DVKC
Management und Controlling in der Gesundheitswirtschaft

Schumpeter School of Business and Economics

zeb

CONTROLLING IM DEUTSCHEN KRANKENHAUSSEKTOR 2017/18

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

FOKUSTHEMA: PERSONALCONTROLLING

zeb

Schumpeter School
of Business and Economics

DVKC
Management und Controlling
in der Gesundheitswirtschaft

VORWORT

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir freuen uns sehr, Ihnen nunmehr die siebte Studie zum Controlling im deutschen Krankenhaussektor vorlegen zu können. Als regelmäßiger Teilnehmer und Leser dieser Studie werden Sie bemerkt haben, dass wir den Befragungszeitraum in den Herbst gelegt haben und die Studienschrift von nun an immer auf der Jahrestagung der deutschen Krankenhauscontroller („Deutscher Krankenhaus-Controller-Tag") im Mai vorstellen werden.

Die Studie zählt inzwischen zu den umfangreichsten Untersuchungen zum Krankenhauscontrolling und ist in Bezug auf Umfang, Struktur und Aufbau der Datenreihe einzigartig. Durchgeführt wird die Studie vom Deutschen Verein für Krankenhaus-Controlling (DVKC) e. V., dem Lehrstuhl für Controlling an der Bergischen Universität Wuppertal sowie der Managementberatung zeb – drei Partner, die tief greifende Expertise und Erfahrung im Bereich der Gesundheitswirtschaft und des Controllings aufweisen.

Schwerpunktthema der diesjährigen Studie ist das Personalcontrolling. Hierzu wurde untersucht, in welchen Abteilungen der jeweiligen Einrichtungen das Personalcontrolling angesiedelt ist und welche Aufgaben es hat. Auch wurden die typischen personalwirtschaftlichen Berichtskennzahlen abgefragt. Mit dem Fokus auf das Personalcontrolling ist auch eine deutlich überarbeitete und detailliertere Analyse der Personalausstattung im Controlling verbunden. Da die Studie zunehmend als Benchmark für die Personalausstattung des Controllings im Krankenhaus herangezogen wird, haben wir über eine exaktere Differenzierung der Tätigkeiten versucht, die Personalausstattung genauer abzufragen. Für hilfreiche Anregungen zur Weiterentwicklung dieser Fragen bedanken wir uns bei den aktiven Studienteilnehmern.

Neben neuen Themen wurden auch in diesem Jahr wieder einige altbewährte Bereiche angesprochen. Sie können nun über einen Zeitraum von bis zu sieben Jahren nachverfolgt werden. Hierzu gehören vor allem das Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern sowie Struktur, Umfang und IT-Unterstützung des im Krankenhaus eingesetzten Berichtswesens. Seit 2013 und damit bereits zum fünften Mal wurde auch nach dem Umsetzungsstand des neuen Psychiatrieentgeltgesetzes gefragt. Hier sind die Ergebnisse mit besonderer Spannung zu erwarten, da seit dem 01.01.2018 das neue Entgeltsystem verpflichtend anzuwenden ist.

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 wäre.

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

INHALT

Abbildungsverzeichnis 5

Management-Summary 7

1 Studiendesign 8

1.1 Ziele und Aufbau der Studie 8

1.2 Teilnehmerstruktur 9

1.3 Analysierte Einflussfaktoren 10

2 Ergebnisse zum Fokusthema Personalcontrolling 11

3 Weitere Ergebnisse im Detail 17

3.1 Personalausstattung des Controllings 17

3.2 Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern 19

3.3 Berichtssysteme 20

3.4 Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik 23

4 Zusammenfassung 28

Kontakt 31

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Themenbereiche und wesentliche Fragestellungen	8
Abbildung 2:	Teilnehmerstruktur 2017 und Marktstruktur im Vergleich	9
Abbildung 3:	Aufgabenzuordnung im Personalcontrolling	11
Abbildung 4:	Zentralisierungsgrad der Personalbedarfsplanung	13
Abbildung 5:	Berichtsturnus im Personalwesen	15
Abbildung 6:	Personalwirtschaftliche Berichtskennzahlen	16
Abbildung 7:	Entwicklung der Controllingstellen	17
Abbildung 8:	Differenzierung Controllerquoten	18
Abbildung 9:	Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern	19
Abbildung 10:	Reportingempfänger und -rhythmus	21
Abbildung 11:	Zeitraum bis zur Bereitstellung der Berichte	22
Abbildung 12:	Einsatz von IT-Lösungen zur Berichterstattung	22
Abbildung 13:	Entwicklung der Optionsquote und Einstellung der Kostenträger	24
Abbildung 14:	Wahrgenommene positive Aspekte durch die Einführung des neuen Entgeltsystems	25
Abbildung 15:	Aspekte der Leistungserfassung im neuen Entgeltsystem	25
Abbildung 16:	Durchführung der Kodierung	26
Abbildung 17:	Erwartete und beobachtete Veränderungen im Controlling aufgrund des neuen Entgeltsystems	27

MANAGEMENT-SUMMARY

Bei der siebten Befragungsrunde zum aktuellen Stand und zur Entwicklung des Krankenhauscontrollings wurden erneut alle deutschen Akutkrankenhäuser und Psychiatrien angeschrieben. Mit 146 verwertbaren Antworten, was rund 8 % der Grundgesamtheit entspricht, konnte wieder eine gute Repräsentativität der Stichprobe erreicht werden.

Nach nunmehr sieben Jahren lässt sich insgesamt eine gewisse Stagnation in der Entwicklung des Controllings von Krankenhäusern feststellen. Mit Blick auf Erlös-, Leistungs- und Kostenberichte konnte schon in den ersten Befragungsrunden ein guter Stand des Berichtswesens festgestellt werden. Integrierte Ergebnisberichte wie eine fachabteilungsbezogene Deckungsbeitragsrechnung sind nach wie vor bei weniger als 25 % der Krankenhäuser im monatlichen Einsatz. Dieser Anteil hat sich in den letzten Jahren nicht erhöht. Dabei sollten solche Berichte das zentrale Instrument einer aktiven unterjährigen und transparenten wirtschaftlichen Steuerung sein.

Eine Stagnation ist aktuell auch bei der Digitalisierung der Controllingprozesse zu beobachten. Nachdem die Studie über mehrere Jahre hohe Zuwächse bei der Unterstützung des Berichtswesens durch moderne Data-Warehouse-Lösungen zeigen konnte, ist der Anteil der Häuser mit einem solchen System nun das zweite Jahr in Folge nahezu unverändert geblieben. Wenig Fortentwicklung ist schließlich auch bei dem in diesem Jahr erstmals getrennt für das kaufmännische und das medizinische Controlling erhobenen Tätigkeitsprofil zu erkennen. Nach wie vor werden über drei Viertel der Zeit für die Datensammlung, Aufbereitung und Erstellung von Berichten aufgebracht. Der Zeitanteil für Analyse und Kommentierung, aber auch für eine aktive Entscheidungsunterstützung wächst nicht.

Fokusthema der siebten Befragungsrunde war das Personalcontrolling. Dabei hat sich – wie erwartet – gezeigt, dass diese Aufgabe in den Krankenhäusern nicht exklusiv von Controllingabteilungen, sondern dreigeteilt wahrgenommen wird: Während die operative Einsatzplanung und Personalverfügbarkeitsmessung dezentral in den Fachabteilungen und Stationen erfolgt, kümmert sich das kaufmännische Controlling um die Analysen der Wirtschaftlichkeit und der Abweichungen zwischen personalwirtschaftlichen Plan- und Ist-Größen. Die zentrale Personalabteilung verantwortet zumeist die mittel- und langfristige Personalplanung, das Monitoring der Personalverfügbarkeit und des Personaleinsatzes sowie die Erstellung personalwirtschaftlicher Berichte. Hier ist die Controllingabteilung zwar vielfach involviert, aber in der Regel nicht in der Hauptverantwortung.

Fast alle befragten Häuser verfügen über einen Stellenplan. Dabei führen aber nur etwas mehr als die Hälfte der Häuser eine jährliche leistungsbezogene Personalplanung durch. Bei der Planung der Personalkosten teilen sich die befragten Einrichtungen in zwei gleichgroße Gruppen auf: Die eine Gruppe plant auf Basis von individuellen Mitarbeiterdaten, die andere Gruppe schreibt die berufsgruppenbezogenen Kostenarten mit Veränderungsraten pauschal fort.

Beim personalwirtschaftlichen Berichtswesen zeigt sich, dass solche Berichte zum Standardrepertoire der Geschäftsführer und Vorstände gehören. Mehr als drei Viertel erhalten sie monatlich. Bei den Chefärzten und Klinikleitern sind es hingegen unter 50 %, was deutlich zeigt, dass die medizinischen Führungskräfte noch nicht umfassend in die Personalsteuerung miteinbezogen werden. Gegenstand der Berichte sind überwiegend Kennzahlen zu den Mitarbeiterzahlen, Personalkosten, Überstunden und Fehlzeiten. Kennzahlen zur Produktivität des Personaleinsatzes werden demgegenüber eher selten genutzt.

Auch in der aktuellen Befragungsrunde wurden Veränderungen im Hinblick auf die Einführung eines neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik adressiert. Im Jahr 2017 hat so gut wie kein Haus mehr von der Optionsphase Gebrauch gemacht. Damit hat fast die Hälfte aller Häuser die Optionsphase nicht genutzt; für ein als lernendes System konzipiertes Verfahren ein viel zu hoher Anteil. In Bezug auf die Liquidität gehen weiterhin mehr als ein Drittel der Psychiatrien davon aus, dass sich das neue Entgeltsystem negativ auswirken wird. Als positiven Aspekt sieht fast die Hälfte der Häuser die durch das System geschaffene Transparenz, und immerhin gut ein Fünftel der Häuser verspricht sich Prozessverbesserungen davon. Die Dokumentation der Kodierung erfolgt im Vergleich zu 2015 vermehrt arbeitsteilig, wobei die Hauptlast beim ärztlichen Dienst und den zunehmend involvierten Kodierfachkräften liegt.

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 2017 durchgeführten siebten Befragungsrunde einer mehrjährig angelegten empirischen Untersuchung. Mit dieser Analyse 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 sowie
- Ableitung von Handlungsfeldern für die Weiterentwicklung des Controllings in deutschen Krankenhäusern.

Die siebte Befragungsrunde wurde vom 2. Oktober bis 20. November 2017 durchgeführt. Angesprochen wurden die kaufmännischen Geschäftsführer bzw. Vorstände aller Akutkrankenhäuser sowie aller psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland. Der Fragebogen mit bis zu 43 Fragen[1] konnte in Papierform oder online ausgefüllt werden.

Wie schon seit 2015 wurde auch in diesem Jahr ein Fokusthema für die Befragung definiert. Es handelt sich diesmal um das Personalcontrolling. Hierdurch soll ein tief gehender Einblick gewonnen werden, in welchen Abteilungen Aufgabenfelder des Personalcontrollings überwiegend bearbeitet werden und wie die Personalplanung, die Personalsteuerung und das personalwirtschaftliche Berichtswesen in den Krankenhäusern erfolgt. Wiederkehrende Fragen zur Personalausstattung des Controllings, zum Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern sowie zum Berichtswesen ermöglichen die Analyse von Entwicklungen im Zeitverlauf. Aktualisiert wurde der Fragenblock in Bezug auf den Stand der Umsetzung des neuen leistungsorientierten Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (Psych-Entgeltsystem). Abbildung 1 gibt einen Überblick über die wesentlichen Fragestellungen und Analyseziele der siebten Befragungsrunde.

1. PERSONALAUSSTATTUNG DES CONTROLLINGS	• Wie viele Mitarbeiter sind mit Controllingtätigkeiten beschäftigt? • Wie verteilen sich die Stellen auf das medizinische und kaufmännische Controlling?
2. TÄTIGKEITSPROFIL DES CONTROLLERS	• Welche Tätigkeiten prägen die Arbeitszeit im Controlling? • Wie stark sind Controller in die Entscheidungsfindung eingebunden?
3. BERICHTSWESEN	• Wie umfangreich, häufig und zeitnah werden Vorstand und Klinikleiter informiert? • Durch welche IT-Lösungen wird das Berichtswesen unterstützt?
4. SONDERTHEMA: NEUES ENTGELTSYSTEM FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK	• Wie viele Häuser haben die Optionsphase genutzt und/oder haben schon Psych-Entgelterlöse simuliert? • Wie ist der Umsetzungsstand der Leistungserfassung und welche Steuerungsimplikationen werden erwartet?
5. FOKUSTHEMA: PERSONALCONTROLLING	• In welcher Abteilung werden welche Aufgabenfelder des Personalcontrollings überwiegend bearbeitet? • Wie werden in der Planung Personalkosten und Personalbedarf ermittelt? • Wird die eigene Personalausstattung und Vergütung mit anderen Krankenhäusern in Form eines Benchmarkings verglichen? • Welche Analysebereiche werden im regelmäßigen Berichtswesen abgedeckt?

Abbildung 1: Themenbereiche und wesentliche Fragestellungen

[1] Einige Fragen wurden nicht allen Teilnehmern gestellt. Dies gilt insbesondere für Fragen zur Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems (17 Fragen).

1.2 TEILNEHMERSTRUKTUR

Mit 146 verwertbaren Antworten repräsentiert die Stichprobe knapp 8 % 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) deutlich überrepräsentiert, kleine Häuser (bis 299 Betten) hingegen deutlich 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: Private Häuser sind unterrepräsentiert, Häuser in öffentlicher Trägerschaft überrepräsentiert. Da sich aber über die Jahre gezeigt hat, dass die Trägerschaft und die damit einhergehende Governance-Struktur nur bei wenigen Themen einen Einfluss zu haben scheinen, ist diesen Unterschieden keine allzu große Beachtung zu schenken.

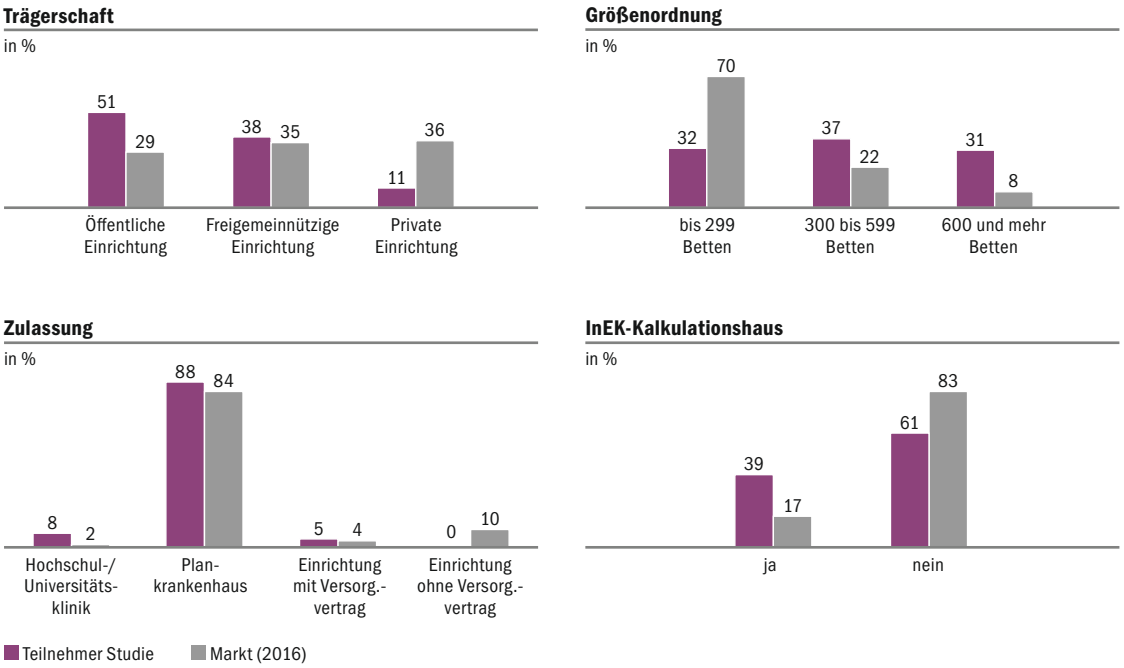


Abbildung 2: Teilnehmerstruktur 2017 und Marktstruktur im Vergleich[2]

[2] Für die Referenzdaten zur Marktstruktur vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2016, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2017.

1.3 ANALYSIERTE EINFLUSSFAKTOREN

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

- Größe (nach Bettenzahl),
- Trägerschaft (öffentlich, freigemeinnützig, privat),
- Zugehörigkeit zu einem Konzern oder Verbund,
- medizinische Komplexität (gemessen über den Case-Mix-Index).

In den vergangenen Jahren hat sich allerdings immer wieder gezeigt, dass die Trägerschaft, die Verbundzugehörigkeit und die medizinische Komplexität allenfalls bei Einzelaspekten eine Erklärung für unterschiedliche Ausgestaltungen liefern. Bei Unterschieden hinsichtlich Umfang und Intensität der Controllingaktivitäten hat sich für die meisten Themenfelder allein die Größe der Krankenhäuser als wichtiger Erklärungsfaktor herauskristallisiert. Auch in der aktuellen Studie wurde eine Differenzierung nach den genannten Einflussfaktoren vorgenommen. Ergebnisse werden nur dort berichtet, wo ein Zusammenhang mit diesen Faktoren festzustellen ist.

2 ERGEBNISSE ZUM FOKUSTHEMA PERSONALCONTROLLING

Krankenhäuser sind personalintensive Unternehmen, dementsprechend sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine der wichtigsten Ressourcen. Ein zu geringer Personalbestand kann die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses erheblich einschränken. Ein zu hoher Personalbestand belastet das wirtschaftliche Ergebnis durch zu hohe Kosten. Personalwirtschaftliche Maßnahmen dienen der Planung, Steuerung und Kontrolle der Ressource „Personal“. Sie sind strategisch darauf ausgerichtet, den Personalbedarf zu ermitteln und den Personalbestand quantitativ und qualitativ daran anzupassen. Operativ zielen sie auf einen möglichst optimalen Einsatz des aktuell vorhandenen Personals ab.

Die Krankenhausleitung wird bei der Festlegung personalwirtschaftlicher Maßnahmen durch das Personalcontrolling unterstützt, das als Fokusthema der aktuellen Befragungsrunde ausgewählt wurde. Dabei soll zum einen herausgefunden werden, in welchen Abteilungen die Aufgaben des Personalcontrollings organisatorisch verankert sind, und zum anderen analysiert werden, wie personalwirtschaftliche Planungen erfolgen und in welcher Form die Informationen für die Steuerung und Kontrolle aufbereitet und berichtet werden.

In welcher Abteilung werden die folgenden Aufgaben überwiegend erfüllt?

in %

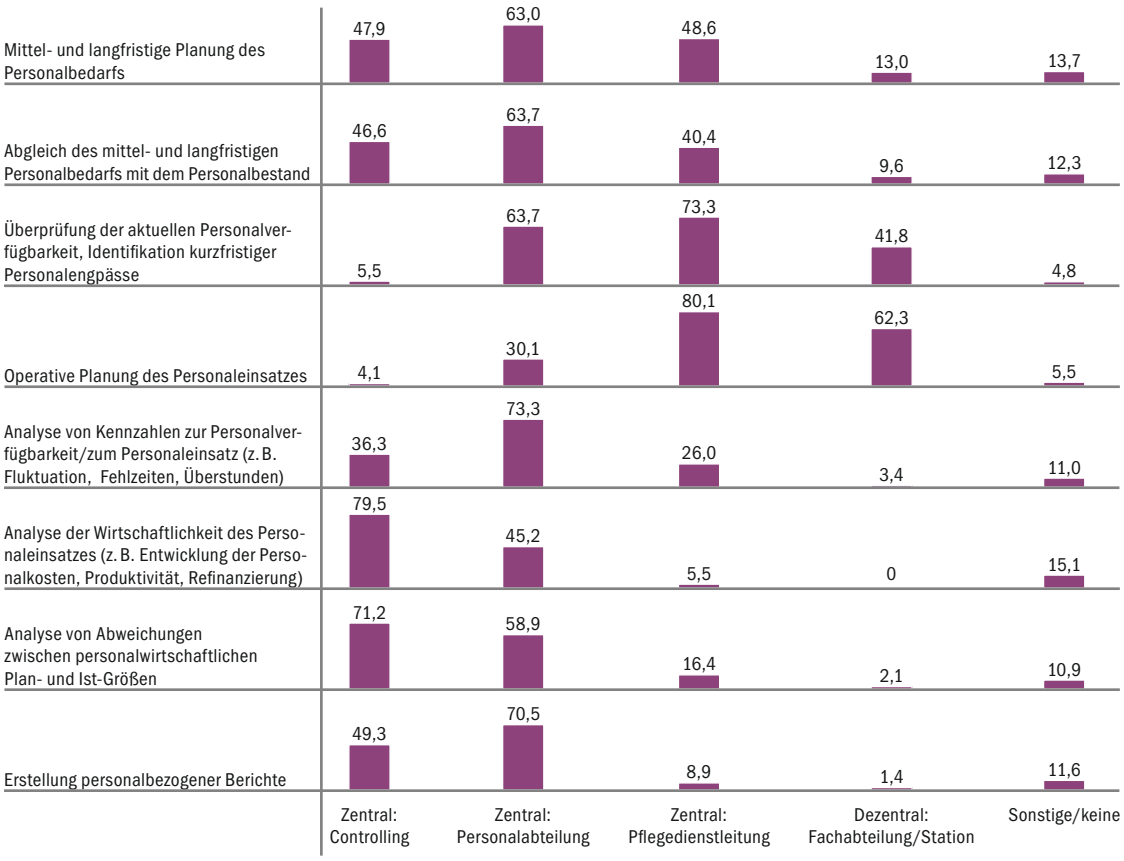


Abbildung 3: Aufgabenzuordnung im Personalcontrolling

Für die organisatorische Verankerung der Aufgaben des Personalcontrollings kommen verschiedene zentrale und dezentrale Stellen infrage, insbesondere zentrale Controlling- und Personalabteilungen, die Pflegedienstleitung und für dezentrale Aufgaben die Fachabteilungs- bzw. Stationsleitungen. Für verschiedene Aufgaben wurde erfragt, welche Abteilungen bei deren Erfüllung beteiligt sind. Dabei zeigt sich, dass Controllingabteilungen in sehr unterschiedlichem Maße in die Aufgabenerfüllung involviert sind. Abbildung 3 ist zu entnehmen, welche Stellen bei den verschiedenen Aufgaben jeweils beteiligt sind. Es ist zu beachten, dass durch Mehrfachnennungen auch eine verteilte Aufgabenzuordnung angezeigt werden konnte.

Erwartungsgemäß sind Controllingabteilungen insbesondere bei den Analysen der Wirtschaftlichkeit und der Abweichungen zwischen personalwirtschaftlichen Plan- und Ist-Größen die am häufigsten involvierte Abteilung. Ebenfalls erwartungsgemäß spielen Controller bei der Überprüfung der aktuellen Personalverfügbarkeit und der operativen Einsatzplanung kaum eine Rolle. Insbesondere die operative Einsatzplanung erfolgt unter starker dezentraler Beteiligung der Fachabteilungen und wird üblicherweise zentral von der Pflegedienstleitung verantwortet.

Bei den übrigen Aufgaben, insbesondere bei der mittel- und langfristigen Personalplanung, beim Monitoring der Personalverfügbarkeit und des Personaleinsatzes sowie bei der Erstellung personalwirtschaftlicher Berichte zeigt sich, dass Controller zwar vielfach involviert sind, diese Aufgaben im Gesamtbild aber doch eher den Personalabteilungen zufallen. Aufschlussreich ist hier eine tiefer gehende Untersuchung zur Aufteilung der Aufgaben. Dabei stechen die Analysen der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes und der Abweichungen hervor, die immerhin in über einem Drittel der Krankenhäuser gemeinsam von der Controlling- und der Personalabteilung durchgeführt werden. Bei der Erstellung personalwirtschaftlicher Berichte liegt der Anteil mit 30 % nur geringfügig niedriger. Alle anderen Aufgaben werden nur selten gemeinsam von den beiden Abteilungen erfüllt.

Neben der organisatorischen Verankerung der Aufgaben des Personalcontrollings bildete die mittel- und langfristige Planung des Personalbedarfs, des Personaleinsatzes und der Personalkosten einen zweiten Schwerpunkt innerhalb des Fokusthemas. Eine wichtige Grundlage für die Planung ist ein Stellenplan. Die Befragung zeigt, dass fast alle teilnehmenden Krankenhäuser (97 %) zumindest teilweise, d. h. für bestimmte Stellengruppen, über einen solchen verfügen. Bei 83 % der Häuser liegt sogar ein Stellenplan für alle Gruppen vor.

Die Planung des für das vorgesehene Leistungsspektrum notwendigen Personalbedarfs gehört in fast zwei Dritteln der Krankenhäuser zu den Routinetätigkeiten. 53 % der Häuser ermitteln ihn regelmäßig einmal im Jahr und weitere 10 % regelmäßig mit einem anderen Planungsintervall. Rund ein Drittel der Häuser ermittelt den Personalbedarf nur anlassbezogen. Erfragt wurde auch, wie die Planungen im Spannungsfeld zwischen zentralen Vorgaben und dezentralen Bedarfsmeldungen erfolgen. Wie Abbildung 4 zu entnehmen ist, entfallen jeweils knapp 40 % der Antworten auf eine leichte Tendenz hin zur zentralen Top-down-Planung und auf ein ausgewogenes Verhältnis beider Planungsansätze.

Zentralisierungsgrad der Personalbedarfsplanung

in %

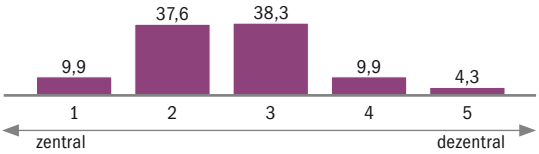


Abbildung 4: Zentralisierungsgrad der Personalbedarfsplanung

Der Zeithorizont der Personalbedarfsplanung liegt überwiegend (62 %) bei nur einem Jahr. Weitere 27 % der Häuser wählen Zeiträume von zwei oder drei Jahren. Längere Planungshorizonte geben nur 11 % der Häuser an.

Bezüglich der Planung der Personalkosten wurde mit der Anzahl der Tarifwerke, die zu beachten sind, ein wichtiger Rahmenparameter abgefragt. Angesichts der vielen unterschiedlichen Berufsgruppen, die in Krankenhäusern aktiv sind, überrascht es nicht, dass nur wenige Krankenhäuser gar kein (1 %) oder nur ein Tarifwerk (22 %) aufweisen. Die meisten Häuser müssen zumindest zwei (41 %) oder sogar drei (19 %) Tarifwerke beachten. Die übrigen 17 % haben vier oder mehr Tarifwerke abgeschlossen. Dabei sind es in zwei Einzelfällen sogar sieben bzw. acht Tarifwerke.

Die Planung der Personalkosten für das Folgejahr erfolgt mit unterschiedlichem Detaillierungsgrad, wobei sich die Krankenhäuser in zwei beinahe gleich große Gruppen aufteilen lassen. Die eine Hälfte nutzt individuelle Mitarbeiterdaten als Grundlage für die Planung. Die andere Hälfte schreibt die aktuellen Daten unter Anwendung von Veränderungsraten pauschal fort. Die meisten Häuser aus dieser zweiten Gruppe verwenden dabei nach Berufsgruppen differenzierte Veränderungsraten. Nur wenige Häuser (7 % der gesamten Stichprobe) schreiben die Personalkosten mit einer nicht nach Berufsgruppen differenzierten Veränderungsrate fort.

Abschließend zum Thema Planung wurden die Teilnehmer auch nach der eingesetzten Software gefragt. Dabei gab ungefähr die Hälfte der Teilnehmer an, eine spezielle Software zu nutzen. Fast alle Teilnehmer gaben an, ausschließlich oder ergänzend zur Spezialsoftware Tabellenkalkulationsprogramme, wie z. B. Excel, zu nutzen. Anders als bei der IT-Unterstützung des Berichtswesens (siehe Abschnitt 3.3) spielt die Größe der Krankenhäuser bei der Nutzungshäufigkeit spezieller Software für die Personalplanung keine Rolle.

Den dritten Schwerpunkt innerhalb des Fokusthemas bildeten die Steuerungs- und Kontrollaktivitäten inklusive des Berichtswesens. Ein Aspekt sind dabei Vergleiche aktueller personalwirtschaftlicher Kenngrößen mit korrespondierenden Planzahlen (Soll-Ist-Vergleich) als auch mit den Werten anderer Krankenhäuser (Benchmarking). Soll-Ist-Vergleiche bezogen auf den Personalbestand führen fast alle Krankenhäuser durch, gut ein Viertel jedoch nur anlassbezogen und nicht regelmäßig. Ein personalwirtschaftliches Benchmarking wird von 26 % der Krankenhäuser regelmäßig und von 49 % anlassbezogen durchgeführt. Diese Zahlen korrespondieren – bei leicht abweichender Gestaltung der Fragen – mit den Ergebnissen der Befragung im Jahr 2016, bei der das Benchmarking als Fokusthema betrachtet wurde. Damals hatten ebenfalls rund drei Viertel der Krankenhäuser angegeben, Personalkennzahlen einem Benchmarking zu unterziehen. Zu den übrigen 25 % zählten Krankenhäuser, die das Benchmarking generell nicht nutzen, und solche, die es nur für andere Bereiche einsetzen.

Analysen der Mitarbeiterzufriedenheit werden ähnlich häufig genutzt wie das Benchmarking. 34 % der Häuser erheben sie regelmäßig, weitere 45 % anlassbezogen. Interessant ist an dieser Stelle, dass kleine Häuser deutlich häufiger eine regelmäßige Erhebung durchführen als mittelgroße und große Häuser, die eher nur anlassbezogen aktiv werden. Der Grund hierfür ist in der einfacheren Durchführbarkeit solcher Erhebungen bei geringer Mitarbeiterzahl zu vermuten. Bei einer regelmäßigen Durchführung erfolgen die Analysen meist in einem Rhythmus von zwei oder drei Jahren, teils sogar jährlich. Für die nähere Zukunft ist eine erstmalige Analyse bei 8 % der Häuser geplant. Die Durchführung solcher Analysen erfolgt überwiegend durch externe Dienstleister (64 %, Mehrfachnennungen möglich). Wenn interne Abteilungen beteiligt sind, handelt es sich entweder um die Personalabteilung (21 %) oder sogar noch häufiger um das Qualitätsmanagement (24 %).

Im Hinblick auf das Berichtswesen zeigen die Befragungsergebnisse, dass Berichte mit personalwirtschaftlichen Kennzahlen für die Geschäftsführung von Krankenhäusern zum Standardrepertoire gehören. Drei Viertel der Geschäftsführer bzw. Vorstände erhalten einen solchen Bericht monatlich. Bei den Klinikleitern sind es nur 50 %. Abbildung 5 verdeutlicht den Berichtsrhythmus. Offenbar werden Klinikleiter in einem nennenswerten Teil der Häuser nicht in gleicher Weise in die Personalsteuerung einbezogen wie die Vorstands- und Geschäftsführungsebene.

Berichtsturnus im Personalwesen – differenziert nach Berichtsempfängern

in %

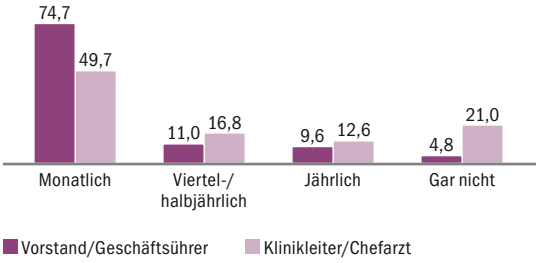


Abbildung 5: Berichtsturnus im Personalwesen

Eine detailliertere Analyse zeigt, dass der Berichtsturnus auf beiden Ebenen stark von der Krankenhausgröße abhängt. Bei großen Krankenhäusern ist eine monatliche Berichterstattung deutlich häufiger vorzufinden. Die Ergebnisse für personalwirtschaftliche Berichte bestätigen somit die für das Berichtswesen im Allgemeinen immer wieder festgestellten Ergebnisse zum Einfluss der Größe auf die Intensität der Berichtsprozesse.

Umfassend erfragt wurden auch die Berichtsinhalte. Dabei erfolgte eine Differenzierung nach Kennzahlenbereichen und nach Detaillierungsgrad. Abbildung 6 gibt einen Überblick, wie häufig Kennzahlen aus den genannten Bereichen für das Krankenhaus als Ganzes, getrennt nach Dienstarten und getrennt nach Organisationseinheiten verwendet werden.

Es zeigt sich, dass die Mitarbeiterzahl, die Personalkosten und die Überstunden die am häufigsten berichteten Kennzahlen sind. Dabei fällt auf, dass für die Differenzierung nach Dienstarten jeweils die höchsten Antwortanteile zu verzeichnen sind. Fehlzeiten, Kennzahlen zur Fluktuation und die Anzahl der Case-Mix-Punkte je Vollzeitkraft als Ausdruck der Produktivität des Personaleinsatzes werden jeweils von knapp der Hälfte der Krankenhäuser genutzt. Am seltensten werden Kennzahlen zu strukturellen Merkmalen der Beschäftigungsverhältnisse (Teilzeitquote, Anteil befristeter Verträge) sowie die Personalaufwandsquote berichtet.

Abdeckung Analysebereiche in regelmäßigem Berichtswesen

in %

Abbildung 6: Personalwirtschaftliche Berichtskennzahlen

3 WEITERE ERGEBNISSE IM DETAIL

3.1 PERSONALAUSSTATTUNG DES CONTROLLINGS

Bereits in mehreren vorherigen Befragungsrunden wurden die Teilnehmer nach der Personalausstattung im Controlling und deren Entwicklung gefragt. In der aktuellen Befragung wurde dieser Themenkomplex erneut aufgegriffen, dabei aber der Detaillierungsgrad der Fragen erhöht. Es wurde nicht nur nach Mitarbeitern im kaufmännischen und medizinischen Controlling unterschieden, sondern innerhalb des Medizincontrollings noch das Leistungscontrolling gesondert hervorgehoben. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer dieses Mal auch aufgefordert, die Anzahl der Kodierfachkräfte sowie der mit dem MDK-Management betrauten Mitarbeiter zu nennen. Auf diese Weise ergibt sich vor allem im Medizincontrolling und dort insbesondere in der Abgrenzung zu angrenzenden Tätigkeitsbereichen ein klareres Bild.

Im Ergebnis zeigen auch die aktuellen Zahlen eine überwiegend stabile Personalsituation mit einer Tendenz hin zu einem moderaten Personalaufbau im Controlling. Sowohl für das kaufmännische Controlling als auch für das Leistungscontrolling gilt, dass rund drei Viertel der Krankenhäuser keine wesentlichen Änderungen der Stellenausstattung in den letzten drei Jahren verzeichnen. Jeweils rund 20 % geben an, Stellen aufgebaut zu haben. Dabei liegt der Anteil bei Psychiatrien und gemischten Einrichtungen höher als in reinen somatischen Krankenhäusern (29 % vs. 15 % beim kaufmännischen Controlling; 25 % vs. 16 % beim Leistungscontrolling). Als Grund hierfür kann die Einführung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik vermutet werden. Stellenreduktionen sind generell die Ausnahme.

Deutlich höher ist der Anteil der Krankenhäuser mit Stellenzuwächsen in den operativ-fallbezogenen Aufgabenbereichen des Medizincontrollings. So berichten mehr als ein Drittel der Krankenhäuser von Stellenzuwächsen bei den Mitarbeitern des MDK-Managements, bei den Kodierfachkräften sind es sogar über 40 %. Dabei ist der Anteil zum einen bei den großen und mittelgroßen Häusern höher als bei den kleinen Häusern. Zum anderen gilt hier ebenfalls, dass der Anteil der Häuser mit Stellenzuwächsen bei Psychiatrien und gemischten Einrichtungen deutlich höher liegt als bei rein somatischen Krankenhäusern (49 % vs. 38 % bei Kodierfachkräften; 41 % vs. 33 % beim MDK-Management). Stellenreduktionen sind auch hier die Ausnahme.

Entwicklung Anzahl der Beschäftigten im Controlling in den letzten drei Jahren

in %

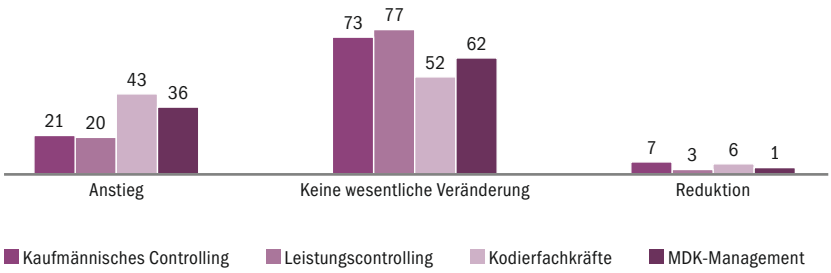


Abbildung 7: Entwicklung der Controllingstellen

Durch die detailliertere Aufgliederung der verschiedenen Aufgabengebiete gibt die aktuelle Befragung auch einen genaueren Einblick in den Status quo der Personalausstattung. Abbildung 8 zeigt einen Überblick über die durchschnittliche Anzahl von Stellen je 1.000 Beschäftigte für die verschiedenen Aufgabengebiete. Dabei wird für jede Größenklasse der mit der Bettenzahl gewichtete Durchschnitt der Controllerquoten ausgewiesen.

Die Werte für das kaufmännische Controlling weisen eine gute Vergleichbarkeit zu den im Vorjahr ermittelten Werten auf. Über alle Größenklassen kommen rund drei Controller auf 1.000 Beschäftigte. Auch die aktuellen Zahlen deuten dabei auf eine Skalierbarkeit der Aufgaben hin, da die Controllerquoten in kleinen Häusern höher ausfallen als in größeren Häusern. Die Anzahl der Controller wächst offenbar nicht proportional zu der Menge der medizinischen Leistungen.

Für die anderen Aufgabenbereiche ist ein Vorjahresvergleich nicht sinnvoll, da zuvor allgemein nach dem Medizincontrolling unter Ausschluss der Kodierfachkräfte gefragt wurde. Für das Leistungscontrolling zeigt sich genauso wie für das kaufmännische Controlling, dass kleine Häuser höhere Controllerquoten aufweisen als größere Häuser, sodass von einer Skalierbarkeit der Aufgaben ausgegangen werden kann. Für die Kodierfachkräfte und die Mitarbeiter im MDK-Management ist dieser Effekt hingegen nicht zu beobachten. Wie durchaus erwartet, wachsen die Beschäftigtenzahlen in diesen Aufgabenbereichen proportional zum Umfang des medizinischen Leistungsangebots.

Anzahl Vollzeitkräfte je 1.000 Beschäftigte und Aufgabengebiet – differenziert nach Größe

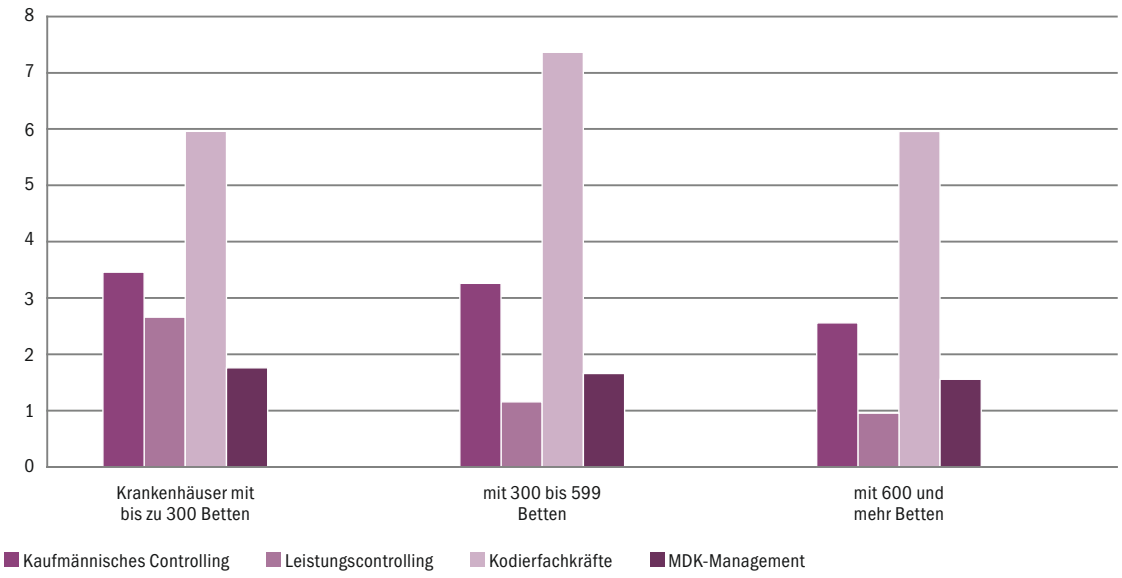
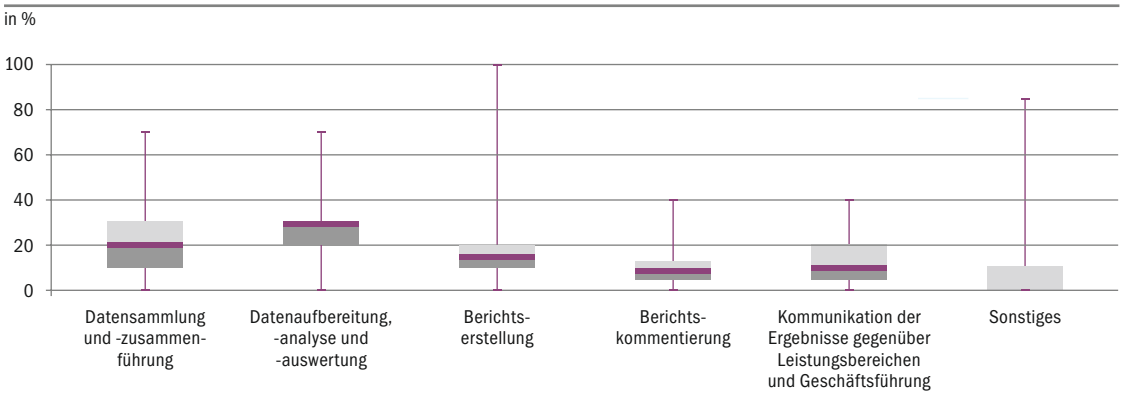


Abbildung 8: Differenzierung Controllerquoten

3.2 TÄTIGKEITSPROFIL VON KRANKENHAUSCONTROLLERN

Detaillierter als in den Vorjahren wurde in der aktuellen Befragung auch das Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern abgefragt. Bei dieser Fragestellung erfolgte erstmals eine Trennung nach kaufmännischem und medizinischem Controlling (ohne Kodierfachkräfte und MDK-Management). Abbildung 9 ist das Tätigkeitsprofil für beide Teilbereiche zu entnehmen.

Zeitaufwand kaufmännisches Controlling



Zeitaufwand Medizincontrolling (ohne Kodierfachkräfte und MDK-Management)

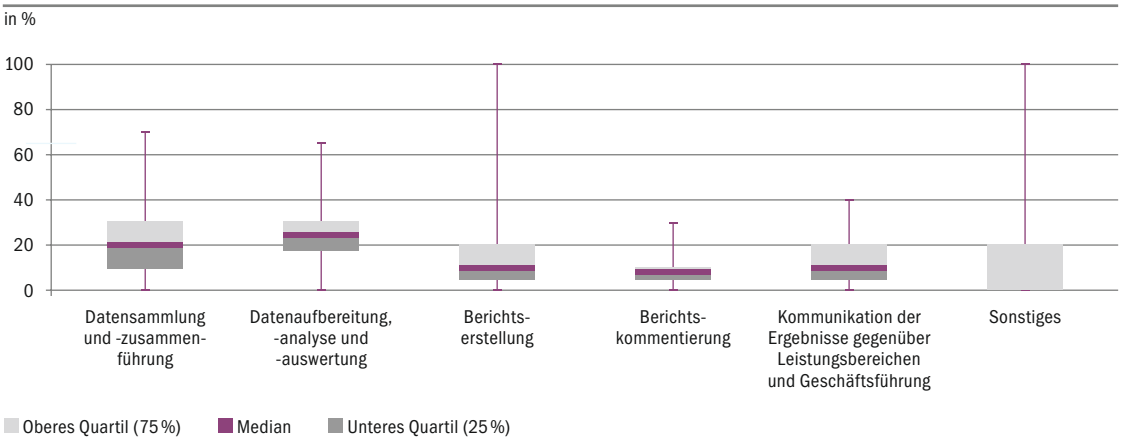


Abbildung 9: Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern

Für beide Teilbereiche zeigt sich ein ähnliches Tätigkeitsprofil. Der zeitliche Schwerpunkt der Arbeit liegt jeweils auf der Datensammlung und -zusammenführung sowie insbesondere der Datenaufbereitung, -analyse und -auswertung. Die Kommentierung von Berichten und die Kommunikation mit den Berichtsempfängern, bei denen Controller stärker eine partnerschaftliche Rolle gegenüber dem Management einnehmen, stellen hingegen nur einen geringen Teil der Arbeitszeit dar. Im Vergleich zu den Vorjahren ist zu erkennen, dass sich das Controlling in seinem Tätigkeitsprofil nicht verändert. Hier wäre eine Weiterentwicklung des Controllings hin zum Businesspartner wünschenswert, was aber deutlich mehr Freiräume für die Analyse und Kommentierung von Berichten bedarf. Ein Grund, warum diese Verschiebung der Aufgaben nicht stattfindet, liegt vermutlich nach wie vor in der fehlenden Automatisierung und Standardisierung der Berichtserstellung.

3.3 BERICHTSSYSTEME

Die Berichtssysteme der Krankenhäuser wurden auch in der siebten Befragungsrunde in einem eigenen Fragebloc adressiert. Aus den Antworten lässt sich erneut ablesen, dass das Berichtswesen in den meisten Krankenhäusern insbesondere bei den Standardinhalten (Leistungs-, Erlös- und Kostenberichte) bereits weit entwickelt ist. Berichte, die im Sinne einer transparenten Ergebnisrechnung Kosten und Erlöse auf Unternehmenseinheiten herunterbrechen, werden auch weiterhin von einem großen Teil der Krankenhäuser nicht umgesetzt. Weniger als ein Viertel aller Krankenhäuser verfügt über eine monatliche Deckungsbeitragsrechnung. Selbst quartalsweise werden nur in rund der Hälfte der Krankenhäuser solche Informationen bereitgestellt. Ohne solche Informationen erscheint eine aktive unterjährige wirtschaftliche Steuerung eines Krankenhauses jedoch kaum möglich. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch für die Erstellung von Risikobeichten. In Abbildung 10 sind die Berichtsinhalte und der Berichtsrhythmus getrennt für die Ebene Vorstand und Klinikleiter aufgeführt.

Berichtswesen: Reportingempfänger und -rhythmus

in %

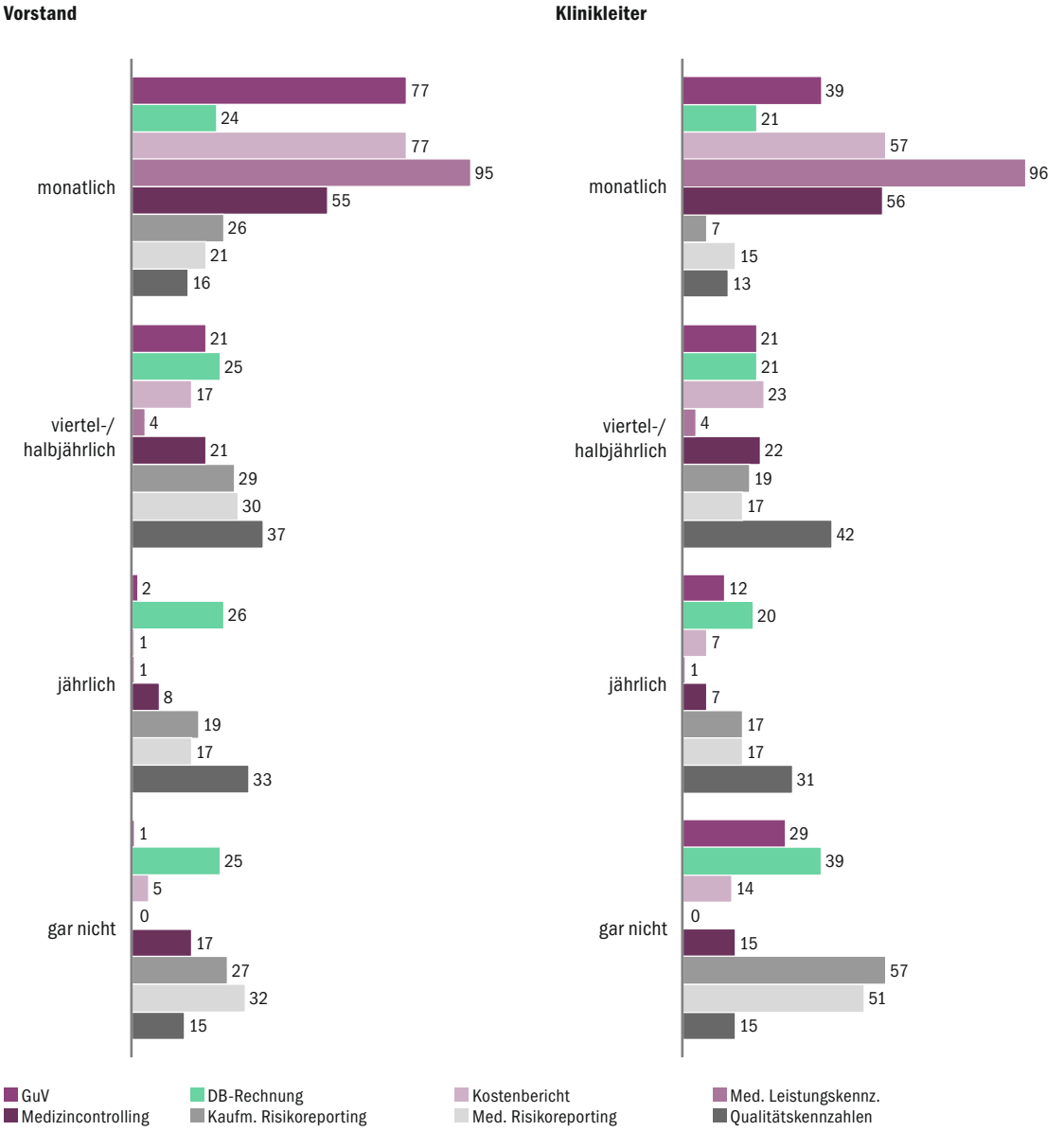


Abbildung 10: Reportingempfänger und -rhythmus

Die Nützlichkeit von Berichten wird in hohem Maße dadurch bestimmt, wie viel Zeit zwischen Berichtszeitraum und Berichtsbereitstellung liegt. So ist z. B. die Nützlichkeit eines erst in der vierten Woche des Folgemonats bereitgestellten Monatsberichts für die operative Steuerung durchaus kritisch zu hinterfragen. Die Befragungsergebnisse bestätigen frühere Ergebnisse: Monatliche Berichte werden weitaus schneller bereitgestellt als vierteljährliche und insbesondere jährliche Berichte. Vor allem der Anteil der sehr schnell arbeitenden Häuser ist dabei unabhängig von deren Größe. Abbildung 11 gibt einen Überblick über die erhobenen Fertigstellungszeiträume.

Bei der IT-Unterstützung des Berichtswesens bestätigen die aktuellen Ergebnisse das Vorjahresergebnis: Der in den Jahren 2012 bis 2015 zu beobachtende Trend hin zu einer umfassenderen Nutzung von Data-Warehouse-Lösungen wächst auf einem mittlerweile hohen Nutzungsniveau nur noch schwach. Gegenüber 2015 (63 %) und 2016 (64 %) hat sich der Anteil der Häuser mit einer Data-Warehouse-Lösung nur noch minimal auf jetzt 65 % erhöht. Dabei bleibt der Anteil unter den kleinen Häusern weiterhin hinter dem Anteil bei den mittelgroßen und großen Häusern zurück. Gleichzeitig zeigt sich erneut, dass Tabellenkalkulationsprogramme, in der Regel Microsoft Excel, in fast jedem Krankenhaus für Berichtszwecke zum Einsatz kommen.

Zeitraum bis zur Bereitstellung der Berichte (in Wochen ab dem Berichtsstichtag)

in %

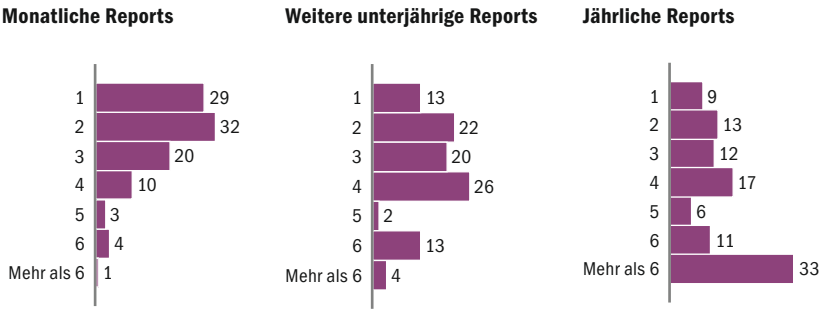


Abbildung 11: Zeitraum bis zur Bereitstellung der Berichte

Einsatz von IT-Lösungen zur Berichterstattung – Zeitverlauf

in %

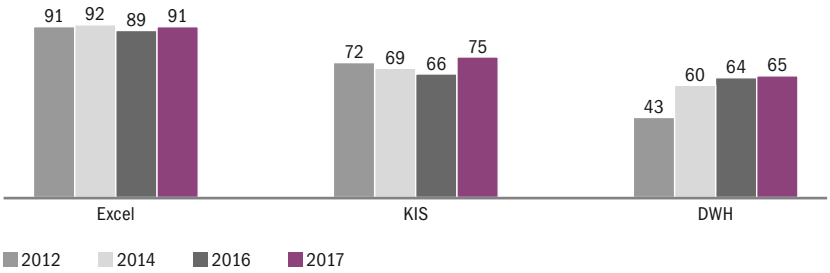


Abbildung 12: Einsatz von IT-Lösungen zur Berichterstattung

3.4 ENTGELTSYSTEM FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

Seit 2013 beschäftigt sich die Studie auch mit den Entwicklungen des Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik. Nachdem in den Vorjahren mehrmals eine Anpassung des Einführungszeitpunkts des pauschalierenden Entgeltsystems vorgenommen wurde, ist es nun 2018 für alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen verpflichtend. Die prospektiven Aussagen aus der Befragungsrunde lassen sich so zukünftig sehr gut an der veränderten Ist-Situation spiegeln. In der vorliegenden Befragungsrunde waren 38 % der gesamten Teilnehmer psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. gemischte Einrichtungen mit Abteilungspsychiatrien. Die Grundgesamtheit für den Umfrageteil zu Veränderungen im Bereich der Finanzierung der Versorgung psychisch bzw. psychosomatisch erkrankter Patienten beläuft sich somit auf 55 Einrichtungen. Aufgrund der Größe dieses speziellen Samples wird auf eine Analyse möglicher Einflussfaktoren in Bezug auf Größe etc. weitgehend verzichtet.

Eine überraschende Erkenntnis aus der Befragungsrunde ist, dass auch wenige Monate vor Ende der Optionsphase nur 56 % der befragten Einrichtungen diese seit 2013 bestehende Möglichkeit genutzt haben. Nachdem sich 2013 und 2014 jeweils gut 9 % der in der Stichprobe enthaltenen Häuser zur Option entschlossen hatten und 2015 sowie 2016 ein „kleiner Boom“ (16 % bzw. 18 %) zur Optierung zu erkennen war, haben 2017 nur noch weitere knapp 4 % optiert. Dies deckt sich im Übrigen relativ genau mit den ein Jahr zuvor erhobenen Daten. Anders ausgedrückt: Fast die Hälfte der Häuser wagte einen „Kaltstart“ in das neue System zum 1. Januar 2018. Das bedeutet, sie rechnen nun verpflichtend mit einem neuen Preissystem ab, mit dem sie zuvor keine praktischen Erfahrungen gesammelt haben.

Der niedrige Anteil der „Optierer“ im Jahr 2017 verwundert umso mehr, als sich die – von den Befragungsteilnehmern wahrgenommene – Einstellung der Kostenträger zur Optierung der psychosomatischen und psychiatrischen Einrichtungen gegenüber dem Vorjahr deutlich verändert hat. Wurde die Einstellung der Kostenträger zuvor nur von einem Drittel der Einrichtungen als positiv wahrgenommen, ist dieser Wert 2017 auf über 60 % angestiegen. Verwunderlich ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass rund jedes siebte Haus nach eigenen Angaben diese Thematik bei den Kostenträgern nicht angesprochen hat.

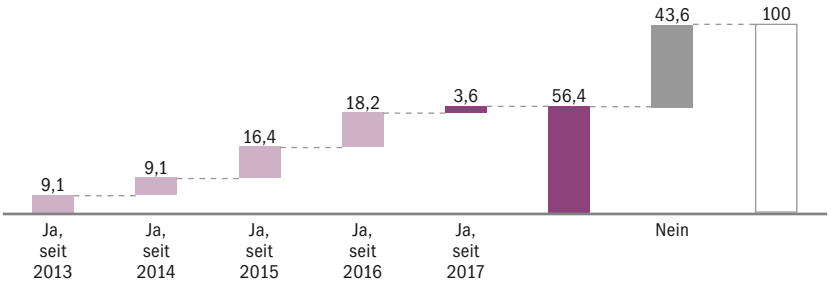
Allerdings muss festgehalten werden, dass diese veränderte Einstellung der Kostenträger nicht dazu geführt hat, dass sie sich mit Blick auf die Incentivierung der Optionsphase aufgeschlossener gezeigt haben. Im Gegenteil: Nur 7 % der Häuser konnten die gesetzlich mögliche doppelte Veränderungsrate voll mit den Kostenträgern verhandeln, dagegen drei von zehn Häusern überhaupt nicht, die übrigen 63 % teilweise. Schleppend verläuft auch der Einstieg in die durch die Patientenvertreter und die Politik stark promoteten Modellvorhaben nach SGB V, § 64b. Gut 5 % der Häuser haben dies bisher im Kalkül, lediglich 2 % haben ein Modellvorhaben bereits umgesetzt. Ähnlich ist die Situation beim Thema „Home Treatment“: Diese Möglichkeit haben bisher lediglich 4 % umgesetzt, aber immerhin schon 19 % in Planung. Ob der unklaren Refinanzierung verwundert der niedrige Wert nicht.

Trotz der zunächst budgetneutralen Umsetzung des neuen Entgeltsystems ist für viele Einrichtungen die Veränderung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen durch das PsychVVG relevant. Hier rückte in den letzten beiden Jahren vermehrt die Liquiditätssituation in den Mittelpunkt der Betrachtung. Dabei gehen 37 % der befragten Einrichtungen davon aus, dass sich die unterjährige Liquiditätssituation für sie in den nächsten Jahren eher verschlechtern werde; fast zwei Drittel rechnen damit, dass keine Veränderung eintreten werde. Keine der Einrichtungen erwartet eine Verbesserung der kurzfristigen Liquidität durch die Reform des Entgelts.

Eine weitere Herausforderung für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen im Zuge der Einführung des neuen Entgeltsystems stellt die Etablierung einer Leistungsplanung u. a. für die Budgetverhandlungen dar: Hier sagen 61 %, dass sie eine solche Planung bereits in ihren Häusern etabliert haben. Daneben gibt es noch weitere Faktoren, die sich durch Umsetzung des neuen Entgeltsystems verändern werden. Hier wurde speziell nach Veränderungen gefragt, die als positiv wahrgenommen werden. Über 38 % der Einrichtungen nehmen dabei gar keine positiven Aspekte wahr. Für fast die Hälfte der Häuser (48 %) ist ein Mehr an Transparenz ein Vorteil, 22 % sehen die Verbesserung der Prozesse als positives Moment. Im Vergleich zum Vorjahr sind diese Wahrnehmungen aber eher etwas pessimistischer bzw. vorsichtiger ausgefallen.

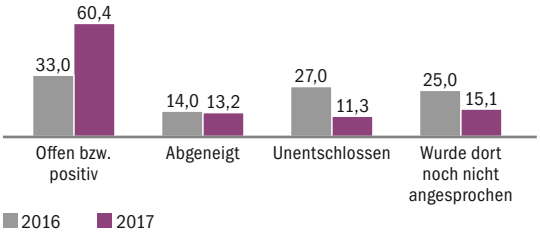
Nutzung Optionsphase

in %



Einstellung Kostenträger zum Optieren

in %



Verhandlung doppelte Veränderungsrate

in %

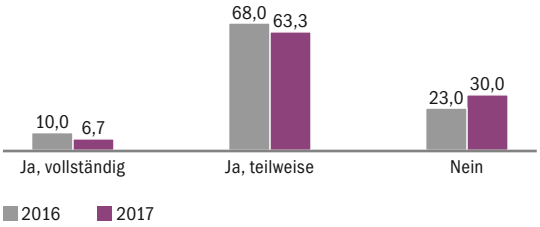


Abbildung 13: Entwicklung der Optionsquote und Einstellung der Kostenträger

Die Organisation und die Qualität der Kodierung wird künftig eine deutlich höhere wirtschaftliche Bedeutung für die Einrichtungen erhalten. Damit hängt die Vergütung der erbrachten Leistungen künftig von einer nachvollziehbaren und detaillierten Dokumentation ab. Zur Unterstützung der Dokumentationsqualität werden immer häufiger individualisierte Leistungskataloge verwendet, nur noch eine von zehn Einrichtungen verzichtet darauf. Darüber hinaus verändern über 60 % der Einrichtungen den Leistungskatalog, der standardmäßig in ihrem Krankenhausinformationssystem hinterlegt ist. 40 % individualisieren diesen teilweise, 22 % nehmen starke Modifikationen des Leistungskatalogs vor.

Eine deutliche Veränderung lässt sich in der Art der Kodierung festhalten: Waren es in den drei Vorjahren immer noch fast die Hälfte der Einrichtungen, die eine reine OPS-relevante Kodierung durchgeführt haben (25-Minuten-Intervalle), so waren es 2017 nur noch 35 %. Die Kodierung geht sehr viel stärker zu einer granularen Kodierung über: Fast ein Drittel der Häuser dokumentiert Kontakte kleinteilig in Intervallen von fünf Minuten (24 %) bzw. sogar einer Minute (9 %). Darüber hinaus sind es inzwischen fast vier von fünf Einrichtungen, die auch nicht OPS-relevante, zusätzliche Leistungen kodieren. Die Motivation zur Dokumentation solcher Leistungsintervalle hat sich dagegen nicht verschoben; an der Spitze der Gründe wird immer noch die Absicherung gegen MDK-Anfragen (67 %) aufgeführt. Die Umsetzung der Kostenträgerrechnung (48 %) und die Vorbereitung auf zukünftige mögliche Veränderungen im Modulkatalog (28 %) werden ebenfalls als Gründe für diese Bearbeitungsweise der Fälle aufgeführt.

Erlebte positive Aspekte durch die bevorstehende Einführung des neuen Entgeltsystems (Mehrfachnennung möglich)

in %

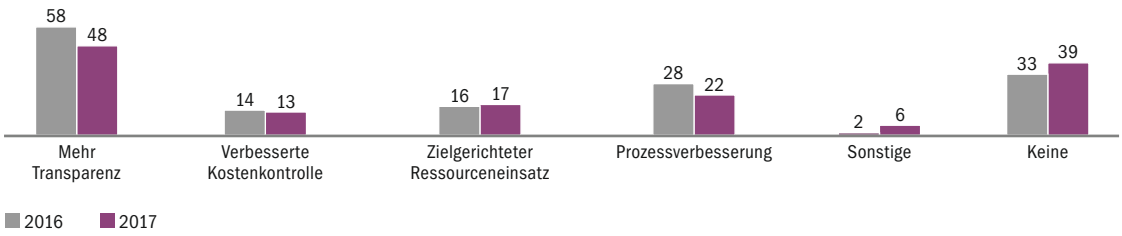


Abbildung 14: Wahrgenommene positive Aspekte durch die Einführung des neuen Entgeltsystems

Schwellenwerte für die Leistungserfassung

in %

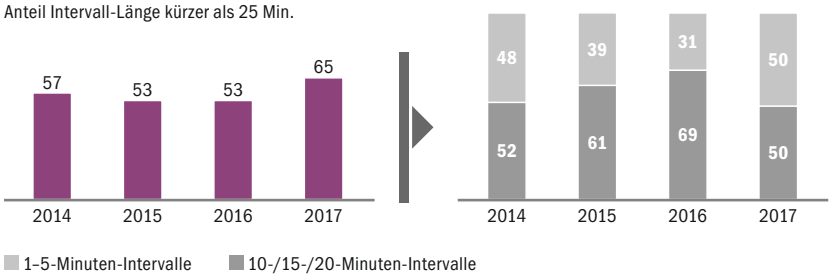


Abbildung 15: Aspekte der Leistungserfassung im neuen Entgeltsystem

Eine wichtigere Rolle im Rahmen des Kodierprozesses spielen inzwischen auch die Kodierfachkräfte. Zwar sind Ärzte im Bereich der Kodierung der Leistungserfassung, der Diagnosen und der Prozeduren immer noch die wichtigsten Akteure, aber die Kodierfachkräfte nehmen hier eine deutlich wichtigere Rolle ein als im Jahre 2015, als diese Frage das letzte Mal Teil der Befragung war. Bei den Prozeduren sind sie inzwischen zu zwei Dritteln beteiligt, bei den Diagnosen zu über 60 %. Diese zunehmende Bedeutung der Kodierfachkräfte korrespondiert mit dem vor allem bei Psychiatrien und gemischten Einrichtungen zu beobachtenden Personalzuwachs in diesem Bereich (vgl. Abschnitt 3.1).

Die Durchführung der Kodierung erfolgt überwiegend sehr zeitnah: Dies bedeutet, dass 45 % der Leistungen sofort nach Erbringung und noch einmal 35 % am selben Tag kodiert werden. Nur in 2 % der Häuser erfolgt eine Kodierung erst nach Abschluss der Fälle. Dies spricht für eine sehr konsequente Umsetzung der Dokumentations- und Kodierpflichten. Das lässt sich auch durch eine weitere Antwort belegen: Bei rund der Hälfte aller befragten Einrichtungen erfolgt eine fallbegleitende Kodierung, bei 15 % der Einrichtungen ist eine solche geplant, und nur etwas mehr als ein Drittel (36 %) hat dies im Moment nicht im Kalkül.

Durchführung der Kodierung durch unterschiedliche Beschäftigtengruppen im Vergleich 2017 und 2015 (Mehrfachnennung)

in %

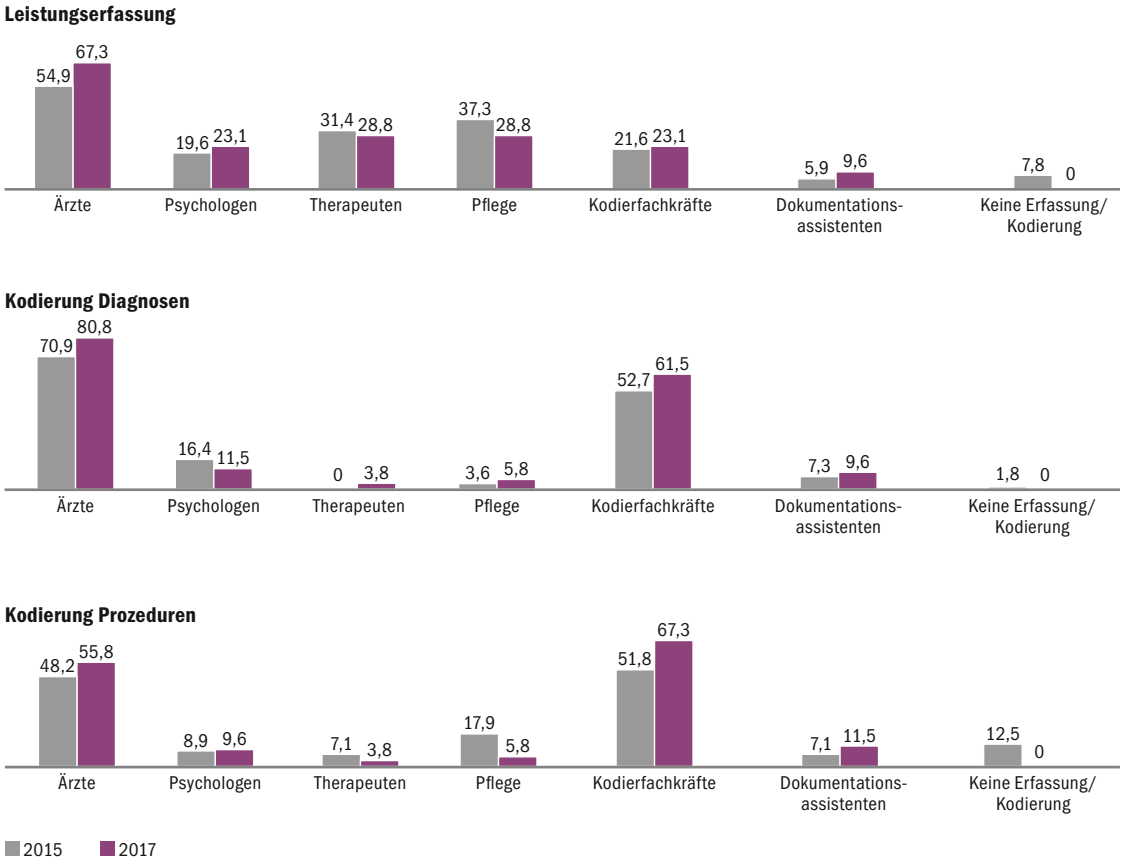


Abbildung 16: Durchführung der Kodierung

Auswirkungen auf die Therapieprozesse oder sogar auf das Leistungsspektrum durch das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik sieht derzeit nur eine Minderheit der Häuser. Immerhin erwägen 43 %, die Prozesse der Patientenversorgung anzupassen, und mehr als ein Viertel (28 %) denkt auch darüber nach, die Leistungsspektren zu verändern. Diese Zahlen sind aber insgesamt eher rückläufig.

Dagegen sind schon jetzt größere Veränderungen im Bereich des Controllings umgesetzt oder angedacht. Über ein Drittel der Häuser hat das Berichtswesen schon verändert, mehr als 30 % haben in diesem Zuge die Steuerungskennzahlen überarbeitet und in der Regel mehr ergebnisorientiert ausgerichtet. Dies ist im Vergleich zum Vorjahr fast eine Verdoppelung bei den befragten Teilnehmern. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen möchte hier zukünftig noch in ähnlicher Weise tätig werden. Zur Ergebnissteuerung ist derzeit eher eine Kostenträgerrechnung (30 %) als eine stationsbezogene Deckungsbeitragsrechnung (15 %) umgesetzt, jeweils rund ein weiteres Drittel der Häuser möchte diese beiden Instrumente zukünftig um- und einsetzen. Dabei wird deutlich, dass die Zahl der Häuser, die eine Kostenträgerrechnung planen, stabil geblieben ist. Die Relevanz der stationsbezogenen Deckungsbeitragsrechnung aber hat zugenommen. Letztes Jahr hatten nur vier von zehn Häusern eine solche eingesetzt bzw. wollten eine einsetzen.

Wesentliche Änderung in der Steuerung

in %

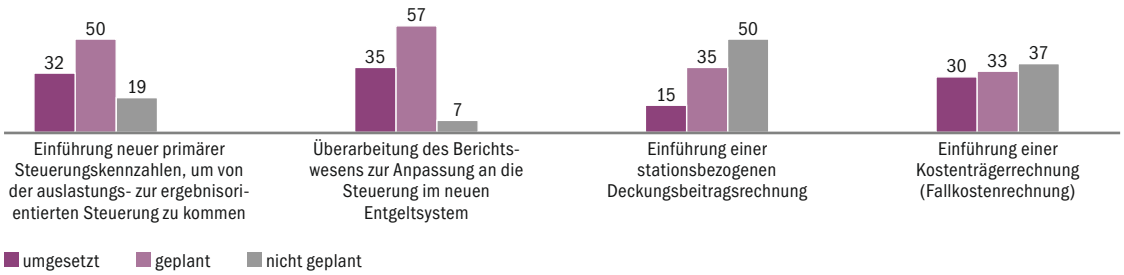


Abbildung 17: Erwartete und beobachtete Veränderungen im Controlling aufgrund des neuen Entgeltsystems

4 ZUSAMMENFASSUNG

Die Befragung zum aktuellen Stand und zur Umsetzung des Controllings in deutschen Krankenhäusern und Psychiatrien wurde im Jahr 2017 zum siebten Mal durchgeführt. Fokusthema der Befragung war dabei das Personalcontrolling. Mit der Personalausstattung im Controlling, dem Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern und dem Berichtswesen wurden auch einige schon mehrfach adressierte Themenfelder einbezogen, sodass Vergleiche im Zeitablauf möglich werden. Besondere Relevanz haben angesichts der verbindlichen Einführung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik zum 1. Januar 2018 die hierzu erhobenen Antworten.

FOKUSTHEMA PERSONALCONTROLLING

Die Befragungsergebnisse zur organisationalen Verankerung der Aufgaben des Personalcontrollings zeigen deutlich, dass es sich um ein Schnittstellenthema handelt. Mittel- und langfristige Planungen erfolgen überwiegend in den Personalabteilungen, die Produktivität des Personaleinsatzes und Soll-Ist-Abweichungen werden meist von den Controllingabteilungen nachgehalten, operative Planungen erfolgen dezentral in den Fachabteilungen. Das Berichtswesen wird schließlich wieder von den Personalabteilungen dominiert. Kritisch zu sehen ist das geringe Maß an abteilungsübergreifender Zusammenarbeit, das sich aus den Befragungsergebnissen ablesen lässt.

Personalwirtschaftliche Planungen erfolgen in rund der Hälfte der Häuser mit individuellen Mitarbeiterdaten, die andere Hälfte nutzt pauschale Veränderungsraten zur Fortschreibung aktueller Werte. Personalwirtschaftliche Berichte gehören in den meisten Krankenhäusern zum Standardberichtswesen für die Geschäftsführung. Die Leitungen der Fachabteilungen erhalten diese Informationen hingegen oft in einem weniger engen Takt. Die Berichtsinhalte beschränken sich noch zu oft auf Mitarbeiterzahlen, Personalkosten, Überstunden und Fehlzeiten. Kennzahlen zur Produktivität des Personaleinsatzes werden nicht in gleicher Häufigkeit genutzt.

PERSONALAUSSTATTUNG UND TÄTIGKEITSPROFIL

Die Fragen zur Personalausstattung und zum Tätigkeitsprofil im Krankenhauscontrolling wiesen in der aktuellen Befragung einen höheren Detaillierungsgrad auf als in den Vorjahren. Bei der Personalausstattung konnte so insbesondere im Medizincontrolling mit dem Kernbereich des Leistungscontrollings und in den angrenzenden Tätigkeitsbereichen (Kodierung, MDK-Management) ein genaueres Bild der Personalausstattung gegeben werden. Die Ergebnisse zur Entwicklung der Personalausstattung zeigen weiterhin moderate Zuwächse bei den Stellenausstattungen. Diese scheinen auch durch die Erfordernisse des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik getrieben zu sein. Besonders hoch fällt der Anteil der Häuser mit Stellenzuwächsen bei den Kodierfachkräften in Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen bzw. reinen Psychiatrien aus. Das Tätigkeitsprofil von Krankenhauscontrollern wurde erstmals getrennt für das kaufmännische und das medizinische Controlling erhoben. Wesentliche Änderungen in der Bewertung des Tätigkeitsprofils haben sich dadurch allerdings nicht ergeben.

BERICHTSWESEN

Für das Berichtswesen ist im Hinblick auf den Berichtsrhythmus und die Berichtsinhalte erneut festzustellen, dass sich im Durchschnitt aller Krankenhäuser kaum Veränderungen beobachten lassen. Dies gilt auch für die Bereiche, bei denen eine größere Verbreitung wünschenswert erscheint, insbesondere für fachabteilungsbezogene Deckungsbeitragsrechnungen und Risikoberichte. Der über mehrere Jahre zu beobachtende Trend hin zur intensiveren Nutzung von Data-Warehouse-Lösungen hatte sich schon im Vorjahr erkennbar abgeschwächt. Die aktuellen Ergebnisse bestätigen diesen Befund. Wenig Veränderung zeigt sich auch bei der Geschwindigkeit der Berichtsbereitstellung. Die Zeitnähe der Berichterstellung hat sich – trotz der weiteren Verbreitung von Data-Warehouse-Lösungen – auch im langfristigen Vergleich kaum verändert.

NEUES ENTGELTSYSTEM FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

Die nach der Verabschiedung des PsychVVG und kurz vor Auslaufen der Optionsfrist durchgeführten Befragungen haben nicht die zu erwartende Dynamik gezeigt. Dies lässt sich u. a. daran festmachen, dass fast die Hälfte der Häuser die Optionsphase nicht genutzt hat und nun mit einem „Kaltstart“ in das neue Abrechnungssystem geht. Interessanterweise scheint sich aber die Einstellung der Kostenträger zum System verändert zu haben, sie stehen diesem nun aufgeschlossener gegenüber. Andere Entwicklungen haben sich verstetigt: Die Kodierung wird verstärkt durch Kodierfachkräfte vorgenommen, was sich auch mit dem Personalzuwachs in diesem Bereich deckt. Gleichzeitig erfolgt die Kodierung inhaltlich und zeitlich – bezogen auf die Dauer von Kontakten – detaillierter. Darüber hinaus rückt die Liquiditätssituation noch mehr in den Blickpunkt sowie – vielleicht auch darauf aufbauend – die Notwendigkeit, die ökonomischen Steuerungssysteme insgesamt zu schärfen.

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 u. a. 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. 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 Entwicklung und Umsetzung von Fusionen, Sanierung von Krankenhäusern sowie Optimierung der Prozesse, Entwicklung und Umsetzung von Digitalstrategien, Finanzierungsstrukturierung großer Investitionsvorhaben sowie Konzeption und Umsetzung moderner Ansätze zur Krankenhaus(konzern)steuerung inkl. Berichtswesen & Controlling.

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 +49.30.548015.81
Fax +49.30.548015.82
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

FSC
www.fsc.org
MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C106532

MEDIENPARTNER:
Health & Care Management
WIRTSCHAFTLICH ENTSCHEIDEN IN KLINIKEN UND ALTENHEIMEN

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 ZUKUNFTSFÄHIGKEIT – VON DER IDEE BIS ZUR TAT