



LSHC Sector Briefing:
Die Rolle des
Krankenhausmanagements
zwischen Pandemie und
Krankenhausreform

LSHC Sector Briefing: Die Rolle des Krankenhausmanagements zwischen Pandemie und Krankenhausreform

In den nächsten Jahren wird die wirtschaftliche Situation in Krankenhäusern unabhängig von der finalen Ausgestaltung der Krankenhausreform angespannt bleiben. Damit sich das Krankenhausmanagement darauf einstellen kann, müssen wirtschaftliche Schwachstellen gezielt angegangen werden. Dabei wird sich ein erfolgreiches Krankenhausmanagement im Schwerpunkt an folgenden Themen bemessen:

- Nachhaltige Sicherung der Liquidität
- Nutzen aller wirtschaftlichen Potenziale im Leistungs- und Kostenbereich
- Verbesserung der Pflegepersonalsituation im eigenen Krankenhaus

Aktuelle wirtschaftliche Herausforderungen in Krankenhäusern

Die angespannte wirtschaftliche Situation ist eine langjährige Entwicklung im deutschen Krankenhausmarkt. Die COVID-19-Pandemie hat strukturelle Probleme in der Finanzierung deutscher Krankenhäuser aufgedeckt und die wirtschaftliche Situation dramatisch verschärft. Von den Auswirkungen der Pandemie konnten sich die meisten Krankenhäuser bislang nicht erholen. Durch den nachhaltigen Rückgang der stationären Behandlungsfälle um 15 Prozent im Jahr 2022 im Vergleich zu 2019 gibt es enorme Erlöseinbußen für Krankenhäuser¹. Zusätzlich steigen die Kosten in Krankenhäusern massiv an. Zum einen können energie- und inflationsbedingte Sachkosten nicht kompensiert werden, zum anderen

gibt es einen deutlichen Anstieg der Tariflöhne bei [Ärztinnen und Ärzten sowie in der Pflege](#) in den letzten Jahren².

Verstärkt wird die Situation durch den anhaltenden Pflegenotstand. In fast allen Krankenhäusern gibt es Stations- und Bettensperrungen durch fehlende Pflegekräfte³. Für die Patientenversorgung müssen zusätzlich massive Kosten für Leiharbeit getragen werden, die nur teilweise über das Pflegebudget refinanziert sind. Auch im Bereich der Pflege gibt es Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen durch die Ausweitung der Pflegepersonalregelung (PPR 2.0), bei denen der Pflegeeinsatz auf Stationen berichtet werden muss. In bestimmten Bundesländern wurden darüber hinaus Entlastungstarifverträge eingeführt,

welche stations- und schichtgenaue Personal-Patienten-Ratios zur Bemessungsgrundlage machen⁴.

Aktuell fehlt es an vielen Kliniken an Übersicht über den tatsächlichen Pflegeeinsatz. Die Ausweitung der Rahmenbedingungen stellt viele Krankenhäuser vor erhebliche Probleme. Im Ergebnis zeigt sich die derzeitige angespannte wirtschaftliche Lage darin, dass im Jahr 2022 nur 20 Prozent der Krankenhäuser ein positives Jahresergebnis aufweisen und nur sechs Prozent der Häuser die aktuelle wirtschaftliche Lage als gut bezeichnen⁵.

Änderungen in der Krankenhausfinanzierung

Die anstehenden Änderungen in der Krankenhausfinanzierung sind eine Reaktion auf die aktuellen wirtschaftlichen Herausforderungen in der deutschen Krankenhauslandschaft. Mit dem Beschluss der Krankenhausreform wird mit der Vorhaltefinanzierung eine neue Erlösverteilung für Krankenhäuser etabliert. Zusätzlich gibt es eine Erweiterung des Erlösvolumens über Zuschläge in bestimmten Bereichen (Pädiatrie, Geburtshilfe, Notfallversorgung, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin), um hier der chronischen Unterfinanzierung entgegenzuwirken⁶.

Darüber hinaus hat die Veröffentlichung des neuen AOP-Katalogs von 2023⁷ gezeigt, dass ein erheblicher Teil der aktuellen stationären Behandlungen potenziell ambulant durchgeführt werden kann. In diesem Zuge wird die

Einführung von Hybrid-DRGs und damit eine Erweiterung des ambulanten Leistungsangebots für Krankenhäuser diskutiert. Auch wenn die Verhandlungen über die Ausgestaltung der Tagesbehandlungen in der ersten Runde gescheitert sind, ist davon auszugehen, dass es in absehbarer Zeit zu einer Lösung kommen wird⁸.

Auswirkungen der aktuellen Krankenhausreform

Das bisherige Finanzierungssystem setzt durch den reinen Mengenanreiz der Fallpauschalen Fehlanreize und erscheint spätestens seit der COVID-19-Pandemie mit einem bundesweiten Rückgang der Fallzahlen überholt⁹.

Die Krankenhausreform soll dem entgegenwirken und nach der Aussage des Bundesgesundheitsministers Prof. Dr. Lauterbach viele Krankenhäuser vor einer Insolvenz retten (siehe Abbildung 1)¹⁰. Am 10. Juli 2023 haben sich Bund und Länder auf ein Eckpunktepapier zur Krankenhausreform verständigt. Das Gesetz zur Krankenhausreform soll zum 1. Januar 2024 in Kraft treten. Nach einer Konvergenzphase ist eine erste Auszahlung der Vorhaltefinanzierung ab dem Jahr 2026 zu erwarten.

Abb. 1: Änderungen durch Eckpunktepapier zur Krankenhausreform



Auswirkungen auf das Leistungsspektrum der Kliniken

Das Eckpunktepapier sorgt aktuell für eine große Unsicherheit in den Häusern, da sich die Auswirkungen der Reform noch nicht final abschätzen lassen. Erst die Zuteilung der Leistungsgruppen durch die Länder ab 2024 wird Klarheit für die Krankenhäuser bringen. Für das Erbringen der Leistungsgruppen müssen die Krankenhäuser spezifische Qualitätskriterien erfüllen. Die Grundlage für die Einteilung ist das [NRW-Modell](#) mit 64 Leistungsgruppen inklusive weniger zusätzlicher Gruppen in bestimmten Fachbereichen¹¹.

Möglich ist, dass durch die Verteilung der Leistungsgruppen viele Häuser Änderungen im Leistungsspektrum vornehmen müssen und somit Erlöseinbußen in Kauf nehmen müssen. Eine Umverteilung der Ressourcen in den Bereichen Personal und Infrastruktur wird in dem Fall unumgänglich. In bestimmten Regionen werden Krankenhäuser möglicherweise kooperieren und Leistungsgruppen aufteilen, um weiter wirtschaftlich arbeiten zu können.

Änderungen in der wirtschaftlichen Steuerung

Unabhängig von der finalen Ausgestaltung der Reform wird es Anpassungen in der wirtschaftlichen Steuerung für Krankenhäuser geben. Die Möglichkeit der jährlichen Fallzahlensteigerung zur Kompensation steigender Kosten verliert an Bedeutung¹².

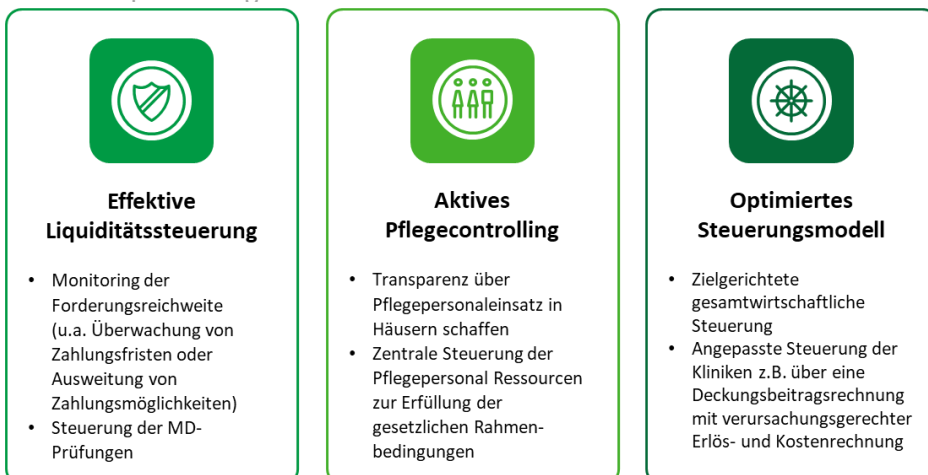
Eine Fallzahlensteigerung über das Vorjahresniveau hinaus bringt keinen zusätzlichen Gewinn, sondern deckt nur die durch den Fall entstehenden variablen Kosten. Damit sollen Krankenhäuser incentiviert werden, eine durch die Vorhaltepauschalen vorgegebene Fallmenge kosteneffizient zu behandeln. So fällt die Möglichkeit der Quersubventionierung [defizitärer Abteilungen innerhalb eines Krankenhauses](#) weg. Bisher konnten defizitäre Bereiche durch Fallmengensteigerungen in profitablen Bereichen innerhalb eines Hauses kompensiert werden. Mit der veränderten Finanzierung muss zukünftig jeder Bereich eigenständig profitabel gesteuert werden.

Damit steigt der Fokus auf die Verweildauersteuerung als zentraler Hebel zur Profitabilitätssteigerung. Nur mit einer optimierten Verweildauer in allen Fachbereichen werden Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten können. Zusätzlich rückt der Blick stärker auf das Controlling von Kosten. Sachkosten in medizinischen und nicht-medizinischen Bereichen müssen optimiert werden, um die wirtschaftliche Handlungsfähigkeit zu erhöhen.

Wie kann das Krankenhausmanagement resilienter werden?

In der aktuellen angespannten Lage muss das Krankenhausmanagement mit gezielter wirtschaftlicher Steuerung reagieren. Nur so kann das volle wirtschaftliche Potenzial ausgeschöpft werden. Bei den aktuellen Herausforderungen sollte sich das Krankenhausmanagement auf bestimmte Bereiche konzentrieren, um krisenfest aufgestellt zu sein (siehe Abbildung 2).

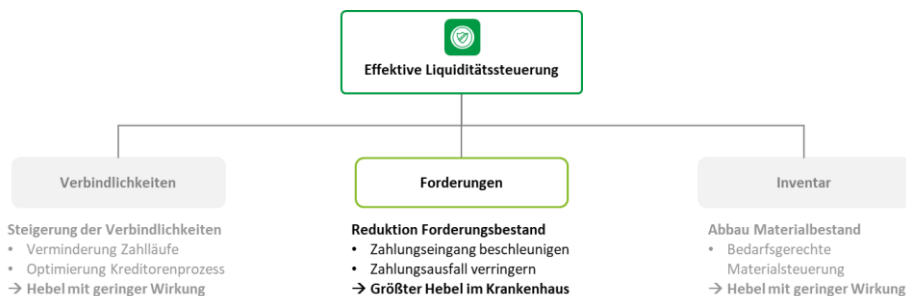
Abb. 2: Top 3 Beiträge aus Finanzfunktionen



1. Effektive Liquiditätssteuerung

Durch den Rückgang der stationären Behandlungszahlen und die Einführung des Pflegebudgets gibt es in Krankenhäusern in den letzten Jahren einen drastischen Rückgang an liquiden Mitteln. Dadurch sind Krankenhäuser vermehrt damit konfrontiert, Liquidität effektiv zu steuern (siehe Abbildung 3).

Abb. 3: Potenziale in der Liquiditätssteuerung



Das Forderungsmanagement ist als größter Hebel zur Liquiditätssicherung zu sehen. Im Wesentlichen umfasst dies zwei Bereiche (siehe Abbildung 4).

Abb. 4: Forderungsmanagement

Forderungsmanagement

Monitoring der Forderungsreichweite

- Zahlungsfristen systematisch überwachen (durch Einführung von KPIs)
- Etablierung eines standardisierten Vorgehens bei Überschreitung von Zahlungsfristen
- Reduktion des Ausfallrisikos durch Verbesserung des Rechnungsstellungsprozesses (z.B. Ausweitung der Zahlungsmöglichkeiten für Selbstzahler)
- Überprüfung von klinischen Prozessen (z.B. Optimierung der Arztbriefschreibung)

Steuerung der MD-Prüfquote

- Verbindliche interne Organisation von MD-Prüfungen
- Ausrichtung des Abrechnungsprozesses auf Ambulantisierungspotentiale
- Einführung von Benchmarks zu Positivquoten in Kliniken
- Standardisierte Gesprächsformate mit den Kliniken

Illustrativ

MD-Quote und Positivquote:

Quartal	MD-Quote (%)	Positivquote (%)
Q1	45%	~35%
Q2	45%	~35%
Q3	35%	~35%
Q4	35%	~35%

Auch Stimmen aus dem Krankenhausumfeld legen nahe, dass im Forderungsmanagement hohes wirtschaftliches Potenzial liegt.

„Der größte ungenutzte Hebel im Krankenhausmanagement ist das Forderungsmanagement!“ | Leitung Controlling im Krankenhaus der Maximalversorgung

2. Aktives Pflegecontrolling

Neben den akuten Herausforderungen der Liquiditätssicherung gibt es eine immer größer werdende Nachfrage bei der Steuerung der Pflegeressourcen. Durch den anhaltenden Pflegenotstand und die steigenden gesetzlichen Anforderungen an Pflegebesetzung auf Stationen besteht im Krankenhausmanagement vermehrt Handlungsbedarf. Allerdings fehlt es aktuell in vielen Häusern an Übersicht

über den tatsächlichen Pflegeeinsatz auf den Stationen. Dies führt zu Herausforderungen für Ärzteschaft und Pflege in Bezug auf den optimalen Personaleinsatz und die mögliche Bettenbelegung. Eine Lösung dafür ist die Etablierung eines Pflegecontrollings zur gemeinsamen Steuerung des Pflegeeinsatzes mit der Pflegedirektion, welches in drei Stufen eingeführt werden kann (siehe Abbildung 5).

Dementsprechend können gesetzliche Anforderungen (PPR 2.0 und PpUGV) und tarifbedingte Vorgaben an die Personalbesetzung auf Stationen zentral gelenkt werden. Ziel ist es, die mögliche Bettenbelegung bei limitierten Personalressourcen zu erhöhen.

3. Optimiertes Steuerungsmodell

Das langfristig größte Potenzial zur Profitabilitätssteigerung im Krankenhausmanagement bietet ein optimiertes Steuerungsmodell. Es ermöglicht dem Management eine Übersicht über die Wirtschaftlichkeit

des gesamten Krankenhauses sowie einzelner Kliniken. Die aktuelle wirtschaftliche Lage, die Veränderungen der Krankenhausfinanzierung und der steigende Druck zur Ambulantisierung machen eine Optimierung des Steuerungsmodells für Krankenhäuser unumgänglich.

Das Steuerungsmodell im Krankenhaus umfasst zwei Ebenen. Auf der gesamtwirtschaftlichen Ebene wird dem Top-Level Management eine Entscheidungsgrundlage für die Steuerung geliefert. Auf der Klinikebene wird die Profitabilität eines Fachbereichs ermittelt und den Klinikleitungen operative Steuerungsgrundlagen gezeigt. Dabei können über das Steuerungsmodell sowohl Leistungen als auch Kosten optimiert werden.

Abb. 5: Einführung Pflegecontrolling



- **Gesamtwirtschaftliche Steuerung**

Das Steuerungsmodell dient als Entscheidungsgrundlage für das Krankenhausmanagement in einem sich permanent veränderndem Krankenhausumfeld:

Wirtschaftlichkeit auf einen Blick – KPI Selektion

- **Auswahl von Kennzahlen** unter Berücksichtigung der veränderten Krankenhausfinanzierung
- **Anpassung** der Kennzahlen **an strategische Schwerpunkte** (u.a. Pflegeaufbau, Ambulantisierung oder Kostencontrolling)

Kompetenz über Krankenhausfinanzierung – Governance

- **Etablierung von Strukturen zur Handlungsfähigkeit** bei regulatorischen Veränderungen im Krankenhausumfeld
- Quantitative **Bewertung von wirtschaftliche Potentialen** und Risiken für das eigene Krankenhaus

- **Lokale Kliniksteuerung**

Über die dezentrale Steuerung kann das Potenzial einzelner Kliniken ausgeschöpft werden und die wirtschaftliche Verantwortung dezentral an die Fachbereichsleitungen verteilt werden. Für den Erfolg der lokalen Kliniksteuerung sind mehrere Faktoren ausschlaggebend:

Übersicht über Profitabilität – Deckungsbeitragsrechnung

- **Definition von** zurechenbaren **Erlös- und Kostenpositionen** zur Deckungsbeitragsrechnung
- **Bestimmung von relevanten Kennziffern** zur Ermittlung der Profitabilität der Klinik

Transparenz über Kosten und Erlöse – Erlösverteilung

- **Einführung einer** verursachungsgerechten **Erlösrechnung** für DRG- und Pflege-Erlöse
- **Optimierung der internen Leistungsverrechnung** für klinische Sekundärleistungen

Akzeptanz in Kliniken – Governance zur Kliniksteuerung

- **Klare Zuständigkeiten im Controlling** über eindeutige Ansprechpartner:innen für Kliniken
- **Etablierung von Reporting Standards** über einheitliche Dashboards und regelmäßige Gesprächsformate mit den Kliniken

Fazit: Die Fokussierung auf wenige aber wirksame Maßnahmen erhöht die Resilienz der Finanzfunktionen im Krankenhaus

Eine erfolgreiche Leitung der Finanzbereiche gelingt, indem die Ausrichtung der Bereiche auf die aktuellen Herausforderungen angepasst werden. Dabei sollten folgende Punkte berücksichtigt werden:

1. Identifikation der größten Potenziale in der aktuellen Finanzfunktion
2. Priorisierung der Maßnahmen
3. Umsetzung der Maßnahmen zur Zielerreichung

Basierend auf Deloitte Erfahrungswerten kann die Transformation hin zu einem modernen Krankenhausmanagement innerhalb von 12 Monaten erfolgreich umgesetzt werden.

„Ein Finanzcontrolling mit guter Qualität rechnet sich von selbst.“ | Kaufmännischer Leiter eines Städtischen Krankenhauses

Kurzfristig hilft ein optimiertes Steuerungsmodell durch Liquiditätssicherung bei der Insolvenz-Vermeidung und einer wirtschaftlich optimierten Steuerung in der Konvergenzphase der Krankenhausreform.

Mittelfristig wird eine Anpassung des Steuerungsmodells an die wirtschaftlichen Änderungen durch die Krankenhausreform erzielt. Hier schaffen die richtigen Kennzahlen eine nachhaltige Erhöhung der Effizienz, das Freisetzen von zusätzlichen Ressourcen und eine Leistungsausweitung.

Langfristig resultiert eine höhere Resilienz der Finanzfunktionen in einer des Krankenhauses gegenüber zukünftigen Krisenszenarien finanzieller, geo-politischer sowie gesundheitlicher Natur.

Fußnoten

¹ WIDO Wissenschaftliches Institut der AOK (2023): [Pressemitteilung vom 6. März 2023, Krankenhaus-Fallzahlen: Rückgang 2022 noch größer als in den ersten beiden Pandemie-Jahren](#), zuletzt abgerufen am 07.08.2023.

² DKG (2022): [DKG zur Veröffentlichung des Orientierungswertes durch das Statistische Bundesamt. Orientierungswert zeigt immense Kostensteigerungen](#), zuletzt abgerufen am 07.08.2023.

³ tagesschau (2022): [Verband beklagt Personalmangel. Pflegebranche warnt vor Notstand](#), zuletzt abgerufen am 07.08.2023.

⁴ Ärzteblatt (2022): [Entlastungstarifvertrag für Unikliniken steht](#), zuletzt abgerufen am 07.08.2023.

⁵ DKG (2022): [DKG zum DKI-Krankenhaus-Barometer 2022. Krankenhaus-Insolvenzwellen rollt an](#), zuletzt abgerufen am 07.08.2023.

⁶ Bundesgesundheitsministerium (2023): [Eckpunktpapier. Krankenhausreform](#), zuletzt abgerufen am 07.08.2023.

⁷ DKB (2023): [Ambulantes Operieren \(§ 115b SGB V\)](#), zuletzt abgerufen am 07.08.2023.

⁸ Ärzteblatt (2023): [Hybrid-DRG. Mit überschaubarem Katalog starten](#), zuletzt abgerufen am 07.08.2023.

⁹ DKG (2022): [DKG zu den Reformvorschlägen der Regierungskommission. Krankenhausreform braucht den](#)

[Konsens mit den Ländern und darf nicht auf struktureller Unterfinanzierung aufsetzen](#), zuletzt abgerufen am 07.08.2023.

¹⁰ Bundesgesundheitsministerium @BMG_Bund (2023): [Tweet des Bundesgesundheitsministeriums vom 5. Januar 2023](#), zuletzt abgerufen am 07.08.2023.

¹¹ Bundesgesundheitsministerium (2023): [Krankenhausreform](#), zuletzt abgerufen am 07.08.2023.

¹² Regierungskommission für moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023): [Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen](#), zuletzt abgerufen am 07.08.2023.

Ansprechpartner

Ibo Teuber

Partner und Sector Health Care

iteuber@deloitte.de

+4989290367839

Albrecht Altenhoener

Partner Finance & Performance I

Life Sciences & Health Care

aaltenhoener@deloitte.de

+49 211 8772 4974

Mitarbeit an der Studie

David Weiger

Senior Consultant Finance &

Performance | Health Care



Deloitte bezieht sich auf Deloitte Touche Tohmatsu Limited („DTTL“), ihr weltweites Netzwerk von Mitgliedsunternehmen und ihre verbundenen Unternehmen (zusammen die „Deloitte-Organisation“). DTTL (auch „Deloitte Global“ genannt) und jedes ihrer Mitgliedsunternehmen sowie ihre verbundenen Unternehmen sind rechtlich selbstständige und unabhängige Unternehmen, die sich gegenüber Dritten nicht gegenseitig verpflichten oder binden können. DTTL, jedes DTTL-Mitgliedsunternehmen und verbundene Unternehmen haften nur für ihre eigenen Handlungen und Unterlassungen und nicht für die der anderen. DTTL erbringt selbst keine Leistungen gegenüber Mandanten. Weitere Informationen finden Sie unter www.deloitte.com/de/UeberUns.

Deloitte ist ein weltweit führender Dienstleister in den Bereichen Audit und Assurance, Risk Advisory, Steuerberatung, Financial Advisory und Consulting und damit verbundenen Dienstleistungen; Rechtsberatung wird in Deutschland von Deloitte Legal erbracht. Unser weltweites Netzwerk von Mitgliedsgesellschaften und verbundenen Unternehmen in mehr als 150 Ländern (zusammen die „Deloitte-Organisation“) erbringt Leistungen für vier von fünf Fortune Global 500®-Unternehmen. Erfahren Sie mehr darüber, wie rund 330.000 Mitarbeiter von Deloitte das Leitbild „making an impact that matters“ täglich leben: www.deloitte.com/de/UeberUns

Diese Veröffentlichung enthält ausschließlich allgemeine Informationen. Weder die Deloitte GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft noch Deloitte Touche Tohmatsu Limited („DTTL“), ihr weltweites Netzwerk von Mitgliedsunternehmen noch deren verbundene Unternehmen (insgesamt die „Deloitte Organisation“) erbringen mit dieser Veröffentlichung eine professionelle Dienstleistung. Diese Veröffentlichung ist nicht geeignet, um geschäftliche oder finanzielle Entscheidungen zu treffen oder Handlungen vorzunehmen. Hierzu sollten sie sich von einem qualifizierten Berater in Bezug auf den Einzelfall beraten lassen.

Es werden keine (ausdrücklichen oder stillschweigenden) Aussagen, Garantien oder Zusicherungen hinsichtlich der Richtigkeit oder Vollständigkeit der Informationen in dieser Veröffentlichung gemacht, und weder DTTL noch ihre Mitgliedsunternehmen, verbundene Unternehmen, Mitarbeiter oder Bevollmächtigten haften oder sind verantwortlich für Verluste oder Schäden jeglicher Art, die direkt oder indirekt im Zusammenhang mit Personen entstehen, die sich auf diese Veröffentlichung verlassen. DTTL und jede ihrer Mitgliedsunternehmen sowie ihre verbundenen Unternehmen sind rechtlich selbstständige und unabhängige Unternehmen.