

I Grundlagen

1 Einführung

»Medizinische Sachkosten in einem Krankenhaus« – das klingt zunächst wenig aufregend und herausfordernd. Zudem scheint das Thema auch besondere betriebswirtschaftliche Kenntnisse vorauszusetzen. Die meisten Publikationen zum Krankenhausmanagement beschäftigen sich daher eher mit anderen, scheinbar spektakuläreren Fragen: Pflegepersonalmangel, Digitalisierung, Umbau des DRG-Fallpauschalensystems. Aber schon ein erster Blick auf die wirtschaftliche Bedeutung dieses Kostenblocks (► Abb. 1.1) zeigt die Relevanz und die dringende Notwendigkeit für Krankenhäuser, sich intensiv damit auseinanderzusetzen (Statistisches Bundesamt 2019).

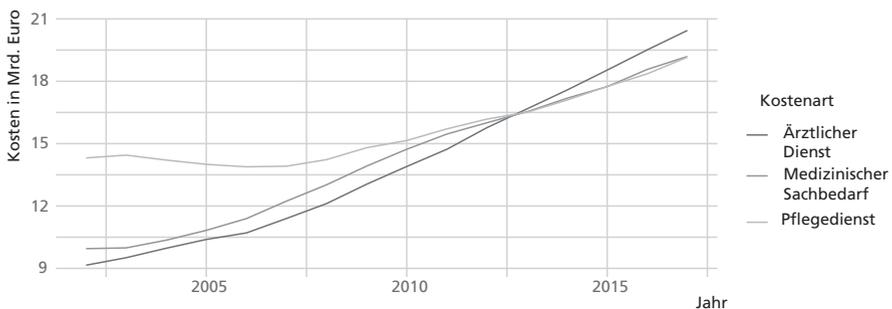


Abb. 1.1: Ausgabenentwicklung 2003 – 2016 nach Kostenarten (Quelle: Statistisches Bundesamt, <http://www.gbe-bund.de>, Stand 27.05.2019)

Sofort wird erkennbar, dass die Gesamtaufwendungen für medizinische Sachkosten fast genauso hoch sind wie für den gesamten Ärztlichen Dienst oder den Pflegedienst.

Woran liegt es, dass die Bereitschaft zur Beschäftigung mit den medizinischen Sachkosten immer noch nicht selbstverständlich ist? Wahrscheinlich daran, dass steigende Kosten für medizinischen Bedarf spontan auf steigende Preise zurückgeführt werden und damit unvermeidbar scheinen. Die Steuerung wird eher allein bei der Einkaufsabteilung sowie der Apotheke und weniger bei den Ärzten und Pflegekräften verortet.

Kosten sind das Produkt aus Menge und Preis, und inwieweit die Art und die Menge des verbrauchten Materials eine Kostenentwicklung beeinflusst, liegt häufig nicht im Fokus. Dabei können sowohl Art als auch Menge des medizinischen Bedarfs sehr wohl bewusst beeinflusst, sprich: gesteuert werden.

Diese Steuerung geschieht im Krankenhaus durch zahlreiche Personen in vielen Bereichen, Stationen, Operationssälen, Funktionsabteilungen usw. Man sollte also meinen, dass ein strukturiertes Sachkosten-Controlling alle Verantwortlichen interdisziplinär und hierarchieübergreifend einbindet. Dass dieser Ansatz allerdings in den meisten Krankenhäusern noch nicht realisiert ist, zeigt die vom Deutschen Verein für Krankenhauscontrolling, der Schumpeter School of Business and Economics sowie der zeb herausgegebene Studie »Controlling im Deutschen Krankenhaussektor 2018/2019« (Maier et al. 2019). Demnach werden nur in 8 % der Häuser die klinischen Bereiche in die Mengen- und Verbrauchssteuerung einbezogen, und nur in 14 % der Häuser werden Ärzte und Pflegekräfte in die Ableitung von Handlungsmaßnahmen eingebunden. Das Medizincontrolling ist nach den Studienergebnissen nur in einem von 50 Häusern mit der Erstellung von Sachkostenberichten befasst – obwohl hier doch die Kompetenz zur Verknüpfung von medizinischer und ökonomischer Perspektive gebündelt sein sollte.

Der interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Ansatz macht das Sachkosten-Controlling zu einem herausfordernden und besonders komplexen Change-Management-Projekt. Dieser Veränderungsprozess dient aber nicht als Selbstzweck.

Leitende Idee bei der Steuerung von medizinischen Sachkosten ist vielmehr, dass alle gemeinsam die Versorgungsqualität der ihnen anvertrauten Patienten sichern wollen und können.

Dieses Buch ist eine Motivation für den Start bzw. den weiteren Ausbau der gemeinsamen Steuerung der medizinischen Sachkosten durch alle Verantwortlichen – auch Ärzte und Pflegekräfte.

Dieses Buch ist eine konkrete Anleitung für die Praxis, entwickelt aus der Praxis. Es ist handlungsorientiert und qualifiziert auf diese Weise alle Beteiligten, mit ihrer jeweiligen eigenen Profession und Kompetenz an der Steuerung der Sachkosten mitzuwirken – auch ohne besondere betriebswirtschaftliche Kenntnisse.

Um die Komplexität der Aufgabe zu reduzieren, wird die Steuerung von medizinischen Sachkosten in diesem Buch in vier aufeinander aufbauenden Schritten entwickelt.

Für jeden dieser Schritte werden Beispiele aus der Praxis herangezogen und erläutert. Diese Praxisbeispiele helfen nicht nur bei der Etablierung des Themas, sondern dessen Anwendung in Ihrem Krankenhaus wird schon bald und unmittelbar einen positiven Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit haben. Und zwar nicht nur als einmaliger wirtschaftlicher Effekt, sondern als eine kontinuierliche und nachhaltige Verbesserung.

Und Sie werden feststellen, dass die Wirkung von Sachkosten-Controlling weit über eine reine Kostenreduzierung hinausgeht. Mit der Etablierung eines transparenten, detaillierten Berichtswesens und einer offenen Gesprächskultur schaffen wir

die Grundlage, um im interdisziplinären Dialog die medizinischen Kernprozesse zum Wohle der Patienten zu verbessern.

Das Buch richtet sich an einen umfassenden Personenkreis im Krankenhaus und will die Aufgabe der Verantwortlichen unterstützen, alle relevanten Berufsgruppen bei der Steuerung der Sachkosten einzubinden: Ärzte, Pflegekräfte, medizinisch-technischer Dienst als Anwender sowie (Medizin-)Controller, Geschäftsführer, Einkäufer und Apotheker.

2 Wie sind Sachkosten definiert? Welche Sachkosten können wir beeinflussen und steuern?

2.1 Definition

Wenn wir von Sachkosten-Controlling sprechen, müssen wir uns zunächst klarmachen, was mit Sachkosten gemeint ist. Eine Definition liefert das Statistische Bundesamt (Destatis) in seiner jährlich aktualisierten Reihe »Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3«. Demnach werden als Sachkosten die folgenden Kostenarten bezeichnet:

- Lebensmittel und bezogene Leistungen
- Medizinischer Bedarf
- Wasser, Energie und Brennstoffe
- Wirtschaftsbedarf
- Verwaltungsbedarf
- Zentrale Verwaltungsdienste
- Zentrale Gemeinschaftsdienste
- Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter
- Pflegesatzfähige Instandhaltung
- Versicherungen
- Sonstige Abgaben
- Sonstige Sachkosten
- Nachrichtliche Sachkosten

Diese Sachkosten umfassen insgesamt mehr als ein Drittel der Krankenhauskosten (2017: 37,0 %) und verteilen sich wie in Abbildung 2.1 dargestellt (► Abb. 2.1).

Uns interessiert hier insbesondere der zweite Punkt, der *medizinische Bedarf*. Dazu gehören laut Destatis:

- Arzneimittel
- Blut/Blutkonserven/Blutplasma
- Verband-, Heil- und Hilfsmittel
- Ärztliches und pflegerische Verbrauchsmaterial/Instrumente
- Narkose- und sonstiger OP-Bedarf
- Laborbedarf
- Implantate
- Transplantate

- Dialysebedarf
- Kosten für Krankentransporte
- Sonstiger medizinischer Bedarf

In der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) ist der medizinische Bedarf der Kontenklasse 66 zugeordnet, die in Kapitel 5.3 beschrieben wird (► Kap. 5.3). Die Gliederung nach der KHBV ist umfassender als die Destatis-Definition. Mehrere KHBV-Positionen, z. B. Untersuchungen in fremden Instituten, sind in der Krankenhausstatistik vom Destatis nicht zu identifizieren.

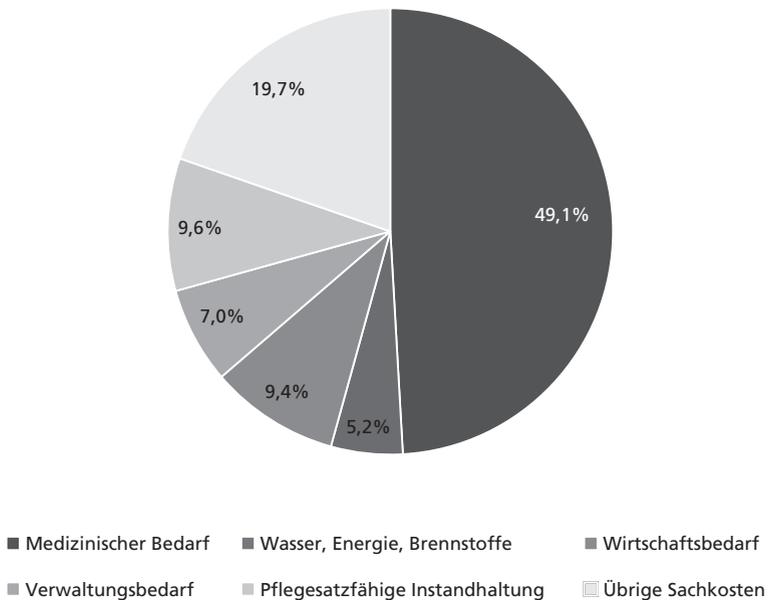


Abb. 2.1: Verteilung der Sachkosten (Statistisches Bundesamt, Destatis 2018)

2.2 Pseudo-Sachkosten

Die Definitionen nach Destatis und KHBV decken sich größtenteils, aber nicht vollständig mit dem, was auch Ärzte und Pflegekräfte üblicherweise unter »Sachbedarf« verstehen: nämlich die Artikel, die unmittelbar für die Patientenversorgung eingesetzt werden, d. h. »alles, was man anfassen kann«. Es gibt allerdings einige Positionen, die nicht unmittelbar diesem Allgemeinverständnis von »Sachkosten« entsprechen, z. B. Transportkosten, insbesondere aber die »Untersuchungen in fremden Instituten«, also z. B. Aufwendungen für externe Laboratorien, und »Honorare für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte«. Wir be-

zeichnen diese Positionen hier als »Pseudo-Sachkosten«. Buchhalterisch ist es korrekt und erforderlich, diese Aufwendungen als Sachkosten zu buchen. Wenn wir allerdings mit den klinisch Verantwortlichen über die Mengensteuerung »vor Ort« auf den Stationen, im OP usw. diskutieren, so möchten wir uns in der Regel mit dem Sachbedarf im engeren Sinn beschäftigen. Die Pseudo-Sachkosten könnten bei der Analyse des Sachkostenberichts einer Abteilung störend und verzerrend wirken.

Offensichtlich ist dies beim Einsatz von Personaldienstleistern. In der Regel arbeiten diese nicht längerfristig im gleichen Krankenhaus, sondern werden bei Bedarf, also bei Unterbesetzung häufig in der Pflege, mehr oder wenig kurzfristig verpflichtet. Der Einsatz der Personaldienstleister ist nur begrenzt von den vor Ort für den Sachkosteneinsatz verantwortlichen ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern beeinflussbar, da er vorwiegend von der Situation auf dem Arbeitsmarkt abhängt. Somit würden in einer Darstellung des gesamten medizinischen Bedarfs die Kosten für diese Dienstleistungen die eigentliche Zielgröße, nämlich den vor Ort beeinflussbaren Materialeinsatz, verfälschen. Insbesondere erschwert die Integration der Pseudo-Sachkosten einen Krankenhausvergleich. Der Einsatz von externem Personal und die Inanspruchnahme externer Institute fällt von Haus zu Haus äußerst unterschiedlich aus.

2.3 Bereinigter medizinischer Sachbedarf (BMES)

Wenn wir nun ein Controlling des medizinischen Sachbedarfs aufbauen, so müssen wir uns grundsätzlich überlegen, ob und wie die oben beschriebenen Pseudo-Sachkosten im eigenen Krankenhaus berücksichtigt werden sollen. Wir empfehlen, diese Positionen sowohl im Sachkostenbericht (► Kap. 5) als auch bei der Definition der relevanten Kennzahlen und bei der Diskussion der Ergebnisse in den Sachkostendialogen separat zu betrachten und nicht mit den Sachkosten im engeren Sinn zu vermischen. Zu diesem Zweck führen wir den Begriff des »Bereinigten medizinischen Sachbedarfs« (BMES) ein. Den BMES definieren wir als Differenz der Sachkosten im Sinne der Kontenklasse 66 abzüglich der Pseudo-Sachkosten – sofern diese auf Kontenebene differenziert werden können. Eine mögliche Definition des BMES ist wie folgt:

Summe der Kontengruppe 66 abzüglich

- Aufwand zur Bildung von Rückstellungen
- Untersuchungen in fremden Instituten
- Konsile
- Bezogenes Personal, Honorare
- Sekundärleistungen

- Transportkosten
- Wareneinsatz für Externe

= Bereinigter medizinischer Sachbedarf (BMES).

Für die Umsetzung im Krankenhaus bietet es sich an, den BMES als Positivliste auf Basis der vierstelligen Kontengruppen zu definieren. Das bedeutet, dass z. B. die folgenden Bereiche dem BMES zugeordnet werden:

- 6600 Arzneimittel (außer Implantate und Dialysebedarf)
- 6602 Blut, Blutkonserven und Blutplasma
- 6603 Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel
- 6604 Ärztliches und pflegerisches Verbrauchsmaterial, Instrumente
- 6606 Narkose- und sonstiger OP-Bedarf
- 6608 Laborbedarf
- 6613 Implantate
- 6614 Transplantate

Diese Differenzierung zwischen BMES und Pseudo-Sachkosten sollte im Reporting-Tool (Data Warehouse) relativ einfach darzustellen sein, indem die genannten Kontengruppen einmalig entsprechend gekennzeichnet werden. Sie können dann auf den verschiedenen Berichtsebenen (s. u.) isoliert ausgewertet werden.

Praxistipp

Definieren Sie für Ihr Sachkosten-Controlling, was zum BMES gehört, und verwenden Sie diese Definition auf allen Berichtsebenen immer einheitlich!

Die Ausgliederung der Pseudo-Sachkosten im Sinne des BMES bedeutet aber nicht, dass diese Positionen im Sachkostenbericht und in den Sachkostendialogen unberücksichtigt bleiben sollten. Vielmehr bietet es sich an – wenn die Kosten im jeweiligen Bereich relevant sind – eigene Statistiken z. B. für die Untersuchungen in fremden Instituten zu erstellen. Wie auch bei den anderen Sekundärleistungen (Labor, Radiologie usw.) handelt sich bei den Untersuchungen in fremden Instituten um beeinflussbare Kosten, die transparent gemacht und interdisziplinär besprochen werden sollten.

2.4 Entwicklung der Sachkosten in deutschen Krankenhäusern

Die Gesamtaufwendungen für medizinische Sachkosten in deutschen Krankenhäusern liegen mit 19,9 Mrd. Euro (hier Jahr 2017) fast genauso hoch wie für den gesamten

Ärztlichen Dienst (20,44 Mrd. Euro) und höher als der Pflegedienst (19,16 Mrd. Euro). Die Steigerungsrate liegt bei 5,8% pro Jahr über die letzten 15 Jahre hinweg.

Zur Frage, wie sich die Sachkosten in deutschen Krankenhäusern entwickeln, können unterschiedliche Datenquellen herangezogen werden, u. a. die Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis 2019), welche in Tabelle 2.1a und Tabelle 2.1b zusammengefasst sind (► Tab. 2.1a, ► Tab. 2.1b).

Tab. 2.1a: Entwicklung der Personal- und Sachkosten in den deutschen Krankenhäusern

Bereich	2002	2003	2004	...	2014	2015	2016	2017
Ärztlicher Dienst	9,15	9,51	9,97	...	17,58	18,54	19,51	20,44
Pflegedienst	14,31	14,45	14,21	...	17,1	17,75	18,36	19,16
Medizinisch-technischer Dienst	5,2	5,34	5,54	...	7,64	7,99	8,3	8,72
Funktionsdienst	3,74	3,85	3,93	...	5,61	5,9	6,17	6,5
Klinisches Hauspersonal	0,62	0,59	0,53	...	0,37	0,37	0,37	0,37
Sonderdienst	0,21	0,2	0,21	...	0,28	0,29	0,3	0,32
Sonstiges Personal	0,33	0,31	0,33	...	0,41	0,39	0,43	0,55
Technischer Dienst	0,86	0,86	0,87	...	0,92	0,93	0,94	0,96
Verwaltungsdienst	2,53	2,59	2,66	...	3,6	3,72	3,84	4
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	2,12	2,08	1,99	...	1,61	1,61	1,61	1,6
Nicht zurechenbare Personalkosten	0,48	0,57	0,62	...	1,04	1	1,24	1,17
Personalkosten	39,55	40,35	40,86	...	56,16	58,49	61,07	63,79
Arzneimittel	2,39	2,39	2,48	...	3,84	3,99	4,3	4,62
Ärztl. und pfleg. Verbrauchsmaterial	1,14	1,14	1,16	...	2,05	2,14	2,27	2,37
Blut, Blutkonserven und Blutplasma	0,66	0,63	0,65	...	0,86	0,85	0,88	0,89
Implantate & Transplantate	1,31	1,39	1,49	...	2,9	3,05	3,16	3,24
Laborbedarf	0,91	0,9	0,92	...	1,04	1,07	1,1	1,13
Narkose- und sonstiger OP-Bedarf	1,23	1,23	1,26	...	1,91	1,97	2,07	2,14
Sonstiger med. Bedarf	2,31	2,31	2,4	...	4,59	4,66	4,8	4,8
Sachkosten	9,95	9,99	10,36	...	17,19	17,73	18,58	19,19

Quelle: Statistisches Bundesamt Destatis 2019