Sachkosten steuern statt Personalkosten senken

Controlling des medizinischen Sachbedarfs im Klinikum Leverkusen

Spätestens seit der Einführung des Fixkostendegressionsabschlags und der Abwertung von DRG-Sachkostenanteilen führt eine Leistungssteigerung in den meisten deutschen Krankenhäusern nur noch bedingt zu einer Verbesserung der Wirtschaflichkeit. Das Thema Kostenreduzierung wird dringlicher. An einem strukturierten Controlling der Sachkosten einschließlich der Sekundärleistungen führt kein Weg mehr vorbei.

Im Klinikum Leverkusen wurde ein umfangreiches Berichtswesen zum medizinischen Sachbedarf mit TIP HCe aufgebaut.

In jedem Krankenhaus lassen sich an vielen Stellen Sachkosten reduzieren, ohne die medizinische Behandlungsqualität negativ zu beeinflussen. Sinnvolle Maßnahmen können die Mengen- und Preiskomponente sowie die Produktauswahl betreffen. Eine kleine Auswahl von Beispielen:

- Reduzierung der Röntgenanforderungen auf das medizinisch Sinnvolle,
- Straffung des Portfolios von Verbrauchsmaterialien und Implantaten,
- Überprüfung von Laborprofilen und Ersatz von „Gießkannendiagnostik“ durch stufendiagnostische Verfahren,
- Einführung evidenzbasierter, leitliniengerechter Standards für den Einsatz hochpreisiger Arzneimittel.

Die Auswahl macht deutlich, dass sinnvolle Maßnahmen nur im Dialog zwischen Kaufleuten und Medizinern entwickelt werden können. Medizinische Entscheidungen zu Diagnostik und Therapie bewegen sich fast immer in einem Ermessensspielraum. Verschiedene Handlungsoptionen sind mit unterschiedlichen Kosten verbunden, können aber zu ähnlichen bzw. identischen Behandlungsergebnissen für den Patienten führen.

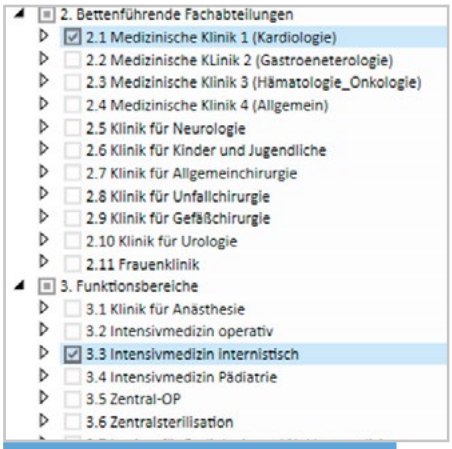

Abb. 1: Kostenstellenmodell (Ausschnitt)

Ein ökonomischer Nutzen kann nur dann erzielt werden, wenn den Entscheidern die Kosten der jeweiligen Optionen transparent gemacht werden. Ein strukturiertes Sachkostencontrolling umfasst zwei wesentliche Komponenten:

- Herstellung von Kostentransparenz durch detaillierte Berichte,
- Etablierung einer Gesprächsplattform (Sachbedarfsgespräche) zur Entwicklung medizinisch und ökonomisch sinnvoller Maßnahmen.

1. Herstellung von Kostentransparenz durch detaillierte Berichte

Im Klinikum Leverkusen ist seit über zehn Jahren ein Berichtswesen zum medizinischen Sachbedarf etabliert. Das Berichtsformat wurde ursprünglich von der Lohfert & Lohfert AG entwickelt, die das Klinikum bei dem Thema Sachkosten berät. Seit 2014 wurden die extern erstellten Berichte schrittweise durch eigene BIC-Darstellungen ersetzt und erweitert. Durch ein anwenderorientiertes Kostenstellenmodell (Abb. 1) ist es möglich, Berichte gezielt für einzelne Fachbereiche, Funktionsabteilungen oder auch kumuliert herzustellen.

Die Berichte sind „top-down“ mehrstufig konzipiert:

- Die höchste Aggregationsstufe enthält nur eine einzige Steuerungskennzahl. Da die Entwicklung des medizinischen Sachbedarfs immer in Bezug zur Leistungsentwicklung beurteilt werden sollte, wurde als Kennzahl z.B. für eine bettenführende Abteilung der „bereinigte medizinische Sachbedarf“ (BMES, siehe Abb. 2) im Verhältnis zum Case Mix festgelegt. Für Bereiche ohne eigene Erlöse (z.B. Funktionsbereiche, Intensivstation etc.) kann eine vom Case Mix abweichende Bezugsgröße verwendet werden; für den OP beispielsweise die Zahl der OP-Minuten. Die für die verschiedenen Bereiche definierten Steuerungskennzahlen lassen sich zur leistungsadaptierten Budgetierung des Sachbedarfs nutzen.

Bereinigter medizinischer Bedarf (BMES):

Bei einer Kennzahl zur Steuerung des Sachbedarfs sollten nur diejenigen Kosten berücksichtigt werden, die tatsächlich von den verantwortlichen Medizinern beeinflusst werden können. Zu diesem Zweck wurde im Klinikum Leverkusen der „Bereinigte medizinische Sachbedarf“ definiert. Dieser enthält die Buchungen auf 66er-Konten ohne Rückstellungen, Honorare, Transportkosten etc. Auch die Sekundärleistungen wie Fremduntersuchungen, Labor, Pathologie und Radiologie erscheinen nicht im BMES. Diese werden in einem separaten Berichtsteil behandelt.

Kurz gesagt ist der BMES also das, was man anfassen kann – Implantate, Verbrauchsmaterialien, Arzneimittel usw.

Erklärung BMES

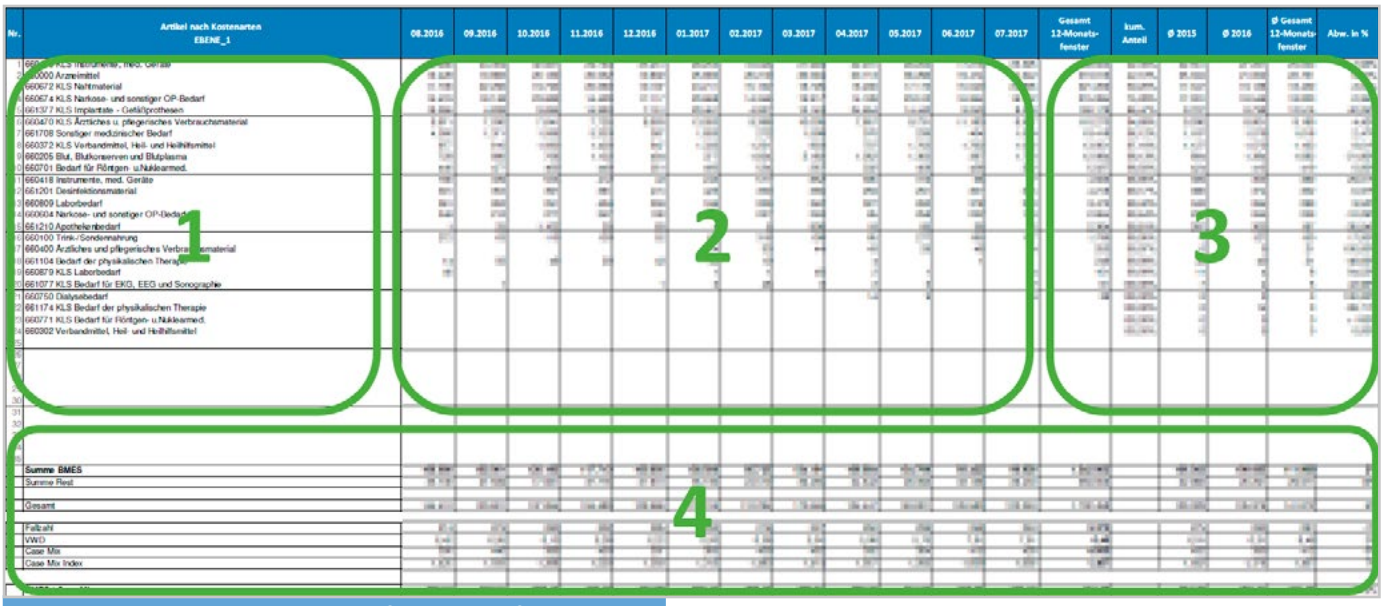

Abb. 2: Darstellung der Kostenarten, hier für eine bettenführende Klinik

- Auf der nächsten Berichtsstufe werden die unterschiedlichen Kostenarten dargestellt. Es hat sich bewährt, ein Zeitfenster über 12 Monate, Durchschnittswerte der letzten zwei Jahre und eine prozentuale Abweichung zu integrieren. Um einen Bezug zur Erlössituation herzustellen, werden die jeweilige Bezugsgröße (z.B. Case Mix) sowie die Steuerungsgröße „BMES / Case Mix" ausgewiesen (Abb. 2).

- Die nächste Stufe stellt Warengruppen dar (Abb. 3). Der Aufbau entspricht dem des Kostenartenberichts mit Zwölf-Monats-Fenster, Abweichungsanalyse etc. So finden sich die Adressaten rasch in der Darstellung zurecht.

Nr.	Warengruppe (Alle)	06.2016	07.2016
	Alle		
1	M_42 Fibrinolytika		
2	M_75 Sera, Immunglobuli.,Impfstoffe		
4	M_52 Infusionslösungen		
5	M_20 Antikoagulantia		
6	M_10 Antibiotika		
7	M_86 Zytostatika		
8	M_31 Corticoide (Interna)		
9	M_15 Antiepileptika		
10	M_98 Enterale Ernährung		
11	M_35 Diagnostika		
12	M_51 Immunmodulatoren		

Abb. 3: Darstellung Warengruppen (Arzneimittel)

- Als TOP-75-Liste werden einzelne Artikel aufgeführt. Die Angabe des Preises für den Einzelartikel – z.B. als gleitender Durchschnittspreis über die letzten 12 Monate – ermöglicht dem Berichtsempfänger, oftmals, medizinisch gleichwertige, aber ökonomischere Alternativen zu identifizieren.

- Nun werden für die wichtigen Sekundärleistungen TOP-Listen erstellt, deren Aufbau wieder dem der oberen Berichtsstufen entspricht. Relevant können hier z.B. radiologische Leistungen, Labor, Pathologie, Physiotherapie oder Blutprodukte sein. Auch für die Sekundärleistungen können Steuerungsgrößen definiert werden, z.B. Kosten je Case Mix.

2. Etablierung einer Gesprächsplattform

Zur regelmäßigen Erläuterung und insbesondere zur gemeinsamen Entwicklung von ökonomisch und medizinisch sinnvollen Maßnahmen finden regelmäßig Sachbedarfsgespräche statt. An diesen Gesprächen nehmen neben dem medizinischen und dem kaufmännischen Controlling Führungskräfte aus Einkauf und Apotheke teil. Auf Anwenderseite hat es sich bewährt, dass neben dem verantwortlichen Chefarzt und den Oberärzten auch Pflege und Funktionsabteilungen vertreten sind. Schließlich wird über den Einsatz von medizinischem Sachbedarf nicht nur strategisch auf Führungsebene, sondern insbesondere auch im Einzelfall auf den Stationen, im OP und in anderen patientennahen Bereichen entschieden.

Es kann sinnvoll sein, die Gespräche durch einen externen Berater moderieren zu lassen, auch weil die Vorbereitung der Gespräche – u.a. die Identifizierung von „big points", über die es sich zu diskutieren lohnt – sehr zeitaufwendig ist und sowohl medizinische als auch ökonomische Expertise verlangt.

Als Ergebnis der Gespräche werden Maßnahmen zur Verbesserung der Kosten-Erlös-Relation gemeinsam hergeleitet, protokolliert und nachgehalten.

Entscheidend für den Erfolg des Sachbedarfscontrollings ist, dass die Entscheider eng in die Maßnahmenentwicklung eingebunden werden und ihre Fachkompetenz anerkannt wird. Wenn es gelingt, die Kliniken für das Thema zu begeistern, so wird es schnell messbare Ergebnisse geben – denn der medizinische Bedarf ist kurzfristig beeinflussbar. Eine ganz wesentliche Motivationsquelle ist die Aussage: Sachkosten zu reduzieren ist weniger schmerzhaft als Personalkosten zu senken!

Dr. med. Peter Leonhardt
Abteilungsleiter MCO
Klinikum Leverkusen

Lesetipps zum Thema:

Andreas Weiß, Peter Leonhardt: Sachkosten-Controlling. Teamplayer sind gefragt. In: f&w 4/2017, S. 322 ff.

Dirk Webel (Hrsg.): Sachkosten im Krankenhaus – Medizinischer Sachbedarf. Ein Handbuch. Kohlhammer, 1. Auflage 2017.