK-Kalkulationshäusern | 11 |
| Abbildung 5: | Kosten- und Erlösverrechnung bei verschiedenen internen Leistungsbeziehungen | 13 |
| Abbildung 6: | Muster der Kosten- und Erlösverrechnung | 14 |
| Abbildung 7: | Verfahrenswahl bei differenzierter Erlöszuordnung | 15 |
| Abbildung 8: | Erlöstragende Abteilung bei pauschaler Erlöszuordnung | 16 |
| Abbildung 9: | Ermittlung der Verrechnungspreise | 17 |
| Abbildung 10 a/b: | Stellenausstattung der Controllingabteilungen | 18/19 |
| Abbildung 11: | Rollenverständnis von Krankenhauscontrollern | 20 |
| Abbildung 12: | Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern | 21 |
| Abbildung 13: | Reportingempfänger und -rhythmus | 22 |
| Abbildung 14: | Turnus für Vorstandsberichte nach Größe | 23 |
| Abbildung 15: | Einsatz von IT-Lösungen zur Berichterstattung | 24 |
| Abbildung 16: | Rhythmus und Horizont der strategischen Planung | 25 |
| Abbildung 17: | Liquiditätsplanung | 26 |
| Abbildung 18: | Horizont der operativen und strategischen Liquiditätsplanung | 27 |
| Abbildung 19: | Nutzung von Zielvereinbarungen nach Trägerschaft | 28 |
| Abbildung 20: | Verwendung von Zielkennzahlen bei Nutzung von Zielvereinbarungen | 29 |
| Abbildung 21: | Wahrnehmung der Optionsphase und Umsetzungsstand der Dokumentation | 31 |
| Abbildung 22: | Auswirkungen auf die Steuerung | 33 |

VORWORT

Das erst- und einmalige Angehen einer Studie verlangt häufig großen Pioniergeist, die wiederholte Umsetzung des Ganzen verlangt hingegen Akribie und Ausdauer. Als Autoren der Studie zum aktuellen Stand und zur Umsetzung des Controllings in deutschen Krankenhäusern haben wir – der Deutsche Verein für Krankenhaus-Controlling e.V. (DVKC), der Lehrstuhl für Controlling an der Schumpeter School of Business and Economics der Bergischen Universität Wuppertal und die Managementberatung zeb – die Befragung 2015 zum fünften Mal durchgeführt.

Dabei haben wir einerseits bewährte Teile der Studie wieder aufgegriffen und abgefragt, um Entwicklungen weiter feststellen zu können. Andererseits sind wir auch in diesem Jahr wieder neuen Fragestellungen nachgegangen. Anders als in vergangenen Jahren haben wir aber nicht neue Themengebiete aufgenommen, sondern das Erkenntnisinteresse vertiefend auf ein zentrales Thema gelenkt: Die Verteilung von Erlösen und Kosten in den deutschen Akutkliniken und die daraus resultierende Erlös-, Kosten- und Ergebnissteuerung sind das Fokusthema der Studie 2015.

Gerade hier sehen wir die Möglichkeit für die Entscheider, den aktuellen Entwicklungsstand ihrer Steuerungssysteme mit anderen Häusern zu vergleichen und Optimierungspotenziale zu identifizieren. Dies kann wiederum die Grundlage für einen Austausch über die Branchengrenzen hinweg sein. Für Wissenschaft und politische Entscheider kann die Studie einen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Dialog über die Steuerung von Gesundheitseinrichtungen in Deutschland anstoßen.

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

Als Belohnung für unseren Pioniergeist und mittlerweile die Ausdauer, mit der wir uns diesem Thema widmen, werten wir die ständig steigende Nachfrage nach den Ergebnissen im Allgemeinen und dieser jährlichen Studienschrift im Besonderen. So werden wir im kommenden Jahr 2016 wieder den Stand und die Entwicklung des Controllings ermitteln und hoffen auf eine rege Beteiligung.



Prof. Dr. Björn Maier



Prof. Dr. Nils Crasselt



Dr. Christian Heitmann

MANAGEMENT SUMMARY

Die fünfte Befragungsrunde zum aktuellen Stand und zur Umsetzung des Controllings in deutschen Akutkrankenhäusern und Psychiatrien im Frühsommer 2015 brachte insgesamt 158 verwertbare Antworten. Die Stichprobe repräsentiert damit insgesamt rund 8 % der deutschen Krankenhäuser.

Wie schon in den Vorjahren zeigen die Ergebnisse, dass sich die meisten Krankenhäuser mit Fragen des Berichtswesens, der allgemeinen Unternehmensplanung sowie der in diesem Jahr im Fokus der Befragung stehenden Erlös-, Kosten- und Ergebnissteuerung bereits intensiv beschäftigt haben. Die tiefgehenden Fragen zum Fokusthema zeigen aber, dass von den Krankenhäusern sehr unterschiedliche Verfahren gewählt werden, um die notwendige Transparenz in der Erlös-, Kosten- und Ergebnissituation zu schaffen. Dabei wird deutlich, dass es gerade bei Fragestellungen, die die konkrete Umsetzung betreffen und für die es keine gesetzlichen Standards gibt – wie z. B. der Erlöszuordnung – keine Patent- und Musterlösungen gibt, die flächendeckend von den Krankenhäusern eingesetzt werden. Insgesamt verfügt etwas weniger als die Hälfte der Häuser über ein durchgängiges Verrechnungsmodell. Alle anderen Häuser verzichten auf unterschiedlichen Ebenen auf eine Verrechnung von Kosten und Erlösen. Bei den Häusern, die eine Kostenverrechnung vornehmen, dominieren kostenbasierte Verrechnungen auf Basis von Vollkosten.

Neben der Auswertung des Fokusthemas sind aus der diesjährigen Studie die folgenden zentralen Ergebnisse hervorzuheben:

- Der Umsetzungsstand betriebswirtschaftlicher Steuerungsinstrumente wird immer noch stark von der Größe eines Krankenhauses beeinflusst. Einrichtungen mit hoher Bettenzahl (ab 600 Betten) sind in den meisten Bereichen führend in der Ausgestaltung der Controllingabläufe inklusive deren Standardisierung mithilfe moderner IT-Lösungen (insbesondere Data-Warehouse-Lösungen). Dies gilt vor allem bei den Bereichen, die im Durchschnitt aller Häuser noch relativ schwach entwickelt sind. Allerdings hat sich die technische Ausstattung in den letzten Jahren in der Breite kontinuierlich verbessert.
- Die personelle Ausstattung der Controllingabteilungen bleibt in vielen Krankenhäusern weiterhin auf einem niedrigen Niveau, aber mit leicht steigender Tendenz.

Hinsichtlich des Rollenverständnisses der Controller zeigt sich erneut, dass in rund der Hälfte der Häuser Controller bereits die Rolle eines Partners des Managements ausfüllen, indem sie in direkter Kommunikation mit den Berichtsempfängern stehen. Allerdings muss festgehalten werden, dass viele Controller ihre Rolle wohl gerne noch aktiver ausgestalten würden.

- Im Bereich des Berichtswesens zeigt sich ein ähnliches Bild wie im Vorjahr. Die wesentlichen Standardberichte werden in einem gut auf die Informationsbedürfnisse der Berichtsempfänger abgestimmten Rhythmus bereitgestellt. Nach wie vor wird aber eine fachabteilungsbezogene Deckungsbeitragsrechnung, die einen starken Beitrag zur Ergebnissteuerung leistet, noch nicht umfassend eingesetzt. Auch bestehen Defizite bei der Bereitstellung von medizinischen und kaufmännischen Risikoberichten.
- Die Ergebnisse zur operativen und strategischen Ergebnisplanung sowie zur Liquiditätsplanung stabilisieren sich auf dem Vorjahresniveau. Dabei ist eine integrierte Bilanz-, GuV- und Liquiditätsplanung über fünf Jahre nach wie vor nur in rund 60 % der Häuser Standard. Auch werden in nur 65 % der Häuser Chefärzte in die Planung mit einbezogen. In Bezug auf die Liquiditätsplanung ist festzustellen, dass rund ein Drittel der Häuser noch keine operative Liquiditätsplanung etabliert hat.
- Eine wachsende Sensibilität und eine einsetzende Dynamik beim Aufbau von Steuerungssystemen ist, wie schon im Vorjahr prognostiziert, bei Psychiatrien und psychosomatischen Einrichtungen zu erkennen. Diese stehen durch die Einführung pauschalisierter, leistungsorientierter Entgelte heute vor ähnlichen Herausforderungen wie somatische Einrichtungen vor rund zehn Jahren. Wie die verstärkte Nutzung der Optionsphase zeigt, nehmen sie diese nun an. 2014 hatte sich erst ein Viertel der Häuser zur Nutzung der Optionsphase für die Einführung entschieden, inzwischen ist es gut ein Drittel. Rund ein weiteres Drittel plant zu optieren. Dabei setzt sich insgesamt eine Entwicklung und Anpassung der Steuerungssysteme fort. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass weiterhin rund zwei Drittel der Häuser mit einer negativen Erlösentwicklung aufgrund der Einführung des neuen Entgeltsystems rechnen.

1. STUDIENDESIGN

1.1 ZIELE UND AUFBAU DER STUDIE

Die vorliegende Studienschrift zum Stand und zu den Entwicklungstendenzen des Controllings in deutschen Krankenhäusern ist das Ergebnis der 2015 durchgeführten fünften Befragungsrunde einer mehrjährig angelegten empirischen Untersuchung. Mit dieser mittlerweile etablierten Studie werden die folgenden Ziele verfolgt:

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

Die fünfte Befragungsrunde wurde vom 21. April bis 14. Juni 2015 durchgeführt. Es wurden die kaufmännischen Geschäftsführer bzw. Vorstände aller Akutkrankenhäuser sowie aller psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland angesprochen. Der Fragebogen mit bis zu 77 Fragen¹ konnte in Papierform oder online ausgefüllt werden. Im Ergebnis sind von 158 Einrichtungen verwertbare Antwortbögen eingegangen.

In diesem Jahr wurde die Erlös-, Kosten- und Ergebnissteuerung als Fokusthema der Studie besonders intensiv behandelt. Um die Studie nicht zu überfrachten, wurden im Gegenzug Fragen zu den Themen „Investitionscontrolling“ und „Steuerung in Konzernen/ Verbänden“ sowie „Risikosteuerung“ aus der Umfrage herausgenommen. Aktualisiert und erweitert wurde der Fragenblock zum Stand der Umsetzung des Pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Abb. 1 (Seite 8) gibt einen Überblick über die wesentlichen Fragestellungen und Analyseziele der fünften Befragungsrunde.

¹ Einige Fragen wurden nicht allen Teilnehmern gestellt. Dies gilt insbesondere für Fragen zur Einführung des neuen Psychiatrieentgeltsystems (21 Fragen).

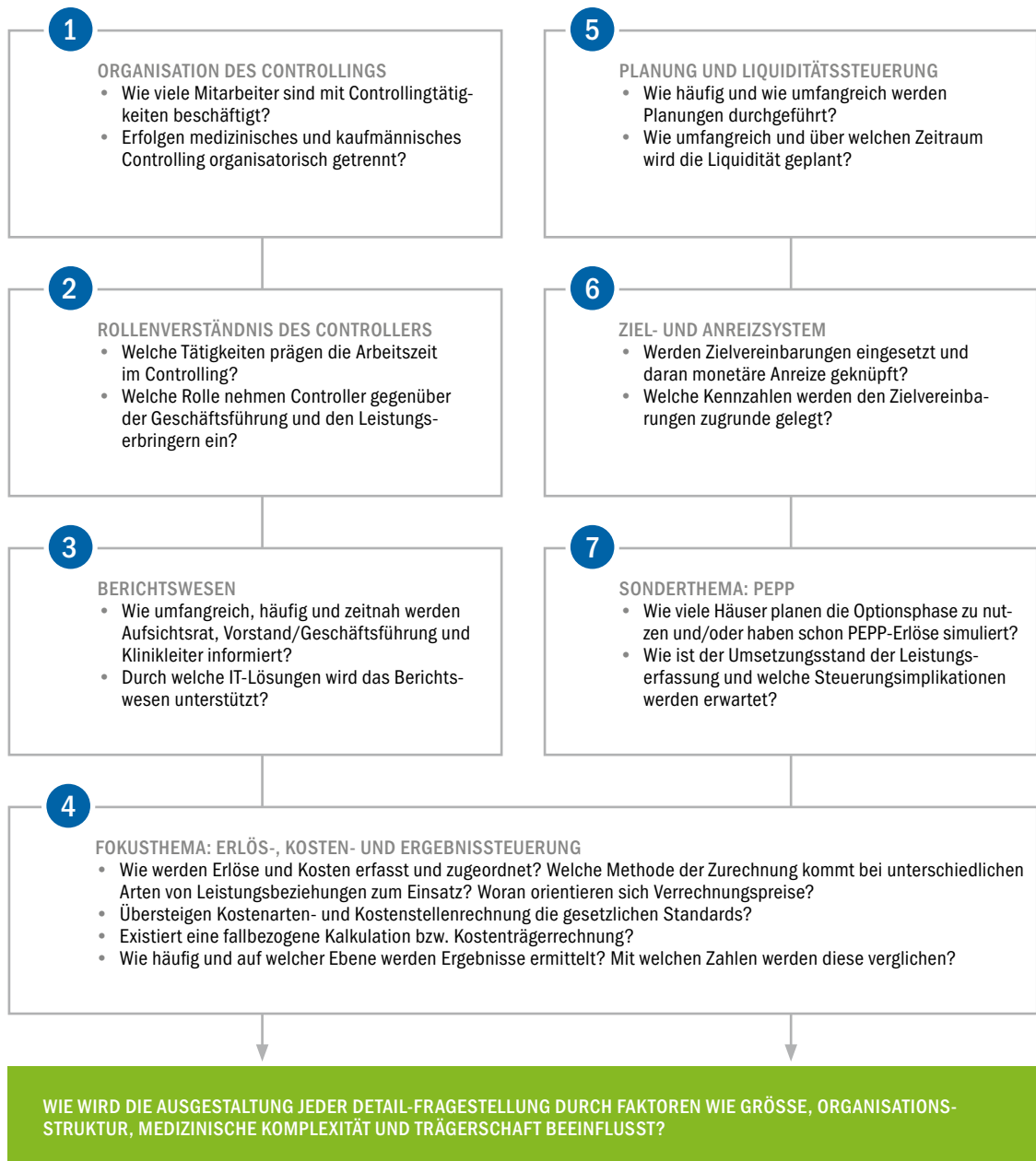


Abbildung 1: Themenbereiche und wesentliche Fragestellungen

1.2 TEILNEHMERSTRUKTUR

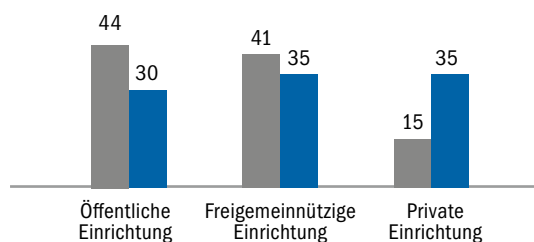
Mit 158 verwertbaren Antworten repräsentiert die Stichprobe rund 8 % der deutschen Krankenhäuser. Um die Repräsentativität der Stichprobe zu überprüfen, wurde die Verteilung der antwortenden Krankenhäuser nach den Merkmalen Trägerschaft, Größe (gemessen an der Bettenanzahl), Zulassung sowie Teilnahme an der InEK-Kalkulation der jeweiligen Verteilung in der Grundgesamtheit gegenübergestellt.

Diese Analyse zeigt, dass die Stichprobe in der aktuellen Erhebung wie schon in den Vorjahren die aktuellen Verhältnisse im deutschen Krankenhausmarkt zwar nicht exakt, aber insgesamt doch gut widerspiegelt (vgl. Abb. 2). Bei der Interpretation der Ergebnisse sind jedoch einige Besonderheiten zu beachten: Zum einen sind große (ab 600 Betten) und mittelgroße (300 bis 599 Betten) Häuser überrepräsentiert, kleine Häuser (bis 299 Betten) hingegen unterrepräsentiert. Dies

könnte mit der vergleichsweise geringen Zahl an Teilnehmern aus Häusern in privater Trägerschaft zusammenhängen, die in der Regel eher kleine bis mittlere Häuser sind. Zum anderen sind InEK-Kalkulationshäuser in der Stichprobe überrepräsentiert. Da vor allem die Größe in den Vorjahren als wichtiger Einflussfaktor für die Ausgestaltung des Krankenhauscontrollings identifiziert wurde und sich dieser Befund in der aktuellen Studie bestätigt, sind Verallgemeinerungen mit einer gewissen Vorsicht vorzunehmen. Ähnliches gilt für die Teilnahme an der InEK-Kalkulation, die sich als Einflussfaktor bei der Ausgestaltung der Kostenrechnung erweist. Weniger bedeutend sind Unterschiede zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe bei der Trägerschaft und der Zulassung, da diese Merkmale – anders als erwartet – nur in geringem Maße zur Erklärung von Unterschieden in der Ausgestaltung des Controllings beitragen.

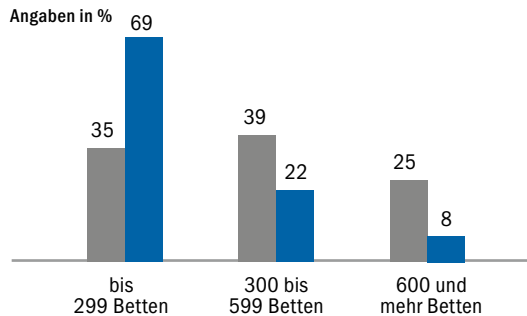
Trägerschaft

Angaben in %



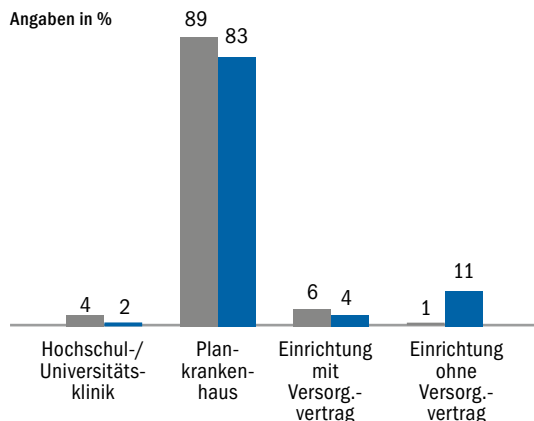
Größenordnung

Angaben in %



Zulassung

Angaben in %



InEK-Kalkulationshaus

Angaben in %

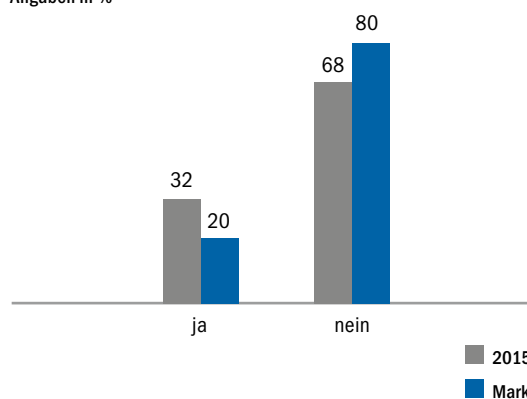


Abbildung 2: Teilnehmerstruktur 2015 (n = 158) und Marktstruktur im Vergleich²

² Für die Referenzdaten zur Marktstruktur vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2012, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2015.

Untersucht wurden weiterhin die geografischen Verteilungen der antwortenden Krankenhäuser auf Basis der Postleitzahl-Bezirke. Hierbei zeigt sich, dass alle Teile Deutschlands abgedeckt werden und Ballungszentren gut abgebildet sind. Zur Wahrung der Anonymität der teilnehmenden Krankenhäuser wird deren geografische Verteilung hier nicht detailliert dargestellt.

Ein Vergleich der aktuellen Teilnehmerstruktur mit den Teilnehmerstrukturen der Vorjahre zeigt, dass insbesondere die Verteilung nach Trägerschaft, Größe und Zulassung sowie die geografische Abdeckung trotz unterschiedlicher Stichprobenzusammensetzungen bemerkenswert konstant sind. Lediglich die Teilnahme an der InEK-Kalkulation unterliegt gewissen Schwankungen, die aber nicht auf systematische Unterschiede zwischen den Stichproben schließen lassen. Es ist somit von einer sehr guten zeitlichen Vergleichbarkeit auszugehen.

1.3 ANALYSIERTE EINFLUSSFAKTOREN

Ein wichtiges Ziel der Studie ist die Identifikation von Einflussfaktoren auf die Ausgestaltung des Krankenhauscontrollings in Deutschland. Als mögliche Einflussfaktoren werden folgende Merkmale in Betracht gezogen:

- Größe
- Trägerschaft (öffentlich, freigemeinnützig, privat)
- Zugehörigkeit zu einem Konzern oder Verbund
- Medizinische Komplexität
- Teilnahme an der InEK-Kalkulation

Die Analyse dieser Merkmale hat in den Vorjahren gezeigt, dass sie nicht voneinander unabhängig sind. Folglich sind bei der Ergebnisinterpretation Interdependenzen zu berücksichtigen. Die Analyse der Stichprobe in der aktuellen Befragungsrunde bestätigt die in den Vorjahren festgestellten Zusammenhänge.

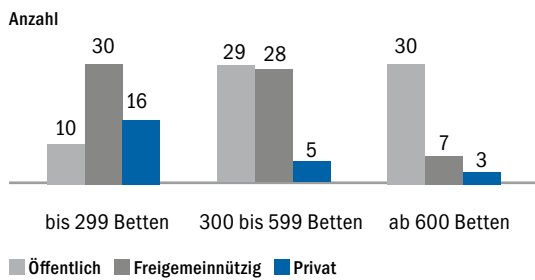
Hinter der Betrachtung der Größe als Einflussfaktor steht die Vermutung, dass eine steigende organisatorische Komplexität eine stärkere Standardisierung der Abläufe und umfangreichere Abstimmungen durch den Einsatz

von Controllinginstrumenten erfordert. Zur Messung der Größe stehen mit der Bettenzahl, der Beschäftigtenzahl, der Fallzahl und der Anzahl der Fachabteilungen verschiedene in der Studie abgefragte Kriterien zur Verfügung. In der aktuellen Stichprobe zeigt sich erneut, dass diese hoch miteinander korreliert sind. Zur Wahrung der zeitlichen Kontinuität bei der Auswertung wird wie in den Vorjahren überwiegend die Bettenzahl als Größenkriterium verwendet. An wenigen Stellen wird aber auch auf die Anzahl der Fachabteilungen abgestellt.

Die Größe interagiert mit vielen der anderen Einflussfaktoren. So ist bereits aus der Klassenzuordnung in Abb. 3 ein Zusammenhang zwischen Größe und Trägerschaft zu erkennen, der sich weiterhin in der Durchschnittsgröße deutlich zeigt. Während die öffentlichen Häuser in der Stichprobe über durchschnittlich 672 Betten verfügen, sind es bei freigemeinnützigen Häusern 335 Betten und bei privaten Häusern 254 Betten. Trotzdem wird die Trägerschaft als separater Einflussfaktor betrachtet, weil hierdurch der Einfluss unterschiedlicher Zielsetzungen und Governance-Strukturen erfasst werden kann.

Die Zugehörigkeit zu einem Konzern oder Verbund wird betrachtet, weil davon ausgegangen wird, dass eine organisatorische Abstimmung zwischen mehreren Krankenhäusern eine größere Transparenz der Abläufe erfordert und somit ein größerer Bedarf für den Einsatz von Controllinginstrumenten besteht. Die Zugehörigkeit zu einem Konzern oder Verbund erweist sich wie schon in den Vorjahren als unabhängig von der Größe. Erneut zeigt sich aber, dass Häuser in öffentlicher Trägerschaft seltener Mitglied eines Konzerns oder Verbunds sind als Häuser in freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft. Die Vermutung eines Einflusses der Konzern-/Verbundzugehörigkeit auf die Steuerungsinstrumente kann nur vereinzelt bestätigt werden, was auf die Vielfalt an existierenden Verbundstrukturen zurückgeführt werden kann.

Größe und Trägerschaft



Größe und Case-Mix-Index

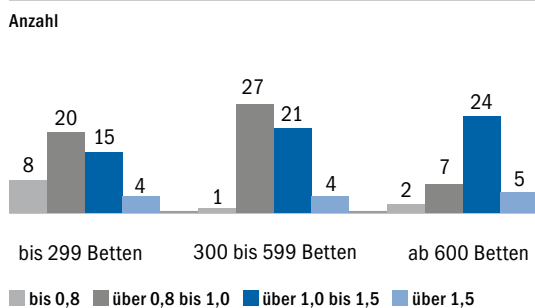


Abbildung 3: Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren

Als weiterer Faktor, der durch zusätzliche Transparenz- und Abstimmungserfordernisse den Einsatz von Controllinginstrumenten begünstigen kann, wird die medizinische Komplexität betrachtet. Zu deren Messung stehen mehrere mögliche Kriterien zur Verfügung. Neben dem Case-Mix-Index ist dies insbesondere die Versorgungsstufe. Diese steht allerdings in engem Zusammenhang mit der Größe. Beim Case-Mix-Index zeigt sich demgegenüber nur ein schwacher Zusammenhang zur Größe, so dass dieser als Maßzahl für medizinische Komplexität betrachtet wird.

Als fünfter Einflussfaktor wird die Teilnahme an der InEK-Kalkulation betrachtet. Dahinter steht die – in den

Größe und InEK-Kalkulationsteilnahme

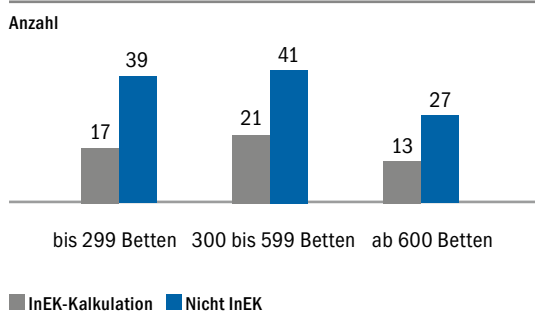
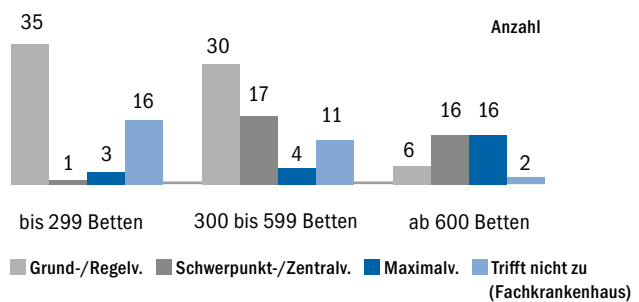
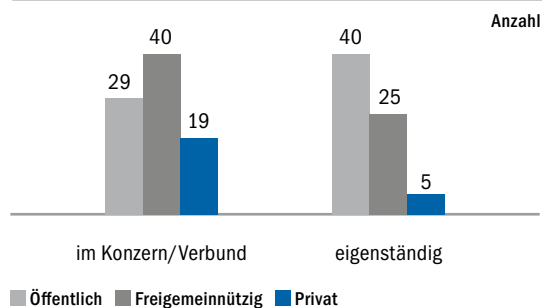


Abbildung 4: Besonderheiten von InEK-Kalkulationshäusern

Größe und Versorgungsstufe

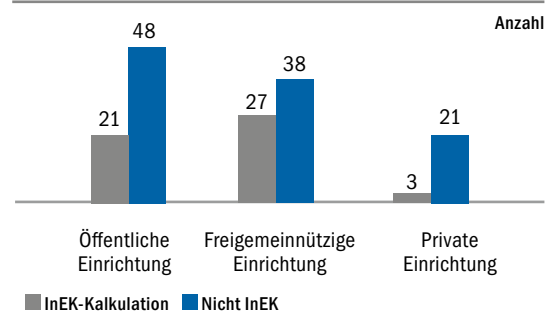


Konzern-/Verbundzugehörigkeit und Trägerschaft



Vorjahren immer wieder bestätigte – Vermutung, dass InEK-Kalkulationshäuser im Bereich der Kostenrechnung über ein überdurchschnittlich weit entwickeltes Controllingssystem verfügen. Anders als in den Vorjahren zeigt sich in der Stichprobe kein Zusammenhang zwischen Größe und InEK-Kalkulationsteilnahme, da über alle Größenklassen hinweg ca. 30 % der teilnehmenden Häuser eine InEK-Kalkulation durchführen (vgl. Abb. 4). Stärker ausgeprägt als im Vorjahr ist in der aktuellen Stichprobe der Einfluss der Trägerschaft, da insbesondere unter den teilnehmenden privaten Häusern nur wenige eine InEK-Kalkulation durchführen. Deshalb ist darauf zu achten, dass die auf die Trägerschaft zurückzuführenden Effekte nicht als Einfluss der Teilnahme an der InEK-Kalkulation fehlinterpretiert werden.

Trägerschaft und InEK-Kalkulationsteilnahme



2. ERGEBNISSE ZUM FOKUSTHEMA ERLÖS-, KOSTEN- UND ERGEBNISSTEUERUNG

Die Erlös-, Kosten- und Ergebnissteuerung wurde für die fünfte Befragungsrunde als Fokusthema ausgewählt, zu dem der Fragebogen besonders umfang- und detailreiche Fragen enthielt. In einer gegenüber den Vorjahren deutlich größeren Detailtiefe wurde vor allem die Verrechnung von Kosten und Erlösen zwischen verschiedenen Abteilungen und Bereichen eines Krankenhauses behandelt. Andere Fragen, z. B. nach der Gliederung der Kostenstellen, wurden in ähnlicher Weise wie in den Vorjahren beibehalten.

Bezüglich der Verrechnung von Kosten und Erlösen zwischen verschiedenen Abteilungen wurden vier Ebenen betrachtet:

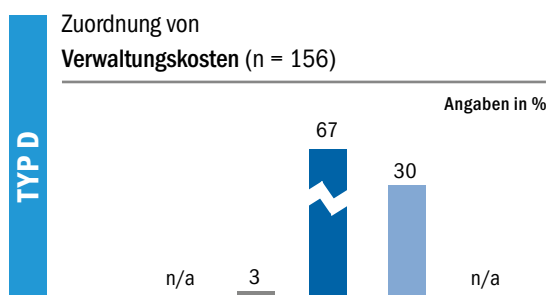
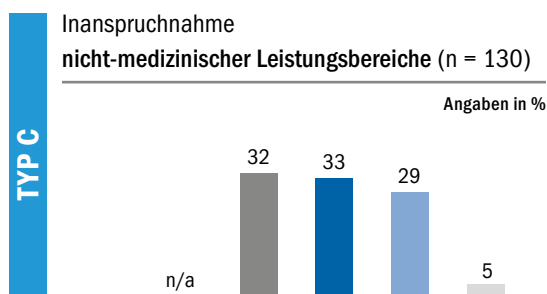
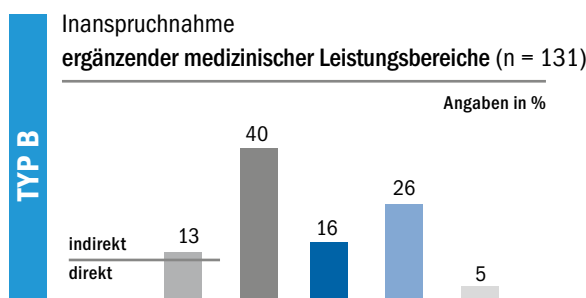
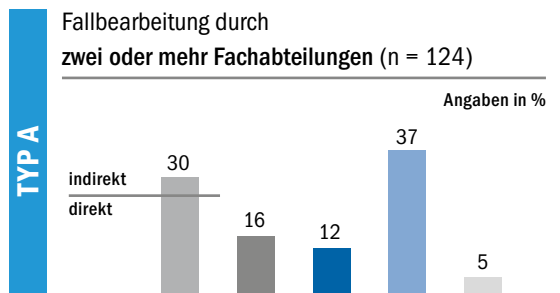
- **Typ A:** Die Bearbeitung eines Behandlungsfalls erfordert Leistungen aus **zwei oder mehr Fachabteilungen**
- **Typ B:** Eine Fachabteilung benötigt zur Bearbeitung eines Behandlungsfalls Leistungen **ergänzender medizinischer Leistungsbereiche** (z. B. OP, Radiologie, Labor)
- **Typ C:** Eine Fachabteilung benötigt zur Behandlung eines Behandlungsfalls Leistungen **nicht-medizinischer Leistungsbereiche** (z. B. Kantine, Wäscherei, Sterilisation, Reinigung)
- **Typ D:** Eine Fachabteilung beansprucht Leistungen der **zentralen Krankenhausverwaltung**

Um strukturiert aufzeigen zu können, wie die Verrechnung von Kosten und Erlösen auf diesen Ebenen erfolgt, wurden verschiedene Abrechnungsmodelle in allgemeiner Form definiert:

- **Differenzierte Erlöszuordnung** (nur für Typ A und B): Der Erlös (i. d. R. DRG-Fallpauschale) wird den beteiligten Fachabteilungen bzw. Leistungsbereichen nach einem definierten Schema (z. B. DRG-Erlössplitting, AKVD-Methode, DMI-Methode) zugeordnet. Diese Zuordnung kann direkt oder indirekt erfolgen. Bei der **direkten Zuordnung** erhalten alle beteiligten Bereiche einen Erlösanteil, dem sie ihre Kosten gegenüberstellen können. Bei der **indirekten Zuordnung** erhält zunächst eine Abteilung den gesamten Erlös, leitet aber einen nach den gleichen Kriterien wie bei der direkten Zuordnung ermittelten Erlösanteil an die anderen beteiligten Bereiche weiter.

- **Leistungsbezogene Verrechnungspreise:** Die Leistungen werden nach individueller Inanspruchnahme abgerechnet. Die dabei zum Einsatz kommenden Verrechnungspreise können markt- oder kostenbasiert sein. Marktbasierte Verrechnungspreise orientieren sich entweder an Erlösen, die bei einer Leistungserbringung für Dritte (z. B. Abrechnung nach GoÄ) erzielt werden könnten, oder Beschaffungspreisen, die bei Fremdbezug für die gleiche Leistung zu zahlen wären. Kostenbasierte Verrechnungspreise können auf die direkten Kosten des liefernden Bereichs oder auf dessen Vollkosten (inkl. zugeordneter Gemeinkosten) abstellen.
- **Pauschale Kostenumlage:** Es erfolgt keine Abrechnung nach individueller Inanspruchnahme der Leistungen, sondern die Kosten des Leistungserbringers werden pauschal nach festgelegten Schlüsselgrößen (z. B. Bettenzahl) den Leistungsempfängern zugeordnet.
- **Keine Verrechnung:** Es erfolgt keine Zuordnung von Erlösen oder Kosten. Bereiche, die Leistungen anderer Bereiche in Anspruch nehmen, werden dafür nicht belastet.

Abb. 5 zeigt, welche der Abrechnungsmodelle auf den vier Ebenen zum Einsatz kommen. Hierzu wurde die Stichprobe auf jeder Ebene nicht nur um unvollständige Datensätze, sondern insbesondere um diejenigen Krankenhäuser bereinigt, bei denen die jeweilige Leistungsverflechtung gar nicht vorkommt. Bei einer gemeinsamen Fallbearbeitung durch zwei oder mehr Fachabteilungen sind dies vor allem kleine Krankenhäuser mit nur einer Fachabteilung bzw. ohne abteilungsübergreifende Behandlungsfälle. Die Inanspruchnahme ergänzender medizinischer Leistungen und nicht-medizinischer Leistungen entfällt vor allem dann, wenn diese Leistungen fremdbezogen werden.



■ Differenzierte Erlöszuordnung ■ Verrechnungspreise ■ Kostenumlage
■ Keine Verrechnung ■ Sonstige

Abbildung 5: Kosten- und Erlösverrechnung bei verschiedenen internen Leistungsbeziehungen

Auf allen vier Ebenen fällt der hohe Anteil an Krankenhäusern auf, die gar keine Verrechnung vornehmen. Besonders hoch ist dieser Anteil mit 37 % bei einer Fallbearbeitung durch mehrere Fachabteilungen. Auch auf den anderen Ebenen verzichtet jeweils gut ein Viertel der Krankenhäuser auf eine Verrechnung. Hierbei handelt es sich allerdings nicht immer um die gleichen Krankenhäuser. Wird die Stichprobe auf die 110 Krankenhäuser reduziert, die Angaben zu Leistungsverflechtungen auf allen vier Ebenen machen, lässt sich ein durchgängiger Verzicht auf allen vier Ebenen nur bei 14 % der Häuser feststellen. Weitere 37 % verzichten zwar nicht durchgängig, aber mindestens auf einer Ebene auf eine Verrechnung. Über ein umfangreiches System der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung auf allen vier Ebenen verfügen somit nur 49 % der Häuser. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der Vorjahre, in denen ähnlich viele Krankenhäuser angegeben haben, Kosten der allgemeinen Verwaltung, der nicht-medizinischen Leistungsbereiche und der ergänzenden medizinischen Leistungsbereiche den Leistungsempfängern nicht zuzurechnen.³

Ein Vergleich der auf den vier Ebenen zum Einsatz kommenden Verrechnungsmodelle zeigt, dass es kein über alle Ebenen präferiertes Verrechnungsmodell gibt. Bei einer Beteiligung mehrerer Fachabteilungen an einem Behandlungsfall ist die Erlöszuordnung das am häufigsten gewählte Verrechnungsmodell. Dabei überwiegt ganz deutlich die direkte Zuordnung der Erlöse. Leistungen ergänzender medizinischer Leistungsbereiche werden demgegenüber am häufigsten über Verrechnungspreise abgerechnet. Bei Leistungen nicht-medizinischer Leistungsbereiche kommen sowohl Verrechnungspreise als auch pauschale Kostenumlagen häufig zum Einsatz. Bei den Verwaltungskosten dominieren schließlich die pauschalen Kostenumlagen. Verrechnungspreise, hier in der Form von Prozesskostensätzen, spielen nur eine untergeordnete Rolle. Im Gesamtbild zeigt sich somit, dass mit zunehmender Entfernung der Leistungen von der eigentlichen Behandlungsleistung immer weniger Wert auf eine möglichst verursachungs- bzw. beanspruchungsgerechte Kosten- und Erlöszuordnung gelegt wird.

³Die Befragungsrunden 2011 bis 2014 haben mit nur geringen Schwankungen im Zeitablauf gezeigt, dass jeweils rund 30 % der Krankenhäuser auf den Ebenen der nicht-medizinischen Leistungsbereiche (Typ C) und der allgemeinen Verwaltung (Typ D) keine Gemeinkostenverrechnung vornehmen. In der Befragungsrunde 2014 wurde ein Anteil von 30 % auch für die ergänzenden medizinischen Leistungsbereiche (Typ B) gefunden. Die Schnittmenge der Krankenhäuser, die über die Ebenen B, C und D keine Verrechnungen vornehmen, lag 2014 bei 20 %. In der aktuellen Befragungsrunde liegt dieser Anteil bei 16 % geringfügig niedriger. Die aktuelle Befragung liefert somit trotz der veränderten und insbesondere detailreicheren Fragestellungen mit den Vorjahren vergleichbare Ergebnisse.

Bei einer genaueren Betrachtung der insgesamt 54 Krankenhäuser, die Kosten- und Erlösverrechnungen auf allen vier Ebenen von Leistungsverflechtungen vornehmen, zeigen sich einige typische Anwendungsmuster, die dieses abgestufte Vorgehen bestätigen:

| | Häufigkeit | Typ A | Typ B | Typ C | Typ D |
|---------------|------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------------|
| Zwei Methoden | 22 % | Verrechnungspreise | Verrechnungspreise | Verrechnungspreise | Pauschale Kostenumlage |
| | 13 % | Verrechnungspreise | Verrechnungspreise | Pauschale Kostenumlage | Pauschale Kostenumlage |
| Drei Methoden | 13 % | Differenzierte Erlöszuordnung | Differenzierte Erlöszuordnung | Verrechnungspreise | Pauschale Kostenumlage |
| | 11 % | Differenzierte Erlöszuordnung | Verrechnungspreise | Verrechnungspreise | Pauschale Kostenumlage |
| | 7 % | Differenzierte Erlöszuordnung | Verrechnungspreise | Pauschale Kostenumlage | Pauschale Kostenumlage |

Abbildung. 6: Muster der Kosten- und Erlösverrechnung

Rund 35 % der Häuser aus der Teilstichprobe nutzen ein abgestuftes Muster aus Verrechnungspreisen und pauschalen Kostenumlagen. Unterschiede innerhalb dieser Gruppe zeigen sich lediglich bei der Verrechnung von Leistungen nicht-medizinischer Bereiche. Weitere 31 % der Häuser nutzen sogar alle drei abgefragten Verrechnungsmethoden in einem abgestuften Muster. Dabei wird immer die differenzierte Erlöszuordnung für Leistungsverflechtungen zwischen Fachabteilungen und immer eine pauschale Kostenumlage für Leistungen der Verwaltung eingesetzt. Für die anderen beiden Typen von Leistungsverflechtungen kommen verschiedene Kombinationen zum Einsatz.

Neben diesen abgestuften Anwendungsmustern lassen sich bei 17 % der Häuser über alle Ebenen homogene Anwendungsmuster finden. Hierbei handelt es sich fast immer um die durchgängige Verwendung pauschaler Kostenumlagen. Nur in einem Einzelfall werden Leistungen auf allen Ebenen nach Inanspruchnahme mit Verrechnungspreisen bzw. Prozesskostensätzen abgerechnet. Die verbleibenden Häuser verteilen sich auf seltene Kombinationen, die jeweils nur ein- oder zweimal genannt wurden. Darunter sind auch Häuser, die mindestens auf einer der Ebenen auf eine nicht näher spezifizierte sonstige Methode verwiesen haben.

Eine weitere Vertiefung des Themenkomplexes wurde durch detaillierte Fragen zu den einzelnen Verrechnungsmethoden erreicht. Dabei wurden insbesondere folgende Fragen adressiert:

- Nach welcher Methode werden Erlöse bei einer differenzierten Erlösverteilung den beteiligten Abteilungen zugeordnet?
- Welcher Abteilung werden Erlöse zugerechnet, wenn keine differenzierte Erlösverteilung vorgenommen wird?
- Werden Verrechnungspreise marktbasierend (mit Unterscheidung: Absatzmarkt, Beschaffungsmarkt) oder kostenbasiert (mit Unterscheidung: Vollkosten, Teilkosten) festgelegt?

Die Auswertung zur Frage nach der Vorgehensweise bei der differenzierten Erlösverteilung ist in Abb. 7 getrennt dargestellt für Leistungsverflechtungen mit anderen Fachabteilungen und Leistungsverflechtungen mit ergänzenden medizinischen Leistungsbereichen. Dabei zeigt sich, dass unter den Standardmethoden

das DRG-Erlössplitting am häufigsten angewendet wird. Daneben werden häufig individuelle Methoden genutzt. Die DMI-Methode (DMI = Day-Mix-Index) hat nur bei der Erlösverteilung zwischen Fachabteilungen eine größere Bedeutung. Die AKVD-Methode (AKVD = Aufwandskorrigierte Verweildauer) kommt insgesamt nur sehr selten zur Anwendung.

Die Ergebnisse zur Verteilung zwischen mehreren Fachabteilungen erlauben einen Vergleich zu den Vorjahren. Hierbei fällt die stark gestiegene Bedeutung des DRG-Erlössplittings auf, das in der aktuellen Befragung mehr als doppelt so häufig (von 19 % auf 40 %) genannt wird wie im Vorjahr. Deutlich geringer fallen demgegenüber die Werte für die AKVD-Methode (von 17 % auf 8 %) und für individuelle Lösungsansätze (von 45 % auf 30 %) aus. Bei der Interpretation und Verallgemeinerung dieser Veränderungen ist allerdings aufgrund der Abwandlung der Fragen gegenüber den Vorjahren und der vergleichsweise kleinen Gruppe der Krankenhäuser mit einer differenzierten Erlöszuordnung Vorsicht geboten.

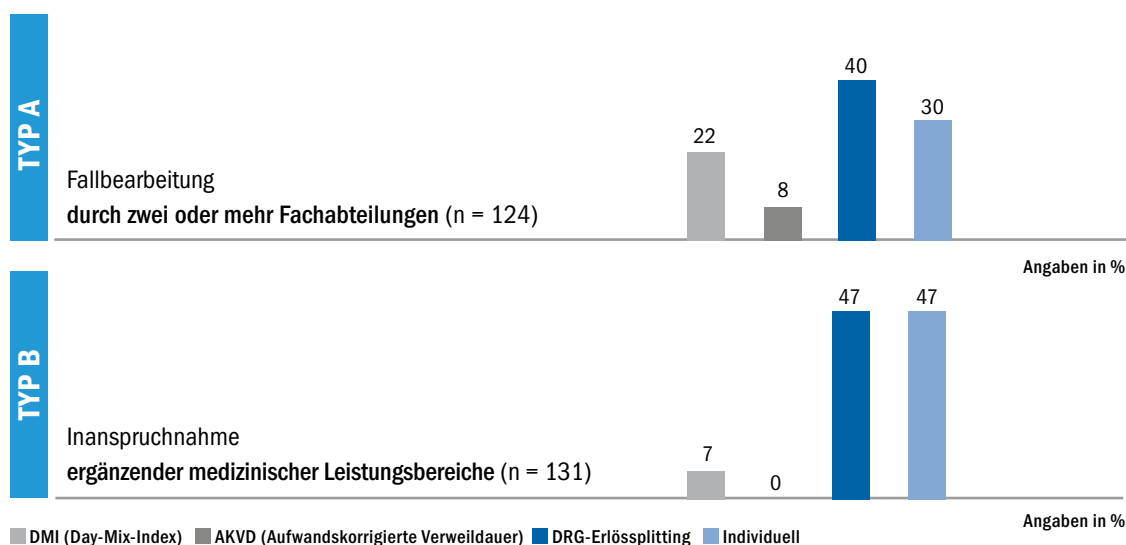


Abbildung 7: Verfahrenswahl bei differenzierter Erlöszuordnung

Alle Krankenhäuser, die bei einer Zusammenarbeit mehrerer Fachabteilungen keine differenzierte Erlöszuordnung wählen, müssen festlegen, welche Fachabteilung den vollständigen Erlös pauschal zugewiesen bekommt. Dabei spielt es keine Rolle, ob für den Leistungsaustausch eine andere Form der Verrechnung (Verrechnungspreise, Kostenumlage) gewählt oder ganz auf eine Verrechnung verzichtet wird. Abb. 8 verdeutlicht, dass der Erlös in solchen Fällen ganz überwiegend der Entlassabteilung zugerechnet wird. Dieses Ergebnis fällt sogar noch deutlicher aus als in den Vorjahren, in denen hier Werte von durchschnittlich 75 % erreicht wurden.

Die Ausgestaltung von Verrechnungspreisen wurde in der aktuellen Befragung erstmals erhoben. Dabei können Leistungsverflechtungen zwischen mehreren Fachabteilungen mit ergänzenden medizinischen Bereichen und mit nicht-medizinischen Leistungsbereichen getrennt betrachtet werden (vgl. Abb. 9).

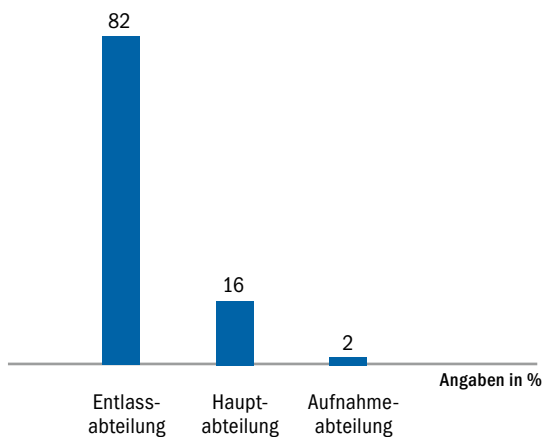


Abbildung 8: Erlöstragende Abteilung bei pauschaler Erlöszuordnung

Es zeigt sich, dass kostenbasierte Verrechnungspreise auf allen Ebenen dominieren. Dabei wird deutlich häufiger ein Vollkosten- als ein Teilkostenansatz verfolgt. Marktbasierte Methoden kommen vor allem bei der Inanspruchnahme ergänzender medizinischer Leistungsbereiche zum Einsatz. Hierbei handelt es sich überwiegend um Preise, die an den Erlösen bei einer Leistungserbringung für Dritte (z. B. nach der GoÄ) orientiert sind. An den Kosten eines Fremdbezugs orientierte Preise werden demgegenüber insgesamt nur vereinzelt genutzt. Bei einer Fallbearbeitung durch zwei oder mehr Fachabteilungen kommen generell keine marktbasierten Verrechnungspreise zum Einsatz. Allerdings ist zu beachten, dass die indirekte differenzierte Erlöszuordnung (Weiterleitung eines Erlösanteils) einem marktbasierten Verrechnungspreis ähnelt, in der Analyse aber mit der direkten differenzierten Erlöszuordnung zusammengefasst wurde.⁴

Für die verursachungs- bzw. beanspruchungsgerechte Zuordnung von Kosten zu Abteilungen bzw. Fallgruppen oder sogar einzelnen Fällen bildet die Kostenstellenstruktur eine wesentliche Grundlage. Dabei zeichnet sich über die vergangenen Jahre ein Trend hin zu einer detaillierteren Gliederung der Kostenstellen im Vergleich zu den Mindestanforderungen des § 8 KHBV (Anlage 5) ab. In der aktuellen Befragungsrunde geben 72 % der Häuser an, durch die Einrichtung zusätzlicher Kostenstellen und/oder eine weitere Untergliederung der in § 8 KHBV (Anlage 5) vorgegebenen Kostenstellen über die Mindestanforderungen hinauszugehen. Weitere 8 % der Teilnehmer geben an, die Kostenstellen nach einem abweichenden Schema zu gliedern, das jedoch auf die gesetzlich vorgegebene Gliederung umgeschlüsselt werden kann.

⁴ Eine Zuordnung der Weiterleitung von Erlösanteilen zu den Verrechnungspreisen führt zu folgender Verteilung der Antworten für die Leistungsverflechtungen vom Typ A: 32 % kostenbasiert (Teilkosten), 36 % kostenbasiert (Vollkosten), 28 % marktbasiert (Leistungserbringung für Dritte), 0 % marktbasiert (Fremdbezug), 4 % andere Methode.

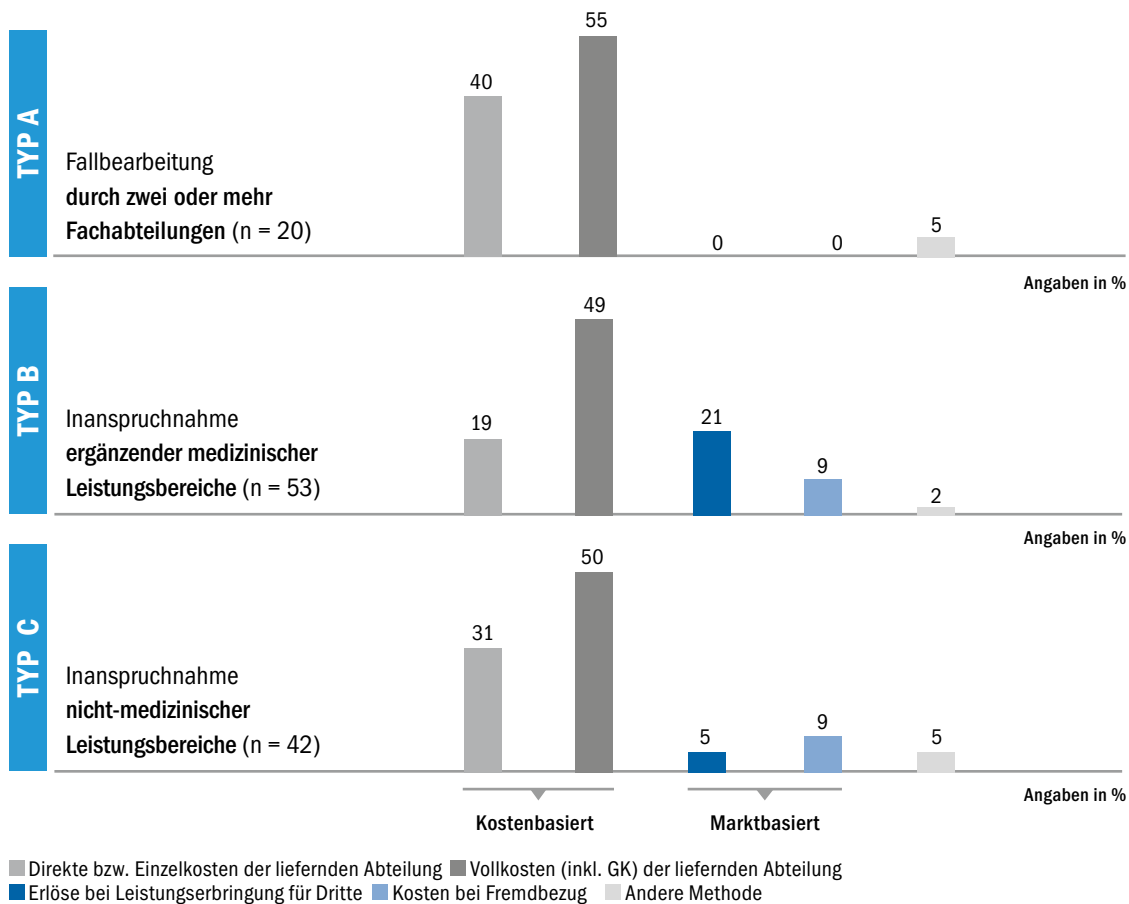


Abbildung 9: Ermittlung der Verrechnungspreise

Weitere dem Fokusthema zugeordnete Fragen bezogen sich darauf, wie häufig und auf welcher Ebene Erlöse und Kosten zu einem Ergebnis zusammengefasst werden. Etwas mehr als drei Viertel der Häuser stellen Erlöse und Kosten auf Fachabteilungsebene mindestens jährlich gegenüber, 35 % der Häuser führen dies monatlich durch. Zur Beurteilung der erreichten Ergebnisse nutzen 83 % der Häuser einen Vergleich der aktuellen Ergebnisse mit Ist-Zahlen aus der Vergangenheit (z. B. Vormonat, Vorjahr). Eine Plan-Ist-Abweichung gegenüber eigenen Planzahlen für die aktuelle Periode wird von gut 50 % der Häuser betrachtet.

Eine fall- oder fallgruppenbezogene Kalkulation, die einen Ergebnisausweis auch auf dieser Ebene ermöglicht, wird von rund der Hälfte der Teilnehmer durchgeführt. Davon verwendet ein Viertel ein vom InEK-Kalkulationshandbuch abweichendes, eigenes Kalkulationsschema. Bei den Fragen nach der Gliederung der Kostenstellen sowie der Ermittlung und Bewertung von Fachabteilungsergebnissen ist anders als in den Vorjahren kein signifikanter Einfluss der Teilnahme an der InEK-Kalkulation mehr zu erkennen, was darauf schließen lassen könnte, dass die anderen Häuser in diesem Bereich aufholen. Fall- bzw. fallgruppenbezogene Kalkulationen führen InEK-Kalkulationsteilnehmer hingegen weiterhin weitaus häufiger durch als andere Häuser.

3. WEITERE ERGEBNISSE IM DETAIL

3.1 ORGANISATION DES CONTROLLINGS

Wie schon in den Vorjahren wurden die Teilnehmer nach der Stellenausstattung im Controlling und nach dessen organisatorischer Verankerung gefragt. Hinsichtlich der Stellenausstattung zeigt sich, dass der Anteil der Krankenhäuser, die nur über drei oder weniger vollzeitäquivalente Stellen im Controlling verfügen, von zwei Dritteln in den Vorjahren auf knapp die Hälfte (48 %) zurückgegangen ist. Darin bestätigt sich die wiederholte Angabe von über 50 % der Teilnehmer, in den letzten drei Jahren Stellen im Medizin- und/oder kaufmännischen Controlling aufgebaut zu haben (vgl. Abb. 10a). Der Zuwachs findet wie in den Vorjahren vornehmlich im Medizincontrolling statt. Jedes fünfte Krankenhaus verfügt weiterhin nur über höchstens eine vollzeitäquivalente Stelle im Controlling.

Bei der relativen Anzahl der Controller in Abhängigkeit von der Größe zeigt sich weiterhin, dass zwei Drittel der Krankenhäuser weniger als fünf Controller pro 1.000 Mitarbeiter beschäftigen. Dabei liegt die durchschnittliche Controllerquote bei kleinen Häusern (1-2 Fachabteilungen) mit rund 8,9 Stellen pro 1.000 Beschäftigten höher als bei mittelgroßen (3-10 Fachabteilungen) mit rund 8,3 Stellen pro 1.000 Beschäftigten und großen Häusern (über 10 Fachabteilungen) mit rund 5,4 Stellen pro 1.000 Beschäftigten. Eine detaillierte Betrachtung der Verteilung der Controllerquote zeigt (vgl. Abb. 10b), dass in der aktuellen Befragungsrunde zwei Drittel der Häuser mit 1-2 Fachabteilungen rechnerisch eine Controllerquote von über 6 Stellen pro 1.000 Beschäftigten erzielen (Hochrechnung der Beschäftigtenzahl). Häuser mit 3-10 Fachabteilungen zeigen eine breite Streuung in der Controllerquote, so dass nur noch bei ca. 40 % der Häuser eine Controllerquote von über 6 Stellen erzielt wird. Knapp die Hälfte der Häuser mit über 10 Fachabteilungen erreicht eine Controllerquote von höchstens 4 Stellen je 1.000 Beschäftigten. Dies deutet darauf hin, dass in großen Häusern Skaleneffekte im Controlling realisiert werden können. Im zeitlichen Verlauf wird über alle Größenklassen eine Tendenz in Richtung steigender Controllerquoten sichtbar.

Entwicklung der Controllingstellen

Angaben in %

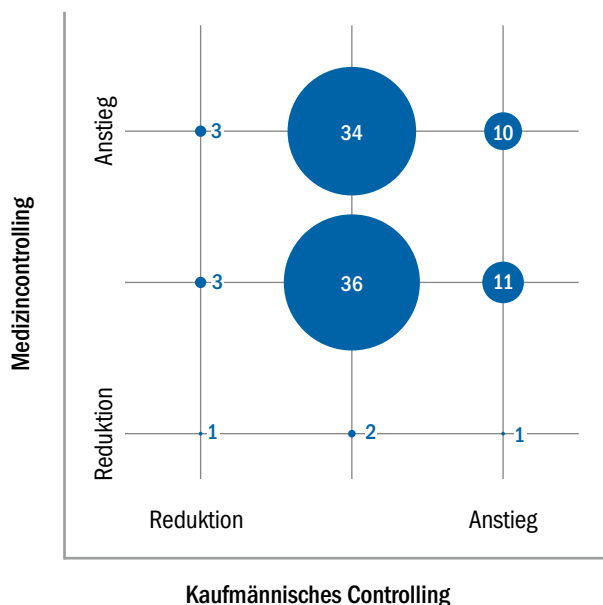


Abbildung 10a: Stellenausstattung der Controllingabteilungen

Controllingstellen je
1.000 Beschäftigte

Angaben in %

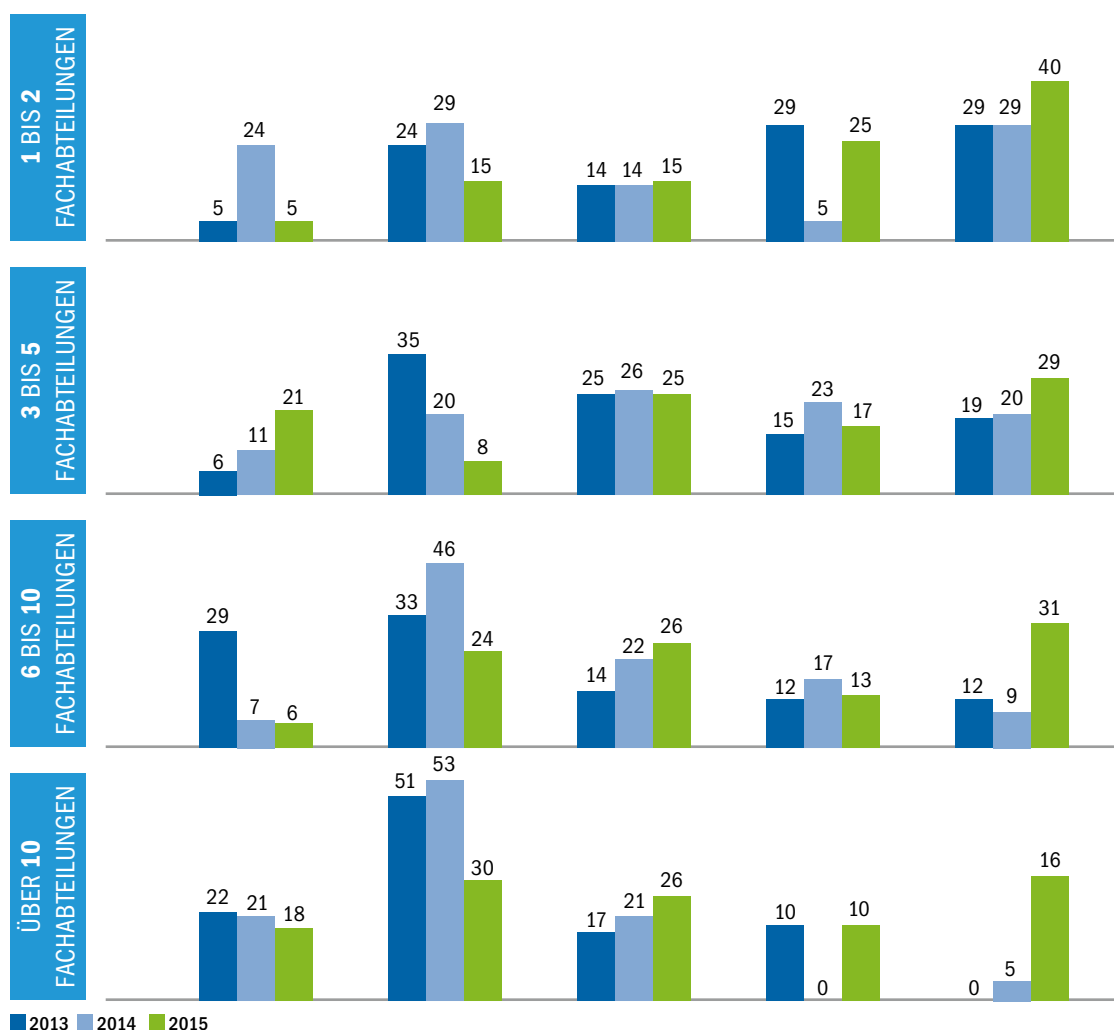


Abbildung 10b: Stellenausstattung der Controllingabteilungen

Die in den Vorjahren festgestellte überwiegende organisatorische Trennung des medizinischen und kaufmännischen Controllings scheint sich weiter zu festigen: Nach wie vor gibt es bei rund zwei Drittel der Häuser getrennte Abteilungen, bei weiteren rund 12 % eine getrennte personelle Verantwortung innerhalb der gleichen Abteilung. Für diese Trennung kann bislang kein systematisches Unterscheidungskriterium in den Einrichtungsmerkmalen gefunden werden.

Ein gesondertes Controlling für die Pflege ist erst bei 18 % der Häuser vorhanden, weitere 15 % planen dessen Aufbau. Damit wird eine leichte Steigerung im Vergleich zum Vorjahr erreicht. Ähnlich wie im Vorjahr ist dabei der Anteil bei großen Häusern mit zusammengefasst 40 % (bereits vorhanden oder geplant) deutlich größer als bei den anderen Häusern mit zusammengefasst rund 30 %.

3.2 ROLLENVERSTÄNDNIS VON KRANKENHAUSCONTROLLERN

Ein weiterer Fragenblock widmete sich wie im Vorjahr dem Rollenverständnis und Aufgabenprofil von Krankenhauscontrollern. Erneut werden in über der Hälfte der Häuser Controller nicht nur als Daten- oder Berichtslieferanten gesehen, sondern stehen in aktiver Kommunikation mit den Berichtsempfängern und werden nicht selten in die Entscheidungsfindung einbezogen. Dies trifft zumindest auf die Rolle zu, die Controller gegenüber der Geschäftsführung bzw. dem Vorstand einnehmen (vgl. Abb. 11). Gegenüber den leistungserbringenden Einheiten zeichnen die aktuellen Ergebnisse ein etwas passiveres Bild als in der vierten Befragungsrunde: Während im Vorjahr noch 56 % der Häuser angaben, dass Controller in aktiver Kommunikation mit den Leistungserbringern stehen oder in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, sind es in diesem Jahr nur noch 45 %.

Wie im Vorjahr geben mehr als die Hälfte der Häuser (57 %) zudem an, dass die Weiterentwicklung der Planungs-, Steuerungs- und Kontrollinstrumente eine regelmäßige Aufgabe der Controller ist. Insgesamt zeigt sich im Aufgabenprofil der Krankenhauscontroller, dass die Sammlung, Aufbereitung, Auswertung und Analyse von Daten sowie die Berichterstellung im Mittel rund zwei Drittel der Arbeitszeit in Anspruch nehmen (vgl. Abb. 12). Die Kommentierung von Berichtsinhalten und die Kommunikation mit den Entscheidungsträgern nehmen hingegen im Mittel nur jeweils 10 % der Arbeitszeit ein.

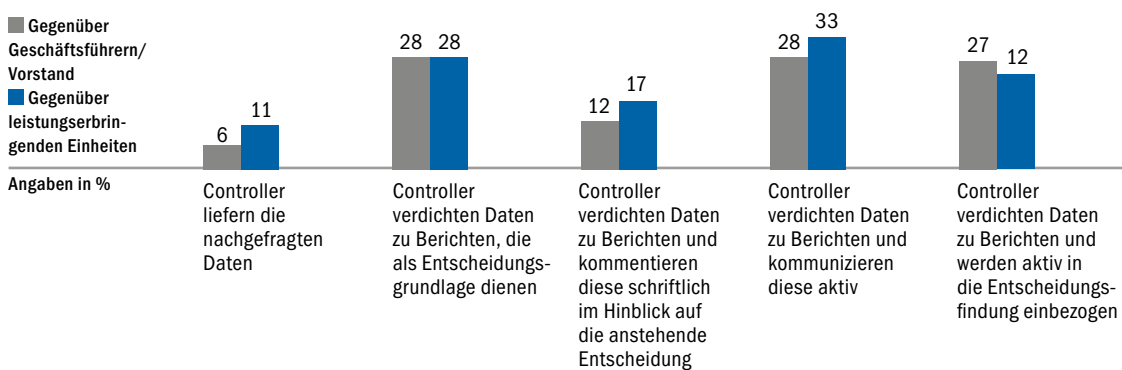


Abbildung 11: Rollenverständnis von Krankenhauscontrollern

3.3 BERICHTSSYSTEME

Somit zeigt sich nicht nur erneut eine Divergenz zwischen dem Rollenverständnis und dem Aufgabenprofil. Die wahrgenommene Stagnation legt außerdem nahe, dass die Potenziale, die die kontinuierliche Verbesserung unter anderem des Automatisierungsgrads durch den Einsatz von Data-Warehouse-Systemen bieten, sich noch nicht im Rollenverständnis und den Tätigkeiten widerspiegeln. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich die Häuser in den kommenden Jahren mit der Organisation und Aufgabenverteilung auseinandersetzen und ob sich Veränderungen im Rollen- und Aufgabenprofil weiter ergeben werden.

In allen Befragungsrunden war die detaillierte Erhebung der Berichtsstruktur in den Häusern wesentlicher Bestandteil. Auch in diesem Jahr bestätigt sich das in Berichtsinhalten und -turnus für die verschiedenen Hierarchieebenen weitgehend konstante Bild eines bereits gut entwickelten Berichtswesens. Es zeigt sich aber, dass gerade bei den schon wiederholt identifizierten Lücken, insbesondere bei der Deckungsbeitragsrechnung, kaum Veränderungen eintreten. In Abb. 13 (Seite 22) sind die Berichtsinhalte und der Berichtsrythmus getrennt für die Ebene der Aufsichtsgremien, des Vorstands/der Geschäftsführung und der Klinikleiter aufgeführt.

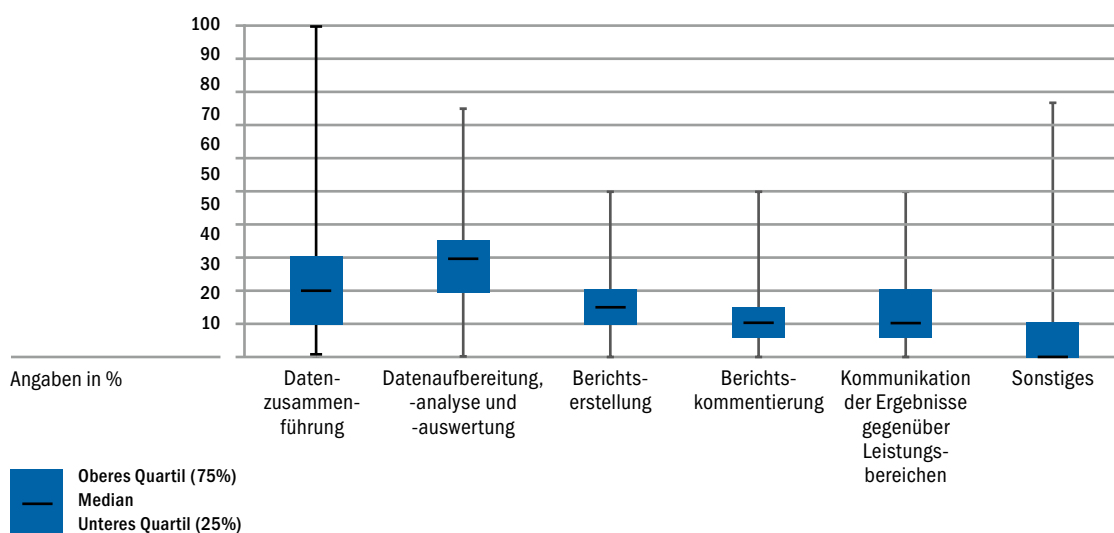


Abbildung 12: Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern

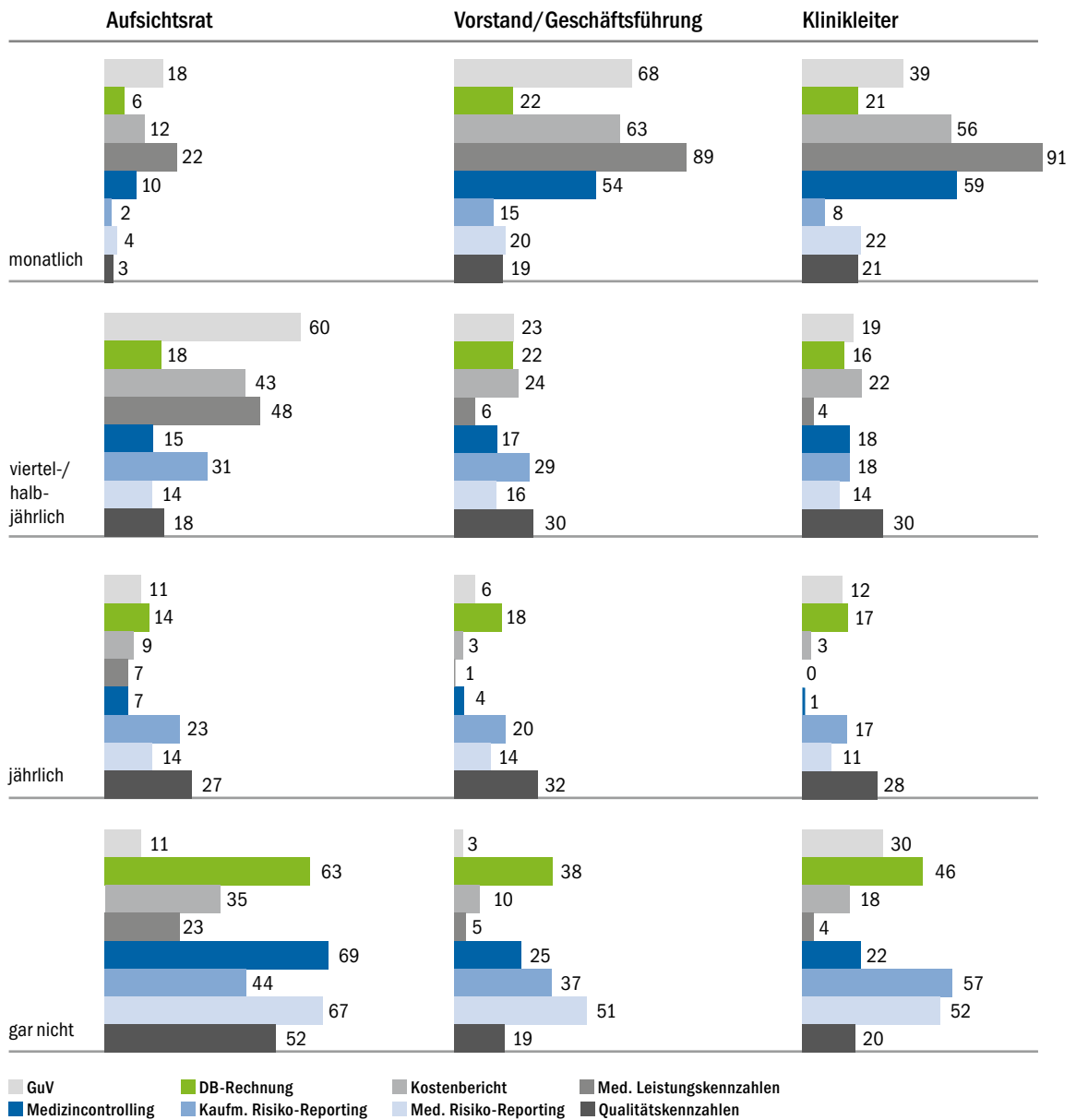


Abbildung 13: Reportingempfänger und -rhythmus

Wie schon in den Vorjahren zeigt sich eine Tendenz zur monatlichen Berichterstattung für Vorstände/Geschäftsführer und Klinikleiter, insbesondere für Kostenberichte, Berichte zu medizinischen Leistungskennzahlen und Detailberichte zum Medizincontrolling. Aufsichtsräte werden tendenziell in einem vierteljährlichen, vermutlich auf den Sitzungsrythmus abgestimmten Turnus informiert. Allerdings ist zu erkennen, dass sich die Berichtshäufigkeit von Vorständen/Geschäftsführern und Klinikleitern angeglichen hat. Während im Vorjahr Klinikleiter die wesentlichen Berichte häufiger in monatlichem Turnus erhielten als die Vorstände/Geschäftsführer, haben monatliche GuV- und Kostenberichte bei den Vorständen/Geschäftsführern einen Zuwachs um 15 bis 20 Prozentpunkte erfahren und bei den Klinikleitern einen Rückgang im gleichen Maß. Auch Berichte zu medizinischen Leistungskennzahlen werden dem Vorstand/der Geschäftsführung nach der aktuellen Befragung in knapp 90 % der Häuser (Vorjahr 64 %) monatlich bereitgestellt. Ob es sich dabei tatsächlich um den Trend einer Angleichung der Berichtshäufigkeit handelt oder ob dies ein Beleg für eine stärkere inhaltliche Differenzierung der Berichte entsprechend den jeweiligen Empfängern ist, kann heute noch nicht geschlussfolgert werden.

Die in den Vorjahren bereits festgestellte seltene Bereitstellung kaufmännischer und medizinischer Risikoberichte hat sich erneut bestätigt. Auch werden Deckungsbeitragsrechnungen (DB-Rechnungen), die für eine zwischen fixen und variablen Kosten differenzierende Steuerung von zentraler Bedeutung sind, im Vergleich zu den anderen Berichten unterdurchschnittlich selten zur Verfügung gestellt. Knapp die Hälfte der Klinikleiter und über ein Drittel (38 %) der Vorstände/Geschäftsführer (2013: 51 %, 2014: 44 %) erhalten nicht einmal jährlich eine solche Deckungsbeitragsrechnung. Dabei stellt die Deckungsbeitragsrechnung für die unterjährige Steuerung des Ergebnisses das zentrale Instrument dar. Wie soll ein Chefarzt/Klinikleiter Einfluss auf Kosten, Erlöse respektive Ergebnis nehmen, wenn ihm diese Informationen nicht monatlich berichtet werden? Auffällig ist, dass große Einrichtungen Deckungsbeitragsrechnungen viertel- und halbjährig berichten, mittlere und kleine Einrichtungen eher jährlich (vgl. Abb. 14). Standardberichte (Kostenberichte, Leistungskennzahlen und Medizincontrolling) werden dagegen über alle Größenklassen überwiegend monatlich berichtet.

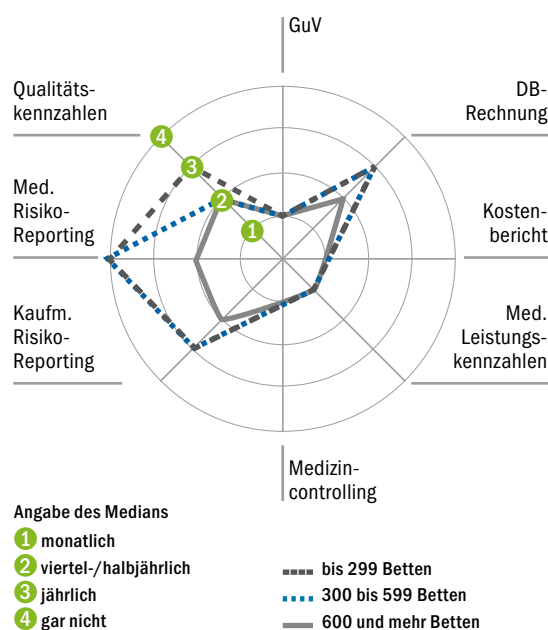
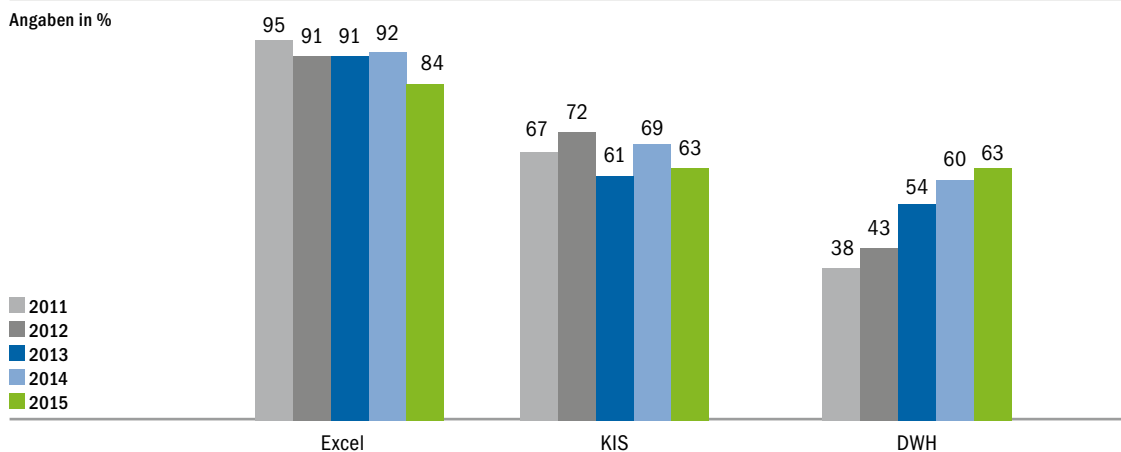


Abbildung 14: Turnus für Vorstandsberichte nach Größe

Bei der IT-Unterstützung des Berichtswesens zeigen die aktuellen Ergebnisse, dass der schon in den Vorjahren beobachtbare Trend hin zu einer umfassenderen Nutzung von Data-Warehouse-Lösungen weiter anhält. Vor allem bei mittelgroßen Häusern ist ein deutlicher Anstieg der Systeme zu verzeichnen (vgl. Abb. 15). Mittlerweile nutzen 63 % der Häuser solche umfassenden Systeme. Gleichzeitig deutet sich mit der neuesten Befragung ein leichter Rückgang in der Nutzung von Tabellenkalkulationen für Berichtszwecke an.

EDV-Einsatz im Berichtswesen



Einsatz von Data-Warehouse-Lösungen nach Bettenzahl

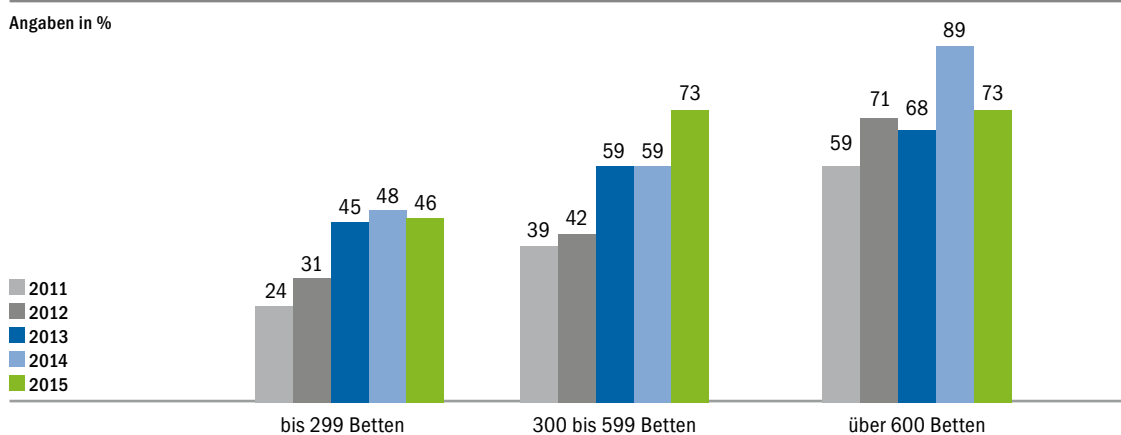


Abbildung 15: Einsatz von IT-Lösungen zur Berichterstattung

3.4 PLANUNGSPROZESSE

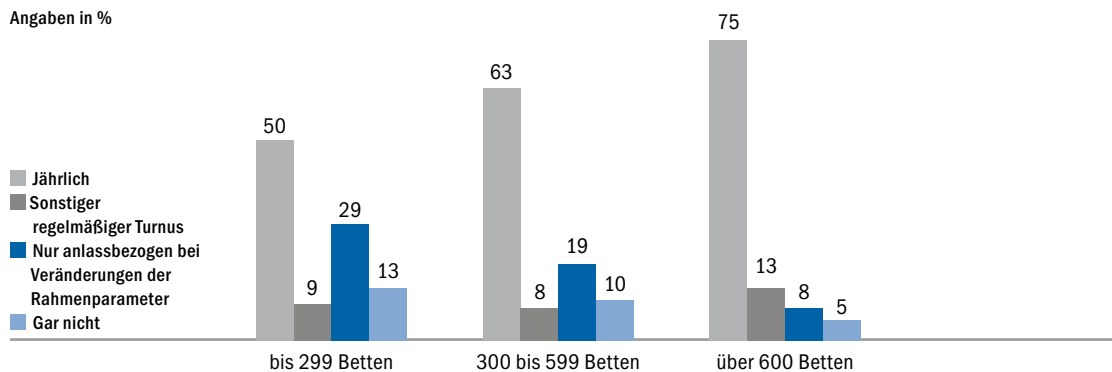
In diesem Jahr wurden die Fragen zur operativen und strategischen Planung sowie zur Liquiditätsplanung in einem Fragenblock gebündelt.

Zur operativen und strategischen Planung wurden die Ergebnisse des Vorjahres weitestgehend bestätigt. Es zeigt sich weiterhin ein Einfluss der Größe auf die Ausgestaltung der strategischen Planung (vgl. Abb. 16). Der Anteil der Häuser mit einem jährlichen Planungsrhyth-

mus dominiert mit knapp zwei Dritteln weiterhin, gerade bei kleinen Häusern ist häufig eine nur anlassbezogene oder ganz ausbleibende strategische Planung anzutreffen. Der Planungshorizont für die strategische Planung beträgt weiterhin drei bis fünf Jahre. Gegenüber dem Vorjahr geben jedoch deutlich weniger Einrichtungen an, nur einen einjährigen Planungshorizont zu nutzen. Dabei ist vor allem bei den kleinen und mittleren Häusern eine Verlängerung des Planungshorizonts festzustellen.

Planungsrhythmus

Angaben in %



Planungshorizont

Angaben in %

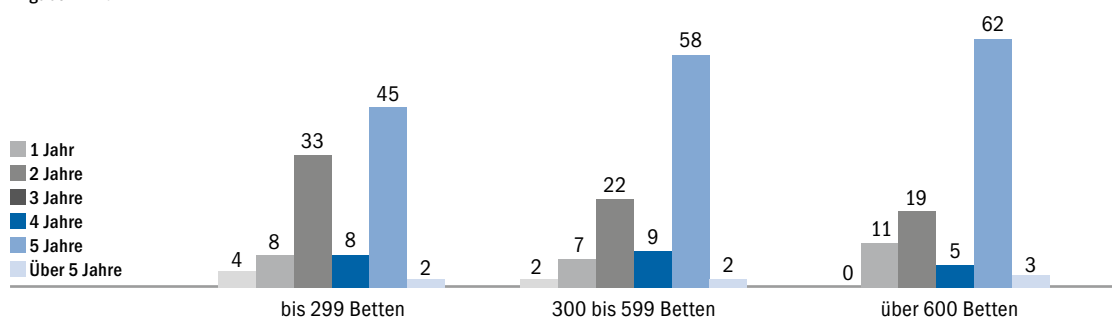


Abbildung 16: Rhythmus und Horizont der strategischen Planung

Im Vorjahr wurden über alle Größenklassen hinweg in ca. 75 % der Häuser die leistungserbringenden Einheiten in die strategische Planung mit einbezogen. In diesem Jahr wird dieser Wert nur bei kleinen Häusern erreicht, von den mittleren und großen Häusern geben nur noch 65 % an, die Chefärzte mit einzubeziehen. Erstmals erhoben wurde deren Einbeziehung in die operative, einjährige Planung. Eine solche Vorgehensweise scheint in den meisten Krankenhäusern üblich, über alle Größenklassen hinweg wird sie mit fast 90 % angegeben.

Für die Liquiditätsplanung und -steuerung bestätigen die aktuellen Ergebnisse das bereits im Vorjahr – nach einem kräftigen Entwicklungsschub im Jahr 2013 – erreichte Niveau (vgl. Abb. 17). Nur 15 % der Häuser geben an, weder eine strategische noch eine operative Liquiditätsplanung durchzuführen. Rund die Hälfte der Häuser verfügt über ein umfassendes System der Liquiditätsplanung mit Planungen sowohl auf strategischer als auch auf operativer Ebene. Ein Verzicht auf eine strategische Liquiditätsplanung findet sich vor allem in kleinen Häusern. Der in den Vorjahren festgestellte Einfluss der Größe auf die operative Liquiditätsplanung bestätigt sich in den aktuellen Daten nicht mehr.

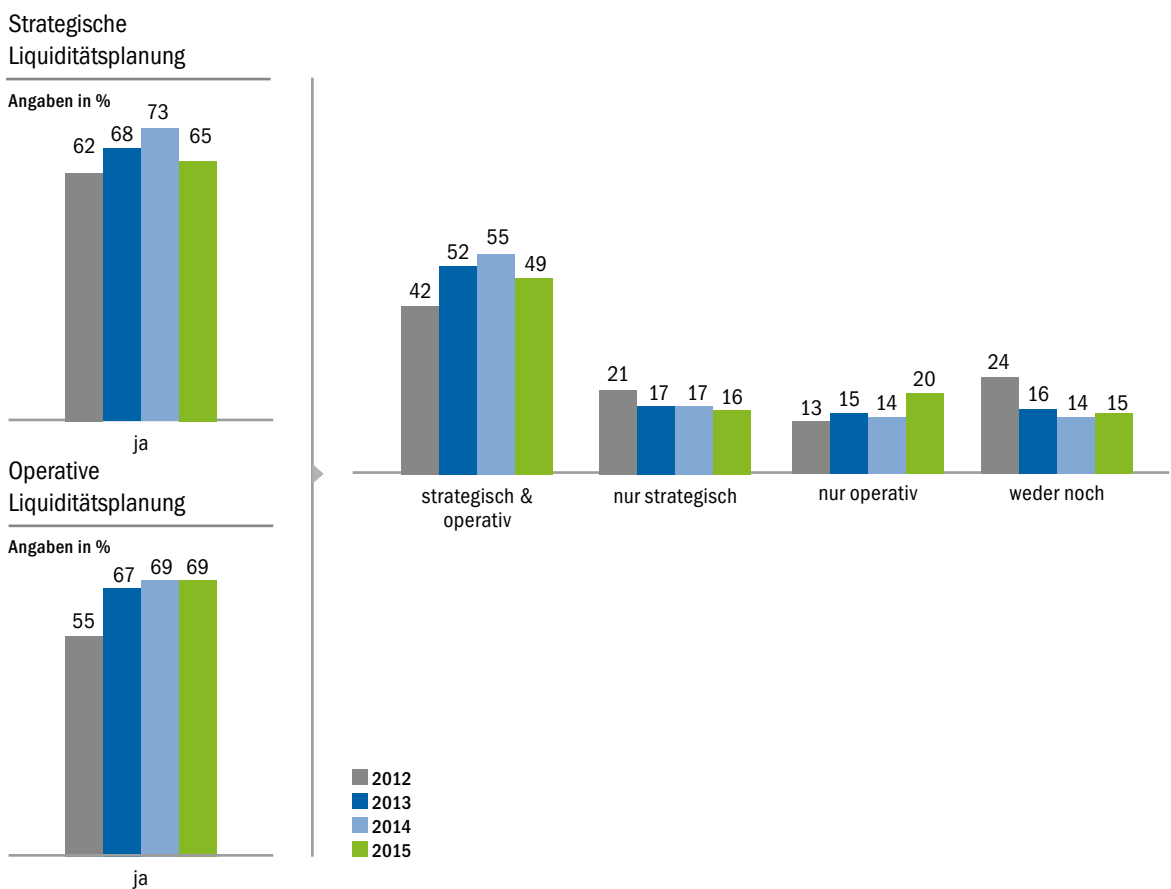
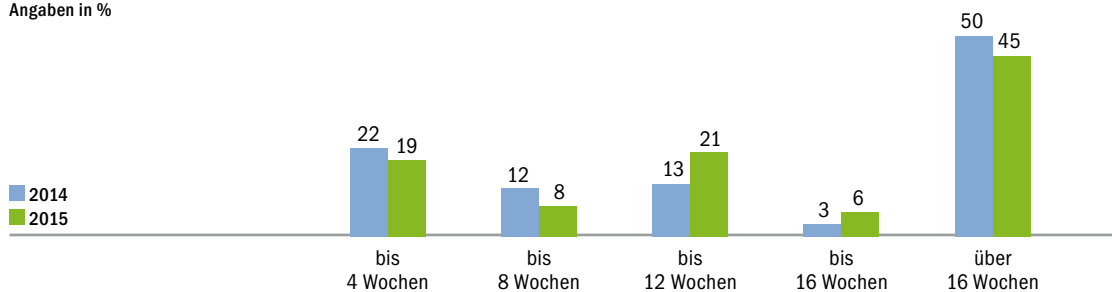


Abbildung 17: Liquiditätsplanung

Die Ausgestaltung der Liquiditätsplanung erscheint wie im Vorjahr sehr heterogen. Die operative Liquiditätsplanung wird weiterhin von knapp der Hälfte der Häuser auf einen Planungshorizont über vier Monate ausgelegt (vgl. Abb. 18). 40 % der Häuser (2014: 22 %) geben an, die Liquidität nur für die nächsten zwei oder sogar vier Wochen zu prognostizieren. Die strategische Liquiditätsplanung wird in diesem Jahr erneut von knapp der Hälfte der Häuser mit einem fünfjährigen Planungshorizont angegeben. Der Anteil der Häuser, die einen dreijährigen strategischen Planungshorizont angeben, ist leicht auf 31 % angestiegen. Die Verschiebungen könnten jedoch auf die leicht konkretisierte Fragestellung zurückzuführen sein, wonach anstelle von „strategische und operative Liquiditätsplanung“ die Begriffe „langfristige Liquiditätsplanung“ und „operative Liquiditätsprognose“ verwendet wurden.

Planungshorizont operative Liquiditätsplanung

Angaben in %



Planungshorizont strategische Liquiditätsplanung

Angaben in %

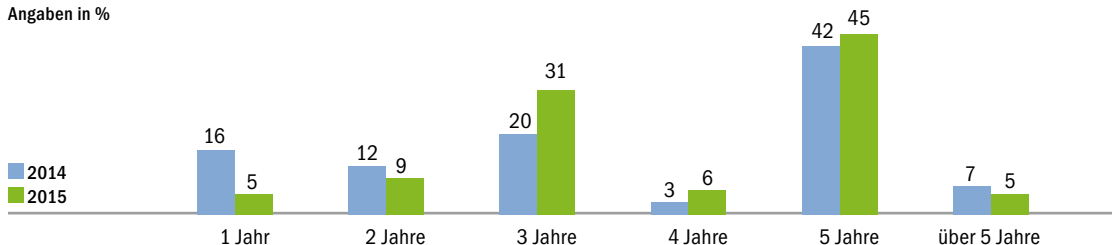


Abbildung 18: Horizont der operativen und strategischen Liquiditätsplanung

3.5 ZIEL- UND ANREIZSYSTEME

Bei der Gestaltung von Ziel- und Anreizsystemen sehen sich Krankenhäuser nicht nur betriebswirtschaftlichen Herausforderungen gegenüber, sondern stehen auch unter intensiver Beobachtung der interessierten Öffentlichkeit sowie den Vorgaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Wie im Vorjahr wurde für diesen sensiblen Themenbereich erhoben, ob in den Häusern Berichtsinhalte für Zielvereinbarungen genutzt werden, ob diese an variable Vergütungsbestandteile geknüpft sind und welche Kennzahlen für diese Zielvereinbarungen zugrunde gelegt werden.

Die Verbreitung von Zielvereinbarungen zeigt sich in diesem Jahr leicht rückläufig (vgl. Abb. 19). Sie werden in rund der Hälfte der Häuser auf der Gesamthausebene (z. B. für den Geschäftsführer) und in knapp zwei Dritteln der Häuser auf Klinikebene (z. B. für Chefarzte) genutzt. Die im Vorjahr festgestellten Unterschiede zwischen den verschiedenen Trägerschaften bestehen weiter fort. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass mittlere und große Häuser unabhängig von der Trägerschaft einen höheren Anteil an Zielvereinbarungen nutzen als kleine Häuser. Durch das Übergewicht großer Häuser unter den öffentlichen und das Übergewicht kleiner Häuser unter den privaten werden die der Trägerschaft zuzuordnenden Effekte zusätzlich akzentuiert. Der Einsatz variabler Vergütungsbestandteile ist über alle Trägerschaften hinweg gesunken, etwas weniger jedoch bei freigemeinnützigen Häusern mit einem ohnehin vergleichsweise niedrigeren Niveau. Insgesamt lassen sich die Ergebnisse dahingehend interpretieren, dass sich die von der DKG veröffentlichten Empfehlungen zur Gestaltung von Chefarztverträgen zunehmend in neu abgeschlossenen Verträgen widerspiegeln.

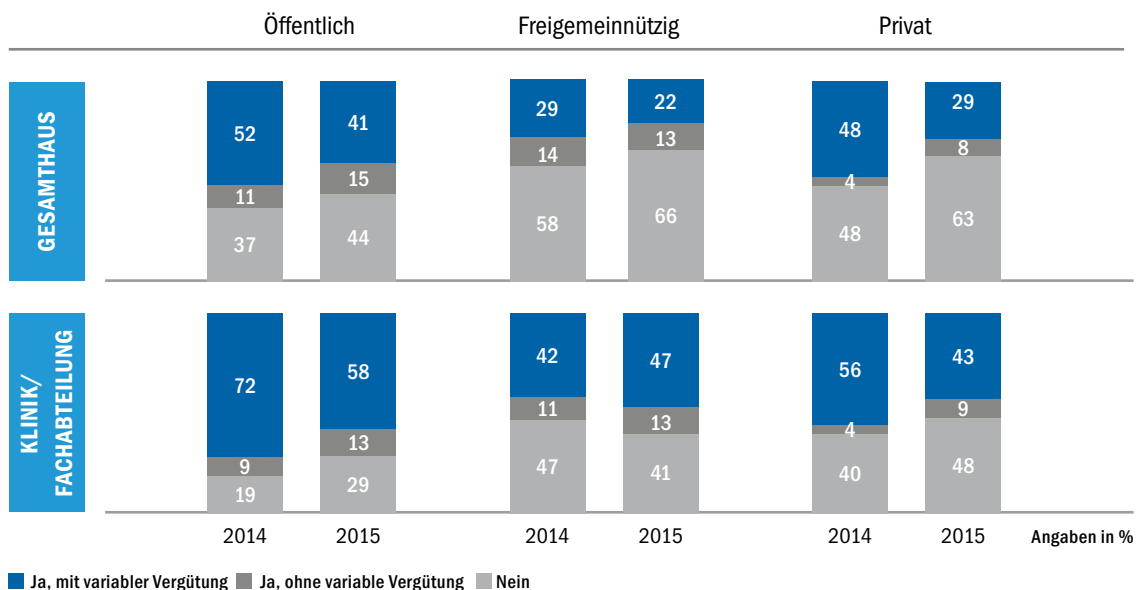
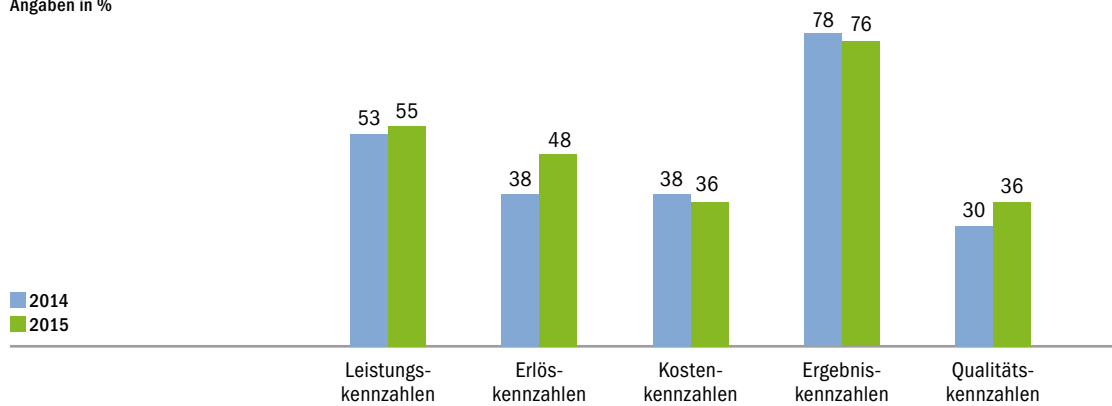


Abbildung 19: Nutzung von Zielvereinbarungen nach Trägerschaft

Alle Teilnehmer, die angegeben haben, Zielvereinbarungen zu nutzen, wurden anschließend nach den dafür verwendeten Kennzahlen gefragt. Hier zeigt sich genau wie im Vorjahr, dass auf der Gesamthausebene Ergebniskennzahlen dominieren, auf der Klinikebene hingegen Leistungskennzahlen (z. B. Fallzahl, CMI). Darüber hinaus wird ersichtlich, dass alle Kennzahlenkategorien zumindest eine mittlere Nutzungsintensität auf beiden Ebenen haben. Die einzelnen Anteile sind dabei auffällig konstant zu den Ergebnissen im Vorjahr geblieben (vgl. Abb. 20).

Gesamthaus

Angaben in %



Klinik/Fachabteilung

Angaben in %

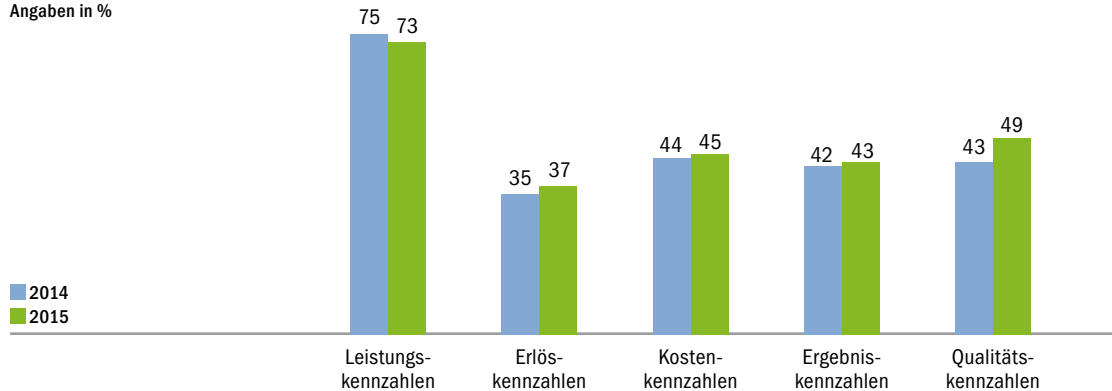


Abbildung 20: Verwendung von Zielkennzahlen bei Nutzung von Zielvereinbarungen

3.6 PAUSCHALIERENDES ENTGELTSYSTEM FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

Seit 2013 widmet sich ein eigener Themenblock den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Für diese bringt die Einführung des Pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) besondere Herausforderungen mit sich. Ab 2017 muss das PEPP für alle Einrichtungen verbindlich angewendet werden. Angesichts der Stichprobe von 59 Fachkrankenhäusern und Abteilungspsychiatrien wird auf eine Analyse möglicher Einflussfaktoren in Bezug auf Größe etc. weitgehend verzichtet.

Seit drei Jahren haben psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die Möglichkeit, das PEPP im Rahmen der Optionsphase anzuwenden. Zum Erhebungszeitpunkt im Sommer 2015 gaben 30 % der Befragten an, bereits optiert zu haben (vgl. Abb. 21). Ein weiteres Drittel plant, von der Optionsphase 2016 Gebrauch zu machen. Die Ergebnisse legen nahe, dass der überwiegende Teil der im Vorjahr noch unentschlossenen Häuser (2014: 34 %, 2015: 12 %) inzwischen zumindest plant zu optieren. Konstant geblieben ist mit rund einem Viertel der Anteil der Häuser, die sich gegen das Optieren entschieden haben.

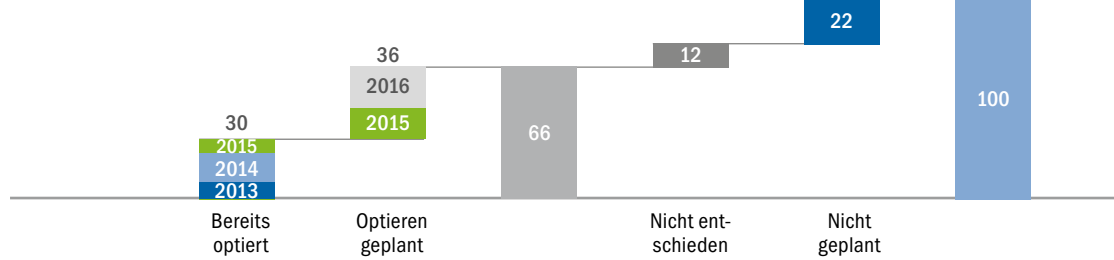
Die Möglichkeit, die Erlöse nach PEPP für das eigene Haus auf Basis der Falldaten zu simulieren und damit die Unsicherheit über die Auswirkungen der künftig leistungsorientierten Vergütung zu reduzieren, haben nicht mehr Einrichtungen genutzt als im Vorjahr (57 %). Nach wie vor erwartet der überwiegende Anteil der Befragten demnach eine Erlösreduktion, mit jedoch leicht sinkender Tendenz. Darüber hinaus wurde gefragt, welche Risiken die Häuser mit einem frühzeitigen Optieren erwarten. 83 % der Häuser gehen von einem Anstieg von MDK-Prüfungen bzw. einer fehlenden MDK-Dokumentationssicherheit aus. Darüber hinaus rechnen 53 % mit technischen Abrechnungsproblemen. Gefragt nach der Einstellung der Kostenträger zum Optieren, geben die Teilnehmer eine überwiegend positive Einstellung an (54 %). Ein Viertel der Teilnehmer hat dies noch nicht angesprochen, nur 10 % der Krankenkassen scheinen eher abgeneigt zu sein.

Zur Sicherstellung einer Vergütung aller erbrachten Leistungen wird künftig deren vollständige und korrekte Erfassung und Kodierung von sehr hoher Bedeutung sein. Nach einer leicht gegenüber dem Vorjahr veränderten Fragestellung zur Erhebung der Verantwortlichkeiten im Dokumentationsprozess zeigt sich, dass die Leistungserfassung von allen Berufsgruppen, vorrangig aber von Ärzten und Pflegekräften, vorgenommen wird. Die Kodierung der Prozeduren und insbesondere Diagnosen erfolgt hingegen größtenteils durch Ärzte und Kodierfachkräfte, wobei häufig eine Unterstützung mittels automatischer Kodierung auf Basis von Leistungskatalogen genutzt wird. Rund zwei Drittel der Teilnehmer geben wie im Vorjahr an, eine fallbegleitende Kodierung durchzuführen (36 %) oder zu planen (29 %). Dies spiegelt sich ebenso im Zeitpunkt der Leistungserfassung wider: In 61 % der Häuser findet diese unmittelbar nach der Leistungserbringung oder zumindest am selben Tag statt, bei weiteren 25 % innerhalb einer Woche.

Fast jedes Haus (90 %) hat inzwischen einen standardisierten Leistungskatalog etabliert. Die zur Leistungserfassung herangezogenen Schwellenwerte geben, wie im letzten Jahr, rund die Hälfte der Häuser mit kleiner als 25 Minuten an. Ebenfalls auf dem Vorjahresniveau (70 %) verbleibt der Anteil der Häuser, die auch Leistungen erfassen, welche nicht OPS-relevant sind. Als Beweggrund dafür geben zwei Drittel die Anforderungen der Kostenträgerrechnung an. Gestiegen ist die Bedeutung einer detaillierteren Erfassung für die MDK-Absicherung (73 %).

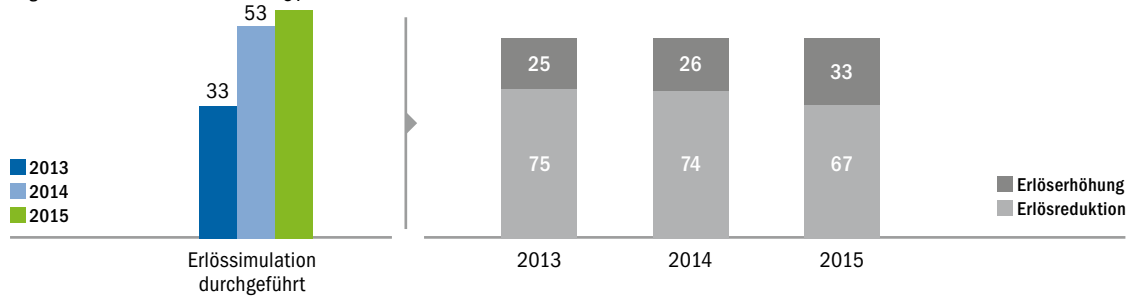
Nutzung der Optionsphase

Angaben in %



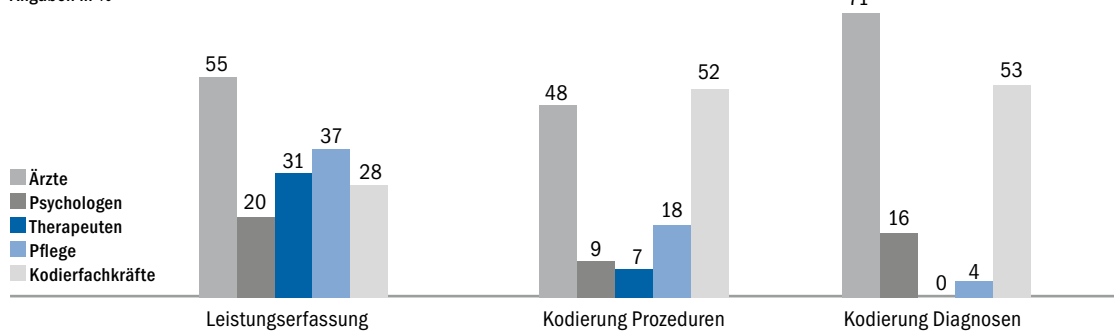
Simulation der Erlösentwicklung unter PEPP

Angaben in %



Hauptsächlich an Leistungserfassung/Kodierung Beteiligte

Angaben in %



Zeitpunkt der Leistungserfassung

Angaben in %

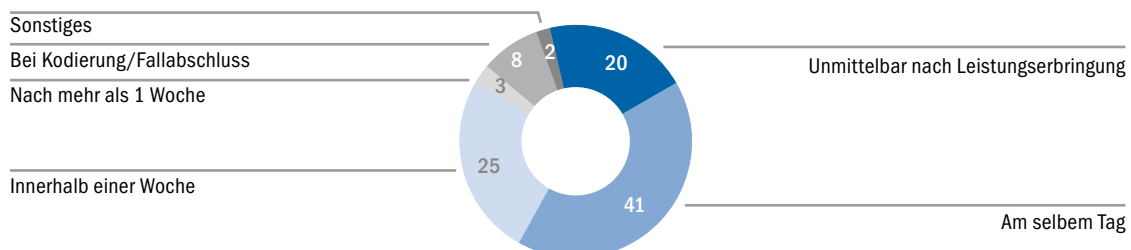


Abbildung 21: Wahrnehmung der Optionsphase und Umsetzungsstand der Dokumentation

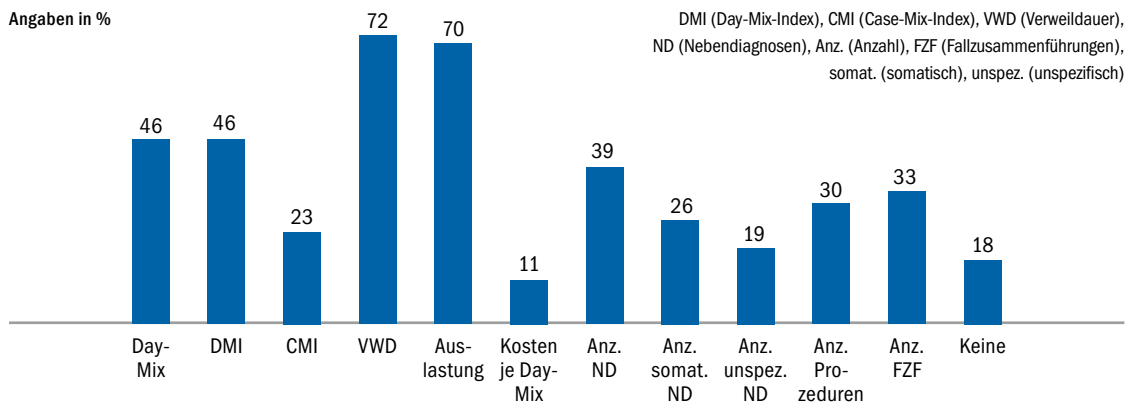
Die Erlöse im PEPP werden von der Fallgruppe und der Verweildauer bestimmt, welche zu tagesbezogenen Relativgewichten führen. Die Zuordnung zu einer Fallgruppe („Grouping“) hängt wiederum von zahlreichen Fallmerkmalen ab, so dass das Handeln der Leistungserbringer künftig eine stärkere Erlösrelevanz mit sich bringt. Die Auslastung und Verweildauer werden zwar in den meisten Häusern weiterhin als Steuerungskennzahl verwendet (vgl. Abb. 22). Daneben treten jedoch in rund der Hälfte der Häuser differenziertere Leistungskennzahlen wie beispielsweise der Day-Mix. Die Verbreitung dieser PEPP-spezifischen Leistungskennzahlen ist gegenüber dem Vorjahr weitgehend konstant geblieben. Etwa ein Viertel bis ein Drittel der Häuser setzen Kodier-Kennzahlen, beispielsweise die Anzahl der kodierten Nebendiagnosen, in der Steuerung ein.

Bei der Erhebung der erwarteten Änderungen im Steuerungssystem zeigt sich erneut eine große Bereitschaft zur Überarbeitung des Berichtswesens. 80 % der Häuser haben zudem ergebnisorientierte Kennzahlen eingeführt oder planen dies. Auffällig ist, dass dennoch mehr Häuser als noch im Vorjahr angeben, die Einführung einer Deckungsbeitragsrechnung nicht zu planen.

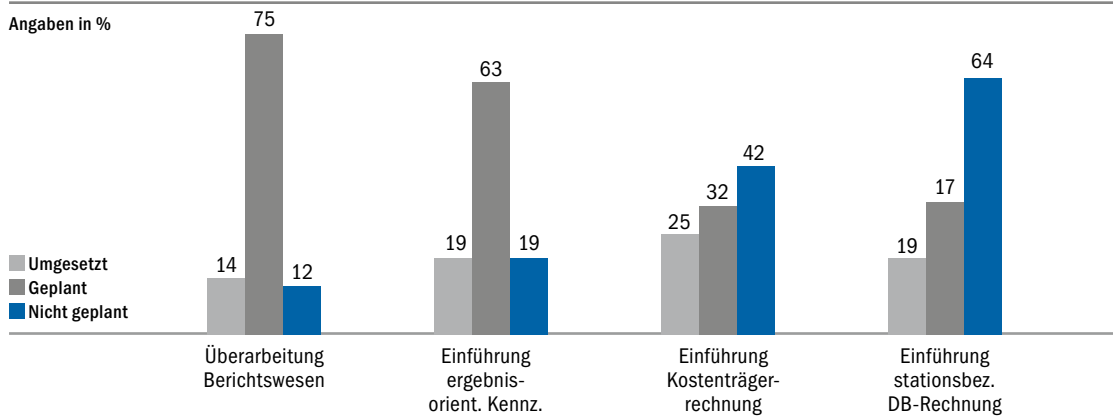
Erstmals wurde in diesem Jahr nach den bereits entstandenen Kosten, aber auch nach positiven Aspekten gefragt, die im Zusammenhang mit der PEPP-Einführung entstanden sind. 84 % der Befragten gaben an, dass zusätzliche Kosten entstanden sind. Die Teilnehmer wurden weiterhin gebeten, verschiedene Ursachen für zusätzliche Kosten in eine Rangfolge zu bringen. Bei rund 60 % der Häuser stellen die Investitionen in IT-Infrastruktur den größten Kostenblock dar (Rang 1), gefolgt von weiteren 20 %, bei denen IT-Infrastruktur den zweithöchsten Rang in den Kosten einnimmt. Insgesamt rund 60 % der Häuser verzeichneten Kosten durch zusätzliches Personal, welche sich jedoch sehr heterogen auf die Rangplätze verteilen. Den Kosten des PEPP sieht rund ein Drittel der Häuser keine positiven Aspekte gegenüberstehen. Mehr als die Hälfte nimmt jedoch eine Steigerung der Transparenz positiv wahr, mehr als ein Drittel berichtet von Prozessverbesserungen.

Insgesamt zeigt sich, dass sich immer mehr Häuser mit den Anforderungen des PEPP auseinandersetzen. Der Umsetzungsstand sowohl im Bereich der Dokumentation als auch der Kodierung ist auf einem soliden Niveau angekommen, zeigt jedoch noch Weiterentwicklungspotenziale und Unsicherheit auf. Es bleibt abzuwarten, wie sich die in einem Jahr auslaufende Optionsphase auswirken wird. Für nachhaltige Anpassungen und Umsetzung der noch geplanten Vorhaben in den Häusern wird noch etwas Zeit notwendig sein.

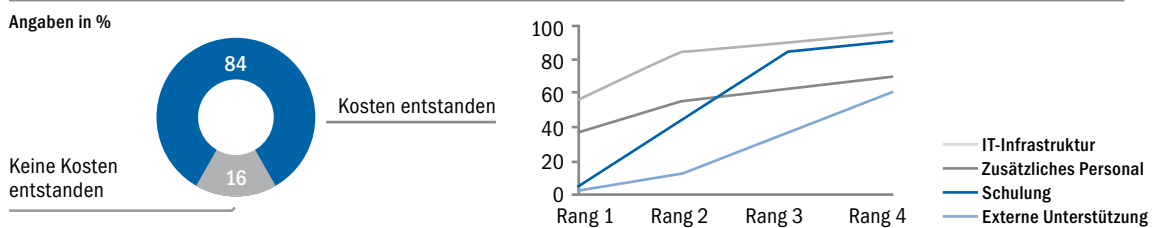
Nutzung PEPP-bezogener Leistungskennzahlen



Erwartete Anpassungen in der Steuerung



Mit dem PEPP entstandene Kosten und Rangfolge (kumuliert)



Erlebte positive Aspekte der PEPP-Einführung

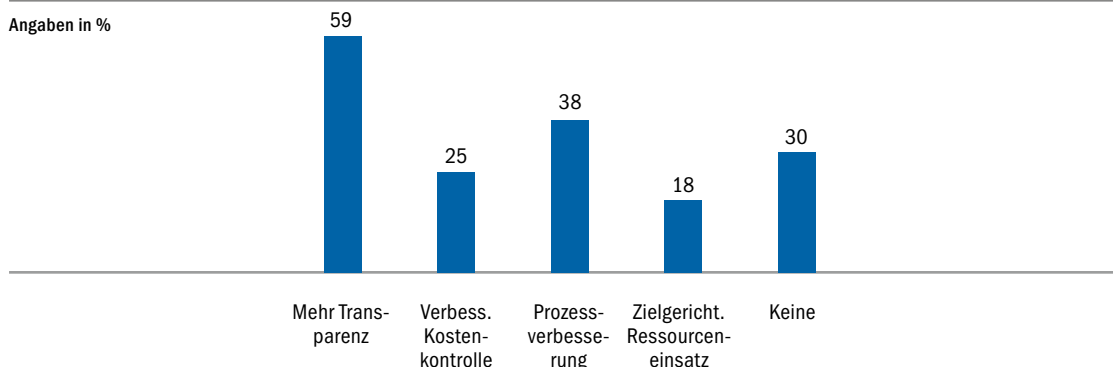


Abbildung 22: Auswirkungen auf die Steuerung

4. ZUSAMMENFASSUNG

Die Befragung zum aktuellen Stand und zur Umsetzung des Controllings in deutschen Krankenhäusern und Psychiatrien wurde im Jahr 2015 zum fünften Mal durchgeführt. Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich wesentliche Erkenntnisse aus den Vorjahren bestätigt und Trends verstetigt haben. Bei der Durchführung der Studie wurde erstmals tiefergehend ein Fokusthema abgefragt.

Dieses Fokusthema war die Kosten-, Erlös- und Ergebnissteuerung. Im Rahmen der tiefergehenden Analyse dieses zentralen Bereichs des Controllings in Krankenhäusern hat sich gezeigt, dass es erhebliche Unterschiede in der Durchführung der Erlös- und Kostenzurechnung in den Krankenhäusern gibt. Dabei wurden vier Arten von innerbetrieblichen Leistungsbeziehungen definiert (Typ A bis D) und je Ebene der Einsatz vier verschiedener Grundformen der Erlös- oder Kostenzuordnung überprüft.

Auf allen Ebenen der betrachteten Leistungsbeziehungen kann beobachtet werden, dass es einen hohen Anteil an Krankenhäusern gibt, die gar keine Verrechnung vornehmen. Besonders hoch ist dieser Anteil mit 37 % bei einer Fallbearbeitung durch mehrere Fachabteilungen. Auch auf den anderen Ebenen verzichtet jeweils gut ein Viertel der Krankenhäuser auf eine Verrechnung. Über ein umfangreiches System der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung auf allen vier Ebenen verfügen nur 49 % der Häuser.

Es zeigt sich insgesamt, dass kostenbasierte Verrechnungspreise auf allen Ebenen dominieren. Dabei wird deutlich häufiger ein Vollkosten- als ein Teilkostenansatz verfolgt. Marktbasierte Methoden kommen vor allem bei der Inanspruchnahme ergänzender medizinischer Leistungsbereiche zum Einsatz. Hierbei handelt es sich überwiegend um Preise, die an den Erlösen bei einer Leistungserbringung für Dritte (z. B. nach der GoÄ) orientiert sind.

Bei den Themenkomplexen, die in gleicher oder ähnlicher Form schon in den letzten Befragungsrunden erhoben wurden, lassen sich zusammenfassend folgende Ergebnisse hervorheben:

- **Organisation des Controllings:** Im zeitlichen Verlauf wird über alle Größenklassen eine Tendenz in Richtung steigender Controllerquoten bei den Krankenhäusern sichtbar. Im Branchenvergleich scheint sie aber durchaus immer noch niedrig. Die Trennung des kaufmännischen und medizinischen Controllings hat in den meisten Krankenhäusern weiter Bestand. Beim Aufbau des Pflegecontrollings gibt es eine positive Tendenz.
- **Rollenverständnis von Krankenhauscontrollern:** Prinzipiell sehen sich viele Controller in Krankenhäusern eher als interner Berater der Geschäftsführung und nicht als reiner Ersteller von Berichten oder Datenlieferant. Das ermittelte Tätigkeitsprofil zeigt aber, dass die zeitlichen Hauptaufgaben doch das Sammeln, Aufbereiten und Analysieren von Daten sind. Die Kommunikation mit den Leistungserbringern hat nach eigener Wahrnehmung der Controller sogar abgenommen. Somit zeigt sich nicht nur erneut eine Divergenz zwischen dem Rollenverständnis und dem Aufgabenprofil. Die wahrgenommene Stagnation legt außerdem nahe, dass die Potenziale, die die kontinuierliche Verbesserung unter anderem des Automatisierungsgrads durch den Einsatz von Data-Warehouse-Systemen bieten, sich noch nicht im Rollenverständnis und den Tätigkeiten widerspiegeln.
- **Berichtswesen:** Auch in diesem Jahr bestätigt sich das in Berichtsinhalten und -turnus für die verschiedenen Hierarchieebenen weitgehend konstante Bild eines bereits gut entwickelten Berichtswesens, das gut an die Informationsbedürfnisse der Empfänger angepasst ist. Es zeigt sich aber, dass gerade bei den schon wiederholt identifizierten Lücken insbesondere zur Deckungsbeitragsrechnung und beim integrierten Risikoreporting kaum Veränderungen eintreten. Die Nutzung von Data-Warehouse-Lösungen ist in diesem Jahr zum vierten Mal in Folge angestiegen.

-
- **Planungsprozesse:** Zur operativen und strategischen Planung wurden die Ergebnisse des Vorjahres weitestgehend bestätigt. So zeigt sich weiterhin ein Einfluss der Größe auf die Ausgestaltung der strategischen Planung, gerade große Häuser haben hier einen etablierten Standardprozess mit jährlichem Planungsturnus. Der Planungshorizont für die strategische Planung beträgt weiterhin drei bis fünf Jahre. Im Rahmen der Liquiditätsplanung verfügt rund die Hälfte der Häuser über ein umfassendes System der Liquiditätsplanung mit Planungen sowohl auf strategischer als auch auf operativer Ebene. Beim Verzicht auf eine strategische Liquiditätsplanung überwiegt der Anteil kleiner Häuser.
 - **Ziel- und Anreizsysteme:** Die Nutzung von Zielvereinbarungen ist leicht rückläufig, insbesondere bei öffentlichen und privaten Häusern, die diese in der Vergangenheit häufiger genutzt haben als freigemeinnützige Häuser. Wenn eingesetzt, sind die Zielvereinbarungen in der Regel mit variablen Vergütungsbestandteilen verknüpft. Die dabei verwendeten Kennzahlen sind auf Ebene des Gesamthauses weiterhin überwiegend Ergebniskennzahlen und auf der Klinikebene überwiegend Leistungskennzahlen.
 - **PEPP-Einführung:** Im Rahmen des Übergangs zu einem pauschalierenden Entgeltsystem können sich die Häuser seit zwei Jahren freiwillig für einen frühzeitigen Umstieg entscheiden. Ein Drittel der Häuser hat diese Option bereits genutzt, ein weiteres Drittel plant bis Ende 2016 zu optieren. Dies legt den Schluss nahe, dass im Vorjahr noch unentschlossene Häuser nun zu einer Nutzung der Optionsphase neigen. Insgesamt bleiben die Häuser aber größtenteils skeptisch, was die Auswirkungen des Systems angeht: Sie rechnen mehrheitlich mit einer Reduktion der Erlöse. Elemente wie eine fallbegleitende Kodierung und ein standardisierter Leistungskatalog sollen dem entgegenwirken. Außerdem steigt die Bereitschaft, das Controllingssystem anzupassen. Dies betrifft unter anderem die Überarbeitung des Berichtswesens und die Erhebung neuer Kennzahlen.

Im Gesamtbild zeigt sich erneut, dass die Standardisierung der Berichts- und Planungsprozesse stark von der Größe der Einrichtungen abhängt. Große Einrichtungen mit einer hohen organisatorischen Komplexität sind bei der Etablierung IT-gestützter Standardprozesse führend. Bei den übrigen Einflussfaktoren bestätigen sich ebenfalls die Ergebnisse der Vorjahre. Die Trägerschaft hat nur bei wenigen Themen einen Einfluss, selbst im Bereich der Nutzung von Ziel- und Anreizsystemen hat dieser Einfluss durch den Rückgang von Zielvereinbarungen in öffentlichen und privaten Häusern abgenommen. Die Teilnahme an der InEK-Kalkulation hat einen starken Einfluss auf die Durchführung fallgruppen- bzw. fallbezogener Kalkulationen und damit auf die Möglichkeiten der ergebnisbezogenen Steuerung auf dieser Ebene.

Als wichtige Entwicklungstrends lassen sich vor allem zwei Punkte hervorheben: Zum einen das stetige, wenn gleich langsame Wachstum der Controllingabteilungen. Dabei berichten die Krankenhäuser vor allem von einem Zuwachs im Medizincontrolling. Zum anderen die Entwicklung hin zu einer immer stärkeren Nutzung leistungsfähiger IT-Systeme für die Automatisierung des Berichtswesens, die mit jeder bislang durchgeführten Befragungsrunde gestiegen ist. Allerdings hat sich dieser Trend in der aktuellen Befragungsrunde verlangsamt, so dass für die Zukunft eine weniger schnelle Entwicklung oder sogar eine Verstetigung des erreichten Entwicklungsstands erwartet werden kann.

Mit Spannung entgegenzublicken ist weiterhin der Entwicklung in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Bereits der Vergleich mit dem Vorjahr zeigt erhebliche Veränderungen als Reaktion auf die neuen Herausforderungen. Es scheint, dass diese nun verstärkt angegangen werden und sich das Management und Controlling in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf den Wandel einrichtet.

KURZPORTRÄT DER HERAUSGEBER

Prof. Dr. Nils Crasselt

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

Dr. Christian Heitmann

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

Prof. Dr. Björn Maier

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

KONTAKT

Prof. Dr. Nils Crasselt

Bergische Universität Wuppertal
Schumpeter School of Business and Economics
Lehrstuhl für Controlling
Gebäude M, Ebene 15, Raum 16
Gaußstraße 20
42119 Wuppertal
Phone +49.202.439.3842
Fax +49.202.439.2448
E-Mail crasselt@wiwi.uni-wuppertal.de
www.controlling.uni-wuppertal.de

Dr. Christian Heitmann

Partner, Leiter Bereich Health Care
zeb
Hammer Straße 165
48153 Münster
Phone +49.251.97128.369
Fax +49.251.97128.102
E-Mail cheitmann@zeb.de
www.zeb-healthcare.de

Prof. Dr. Björn Maier

Vorsitzender des Vorstandes
DVKC – Deutscher Verein für Krankenhaus Controlling e.V.
Management und Controlling in der Gesundheitswirtschaft
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Phone +49.30.548015.81
Fax +49.30.548015.82
E-Mail b.maier@itic.de
www.dvkc.de

MEDIENPARTNER:



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

