



Deckungsbeitragsrechnung und Benchmarking

Kraftvolles Controlling

Aufgabe eines agilen Controllings ist es, die Klinik-Geschäftsführung mit Controlling-Instrumenten zu unterstützen um ein wirtschaftliches und medizinisch attraktives Krankenhaus zu sichern. Dazu zählt eine differenzierte Deckungsbeitragsrechnung und ein kluges Benchmarking. Beide können aber nur durch ein geschultes Controlling umgesetzt werden.

Von Prof. Dr. Günter Neubauer



Das DRG-Vergütungssystem und das Krankenhausmanagement werden derzeit mit dem Vorwurf der Ökonomisierung konfrontiert. Die politisch beschlossene Lösung, die Pflegekosten aus dem DRG-System auszugliedern, ist eine Folge der genannten Diskussion. Dass dies einen Salto rückwärts in das Kostenerstattungssystem bedeutet, wird nicht nur billigend in Kauf genommen, sondern sogar direkt angestrebt und gewünscht. Eine Ursache für diese Entwicklung liegt unter anderem in der nicht ausreichend transparent und plausibel benannten Rolle des Krankenhausmanagements. Noch immer gibt es in vielen Krankenhäusern Kommunikationsprobleme und Konflikte zwischen den klinischen Abteilungen und dem betrieblichen Management. Deshalb sollten ökonomische Steuerungsmaßnahmen für die Krankenhaus-Mitarbeiter möglichst transparent und plausibel gestaltet und eingesetzt werden. Einen Beitrag kann hierzu die Deckungsbeitragsrechnung (DB) leisten, verbunden mit einem internen und externen Benchmarking, vorangetrieben von einem agilen Controlling.

Grundstruktur der Deckungsbeitragsrechnung

Die DB ist in deutschen Krankenhäusern immer noch weitgehend unterentwickelt. Nur rund 40 Prozent der Kliniken verfügen über eine monatliche oder vierteljährliche DB. Ferner stellen eher große Häuser eine differenzierte Ergebnisrechnung auf. Das liegt häufig daran, dass das Management die Führungskapazität der DB unterschätzt. Gleichzeitig wird das Controlling oft nur nach Auftrag tätig. Informationen so aufzubereiten, dass das Management den Wert und den Einsatz der DB erkennt. Ein agiles Controlling darf aber nicht nur auf Aufträge des Managements warten, sondern auch selbsts aktiv werden, sei es nur, um entsprechende Vorschläge zu machen. Der Wert einer DB tritt noch deutlicher hervor, wenn diese mit einem internen und externen Benchmarking verbunden wird. Das Benchmarking kann die Bewertung der Ergebnisse der DB für die Krankenhaus-Leistungsstellen transparent und plausibel aufzeigen. Eine geeignete Ausgangsbasis für die DB ist die Kostenträgerrechnung, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die Fallkostenkalkulation entwickelt wurde. Die dort ausgewiesene Kostenmatrix weist die beiden Koordinaten „Kostenstellen“ und „Kostenarten“ für die einzelnen DRG aus. Bei den Kostenarten wird wiederum eine Dreiteilung vorgenommen in Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten.

Die DB definiert autonom entscheidende Leistungsstellen statt Kostenstellen. Dazu zählen vor allem Krankenhausabteilungen und zentrale Funktionsbereiche wie Labor oder Radiologie. Da diese Abteilungen das Leistungsgeschehen weitgehend selbstständig gestalten können, ist ihnen direkte Kostenverantwortung zugeordnet. Die Frage ist nun, welche Kosten den jeweiligen Leistungsstellen direkt zugeordnet werden können. In der InEK-Kostenträgerrechnung sind dies die Personalkosten der Leistungsstelle und die zugehörigen angeforderten und verbrauchten Sachleistungen. Bei den Sachkosten der Leistungsstelle ist direkt nur die Menge zu verantworten, die Preishöhe nur indirekt. Mitverantwortung trägt dabei die Beschaffungsabteilung. Bei der DB wird die enge Verknüpfung zwischen medizinischen und kaufmännischen Bereich transparent und verlangt gleichzeitig eine entsprechende Koordination der Beteiligten. Alle Kosten, die nicht direkt zugerechnet werden können, verbleiben als Infrastrukturkosten und müssen über die Erlöse, die die Leistungsstellen erwirtschaften, gedeckt werden. Klinische Abteilungen können ihre eigenen direkt zurechenbaren Kosten nicht nur über ihre Leistungserlöse abdecken, sondern müssen darüber hinaus auch einen Teil ihrer Erlöse zur Deckung der Infrastrukturkosten abgeben, also Deckungsbeiträge erwirtschaften. Häufig sind emotionalen Diskussionen die Folge. Die klinischen Bereiche klagen über sehr hohe geforderte Deckungsbeiträge für, ihres Erachtens nach, ineffizienten Verwaltungs- und Managementbereiche. Gleichwohl halten Letztere die Deckungsbeiträge für zu niedrig, um ihren Aufgaben voll gerecht zu werden zu. Kliniker argumentieren häufig, dass die Zahlen nicht zutreffend sind und die Verwal-

tung zu wenig effizient ist. An dieser Stelle setzt die Aufklärungsfunktion des Controllings ein: Es gilt den Rechenweg der DB zu erläutern und die Datenherkunft transparent zu machen. Wichtig ist dabei, dass die betroffenen Leistungserbringer sowohl die Art der Berechnung als auch die Qualität der zugrundeliegenden Daten verstehen und einschätzen können. Nur dann werden Ergebnisse und vor allem Folgerungen daraus akzeptiert und aktiv umgesetzt, statt passiv erduldet.

Die Bewertung der Deckungsbeiträge

Auch das Management muss sich der Diskussion über die angemessene Höhe der geforderten Deckungsbeiträge stellen. Zwar lässt sich aus der InEK-Kalkulation ein durchschnittlicher Deckungsbeitrag von etwa 30 Prozent errechnen, wenn die medizinischen und nicht-medizinischen Infrastrukturkosten als Anteil an den Gesamtkosten einer Kostenstelle angenommen werden. Jedoch bedeutet das nicht, dass man die Zuordnung des InEK ungeprüft übernehmen kann. Vielmehr muss jedes Krankenhauscontrolling prüfen, wie die Leistungen und Kosten hausspezifisch am zweckmäßigsten abzugrenzen und letztlich zuzuordnen sind. Dadurch könnte eine Trennung der Deckungsbeiträge für medizinische und nicht-medizinische Infrastrukturkosten die Transparenz erhöhen und die Zuordnung plausibler machen. Dies sollte von den Kostenverantwortlichen umgesetzt werden, damit ein bewusster Veränderungsprozess angestoßen wird. Die Zuordnung der Kosten auf Leistungsstellen und leitende Personen, die diese beeinflussen können und zu verantworten haben, führt dazu, dass es rational ist, den jeweiligen Führungspersonen, nicht nur Gestaltung, sondern auch Verantwortung für die Ergebnisse zuzuordnen. Dies gilt sowohl im medizinischen als auch im kaufmännischen Bereich. Insbesondere im kaufmännischen Bereich, aber auch im Versorgungsbereich, liegt es nahe, die Verantwortung der Ergebnisse dorthin zu delegieren. Das schließt nicht aus, dass die Gesamtverantwortung nach außen, vor allem aber gegenüber dem eigenen Aufsichtsgremium, bei der Geschäftsführung verbleibt. Verantwortung kann nicht delegiert werden, jedoch Verantwortlichkeit.

Wird die Geschäftsführung mit dem Vorwurf einer zu hohen Deckungsbeitragslast von Seiten der klinischen Leistungsbereiche konfrontiert, muss die kaufmännische Leitung die Struktur dieser und die Kostenverantwortlichen der entsprechenden Leistungsbereiche prüfen und die Höhe der Deckungsbeiträge rechtfertigen. Das Controlling hat dabei die Korrektheit der verwendeten Daten sowie deren Verarbeitung zu vertreten. Ein agiles Controlling macht darüber hinaus Vorschläge über alternativ mögliche Vorgehensweisen. Lässt die Geschäftsführung beim vierteljährlichen DB-Bericht vor den Aufsichtsgremien den verantwortlichen Controller vortragen, ist es besonders motivierend. Nicht nur weil dieser die Details und auch die Fallstricke genauer kennt, sondern auch weil die Motivation des Controllers steigt, wenn er selbst vor dem Aufsichtsgremium seine Arbeit präsentiert.

Benchmarking ermöglicht neutrale Bewertung

Um zu bewerten, ob die gelieferten beziehungsweise geforderten Deckungsbeiträge angemessen sind, muss ein adäquater Bewertungsmaßstab gefunden werden. Das externe und interne Benchmarking hat sich zu einem solchen, weit akzeptierten Maßstab entwickelt. Beim internen Benchmarking werden Einheiten eines Krankenhauses verglichen, beispielsweise einzelne klinische Abteilungen. Nun lässt sich aber eine chirurgische Abteilung im Leistungsgeschehen schwer mit einer internistischen Abteilung vergleichen. Das ist möglich, wenn die Leistungsgrößen monetarisiert werden. So kann der absolute Deckungsbeitrag einer Abteilung als Prozentsatz an den gesamten Abteilungserlösen ermittelt werden und als Maßstab dienen. Mit einer solchen Bewertung werden zwar noch keine Ursachen identifiziert, allerdings die Gesprächspartner sichtbar gemacht, die die Ursachen aufspüren müssen. Dem Controlling fällt hierbei die Aufgabe zu, vergleichbare Zahlen aufzubereiten. Ein agiles Controlling entwickelt darüber hinaus Teilkomponenten für die Bewertung, wie zum Beispiel für die Pflege oder Ärzte. Externes Benchmarking sucht den Vergleich mit anderen Unternehmen. Handelt es sich um Betriebe eines Unternehmensverbundes ist das Benchmarking besonders zielführend. Die Unternehmensleitung kann dem jeweiligen betrieblichen Management vorgeben, die entsprechenden Zahlen über ihr Controlling zu liefern um das Benchmarking in der Unternehmenszentrale umzusetzen. Die Ergebnisse sollten regelmäßig mit dem medizinischen und kaufmännischen Management des jeweiligen Krankenhauses besprochen werden. Zugleich kann von den Krankenhäusern mit den besten Ergebnissen der hausspezifische Verbesserungsbedarf abgeleitet werden. Sieht sich eine Geschäftsführung nicht in der Lage die erforderlichen Zahlen und Auswertungen zu liefern, wird nicht die Leitung des Controllings, sondern die Geschäftsführung selbst zur Verantwortung gezogen. Hierbei wird einmal mehr die gegenseitige Abhängigkeit von Management und Controlling deutlich. Krankenhäuser, die keinem Verbund oder einer Konzernstruktur angehören, haben einen strategischen Nachteil im Markt. Ein Benchmarking über Unternehmensberatungen oder externe Dienstleister hat immer das Defizit, dass die Validität der gelieferten Daten und auch die Ermittlungssystematik sich nur begrenzt harmonisieren lassen. Immer mehr Krankenhäuser erkennen diesen Mangel und schließen sich Verbänden an. Um die Diskussion über die Ökonomisierung der Krankenhausversorgung nicht in belastenden internen Konflikten enden zu lassen, ist es wichtig mit entsprechenden Instrumenten die gegenseitige Abhängigkeit in eine produktives Miteinander der medizinischen und ökonomischen Leistungsbereiche einmünden zu lassen. Hier ist es vor allem die Rolle des Managements, entsprechende zu agieren.

Prof. Dr. Günter Neubauer
Institut für Gesundheitsökonomik
Frau-Holle-Straße 43
81739 München.