

CONTROLLING IM DEUTSCHEN KRANKENHAUSSEKTOR 2016

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





Schumpeter School
of Business and Economics



Joseph Schumpeter



INHALT

Abbildungsverzeichnis	4
Vorwort	6
Management Summary	7
1. Studiendesign	8
1.1 Ziele und Aufbau der Studie	8
1.2 Teilnehmerstruktur	10
1.3 Analyisierte Einflussfaktoren	11
2. Ergebnisse zum Fokusthema Benchmarking	13
3. Weitere Ergebnisse im Detail	16
3.1 Personalausstattung im Controlling	16
3.2 Rollenverständnis von Krankenhauscontrollern	17
3.3 Berichtssysteme	18
3.4 Ziel- und Anreizsysteme	22
3.5 Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik	24
4. Zusammenfassung	28
Kontakt	31

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Themenbereiche und wesentliche Fragestellungen	9
Abbildung 2:	Teilnehmerstruktur 2016 (n = 180) und Marktstruktur im Vergleich	10
Abbildung 3:	Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren	12
Abbildung 4:	Anwendungsbereiche des Benchmarkings	13
Abbildung 5:	Auswahl von Vergleichsobjekten	14
Abbildung 6:	Entwicklung der Controllingstellen	16
Abbildung 7:	Differenzierung Controllerquoten	16
Abbildung 8:	Rollenverständnis von Krankenhauscontrollern	17
Abbildung 9:	Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern	18
Abbildung 10:	Reportingempfänger und -rhythmus	19

Abbildung 11:	Turnus für Vorstandsberichte nach Größe	20
Abbildung 12:	Einsatz von IT-Lösungen zur Berichterstattung	21
Abbildung 13:	Nutzung von Zielvereinbarungen nach Trägerschaft	22
Abbildung 14:	Verwendung von Zielkennzahlen bei Nutzung von Zielvereinbarungen	23
Abbildung 15:	Entwicklung der Optionsquote und erwartete Effekte durch das neue Entgeltsystem nach §17d KHG	24
Abbildung 16:	Wahrgenommene positive Aspekte der Einführung des neuen Entgeltsystems nach §17d KHG	25
Abbildung 17:	Aspekte der Leistungserfassung im neuen Entgeltsystem nach §17d KHG	26
Abbildung 18:	Leistungskataloge und Prozessanpassungen im neuen Entgeltsystem nach §17d KHG	27
Abbildung 19:	Erwartete und beobachtete Veränderungen im Controlling von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen aufgrund des neuen Entgeltsystems nach §17d KHG	27

VORWORT

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir freuen uns sehr, Ihnen nunmehr die sechste Studie zum Controlling im deutschen Krankensektor vorlegen zu können. Mittlerweile nimmt fast jedes zehnte deutsche Krankenhaus an dieser Studie teil. Damit zählt die Studie zu den umfangreichsten Untersuchungen zum Krankenhauscontrolling und ist in Bezug auf Umfang, Struktur und Aufbau der Datenreihe einzigartig.

Die Studie wird durchgeführt vom Deutschen Verein für Krankenhauscontrolling (DVKC) e.V., dem Lehrstuhl für Controlling an der Bergischen Universität Wuppertal sowie der Managementberatung zeb. Drei Partner, die tiefgreifende Expertise und Erfahrung im Bereich des Gesundheitswesens und des Controllings aufweisen.

Wie in den Jahren zuvor wurden auch in diesem Jahr wieder die zentralen Themen des Controllings abgefragt und können nun über einen Zeitraum von bis zu sechs Jahren verfolgt werden. Hierzu gehören vor allem die personelle Ausstattung des Controllings, das Rollenverständnis der Controller, Struktur und Umfang des im Krankenhaus eingesetzten Berichtswesens sowie der Umgang mit Zielvereinbarungen. Der Einsatz der im Berichtswesen genutzten IT-Systeme wurde ebenso erhoben. Seit 2013 und damit bereits zum vierten Mal wurde auch nach dem Umsetzungsstand des neuen Psychiatrieentgeltgesetzes gefragt.

Schwerpunktthema der Studie in diesem Jahr ist das Benchmarking. Dieses hochaktuelle Thema wurde detailliert in seinen Ausprägungen und Einsatzformen beleuchtet. So wurde erhoben, wie viele Einrichtungen überhaupt Benchmarking zur Kliniksteuerung nutzen und welche Bereiche Gegenstand des Benchmarkings sind. Auch wurde abgefragt, an welchen Benchmarking-Projekten die Häuser teilnehmen und aus welchen Quellen sie die Benchmarkwerte beziehen.

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

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



Prof. Dr. Björn Maier



Prof. Dr. Nils Crasselt



Dr. Christian Heitmann

MANAGEMENT SUMMARY

Bei der sechsten Befragungsrunde zum aktuellen Stand und zur Entwicklung des Krankenhauscontrollings wurden erneut alle deutschen Akutkrankenhäuser und Psychiatrien angeschrieben. Mit 180 verwertbaren Antworten, was gut 9 % der Grundgesamtheit entspricht, konnte die bislang höchste Rücklaufquote erzielt werden.

Insgesamt zeigt die Befragung erneut einen im Durchschnitt hohen Entwicklungsstand des Controllings in deutschen Krankenhäusern. Gleichzeitig lässt sich aber zumindest punktuell noch immer ein deutliches Auseinanderklaffen zwischen den Empfehlungen der Literatur und den tatsächlich etablierten Systemen feststellen. So werden z. B. Deckungsbeitragsrechnungen und Risikoberichte auch weiterhin noch nicht im empfohlenen Umfang genutzt.

Fokusthema der sechsten Befragungsrunde ist das Benchmarking. Fast 90 % der teilnehmenden Krankenhäuser nutzen solche standardisierten Kennzahlenvergleiche in irgendeiner Weise. Gleichzeitig zeigt sich eine große Vielfalt bei den Anwendungsgebieten und den ausgewählten Vergleichsobjekten. Die größte Verbreitung hat das Benchmarking bei der Analyse von Leistungskennzahlen. Deutliche Unterschiede zeigen sich zwischen Krankenhäusern, die einem Verbund oder Konzern angehören, und Einzelhäusern. Erstere nutzen die Vergleichsmöglichkeiten, die sich aus der Konzern- bzw. Verbundstruktur ergeben, intensiv und sind Letzteren in der Anwendung des Benchmarkings deutlich voraus.

Im Hinblick auf die untersuchten Einflussfaktoren sind aus der diesjährigen Studie folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben:

- Insbesondere beim Berichtswesen zeigt sich erneut ein deutlicher Einfluss der Größe. Mit zunehmender Größe werden mehr Berichte in größerer Häufigkeit erstellt. Dies gelingt, obwohl die personelle Ausstattung gemessen an der Gesamtmitarbeiterzahl („Controllerquote“) mit zunehmender Größe sinkt. Diese geringere Controllerquote wird offenbar kompensiert durch eine intensivere Nutzung moderner IT-Lösungen. Teilweise erweist sich die Größe aber auch als Hindernis. So zeigt sich beim Benchmarking, dass

große Häuser auf die Analyse ihrer Prozesse häufiger verzichten. Und im Berichtswesen haben große Häuser vor allem bei jährlichen Berichten längere Bearbeitungszeiten.

- Ein Einfluss der Trägerschaft lässt sich auch in der aktuellen Befragungsrunde nur vereinzelt feststellen. Bei der Personalausstattung des Controllings, im Berichtswesen und beim Fokusthema Benchmarking ist kein Einfluss erkennbar. Anders hingegen bei der – an der Schnittstelle zum Personalmanagement liegenden – Nutzung von Zielvereinbarungen. Hier sind die Ergebnisse im Jahresvergleich, vermutlich geprägt durch die Unsicherheit aufgrund neuer regulatorischer Vorgaben, zwar auffällig volatil, dessen ungeachtet zeigt sich erneut, dass freigemeinnützige Häuser zurückhaltender bei der Nutzung von Zielvereinbarungen sind als Häuser in öffentlicher oder privater Trägerschaft.
- Die Zugehörigkeit zu einem Konzern oder Verbund erweist sich in der aktuellen Befragungsrunde nicht nur beim Fokusthema Benchmarking als ein Einflussfaktor. Anders als in den Vorjahren wurde die Zugehörigkeit zu einem Konzern oder Verbund danach differenziert, ob dieser regional oder überregional aufgestellt ist. Unter Berücksichtigung dieser Differenzierung zeigt sich, dass in überregionalen Konzernen oder Verbänden organisierte Krankenhäuser ein stärker auf einen monatlichen Berichtsrhythmus ausgerichtetes Berichtswesen aufweisen.

Auch in der aktuellen Befragungsrunde wurden Veränderungen im Hinblick auf die Einführung eines neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik adressiert. Wohl aufgrund der Irritationen, die sich aus dem politischen Prozess ergaben, war die Veränderungsdynamik hier im Jahr 2016 nicht so hoch wie erwartet. So haben weniger Häuser optiert, als nach den Umfrageergebnissen 2015 zu erwarten war. Trotzdem scheint sich aber inzwischen die Erkenntnis durchgesetzt zu haben, dass ein neues Finanzierungs- und Preissystem kommen wird und die Steuerungssysteme entsprechend eingebettet werden müssen. Vor allem das Berichtswesen und die verwendeten Kennzahlen sind hier im Moment die primären Handlungsfelder aus Sicht des Controllings.

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 2016 durchgeführten sechsten Befragungsrunde einer mehrjährig angelegten empirischen Untersuchung. Mit dieser Untersuchung werden die folgenden Ziele verfolgt:

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

Die sechste Befragungsrunde wurde vom 9. Mai bis 3. Juli 2016 durchgeführt. Es wurden die kaufmännischen Geschäftsführer bzw. Vorstände aller Akutkrankenhäuser sowie aller psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland angesprochen. Der Fragebogen mit bis zu 52¹ Fragen konnte in Papierform oder online ausgefüllt werden.

Wie schon 2015 wurde auch in diesem Jahr ein Fokusthema für die Befragung definiert. Es handelt sich dabei um das Benchmarking. Hierdurch soll ein tiefgehender Einblick gewonnen werden, in welchen Anwendungsbe-reichen (z. B. Leistungen, Personal, Kosten), wie häufig und auf welche Weise die Krankenhäuser ihre eigenen Kennzahlen mit denen anderer Häuser vergleichen. Um die Befragung nicht zu lang werden zu lassen, wurden im Gegenzug andere Fragekomplexe reduziert bzw. so-gar ganz herausgenommen. Letzteres trifft insbeson-dere auf die Erlös-, Kosten- und Ergebnissteuerung zu, für die in allen vorherigen Befragungsrunden stets sehr ähnliche Ergebnisse erzielt wurden und die im letzten Jahr durch das Fokusthema der Erlös- und Kostenver-rechnung noch einmal vertieft wurde. Aktualisiert wurde der Fragenblock zum Stand der Umsetzung des neuen leistungsorientierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (Psych-Entgeltsystem). Abb. 1 gibt einen Überblick über die wesentlichen Fragestellungen und Analyseziele der sechsten Befragungsrunde.

¹ Einige Fragen wurden nicht allen Teilnehmern gestellt. Dies gilt insbesondere für Fragen zur Einführung des neuen Psychiatrieentgeltsystems (16 Fragen).

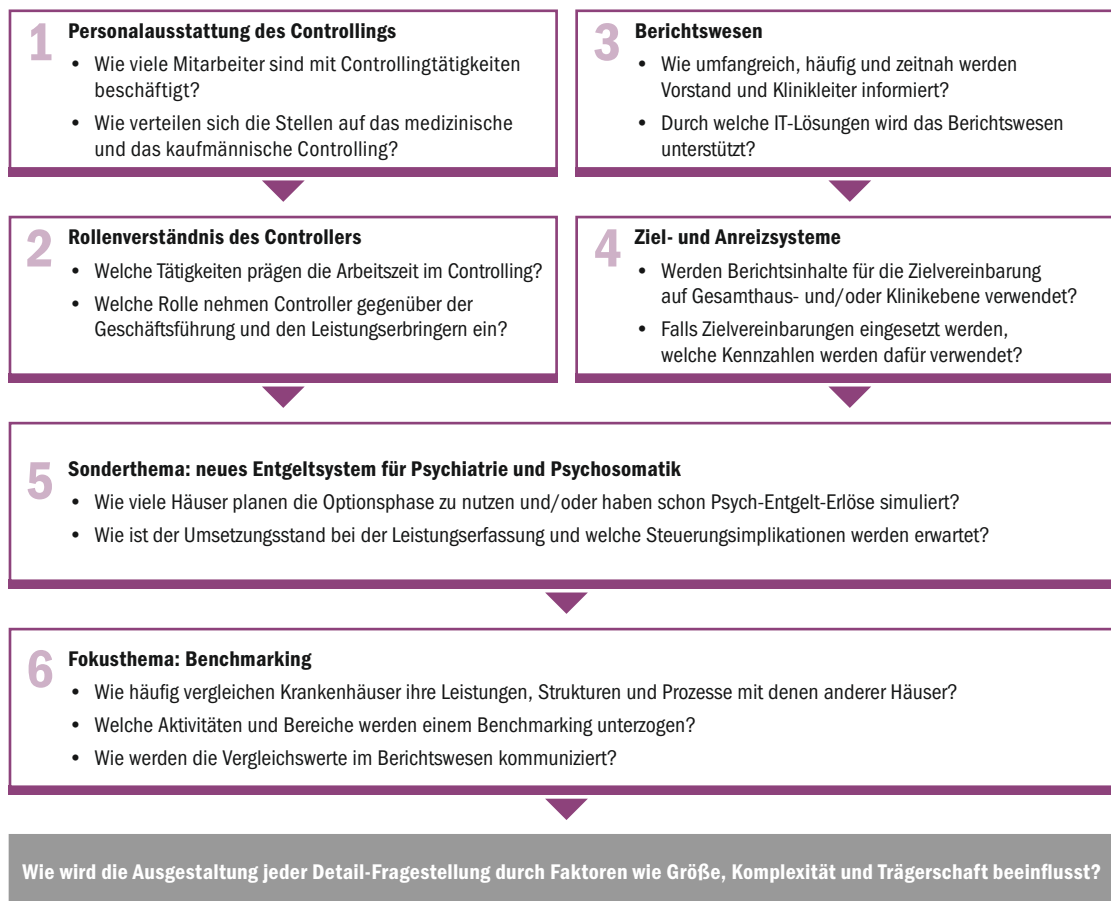


Abbildung 1: Themenbereiche und wesentliche Fragestellungen

1.2 TEILNEHMERSTRUKTUR

Mit 180 verwertbaren Antworten repräsentiert die Stichprobe gut 9% aller deutschen Krankenhäuser. Um die Repräsentativität der Stichprobe zu überprüfen, wurde die Verteilung der antwortenden Krankenhäuser nach den Merkmalen Trägerschaft, Größe (gemessen an der Bettenanzahl), Zulassung sowie Teilnahme an der InEK-Kalkulation der jeweiligen Verteilung in der Grundgesamtheit gegenübergestellt.

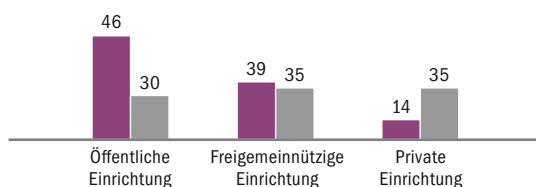
Im Ergebnis ergibt sich aus dieser Analyse die gleiche Beurteilung wie in den Vorjahren: Die Stichprobe spiegelt die aktuellen Verhältnisse im deutschen Krankenhausmarkt zwar nicht exakt, aber insgesamt doch gut wider (vgl. Abb. 2). Bei der Interpretation der Ergebnisse sind jedoch einige Besonderheiten zu beachten: Zum einen sind insbesondere große Häuser (ab 600 Betten) überrepräsentiert, kleine Häuser (bis 299 Betten) hin-

gegen unterrepräsentiert. Da sich auch in der aktuellen Studie wieder zeigt, dass große Häuser im Durchschnitt ein umfassenderes Controlling etabliert haben, sind Verallgemeinerungen mit einer gewissen Vorsicht vorzunehmen. Auch mit Blick auf die Trägerschaft zeigen sich Abweichungen. Während private Häuser unterrepräsentiert sind, sind Häuser in öffentlicher Trägerschaft überrepräsentiert. Da sich für die Trägerschaft jedoch nur im Zusammenhang mit der Nutzung von Zielvereinbarungen ein Einfluss feststellen lässt, ist diesen Unterschieden keine allzu große Beachtung zu schenken.

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

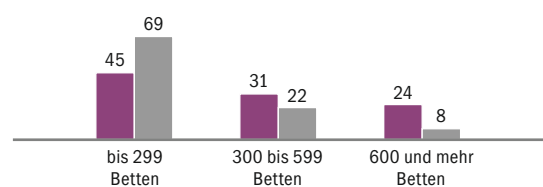
Trägerschaft

in %



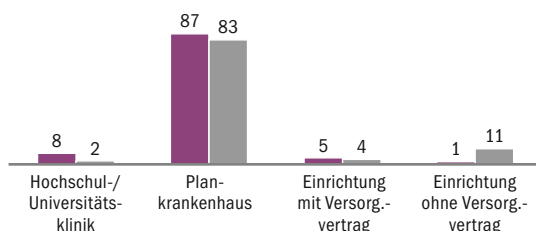
Größenordnung

in %



Zulassung

in %



■ Teilnehmer Studie ■ Markt (2014)

InEK-Kalkulationshaus

in %

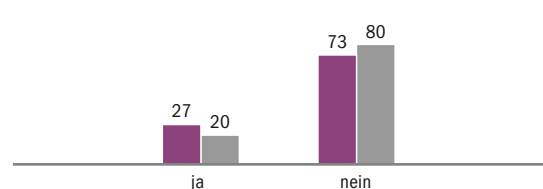


Abbildung 2: Teilnehmerstruktur 2016 (n = 180) und Marktstruktur im Vergleich²

² Für die Referenzdaten zur Marktstruktur vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2014, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2015.

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 dabei folgende Merkmale in Betracht gezogen:

- Größe
- Trägerschaft (öffentlich, freigemeinnützig, privat)
- Zugehörigkeit zu einem Konzern oder Verbund
- Medizinische Komplexität

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 sehr hoch miteinander korreliert sind. Zur Wahrung der zeitlichen Kontinuität bei der Auswertung wird wie in den Vorjahren die Bettenzahl als Größenkriterium verwendet.

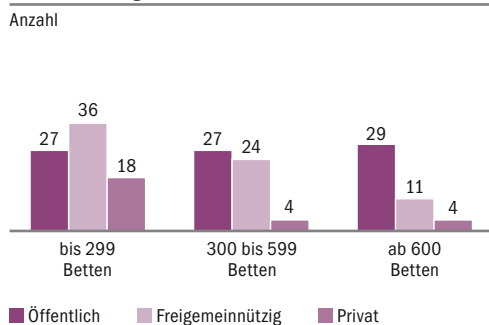
Die Größe interagiert mit vielen der anderen Einflussfaktoren. So ist bereits aus der Klassenzuordnung in Abb. 3 ein Zusammenhang zwischen Größe und Trägerschaft zu erkennen, der sich weiterhin auch in der Durchschnittsgröße deutlich zeigt. Während die öffentlichen Häuser in der Stichprobe über durchschnittlich 569 Betten verfügen, sind es bei freigemeinnützigen Häusern 384 Betten und bei privaten Häusern 257 Betten. Trotzdem wird die Trägerschaft als separater Einflussfaktor betrachtet, weil hierdurch der Einfluss von unterschiedlichen 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. Mit Blick auf das Fokusthema Benchmarking haben Konzerne und Verbünde zudem die Möglichkeit, die zusammengeschlossenen Krankenhäuser bzw. deren Fachabteilungen untereinander zu vergleichen. Die Zugehörigkeit zu einem Konzern oder Verbund erweist sich wie schon in den Vorjahren als unabhängig von der Größe, jedoch nicht unabhängig von der Trägerschaft. Dabei ist der Anteil der einem Konzern oder Verbund angehörenden Häuser in öffentlicher Trägerschaft gegenüber den Vorjahren gestiegen, so dass dieser mittlerweile auch bei rund 50 % liegt.

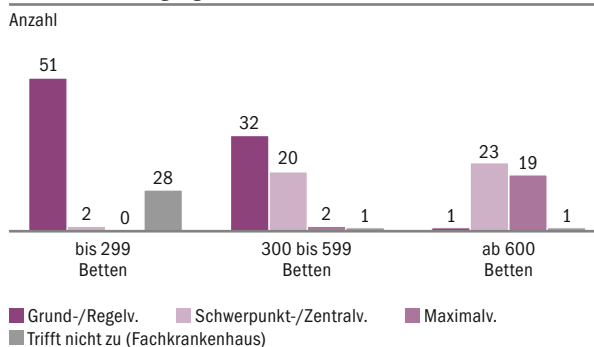
Als weiterer Faktor, der durch zusätzliche Transparenz- und Abstimmungserfordernisse den Einsatz von Controllinginstrumenten begünstigen kann, wird die medizinische Komplexität betrachtet. Zu deren Messung stehen mehrere mögliche Kriterien zur Verfügung. Neben dem Case-Mix-Index ist dies insbesondere 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.

Die Teilnahme an der InEK-Kalkulation wurde in diesem Jahr erstmals nicht als Einflussfaktor näher betrachtet. Diese Änderung begründet sich damit, dass Unterschiede zwischen InEK-Kalkulations-Teilnehmern und anderen Häusern fast ausschließlich im Bereich der Kostenrechnung zu beobachten waren. Da dieser Themenbereich in diesem Jahr nicht Bestandteil der Befragung ist, erübrigt sich die Analyse mit Blick auf die Teilnahme an der InEK-Kalkulation.

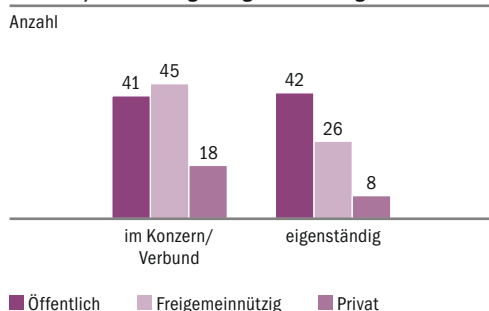
Größe und Trägerschaft



Größe und Versorgungsstufe



Konzern-/Verbundzugehörigkeit und Trägerschaft



Größe und Case-Mix-Index

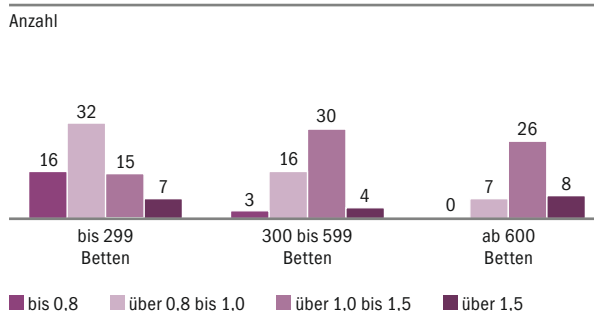


Abbildung 3: Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren

2. ERGEBNISSE ZUM FOKUSTHEMA BENCHMARKING

Im DRG-System werden medizinische Behandlungsleistungen anhand von Fallpauschalen vergütet, die sich am durchschnittlichen Kostenniveau für die Erbringung der Leistung orientieren. Um langfristig erfolgreich zu sein, muss ein Krankenhaus seine Leistungen mit möglichst unterdurchschnittlichen Kosten und unter Einhaltung der Qualitätsanforderungen erbringen. Für das Controlling besteht in diesem Zusammenhang die Aufgabe, Verbesserungspotenziale im Vergleich zum Leistungsprozess in anderen Krankenhäusern zu identifizieren.

Ein etabliertes Instrument zur Durchführung und Auswertung solcher Vergleiche ist das Benchmarking, das als Fokusthema der aktuellen Befragungsrunde ausgewählt wurde. Um ein gemeinsames Verständnis bei allen Teilnehmern zu erzeugen, wurde das Benchmarking im Fragebogen wie folgt definiert:

„Beim Benchmarking werden die Leistungen, Strukturen und Prozesse eines Unternehmens (z. B. ein Krankenhaus) oder Unternehmensteils (z. B. eine Fachabteilung) mit den Leistungen, Strukturen und Prozessen

geeigneter Vergleichsobjekte verglichen. Der Vergleich erfolgt dabei auf der Grundlage von finanziellen und nicht finanziellen Kennzahlen. Ziel eines solchen Vergleichs ist im ersten Schritt die Einordnung der eigenen Leistungen, Strukturen und Prozesse innerhalb der Vergleichsgruppe. Offenbaren sich hierbei Schwächen, sind anschließend Ursachen und Verbesserungsmöglichkeiten herauszuarbeiten. Auf diese Weise soll zu denjenigen Vergleichsobjekten, deren Leistungen, Strukturen und Prozesse als „Best Practice“ angesehen werden, aufgeschlossen werden.“

Nur 12% der teilnehmenden Krankenhäuser nutzen das Benchmarking überhaupt nicht. Hierbei handelt es sich häufig um kleine Krankenhäuser, womit sich der in den Vorjahren bei vielen anderen Instrumenten festgestellte Zusammenhang zwischen der Intensität des Controllings und der Krankenhausgröße erneut bestätigt. In der großen Gruppe der Krankenhäuser, die bereits Erfahrungen mit dem Benchmarking gesammelt haben, dominiert ein Vergleich der erbrachten Leistungen, beispielsweise über die Fallzahl, den Case-Mix oder den

In welchen Themengebieten setzen Sie Benchmarking wie häufig ein?

in %

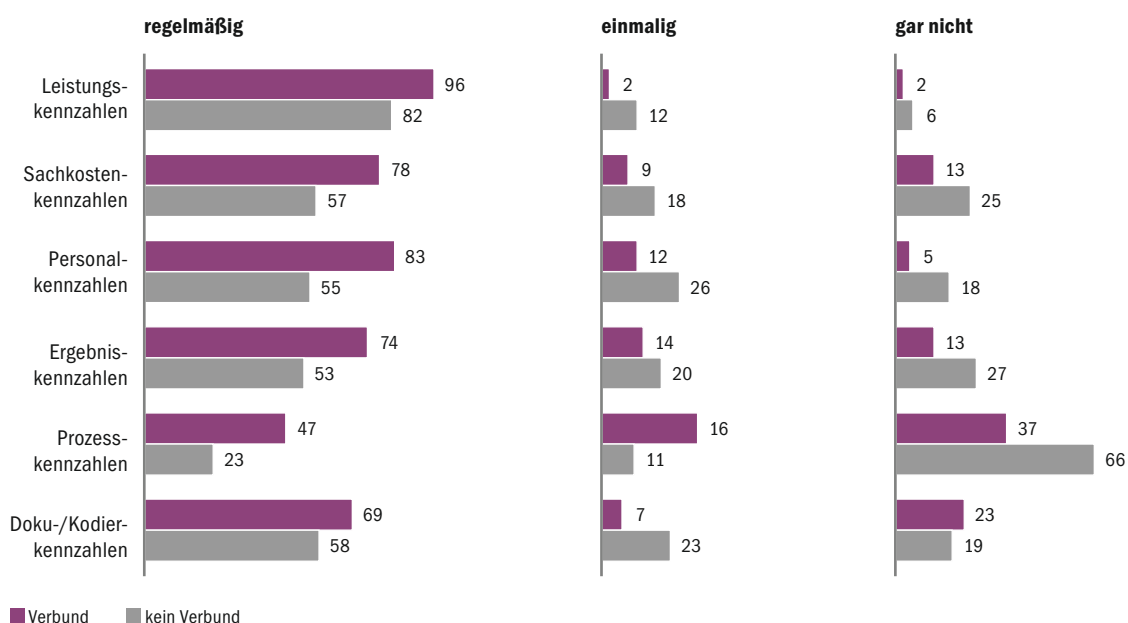


Abbildung 4: Anwendungsbereiche des Benchmarkings

Case-Mix-Index. 90% der Häuser, die Benchmarking nutzen, vergleichen ihre eigenen Leistungskennzahlen mindestens einmal jährlich mit Benchmarks und weitere 6% haben dies zumindest schon einmalig getan. Benchmarking-Analysen der Sachkosten, des Personals, des Ergebnisses sowie der Dokumentation und Kodierung werden von jeweils rund zwei Dritteln der Krankenhäuser mit Benchmarking-Erfahrung regelmäßig durchgeführt. Dafür liegt der Anteil einmaliger Analysen in diesen Bereichen höher. Ein Benchmarking für Prozessabläufe wird hingegen nur selten durchgeführt. Vor allem große Krankenhäuser, deren Prozessabläufe in der Regel eine höhere Komplexität aufweisen, verzichten hierauf.

Einen starken Einfluss auf die Intensität der Benchmarking-Aktivitäten hat die Zugehörigkeit zu einem Konzern oder Verbund. Verbundmitglieder weisen in jedem der abgefragten Bereiche eine höhere Nutzungsintensität auf. Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen, da

die Verbundstrukturen – insbesondere bei einer abgestimmten betriebswirtschaftlichen Steuerung – den beteiligten Krankenhäusern auch ohne externe Partner vielfältige Vergleichsmöglichkeiten eröffnen.

Eine für die Auswertung interessante Gruppe bilden 42 Krankenhäuser, die angeben, in jedem der angesprochenen Bereiche mindestens einmal jährlich ein Benchmarking vorzunehmen. In dieser Gruppe der „Intensiv-Benchmarker“, die gut ein Viertel der Häuser mit Benchmarking-Erfahrung ausmachen, sind Verbundmitglieder deutlich überrepräsentiert. Mit Blick auf die Größe gehören überproportional viele mittelgroße Häuser (300 bis 600 Betten) zu dieser Gruppe. Diese herausgehobene Stellung der mittelgroßen Häuser erklärt sich daraus, dass die anderen Häuser seltener Kennzahlen zur Dokumentation und Kodierung (große und kleine Häuser) und zu den Prozessabläufen (nur große Häuser) für das Benchmarking nutzen.

Vergleich von Bereichen mithilfe eines Benchmarkings

in %

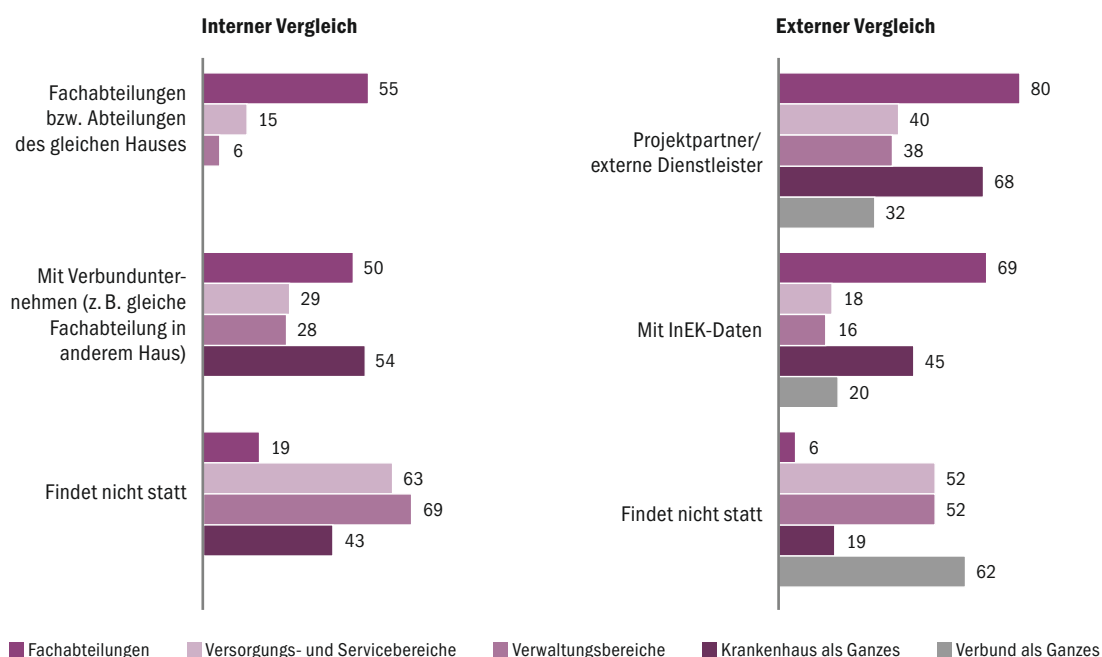


Abbildung 5: Auswahl von Vergleichsobjekten

Die Ausgestaltung des Benchmarkings konkretisiert sich nicht nur in den analysierten Bereichen, sondern auch in den von den Krankenhäusern ausgewählten Vergleichsobjekten. Diese können innerhalb oder außerhalb einer Organisation angesiedelt sein. Eine Möglichkeit des internen Vergleichs, die sich prinzipiell jedem Krankenhaus bietet, ist die Gegenüberstellung von Kennzahlen verschiedener Abteilungen eines Hauses. 55% der Häuser mit Benchmarking-Erfahrung wählen diese Vorgehensweise für den Vergleich von medizinischen Fachabteilungen. Teilweise kommt sie auch für Versorgungs-, Service- und Verwaltungsbereiche zum Einsatz. Solche Vergleiche bleiben aber aufgrund unterschiedlicher Aufgabenzuschnitte der Abteilungen auf wenige Kennzahlenbereiche beschränkt.

Umfassendere Vergleichsmöglichkeiten bieten sich innerhalb von Verbänden. Hier können Fachabteilungen mit gleicher Spezialisierung oder Verwaltungsbereiche mit gleichen Aufgaben aus verschiedenen Häusern miteinander verglichen werden. Möglich wird auch der Vergleich von Krankenhäusern als Ganzes. Solche verbundinternen Vergleiche werden von rund der Hälfte der Häuser mit Benchmarking-Erfahrung durchgeführt. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist aber zu berücksichtigen, dass gar nicht alle Krankenhäuser die Möglichkeit für solche Vergleiche haben. Werden diejenigen Häuser, die tatsächlich auch einem Konzern oder Verbund angehören, separat betrachtet, erhöht sich die Quote auf 70% (für Fachabteilungen) bzw. sogar 80% (für das Haus als Ganzes).

Über die Strukturen des eigenen Hauses bzw. des eigenen Verbunds hinaus bietet sich auch die Möglichkeit eines externen Vergleichs, die grundsätzlich jedem Krankenhaus offensteht. Einfach zugänglich, wengleich auf bestimmte Aspekte beschränkt, ist ein Vergleich der eigenen Kennzahlen mit InEK-Daten. Von dieser Möglichkeit machen 69% der Häuser mit Benchmarking-Erfahrung für ihre Fachabteilungen und 45% für das Krankenhaus als Ganzes Gebrauch. Aufwändiger und/oder mit höheren finanziellen Belas-

tungen verbunden ist die Nutzung von Daten externer Dienstleister bzw. zusammen mit Projektpartnern erhobenen Daten. Diese Möglichkeit nutzen 80% (für Fachabteilungen) bzw. 68% (für das Haus als Ganzes) der Häuser mit Benchmarking-Erfahrung. Weitaus geringer fallen die Nutzungsintensitäten für Versorgungs-, Service- und Verwaltungsbereiche aus.

Untersucht wurde in der aktuellen Studie auch die Einbindung von Benchmarking-Informationen in das Berichtswesen. Trotz der weiten Verbreitung regelmäßiger Benchmarking-Analysen, insbesondere von Leistungskennzahlen, werden die Ergebnisse des Benchmarkings in 37% der Krankenhäuser mit Benchmarking-Erfahrung nur in Form von Sonderberichten außerhalb des regelmäßigen Berichtswesens kommuniziert. Die übrigen 63% lassen Benchmarking-Informationen in regelmäßige Berichte einfließen, teilweise kombiniert mit Sonderberichten. Innerhalb dieser Gruppe nutzen wiederum gut zwei Drittel (entspricht 43% aller Häuser mit Benchmarking-Erfahrung) separate, aber regelmäßige Benchmarking-Berichte. Nur jedes fünfte Haus bindet Benchmarking-Informationen in Standardberichte, z. B. in Form einer Vergleichsspalte, ein.

Schließlich wurden die Teilnehmer noch gebeten, den Nutzen des Benchmarkings zu bewerten. Rund drei Viertel der Teilnehmer mit Benchmarking-Erfahrung schätzen den Nutzen positiv ein, das übrige Viertel kommt zu einer negativen Einschätzung. Als Gründe für eine negative Bewertung werden hauptsächlich Schwierigkeiten bei der Auswahl geeigneter Vergleichshäuser und bei der Ermittlung einer geeigneten Datenbasis genannt. Einige Teilnehmer weisen darauf hin, dass die Akzeptanz des Benchmarkings stark davon abhängt, ob die ausgewählten Vergleichsobjekte auch als tatsächlich vergleichbar angesehen werden. Auch von Teilnehmern mit einer positiven Einschätzung werden Probleme mit der Datenbasis angesprochen, sie sehen aber dennoch einen positiven Beitrag hin zu mehr Transparenz und einer besseren Einschätzung der eigenen Leistungen.

3. WEITERE ERGEBNISSE IM DETAIL

3.1 PERSONALAUSSTATTUNG DES CONTROLLINGS

Wie schon in den Vorjahren wurden die Teilnehmer nach der Stellenausstattung im Controlling gefragt. Hierbei zeigt sich, dass der Anteil der Krankenhäuser, die nur über drei oder weniger vollzeit-äquivalente Stellen im Controlling verfügen, von 48 % im Vorjahr auf gut 20 % deutlich zurückgegangen ist. Dieses Ergebnis passt dazu, dass wie auch schon in den Vorjahren fast die Hälfte der Teilnehmer angegeben hat, in den letzten drei Jahren Stellen im medizinischen und/oder kaufmännischen Controlling aufgebaut zu haben (vgl. Abb. 6). Gleichzeitig ist jedoch auch zu beachten, dass erstmals getrennt nach Mitarbeitern im kaufmännischen Controlling und im Medizincontrolling gefragt wurde. Der deutliche Zuwachs dürfte sich zumindest zum Teil auch dadurch erklären, dass einige Teilnehmer ihre Antworten in der Vergangenheit auf die Mitarbeiter im kaufmännischen Controlling beschränkt haben.

Entwicklung der Controllingstellen

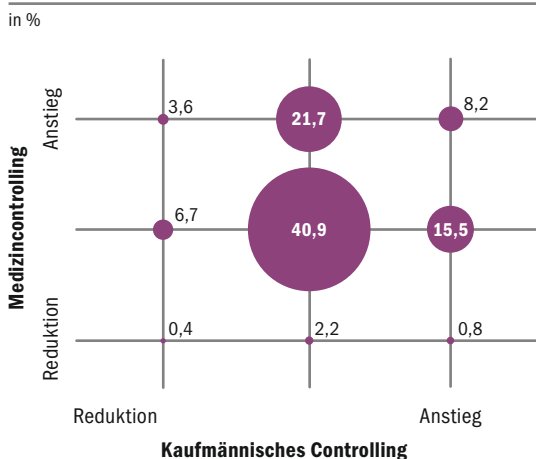


Abbildung 6: Entwicklung der Controllingstellen

Ein deutlicher Zuwachs, der sich auch zumindest teilweise durch die explizite Frage nach den Medizincontrollern erklären dürfte, ist auch bei der relativen Anzahl der Controller in Abhängigkeit von der Größe festzustellen. Der ungewichtete Durchschnitt der Controllerquoten liegt über alle Häuser bei 9,42 Controllern pro 1.000 Vollzeitstellen, der mit der Mitarbeiterzahl gewichtete Durchschnitt hingegen bei exakt fünf Controllern pro 1.000 Mitarbeitern. In Abb. 7 sind die gewichteten Durchschnittsquoten für die drei verwendeten Größenklassen aufgeschlüsselt nach Mitarbeitern im kaufmännischen und im medizinischen Controlling aufgeführt. Es zeigt sich, dass die Personalausstattung im kaufmännischen Controlling im Durchschnitt höher ist als im Medizincontrolling und – wie auch in den Vorjahren immer wieder festgestellt – dass die Controllerquote mit zunehmender Größe deutlich sinkt. Offensichtlich gelingt es in mittelgroßen und insbesondere großen Häusern, Skaleneffekte bei den Controllingaufgaben zu erzielen.

Controllerquoten

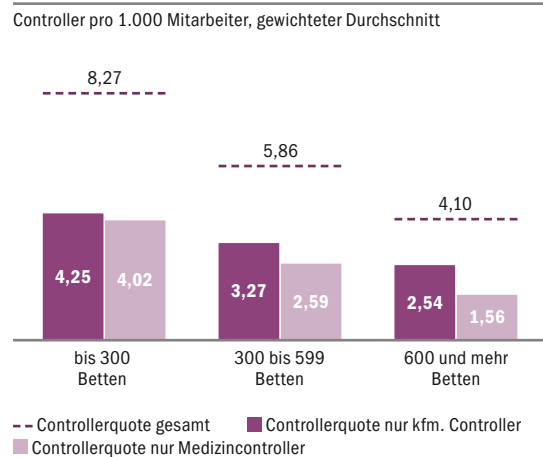


Abbildung 7: Differenzierung Controllerquoten

3.2 ROLLENVERSTÄNDNIS VON KRANKENHAUSCONTROLLERN

Ein weiterer Fragenblock widmete sich erneut dem Rollenverständnis und Aufgabenprofil von Krankenhauscontrollern. Dabei werden Controller in rund 60% der Häuser nicht nur als Daten- oder Berichtslieferanten gesehen, sondern stehen in aktiver Kommunikation mit den Berichtsempfängern und werden nicht selten auch in die Entscheidungsfindung einbezogen (vgl. Abb. 8).

Die Ergebnisse zum Rollenverständnis deuten auf eine im Zeitablauf stärkere Betonung der Rolle als Business-Partner hin. Im durchschnittlichen Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern schlägt sich diese Entwicklung bislang aber nicht nieder. Wie schon in den Vorjahren nehmen die Sammlung, Aufbereitung, Auswertung und Analyse von Daten sowie die Berichterstellung im Mittel rund zwei Drittel der Arbeitszeit in Anspruch (vgl. Abb. 9). Für die Kommentierung von Berichtsinhalten und die Kommunikation mit den Entscheidungsträgern beläuft sich der Median der Antworten auf nur jeweils 10% der Arbeitszeit.

Welche Rollen haben Controller?

in %

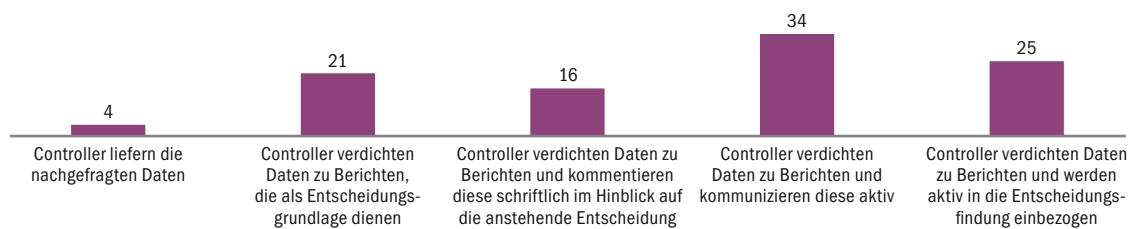


Abbildung 8: Rollenverständnis von Krankenhauscontrollern

Somit zeigt sich nicht nur erneut eine Divergenz zwischen dem Rollenverständnis und dem Aufgabenprofil. Die seit drei Jahren weitgehend unveränderten Befragungsergebnisse legen außerdem nahe, dass die Potenziale, die die kontinuierliche Verbesserung u. a. des Automatisierungsgrads durch den Einsatz von Data-Warehouse-Systemen bieten, sich noch nicht im Tätigkeitsprofil widerspiegeln. Es bleibt abzuwarten, ob sich die durch den Einsatz von leistungsfähigen IT-Systemen möglichen Produktivitätsverbesserungen in Zukunft heben lassen.

3.3 BERICHTSSYSTEME

Die Berichtssysteme der Krankenhäuser wurden auch in der sechsten Befragungsrunde in einem größeren Frageblock adressiert. Dabei wurden einige Fragen, die zuletzt 2011 und 2012 im Fragebogen enthalten waren, wieder aufgenommen, um einen Mehrjahresvergleich zu ermöglichen. Andere Detailfragen wurden im Gegenzug weggelassen. So wurde die Berichterstattung gegenüber Aufsichtsgremien in diesem Jahr nicht thematisiert.

Wie bereits in den Befragungsrunden der Vorjahre zeigt sich weitgehend das konstante Bild eines bereits gut entwickelten Berichtswesens. Es zeigt sich aber auch, dass einige speziellere und in ihrer Erstellung anspruchsvollere Berichte, wie z.B. eine fachabteilungsbezogene Deckungsbeitragsrechnung, noch immer von einem erheblichen Anteil der Krankenhäuser gar nicht genutzt wird. Da die zunehmend im Einsatz befindlichen Data-Warehouse-Systeme solche Möglichkeiten durchaus bieten, lässt dieses Ergebnis vermuten, dass die eingesetzten Systeme noch nicht in vollem Umfang genutzt werden.

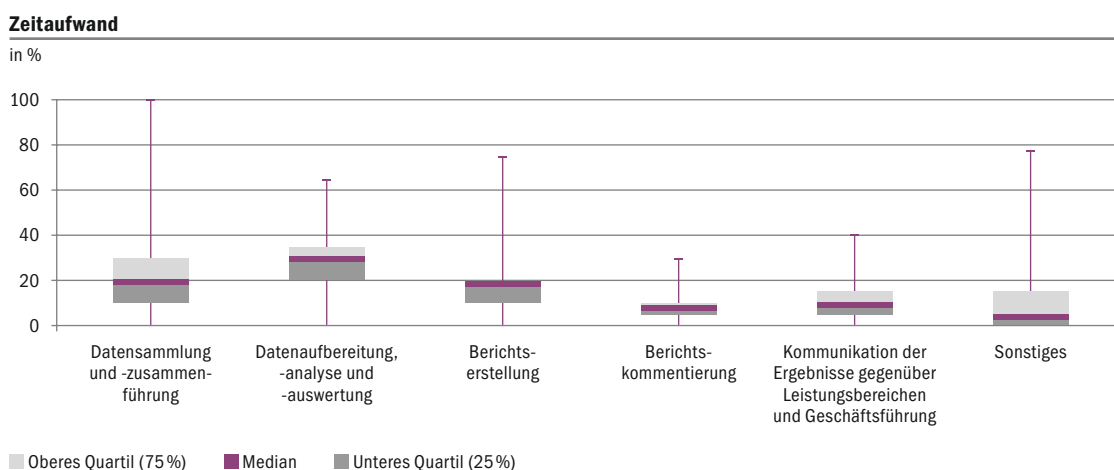
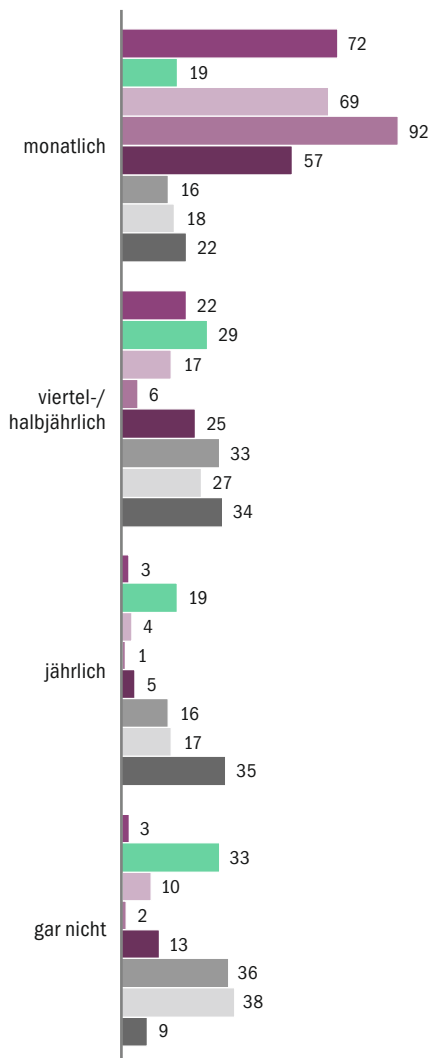


Abbildung 9: Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern

In Abb. 10 sind die Berichtsinhalte und der Berichtsrhythmus getrennt für die Ebenen Vorstand und Klinikleiter aufgeführt.

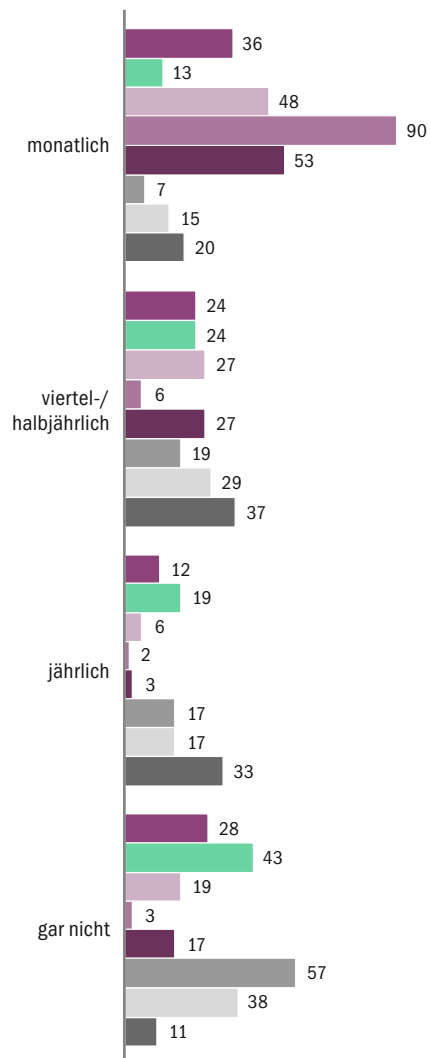
Vorstand

in %



Klinikleiter

in %



- GuV
- DB-Rechnung
- Kostenbericht
- Med. Leistungskennz.
- Medizincontrolling
- Kaufm. Risiko-Reporting
- Med. Risiko-Reporting
- Qualitätskennzahlen

Abbildung 10: Reportingempfänger und -rhythmus

Wie bereits in den vergangenen Befragungsrunden zeigt sich auch aktuell eine Tendenz zur monatlichen Berichterstattung für Vorstände und Klinikleiter. Im Vergleich zu den Vorjahren nimmt dabei die monatliche Berichterstattung für Vorstände weiter zu. Insbesondere GuV, Kostenberichte, Berichte zu medizinischen Leistungskennzahlen und Detailberichte zum Medizincontrolling sind bei Vorständen im monatlichen Reporting bei der Mehrzahl der befragten Krankenhäuser etabliert. Der im letzten Jahr festgestellte deutliche Zuwachs von Berichten zu medizinischen Leistungskennzahlen hat sich in diesem Jahr bestätigt. Über 90 % der Klinikleiter und Vorstände erhalten dazu einen monatlichen Report. Auch das Reporting von Qualitätskennzahlen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Verzichtete letztes Jahr noch jeder fünfte Vorstand/Klinikleiter auf ein regelmäßiges Reporting dieser Kennzahlen, so ist es dieses Jahr nur noch jede zehnte Einrichtung.

Die in den Vorjahren bereits festgestellte seltene Bereitstellung kaufmännischer und medizinischer Risikoberichte hat sich auch in der diesjährigen Befragung erneut bestätigt. 57 % der Klinikleiter erhalten keinen kaufmännischen Risikobericht.

Deckungsbeitragsrechnungen, die für eine zwischen fixen und variablen Kosten differenzierende unterjährige Steuerung der Kosten und Erlöse von zentraler Bedeutung sind, gewinnen langsam, aber zunehmend an Bedeutung. Erhielten 2013 noch etwas mehr als die Hälfte der Krankenhausvorstände keinen entsprechenden Bericht, so liegt der Anteil aktuell nur noch bei einem Drittel. Auffällig ist (vgl. Abb. 11), dass insbesondere kleine Einrichtungen die Deckungsbeitragsrechnung noch nicht im Standardberichtssystem etabliert haben. Kosten-, Ergebnisberichte und medizinische Leistungskennzahlen werden über alle Größenklassen monatlich an den Vorstand berichtet.

Durch eine veränderte Fragestellung zur Verbundzugehörigkeit der teilnehmenden Krankenhäuser konnten in der aktuellen Befragungsrunde einige zusätzliche Erkenntnisse gewonnen werden. Erstmals wurden die Teilnehmer, die einem Verbund oder Konzern angehören, gefragt, ob es sich dabei um einen regionalen oder einen überregionalen Verbund handelt. Bei der Auswertung zeigt sich, dass in einem überregionalen Verbund

organisierte Krankenhäuser wesentlich häufiger monatliche Berichte nutzen als die übrigen Häuser. Zwischen Einzelhäusern und Mitgliedern regionaler Verbünde sind hingegen keine Unterschiede festzustellen. Durch die verfeinerte Befragung konnte somit erstmals der – durchaus erwartete – Effekt einer zentralen Steuerung erfasst werden.

Neben dem Berichtsturnus wurde in der aktuellen Befragungsrunde auch danach gefragt, ob der Detaillierungsgrad der Berichte nach Hierarchieebenen differenziert ist. Etwas mehr als die Hälfte der Häuser gibt hierzu an, Berichte mit einheitlichem Detaillierungsgrad zu verwenden. Gegenüber den Jahren 2011 und 2012, in denen dieser Aspekt auch abgefragt wurde, hat sich der Anteil der einheitlichen Berichte damit erhöht. Kommen Berichte mit differenziertem Detaillierungsgrad zum Einsatz, weisen diese bei großen Häusern fast immer einen höheren Verdichtungsgrad für höhere Hierarchieebenen auf. In mittelgroßen und kleinen Häusern kommen sowohl stärker als auch weniger stark verdichtete Berichte für höhere Hierarchieebenen zum Einsatz.

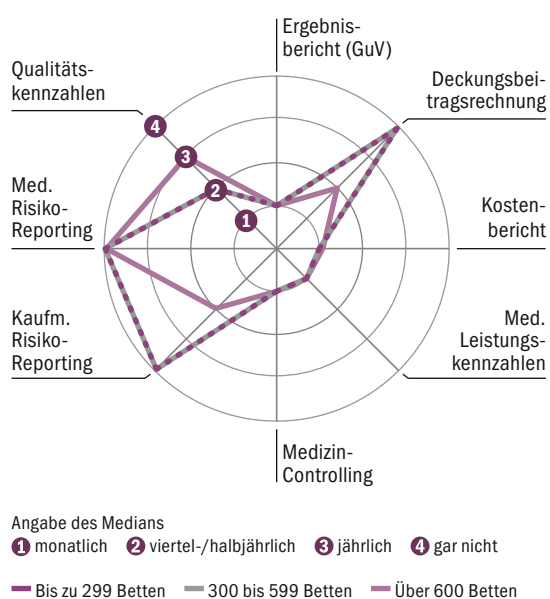


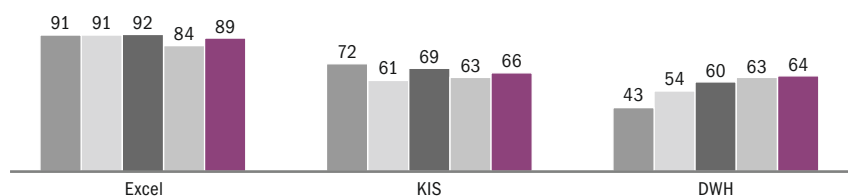
Abbildung 11: Turnus für Vorstandsberichte nach Größe

Ein weiterer Aspekt, der nach 2011 und 2012 in der aktuellen Befragung erneut betrachtet wurde, sind die Zeiten bis zur Fertigstellung der Berichte. Hierbei bestätigt sich, dass monatliche Berichte teilweise schon innerhalb einer Woche (45%), zumindest aber innerhalb von drei Wochen (kumuliert 89%) fertiggestellt werden. Für viertel- und halbjährliche Berichte schaffen dies nur 60% der Häuser. Weitere 36% brauchen zwischen drei und sechs Wochen. Jährliche Berichte stellen nur 33% innerhalb von drei Wochen fertig. Gesunken ist hier aber der Anteil der Häuser, die länger als sechs Wochen benötigen. Dennoch liegt dieser Anteil immer noch bei 25%. Dabei zeigt sich erneut ein Einfluss der Verbundzugehörigkeit. In überregionalen Verbänden organisierte Krankenhäuser haben insbesondere bei jährlichen Berichten kürzere Fertigstellungszeiten als die übrigen Häuser.

Bei der IT-Unterstützung des Berichtswesens zeigen die aktuellen Ergebnisse, dass sich der in den Vorjahren beobachtbare Trend hin zu einer umfassenderen Nutzung von Data-Warehouse-Lösungen auf einem mittlerweile hohen Nutzungsniveau abgeschwächt hat. Gegenüber 2015 konnte nur noch eine minimale Zunahme von 63% auf nunmehr 64% beobachtet werden. Insbesondere in großen und mittelgroßen Häusern scheint bei einer Durchdringungsrate von rund drei Vierteln der Häuser eine Sättigung eingetreten zu sein. Die Nutzung des KIS im Berichtswesen bleibt gleichzeitig stabil. Tabellenkalkulationsprogramme, i. d. R. Excel, kommen auch weiterhin in fast jedem Krankenhaus für Berichtszwecke zum Einsatz.

EDV-Einsatz im Berichtswesen

in %



Einsatz Data-Warehouse-Lösungen nach Bettenzahl

in %

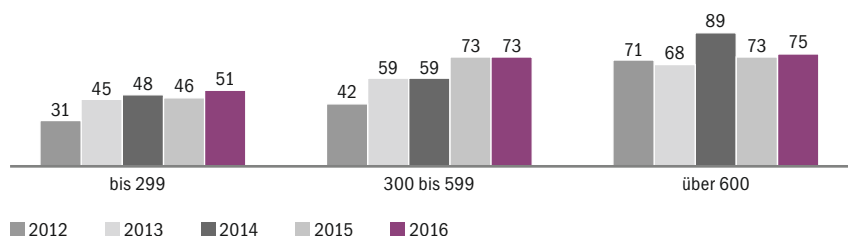


Abbildung 12: Einsatz von IT-Lösungen zur Berichterstattung

3.4 ZIEL- UND ANREIZSYSTEME

Bei der Gestaltung von Ziel- und Anreizsystemen sehen sich Krankenhäuser nicht nur betriebswirtschaftlichen Herausforderungen gegenüber, sondern auch den Vorgaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der kritischen Beurteilung der interessierten Öffentlichkeit. Wie in den beiden Vorjahren 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.

Werden die Ergebnisse der Befragung im Zeitablauf betrachtet, erscheint die Interpretation naheliegend, dass die hohe Unsicherheit bezüglich der Auslegung der 2013 in Kraft getretenen gesetzlichen Neuregelung (bis Ende 2015: § 136a SGB V a. F., seit Beginn 2016: § 135c SGB V n. F.) zu starken Schwankungen in

der Nutzung von Zielvereinbarungen führt. Bei öffentlichen Häusern zeigt sich das zweite Jahr in Folge eine deutliche Abnahme von Zielvereinbarungen auf der Ebene des Gesamthauses. Auch auf der Klinik- bzw. Fachabteilungsebene ist ein Rückgang zu verzeichnen. Dieser fällt jedoch deutlich geringer aus. Bei den privaten Häusern ist hingegen nach einer deutlichen Abnahme von 2014 auf 2015 nun eine Rückkehr zu einer stärkeren Nutzung von Zielvereinbarungen zu beobachten. Möglicherweise wurden hier die Systeme neu adjustiert und die verwendeten Zielvereinbarungen an die veränderten Anforderungen angepasst. Bei den freigemeinnützigen Häusern zeigen sich ebenfalls gegenläufige Schwankungen, jedoch sind diese weniger ausgeprägt als bei den privaten Häusern (vgl. Abb. 13).

Nutzung von Zielvereinbarungen nach Trägerschaft

in %

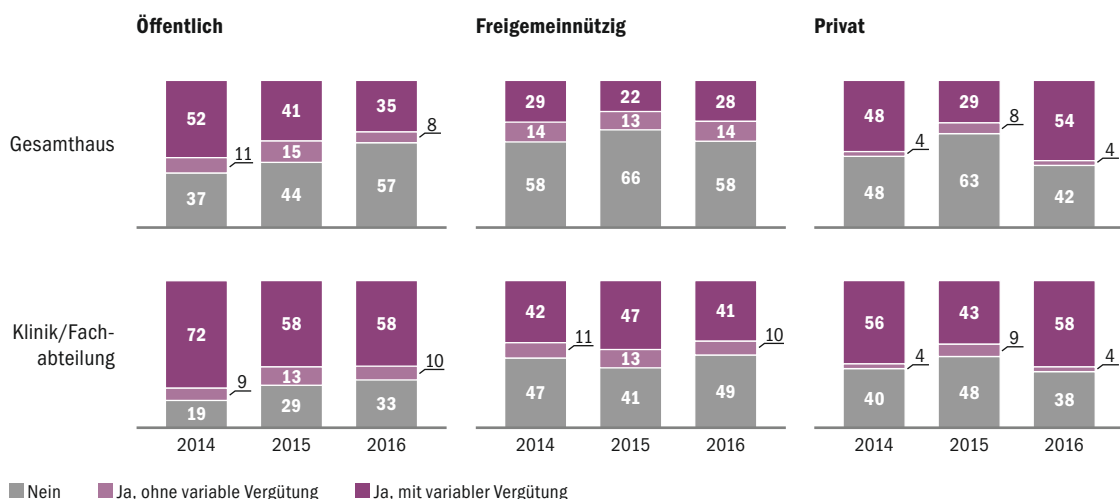


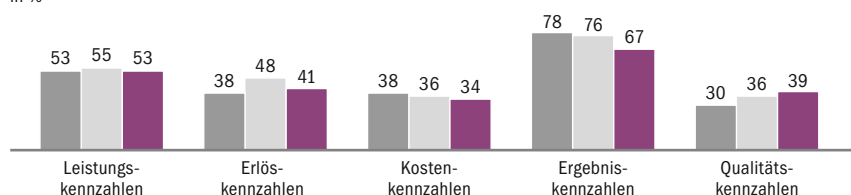
Abbildung 13: Nutzung von Zielvereinbarungen nach Trägerschaft

Diejenigen Teilnehmer, die angegeben haben, Zielvereinbarungen zu nutzen, wurden anschließend nach den dafür verwendeten Kennzahlen gefragt. Hier zeigt sich wie in den Vorjahren, dass auf der Gesamthausebene Ergebniskennzahlen und auf der Klinikebene Leistungskennzahlen (z. B. Fallzahl, CMI) dominieren.

Die Nutzung von Ergebniskennzahlen auf der Gesamthausebene ist aber tendenziell rückläufig. Weiterhin zeigt sich, dass alle Kennzahlenkategorien zumindest eine mittlere Nutzungsintensität auf beiden Ebenen haben (vgl. Abb. 14).

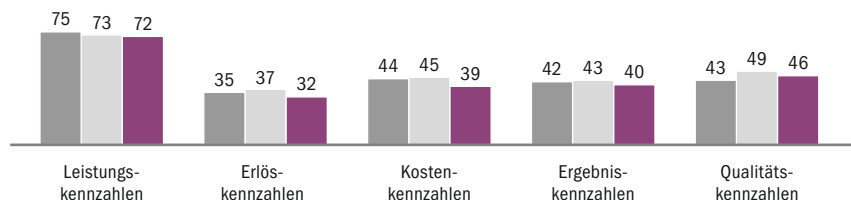
Gesamthaus

in %



Klinik/Fachabteilung

in %



■ 2014 ■ 2015 ■ 2016

Abbildung 14: Verwendung von Zielkennzahlen bei Nutzung von Zielvereinbarungen

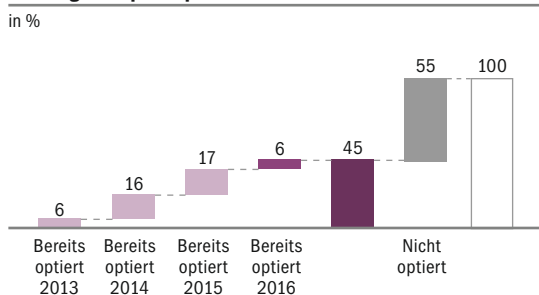
3.5 NEUES ENTGELTSYSTEM FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

Bereits im vierten Jahr in Folge greift die Studie das Thema der Entwicklung eines neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik auf. Nachdem im Frühjahr durch die Politik noch einmal größere Veränderungen in der Systematik des Entgeltsystems angekündigt worden waren, wurde das Fragenset in einigen Punkten an diese Veränderungen angepasst. Interessant sind diese Fragestellungen vor allem auch, weil die Optionsphase der freiwilligen Einführung des Entgeltsystems nach dem PsychVVG um ein weiteres Jahr verlängert wurde und das neue System erst ab 2018 für alle verpflichtend, aber budgetneutral anzuwenden ist. Die Stichprobe zu diesem Spezialthema umfasste

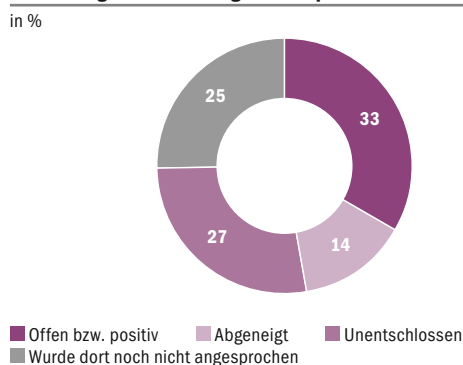
in diesem Jahr 64 Fachkrankenhäuser und Abteilungspsychiatrien. Aufgrund der Größe des Sample wird auf eine Analyse möglicher Einflussfaktoren in Bezug auf Größe etc. weitgehend verzichtet.

Seit 2013 haben psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen die Möglichkeit, die pauschalisierte Form der Abrechnung nach §17d KHG im Rahmen einer budgetneutralen Optionsphase anzuwenden. Zum Erhebungszeitpunkt im Sommer 2016 hatten 45 % der Befragten bereits optiert (vgl. Abb. 15). Damit hat, wohl auch aufgrund der sich seit dem Spätherbst 2015 abzeichnenden Veränderungen im System, nur rund die Hälfte der Häuser, die 2015 eine optionale Einführung erwogen hatten, diese auch tatsächlich umgesetzt. Dies bedeutet, dass bis 2017 nur eine Minderheit der

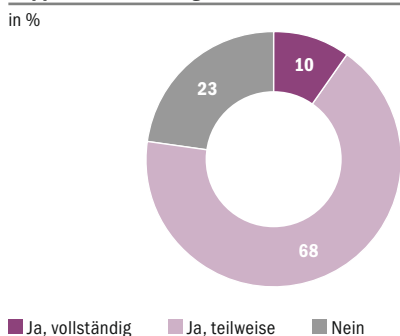
Nutzung der Optionsphase



Einstellung der Kostenträger zum Optieren



Doppelte Veränderungsrate



Simulation der Erlösentwicklung

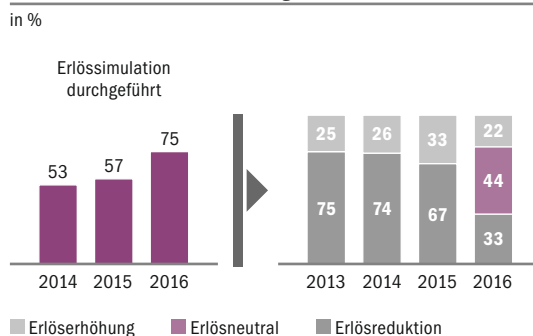


Abbildung 15: Entwicklung der Optionsquote und erwartete Effekte durch das neue Entgeltsystem nach §17d KHG

Häuser schon Erfahrungen mit dem System gesammelt hat. Die übrigen 55 % der Häuser haben nunmehr nur noch das Jahr 2017 Zeit, um mit dem System Erfahrungen zu sammeln.

Ein Grund für diese doch eher zögerliche Nutzung der Optionsphase könnte auch in der wahrgenommenen und erlebten Einstellung der Kostenträger zum Optieren begründet liegen. 75 % der befragten Einrichtungen haben das Thema bei den Kostenträgern schon angesprochen, nur ein Drittel der Kostenträger stand dem Optieren insgesamt positiv gegenüber. Auch die Incentivierung der Optionsphase, in Form der doppelten Veränderungsrate, konnte nur teilweise mit den Kostenträgern ausgehandelt werden. Lediglich 10 % der Häuser geben an, dass sie die doppelte Veränderungsrate voll verhandeln konnten, wohingegen 68 % der Häuser sie teilweise als Verhandlungsergebnis erzielt haben.

Deutlich angestiegen ist dagegen gegenüber dem Vorjahr der Anteil der Einrichtungen, die eine Erlössimulation durchgeführt haben: Dieser nahm von 57 % auf 75 % der Befragten zu. Allerdings haben sich die Ergebnisse dieser Simulationen aus Sicht der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nicht verbessert. Nur 22 % (statt 33 % im Jahr 2015) erwarten aufgrund des veränderten Entgeltsystems eine Verbesserung der Erlössituation, immerhin rund 44 % der Häuser rechnen mit keiner Veränderung.

Neben den direkten Erlösauswirkungen können sich durch die Einführung des neuen Entgeltsystems auch weitere Effekte für die Einrichtungen ergeben. In diesem Jahr wurde bei der Befragung insbesondere darauf fokussiert, welche positiven Aspekte mit der Einführung verbunden sind bzw. potenziell verbunden sein könnten. Eine Mehrheit der Häuser (58 %) sieht dabei die Schaffung von Transparenz als wichtigen Effekt. Die Verbesserung von Prozessen und allen anderen Aspekten hat dagegen nur eine nachgelagerte Relevanz. Ein Drittel der Häuser sieht überhaupt keine positiven Aspekte des neuen Systems.

Erlebte positive Aspekte der Einführung des Entgeltsystems

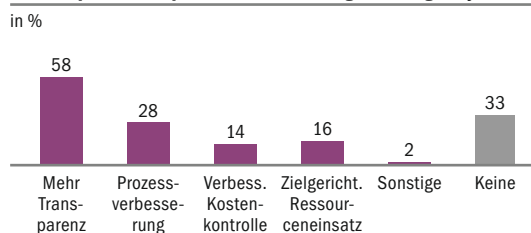
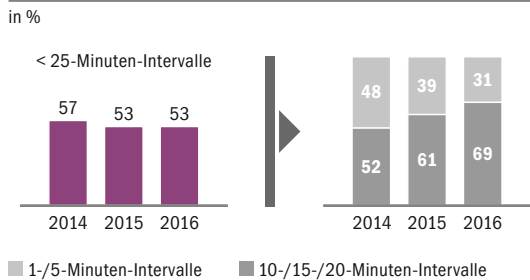


Abbildung 16: Wahrgenommene positive Aspekte der Einführung des neuen Entgeltsystems nach §17d KHG

Zur Sicherstellung einer Vergütung aller erbrachten Leistungen wird künftig deren vollständige und korrekte Erfassung und Kodierung von sehr großer Bedeutung sein. Bei der Erfassung der Verantwortlichkeiten und der Tätigkeitsanteile ergibt sich ein ähnlicher Trend wie im Vorjahr: Es zeigt sich, dass die Leistungserfassung von allen Berufsgruppen, vorrangig aber von Ärzten und Pflegekräften, vorgenommen wird. Die Kodierung der Diagnosen erfolgt hingegen größtenteils durch Ärzte und Kodierfachkräfte, wobei häufig eine Unterstützung mittels automatischer Kodierung auf Basis von Leistungskatalogen genutzt wird. Die Prozeduren werden inzwischen am häufigsten von den Kodierfachkräften dokumentiert.

Nahezu unverändert in den letzten drei Jahren sind die Leistungen, die dokumentiert werden: Etwas mehr als die Hälfte dokumentiert nur Leistungen mit einem Intervall über 25 Minuten. Eine leichte Entwicklungstendenz gibt es allerdings bei den Häusern, die auch Intervalle unter 25 Minuten dokumentieren: Hier geht der Trend eindeutig dahin, nur Leistungsintervalle über 10 Minuten zu dokumentieren. Die Motivation zur Dokumentation solcher Leistungsintervalle liegt bei den Einrichtungen verstärkt im Bereich der Absicherung gegen MDK-Prüfungen. Die Erlöse im pauschalierten Entgeltsystem nach §17d KHG werden von der Fallgruppe und der Verweildauer bestimmt, die 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. Andere Motive zur Erfassung von kürzeren Leistungseinheiten nehmen dagegen in der Relevanz ab.

Schwellenwerte für die Leistungserfassung



Erfassung nicht OPS-relevanter Leistungen

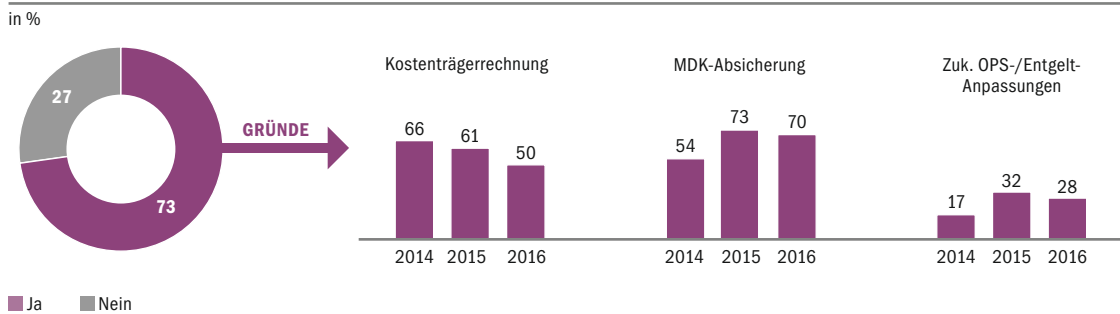


Abbildung 17: Aspekte der Leistungserfassung im neuen Entgeltsystem nach §17d KHG

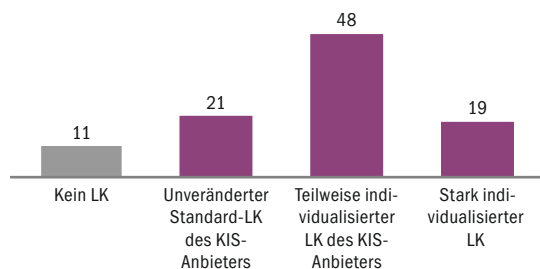
Keine bzw. nur leichte Veränderungen gibt es beim Thema Durchführung des Kodierprozesses: Rund 60% der Häuser führen eine fallbegleitende Kodierung durch (32%) oder planen diese künftig durchzuführen (27%). Die Leistungserfassung findet bei 61% der Häuser unmittelbar nach der Leistungserbringung oder zumindest am selben Tag statt.

Eine Mehrheit der Häuser ist inzwischen davon überzeugt, dass die Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht nur eine Frage des Preissystems und am Ende der Erlöse sind, sondern dass auch die

Leistungserbringungen in den Häusern und die Prozesse entsprechend angepasst werden müssen. So werden 66% der Einrichtungen das Leistungsspektrum zukünftig anpassen und immerhin mehr als die Hälfte der Häuser (54%) möchte auch die Therapieprozesse verändern. Ein Beleg dafür ist auch die Anpassung der entsprechenden Leistungskataloge in den EDV-Systemen. Hier haben inzwischen zwei Drittel der Häuser teilweise (48%) bzw. stark individualisierte (19%) Leistungskataloge im Einsatz.

Aktuelle Nutzung individuell angepasster Leistungskatalog (LK)

in %



Erwägung zukünftiger Prozessanpassungen

in %

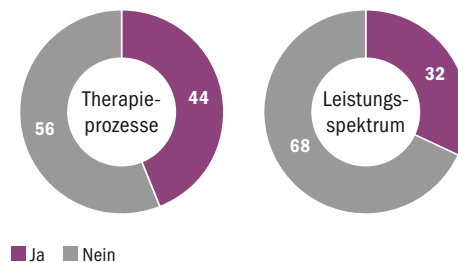


Abbildung 18: Leistungskataloge und Prozessanpassungen im neuen Entgeltsystem nach § 17d KHG

Die Veränderungen und ihre Wirkungen ziehen noch weitere Änderungen nach sich: Die Steuerungssysteme müssen ebenfalls neu justiert werden. Ganz oben auf der Liste der Veränderungen stehen hier für fast neun von zehn Häusern jeweils zunächst die Anpassungen im Bereich des Berichtswesens (34 % umgesetzt/60 % geplant) und die Anpassungen im Bereich der steuerungsrelevanten Kennzahlen (18 % umgesetzt/64 % geplant). Dies verwundert auch nicht, denn das Berichtswesen und die enthaltenen Kennzahlen decken natürlich mehrere Dimensionen ab und enthalten in der Regel auch Informationen zur Leistungsentwicklung und Kodierung. Eher ökonomische Steuerungsinstrumente sind dann in einem weiteren Schritt relevant für die Führung der Einrichtung. Dies lässt sich auch den Zahlen entnehmen: Sechs von zehn Häusern haben eine Kostenträgerrechnung umgesetzt oder planen die-

se umzusetzen. Und vier von zehn wollen den Schritt der Einführung einer abteilungsbezogenen Deckungsbeitragsrechnung gehen.

Die Entwicklungen im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik bezogen auf die Einführung des neuen Entgeltsystems haben in den vergangenen zwölf Monaten nicht unbedingt die zu erwartende Dynamik gezeigt. Inzwischen ist aber deutlich geworden, dass der Reformprozess der Finanzierung des Leistungsbereichs trotz der im Frühjahr angekündigten Veränderungen weitergeht und die Einrichtungen sich durchaus noch auf neue Anforderungen einzustellen haben. Dies betrifft auch die Installation von neuen Steuerungssystemen. Dies und die damit einhergehende Anpassung von Systemen und Prozessen in den Einrichtungen werden nun in Angriff genommen.

Wesentliche Änderungen

in %

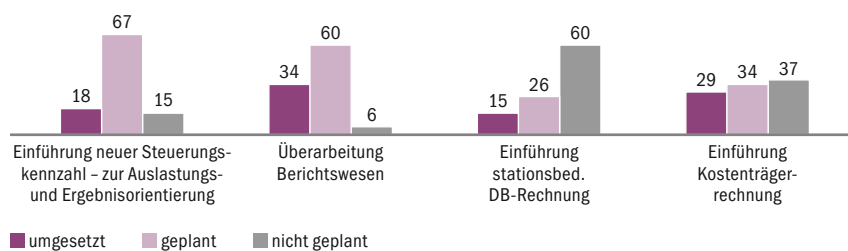


Abbildung 19: Erwartete und beobachtete Veränderungen im Controlling von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen aufgrund des neuen Entgeltsystems nach § 17d KHG

4. ZUSAMMENFASSUNG

Die Befragung zum aktuellen Stand und zur Umsetzung des Controllings in deutschen Krankenhäusern und Psychiatrien wurde im Jahr 2016 zum sechsten Mal durchgeführt. Bezogen auf die Personalausstattung des Controllings, die Rolle von Controllern im Krankenhaus, das Berichtswesen und die Nutzung von Berichtsinhalten in Zielvereinbarungen als größere Fragekomplexe, die bereits wiederholt Bestandteil des Fragebogens waren, haben sich die wesentlichen Ergebnisse der Vorjahre bestätigt. Wie bereits 2015 wurde auch im aktuellen Fragebogen ein Schwerpunktthema definiert. Dabei wurde mit dem Benchmarking ein Thema aufgegriffen, das zuvor noch nicht Gegenstand der Befragung war.

FOKUSTHEMA BENCHMARKING

Die Analyse der Antworten zum Fokusthema **Benchmarking** zeigt einmal mehr, dass das Controlling in deutschen Krankenhäusern ein gutes Jahrzehnt nach der Einführung des DRG-Systems und dem damit verbundenen Druck auf die Erlöse und Behandlungskosten einen hohen Entwicklungsstand erreicht hat. Fast 90% der teilnehmenden Krankenhäuser haben bereits Erfahrungen mit dem Benchmarking sammeln können. Vor allem zur Analyse der Krankenhausleistungen kommt es sehr häufig und regelmäßig zum Einsatz.

Besonders intensiv wird das Benchmarking von in Konzernen und Verbänden organisierten Häusern genutzt. Ihnen bieten sich innerhalb des Verbunds einfach zugängliche Vergleichsmöglichkeiten. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Häuser aufgrund einer gemeinsamen betriebswirtschaftlichen Steuerung ohnehin schon über ein einheitliches Kennzahlen-Set verfügen.

Trotz der umfangreichen Nutzung des Benchmarkings fließen dessen Ergebnisse nur bei rund einem Fünftel der Häuser mit Benchmarking-Erfahrung in Standardberichte ein (z. B. in Form von Vergleichsspalten). Weitaus üblicher ist die Nutzung separater Benchmarking-Berichte, die teils als einmalige Sonderberichte und teils als regelmäßige Berichte zum Einsatz kommen.

Neben dem Fokusthema wurden in der aktuellen Befragungsrunde auch einige Themen angesprochen, die schon wiederholt Gegenstand der Studie waren. Dabei konnten erneut viele der in den Vorjahren erzielten Ergebnisse bestätigt werden. Dies gilt sowohl für den im Durchschnitt hohen Entwicklungsstand des Controllings als auch für die punktuellen Schwachstellen, die in früheren Befragungsrunden ausgemacht werden konnten. Im Einzelnen sind folgende Ergebnisse hervorzuheben:

PERSONALAUSSTATTUNG IM CONTROLLING

Wie bereits in den Vorjahren gibt fast die Hälfte der Häuser an, dass das Controlling in den letzten drei Jahren personell aufgestockt wurde. Die Zuwächse finden weiterhin stärker im medizinischen als im kaufmännischen Controlling statt. Diese Zuwächse zeigen sich auch in der gestiegenen durchschnittlichen Personalausstattung der Controllingabteilungen. Allerdings muss einschränkend beachtet werden, dass erstmals explizit auch nach Medizincontrollern gefragt wurde, die in der Vergangenheit möglicherweise nicht von allen Antwortenden in die Angaben einbezogen worden waren. Vorjahresvergleiche sollten deshalb nur mit Vorsicht vorgenommen werden.

ROLLENVERSTÄNDNIS VON KRANKENHAUS-CONTROLLERN

Wie schon in den Vorjahren wird deutlich, dass Controller in über der Hälfte der Krankenhäuser die Rolle eines internen Beraters der Entscheidungsträger und nicht als reiner Datenlieferant oder als Ersteller von Berichten gesehen werden. Allerdings bleibt auch das überwiegend durch das Sammeln, Aufbereiten und Analysieren von Daten geprägte Tätigkeitsprofil nahezu unverändert. Somit hinterlassen auch die Ergebnisse der sechsten Befragungsrunde den Eindruck, dass das Rollenverständnis dem Tätigkeitsprofil vorausleitet.

BERICHTSWESEN

Das Berichtswesen in Krankenhäusern ist im Bereich der Standardberichte insgesamt sehr gut und adressatengerecht ausgebaut. Die bereits wiederholt festgestellten Schwachstellen, wie insbesondere die geringe Nutzung von Risikoberichten sowie der Einsatz einer fachabteilungsbezogenen Deckungsbeitragsrechnung, bleiben aber unverändert erhalten. Mittlerweile nutzen rund zwei Drittel aller Krankenhäuser Data-Warehouse-Lösungen für das Berichtswesen. Der in den Vorjahren zu beobachtende Trend hin zu einer noch stärkeren Nutzung hat sich jedoch deutlich abgeschwächt.

ZIEL- UND ANREIZSYSTEME

Anders als bei den übrigen Fragekomplexen, die wiederholt Gegenstand der Befragung sind, sind die Ergebnisse zur Nutzung von Berichtsinhalten in Zielvereinbarungen im Zeitablauf recht volatil. Ein Grund hierfür könnte die hohe Unsicherheit im Umgang mit Zielvereinbarungen im Lichte der veränderten Anforderungen an Chefarztverträge sein. Während die Nutzung von Zielvereinbarungen in öffentlichen Häusern seit 2014 zurückgeht, hat sich in freigemeinnützigen und privaten Häusern noch kein klarer Trend herausgebildet.

Schließlich wurden auch in der aktuellen Befragungsrunde wieder die Veränderungen aufgrund der anstehenden Reformierung des **Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik** erfragt. Insgesamt haben seit der fünften Befragungsrunde weniger Häuser optiert, als dies nach den Vorjahresergebnissen zu erwarten war. Mit rund 45% hat bislang nur eine Minderheit der Einrichtungen optiert. Dazu beigetragen hat sicherlich auch die etwas zögerliche Haltung der Kostenträger, was die Incentivierung des Optionsprozesses (doppelte Veränderungsrate) betrifft. Viele Häuser erwarten immer noch eher gleichbleibende oder sinkende Erlöse, trotzdem werden dem neuen Entgeltsystems nach §17d KHG inzwischen auch positive Wirkungen zugerechnet. So erwarten die Einrichtungen vor allem ein Mehr an Transparenz. Veränderungsbedarf wird insbesondere bei der Anpassung des Berichtswesens (über 90%) und bei der Entwicklung von neuen Steuerungskennzahlen (über 85%) gesehen.

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 Krankenhausfusionen, Krankenhaus(konzern)-steuerung, Konzeption und Einführung von Systemen zum Finanzcontrolling und Reporting, Investitionsfinanzierung, ganzheitliches Risikomanagement sowie 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

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 +49.030.548015.81
Fax +49.030.548015.82
E-Mail b.maier@itic.de
www.dvkc.de

DR. CHRISTIAN HEITMANN

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

OPERATION WIRTSCHAFTLICHKEIT – VON DER IDEE BIS ZUR TAT

