

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts in Business
am Masterstudiengang Rechnungswesen & Controlling
der FH CAMPUS 02

**Konzeption von möglichen Ansätzen zur Evaluierung von landesrechnungshofpflichtigen
Folgekostenberechnungen**

Betreuerin:
MMag. Birgit de Pauli-Ferch

vorgelegt von:
Stefanie Pieber, BA (1610532024)

Graz, 20. April 2018

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Graz, 20. April 2018

Stefanie Pieber, eh

Kurzfassung

Der Kostendruck, die Strukturveränderungen sowie zeitgleich die Ansprüche an Qualität der Leistung und Effizienz führen dazu, dass die Kostenkontrolle im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnt. Kostenkontrollen liefern Kosteninformationen zur Schaffung von Kostentransparenz, erweitern das Kostenbewusstsein und ermöglichen es, Kostensenkungspotenziale sowie Unwirtschaftlichkeiten aufzudecken. Auch die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes), als Kooperationspartner der vorliegenden Masterarbeit, hat den Auftrag erhalten, zukünftig Evaluierungen/Kostenkontrollen von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen durchzuführen. Daher besteht die Zielsetzung der Masterarbeit zum einen darin, mögliche Ansätze für Evaluierungen von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen zu konzipieren, um deren Qualität zu überprüfen, eine einheitliche Vorgehensweise sowie eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten und eine Lernfunktion daraus abzuleiten. Zum anderen wird ein repräsentativer Krankenanstaltenträger hinsichtlich der Vorgehensweise bei Kostenkontrollen und Folgekostenberechnungen vorgestellt, um Alternativen/Möglichkeiten kennenzulernen.

Um die Zielsetzung zu erreichen, werden Kostenkontrollansätze auf unterschiedlichsten Betrachtungsebenen der Kostenrechnung konzipiert. Dabei werden Empfehlungen hinsichtlich der Aufbereitung und Erhebung der Folgekosten festgehalten, um die Kostenkontrollmöglichkeiten der starren Plankostenrechnung anwenden zu können. Als zweite Ebene der Kostenkontrolle wird auf die einfach-flexible Plankostenrechnung zurückgegriffen, um die Gesamt- in Teilabweichungen zerlegen und Abweichungsverursacher identifizieren zu können. Die dritte konzipierte Ebene der Kostenkontrolle beinhaltet einen für die KAGes neuartigen Ansatz, der durch die Betrachtung der Kosten einer repräsentativen medizinischen Einzelleistung einen Kosten-Trend für eine Kostenstelle ableiten soll. Es wird das bestehende Excel-Folgekostenformularkonvolut für Evaluierungszwecke aufbereitet und eine Excel-Vorlage für die Anwendung der einfach-flexiblen Plankostenrechnung konzipiert. Des Weiteren wird ein Experteninterview mit Vertreterinnen eines Krankenanstaltenträgers eines österreichischen Bundeslandes geführt, um einen bundeslandübergreifenden Wissensaustausch zu generieren sowie neu- und andersartige Ansätze hinsichtlich Kostenkontrollen kennenzulernen. Die Literaturrecherche sowie eine qualitative empirische Erhebung stellen die Methoden dieser vorliegenden Masterarbeit dar.

Kostenkontrollansätze ermöglichen die Ableitung von Lern-, Kontroll-, Entscheidungs- sowie Verhaltenssteuerungsfunktionen, welche für zukünftige Herausforderungen sowie Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen von Nutzen sein können.

Abstract

The cost pressure, the structural changes and at the same time the demands on quality of performance and efficiency lead to the fact that the cost control in the health care system has become increasingly important. Cost controls provide cost information to create cost transparency and increase cost awareness. Additionally, they make it possible to discover cost-cutting potential and reveal inefficiencies. The Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes), as a cooperation partner of the present master's thesis, has been commissioned to carry out prospective evaluations/cost controls of follow-up cost calculations.

On the one hand, the aim of this master's thesis is to conceive possible approaches to evaluations/cost controls of follow-up cost calculations, in order to check their quality, to ensure a uniform procedure as well as comparability and to derive a learning function from it. On the other hand, a representative health care provider will be presented with regard to the procedure for cost controls as well as for follow-up cost calculations, in order to get to know alternatives/possibilities.

In order to achieve the aim, cost control approaches are conceived at various levels of cost accounting. Firstly, recommendations regarding the preparation and collection of the follow-up costs are recorded to be able to apply cost control options to the static budget costing. As a second level of cost control, flexible budget costing is used to break down the total into partial deviations and identify those which cause the deviation. The third designed level of cost control involves a new approach for the KAGes, which is designed to derive a cost trend for a selected cost center by considering the cost of a representative individual medical performance. As part of the master's thesis, the existing Excel follow-up cost file will be prepared for evaluation purposes. Additionally, an Excel template will be designed for the application of the easy-flexible budget costing. Furthermore, an interview will be conducted with representatives of a prestigious health care provider of an Austrian federal state in order to generate a cross-state knowledge exchange and to get to know new and different approaches regarding cost controls. The literature research as well as a qualitative empirical survey (guide-based expert interview) represent the methods of this master's thesis.

Cost control approaches are able to provide learning-, control-, decision-making-, and behavior-functions that can be useful for future challenges and decision-making in the health care system.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangssituation.....	2
1.1.1	Allgemeine Ausgangssituation.....	2
1.1.2	Spezifische Ausgangssituation.....	3
1.2	Zielsetzung und Problemstellung.....	3
1.3	Aufbau und Methodik.....	4
2	Planungsprämissen und Kontrollen bei der KAGes	7
2.1	Planungsprämissen – Wirtschaftsplan, Budget.....	8
2.2	Planungsprämissen – Folgekostenberechnung.....	10
2.3	Kostenkontrollen bei der KAGes.....	11
3	Systeme der Plankostenrechnung	12
3.1	Kontrolle der Kostenträger-Einzelkosten.....	14
3.1.1	Kontrolle der Materialeinzelkosten.....	15
3.1.2	Kontrolle der Personaleinzelkosten.....	16
3.2	Kostenauflösung.....	18
3.3	Kontrolle der Kosten einer Kostenstelle.....	21
3.3.1	Starre Plankostenrechnung.....	21
3.3.2	Einfach-flexible Plankostenrechnung auf Vollkostenbasis.....	23
3.3.3	Einfach-flexible Plankostenrechnung auf Teilkostenbasis.....	25
3.3.4	Mehrfach-flexible Plankostenrechnung.....	26
4	Kalkulation von medizinischen Einzelleistungen	28
4.1	System der Kalkulation.....	30
4.2	Kalkulation - Einzelkosten einer medizinischen Einzelleistung.....	33
4.2.1	Personalkosten/Personalkostenverrechnungssätze.....	34
4.2.2	Materialkosten.....	37
4.2.3	Gerätekosten.....	38
4.3	Kalkulation - Gemeinkosten einer medizinischen Einzelleistung.....	39

5	Kostenkontrolle – Ebene landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen	41
5.1	Anforderung einer Evaluierung	45
5.2	Starre Plankostenrechnung	46
6	Kostenkontrolle – Ebene einzelner Kostenstellen	52
6.1	Ansätze für eine effiziente Kostenkontrolle – Ebene einzelner Kostenstellen	52
6.1.1	Fixkostendegression	53
6.1.2	Leer- und Wechselzeiten einer Operations-Kostenstelle	54
6.2	Kostenkontrolle – Ebene Kostenstelle	56
7	Kostenkontrolle – Ebene der Kosten je medizinischer Einzelleistung	62
7.1	Ansätze für eine effiziente Kostenkontrolle – Ebene Kosten einer medizinischen Einzelleistung	63
7.1.1	Kosten eines Pflgetages	63
7.1.2	Patientenstromanalyse	66
7.2	Kostenkontrolle – Ebene medizinische Einzelleistung	67
8	Beschreibung der Vor- und Nachteile des konzipierten Systems und kritische Würdigung	73
8.1	Betrachtungsebenen der Kostenkontrolle – konzipiertes Einführungssystem	73
8.2	Betrachtungsebenen der Kostenkontrolle – System in der Endphase und Ausblick ...	78
9	Kostenkontrollen und landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen bei einem repräsentativen Krankenanstaltenträger eines österreichischen Bundeslandes	81
10	Resümee	87
	Literaturverzeichnis	91
	Anhang	95

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Evaluierungsansätze – Übersichtsdarstellung.....	5
Abbildung 2: Plankostenrechnungssysteme	13
Abbildung 3: Kostenkontrolle - Materialeinzelkosten.....	15
Abbildung 4: Kostenkontrolle - Personaleinzelkosten	17
Abbildung 5: Kostenauflösungsmethoden.....	19
Abbildung 6: Starre Plankostenrechnung	22
Abbildung 7: Einfach-flexible Plankostenrechnung (Vollkostenbasis).....	24
Abbildung 8: Einfach-flexible Plankostenrechnung (Teilkostenbasis).....	25
Abbildung 9: Mehrfach-flexible Plankostenrechnung (Vollkostenbasis)	27
Abbildung 10: Formel - Personalkostenverrechnungssatz/Berufsgruppe/Min.	36
Abbildung 11: Formel – Gemeinkostenzuschlagssatz bzw. -verrechnungssatz	39
Abbildung 12: Formel - PLAN-Kosten zur IST-Leistung	49
Abbildung 13: Kostenkontrolle - Ebene 1.....	49
Abbildung 14: Kostenkontrolle – Ebene 1 – Proportionalisierung der Fixkosten.....	50
Abbildung 15: Beispiel - Fixkostendegression	54
Abbildung 16: Leistungsdaten - Kostenstelle "OP Herz inkl. Anästhesie"	59
Abbildung 17: Ebene 2 der Kostenkontrolle - Kostenstelle "Herz OP inkl. Anästhesie"	60
Abbildung 18: Ebene 2 der Kostenkontrolle - Kostenartengruppe 2 "Med. Ge- und Verbrauchsgüter"	60
Abbildung 19: Jahresvergleich – Kosten der Pflagetage.....	65
Abbildung 20: Durchschnittliche Kosten eines Pflagetages	65
Abbildung 21: Durchschnittliche OP-Minuten - MEL DE091 (Jahr 2014 und 2016).....	68
Abbildung 22: Einzel- und Gemeinkosten der MEL DE091 (Jahr 2014 und 2016)	68
Abbildung 23: Materialeinzelkosten-Abweichungsanalyse.....	70
Abbildung 24: Personaleinzelkosten-Abweichungsanalyse	71
Abbildung 25: Ebene 3 der Kostenkontrolle - mögliche Vorgehensweise	77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: SOLL-Leistungsstunden - KAGes	35
Tabelle 2: Valorisierungsfaktoren 2012 - 2018 - KAGes	48
Tabelle 3: Tageskomponente - MEL DE091 (Jahr 2014 vs. 2016).....	64

Abkürzungsverzeichnis

Abw.	Abweichung
AK	Anschaffungskosten
Anäst.	Anästhesie
BT	Belagstag
CHIR, BE2	Chirurgiekomplex, Bauetappe 2
CT	Computertomographie
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
ERP	Enterprise-Ressource-Planning
FOKO	Folgekosten
GK	Gesamtkosten
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
IHS	Institut für höhere Studien
iHv.	in Höhe von
inkl.	inklusive
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
kalk.	kalkulatorisch
kfix	Fixkosten
korr.	korrigiert
KRV	Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung
KT	Krankenanstaltenträger
kvar	variable Kosten
kverr	verrechnete Kosten
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LKH-Univ. Klinikum	Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum
LRH	Landesrechnungshof
med.	medizinisch
MEDOCS	Krankenhausinformationssystem
MEL DE091	medizinische Einzelleistung DE091 „Implantation eines Herzschritt- machers, Zweikammersystem, MR-tauglich (Leistung = je Sitzung)“
MEL	medizinische Einzelleistung
Min.	Minute
MLV	Material- und Leistungsverzeichnis
MR	Magnetresonanz

MTD	medizinisch-technischer Dienst
nicht-med.	nicht-medizinisch
OE FC	Organisationseinheit Finanzen und Controlling
OE MPM	Organisationseinheit Medizin- und Pflege-Management
OE	Organisationseinheit
ÖNB	Österreichische Nationalbank
OP	Operation
PB	Preisbasis
PKR	Plankostenrechnung
PT	Pflegetag
REM	Remobilisation
repr.	repräsentativ
SAP BW	SAP Business Information Warehouse
SAP	Systeme, Anwendungen, Produkte in der Datenverarbeitung
SHD	Sanitätshilfsdienst
SNZ	Schnitt-Naht-Zeit
Stk.	Stück
StLHG	Steiermärkisches Landeshaushaltsgesetz
SUCO	strategisches Unternehmenscontrolling
U/B	Untersuchungs- /Behandlungszeit
val.	valorisiert
var.	variabel
verr.	verrechnet
VS	Verrechnungssatz
vs.	versus
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
ZSS	Zuschlagssatz

1 Einleitung

Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen, die Entwicklung des medizinischen/medizintechnischen Standards, die knappen Ressourcen, die Anforderungen der Patientinnen und Patienten sowie die Aufgaben der Landeskrankenhäuser, eine bestmögliche Versorgung sicherzustellen, diese und auch viele weitere Faktoren führen dazu, dass der Kostenkontrolle zunehmend größere Bedeutung beigemessen wird.¹ Das Ziel einer Kostenkontrolle ist die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit.² Aufgrund der Gemeinnützigkeit der KAGes und der Versorgungsaufträge der Landeskrankenanstalten in der Steiermark müssen auch andere Aspekte im Rahmen der Kostenkontrolle berücksichtigt werden.

Die Ursachen der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen liegen unter anderem an nachfolgenden Aspekten:³

- Steigerung der Lebenserwartung – „Alterung“ der Bevölkerung und demografische Entwicklung/Wandel
- kostenintensive, neuartige Behandlungsmethoden
- Fortschritt auf dem Gebiet der Medizin und Medizintechnik
- Erschließung neuer Aufgabenbereiche (z.B. Einführung von REM-Stationen)
- Einhaltung gesetzlich vorgegebener Rahmenbedingungen (z.B. Arbeitszeitgesetze)
- Unwirtschaftlichkeiten

Als Kostenkontrolle wird die Überwachung der Kostenhöhe in den einzelnen Leistungsbereichen (Kostenstellen, Kostenstellengruppen, Kostenträger etc.) im Hinblick auf Unwirtschaftlichkeiten bezeichnet. Kostenkontrollen erfordern grundsätzlich PLAN- sowie IST-Werte und deren Gegenüberstellung soll zusätzliche Informationsquellen für Unternehmen sowie auch Krankenanstalten schaffen. Diese Informationen können wiederum eine höhere Planungs- und Qualitätssicherheit gewährleisten sowie eine Lernfunktion mit sich bringen.⁴ Daher wurde seitens des Vorstandes der KAGes der Auftrag erteilt, Kostenkontrollen/Evaluierungen bei landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen in Zukunft durchzuführen.

¹ Vgl. THOMUSCH/DRALLE (1997), S. 3.

² Vgl. STAHL (2002), S. 49 ff.

³ Vgl. RIEDEL/RÖHRLING (2009), S. 95; ebenso HAUKE (1995), S. 21 f.; ebenso KOCHER (2011), S. 1467 ff.

⁴ Vgl. PENTZEK (1996), S. 132.

Das steirische Gesundheitswesen unterliegt einem ständigen Wandel. Vor allem Projekte im Gesundheitswesen sind von den Veränderungen betroffen. Aufgrund ihrer Einzigartigkeit, ihres ökonomischen Seltenheitsgrades sowie ihrer komplexen Strukturen erfordert eine Kostenkontrolle, welche im Rahmen der Arbeit analysiert wird, bei Projekten besondere Aufmerksamkeit. Die kosten- sowie erlösseitige Abbildung dieser dynamischen Veränderungen birgt häufig Schwierigkeiten. Denn im Gesundheitswesen finden Veränderungen oftmals rasch statt und können nicht oder schwer in der Planung berücksichtigt werden. Entstehen durch die Veränderungen im Gesundheitswesen kosten- und erlösseitige Abweichungen im Vergleich zur Planung, sind diese zu begründen. Eine Kostenkontrolle hilft dabei, Argumentationen für Abweichungen zu eruieren, um somit die steigenden/sinkenden Kosten plausibel erklären und Unwirtschaftlichkeiten aufdecken zu können. Das Ziel einer aussagekräftigen Kostenkontrolle/Evaluierung ist es, Abweichungsverursacher zu identifizieren.⁵

1.1 Ausgangssituation

Die vorliegende Masterarbeit wird in Kooperation mit der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., im Folgenden „KAGes“, verfasst. Die KAGes wurde 1985 gegründet und ist eine privatrechtlich organisierte Gesellschaft, die zu 100% im Eigentum des Landes Steiermark steht. Die Aufgabe der KAGes ist es, Landeskrankenanstalten zu errichten, zu betreiben und für die Führung dieser verantwortlich zu sein. Der Fokus der KAGes liegt nicht auf der Erwirtschaftung von Gewinn, sondern sie ist gemeinnützig und dient dem Allgemeinwohl.⁶ Die Zusammenarbeit für diese Masterarbeit erfolgt mit der Organisationseinheit Finanzen und Controlling, die dem KAGes-Management angehört.

1.1.1 Allgemeine Ausgangssituation

Die KAGes unterliegt dem Versorgungsauftrag des Landes Steiermark.⁷ Um diesen zu erfüllen, ist es erforderlich, ständig bauliche Verbesserungen, Ausweitungen sowie Modernisierungen an allen Standorten durchzuführen und/oder Neubauten zu errichten. Bei Investitionssummen, die zwei Promille der Landesausgabengrenze überschreiten, sind seitens der KAGes dem Landesrechnungshof Steiermark Folgekostenberechnungen zur Prüfung vorzulegen.⁸ Die Landesrechnungshofeinreichgrenze für das Jahr 2018 betrug ca. € 11,8 Mio.,

⁵ Vgl. TAUBERGER (2008), S. 65.

⁶ Vgl. KAGes (2015), Onlinequelle [24.10.2017].

⁷ Vgl. HAUKE (1995), S. 24.

⁸ S. Art 53 - 55, L-VG.

dieser Wert bezieht sich auf die Investitionskosten eines Projektes, laufende Folgekosten sind darin nicht enthalten.

1.1.2 Spezifische Ausgangssituation

Evaluierungen von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen werden bis dato von der KAGes nicht durchgeführt. Zukünftig besteht jedoch die Verpflichtung, Evaluierungen von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen durchzuführen, dieser Auftrag wurde der Organisationseinheit Finanzen und Controlling (gehört dem KAGes Management an) vom Vorstand der KAGes auferlegt. Ausschlaggebend für diesen Auftrag war die hohe Investitionssumme des Großprojektes „Chirurgiekomplex“ am LKH-Univ. Klinikum Graz. Nach dem ersten Jahr der Inbetriebnahme (Jahr 2021) des Chirurgiekomplexes muss seitens der Organisationseinheit Finanzen und Controlling dem Vorstand der KAGes eine Evaluierung vorgelegt werden. Unter einer Evaluierung wird die Überprüfung der Qualität der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen verstanden, welche anhand von Kostenkontrollen bzw. Abweichungsanalysen, d.h. Gegenüberstellung der prognostizierten PLAN-Kosten mit den tatsächlichen IST-Kosten des Jahres der Inbetriebnahme, erfolgen soll.

1.2 Zielsetzung und Problemstellung

Aus der Ausgangssituation abgeleitet, besteht die Zielsetzung der Arbeit darin, Ansätze bzw. Handlungsempfehlungen für Evaluierungen von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen zu konzipieren. Die Evaluierungsansätze sollen eine konstante und einheitliche Vorgehensweise sowie langfristig eine Vergleichbarkeit der Evaluierungen sicherstellen. Zudem wird das bestehende Excel-Folgekostenformularkonvolut für Evaluierungszwecke aufbereitet, um Abweichungsanalysen durchführen zu können.

Ein weiteres Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, wie andere Krankenanstaltenträger mit Evaluierungen von prüfungspflichtigen Folgekostenberechnungen umgehen, sowie auch zu analysieren, wie deren Vorgehensweise bei der Erhebung von Folgekosten ist. Es wurde ein repräsentativer Krankenanstaltenträger eines österreichischen Bundeslandes ausgewählt. Der bundeslandübergreifende Wissensaustausch sowie die Lernfunktion stehen im Vordergrund dieser Interviews. Möglicherweise schaffen Gespräche neue Ansätze, um die Erhebung sowie auch Evaluierung von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen bei der KAGes zu verbessern und deren Qualität zu erhöhen.

Der Fokus der Arbeit zielt auf die Beantwortung der zentralen Frage ab, wie Evaluierungsansätze für landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen konzipiert werden sollen, um Abweichungen plausibel argumentieren, Personal- und Zeitressourcen sparen zu können und Know-How für zukünftige Folgekostenberechnungen ableiten zu können.

Aus der formulierten Problemstellung lassen sich die folgenden Forschungsschwerpunkte ableiten:

- Einleitend werden ausgewählte Themen, bezogen auf die KAGes, erarbeitet. Die Inhalte dieses Kapitels werden die Planungsprämissen der KAGes, Kostenkontrollmöglichkeiten der Plankostenrechnung sowie Kalkulationen sein.
- In weiterer Folge werden im Rahmen der Arbeit die einzelnen Evaluierungsansätze sowie deren unterschiedliche Betrachtungsebenen für landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen konzipiert. Diese Erhebung baut primär auf Literaturrecherchen sowie Gesprächen mit Verantwortlichen der Folgekostenberechnung auf. Zusätzlich soll dabei das Excel-Folgekostenformularkonvolut für Evaluierungszwecke aufbereitet werden.
- Abschließend werden Interviews mit Vertreterinnen eines repräsentativen Krankenanstaltenträgers geführt, um zu erheben und zu analysieren, wie deren Vorgehensweise bei der Erhebung und Evaluierung von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen ist. Zudem wird im Rahmen dieser Interviews auch versucht, mögliche Einflussfaktoren auf Folgekostenberechnungen in anderen Bundesländern zu eruieren.

1.3 Aufbau und Methodik

Der erste Abschnitt der Arbeit beinhaltet ausgewählte Themen über die Planungsprämissen der KAGes, Kostenkontrollmöglichkeiten der Plankostenrechnung, Abweichungsanalysen sowie Kalkulationen. Schwerpunktmäßig wird dabei auf die Kostenkontrollmöglichkeiten der Plankostenrechnung und Kalkulationen (in Anlehnung an die Kostenträgerstückrechnung) eingegangen.

In den nächsten Kapiteln wird das Ergebnis des Praxisoutputs dargelegt. Es werden die Evaluierungsansätze für landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen mittels Literaturrecherche, Vorgaben der Organisationseinheit Finanzen und Controlling und Gespräche/Interviews mit Verantwortlichen der Folgekostenberechnung konzipiert und dargelegt. Hierbei werden mögliche Evaluierungsansätze auf drei unterschiedlichen Ebenen betrachtet und aufgezeigt. Nachfolgende Abbildung soll dies veranschaulichen:

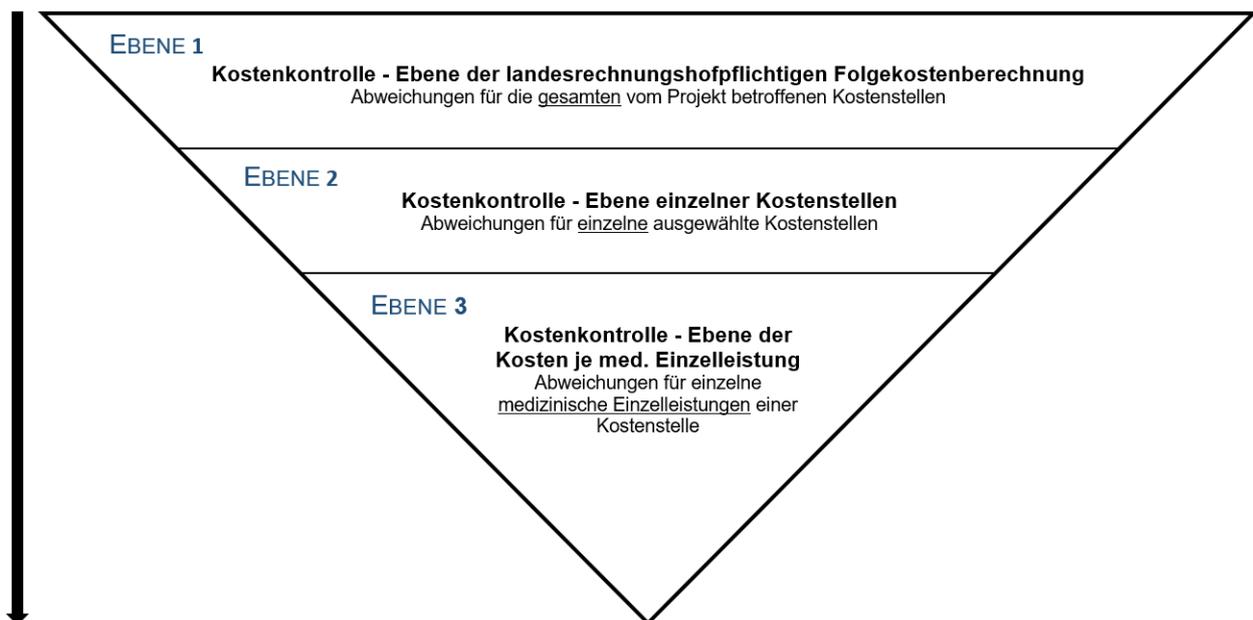


Abbildung 1: Evaluierungsansätze – Übersichtsdarstellung, Quelle: eigene Darstellung.

Darauf aufbauend wird das bestehende Excel-Formularkonvolut für Evaluierungszwecke, d.h. z.B. Abweichungsanalysen, aufbereitet. Schlussendlich werden die Erkenntnisse in mögliche Ansätze bzw. Handlungsempfehlungen für die KAGes fließen.

Da das Gesundheitswesen einem ständigen Wandel unterliegt und es unzählige Möglichkeiten der Darstellung und Berechnung sowie Evaluierung von prüfungspflichtigen Folgekostenberechnungen gibt, widmet sich der letzte Teil der Arbeit der Vorgehensweise eines repräsentativen Krankenanstaltenträgers. Im Rahmen der Masterarbeit wird ein repräsentativer Krankenanstaltenträger eines österreichischen Bundeslandes ausgewählt. Es werden Interviews geführt, um deren Verfahrensweise bei der Erhebung, Darstellung und Evaluierung von prüfungspflichtigen Folgekostenberechnungen kennenzulernen. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf Kostenkontrollen/Evaluierungen von Projekten bzw. auf allgemeine Ansätze von Kostenkontrollen beim repräsentativen Krankenanstaltenträger gelegt.

Die Literaturrecherche sowie die Anwendung einer qualitativen empirischen Methode (leitfadengestütztes Experteninterview) stellen die Methoden dieser Masterarbeit dar.

Im Rahmen der Arbeit wird der bestehende Folgekostenberechnungsprozess (Berechnung, Herleitung und Darstellung der SOLL-Kosten) nicht angepasst oder optimiert, es werden Empfehlungen dargelegt, die eine aussagekräftige Kostenkontrolle im Nachhinein ermöglichen. Zudem werden Ansätze konzipiert, die der KAGes als Handlungsempfehlungen überreicht werden und somit als Vorschlag für mögliche Kostenkontrollmaßnahmen angesehen werden sollen. Die im Zuge der Masterarbeit verwendeten und dargestellten Daten stammen von einer ausgewählten sowie repräsentativen Landeskrankenanstalt der KAGes. In der vorliegenden Masterarbeit wird die ausgewählte Landeskrankenanstalt als LKH XY bezeichnet. Des Weiteren werden in der Arbeit unter anderem die Kosten einer medizinischen Einzelleistung betrachtet. Die Kosten von medizinischen Einzelleistungen stellen einen Hauptkostenblock für Gesundheitsbetriebe dar. Der dazugehörige Kostenkontrollansatz der Ebene 3 ist daher insbesondere für Operationsbereiche anwendbar. Die Übertragung dieser Überlegungen auf reine Bettenstationen sowie die Kalkulation von Hauptdiagnosen würden den Rahmen der Arbeit sprengen. Im dritten Kapitel wird auf die Plankostenrechnung eingegangen, hierbei konzentriert sich die Arbeit auf die Kostenkontrollmöglichkeiten durch die PKR. Auf die Erhebung der PLAN-Kosten auf der Ebene der Kostenstellen wird im Rahmen der Arbeit nicht eingegangen, da dies bereits von der KAGes durchgeführt wird. Einzig bei der Kostenkontrolle auf der Ebene einzelner Kostenträger (= MEL) wird auf die Erhebung der Werte eingegangen. Die Datenbasis dieser Kalkulation resultiert aus Auswertungen (Quellen: SAP, SAP BW, MEDOCS), Befragungen sowie Gesprächen mit ärztlich-pflegerischem Personal und Verwaltungspersonal vom LKH XY, da die KAGes keine Kostenträgerstückrechnung im Einsatz hat. Die Arbeit konzentriert sich vorrangig auf die Primärkosten der KAGes. Auf die Sekundärkosten wird nicht eingegangen, da dies zu umfangreich wäre. Lediglich bei der Erhebung der Kosten einer medizinischen Einzelleistung werden die Sekundärkosten berücksichtigt, um die gesamten Kosten einer solchen Leistung abbilden zu können. Weiters beschränkt man sich in der Masterarbeit auf Daten, die im ERP-System der KAGes auswertbar sind und zur Verfügung stehen, dadurch soll die Anwendbarkeit der Evaluierungsansätze in der KAGes gewährleistet werden.

2 Planungsprämissen und Kontrollen bei der KAGes

Um Abweichungsanalysen/Evaluierungen/Kostenkontrollen durchführen zu können, ist es erforderlich, die Planungsprämissen der KAGes zu kennen. Zeitnahe Ergebniskontrollen von Teilschritten oder Endresultaten gehören grundsätzlich zu den Aufgaben des Controllings. Im Allgemeinen kann die Planung von Unternehmen zu Unternehmen unterschiedlich gestaltet sein. Auf der Grundlage der Plangrößen können im Rahmen des internen Budgets auch Zielvereinbarungen mit Entscheidungsträgern festgelegt werden.⁹ Somit sollte einer Planung immer eine Kontrolle folgen, da sich die Realität anders entwickeln kann als geplant, der Plan wenig realitätsnah aufgestellt wurde und/oder Menschen ein Handeln an den Tag legen, welches nicht vorhersehbar war. Der Zweck der Kontrolle liegt in nachfolgenden Auflistungen:¹⁰

- Kontrolle - wurde das Ziel erreicht?
- Lernfunktion
- Überwachung/Kontrolle des Handelns der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen

Des Weiteren schafft die Kostenkontrolle bei der KAGes Potenziale, um Kostenexplosionen im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Dabei kommt es auch parallel zu einer Überprüfung, ob die öffentlichen finanziellen Mittel des Landes Steiermark effizient eingesetzt werden.¹¹ Zudem ist die KAGes verpflichtet, die erforderlichen ärztlichen sowie pflegerischen Maßnahmen an Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung von ökonomischen Aspekten zu erbringen. Eine Kontrolle verhilft möglicherweise dabei, mögliche Unwirtschaftlichkeiten aufzudecken.

Bei der KAGes wird die Planung der Kosten/Erlöse auf zwei Arten durchgeführt. Zum einen erfolgt die Budgeterstellung mithilfe der internen Wirtschaftsplanrichtlinie (Betrachtungszeitraum - ein Jahr). Zum anderen wird für die landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen (Betrachtungszeitraum der Planung – abhängig vom Projekt) die Richtlinie „Spitalsplanungsprozess – Folgekosten bei technischen Investitionsprojekten“ herangezogen. In den nachfolgenden Unterkapiteln wird ein Überblick über die Planungsprämissen der KAGes im Bereich der Wirtschaftsplanerstellung sowie der Folgekostenberechnung gegeben.

⁹ Vgl. LACHMANN (2011), S. 81 ff.

¹⁰ Vgl. RIEG (2008), S. 14 f.

¹¹ S. § 2 (1) StLHG.

2.1 Planungsprämissen – Wirtschaftsplan, Budget

Im Rahmen der Wirtschaftsplanerstellung werden jährlich die Planungsprämissen der Kosten, Erlöse sowie der Leistungsdaten in einer internen Richtlinie der KAGes festgelegt. Von der Wirtschaftsplanerstellung sind folgende Bereiche in der KAGes betroffen:

- Landeskrankenhäuser
- Landespflegezentren
- Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie
- Textilservice

In der Richtlinie wird der finanzielle Rahmen für das Planjahr festgehalten. Die hausspezifische Jahresplanung erfolgt dezentral und wird anhand der „Bottom-up-Planung“ je repräsentativer Kostenstelle durchgeführt. Die Bottom-Up-Planung ermöglicht den unteren Hierarchieebenen die Entscheidung über die Planansätze für ihren spezifischen Bereich. Diese Form der Planung erweckt die Motivation und Identifikation bei den verantwortlichen Mitarbeitern. Zudem wird ein hoher Realitätsbezug sichergestellt. Werden die Gesamtunternehmensziele auf dieser Ebene nicht verfolgt, ist es die Aufgabe des Managements, auf diesen Mangel hinzuweisen.¹² Die Bottom-Up-Planung erfordert für jede Krankenanstalt eine Auseinandersetzung mit deren Kosten, Erlösen, Leistungen sowie Investitionen. Denn im Rahmen der Budgetkonferenzen werden einzelne Positionen genauer betrachtet und in manchen Fällen diskutiert. Wurden Wirtschaftspläne für die Bereiche erstellt, werden sie dem KAGes-Management sowie den KAGes-Services zur Vervollständigung und Zusammenführung übermittelt.

Die KAGes verpflichtet sich, den medizinischen Fortschritt entsprechend dem abgestuften Versorgungskonzept im stationären wie auch im ambulanten Bereich anzubieten. Daher ist der laufende medizinische/medizintechnische Fortschritt im Wirtschaftsplanentwurf innerhalb der maximal vorgegebenen Indexsteigerung abzudecken.

¹² Vgl. JOOS-SACHSE (2006), S. 45.

Die Planung der KAGes umfasst im Allgemeinen folgende Rahmenbedingungen:

- Die volkswirtschaftlichen Prognosen werden mithilfe der durchschnittlichen Inflationsrate abgebildet. Diese Rate wird aus den Durchschnitten der aktuellen Prognosewerte von WIFO, ÖNB und IHS jahresbezogen eruiert.
- Die Personalplanung erfolgt mittels einer einheitlichen Personalaufwandserhöhung. Diese Personalaufwandserhöhung besteht zum einen aus einer Gehaltsanpassung und zum anderen aus Beförderungen, Biennalsprüngen und Überstellungen. Als Richtwert für die letzten Jahre wurden 2% (1% Gehaltsanpassung, 1% Beförderungen, Biennalsprünge und Überstellungen) herangezogen.
- Die „Ärztliche Verantwortung“ (= medizinische Ge- und Verbrauchsgüter) wird auch mit einer einheitlichen Erhöhung geplant. In den letzten Jahren war eine Erhöhung von max. 1,5% zulässig. Bei Krankenanstalten mit einer onkologischen Versorgung kann ein höherer Prozentsatz zulässig sein, solange dies begründbar ist.
- Der restliche Sachaufwand wird mit einer einheitlichen Erhöhung angesetzt. Der Richtwert der Erhöhung lag in den letzten Jahren bei maximal 1 - 2%.

Generell wird davon ausgegangen, dass sich im Wesentlichen weder das „Sortiment“ noch die Menge der erbrachten Leistungen der KAGes verändert hat und die Leistungen der Landeskrankenhäuser in etwa ident im Vergleich zu den Vorjahren bleiben. Daher werden grundsätzlich die Vergangenheitswerte fortgeschrieben. Davon nicht betroffen ist der Bereich „Station“. Für den Stationsbereich wird die „Anzahl der Fälle“ je repräsentativer Kostenstelle geplant, diese können somit als Mengenkomponekte und als Kostenbestimmungsfaktor angesehen werden. Weitere Mengenkomponekten, z.B. für OP, Ambulanz, Labor etc., kommen bei der Planung nicht zum Einsatz, da dies mit einem zu hohen Aufwand für die KAGes verbunden ist. Für diese Kosten wird die Methode der Fortschreibung, wie zuvor erwähnt, angewendet.

Die Fortschreibung der Vergangenheitswerte gehört laut Literatur zu den einfachsten und am häufigsten verwendeten inputorientierten Budgetierungsverfahren, da das bisherige Budget um einen gewissen Prozentsatz erhöht/reduziert wird.¹³ In Anbetracht der Größe und Dimensionen (Anzahl der Leistungen, Universitätsklinik etc.) der KAGes sowie der komplexen Strukturen im Gesundheitswesen ist diese Vorgehensweise die einzig schaffbare Methode, Planungswerte nahezu realistisch abbilden zu können.

¹³ Vgl. RIEG (2008), S. 47 ff.

2.2 Planungsprämissen – Folgekostenberechnung

Das Ziel einer landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnung ist es, die Kosten, die für die Nutzungsphase des Investitionsprojekts anfallen, jeweils für den Zustand (= IST) vor der Investition und für den Zustand (= PLAN) im Jahr nach der Realisierung darzustellen. Als Zeitraum zwischen IST- und PLAN-Zustand werden häufig drei oder mehr Jahre gewählt, abhängig davon, wie viel Zeit für die Umsetzung des Projektes eingeplant wird. Das Jahr des IST-Zustandes wird Bezugsjahr genannt und das Jahr des PLAN-Zustandes wird als Routinejahr bezeichnet. Es wird das gegenständliche Projekt betrachtet. Eine Abgrenzung des Projekts erfolgt anhand der projektspezifischen Kostenstellen. Die Hochrechnung der Kosten erfolgt je Kostenart und für alle vom Projekt betroffenen Kostenstellen mithilfe von medizinischen und nicht-medizinischen Leistungsdaten sowie Raumparametern, welche speziell für ein Projekt erhoben werden. In dieser Phase wird grundsätzlich für jede Kostenart ein Kostenbestimmungsfaktor (= med. und nicht-med. Leistungsdaten) festgelegt. Wobei es zum größten Teil zu keiner Trennung der fixen und variablen Kosten kommt. Es erfolgt eine Zuordnung, welche Kostenarten als fix angesehen werden, diese werden fortgeschrieben, und welche Kostenarten als variabel gelten. Diese Zuordnung ist projektabhängig und variiert von Projekt zu Projekt.

Durch die Hochrechnung mittels der geplanten prozentuellen Veränderungen der medizinischen und nicht-medizinischen Leistungsdaten lassen sich die Kosten je Kostenart für die Summe aller Kostenstellen zum aktuellen Preisniveau eruieren. Die IST- sowie PLAN-Erlöse/Kosten beziehen sich auf dieselbe Preisbasis, Indexsteigerungen werden im Rahmen der Folgekostenberechnung nicht berücksichtigt. Die Darstellung der IST-Kosten/Erlöse, PLAN-Kosten/Erlöse sowie der daraus resultierenden Folgekosten/-erlöse eines Projektes erfolgt mithilfe eines bestehenden Excel-Folgekostenformularkonvoluts. Wirtschaftlichkeits- und Investitionsrechnungen, Kalkulationen und/oder Personalberechnungsmodelle kommen im Rahmen der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnung zum Einsatz.

Die Planung der Folgekosten eines Projektes unterscheidet sich somit von der Planung des Budgets, da es im Rahmen des Budgets zu einer Fortschreibung der Werte ohne Berücksichtigung der Leistungsdaten (Ausnahme: Station) kommt und der zu betrachtende Zeitraum ein Wirtschaftsjahr beträgt. Dazu erfolgt eine Hochrechnung für ein z.B. gesamtes LKH und nicht für einen abgegrenzten Bereich. Daher ist es erforderlich, unterschiedliche Ansätze auf unterschiedlichen Ebenen bei einer Evaluierung von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen zu betrachten.

2.3 Kostenkontrollen bei der KAGes

Im Rahmen des monatlichen strategischen Unternehmenscontrollings (SUCO) der KAGes werden monatliche PLAN-Werte aus dem Wirtschaftsplan mit den tatsächlichen IST-Werten des Monats jeder einzelnen Landeskrankenanstalt in Summe verglichen. Dabei erfolgt eine Gegenüberstellung der Werte. Auf eine Aufspaltung der Abweichung in Verbrauchs- und andere Abweichungen kann dabei üblicherweise verzichtet werden, weil die Mengen nach den Erfahrungen der Vergangenheit nur sehr geringen Schwankungen unterliegen. Auch die gesonderte Ermittlung der Preisabweichung erfolgt nicht, da die Daten aufgrund der Komplexität medizinischer Leistungen sowie des Gesundheitssystems nicht vorhanden sind und die Ressourcen für eine (vollständige) Erhebung nicht ausreichen.

Treten unerklärliche Abweichungen auf, sind diese von Seiten des Controllings im jeweiligen LKH in Form einer schriftlichen Stellungnahme zu erklären. Der SUCO-Monatsbericht dient zur Berichterstattung für den Vorstand der KAGes. Der OE FC Leiter hat die Aufgabe, mit dem Vorstand der KAGes diesen SUCO-Monatsbericht zu besprechen. Daraus können Maßnahmen für das jeweilige LKH abgeleitet werden.

3 Systeme der Plankostenrechnung

Eine Evaluierung der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen setzt eine Auseinandersetzung mit den Systemen der PKR voraus. Es wird in diesem Kapitel die Anwendbarkeit der einzelnen Systeme, bezogen auf die Eigenheiten der KAGes, überprüft.

Im Allgemeinen beschreibt die PKR ein System der Kostenplanung und Kostenkontrolle, um Kostensenkungspotenziale und Wirtschaftlichkeitsverbesserungen eruieren zu können.¹⁴ In diesem Kapitel wird auf die Kontrollmöglichkeiten durch eine PKR eingegangen, da die Erhebung von PLAN-Werten je Kostenstelle von der KAGes durchgeführt wird. Nur im Rahmen der Kostenkontrolle auf der Ebene einer MEL ist es erforderlich, die Erhebung der Werte darzulegen, da bei der KAGes keine Kostenträgerrechnung bzw. Kostenträgerstückrechnung im Einsatz ist.

Durch die PKR ist es möglich, PLAN- mit IST-Werten vergleichen zu können. Die Abweichungsanalyse kommt im Rahmen der Kostenkontrollen zum Einsatz und gehört grundsätzlich zum Steuerungsprozess eines Unternehmens. Abweichungsanalysen generieren Informationsquellen, welche zur Maßnahmengestaltung oder Maßnahmenanpassung der derzeitigen Vorgehensweise verwendet werden können.¹⁵

Üblicherweise werden bei der Kostenkontrolle Vergleiche zwischen bestimmten SOLL-Größen und den tatsächlich realisierten Größen angestellt. Als Ergebnis des Vergleiches erhält man eine Differenz, welche als Abweichung bezeichnet wird. Es gibt unterschiedlichste Abweichungsverursacher. Eine Gegenüberstellung von PLAN- und IST-Kosten ergibt eine Gesamtabweichung, welche im Rahmen der Plankostenrechnung/Abweichungsanalyse in Teilabweichungen zerlegt wird.¹⁶

¹⁴ Vgl. DEIMEL/HEUPEL/WILTINGER (2013), S. 91 f.

¹⁵ Vgl. EWERT/WAGENHOFER (2014), S. 310 ff.

¹⁶ Vgl. COENENBERG/FISCHER/GÜNTHER (2016), S. 265 f.

Nachfolgende Grafik stellt die unterschiedlichen Formen der Plankostenrechnung dar:

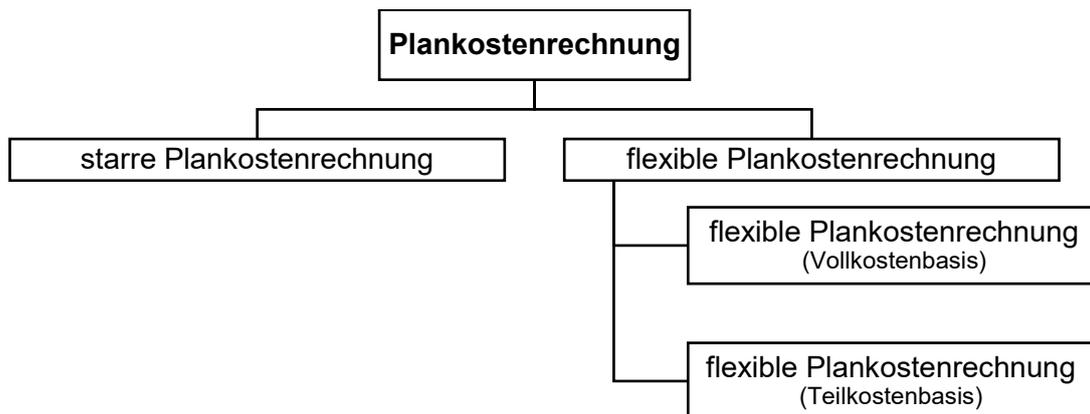


Abbildung 2: Plankostenrechnungssysteme, Quelle: in Anlehnung an HABERSTOCK (2008), S.10.

Die im Planungsprozess erhobenen PLAN-Kosten sind die für die zukünftigen Perioden geplanten Kosten. Sie werden grundsätzlich unter der Annahme der Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung und deren festen Preise berechnet.¹⁷ Wie im Kapitel 2 beschrieben, erfolgt bei der KAGes grundsätzlich eine Fortschreibung des Budgets (Ausnahme: Station). Daher kann diese Definition der PLAN-Kosten nicht gänzlich auf die KAGes angewandt werden.

Die PKR wird üblicherweise auf der Ebene der Kostenstellen durchgeführt, da man die Kosten am Ort ihrer Verursachung erfassen, analysieren und kontrollieren möchte. Da es auch ein Ziel dieser Arbeit ist, die Einzelkosten einer MEL zu erheben, wird auch auf die Kostenkontrollmöglichkeiten auf der Ebene der Einzelkosten eingegangen. Es wird in der Literatur empfohlen, Einzelkosten in die PKR aufzunehmen. Dabei ist eine Trennung zwischen Kostenträger-Einzelkosten und Kostenstellen-Einzelkosten vorzunehmen. Die Kostenträger-Einzelkosten können direkt dem Kostenträger zugerechnet werden. Die Kostenstellen-Einzelkosten hingegen können keinem Kostenträger zugerechnet werden, sondern nur jener Kostenstelle, in der sie verursacht worden sind.¹⁸

Nachfolgend wird auf die Systeme der Plankostenrechnungen eingegangen und analysiert, welche Systeme für die KAGes auf der Ebene der Projekte, Kostenstellen und/oder Kostenträger anwendbar sind. Dabei wird im Rahmen der Arbeit nur die Kostenkontrolle berücksichtigt, da PLAN-Werte bei der KAGes auf Kostenstellen-Ebene zur Verfügung stehen. Auf die Erhebung der Kosten wird im Zuge der Kalkulation einer MEL eingegangen, da die KAGes weder eine Kostenträgerrechnung im IST noch im PLAN führt.

¹⁷ Vgl. SEICHT (2001), S 401 f.

¹⁸ Vgl. DÄUMLER/GRABE (2014), S. 11 f.

3.1 Kontrolle der Kostenträger-Einzelkosten

Die Kostenträger-Einzelkosten sind Kosten, die einem Kostenträger (= z.B. die erbrachte Leistung an Patientinnen und Patienten) direkt zugerechnet werden können. Im Rahmen der Arbeit wird als Kostenträger eine medizinische Einzelleistung (= operative Leistung) herangezogen.¹⁹ In diesem Kapitel werden die Möglichkeiten der Kostenkontrolle auf der Ebene der Kostenträger aufgezeigt. Als zu betrachtende Einzelkosten fallen bei einer MEL nachfolgende Einzelkosten an:²⁰

- Personalkosten
- Materialkosten
- Gerätekosten

Im Kapitel 4 wird auf die Erhebung dieser Kosten eingegangen, da die KAGes keine Kostenträgerstückrechnung im Einsatz hat.

Die Kostenkontrolle auf der Ebene einer MEL hat die Aufgabe, Abweichungen zwischen IST-Personal-/Material-/Gerätekosten und PLAN-Personal-/Material-/Gerätekosten zu ermitteln und Ursachen für Abweichungen zu bestimmen. Diese Art der Kostenkontrolle ist unter anderem zu empfehlen, wenn die Kostenkontrolle auf der Ebene der Kostenstellen keine zufriedenstellenden Ergebnisse liefert. Im Rahmen der Arbeit soll mithilfe einer Einzelkostenabweichungsanalyse ein Kosten-Trend für die gesamte Kostenstelle dieser MEL abgeleitet werden, um mögliche Kostensteigerungen oder -senkungen erklären zu können. Dies soll anhand der Betrachtung der Einzelkosten über einen gewissen Zeitablauf erfolgen.

Als Evaluierungsansatz könnte seitens der KAGes auf diese Methode eingegangen werden, da durch eine Kalkulation einer MEL, mehrerer MEL oder auch Hauptdiagnosen andere Aspekte betrachtet werden könnten. Ein Aspekt wäre, dass Benchmarks erhoben werden können und sich die KAGes somit mit anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen vergleichen kann. Zum anderen wäre es ein Kontrollinstrument für die Erlöse einer MEL oder Hauptdiagnose, welche die KAGes für ihre Leistungserbringungen an Patientinnen und Patienten vom Gesundheitsfonds Steiermark erhält.

¹⁹ Vgl. KEUN/PROTT (2008), S. 216 f.

²⁰ Vgl. TOMUSCH/DRALLE (1997), S. 11 ff.

3.1.1 Kontrolle der Materialeinzelkosten

In diesem Kapitel werden die direkt zurechenbaren Materialkosten einer MEL betrachtet. Im ersten Schritt muss eruiert werden, aus welchen Bestandteilen die Kostenabweichung besteht. Dabei unterscheidet man zwischen einer Mengen- bzw. Verbrauchsabweichung und einer Preisabweichung. Bleibt eine Restabweichung bestehen, handelt es sich um die Abweichung 2. Grades. Die Abweichung 2. Grades hat im Vergleich zur Preis-/Mengen-/Verbrauchsabweichung zwei Kostenbestimmungsfaktoren.²¹ Nachfolgende Darstellung beschreibt, wie die einzelnen Abweichungen zu berechnen sind:²²

- Mengenabweichung = (IST-Menge – PLAN-Menge) x PLAN-Preis
- Preisabweichung = (IST-Preis – PLAN-Preis) x PLAN-Menge
- Abweichung 2. Grades = (IST-Preis – PLAN-Preis) x (IST-Menge – PLAN-Menge)

Die Summe aus den zu berechnenden Abweichungen ergibt die Gesamtabweichung. Nachfolgende Abbildung zeigt eine grafische Darstellung einer Kostenkontrolle auf der Ebene der Materialeinzelkosten:

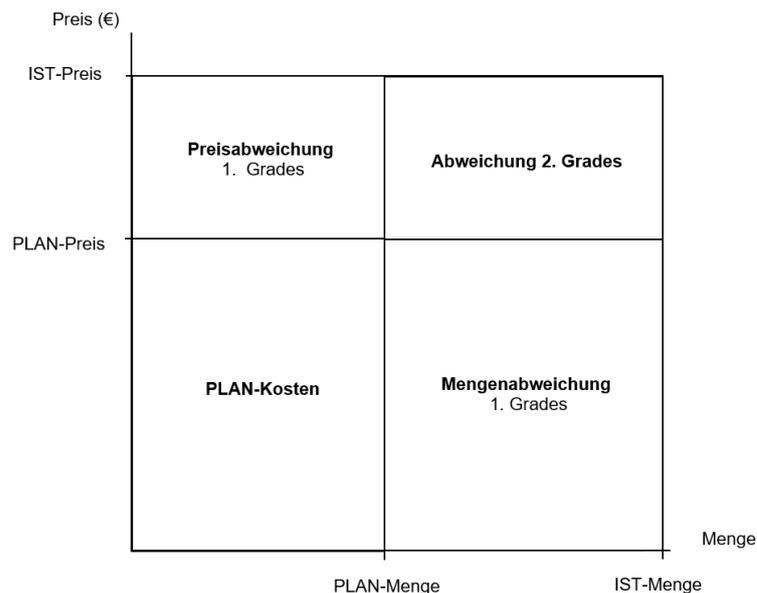


Abbildung 3: Kostenkontrolle - Materialeinzelkosten, Quelle: in Anlehnung an SCHERRER (1991), S. 420.

Das Ergebnis dieser Abweichungsanalyse auf der Ebene der Materialeinzelkosten einer MEL ermöglicht es, Abweichungsverursacher zu identifizieren. Mögliche Ursachen für Preis-/Mengenabweichungen und/oder Abweichungen 2. Grades könnten sein:²³

²¹ Vgl. DÄUMLER/GRABE (2014), S. 40 ff.

²² Vgl. SCHERRER (1991), S. 419 f.

²³ Vgl. SCHWEITZER/KÜPPER (2011), S. 407 ff.

- mehr Patienten/Patientinnen als geplant
- OP-Verlauf erfordert mehr, z.B. Material und/oder Zeit
- Materialien werden teurer/billiger (Preiserhöhungen bzw. -senkungen)
- Material könnte außerplanmäßige Eigenschaften aufweisen
- verbrauchsbedingte Ursachen (z.B. innerbetriebliche Unwirtschaftlichkeiten aufgrund mangelnder Sorgfalt/Kostenbewusstsein und Sparsamkeit)

Im Gesundheitswesen bestimmt zumeist die medizinische Erforderlichkeit den Einsatz von Materialien. Es wird vom zuständigen Arzt/der zuständigen Ärztin oder dem zuständigen Pflegepersonal bestimmt, welche Materialien, abhängig vom Patienten/der Patientin, passend sind und somit zum Einsatz kommen. Die ökonomische Sichtweise tritt dabei praktisch in den Hintergrund, da das Wohlergehen der Patienten/Patientinnen im Vordergrund steht.²⁴ Dennoch wird es durch die Kostenkontrolle, d.h. durch die Betrachtung der Materialeinzelkosten im Zeitablauf, langfristig möglich sein, Unwirtschaftlichkeiten steuern und möglicherweise Preise besser verhandeln zu können.

3.1.2 Kontrolle der Personaleinzelkosten

Die Personaleinzelkosten lassen sich einem Kostenträger, in diesem Fall einer MEL, direkt zuordnen. Die Kontrolle der Personaleinzelkosten kann auf der Ebene der MEL durchgeführt werden und zugleich auch auf der Ebene der einzelnen Kostenstellen.

Betrachtet man die Personaleinzelkosten auf der Ebene einer MEL (= Kostenträger), können wiederum Mengen-/Verbrauchsabweichungen (Minuten) sowie Lohnsatzabweichungen (Satz) betrachtet werden.²⁵ Die Berechnung dieser Abweichungen lautet, wie folgt:²⁶

- Mengenabweichung = $(\text{IST-Min.} - \text{PLAN-Min.}) \times \text{PLAN-Satz}$
- Lohnsatzabweichung = $(\text{IST-Satz} - \text{PLAN-Satz}) \times \text{PLAN-Min.}$
- Abweichung 2. Grades = $(\text{IST-Satz} - \text{PLAN-Satz}) \times (\text{IST-Min.} - \text{PLAN-Min.})$

²⁴ Vgl. KERN/WADLE/SCHROEDER/KATZENMEIER (2006), S. 807 ff.

²⁵ Vgl. SCHERRER (1991), S. 456.

²⁶ Vgl. SEICHT (2001), S. 470 ff.

Nachfolgende Abbildung soll die oben beschriebene Vorgehensweise grafisch aufzeigen:

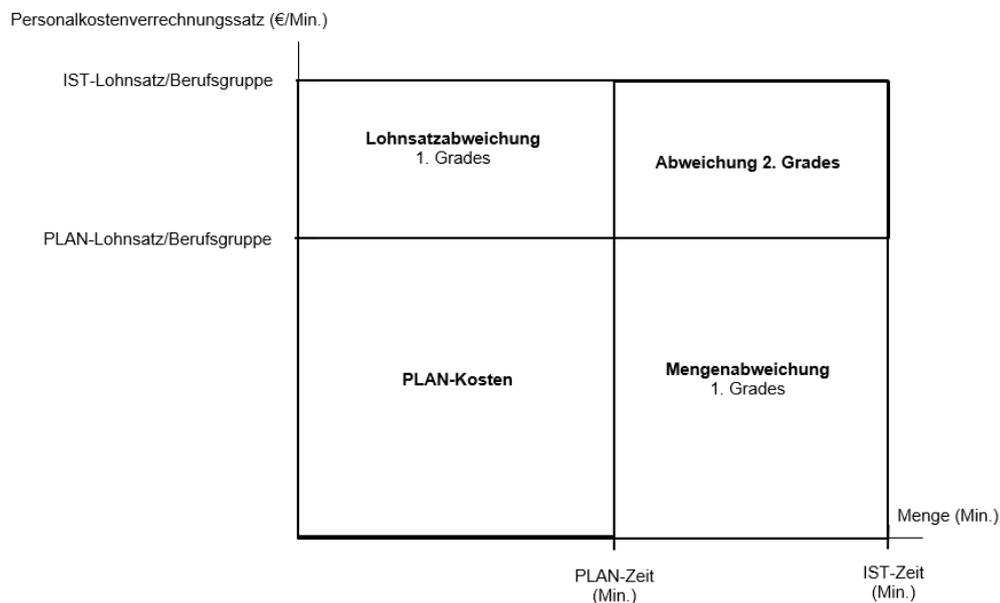


Abbildung 4: Kostenkontrolle - Personaleinzelkosten, Quelle: in Anlehnung an SEICHT (2001), S. 470.

Im Rahmen der Lohneinzelkosten-Abweichungsanalyse kann die Gesamtabweichung in eine Lohnsatz- und Mengenabweichung sowie eine Abweichung 2. Grades aufgesplittet werden. Um herauszufinden, warum eine z.B. höhere durchschnittliche OP-Zeit (= Mengenabweichung) eingetreten ist, wäre dem Kostenstellenverantwortlichen zu empfehlen, Aufzeichnungen über den OP-Verlauf zu betrachten und/oder Gespräche mit dem OP-Personal zu führen.

Häufig führt aber die Kostenkontrolle der Personaleinzelkosten zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis, da oftmals Lohnsätze feststehen und somit die Abweichungen aus Zeitüber- oder -unterschreitungen resultieren.²⁷ In vielen Fällen sind es Ursachen, s. nachfolgende Aufzählung, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht zu verantworten sind:²⁸

- Anpassung an die medizinischen Bedürfnisse des Patienten/der Patientin (z.B.: schwerkranke Patienten/Patientinnen benötigen eine längere Rüstzeit)
- Materialien entsprechen nicht dem geplanten Standard (z.B.: fehlerhafte Produkte)
- Überstunden
- Fehlerhafte Ermittlung der Vorgabezeit (z.B.: durch medizinische und/oder medizintechnische Fortschritte)

²⁷ Vgl. HANSEN/MOWEN (2007), S. 381.

²⁸ Vgl. SCHWEITZER/KÜPPER (2011), S. 410 f.

In der Literatur werden die Personaleinzelkosten häufig im Rahmen der Kostenstellen-Abweichungsanalysen betrachtet, da sich die Personaleinzelkosten sowie auch -gemeinkosten im selben Verhältnis, nämlich im Verhältnis der Leistungszeit/-stunden/-minuten (= Bezugsgröße) verhalten.²⁹ Da die KAGes aber den Planungsansatz „Fortschreibung der Kosten“ verfolgt, erfolgt keine Erhebung der Personalkostenverrechnungssätze im IST sowie im PLAN je Leistungszeiten/-stunden/-minuten. Daher wird im Rahmen der Masterarbeit empfohlen, bei unerklärlichen Abweichungen in Kostenstellen eine repräsentative MEL einer Kostenstelle heranzuziehen und deren PLAN-/IST-Personalkostenverrechnungssätze sowie deren PLAN-/IST-Zeitbedarf zu erheben und sie gegenüberzustellen.

Können keine PLAN-Werte erhoben werden, wie es in dieser Masterarbeit aufgrund der fehlenden Kostenträgerstückrechnung bei der KAGes der Fall ist, wird empfohlen, die Einzelkosten (Material-, Personal- und Gerätekosten) im Zeitablauf zu betrachten. Im Falle der Masterarbeit wurden die Einzelkosten einer ausgewählten MEL des Jahres 2014 den Einzelkosten des Jahres 2016 gegenübergestellt. Diese Form der Kostenbetrachtung lässt die Ableitung eines Kosten-Trends für die betroffene Kostenstelle gleichermaßen zu. Durch die Betrachtung von IST-Kosten im Zeitablauf entfallen die für die Planung zugrundeliegenden Annahmen sowie auch Prämissen. Dies führt zu einem klareren Ergebnis der Abweichungsanalyse, da man tatsächlich angefallene Kosten und deren Entwicklung betrachtet.³⁰ Die Vorgehensweise der Erhebung der Einzelkosten wird im Kapitel 4 näher erläutert.³¹

3.2 Kostenauflösung

Die Kostenauflösung dient der Aufspaltung der Kosten in einen variablen und in einen fixen Bestandteil. Dazu werden einzelne Kostenarten betrachtet und es wird eruiert, ob sie als fix oder variabel gelten. Bei manchen Kostenarten kommt es auch zu Mischformen (= semivariable Kosten). Hierbei handelt es sich um Kostenarten, welche sich aus variablen und fixen Bestandteilen zusammensetzen. Es wird empfohlen, die Kostenauflösung pro Kostenstelle durchzuführen.³² Doch aufgrund der enormen Menge an Kostenstellen bei der KAGes wird im Rahmen der Arbeit die Kostenauflösung differenziert nach Kostenarten für alle Kostenstellen der KAGes durchgeführt.

²⁹ Vgl. BARTH/BARTH (2008), S. 283.

³⁰ Vgl. SCHÄFFER (2001), S. 12 f.

³¹ Vgl. Kapitel 4, S. 28.

³² Vgl. JOOS-SACHSE (2006), S. 202.

Der Zweck einer Kostenauflösung ist die Teilkosten-/Grenzkostenrechnung und die Eliminierung der Fixkostenproportionalisierung im Zuge der Vollkostenrechnung. Im Rahmen der Teilkostenrechnung werden die variablen Kosten, d.h. die beschäftigungs- bzw. leistungsabhängigen Kosten, begutachtet und den einzelnen Endprodukten, MEL oder Patientinnen und Patienten zugerechnet. Damit wird die Problematik der Fixkostenproportionalisierung in der Vollkostenrechnung eliminiert. Auch im Rahmen der Abweichungsanalysen/Kostenkontrollen spielt die Teilkostenrechnung eine erhebliche Rolle. Denn nur wenn eine Kostenauflösung erfolgt, können flexible PKR-Systeme angewandt werden. Aus diesen Gründen werden in diesem Kapitel gängige Arten der Kostenauflösung dargelegt.³³

Es gibt unterschiedlichste Arten von Kostenauf Lösungsmethoden, nachfolgende Abbildung soll einen Überblick über die Methoden schaffen:

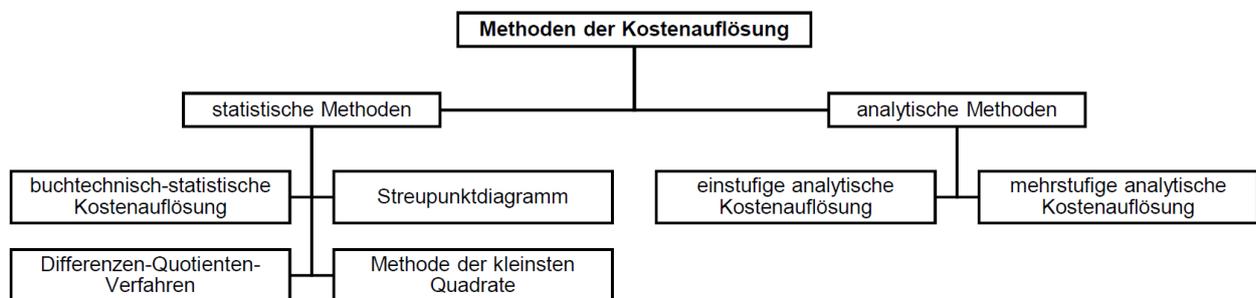


Abbildung 5: Kostenauf Lösungsmethoden, Quelle: in Anlehnung an DÄUMLER/GRABE (2014), S. 109.

Im Rahmen der buchtechnisch-statistischen Kostenauf Lösung werden Vergangenheitswerte als Hilfsmittel herangezogen, um zu analysieren, wie sich die einzelnen Kostenarten bei Beschäftigungsveränderungen verhalten haben. Als Bezugsgröße jeder Kostenstelle könnte die Anzahl der Patientinnen/Patienten herangezogen werden. Bei dieser Methode wird der Reagibilitätsgrad berechnet, dieser gibt an, wie die Kostenarten auf eine bestimmte Beschäftigungsänderung reagieren. Der Reagibilitätsgrad zeigt das Verhältnis zwischen der prozentualen Kostenänderung und Beschäftigung. Als Ergebnis wird berechnet, um wie viel Prozent sich die Kosten ändern, wenn sich die Beschäftigung um ein Prozent verändert.³⁴

Eine andere Form der Kostenauf Lösung ist die Anwendung eines Streupunktogramms. Hierbei wird das Verhalten einer Kostenart bei unterschiedlicher Beschäftigung betrachtet und die Ergebnisse werden in ein Koordinatensystem eingetragen. Durch die Kosten- und Beschäftigungspunkte wird eine Gerade gezeichnet, welche die Streuung berücksichtigen soll.

³³ Vgl. ERNST/SCHENK/SCHUSTER (2009), S. 117.

³⁴ Vgl. DÄUMLER/GRABE (2014), S. 110.

Eine ausreichende Streuung der Kostenpunkte ist die Voraussetzung dieser Methode. Es muss eine Bereinigung der Ausreißerwerte sowie Zufälligkeiten vorgenommen werden. Diese Methode kommt aufgrund ihrer umständlichen Handhabung für die KAGes nicht in Betracht.³⁵

Ein weiteres Verfahren ist das Differenzen-Quotienten-Verfahren, welches auch Hoch-Tiefpunkt-Verfahren oder High-Low-Points Method genannt wird. Es werden aus IST-Kosten und deren IST-Bezugsgrößen mehrerer Perioden zwei repräsentative Wertepaare (möglichst großer Abstand zwischen den Bezugsgrößen und es darf sich um keine Ausreißer handeln) ausgewählt und man bildet aus der Kosten- und Bezugsgrößendifferenz den Quotienten. Als Ergebnis erhält man die variablen Kosten pro Bezugsgröße. Um die Fixkosten ermitteln zu können, ist es erforderlich, von den Gesamtkosten die gesamten variablen Kosten abzuziehen.³⁶

Die Methode der kleinsten Quadrate ist eine weitere Möglichkeit der Kostenauflösung. Dieses Verfahren bezieht sich auf mehrere Wertepaare. Diese werden in einem Koordinatensystem in Form einer Punktwolke eingetragen und es wird eine Regressionsgerade darübergelegt. Das Ziel dieser Regressionsgeraden ist es, dass die Summe der Quadrate insgesamt am minimalsten ist. Diese Form der Kostenauflösung lässt sich mithilfe von Microsoft Excel sowie auch händisch durchführen.³⁷ Diese Methode stellt allerdings für die KAGes aufgrund des dafür benötigten Zeitaufwands kein geeignetes Kostenauf Lösungsverfahren dar.

Die oben angeführten Methoden fallen unter die statistischen Methoden. Nachfolgend werden die analytischen Methoden vorgestellt. Bei den analytischen Methoden werden von Experten und Expertinnen mittels Verbrauchsanalysen, Messungen, Schätzungen sowie Erfahrungen die Gemeinkosten geplant.

Die einstufige analytische Kostenplanung ermittelt für jede Kostenstelle eine passende Bezugsgröße und legt deren Planbeschäftigung fest. Im nächsten Schritt kommen für die Werte der einzelnen Kostenarten Verbrauchsanalysen, Messungen, Schätzungen und Erfahrungen zum Einsatz. Diese Werte werden danach zu den gesamten Plankosten dieser Kostenstelle zusammengefasst. Danach erfolgt eine Trennung in fixe und variable Bestandteile.

³⁵ Vgl. MUMM (2015), S. 283 f.

³⁶ Vgl. HABERSTOCK (2008), S. 225 f.

³⁷ Vgl. DÄUMLER/GRABE (2014), S. 118 ff.

Die mehrstufige analytische Kostenplanung erfolgt ähnlich wie die einstufige analytische Kostenplanung. Der Unterschied besteht darin, dass nicht nur ein Beschäftigungsgrad angenommen wird, sondern die Kosten für mehrere Beschäftigungsgrade erhoben werden. Daraus kann ein Kostenverlauf pro Kostenstelle und somit deren Variabilität eruiert werden.³⁸

Im Rahmen der Arbeit kommt die einfach analytische Kostenauflösmethode zum Einsatz. Hierbei werden die Kostenarten der KAGes gemeinsam mit der für die Folgekostenberechnung zuständigen Verantwortlichen mithilfe von Erfahrungswerten sowie Schätzungen in fixe und variable Bestandteile (in %) zerlegt. Im Anhang wird das Ergebnis der Kostenauflösung dargestellt.³⁹ Die im Zuge der Masterarbeit klassifizierten Kostenarten sind projektabhängig und folglich nicht als verbindlich anzusehen.

3.3 Kontrolle der Kosten einer Kostenstelle

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die starre, einfach-flexible und mehrfach-flexible Plankostenrechnung dargelegt, um Evaluierungsansätze für landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen erheben zu können.

3.3.1 Starre Plankostenrechnung

Die starre Plankostenrechnung erhebt für jede Kostenstelle die nach Kostenarten differenzierten PLAN-Kosten für einen einzigen Beschäftigungsgrad, nämlich die Planbeschäftigung. Die starre PKR nimmt keine Trennung der Kosten in fixe und variable Kosten vor, d.h., es handelt sich bei diesem System um eine PKR auf Vollkostenbasis.⁴⁰

Die starre PKR ermöglicht die Berechnung von zwei Abweichungen. Die erste Abweichung erhält man durch die Gegenüberstellung der PLAN-Kosten der PLAN-Beschäftigung mit den IST-Kosten der IST-Beschäftigung, diese Abweichung wird als Gesamtabweichung bezeichnet. Weiters können die IST-Kosten den verrechneten PLAN-Kosten gegenübergestellt werden, diese Abweichung wird in der Literatur häufig Mengen- oder Budgetabweichung oder aber Restabweichung genannt. Die verrechneten PLAN-Kosten sind im Allgemeinen PLAN-Kosten, bezogen auf die IST-Beschäftigung (= verrechnete PLAN-Kosten zur IST-

³⁸ Vgl. DÄUMLER/GRABE (2014), S. 124 ff.

³⁹ Vgl. Anhang A, S.95 ff.

⁴⁰ Vgl. HABERSTOCK (2008), S. 10.

Beschäftigung).⁴¹ Werden verrechnete PLAN-Kosten errechnet und den IST-Kosten gegenübergestellt, führt dies dazu, dass die Fixkosten wie variable Kosten dargestellt werden, daraus könnten Fehlinterpretationen resultieren. Denn Fixkosten sind grundsätzlich unabhängig vom Beschäftigungs-/Leistungsgrad, d.h., sie verändern sich nicht im gleichen Ausmaß wie die Beschäftigung/Leistung.⁴² Nachfolgende Abbildung zeigt die grafische Darstellung der starren PKR:

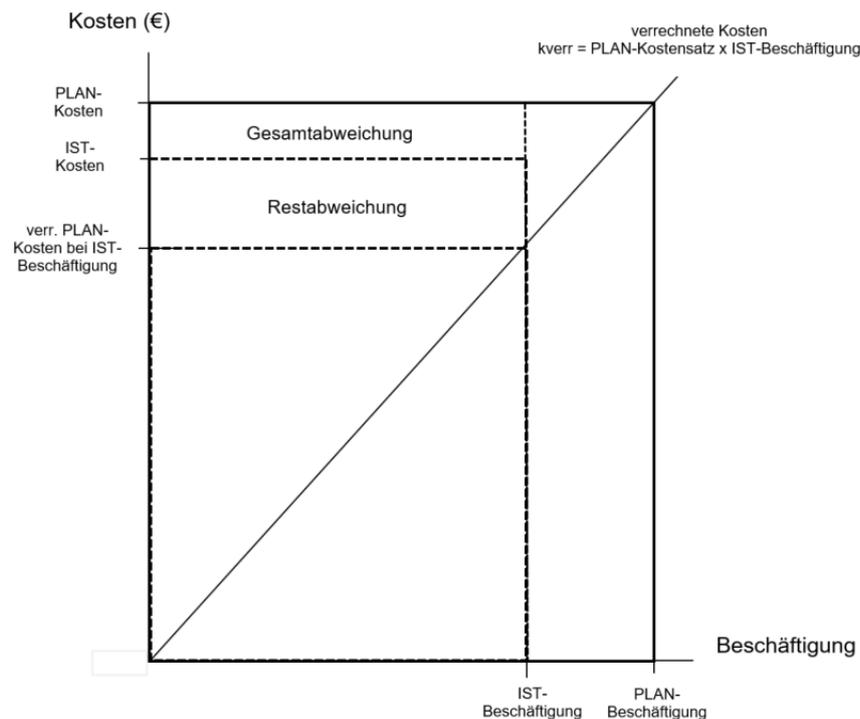


Abbildung 6: Starre Plankostenrechnung, Quelle: in Anlehnung an DÄUMLER/GRABE (2014), S. 58 ff.

Die Grafik zeigt das Problem der starren PKR. Es ist nicht möglich, die Ursachen für die Gesamtabweichung erheben zu können. Denn die Gesamtabweichung kann beispielhaft aus einer Preis-, Verbrauchserhöhung und/oder aus nicht abbaubaren Fixkosten resultieren. Denn bei der starren PKR erfolgt eine willkürliche Proportionalisierung der Fixkosten.⁴³

Die starre PKR ist vertretbar, wenn es weder eine Differenz zwischen der PLAN- und IST-Beschäftigung/-Leistung noch beschäftigungs-/leistungsabhängige Kosten in der zu betrachtenden Kostenstelle gibt (z.B. Verwaltungskostenstellen) oder es an einem Mengengerüst oder einer Bezugsgröße fehlt (z.B. Repräsentationskosten des Vorstandes).⁴⁴

⁴¹ Vgl. OSSADNIK (2008), S. 235 ff.

⁴² Vgl. HABERSTOCK (2008), S. 12.

⁴³ Vgl. DÄUMLER/GRABE (2014), S. 56 ff.

⁴⁴ Vgl. SEICHT (2001), S. 414.

Da die KAGes die Planwerte mithilfe von Fortschreibungen des Budgets erhebt (Ausnahme: Stationen) und davon ausgegangen wird, dass die Leistungsmengen der LKH größtenteils ident bleiben, könnte das System der starren Plankostenrechnung eine Möglichkeit der Kostenkontrolle pro Kostenstelle darstellen. Auch im Rahmen der Evaluierung von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen könnte diese Form der Kostenkontrolle zum Einsatz kommen. Im Kapitel 5 - Ebene 1 der Kostenkontrolle - wird auf diese Vorgehensweisen eingegangen.⁴⁵ Um jedoch eine detailliertere Betrachtung der PLAN- sowie IST-Kosten durchführen zu können, ist die Anwendung der flexiblen Plankostenrechnung erforderlich.

3.3.2 Einfach-flexible Plankostenrechnung auf Vollkostenbasis

Im Rahmen der flexiblen PKR erfolgt eine Aufteilung der Kostenstellen-Kosten in fixe und variable Kosten. Dies erfolgt mittels der Kostenauflösmethoden, welche im Kapitel 3.2 beschrieben werden.⁴⁶ Diese Vorgehensweise eliminiert die Proportionalisierung der Fixkosten. Denn durch die Berechnung der SOLL-Kosten kann bei einer geringeren IST-Beschäftigung als PLAN-Beschäftigung berücksichtigt werden, dass nur die variablen Kosten vermindert werden und die Fixkosten bestehen bleiben. Wird eine höhere IST-Beschäftigung als PLAN-Beschäftigung in der Kostenstelle festgestellt, steigen durch die Berechnung der SOLL-Kosten nur die variablen Kosten an und die Fixkosten bleiben konstant. Durch die Berechnung der SOLL-Kosten wird eine Proportionalisierung der Fixkosten vermieden.⁴⁷ SOLL-Kosten sind somit die tatsächlichen PLAN-Kosten bei einer IST-Beschäftigung/Leistung unter Berücksichtigung der Fixkosten. Als Funktion kann dies folgendermaßen dargestellt werden:⁴⁸

$(\text{PLAN-Fixkosten} + (\text{variabler Plankostenverrechnungssatz} \times \text{IST-Beschäftigung})) = \text{SOLL-Kosten}$

Diese Art der Kostenkontrollrechnung ermöglicht, wie zuvor erwähnt, eine korrekte Berücksichtigung der Fixkosten. Dies stellt auch den Unterschied zwischen der starren und der einfach-flexiblen PKR dar. Denn es entsteht durch die Gegenüberstellung der SOLL-Kosten der IST-Beschäftigung mit den verrechneten PLAN-Kosten eine Abweichung, welche Beschäftigungsabweichung bezeichnet wird.⁴⁹ Im Rahmen der Arbeit erfolgt keine Differenzierung zwischen den Begriffen „Beschäftigung“ und „Leistung“, diese werden gleichgesetzt. Nachfolgende Abbildung zeigt die grafische Darstellung der einfach-flexiblen PKR:

⁴⁵ Vgl. Kapitel 5, S.41.

⁴⁶ Vgl. Kapitel 3.2, S. 18.

⁴⁷ Vgl. COENENBERG (2016), S. 258 ff.

⁴⁸ Vgl. DÄUMLER/GRABE (2014), S. 63.

⁴⁹ Vgl. KILGER/PAMPEL/VIKAS (2012), S. 66 ff.

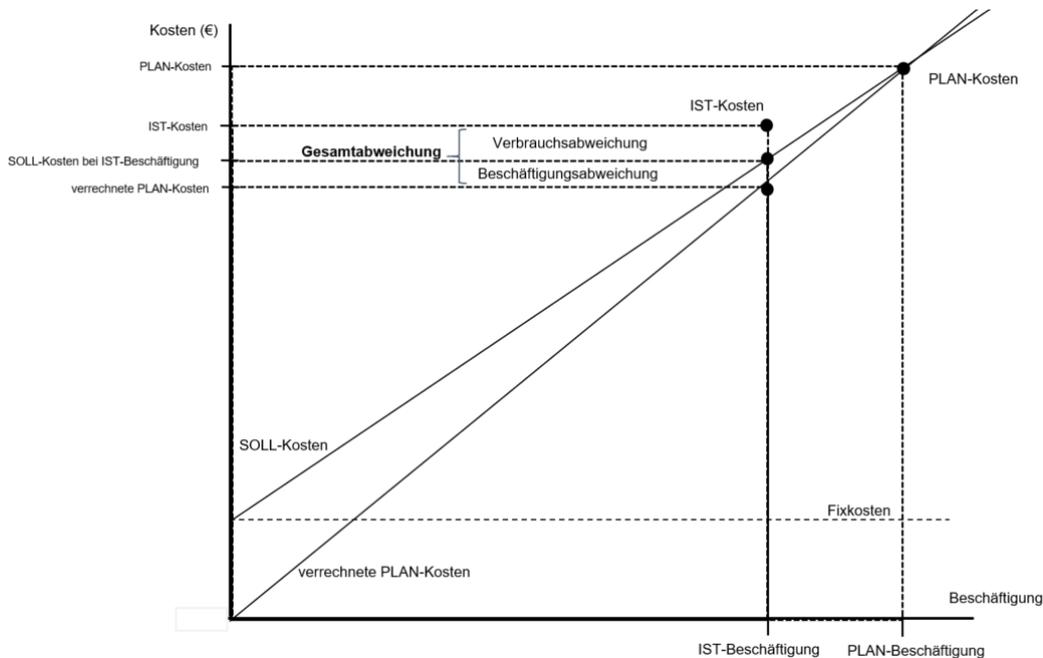


Abbildung 7: Einfach-flexible Plankostenrechnung (Vollkostenbasis), Quelle: DÄUMLER/GRABE (2014), S. 62 (leicht modifiziert).

Die Berechnung der Beschäftigungs- sowie Verbrauchsabweichung lautet wie folgt:⁵⁰

- Verbrauchsabweichung = IST-Kosten – SOLL-Kosten
- Beschäftigungsabweichung = SOLL-Kosten – verrechnete PLAN-Kosten
- Gesamtabweichung = IST-Kosten – verrechnete PLAN-Kosten

Mithilfe der einfach-flexiblen PKR ist es möglich, die Gesamtabweichung in eine Beschäftigungs- und Verbrauchsabweichung zu splitten. Die Beschäftigungsabweichung zeigt die Proportionalisierung der Fixkosten auf. Somit kann diese Abweichung einem Kostenstellenverantwortlichen nicht angelastet werden, da diese Abweichung aufgrund der Fixkosten in der Kostenstelle entstanden ist.⁵¹ Die Verbrauchsabweichung hingegen könnte dem Kostenstellenverantwortlichen angelastet werden. Denn die Verbrauchsabweichung wird auch Kostenstellenabweichung genannt, welche einen Hinweis auf unwirtschaftliches Handeln in der Kostenstelle geben könnte.⁵² Zudem kann angeführt werden, dass die Verbrauchsabweichung vom Kostenstellenverantwortlichen steuer- bzw. beeinflussbar ist.⁵³

⁵⁰ Vgl. DÄUMLER/GRABE (2014), S. 61 ff.

⁵¹ Vgl. COENENBERG/FISCHER/GÜNTHER (2016), S. 259 ff.

⁵² Vgl. KOCH (2013), S. 488 ff.

⁵³ Vgl. DEIMEL/HEUPEL/WILTINGER (2013), S. 99.

Um die Kosten in variable und fixe Bestandteile aufteilen zu können, ist eine Kostenauflösung⁵⁴ erforderlich. Für den praktischen Teil der Arbeit werden die Kosten einer OP-Kostenstelle in fixe und variable Bestandteile zerlegt, um die Kontrollmöglichkeiten der einfach-flexiblen PKR anzuwenden.⁵⁵

3.3.3 Einfach-flexible Plankostenrechnung auf Teilkostenbasis

Die einfach-flexible Plankostenrechnung auf Basis der Teilkosten weist keine Beschäftigungsabweichung aus, da diese sowohl in der Kostenstellen- als auch in der Kostenträgerrechnung die Kosten in variable und fixe Kosten trennt. Aus diesem Grund werden in der einfach-flexiblen PKR auf Teilkostenbasis die variablen SOLL-Kosten den variablen verrechneten PLAN-Kosten gleichgesetzt. Daher gibt es in dieser Form der Abweichungsanalyse keine Beschäftigungsabweichung. Es wird die Verbrauchsabweichung eruiert, welche sich aus der Differenz zwischen den variablen IST-Kosten sowie den variablen SOLL-Kosten ergibt.⁵⁶ Nachfolgende Abbildung zeigt grafisch die einfach-flexible PKR zu Teilkosten auf:

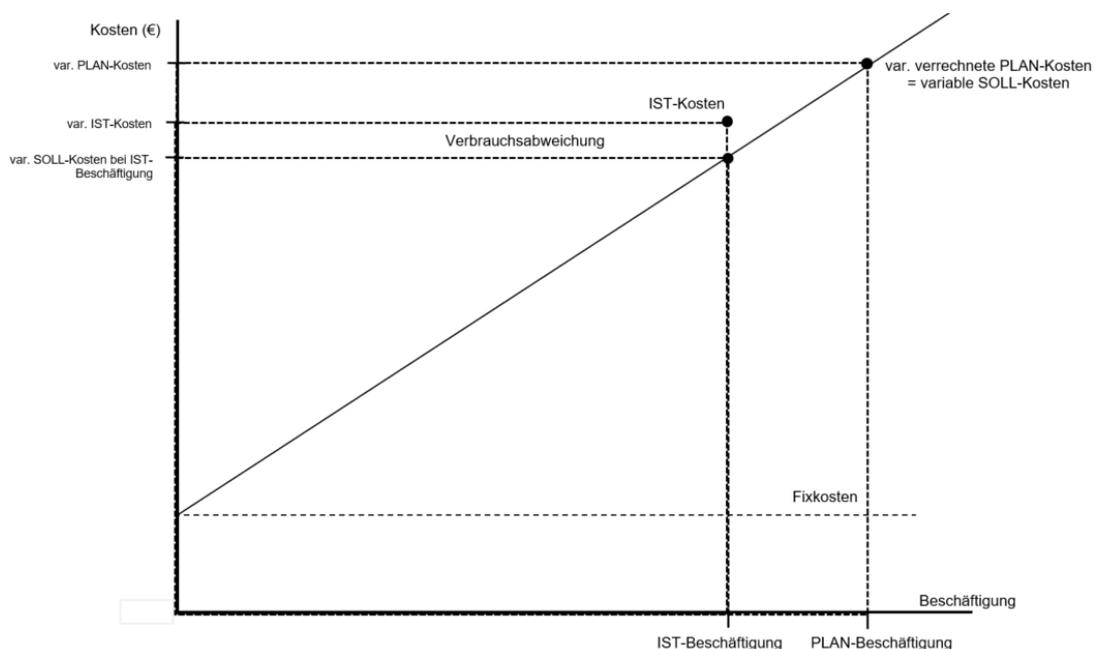


Abbildung 8: Einfach-flexible Plankostenrechnung (Teilkostenbasis), Quelle: DÄUMLER/GRABE (2014), S. 66 (leicht modifiziert).

⁵⁴ Vgl. Kapitel 3.2, S. 18 f.

⁵⁵ Vgl. Anhang E, S. 127 ff.

⁵⁶ Vgl. SCHWEITZER/KÜPPER (2011), S. 438 f.

Die Berechnung der Verbrauchsabweichung lautet, wie folgt:⁵⁷

- Verbrauchsabweichung = variabel IST-Kosten – variabel SOLL-Kosten

Tritt eine geringere IST-Beschäftigung als PLAN-Beschäftigung ein, werden nur die variablen Kosten abgebaut und die Fixkosten bleiben bestehen. Bei einer höheren IST-Beschäftigung als PLAN-Beschäftigung steigen die variablen Kosten an und die Fixkosten bleiben konstant. Wird eine positive Verbrauchsabweichung eruiert, bedeutet dies, dass in der Kostenstelle zu viel verbraucht wurde.

Die Betrachtung der variablen Kosten einer Kostenstelle ermöglicht die Ermittlung von variablen Stückkosten sowie Deckungsbeiträgen, welche als Benchmarks gegenüber anderen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen verwendet sowie auch als Kontrollinstrument der Erlöse herangezogen werden können.⁵⁸

3.3.4 Mehrfach-flexible Plankostenrechnung

Die mehrfach-flexible PKR berücksichtigt zum Unterschied zur einfach-flexiblen PKR mehr als nur eine Bezugsgröße. Denn Kosten sind häufig nicht nur von einem Kostenbestimmungsfaktor abhängig, sondern von mehreren. Die mehrfach-flexible PKR kann auf der Basis der Voll- sowie auch Teilkostenrechnung durchgeführt werden. Der mehrfach-flexiblen PKR ist es möglich, weitere Abweichungen als die Beschäftigungs- und Verbrauchabweichungen zu eruieren. Mögliche Abweichungsarten wären Preis-, Intensitäts-, Arbeitsablauf- und Überstundenabweichungen etc.⁵⁹ Nachfolgende Abbildung zeigt eine mögliche Darstellung der mehrfach-flexiblen PKR auf Vollkostenbasis:

⁵⁷ Vgl. DÄUMLER/GRABE (2014), S. 65 ff.

⁵⁸ Vgl. JOOS-SACHSE (2006), S. 238 ff.

⁵⁹ Vgl. DÄUMLER/GRABE (2014), S. 85 ff.

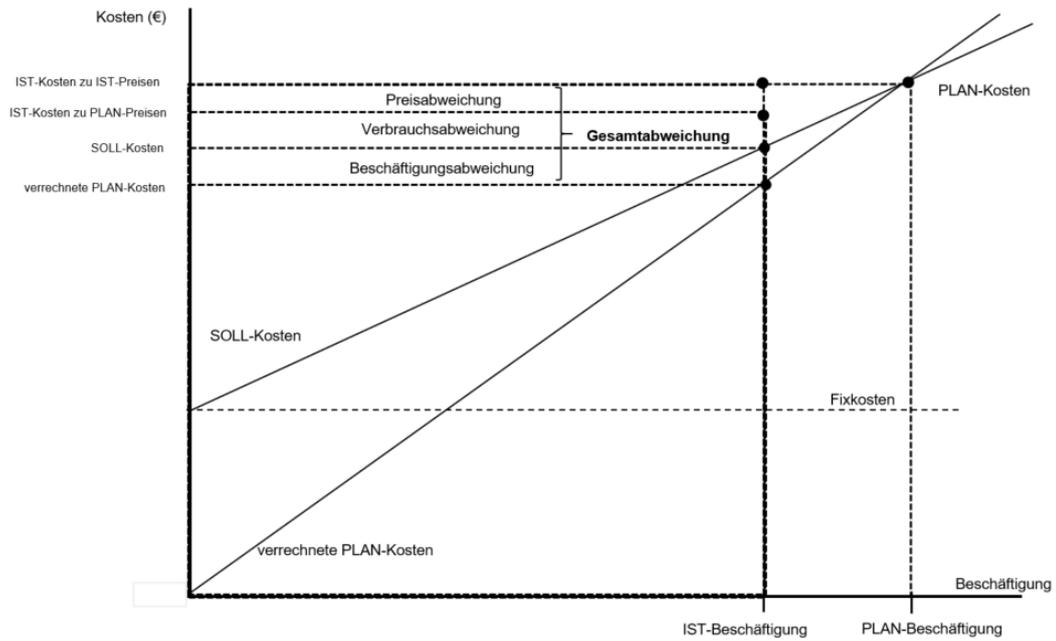


Abbildung 9: Mehrfach-flexible Plankostenrechnung (Vollkostenbasis), Quelle: REICHMANN (2006), S. 366.

Da es bei der KAGes aufgrund der Größe und des damit verbundenen Aufwands nicht möglich ist, mehrere Kostenbestimmungsfaktoren in der Planung und Kontrolle der Kosten zu berücksichtigen, wird auf die mehrfach-flexible PKR auf Vollkosten- sowie auf Grenzkostenbasis nicht weiter eingegangen. Es soll darauf hingewiesen werden, dass es diese Möglichkeit der PKR noch gäbe.

4 Kalkulation von medizinischen Einzelleistungen

Die Kosten der Behandlung von bestimmten Krankheitsbildern unterliegen aufgrund des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts großen Veränderungen. So kann die Behandlung der gleichen Erkrankung in einigen Jahren wesentlich höhere oder auch wesentlich geringere Kosten verursachen. Dies kann auf die Kosten jeder Kostenstelle große Auswirkungen haben. Die Kosten der Behandlung einzelner Krankheitsbilder können derzeit bei der KAGes nicht gesondert erhoben sowie ausgewertet werden. Dennoch kann das Ausmaß der Veränderung der Behandlungskosten, die typischerweise einen nicht unwesentlichen Anteil von Patienten/Patientinnen einer Kostenstelle betreffen, Rückschlüsse auf die zu erwartenden Kosten zulassen und darf daher vor allem bei wesentlichen Restabweichungen einer Kostenstelle nicht außer Acht gelassen werden.

Für gewöhnlich wird die Kostenkontrolle auf Kostenstellen-Ebene durchgeführt. Dieses Kapitel betrachtet hingegen die Basis für mögliche Abweichungsidentifizierungen sowie Abweichungsursachen auf der Ebene einzelner Kostenträger, im Falle der Masterarbeit einer MEL. Im Allgemeinen kann ein Kostenträger jede selbständige Leistungs- bzw. Produkteinheit einer Organisation sein.⁶⁰ Da eine MEL eine operative Leistung der KAGes darstellt, einzelne MEL klar abgrenzbar sind und die KAGes unter anderem ihre Erlöse nach den erbrachten MEL zugerechnet bekommt, können MEL als Kostenträger der KAGes angesehen werden. Die Voraussetzung, Einzelkostenabweichungsanalysen durchführen zu können, ist, dass die KAGes in Zukunft Kalkulationen durchführt. Da die KAGes aber gem. Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten (KRV) keine Verpflichtung zur Anwendung einer Kostenträgerstückrechnung (= Kalkulation) hat und sich somit bei der KAGes keine im Einsatz befindet, werden im Rahmen dieses Kapitels die Aspekte einer Kalkulation hinsichtlich MEL dargelegt.

Die Krankenanstalten der KAGes gehören zu den Fondskrankenanstalten, welche, wie 278 andere Krankenanstalten in Österreich, aus öffentlichen Mitteln finanziert werden. Als Finanzierungsabrechnung wird das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) angewendet. Ein Teil dieses Systems besteht aus einem bundesweit einheitlich gestalteten Teil und der andere Teil aus einem landesspezifisch festzulegenden Teil.⁶¹

⁶⁰ Vgl. COENENBERG/FISCHER/GÜNTHER (2016), S. 138.

⁶¹ Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN - SYSTEMBESCHREIBUNG (2016), Onlinequelle [12.12.2017], S. 5 ff.

Eine medizinische Einzelleistung wird im Rahmen der LKF-Finanzierung vom ärztlichen Personal codiert/dokumentiert, wenn eine Operation (= eine operative Leistung) stattgefunden hat. Grundsätzlich ist eine Operation jeder Eingriff, der:⁶²

- einen Schnitt und eine Naht,
- einen Schnitt ohne Naht, wenn die Naht aus medizinischen Gründen nicht indiziert ist, bzw.
- eine Naht ohne Schnitt bei traumatischer Ursache erfordert.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen gibt jährlich einen Leistungskatalog heraus, welcher die medizinischen Einzelleistungen der österreichweit fondsfinanzierten Krankenanstalten festlegt. Die MEL kann als Kostenträger der KAGes angesehen werden, wobei die Kosten der MEL nur die von der Operation betroffenen zurechenbaren Kosten enthält. Die Kosten, die für den gesamten Aufenthalt eines Patienten/einer Patientin in einem LKH anfallen, werden dabei nicht beachtet, da diese Erhebung im Rahmen der Masterarbeit zu umfangreich wäre.

Einer der Gründe für die nähere Betrachtung von MEL im Rahmen der Masterarbeit ist, dass in den letzten Jahren beobachtet werden konnte, dass das Management von Krankenanstalten ein Hauptaugenmerk auf Operationsbereiche legte, da diese wesentliche Kostenfaktoren in Krankenanstalten darstellen. Vor allem konzentriert man sich dabei auf die Personalkosten einer Operation, da diese häufig den Hauptkostenblock eines Operationsbereiches darstellen.⁶³

In diesem Kapitel wird mithilfe einer ausgewählten MEL eine mögliche Vorgehensweise einer Kalkulation einer MEL dargestellt, um in weiterer Folge die Einzelkostenabweichungsanalyse für diese MEL durchführen zu können. Aufgrund der Größe der KAGes und deren umfangreiches Leistungsangebot können nicht alle MEL der KAGes kalkuliert und hinsichtlich Abweichungen untersucht werden. Daher wird im Rahmen der Masterarbeit die MEL DE091 „Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, MR-tauglich (Leistung = je Sitzung)“ ausgewählt. Die MEL DE091 ist für die KAGes mengen- sowie auch kostenmäßig von Bedeutung, da die Krankenanstalten der KAGes diese MEL häufig durchführen, diese typisch für einen Krankenhausbetrieb ist und wesentliche Kosten verursacht. Zudem kann angenommen werden, dass sich die Kosten der MEL DE091 im Laufe der Zeit ähnlich verändern bzw. verhalten

⁶² Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN - LEISTUNGSKATALOG (2016), Onlinequelle [12.12.2017], S. 9.

⁶³ Vgl. SCHUSTER/WICHA/FIEGE/GOETZ (2007), S. 1058.

wie die Kosten einer Kostenstelle. Die MEL DE091 wird durchgehend in der Masterarbeit betrachtet, auch die Kostenkontrolle erfolgt anhand der ausgewählten MEL.⁶⁴

4.1 System der Kalkulation

Die Kalkulation gehört, vor allem in der Privatwirtschaft, zu einem wesentlichen Teil der Kostenrechnung. Die Kostenträgerstückrechnung kann, aufbauend auf die Kostenartenrechnung und die Kostenstellenrechnung, durchgeführt werden. Die Kostenträgerrechnung kann in zwei Auswertungsformen unterschieden werden, einerseits gibt es die Kostenträgerstückrechnung (= Kalkulation der Herstellkosten und Selbstkosten), andererseits die Kostenträgerzeitrechnung (= kurzfristige Betriebsergebnisrechnung).⁶⁵ Ein Zweck der Kostenträgerrechnung ist die Vergleichsrechnung. Mithilfe der Kalkulation können SOLL-/IST-Vergleiche bzw. IST-/IST-Vergleiche zum Zweck der Kostenkontrolle durchgeführt werden. Dies ermöglicht eine Betrachtung von Abweichungen auf der detailliertesten Ebene der Kostenrechnung.⁶⁶ Gem. KRV ist bei der KAGes die Kostenarten- sowie die Kostenstellenrechnung im Einsatz, das bedeutet, dass die Anwendung einer Kostenträgerstückrechnung bei der KAGes grundsätzlich möglich wäre.

Das Ziel einer Kostenträgerstückrechnung (= Kalkulation) ist es, die Kosten den Leistungen, die von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen einer Krankenanstalt an Patienten/Patientinnen erbracht werden, zuzurechnen. Das bedeutet, dass mithilfe einer Kalkulation die Höhe der Kosten je Leistungseinheit, in diesem Fall einer MEL, bestimmt wird.⁶⁷

Das Ziel dieses Kapitels ist es, aufzuzeigen, wie eine Kalkulation von MEL bei der KAGes erfolgen kann, um die Erhebungen für Kostenkontrollzwecke nutzen zu können. Dabei wird unter Berücksichtigung von Krankenanstalten-Spezifika und mithilfe von Literaturrecherchen eine mögliche Vorgehensweise konzipiert. Beispielhaft wird in diesem Kapitel, wie bereits zuvor erwähnt, auf die MEL „DE091 Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, MR-tauglich (Leistung = je Sitzung)“ eingegangen, um einen Praxisbezug herzustellen und die Anwendbarkeit sicherzustellen. Dabei setzt sich diese Masterarbeit zum Ziel, alle Kosten der MEL DE091 beispielhaft zu erheben, um danach die Kostenkontrollmöglichkeit bei Einzelkosten im

⁶⁴ Vgl. Kapitel 7, S. 62.

⁶⁵ Vgl. COENENBERG/FISCHER/GÜNTHER (2016), S. 137 ff.

⁶⁶ Vgl. VORMBAUM (1966), S. 26 f.

⁶⁷ Vgl. COENENBERG/FISCHER/GÜNTHER (2016), S. 138 f.

Zeitablauf demonstrieren zu können. Die in diesem Kapitel kalkulierten Werte werden im Kapitel 7 - Ebene 3 der Kostenkontrolle - für Abweichungszwecke zum Einsatz kommen.⁶⁸

Als Kalkulationsverfahren können die Divisionskalkulation, Äquivalenzziffernkalkulation sowie die Zuschlagskalkulation genannt werden. Zudem wird die Prozesskostenrechnung als möglicher Ansatz für die verursachungsgerechtere Zuordnung der Gemeinkosten vorgestellt. Nachfolgend werden die einzelnen Verfahren dargelegt und jenes Modell ausgewählt, das für die KAGes am geeignetsten erscheint.

Im Rahmen der Divisionskalkulation werden die in einer Periode angefallenen Kosten durch die Anzahl der Leistungseinheiten des Kostenträgers dividiert.⁶⁹ Im Falle eines Krankenhausbetriebes könnte man mittels einer Division beispielsweise der gesamten jährlichen stationären Kosten einer Krankenanstalt durch die Gesamtanzahl der stationären Behandlungsfälle pro Jahr die Kosten pro Behandlungsfall errechnen. Hierbei kann als Schwachstelle dieser Methode angeführt werden, dass z.B. kostenintensive Behandlungen zu wenig Kosten und kostengünstige Behandlungen zu hohe Kosten angelastet bekommen.⁷⁰ Zudem erfolgt keine Trennung der Kosten in Einzel- und Gemeinkosten. In der Literatur wird diese Art der Kalkulation empfohlen, wenn ein/e Produkt/Leistung erstellt/erbracht wird. Daher ist diese Form der Kalkulation für die KAGes nicht zu empfehlen, da die KAGes ein umfangreiches Sortiment an Leistungen aufweist.

Bei der Äquivalenzziffernkalkulation erfolgt die Kostenverteilung entsprechend den Verhältniszahlen und wird häufig bei einer Sortenfertigung (= produktionsverwandte/ähnliche Erzeugnisse) herangezogen. Diese Art der Kalkulation sollte angewendet werden, wenn die Kostenbelastung mehrerer Kostenträger in einem proportionalen Zusammenhang zueinander stehen. Aufgrund der unterschiedlichen Schwierigkeitsgrade und Abläufe der verschiedenartigen Behandlungsfälle stellt die Äquivalenzziffernkalkulation ein ungeeignetes Verfahren für die KAGes dar.

Die Zuschlagskalkulation hingegen führt aufgrund der Zuordnung der Einzelkosten zu den einzelnen Behandlungsfällen und den Aufschlägen der Gemeinkosten (Werteschlüssel oder Mengenschlüssel) zu genaueren Ausgangswerten im Vergleich zur Divisions- bzw. Äquivalenzziffernkalkulation.⁷¹ Die Zuschlagskalkulation kann eingeteilt werden in die

⁶⁸ Vgl. Kapitel 7, S. 62.

⁶⁹ Vgl. OSSADNIK (2008), S. 182 f.

⁷⁰ Vgl. FRODL (2011), S. 79.

⁷¹ Vgl. SCHWEITZER/KÜPPER (2011), S. 169 ff.

summarische und die differenzierte Zuschlagskalkulation. Die summarische Zuschlagskalkulation verrechnet die gesamten Gemeinkosten einer Kostenstelle mithilfe eines Gemeinkostenzuschlagssatzes /-verrechnungssatzes. Im Vergleich dazu trennt die differenzierte Zuschlagskalkulation die gesamten Gemeinkosten in unterschiedliche Bereiche (z.B. Material, Personal etc.). Dadurch lassen sich mehrere Gemeinkostenzuschlagssätze bzw. -verrechnungssätze im Rahmen der Kostenstellenrechnung ermitteln.⁷²

Die Zuschlagskalkulation sollte überall dort zur Anwendung kommen, wo unterschiedliche Produkt-/Leistungsarten (= Einzelfertigung /-leistungen) vollbracht werden.⁷³ Aufgrund des großen Sortiments an Leistungen bei der KAGes sowie den differierenden Arbeitsabläufen kommt im Rahmen der Masterarbeit die Zuschlagskalkulation zum Einsatz. Die Einzel- sowie Gemeinkosten der MEL DE091 werden mittels der summarischen Zuschlagskalkulation eruiert.

Eine weitere Methode der Gemeinkostenzurechnung ist die Prozesskostenrechnung. Diese stellt kein eigenständiges Kalkulationsverfahren dar, sondern sie dient der Erweiterung eines bestehenden Ansatzes, wie z.B. der Zuschlagskalkulation.⁷⁴ Die Prozesskostenrechnung baut auf dem in Amerika entwickelten „Activity Based Costing“⁷⁵ auf und zählt zu den moderneren Ansätzen der Verrechnung der Gemeinkosten. Die Prozesskostenrechnung ordnet die Gemeinkosten eines Unternehmens einzelnen kostenstellenübergreifenden Prozessen und keinen Kostenstellen zu. Je nach Beanspruchung der erhobenen Prozesse werden dem Kostenträger Gemeinkosten zugerechnet. Die Prozesskostenrechnung ist eine Vollkostenrechnung.⁷⁶ Es gilt, Tätigkeitsanalysen sowie eine Aufstellung einer Prozesshierarchie durchzuführen sowie prozessbezogene Kostentreiber zu bestimmen und Kosten einzelnen Prozessen zuzuordnen. Daraus können die Prozesskostensätze errechnet werden.⁷⁷ Diese gilt es mit der Kalkulation zu verbinden, im Falle der Masterarbeit wäre dies die Zuschlagskalkulation. Als letzter Schritt ist für jede einzelne Leistung zu erheben, welche Prozesse in Anspruch genommen werden, und abhängig von der Inanspruchnahme erfolgt eine Zuordnung der Prozesskostensätze zu einzelnen Leistungen.

Die Prozesskostenrechnung erfordert Zeit-, Personal- sowie Kostenressourcen, daher kann sie kaum in allen Bereichen einer Krankenanstalt zur Anwendung kommen.⁷⁸ Obwohl die

⁷² Vgl. WALA/HASLEHNER/HIRSCH (2016), S.126 ff.

⁷³ Vgl. BACHMANN (2009), S. 110.

⁷⁴ Vgl. JOOS (2014), S. 360 f.

⁷⁵ Die Gemeinkosten werden über die in Anspruch genommenen Aktivitäten/Prozesse den Produkten/Dienstleistungen zugerechnet.

⁷⁶ Vgl. EWERT/WAGENHOFER (2014), S. 680 ff.

⁷⁷ Vgl. JOOS (2014), S. 352 f.

⁷⁸ Vgl. KLOSE/HERLEMANN/LEIDL (1999), S. 369.

Prozesskostenrechnung eine detailliertere Zuordnung der Gemeinkosten sicherstellt, ist diese Art der Kostenzurechnung für die KAGes aufgrund des Aufwands ungeeignet.

Im Rahmen der Masterarbeit kommt die summarische Zuschlagskalkulation zum Einsatz. Als Gründe können das Wirtschaftlichkeitsprinzip gem. § 2 Z 7 GQG sowie die Ressourcenverfügbarkeit bei der KAGes angeführt werden.

4.2 Kalkulation - Einzelkosten einer medizinischen Einzelleistung

Einzelkosten sind Kosten, die einem Bezugsobjekt (Leistungseinheit/Kostenträger) direkt bzw. verursachungsgerecht zugeordnet werden können.⁷⁹ Im Falle einer MEL fallen grundsätzlich nachfolgende Einzelkosten an:⁸⁰

- Personalkosten
- Materialkosten
- Gerätekosten

Einzelkosten können als beschäftigungsvariabel angesehen werden, denn wird eine gewisse Leistung nicht erbracht, dürften die Einzelkosten im Normalfall nicht anfallen.⁸¹ Aufgrund des Versorgungsauftrags der Landeskrankenanstalten der KAGes muss stets eine Personalvorhaltung gewährleistet sein, d.h. die KAGes muss stets Personal als Ressource vorhanden haben, auch wenn keine ärztlichen und/oder pflegerischen Maßnahmen benötigt werden. Dies lässt grundsätzlich darauf schließen, dass Personalkosten bei der KAGes keine Einzel-, sondern Gemeinkosten darstellen. Unter Berücksichtigung von Krankenanstalten-Spezifika können jedoch die Personalkosten, trotz ständiger Personalvorhaltung, als Einzelkosten einer MEL angesehen werden, da die Ressource Personal langfristig beansprucht wird.⁸² Durch das Finalprinzip kann diese Form der Kostenzuordnung erklärt werden. Das Finalprinzip erfordert einen Mittel-Zweck-Zusammenhang zwischen den zurechenbaren Kosten und dem Bezugsobjekt. Dabei stellt sich die Frage, welche Kosten anfallen müssen, damit das Bezugsobjekt geschaffen werden kann.⁸³ Nachfolgend wird in den einzelnen Unterkapiteln auf

⁷⁹ Vgl. KEUN/PROTT (2008), S. 162.

⁸⁰ Vgl. KEUN/PROTT (2008), S. 219 f.

⁸¹ Vgl. COENENBERG/FISCHER/GÜNTHER (2016), S. 79.

⁸² Vgl. MACARIO (2010), S. 233 ff.

⁸³ Vgl. EWERT/WAGENHOFER (2014), S. 694.

die Erhebung der Einzelkosten einer MEL eingegangen. Die im Zuge der Masterarbeit erhobenen Daten der MEL DE091 werden im Anhang dargestellt.⁸⁴

4.2.1 Personalkosten/Personalkostenverrechnungssätze

Eine MEL wird als MEL kategorisiert, wenn eine Operation zugrunde gelegt werden kann. Nach Rücksprache mit den OP-Managern der ausgewählten Landeskrankenanstalt der KAGes (LKH XY) sind jene Personalkosten zu berücksichtigen, welche im Operationssaal (bei operativen Leistungen), im Untersuchungs-/Behandlungsraum (bei nicht-operativen Leistungen, als Vorbereitung einer OP) und/oder im Kreißaal (bei Geburten) anfallen. Die Kosten, die während des stationären Aufenthaltes entstehen, werden im Rahmen der MEL-Kalkulation nicht berücksichtigt, da diese außerhalb des Operationsbereiches anfallen und dies somit keine Relevanz für die Kalkulation einer oder mehrerer MEL darstellt.

Grundsätzlich sind bei einer MEL nachfolgende Berufsgruppen beteiligt:⁸⁵

- Arzt/Ärztin
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP)
- Sanitätshilfsdienst (SHD)
- Medizinisch-technischer Dienst (MTA)
- Sonstiges Personal

Für die oben angeführten Berufsgruppen sind die Personalkostenverrechnungssätze pro Minute zu ermitteln. Als Bezugsgröße/Kostenbestimmungsfaktor der Personalkosten werden im Zuge der Kalkulation die OP-Minuten der MEL DE091 herangezogen.⁸⁶

Zuallererst ist es erforderlich, die Leistungszeit jeder einzelnen Berufsgruppe festzulegen. Dazu wird seitens der KAGes jährlich die SOLL-Arbeitszeit (in Stunden) bzw. die Produktivstunden an alle betroffenen Bereiche der KAGes ausgesendet. Nachfolgende Abbildung zeigt die SOLL-Arbeitszeiten auf. Dabei wird eine Trennung in „Allgemein“ und „Ärzte/Ärztinnen“ vorgenommen.

⁸⁴ Vgl. Anhang F, S. 137 ff.

⁸⁵ Vgl. GFRÖRER (2008), S. 178.

⁸⁶ Vgl. EICHHORN/EVERSMEYER (1999), S. 279.

Leistungsstunden - KAGes		
Jahre	Allgemein	Ärzte/ Ärztinnen SI
2012	1 581	1 517
2013	1 588	1 524
2014	1 581	1 517
2015	1 588	1 524
2016	1 595	1 531
2017	1 581	1 517
2018	1 581	1 517

Tabelle 1: SOLL-Leistungsstunden - KAGes, Quelle: KAGes Management.

Die Kategorie „Allgemein“ SOLL-Leistungsstunden gilt für alle Berufsgruppen der KAGes, mit Ausnahme der Ärztinnen und Ärzte. Daher erfolgt eine gesonderte Darstellung der SOLL-Leistungsstunden der Ärztinnen und Ärzte.

Der nächste erforderliche Schritt ist die Berechnung der Personalkostenverrechnungssätze. Dazu gilt es mithilfe des Programmes SAP BW die gesamten Personalkosten pro Jahr (inklusive Sonderzahlungen, Aufschläge für leitende Angestellte etc.) sowie pro Berufsgruppe der betroffenen OP-Kostenstelle auszuwerten, um die gesamten Kosten im Personalkostenverrechnungssatz pro Minute berücksichtigen zu können.⁸⁷ Dabei sollen jene Kostenstellen herangezogen werden, in denen die zu kalkulierenden Leistungen auch operativ durchgeführt werden. Durch die Wahl der von der MEL betroffenen Kostenstelle und den gesamten Personalkosten dieser Kostenstelle entsteht ein Personalkostenverrechnungssatz, der einen Mix aus erfahrenen, jungen sowie qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, abhängig von der ausgewählten Kostenstelle, abbildet.⁸⁸ Dasselbe gilt für die anderen betroffenen Berufsgruppen der ausgewählten MEL. Im Rahmen der Arbeit wird die Kalkulation für die MEL DE091 vorgenommen. Diese MEL wird im LKH XY in der Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ operativ durchgeführt. Es gilt, die gesamten Personalkosten pro Berufsgruppe der Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ des Landeskrankenhauses XY sowie deren dazugehörige Anzahl an korrigierten Beschäftigten auszuwerten. Die Anzahl der korrigierten Beschäftigten ist die Anzahl der Personen, umgerechnet auf eine Vollzeitbeschäftigung nach Arbeitszeit und Beschäftigungsdauer, welche im Jahr der Erhebung in einem Dienstverhältnis einer Krankenanstalt stehen und für die Personalkosten festgelegt werden.⁸⁹

⁸⁷ Vgl. JACOB/STUHR/WINTER (2011), S. 248 f.

⁸⁸ Vgl. MARTIKAINEN/KANGAS-SAARELA (2000), S. 64.

⁸⁹ S. STATISTIKVERORDNUNG FÜR FONDSKRANKENANSTALTEN, Blatt A2, Nr. 16.

Zur Berechnung des Personalkostenverrechnungssatzes wird folgende Formel empfohlen:

$$\frac{\text{Personalkosten je Berufsgruppe pro Jahr (ausgewählte Kostenstelle)}}{(\text{Anzahl korrigierte Beschäftigte je Berufsgruppe} \times \text{Jahresleistungsminuten})} = \text{Kostensatz/Minute}$$

Abbildung 10: Formel - Personalkostenverrechnungssatz/Berufsgruppe/Min., Quelle: ANKLAM (2008), S. 79 (leicht modifiziert).

Dieselbe Formel kommt auch bei der Erhebung der PLAN-Personalkostenverrechnungssätze zum Einsatz. Dabei werden PLAN-Werte eingesetzt und man erhält einen PLAN-Personalkostenverrechnungssatz je Berufsgruppe, bezogen auf ein Jahr einer ausgewählten Kostenstelle.

Als Nächstes sind die Zeiten einer MEL zu erheben. Die Zeiten einer MEL werden bei der KAGes eingeteilt in:

- Rüstzeit (= Vorbereitungszeit)
- Operationszeit (= Schnitt- und Naht-Zeit)
- Anästhesiezeit (= Rüstzeit und Operation)

Dazu ist es erforderlich, sich mit dem OP-Management der KAGes in Verbindung zu setzen, um zu den Zeiterfassungen jeder einzelnen MEL zu gelangen. Im Rahmen des OP-Managements der KAGes werden IST-Zeiten jeder einzelnen MEL vom Pflegepersonal während der OP erfasst. Daher wird empfohlen, die Summe der OP-Zeiten der MEL DE091 heranzuziehen und daraus den Durchschnitt zu berechnen oder Gespräche mit dem OP-Personal zu führen.

Durch die Multiplikation der Zeiten pro Berufsgruppe mit dem Personalkostenverrechnungssatz pro Berufsgruppe werden die Personalkosten je Berufsgruppe einer MEL erhoben.⁹⁰ Dabei gilt es zu unterscheiden, ob die maximale zurechenbare Zeit je Berufsgruppe oder die tatsächliche Zeit je Besetzung und Berufsgruppe als Basis für die Berechnung der Personaleinzelkosten herangezogen wird. Im Rahmen der Masterarbeit wird auf die maximale zurechenbare Zeit je Berufsgruppe zurückgegriffen, weil davon ausgegangen wird, dass eine Vor- sowie Nachbereitung in dieser Zeit für die ausgewählte MEL erforderlich ist. Dies ist abhängig von der jeweiligen Organisation eines Gesundheitsbetriebes und kann daher unterschiedlich zur Anwendung kommen. Im Kapitel 7.2 wird auf diese Vorgehensweise näher eingegangen.⁹¹ Die

⁹⁰ Vgl. THOMUSCH/DRALLE (1997), S. 12.

⁹¹ Vgl. Kapitel 7.2, S. 67; ebenso Anhang F, S. 137 ff.

erhobenen Personaleinzelkosten können für Kostenkontrollzwecke sowie Benchmarkzwecke herangezogen werden.

Die Gegenüberstellung der PLAN- und IST-Werte oder IST- und IST-Werte (= wenn keine Planung der einzelnen Kosten vorgenommen wurde) ergibt eine Preis- oder Lohnsatz- sowie eine Mengenabweichung. Im Kapitel 3.1 wird die Vorgehensweise von Abweichungsanalysen auf der Ebene der Einzelkosten (= Material-, Personal- und Geräteeinzelkosten) dargelegt.⁹²

4.2.2 Materialkosten

Es sind jene Materialien anzusetzen, welche im Rahmen einer Operation, Behandlungs-/Voruntersuchung oder im Kreißaal zum Einsatz kommen. Dabei werden nur jene Materialien erhoben, welche bei einer typisch verlaufenden Operation vorkommen, Ausreißer aufgrund von z.B. Komplikationen werden im Rahmen der Kalkulation nicht berücksichtigt. Übersteigt der Aufwand der Erhebung den Nutzen im Sinne des Wirtschaftlichkeitsprinzips gem. § 2 Z 7 GQG., kann auf die detaillierte Erhebung von geringwertigen Sachmitteln verzichtet werden.

Um zu eruieren, welche Materialien (Ge- und Verbrauchsgüter) im Rahmen einer MEL zum Einsatz kommen, sind Aufzeichnungen während oder nach einer OP zu führen und/oder Befragungen mit dem OP-Personal durchzuführen. Die Bezugsgröße der Materialkosten (= Sachkosten) bilden „Stück, Milliliter etc.“.⁹³ Als Standardsachkosten der MEL DE091 können die Medikamente, das Nahtmaterial, die Implantate, der Behandlungsbedarf und restliche Materialien (= Materialien von geringem Wert) angeführt werden.

Im Rahmen der Masterarbeit werden Gespräche mit dem OP-Personal geführt, dabei werden die einzelnen benötigten Materialien sowie die dazugehörenden Mengen der MEL DE091 erhoben. Danach werden im ERP-Programm SAP die Einkaufspreise dieser Materialien eruiert. Da bei der KAGes keine PLAN-Werte dieser Sachmittel festgelegt werden, werden die Kosten des Jahres 2014 und 2016 erhoben. Im Zuge der Kostenkontrolle werden die Kosten des Jahres 2014 den Kosten des Jahres 2016 gegenübergestellt. Diese Art der Gegenüberstellung stellt einen IST-/IST-Vergleich dar. Es werden hierbei die tatsächlich angefallenen IST-Kosten sowie deren Entwicklung im Zeitablauf betrachtet. Daraus lassen sich Informationen über Entwicklungstendenzen für die betroffene Kostenstelle ableiten.⁹⁴

⁹² Vgl. Kapitel 3.1, S. 14.

⁹³ Vgl. EICHHORN/EVERSMAYER (1999), S. 279.

⁹⁴ Vgl. BACHMANN, (2009), S. 151 f.

4.2.3 Gerätekosten

Im Rahmen der Arbeit wird empfohlen, auch die Kosten, die ein Gerät verursacht, in die Kalkulation einer MEL als Einzelkosten mit aufzunehmen. Es sind jene Geräte zu berücksichtigen, welche tatsächlich zur Leistungserbringung im Rahmen der Operation eingesetzt werden.

Nachfolgende Gerätekosten gilt es im Rahmen der Kalkulation zu erheben bzw. zu berechnen:⁹⁵

- Abschreibung
- Wartungskosten
- kalkulatorische Zinsen

Für Kalkulationszwecke ist es erforderlich, die Kosten pro Leistungsminute zu berechnen, daher müssen für die Berechnung der einzelnen Kosten die Anschaffungskosten, die Nutzungsdauer, die Betriebszeit pro Jahr, die Wartungskosten pro Jahr sowie die kalkulatorischen Zinsen erhoben bzw. festgelegt werden.

Die Anschaffungskosten, die Nutzungsdauer sowie die geplante Betriebszeit pro Jahr können dem Anlagenverzeichnis der KAGes entnommen werden. Nach Rücksprache mit dem Abteilungsleiter der OE FC sollen die Wartungskosten sowie die kalkulatorischen Zinsen in Prozent vom Anschaffungswert angenommen und berücksichtigt werden. Es werden 10% der Anschaffungskosten als jährliche Wartungskosten angenommen. Die kalkulatorischen Zinsen werden mit 3% des Anschaffungswertes jährlich angesetzt. Hierbei sind die Anschaffungswerte eines Gerätes (= Datenbasis der kalkulatorischen Zinsen) jährlich zu valorisieren, um den Wiederbeschaffungswert des Gerätes abbilden zu können.⁹⁶ Die Valorisierungsfaktoren der KAGes sind im Kapitel 5.2 angeführt.⁹⁷

Da im Rahmen der MEL DE091 kein Gerät für die Leistungserbringung zum Einsatz kommt, wird im Anhang ein exemplarisches Beispiel für die Berechnung der Gerätekosten angeführt.⁹⁸

⁹⁵ Vgl. LEIMBÖCK/KLAUS/HÖLKERMANN (2015), S. 21.

⁹⁶ Vgl. LEIMBÖCK/KLAUS/HÖLKERMANN (2015), S. 48.

⁹⁷ Vgl. Kapitel 5.2, S. 47.

⁹⁸ Vgl. Anhang B, S.108.

4.3 Kalkulation - Gemeinkosten einer medizinischen Einzelleistung

Gemeinkosten sind Kosten, welche einem Bezugsobjekt (Leistungseinheit oder Kostenträger) über eine Schlüsselung zugerechnet werden können.⁹⁹ Als Beispiele für Gemeinkosten einer OP-Kostenstelle können angeführt werden:

- Abschreibung für das Gebäude
- Versicherungen
- Strom-, Wasser-, Heizungs- und Instandhaltungskosten
- etc.

Im Rahmen der Zuschlagskalkulation werden die Gemeinkosten mithilfe eines kalkulierten Gemeinkostenzuschlagssatzes oder -verrechnungssatzes den Einzelkosten einer MEL (Personal-, Material- sowie Gerätekosten) zugerechnet. Im Zuge der Masterarbeit werden zwei Ansätze für die Zurechnung der Gemeinkosten vorgestellt. Zum einen können die Zuschlagssätze/Verrechnungssätze mittels eines Werteschlüssels (%) zugerechnet werden, zum anderen kann ein Mengenschlüssel (€) je nach Beanspruchung der OP-Ressourcen zum Einsatz kommen.

Im Allgemeinen kommt im Rahmen der Arbeit die summarische Zuschlagskalkulation zum Einsatz. Hierbei wird ein Gemeinkostenzuschlagssatz bzw. -verrechnungssatz pro Jahr und pro Kostenstelle ermittelt, der für die Kalkulation einer MEL herangezogen werden kann.¹⁰⁰ Die allgemeine Formel für die Berechnung des Zuschlagssatzes bzw. Verrechnungssatzes lautet, wie folgt:

$$\frac{\text{Gemeinkosten}}{\text{Einzelkosten bzw. Zuschlagsbasis}} \times 100 = \text{Gemeinkostenzuschlagssatz bzw. -verrechnungssatz}$$

Abbildung 11: Formel – Gemeinkostenzuschlagssatz bzw. -verrechnungssatz, Quelle: in Anlehnung an BACHMANN (2009), S. 114.

Im ersten Ansatz wird die Methode der Gemeinkostenzurechnung mittels eines Werteschlüssels (%) dargelegt. Hierfür werden üblicherweise die gesamten Gemeinkosten einer Kostenstelle als Zähler in der oben angeführten Formel eingesetzt. Als Nenner sind die erhobenen Personaleinzelkosten anzusetzen. Würde man die Summe aus den Einzelkosten (Personal-, Material- und Geräteeinzelkosten) heranziehen, würden die Kosten durch die

⁹⁹ Vgl. SIEBOLD (2014), S. 258.

¹⁰⁰ Vgl. WALA/HASLEHNER/HIRSCH (2016), S.126 ff.

Preisentwicklung der Materialien verfälscht werden.¹⁰¹ Im Rahmen der Masterarbeit werden die Kostenartengruppen der KAGes in Einzel- und Gemeinkosten getrennt. Die Zuordnung der Kostenartengruppen in Einzel- sowie Gemeinkosten wurde gemeinsam mit der für die Folgekostenberechnung zuständigen Verantwortlichen vorgenommen, diese Einteilung kann je nach Bedarf angepasst werden. Das Ergebnis der Kategorisierung der Kostenartengruppen wird im Anhang dargestellt.¹⁰²

Als zweiter Ansatz wird die Methode der Gemeinkostenzurechnung mittels eines Mengenschlüssels (€) vorgestellt. Hierbei errechnet man sich die Gemeinkosten je Mengenschlüssel, im Falle der Masterarbeit pro OP-Minute. Dazu sind die jährlichen Gemeinkosten durch die Summe des jährlichen OP-Minutenbedarfs (= Zuschlagsbasis) der ausgewählten Kostenstelle zu dividieren. Daraus errechnen sich die Gemeinkosten pro OP-Minute und je nach benötigten OP-Minuten der ausgewählten MEL werden die Gemeinkosten dem Kostenträger zugerechnet.¹⁰³ Dieser Ansatz beruht auf dem Beanspruchungsprinzip, welches zu den Anlastungsprinzipien¹⁰⁴ der Kostenrechnung gehört.¹⁰⁵ Hierbei werden die Gemeinkosten in Abhängigkeit der Inanspruchnahme der OP-Ressourcen den Einzelkosten zugerechnet. Die Vorteile eines Mengenschlüssels liegen darin, dass eine messbare Proportionalität hinsichtlich der ausgewählten MEL abgeleitet werden kann und die Minuten als Menge unabhängig von der Preisentwicklung sind.¹⁰⁶

Da es ein Ziel der Masterarbeit ist, die Kosten der MEL DE091 exemplarisch zu kalkulieren, werden für die Berechnung des Gemeinkostenzuschlagssatzes bzw. -verrechnungssatzes die jährlichen Kosten (Jahr 2014 und 2016) der Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ des ausgewählten Landeskrankenhauses XY herangezogen. Im Anhang sind die Kategorisierungen der Kosten (Einzel- oder Gemeinkosten) sowie die Berechnung der Gemeinkostenzuschlagssätze und -verrechnungssätze pro Jahr angeführt.¹⁰⁷

¹⁰¹ Vgl. BACHMANN (2009), S. 114 ff.

¹⁰² Vgl. Anhang C, S. 109 f.

¹⁰³ Vgl. COENENBERG/FISCHER/GÜNTHER (2016), S. 132 f.

¹⁰⁴ Zu den Anlastungsprinzipien zählt das Beanspruchungs-, Durchschnitts- und Tragfähigkeitsprinzip. Sie sind für Kosten, die nicht direkt einer Leistungseinheit zugerechnet werden können, und/oder fixen Kosten geeignet.

¹⁰⁵ Vgl. PLINKE/RESE/UTZIG (2015), S. 48.

¹⁰⁶ Vgl. COENENBERG/FISCHER/GÜNTHER (2016), S. 132 f.

¹⁰⁷ Vgl. Anhang C, S. 109 ff.

5 Kostenkontrolle – Ebene landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen

Dieses Kapitel beinhaltet mögliche Kostenkontrollansätze für landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen. Das Ziel dieser Ausarbeitungen ist es, den Auftrag „Evaluierungen von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen“ vom Vorstand der KAGes zu erfüllen. Die PLAN-Kosten für landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen werden anhand der projektspezifischen medizinischen und nicht-medizinischen Leistungsparameter eruiert und die Kosten werden je nach Kostenart der gesamten vom Projekt betroffenen Kostenstellen hochgerechnet.

Um eine aussagekräftige Kostenkontrolle auf der Ebene der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen durchführen zu können, wird empfohlen, bereits bei der Erhebung der PLAN-Kosten eine detailliertere Vorgehensweise anzuwenden. Eine aussagekräftige Kostenkontrolle setzt voraus, dass bereits bei der Planung auf zumindest das Mengengerüst bzw. die Mengenkomponekte pro Kostenstelle (im IST- und PLAN-Zustand) eingegangen wird.¹⁰⁸ Im derzeitigen Prozess der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnung werden die Kosten je nach Kostenart mit den Leistungsdaten für alle vom Projekt betroffenen Kostenstellen hochgerechnet und es erfolgt keine Trennung der unterschiedlichen Kostenstellen und somit auch keine Zuordnung geeigneter Kostenbestimmungsfaktoren pro Kostenstelle. Der Kostenbestimmungsfaktor ist jener Faktor, der die Höhe der Kosten beeinflusst. In der Literatur werden nachfolgende Kostenbestimmungsfaktoren angeführt:¹⁰⁹

- Beschäftigung (OP-Minuten, Arbeitsstunden, Ausbringungsmengen)
- Preise der Produktionsfaktoren
- Qualität der Produktionsfaktoren
- Betriebsgröße (Kapazität)
- Produktionsverfahren

Es wird im Rahmen der Arbeit empfohlen, die IST-Kosten pro Kostenart differenziert nach Kostenstellen hochzurechnen, da diese Vorgehensweise es erlaubt, eine Gesamtabweichung sowie eine Restabweichung zu berechnen.

¹⁰⁸ Vgl. OSSADNIK (2008), S. 233 ff.

¹⁰⁹ Vgl. DÄUMLER/GRABE (2013), S. 49 ff.

Dazu ist es erforderlich, Kostenbestimmungsfaktoren pro Kostenstelle festzulegen. Denn ohne die Kenntnis über die Kostenbestimmungsfaktoren einer Kostenstelle, wie z.B. OP-Minuten für eine OP-Kostenstelle, ist es nicht möglich, eine klare Aussage über die Wirtschaftlichkeit einer Kostenstelle formulieren zu können.¹¹⁰ Dazu können die Kostenstellen, wenn sie nicht einzeln darstellbar sind, auch in übergeordnete Kostenstellengruppen zusammengefasst werden, wobei eine detaillierte Erhebung der Leistungsdaten je Kostenstelle zu empfehlen ist. Auch die Kostenarten könnten zusammengefasst werden, um die Übersichtlichkeit sicherzustellen. Die empfohlene Methode soll ermöglichen, dass einheitliche Kostenbestimmungsfaktoren pro Kostenstelle festgelegt werden können, damit die praktische Umsetzung der Planung und Kontrolle gewährleistet ist.

Nachfolgend werden einzelne MengenkompONENTEN je übergeordneter Kostenstellengruppe identifiziert und Überlegungen dazu angestellt.

Für die Kostenstelle Station können die **Belagstage** oder die **Anzahl der stationären Fälle** als Kostenbestimmungsfaktor herangezogen werden. Belagstage sind die Anzahl der Tage eines Landeskrankenhauses, welche sich durch die Addition der Mitternachtsstände der Patientinnen und Patienten einer bettenführenden Hauptkostenstelle ergeben.¹¹¹ Im Rahmen des Folgekostenberechnungsprozesses können diese Daten je Kostenstelle aus dem ERP-System der KAGes ausgewertet werden. Als weiterer Kostenbestimmungsfaktor im Bereich der Stationen kann die Anzahl der stationären Fälle genannt werden. Da diese im System im IST sowie auch im PLAN für repräsentative Kostenstellen auswertbar sind, wird im Rahmen der Arbeit empfohlen, die Anzahl der stationären Fälle als Kostenbestimmungsfaktor für die Stationen heranzuziehen.

Es kann auch vorkommen, dass die Kosten von tagesklinischen Fällen auf Stations-Kostenstellen gesammelt werden, da die Tagesklinik örtlich nicht von der Normalstation getrennt ist. Hierfür wird empfohlen, die **Pflegetage** als Kostenbestimmungsfaktor heranzuziehen. Pfelegetage sind die Anzahl der Tage, die für einen stationären Aufenthalt inkl. Aufnahme- und Entlassungstag anfallen.¹¹²

¹¹⁰ Vgl. MUMM (2015), S. 3.

¹¹¹ S. STATISTIKVERORDNUNG FÜR FONDSKRANKENANSTALTEN, Blatt A2, 4.

¹¹² S. STATISTIKVERORDNUNG FÜR FONDSKRANKENANSTALTEN, Blatt A2, 4.

Bei der Kostenstelle OP kommen folgende drei Kostenbestimmungsfaktoren in Frage:

- Es können die **LKF-Punkte/MEL** als Bezugsgröße für die Höhe der Kosten herangezogen werden, wobei hier die Leistungskomponente¹¹³ der LKF-Punkte betrachtet wird. Dabei kann man eine repräsentative MEL einer OP-Kostenstelle heranziehen und die Punkte im IST- und im PLAN-Zustand pro OP-Kostenstelle darstellen. Als Schwachstelle dieses Kostenbestimmungsfaktors gilt die jährliche Systemänderung. Denn das LKF-System ändert die Bewertung einzelner MEL von Jahr zu Jahr. Kommt es zu keinen wesentlichen Systemänderungen, sodass eine Nachvollziehbarkeit über den Zeitablauf gewährleistet werden kann, sind die LKF-Punkte einer MEL eine taugliche Mengenkomponekte für eine OP-Kostenstelle.
- Weitere Kostenbestimmungsfaktoren im Bereich der OP-Kostenstellen sind die **OP-Minuten** oder die **Anzahl der Operationen**. Im Rahmen der Arbeit wird davon ausgegangen, dass die OP-Minuten die bessere Bezugsgröße für die Höhe der Kosten einer OP-Kostenstelle sind, da diese die Aufwendungen einer Operation geeigneter berücksichtigen.¹¹⁴ Die Schwachstelle dieses Kostenbestimmungsfaktors ist, dass die OP-Minuten keine Informationen über das benötigte OP-Personal/Team geben. Denn die Meinung, mehr Personal verursacht mehr Kosten, kann anhand der OP-Minuten nicht vertreten werden.
- Die **OP-Gruppen** können als weiterer Kostenbestimmungsfaktor für OP-Kostenstellen herangezogen werden. Die OP-Gruppen kommen im Bereich des Sonderklassecontrollings sowie der Sonderklasse-Patientenverrechnung zum Einsatz. Hierbei werden je nach Schwierigkeitsgrad einer OP den Sonderklasse-Patienten/innen bzw. deren Versicherungen mehr oder weniger Kosten zugerechnet. Fällt die Entscheidung auf die OP-Gruppen als Kostenbestimmungsfaktor, hat dies zur Folge, dass die Äquivalenzziffernkalkulation zum Einsatz kommt. Im IST- sowie im PLAN-Zustand wäre es erforderlich, die einzelnen MEL zu erfassen bzw. zu planen und danach den einzelnen OP-Gruppen zuzuordnen. Der Aufwand sowie die etwas komplexere Handhabung dieser Methode stellt die Schwachstelle dieses Ansatzes dar.

¹¹³ Vgl. Kapitel 7.1.1, S. 63.

¹¹⁴ Vgl. MACARIO (2010), S. 233 f.

Im Rahmen der Arbeit wird empfohlen, die **OP-Minuten** als Kostenbestimmungsfaktor für OP-Kostenstellen heranzuziehen. Der Grund dafür ist, dass die tatsächlichen OP-Bedarfsminuten je Operationskostenstelle aufgrund der Dokumentation des OP-Managements der KAGes aus dem ERP-System abrufbar sind. Werden Projekte durchgeführt, die eine detaillierte Planung der einzelnen medizinischen Einzelleistungen vorsehen, können auch die LKF-Punkte/MEL bzw. die OP-Gruppen als Kostenbestimmungsfaktoren angewandt werden.

Für die Kostenstelle Ambulanz scheinen die **Frequenzen an ambulanten Patienten/Patientinnen** passende Kostenbestimmungsfaktoren darzustellen. Die Frequenzen an ambulanten Patienten/Patientinnen werden definiert als die Anzahl der Besuche von ambulanten Patienten/Patientinnen auf einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle eines Berichtsjahres.¹¹⁵

Für sonstige Kostenstellen, z.B. Labor, Versorgungszentren, Simulationszentren etc., können unterschiedliche Kostenbestimmungsfaktoren herangezogen werden. Bei Labor-Kostenstellen empfiehlt es sich, die Anzahl an Laborleistungen als Kostenbestimmungsfaktor anzunehmen. Im Bereich der Versorgungszentren ist vermutlich die Anzahl der Pfl egetage ein passender Kostentreiber. Die Anzahl an Schulungsleistungen könnte für die Kostenstelle eines Simulationszentrums als Kostenbestimmungsfaktor herangezogen werden. Im Allgemeinen sollten jene Kostenbestimmungsfaktoren ausgewählt werden, welche eine starke Korrelation/einen starken Zusammenhang zu den Kosten vermuten lässt.

Im Rahmen der Masterarbeit ist es essentiell, dass die zuvor beschriebenen Kostenbestimmungsfaktoren leicht zugänglich, verständlich sowie auswertbar sind, daher wird auf die bekannten und bestehenden Kennzahlen, welche im ERP-System der KAGes enthalten sind, zurückgegriffen. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip bestärkt diesen Ansatz, indem es beschreibt, dass eine Verhältnismäßigkeit zwischen dem Einsatz und dem Ergebnis der Leistung unter Berücksichtigung der Kostendämpfung herrschen soll und somit die Kosten der Erhebung den Nutzen nicht übersteigen sollen.¹¹⁶

Es ist zu beachten, dass die einzelnen Kostenarten bei landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen nicht vorab in fixe sowie variable Bestandteile eingeteilt werden. Es werden die Kostenarten projektspezifisch mittels Schätzungen, Erfahrungswerten sowie Kosten-Zeitreihen in fixe und variable Bestandteile aufgeteilt. Daher sind manche Kostenarten als

¹¹⁵ Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN - DOKUMENTATION IM AMBULANTEN BEREICH (2012), Onlinequelle [12.12.2017], S. 8.

¹¹⁶ S. § 2 Z 7 GQG.

eindeutig fix anzusehen, d.h. es erfolgt bei einer Mengenveränderung keine Erhöhung der Kosten, diese werden fortgeschrieben. Diese Vorgehensweise hat sich bei der KAGes im Zeitablauf bewährt und wird daher im Zuge der Masterarbeit beibehalten.

Die zuvor beschriebenen Inhalte lassen auf die Kontrollmöglichkeiten der starren PKR schließen, da es sich um geplante starre Kosteneinflussgrößen je Kostenstelle handelt. Bei der starren PKR wird grundsätzlich keine Aufteilung der Kosten pro Kostenart in fixe und variable Bestandteile vorgenommen. Als Eigenheit wird festgehalten, dass manche Kostenarten bei der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnung als fix gelten. Diese sind im Anhang aufgelistet.¹¹⁷ Die Auflistung dieser einzelnen Kostenarten sollte nicht als verbindlich angesehen werden, da diese Kategorisierungen projektabhängig sind.

Für Kostenkontrollzwecke wird empfohlen, die Kosten je Kostenart einzelner vom Projekt betroffenen Kostenstellen hochzurechnen. Im Nachhinein wird dadurch die Möglichkeit geschaffen, die Gesamtabweichung, Differenz zwischen IST- und PLAN-Kosten, sowie die Restabweichung, Differenz zwischen IST-Kosten und verrechnete PLAN-Kosten zur IST-Leistung zu berechnen. Das Problem der starren PKR ist dabei die Proportionalisierung der Fixkosten trotz Berücksichtigung mancher Fixkostenarten. Dieses Problem wird durch die Festlegung mancher fixen Kostenarten reduziert, aber nicht eliminiert. Es wird festgehalten, dass die Kostenkontrolle/Evaluierung von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen – Ebene 1 der Kostenkontrolle – als Identifizierung der näher zu betrachtenden Kostenstellen dient.

Nachfolgend werden die Anforderungen des Abteilungsleiters der OE FC dargelegt. Dabei wird zum einen ein Augenmerk auf eine rasche und effiziente Kostenkontrolle gelegt und zum anderen sollen detaillierte Ansätze zur Kostenkontrolle konzipiert werden.

5.1 Anforderung einer Evaluierung

Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der OE Finanzen und Controlling sind für die Durchführung der Evaluierungen von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen verantwortlich. Im Speziellen ist das Folgekosten-Team, welches der OE FC angehört, zuständig, Evaluierungsvorschläge vorzubereiten. Als organisatorische Vorgaben wurden dem Folgekosten-Team folgende Punkte auferlegt:

¹¹⁷ Vgl. Anhang D, S. 115 f.

- klare und einfache Strukturen
- adäquater Zeit- und Ressourcenaufwand
- Vergleichbarkeit der Evaluierungen
- geregelte Verantwortlichkeiten
- Kostengenauigkeit
- aussagekräftiges Ergebnis

5.2 Starre Plankostenrechnung

Nachfolgende Aufzählungen werden als Vorgehensweise bei der Evaluierung von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen angedacht und empfohlen:

- Berücksichtigung möglicher Veränderungen bei Kostenarten-/ Kostenstellenstrukturen sowie bei Rahmenbedingungen des Projektes
- Erhebung der IST-Kosten/Erlöse pro Kostenstelle des Routinejahres (= Jahr der Inbetriebnahme des Projektes und gleichzeitig das Evaluierungsjahr)
- Erhebung der IST-Leistungsdaten pro Kostenstelle des Routinejahres
- Auswahl und Festlegung der Valorisierungsfaktoren

Am Beginn jeder Evaluierung wird empfohlen, die Anstaltsleitung oder die/den Controlling-Verantwortliche/n des jeweiligen LKH, in dem ein Projekt umgesetzt wurde und das es zu evaluieren gilt, zu kontaktieren. Dabei sollen Inhalte hinsichtlich projektspezifischer Veränderungen in der Kostenarten- oder Kostenstellenstruktur sowie der Rahmenbedingungen besprochen werden. Traf Unvorhersehbares ein, ist das, solange es wesentlich ist, im Rahmen der Evaluierung zu berücksichtigen. Als mögliche unvorhersehbare Veränderungen können beispielhaft genannt werden:

- Veränderungen der Kostenarten- und/oder Kostenstellenstruktur
- Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen
- Änderungen bei der Finanzierung (z.B. Einführung eines ambulanten LKF-Systems)
- medizinischer/medizintechnischer Fortschritt
- Veränderungen bei der Betriebs-, Ablauf- und/oder Aufbauorganisation
- etc.

Eine Überprüfung der Kostenstellenstruktur wird empfohlen. Dabei müssen die geplanten vom Projekt betroffenen Kostenstellen mit den tatsächlich im Einsatz befindlichen Kostenstellen des Routine-/Evaluierungsjahres abgeglichen werden. Dazu sind die vom Projekt betroffenen Kostenstellen des Routine-/Evaluierungsjahres vom jeweiligen LKH anzufordern. Die Gründe des Abgleiches sind zum einen, dass zwischen Bezugs- und Routinejahr mögliche vom Projekt betroffene Kostenstellen erstellt oder aber auch eliminiert wurden. Derartige Kostenstellenveränderungen lassen sich auf die Betriebs- und Ablauforganisation einer Krankenanstalt zurückführen. Zum anderen hätte eine Nichtdurchführung des Abgleiches zur Folge, dass die erhobenen IST-Kosten/Erlöse des Routine-/Evaluierungsjahres nicht die gesamten vom Projekt betroffenen Kosten und Erlöse darstellen, da entweder Kostenstellen fehlen oder zu viele Kostenstellen für die Auswertung herangezogen werden.

Weitere Veränderungen zwischen Bezugs- und Routinejahr sollten unter Abwägung des Kosten-/Nutzen-Verhältnisses erhoben und gegebenenfalls bei der Evaluierung berücksichtigt werden.¹¹⁸

In weiterer Folge sind die IST-Kosten/Erlöse des Routine- bzw. Evaluierungsjahres aus dem Programm SAP BW auszuwerten. Die Aufbereitung der Daten sollte in derselben Form vorgenommen werden, wie es bei der Folgekostenberechnung des Projektes gemacht wurde. Diese Vorgehensweise stellt eine Vergleichbarkeit der Darstellung sicher. Die Masterarbeit setzt sich zum Ziel, mögliche Ansätze für Kostenkontrollmöglichkeiten für landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen zu konzipieren, daher wird das Folgekosten-Projekt „Chirurgiekomplex, Bauetappe 2“ am LKH-Univ. Klinikum Graz für Kostenkontrollzwecke neu aufbereitet, um Kostenkontrollen unter Berücksichtigung eines Mengengerüsts je Kostenstelle durchführen zu können. Erfolgt keine Aufrollung des Projektes, können lediglich Gesamtabweichungen zwischen IST- und PLAN-Werten eruiert und keine Abweichungsverursacher identifiziert werden. Die Wiederaufnahme des Projektes „CHIR, BE2“ wird nicht Teil der Arbeit sein, es soll als Hilfestellung für das Folgekosten-Team der OE FC dienen.

Der nächste Schritt ist, die PLAN-Kosten mit Valorisierungsfaktoren auf der Preisbasis des Routine- bzw. Evaluierungsjahres hochzurechnen. Die PLAN-Kosten bzw. Folgekosten eines Projektes werden auf der Preisbasis des Bezugsjahres errechnet, diese Vorgehensweise wurde gemeinsam mit dem Landesrechnungshof Steiermark vereinbart. Durch die Valorisierung der PLAN-Kosten/Erlöse wird eine Vergleichbarkeit der IST-Kosten/Erlöse mit den PLAN-Kosten/Erlösen sichergestellt.¹¹⁹

¹¹⁸ S. § 2 Z 7 GQG.

¹¹⁹ Vgl. LEIMBÖCK/KLAUS/HÖLKERMANN (2015), S. 47 f.

Ein Valorisierungsfaktor (zumeist Verbraucherpreisindex) ist ein Maßstab für die allgemeine Preisentwicklung bzw. für die Inflation in Österreich.¹²⁰ Jährlich werden von der KAGes die Valorisierungsfaktoren für Personal- sowie Sachkosten ermittelt und an die betroffenen Bereiche der KAGes übermittelt. Die Grundlage der Prozentsätze bilden die Durchschnitte der Prognosewerte vom WIFO, ÖNB und IHS. Nachfolgende Abbildung stellt die jährlich verwendeten Valorisierungsfaktoren der KAGes dar:

Valorisierungsfaktoren - KAGes		
Jahre	Personal-kosten	Sach-kosten
2012	1,00%	2,00%
2013	3,00%	2,00%
2014	2,50%	1,80%
2015	3,00%	1,50%
2016	2,30%	1,50%
2017	2,30%	2,00%
2018	3,22%	1,80%

Tabelle 2: Valorisierungsfaktoren 2012 - 2018 - KAGes, Quelle: OE FC.

Nachdem die PLAN-Kosten/Erlöse mittels Valorisierungsfaktoren auf die Preisbasis des Routine-/Evaluierungsjahres hochgerechnet wurden, können die valorisierten PLAN-Kosten den IST-Kosten des Routinejahres gegenübergestellt werden. Aus der Gegenüberstellung der PLAN- vs. IST-Kosten/Erlöse errechnet man die erste Abweichung (= Gesamtabweichung).

Die weitere Vorgehensweise beinhaltet die Berechnung der verrechneten PLAN-Kosten zur IST-Leistung, hierfür ist es erforderlich, die IST-Leistungsdaten je Kostenstelle für das Routine- bzw. Evaluierungsjahr zu erheben. Die Erhebung wird entweder in Kooperation mit der Organisationseinheit Medizin- und Pflege-Management, nachfolgend OE MPM, oder mithilfe des Berichtstools SAP BW durchgeführt; dies ist von der Komplexität des Projektes abhängig. Die Aufgabe der OE MPM ist es, die projektspezifischen medizinischen IST-Leistungsdaten (z.B.: Frequenzen, Fälle, OP-Minuten etc.) des Routine-/Evaluierungsjahres zu erheben und der OE FC für Evaluierungszwecke zur Verfügung zu stellen.

Durch die Erhebung der medizinischen Leistungsdaten ist es möglich, die verrechneten PLAN-Kosten (= PLAN-Kosten der IST-Leistung) zu berechnen. Nachfolgende Abbildung bildet die angedachte Berechnung ab:

¹²⁰ Vgl. BUNDESANSTALT STATISTIK ÖSTERREICH (2017), Onlinequelle [12.12.2017].

$$\text{PLAN-Kosten zur IST-Leistung} = \frac{\text{PLAN-Kosten (valorisiert)}}{\text{PLAN-Leistung}} \times \text{IST-Leistung}$$

Abbildung 12: Formel - PLAN-Kosten zur IST-Leistung, Quelle: OSSADNIK (2008), S. 236 (leicht modifiziert).

Die Differenz aus IST-Kosten und den verrechneten PLAN-Kosten zur IST-Leistung ergibt die zweite Abweichung (= Budget-, Mengen- oder Restabweichung) der starren PKR. Im Rahmen der Arbeit wird die zweite Abweichung Restabweichung genannt. Der Vorteil der Restabweichung im Vergleich zur Gesamtabweichung ist, dass sich diese unter Berücksichtigung des IST-Mengengerüsts (= IST-Leistung) errechnet. Dennoch führt diese Abweichung zu keinem aussagekräftigen Ergebnis, da es zu einer Proportionalisierung der Fixkosten kommt, auch wenn manche Kostenarten als Fixkostenarten angesehen werden. Werden Kostenarten als eindeutig variabel identifiziert und festgelegt, dann kann die Restabweichung, auch im Rahmen der starren PKR, als Verbrauchsabweichung angesehen und somit einem Kostenstellenverantwortlichen angelastet werden.

Nachfolgende Abbildung zeigt eine mögliche komprimierte Darstellung der Kostenkontrolle auf der Ebene der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen im adaptierten Excel-Folgekostenformularkonvolut:

Kostenarten/Kostenstellen		Kostenauflösung (%-Anteil)		Erhebung - Folgekosten					Evaluierung (IST-OP-Minuten (Jahr: 2021): 290.000 Minuten)					
				HERZ OP		IST (Jahr: 2014)	Abw. (in %)	PLAN (Jahr: 2021)	Abw. (in €)	PLAN valorisiert (Jahr: 2021)	verr. PLAN- Kosten zur IST- Leistung	IST-Kosten (Jahr: 2021)	Gesamt- abweichung	Rest- abweichung
				IST (2014)	PLAN (2021)									
520221	Blut und Blutersatz			312 600	348 600	€ 550 000	11,52%	€ 613 340	€ 63 340	€ 657 583	€ 547 043	€ 610 000	€ 47 583	€ 62 957

Abbildung 13: Kostenkontrolle - Ebene 1, Quelle: eigene Darstellung.

Die Abbildung veranschaulicht, dass die Kostenart „Blut und Blutersatz“ der Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ am LKH XY Mehrkosten im Vergleich zum PLAN unter der Berücksichtigung der IST-Leistung iHv. € 62.957,- verursacht hat. Diese Mehrkosten können dem Kostenstellenverantwortlichen angelastet werden, da die Kostenart „Blut und Blutersatz“ als variable Kostenart angesehen wird. Denn diese Kostenart in dieser Kostenstelle hätte unter Berücksichtigung der IST-Leistung (= 290.000 OP-Minuten) Kosten iHv. € 547.043,- (= verrechnete PLAN-Kosten zur IST-Leistung) verursachen dürfen. Im Vergleich zu den tatsächlichen IST-Kosten entstehen daher die Mehrkosten iHv. € 62.957,-. Diese Abbildung zeigt, dass auch die Restabweichung ein aussagekräftiges Ergebnis liefern kann. Die Voraussetzung dabei ist, dass die Kostenart einer ausgewählten Kostenstelle als variabel (100%) angesehen wird.

Es ist aufgrund der fehlenden Kostenauflösung bei landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen nicht möglich, eine Proportionalisierung der Fixkosten zu vermeiden. Nachfolgende Abbildung zeigt das Problem dieser Ebene der Kostenkontrolle auf.

Kostenarten/Kostenstellen		Kostenauflösung (%-Anteil)		Erhebung - Folgekosten						Evaluierung (IST-OP-Minuten (Jahr: 2021): 290.000 Minuten)				
				HERZ OP		IST (Jahr: 2014)	Abw. (in %)	PLAN (Jahr: 2021)	Abw. (in €)	PLAN valorisiert (Jahr: 2021)	verr. PLAN- Kosten zur IST- Leistung	IST-Kosten (Jahr: 2021)	Gesamt- abweichung	Rest- abweichung
				IST (2014)	PLAN (2021)									
721727	Wartung medizinisch-technischer Anlagen	Fixkosten	variable Kosten	312 600	348 600	€ 10 000	11,52%	€ 11 152	€ 1 152	€ 11 956	€ 9 946	€ 10 900	-€ 1 056	€ 954

Abbildung 14: Kostenkontrolle – Ebene 1 – Proportionalisierung der Fixkosten, Quelle: eigene Darstellung.

Im Rahmen der Erhebung der Folgekosten wird die Kostenart 721727 „Wartung medizinisch-technischer Anlagen“ mit der geplanten Leistungsveränderung der OP-Minuten von 11,52% auf den PLAN-Zustand hochgerechnet. Tatsächlich kann diese Kostenart nicht als 100% variabel angesehen werden, da Fixverträge mit Wartungsfirmen abgeschlossen wurden und lediglich bei Problemen eine zusätzliche Wartung/Überprüfung erforderlich ist. Als realistische Kostenauflösung könnte daher eine Aufteilung von 50% als variable Kosten und 50% als fixe Kosten angenommen werden. Durch diese fehlerhafte Hochrechnung der Kosten kommt es zu einer Proportionalisierung der Fixkosten und somit zu einer unrichtigen Basis für eine Evaluierung. Dieses Beispiel soll aufzeigen, dass diese Ebene der Kostenkontrolle zur Identifizierung der näher zu betrachtenden Kostenstelle herangezogen werden sollte, da erst bei der detaillierteren Betrachtung einzelner Kostenstellen eine Kostenauflösung durchgeführt wird und somit eine etwas treffendere Evaluierung möglich gemacht wird. Es sind jene Kostenstellen näher zu betrachten, die eine wesentliche Restabweichung aufweisen.

Im Rahmen der Arbeit wird eine Excel-Vorlage konzipiert, welche die neue Vorgehensweise der Erhebung der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen sowie eine Evaluierung (= Berechnung der Gesamt- und Restabweichung mithilfe der starren PKR) ermöglicht, um die näher zu betrachtenden Kostenstellen identifizieren zu können. Dabei obliegt es dem Folgekosten-Team der KAGes, welche Kostenarten als fixe/variable oder semivariable Kostenarten angesehen werden. Im Rahmen der Arbeit werden mögliche Fixkostenarten festgelegt und im Anhang angefügt.¹²¹ Die angefügten Fixkostenarten sollen als Orientierung dienen. Diese sind projektabhängig und können von Projekt zu Projekt variieren. Die im Rahmen der Masterarbeit konzipierte Excel-Vorlage berücksichtigt dies in Form von Eingabefeldern, um eine Trennung der Kosten in fixe/variable/semivariable vornehmen zu

¹²¹ Vgl. Anhang D, S. 115 f.

können. Die konzipierte Excel-Vorlage (Ebene 1 der Kostenkontrolle) sowie das adaptierte Musterformularkonvolut werden im Anhang dargestellt.¹²²

Zusammenfassend kann angeführt werden, dass eine Kostenkontrolle auf dieser Ebene, nämlich der Ebene der Evaluierung von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen (Ebene 1), beschränkt möglich ist. Dieser Evaluierungsansatz liefert kein aussagekräftiges Ergebnis hinsichtlich Abweichungsursachen und kann daher lediglich zur Identifizierung der näher zu betrachtenden Kostenstelle herangezogen werden. Es kann nicht beurteilt werden, ob die Abweichungen aufgrund der Proportionalisierung der Fixkosten, Unwirtschaftlichkeiten oder Ähnlichem entstanden sind. Zudem können Kostenstellenverantwortliche nicht für diese Abweichungen belangt werden, da diese zu ungenauen Ergebnissen liefern. Diese Ebene der Kostenkontrolle dient, wie bereits zuvor erwähnt, der Identifizierung der näher zu betrachtenden Kostenstellen.

Das nächste Kapitel handelt von der Kostenkontrolle einzelner Kostenstellen. Diese Ebene der Kostenkontrolle ermöglicht es, die Proportionalisierung der Fixkosten zu eliminieren, die Gesamtabweichung in eine Beschäftigungs- sowie Verbrauchsabweichung aufzusplitten und Abweichungsursachen weitgehend zu identifizieren.

¹²² Vgl. Anhang D, S. 115 ff.

6 Kostenkontrolle – Ebene einzelner Kostenstellen

Kostenkontrollen auf der Ebene einzelner Kostenstellen führen im Rahmen der Masterarbeit zur Anwendung der flexiblen Plankostenrechnung.¹²³ Da die Kostenkontrolle von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen keine zufriedenstellenden Ergebnisse liefert, ist eine Analyse von einzelnen vom Projekt betroffenen Kostenstellen erforderlich. Diese Ebene der Kostenkontrolle erfordert keine Anwendung, wenn das Routine-/Evaluierungsjahr im Vergleich zum Bezugsjahr keine wesentlichen Leistungsänderungen aufweist.

Kommt es in der Ebene 1 der Kostenkontrolle¹²⁴ zu wesentlichen Abweichungen zwischen PLAN- und IST-Kosten/Erlösen/Leistungen, wird im Rahmen der Evaluierungen von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen empfohlen, einzelne Kostenstellen auszuwählen und diese näher zu analysieren. Es sind jene Kostenstellen heranzuziehen, die eine wesentliche Restabweichung aufweisen. Als Wesentlichkeitsgrenze werden ca. > 10% von den Gesamtkosten des Projektes als Maßstab festgesetzt, wobei diese Grenze als projektabhängig anzusehen ist.

Eine Vorgabe des OE FC-Leiters ist es, Personal- und Zeitressourcen bei der Evaluierung von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen zu sparen. Daher werden im nachfolgenden Unterkapitel rasch anwendbare Ansätze vorgestellt, die einen Überblick über die zu evaluierende landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnung/Kostenstelle gewährleisten sollen.

6.1 Ansätze für eine effiziente Kostenkontrolle – Ebene einzelner Kostenstellen

Evaluierungen erfordern Zeit und Ressourcen. Um einen raschen Überblick über die Abweichungssituation erlangen zu können, werden nachfolgend einzelne Ansätze dargestellt.

¹²³ Vgl. FRODL (2011), S. 57.

¹²⁴ Vgl. Kapitel 5, S. 41.

6.1.1 Fixkostendegression

Die Fixkosten einer Krankenanstalt sind Kosten, die grundsätzlich konstant sind und unabhängig von der Leistungserbringung anfallen. Es handelt sich somit um beschäftigungsunabhängige Kosten, welche auch entstehen, wenn Patientinnen und Patienten beispielhaft nicht behandelt werden oder Stationen, Ambulanzen oder Operationssäle nicht vollkommen ausgelastet sind. Beispielhaft können die Raumkosten, Miete oder Reinigung als Fixkosten angeführt werden, wobei dies von LKH zu LKH unterschiedlich angesehen werden kann. Die Fixkosten eines Gesundheitsbetriebes stellen somit fixe Zahlungsverpflichtungen dar, unabhängig davon, wie viel Umsatz erwirtschaftet wird und wie viele Leistungen in einer gewissen Periode erbracht werden.¹²⁵ Daher wird der Betrachtung der Fixkosten im Rahmen der Arbeit besondere Bedeutung beigemessen. Das Ziel dieses Unterkapitels ist es, aufzuzeigen, dass Kostenverläufe bei zunehmenden Leistungen abnehmende Kosten je Fall/Patient/Patientin/Kostenstelle verursachen. Dieser Effekt kann mithilfe der Fixkostendegression erzielt werden.

Eine Fixkostendegression entsteht bei einer Erhöhung der Kapazitätsauslastung. Dabei kommt es zu einer Abnahme des Fixkostenanteils pro Einheit.¹²⁶ Im Rahmen der Arbeit wird empfohlen, jene Kostenstellen, die eine Restabweichung aufweisen und über der Wesentlichkeitsgrenze liegen, hinsichtlich der Fixkostendegression bzw. Entwicklung der Fixkosten zu untersuchen, um sich einen Überblick über die Kostenstelle zu verschaffen.

Zuerst sind dabei die PLAN-Belagstage sowie -Auslastung und deren zugrundeliegenden tatsächlichen IST-Belagstage sowie -Auslastung einer Kostenstelle zu erheben. Anstatt der Belagstage können auch die Fälle einer Kostenstelle als Betrachtungsobjekt herangezogen werden. Die PLAN-Auslastung einer Stations-, Ambulanz- und OP-Kostenstelle wird bei der KAGes meist mit 80% festgelegt. Die IST-Auslastung und Belagstage der zu analysierenden Kostenstelle können aus dem ERP-System SAP ausgewertet werden. Kommt es zu einer Erhöhung der Auslastung, müssten sich die Kosten dieser Kostenstelle erhöhen, aber die Gesamtkosten je Belagstag verringern. Der Grund dafür ist, dass sich die konstanten Fixkosten auf eine größere Menge (in diesem Fall: Auslastung/Belagstage) verteilen.¹²⁷ Nachfolgendes Beispiel soll das exemplarisch für die Primärkosten einer Kostenstelle darstellen:

¹²⁵ Vgl. FRODL (2011), S. 66 ff.

¹²⁶ Vgl. HORVATH (2011), S. 512.

¹²⁷ Vgl. COENENBERG/FISCHER/GÜNTHER (2016), S. 88.

Belagstage PLAN	22 000
Belagstage IST	26 400
Auslastung PLAN	80%
Auslastung IST	100%

	PLAN (80% Auslastung)	Kostenauflösung		PLAN 80% Auslastung						IST 100% Auslastung						Abw. GK/BT (€)	Abw. GK/BT (%)	
		kvar	kfix	kvar	kfix	Gesamtkosten	kvar/BT	kfix/BT	GK/BT	kvar	kfix	Gesamtkosten	kvar/BT	kfix/BT	GK/BT			
1 PERSONALKOSTEN	€ 59 556 527		100%	-	59 556 526,9	59 556 526,9	-	2 707,1	€ 2 707	-	59 556 526,9	59 556 526,9	-	2 255,9	€ 2 256	-€ 451,2	-16,7%	
2 MED GEBRAUCHS- U. VERBRAUCHSGÜTER	€ 17 105 482	100%		17 105 481,8	-	17 105 481,8	777,5	-	€ 778	21 381 852,2	-	21 381 852,2	809,9	-	€ 810	€ 32,4	4,2%	
3 NICHTMED. GEBRAUCHS- UND VERBR. GÜTER	€ 1 782 828	80%	20%	1 426 262,3	356 565,6	1 782 827,9	64,8	16,2	€ 81	1 782 827,9	356 565,6	2 139 393,4	67,5	13,5	€ 81	€ -	0,0%	
4 MED. FREMDLEISTUNGEN	€ 2 701 604	75%	25%	2 026 202,8	675 400,9	2 701 603,7	92,1	30,7	€ 123	2 532 753,5	675 400,9	3 208 154,4	95,9	25,6	€ 122	-€ 1,3	-1,0%	
5 NICHTMED. FREMDLEISTUNGEN	€ 7 344 297	60%	40%	4 406 578,1	2 937 718,7	7 344 296,9	200,3	133,5	€ 334	5 508 222,7	2 937 718,7	8 445 941,4	208,6	111,3	€ 320	-€ 13,9	-4,2%	
6 ENERGIEKOSTEN	€ 1 015 761	20%	80%	203 152,2	812 609,0	1 015 761,2	9,2	36,9	€ 46	253 940,3	812 609,0	1 066 549,3	9,6	30,8	€ 40	-€ 5,8	-12,5%	
7 ABGABEN, GEBÜHREN U. SONSTIGE KOSTEN	€ 6 646 874		100%	-	6 646 873,9	6 646 873,9	-	302,1	€ 302	-	6 646 873,9	6 646 873,9	-	251,8	€ 252	-€ 50,4	-16,7%	
8 KALKULATORISCHE ANLAGEKAPITALKOSTEN	€ 6 429 367	10%	90%	642 936,7	5 786 430,3	6 429 367,0	29,2	263,0	€ 292	803 670,9	5 786 430,3	6 590 101,2	30,4	219,2	€ 250	-€ 42,6	-14,6%	
SUMME PRIMÄRKOSTEN	€ 102 582 739			25 810 614,0	76 772 125,3	102 582 739,2	1 173,2	3 489,6	€ 4 663	32 263 267,4	76 772 125,3	109 035 392,7	1 222,1	2 908,0	€ 4 130	-€ 532,7	-11,4%	
<i>Gesamtkostensteigerung der Kostenstelle:</i>									6,3%									

Abbildung 15: Beispiel - Fixkostendegression, Quelle: eigene Darstellung.

Diese Abbildung veranschaulicht, dass die Gesamtkosten der Kostenstelle bei einer Auslastungserhöhung um 20% um ca. 6,3% steigen. Die Kosten pro Belagstag verringern sich jedoch aufgrund der Fixkostendegression (von € 4.663,- zu € 4.130,-) um -11,4%. Dies ist auf die Fixkostendegression zurückzuführen.

Daraus kann abgeleitet werden, dass unter Beachtung der Fixkostendegression eine Kostensteigerung vorliegt, wenn sich die Auslastung und Belagstage einer Kostenstelle stark erhöhen und die Kosten ident geblieben sind. Denn unter Berücksichtigung der Fixkostendegression wäre bei einer Erhöhung der Auslastung eine Kostensenkung pro Mengeneinheit zu erwarten.

6.1.2 Leer- und Wechselzeiten einer Operations-Kostenstelle

Operationsbereiche stellen wesentliche Kostenfaktoren für Gesundheitsbetriebe dar. Vor allem die Personalkosten charakterisieren in diesem Bereich einen Hauptkostenblock.¹²⁸ Daher wird in diesem Unterkapitel ein Ansatz als Überblick für die Operationsbereichs-Effizienz und deren Zusammenhang mit den Kosten vorgestellt. Die Verantwortung eines Operationsbereiches obliegt bei der KAGes dem Operationsbereichs-Management des jeweiligen LKH sowie dem OP-Kostenstellenverantwortlichen. Im Bereich der landesrechnungshöflichen Folgekostenberechnungen können bei Betrachtung der Operationsaal-Effizienz bzw. -Ineffizienz Rückschlüsse auf Unwirtschaftlichkeiten einer OP-Kostenstelle gezogen werden. Daraus können mögliche Einsparungspotenziale bzw. Verbesserungen des Ressourcenverbrauches erhoben werden.

¹²⁸ Vgl. SCHUSTER/WICHA/FIEGE/GOETZ (2007), S. 1058 ff.

Die OP-Zeiten sind Kostentreiber einer OP-Kostenstelle. Die OP-Zeiten, die direkt im Zusammenhang mit der Leistungserbringung an der Patientin bzw. dem Patienten stehen, sind nicht Teil dieses Unterkapitels. Es wird in diesem Unterkapitel auf die Leer- und Wechselzeiten eines Operationsbereiches eingegangen, welche die ungenutzte Zeit eines Operationssaals darstellt und somit Kosten verursacht. Als Wechselzeit bezeichnet man die Zeit vom Ende der vorherigen Operation bis zum Beginn der nachfolgenden Operation. Leerzeiten eines Operationssaals entstehen, wenn es beispielsweise zu Verspätungen des Operationsbeginns kommt, dies kann verschuldet sein durch die Unpünktlichkeit des Patienten bzw. der Patientin oder des Personals, durch verzögerten Transport des Patienten bzw. der Patientin in den Operationssaal, durch Abstimmungsprobleme und unklare Aufgabenverteilungen zwischen oder vor der Operation oder durch suboptimale Abläufe. Diese führen zum einen zu vermeidbaren Personalkosten (z.B. Überstunden und/oder zusätzlich vorzuhaltendes Personal) und zu Verschiebungen von Operationen, was zur Folge haben kann, dass die Patientinnen und Patienten länger im LKH bleiben müssen und somit wiederum mehr Kosten verursachen.¹²⁹

Ungenutzte Zeiten (Leer- und Wechselzeiten) werden grundsätzlich bei der KAGes nicht dokumentiert. Es werden die Operationszeiten (Beginn der OP, Schnitt- und Naht-Zeit, Anästhesiezeit sowie die Rüstzeit und das Ende der OP) vom Pflegepersonal während der OP erfasst und dokumentiert. Weisen OP-Kostenstellen unerklärliche Kosten im Zuge der Ebene 1 der Kostenkontrolle auf, wird im Rahmen der Arbeit empfohlen, die OP-Zeiten dieser Kostenstelle vom Operationsbereichs-Management des jeweiligen LKH anzufordern, um einen Überblick der Kosten- sowie Zeitsituation zu erhalten. Dabei sollte ein Augenmerk auf den Beginn von Operationen gelegt werden. Stimmen die Start-Zeiten der Operationen nicht mit den geplanten Start-Operationszeiten der OP-Kostenstelle überein, sind diese Abweichungen zu hinterfragen. Kommt es zu langen Wartezeiten zwischen den Operationen (= Wechselzeiten) bzw. Leerzeiten, sind auch diese mit dem/der Verantwortlichen der OP-Kostenstelle zu besprechen und Ursachen dafür zu finden. Können bei diesen Gesprächen keine Ursachen festgestellt werden, sollte das Operationsbereichs-Management hinzugezogen werden und es sollte über eine Analyse der Arbeitsabläufe des Operationsbereiches nachgedacht werden.

Dieser Ansatz soll aufzeigen, dass es sinnvoll sein kann, auch andere Aspekte als die Leistungen und deren dazugehörige Kosten zu betrachten. In diesem Fall betrachtet man die Leer- bzw. Wechselzeiten einer OP-Kostenstelle, um mögliche Unwirtschaftlichkeiten, welche sich auf die Kosten negativ auswirken, eruieren zu können. Vermutlich wird auch der Landesrechnungshof Steiermark ein Interesse daran haben, wissen zu wollen, wie effizient die

¹²⁹ Vgl. BAUMANN/REEHE/SCHMIED/ULLRICH (2008), Onlinequelle [12.03.2018], S. 243.

mit Landesmitteln finanzierten Operationssäle arbeiten und welche Ineffizienzen sie aufweisen. Zudem kann der/die Kostenstellenverantwortliche eine Analyse der Leer- und Wechselzeiten für Erklärungen von Abweichungen heranziehen und nutzen, um Argumentationen für mögliche Mehrkosten liefern zu können.

Durch die Betrachtung der Wechsel- sowie Leerzeiten können Arbeitsabläufe optimiert und somit Kosteneinsparungen in den Operationsbereichen erzielt werden. Im Bereich der Evaluierungen von OP-Kostenstellen trägt die Betrachtung der Wechsel- sowie Leerzeiten dazu bei, Unwirtschaftlichkeiten zu eruieren und somit mögliche Kostensteigerungen erklären zu können.

6.2 Kostenkontrolle – Ebene Kostenstelle

Das allgemeine Ziel eines Gesundheitsbetriebes und somit auch das Ziel der KAGes ist es, die erforderlichen ärztlich-pflegerischen Maßnahmen an Patientinnen und Patienten durchzuführen und zugleich ökonomisch zu wirtschaften bzw. zu handeln. Ein Zweck der Kosten- und Leistungsrechnung eines Gesundheitsbetriebes ist daher die Ermittlung, Beurteilung sowie Kontrolle der Wirtschaftlichkeit.¹³⁰ Die einfach-flexible Plankostenrechnung ermöglicht eine Kontrolle der Wirtschaftlichkeit von einzelnen Kostenstellen. Dieses Kapitel beinhaltet einen möglichen Ansatz der Kostenkontrolle für ausgewählte Kostenstellen der KAGes. Im Kapitel 3.3.2 wird die im Rahmen der Masterarbeit ausgewählte Kostenkontrollmöglichkeit (Kostenkontrolle der Ebene 2) der einfach-flexiblen Plankostenrechnung auf Vollkostenbasis dargestellt.¹³¹ Die Betrachtung einzelner vom Projekt betroffenen Kostenstellen soll mögliche Hinweise für Unwirtschaftlichkeiten liefern und es ermöglichen, Abweichungsursachen zu eruieren und somit Abweichungen erklären zu können.¹³²

Die Aufgabe des FOKO-Teams ist es, Evaluierungen von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen durchzuführen. Durch die Betrachtung einzelner vom Projekt betroffenen Kostenstellen können jene Stellen eines Gesundheitsbetriebes überwacht werden, die die Kosten beeinflussen bzw. steuern.¹³³ Die Analyse von Kostenstellen dient zum einen der Evaluierung von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen und zum anderen

¹³⁰ Vgl. KEUN/PROTT (2008), S. 151.

¹³¹ Vgl. Kapitel 3.3.2, S. 23.

¹³² Vgl. STAHL (2002), S. 49 ff.

¹³³ Vgl. FRODL (2011), S. 71.

verschafft sie Kostenstellenverantwortlichen einen Überblick über deren Kostenstrukturen und hilft, den ökonomischen Aspekt der ärztlich-pflegerischen Maßnahmen vor Augen zu führen.

Im Rahmen der Masterarbeit stellt sich heraus, dass die Kostenkontrolle auf der Ebene der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen (Ebene 1) ein unzureichendes Ergebnis liefert. Die Ebene 1 der Kostenkontrolle dient der Identifizierung der näher zu betrachtenden Kostenstellen. Es sind jene Kostenstellen zu analysieren, welche eine Restabweichung, die über der Wesentlichkeitsgrenze liegt, aufweisen. Im Zuge der Masterarbeit wird eine Excel-Vorlage konzipiert, welche es ermöglichen soll, die Kostenkontrollmöglichkeiten der einfach-flexiblen Plankostenrechnung anzuwenden und die Gesamtabweichung in Beschäftigungs- sowie Verbrauchsabweichung aufzusplitten. Die Excel-Vorlage der einfach-flexiblen Plankostenrechnung wird im Anhang angefügt.¹³⁴

Die im Rahmen der Masterarbeit konzipierte Excel-Vorlage „Kostenkontrolle – einfach-flexible Plankostenrechnung“ soll einen Ansatz für Kostenkontrollen auf der Ebene einzelner Kostenstellen für die OE FC liefern. Die Basis dieses Kapitels sind die identifizierten Kostenstellen der Ebene 1 der Kostenkontrolle. Es wird empfohlen, jene Kostenstellen näher zu betrachten und in dieser Ebene der Kostenkontrolle zu berücksichtigen, die eine Restabweichung von > 10% von den Gesamtkosten eines Projektes aufweisen. Die Kosten sowie die dazugehörigen medizinischen sowie nicht-medizinischen Leistungsdaten der ausgewählten Kostenstellen sind in die konzipierte Excel-Vorlage einzutragen. Je nachdem, um welche Kostenstelle es sich handelt, sind die Leistungsdatenfelder zu befüllen.

Nachfolgend wird beispielhaft beschrieben sowie dargestellt, wie bei der Kostenkontrolle auf der Ebene 2 mithilfe der im Rahmen der Masterarbeit konzipierten Excel-Vorlage (Ebene 2 der Kostenkontrolle – einfach-flexible Plankostenrechnung) vorgegangen werden kann. Hierfür werden die Leistungsdaten sowie die Kosten der Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ des Landeskrankenhauses XY herangezogen.

Am Beginn der Evaluierung der Kostenstellen-Kosten sind zwecks Übersichtlichkeit nachfolgende Eingabefelder zu befüllen. Beispielhaft werden die Informationen der OP-Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ des Landeskrankenhauses XY angegeben:

¹³⁴ Vgl. Anhang E, S. 127.

- Buchungskreis: LKH XY
- Kostenstelle: XY11303 - Herz OP inkl. Anästhesie
- Bezugsjahr: 2014
- Routine- bzw. Evaluierungsjahr: 2016

Als Nächstes sind die medizinischen und/oder nicht-medizinischen Leistungsdaten, abhängig von der betroffenen Kostenstelle, einzutragen. Vollständigkeitshalber werden die IST-Leistungsdaten auch in die Excel-Vorlage eingetragen, um den Überblick der zu betrachtenden Kostenstelle behalten zu können. Die Dokumentation der medizinischen Leistungsdaten stellt jede Krankenanstalt vor eine Herausforderung. Die Auswertungen aus dem ERP-System SAP der KAGes sollten daher, bevor sie für die Evaluierung der ausgewählten Kostenstelle herangezogen werden, hinsichtlich Plausibilität, soweit es den Mitarbeitern der OE FC möglich ist, überprüft werden. Finden sich wesentliche und/oder sonderliche Abweichungen zwischen PLAN- sowie IST-Leistungsdaten, sollte die Basis, d.h. die Kostenstelle sowie die auszuwertenden Kennzahlen, nochmals ausgewertet werden. Kam es zu keinem Auswertungsfehler und sind die Leistungsdaten deutlich divergierend, sollte mit der OE MPM Kontakt aufgenommen werden, um die Datenbasis zu überprüfen. Denn durch die enormen Datenmengen bei der KAGes kann es gelegentlich zu inkorrekten Beladungen der Systeme kommen. Eine Aufklärung des Problems in Zusammenarbeit mit der OE MPM wäre daher zu empfehlen.

Zudem wird vorgeschlagen, die Historie der ausgewählten Kostenstelle zu betrachten. Denn es ist denkbar, dass sich die Kostenstelle im Zeitablauf (Jahre zwischen Bezugsjahr und Routine- bzw. Evaluierungsjahr) aufgrund der Ablauf-, Aufbau- und/oder Betriebsorganisationsstrukturen verändert hat. Die dafür benötigten Zeitressourcen werden im Nachhinein durch die Richtigkeit der Daten und somit auch der Evaluierung kompensiert. Denn nur wenn die Datenbasis korrekt ist, können Kostenstellenverantwortliche für mögliche Abweichungen verantwortlich gemacht werden.

Für die Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ des ausgewählten Landeskrankenhauses (LKH XY) wird als Kostenbestimmungsfaktor der OP-Minutenbedarf herangezogen. Im Rahmen der Evaluierung ergibt dies eine OP-Minutenbedarfsabweichung (IST vs. PLAN) iHv. 2.100 Minuten. Nachfolgende Abbildung zeigt eine mögliche Darstellung der Leistungsdaten:

Leistungsdaten (kostenstellenabhängig)	Evaluierung						
	IST (Bezugsjahr 2014)	Abw. (Min.)	Abw. (%)	PLAN (Routinejahr 2016)	IST (Routinejahr 2016)	Abw. (Min.)	Abw. (%)
OP-Minutenbedarf	312 600	- 6 000,00	-1,92%	306 600	304 500	- 2 100,00	-0,68%

Abbildung 16: Leistungsdaten - Kostenstelle "OP Herz inkl. Anästhesie", Quelle: eigene Darstellung.

Weiters sind die Valorisierungsfaktoren, abhängig von den Jahren, welche es zu betrachten gilt, in die Excel-Vorlage einzutragen. Die Valorisierungsfaktoren werden von der KAGES jährlich erhoben und an die betroffenen Bereiche der KAGES versendet. Die Auflistung der Valorisierungsfaktoren für Personal- sowie Sachkosten wird im Kapitel 5.2 dargestellt.¹³⁵

Da die einfach-flexible Plankostenrechnung eine Kostenauflösung aller Kostenarten voraussetzt, werden dafür Eingabefelder (Aufteilung in %) in der Excel-Vorlage berücksichtigt. Im Anhang wird beispielhaft ein Vorschlag für eine Kostenauflösung der Kostenarten der KAGES dargestellt, welche für die einfach-flexible Plankostenrechnung herangezogen werden kann.¹³⁶ Durch die Kostenauflösung kann die Proportionalisierung der Fixkosten eliminiert und die Verbrauchsabweichung den Kostenstellenverantwortlichen angelastet werden.

Es sind die IST-Kosten des Bezugs- sowie Routinejahres der ausgewählten Kostenstelle in die Excel-Vorlage einzugeben. Die PLAN-Kosten, die valorisierten PLAN-Kosten, die verrechneten PLAN-Kosten bei IST-Beschäftigung/Leistung und die SOLL-Kosten werden automatisch in der Excel-Vorlage berechnet. Zudem werden daraus die Beschäftigungs-, Verbrauchs- sowie Gesamtabweichung ermittelt.

Anschließend folgt die Kostenanalyse. Nachfolgende Abbildung zeigt das zusammengefasste, rechnerische Ergebnis der Evaluierung der Kostenstelle „OP Herz inkl. Anästhesie“ des Landeskrankenhauses XY:

¹³⁵ Vgl. Kapitel 5.2, S. 46.

¹³⁶ Vgl. Anhang A, S. 95.

Kostenstelle Herz OP inkl. Anästhesie	Kostenauflösung (% Anteil)		Hochrechnung				Evaluierung				
	fix	variabel	IST (Bezugsjahr)	PLAN (Routinejahr, Preis- basis = Bezugsjahr)	PLAN valorisiert 2016	verrechnete PLAN-Kosten bei IST- Beschäftigung	SOLL-Kosten (Routinejahr)	IST (Routinejahr)	Beschäftigungs- abweichung	Verbrauchs- abweichung	Gesamt- abweichung
SUMME PRIMÄRKOSTEN (01 - 08)			€ 11 061 141,47	€ 10 882 737,82	€ 11 239 749,99	€ 11 162 765,40	€ 11 175 390,40	€ 8 648 692,05	€ 12 625,00	-€ 2 526 698,35	-€ 2 514 073,35
1 PERSONALKOSTEN			€ 1 199 926,08	€ 1 196 736,31	€ 1 260 989,08	€ 1 252 352,17	€ 1 259 812,72	€ 1 592 417,04	€ 7 460,55	€ 332 604,32	€ 340 064,87
2 MED. GEBRAUCHS- UND VERBRAUCHSGÜTER			€ 8 893 978,72	€ 8 723 321,44	€ 8 986 983,83	€ 8 925 429,15	€ 8 925 448,44	€ 6 052 744,81	€ 19,29	-€ 2 872 703,63	-€ 2 872 684,34
3 NICHT-MED. GEBRAUCHS- UND VERBRAUCHSGÜTER			€ 102 078,57	€ 101 800,09	€ 104 876,99	€ 104 158,66	€ 104 776,45	€ 125 665,77	€ 617,79	€ 20 889,32	€ 21 507,11
4 MED. FREMDLEISTUNGEN			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
5 NICHT-MED. FREMDLEISTUNGEN			€ 302 817,12	€ 298 539,00	€ 307 562,34	€ 305 455,75	€ 306 015,05	€ 333 332,12	€ 559,30	€ 27 317,07	€ 27 876,37
6 ENERGIEKOSTEN			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3 190,01	€ -	€ 3 190,01	€ 3 190,01
7 ABGABEN, GEBÜHREN U. SONSTIGE KOSTEN			€ 4 163,86	€ 4 163,86	€ 4 289,71	€ 4 260,33	€ 4 289,71	€ 25 183,57	€ 29,38	€ 20 893,86	€ 20 923,24
8 KALKULATORISCHE ANLAGEKAPITALKOSTEN			€ 558 177,12	€ 558 177,12	€ 575 048,02	€ 571 109,34	€ 575 048,02	€ 516 158,73	€ 3 938,69	-€ 58 889,29	-€ 54 950,61

Abbildung 17: Ebene 2 der Kostenkontrolle - Kostenstelle "Herz OP inkl. Anästhesie", Quelle: eigene Darstellung.

Die Betrachtung der Summe der Primärkosten ergibt eine Kostenunterschreitung iHv. € 2.514.073,-. Dies lässt grundsätzlich auf ein wirtschaftliches sowie ökonomisches Handeln in der Kostenstelle schließen. Bei genauerer Analyse kann festgestellt werden, dass die Kostenunterschreitung vor allem aus der Kostenartengruppe 2 „Medizinische Ge- und Verbrauchsgüter“ iHv. € 2.872.684,- resultiert, primär betroffen ist dabei die Kostenart 520273 „Implantate und Endoprothesen“ wie nachfolgende Abbildung zeigt.

Kostenstelle Herz OP inkl. Anästhesie	Kostenauflösung (% Anteil)		Hochrechnung				Evaluierung				
	fix	variabel	IST (Bezugsjahr)	PLAN (Routinejahr, Preis- basis = Bezugsjahr)	PLAN valorisiert 2016	verrechnete PLAN-Kosten bei IST- Beschäftigung	SOLL-Kosten (Routinejahr)	IST (Routinejahr)	Beschäftigungs- abweichung	Verbrauchs- abweichung	Gesamt- abweichung
2 MED. GEBRAUCHS- UND VERBRAUCHSGÜTER			€ 8 893 978,72	€ 8 723 321,44	€ 8 986 983,83	€ 8 925 429,15	€ 8 925 448,44	€ 6 052 744,81	€ 19,29	-€ 2 872 703,63	-€ 2 872 684,34
- 27 Behandlungsbedarf u. Einmalbehandlungsbedarf			€ 6 878 218,93	€ 6 847 392,36	€ 6 950 103,25	€ 6 902 499,80	€ 6 902 499,80	€ 4 195 482,01	€ -	-€ 2 707 017,79	-€ 2 707 017,79
520271 Behandlungs- und Einmalbehandlungsbedarf	0%	100%	€ 1 005 364,99	€ 1 000 859,18	€ 1 015 872,07	€ 1 008 914,04	€ 1 008 914,04	€ 1 012 260,81	€ -	€ 3 346,77	€ 3 346,77
520273 Implantate und Endoprothesen	0%	100%	€ 5 872 853,94	€ 5 846 533,18	€ 5 934 231,18	€ 5 893 585,76	€ 5 893 585,76	€ 3 183 221,20	€ -	-€ 2 710 364,56	-€ 2 710 364,56

Abbildung 18: Ebene 2 der Kostenkontrolle - Kostenartengruppe 2 "Med. Ge- und Verbrauchsgüter", Quelle: eigene Darstellung.

Die geplanten Kosten dieser Kostenart belaufen sich auf € 5.934.231,-, die dazugehörigen SOLL-Kosten lauten € 5.893.586,- und die tatsächlich gebuchten Kosten im Jahr 2016 sind € 3.183.221,-. Da diese Kostenart als variable Kostenart (100%) charakterisiert wird, beläuft sich die Verbrauchsabweichung auf -€ 2.710.365,-. Dies kann zum einen auf die Leistungsreduzierung zurückzuführen sein und zum anderen möglicherweise aufzeigen, dass in der Kostenstelle ökonomisch gewirtschaftet wurde. Denn auf den ersten Blick rechtfertigt die Leistungsreduzierung iHv. 0,68% keine Einsparung iHv. von € 2.710.365,-.

Vorerst lässt diese Ebene der Kostenkontrolle eine Einsparung iHv. € 2.710.365,- in der Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ vermuten. Die Ebene 3 der Kostenkontrolle wird aufzeigen, dass diese Kostenunterschreitung im Vergleich zum PLAN aufgrund anderer Faktoren verursacht ist. Ist es aufgrund fehlender Ressourcen in der OE FC nicht möglich, mit der Ebene

3 der Kostenkontrolle fortzuführen, wird zumindest im Rahmen der Arbeit empfohlen, mit dem/der Kostenstellenverantwortlichen Kontakt aufzunehmen und ihn/sie über die generierte Einsparung zu befragen. Weitere Analysen hinsichtlich der oben angeführten beispielhaften Kostenkontrolle werden nicht durchgeführt, da es sich um keine wesentlichen Abweichungen (> 10%) handelt. Welche Beträge als wesentlich angesehen werden, obliegt dem Analytisten/der Analytistin, im Rahmen der Masterarbeit werden > 10% von den Gesamtkosten als Wesentlichkeitsgrenze angenommen. Diese Wesentlichkeitsgrenze ist abhängig von unterschiedlichsten Faktoren, z.B. den Vorgaben des Auftraggebers, der Größe des Projektes, dem Zweck der Evaluierung etc.

Das zuvor angeführte Beispiel der Kostenkontrolle der einfach-flexiblen PKR der Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ des Landeskrankenhauses XY zeigt vorerst ein positives Ergebnis (Kostenunterschreitung) einer Evaluierung von Kostenstellen. Diese und auch gegenteilige Ergebnisse von Evaluierungen könnten zu einem Handlungsbedarf der OE FC führen. Kommt es zu wesentlichen Verbrauchsabweichungen im Sinne einer Kostenüberschreitung/-unterschreitung in einer Kostenstelle, sollte seitens der OE FC der Kontakt zu der OE MPM gesucht werden und es sollten weitere Schritte besprochen werden. Ist es der OE MPM auch nicht möglich, die Abweichung zu erklären, wird empfohlen, mit dem Kostenstellenverantwortlichen der betroffenen Kostenstelle ein Gespräch zu führen. Kommt es im Rahmen des Gesprächs mit dem/der Kostenstellenverantwortlichen zu Abweichungsidentifizierungen bzw. kann der Kostenstellenverantwortliche die wesentliche Kostenüberschreitung/-unterschreitung erklären, wird dies seitens der OE FC verschriftlicht und der Evaluierung, als Information für den Vorstand der KAGes, beigelegt. Sind Kostenüberschreitungen/-unterschreitungen seitens der OE MPM sowie der Kostenstellenverantwortlichen nicht erklärbar, sollte die Ebene 3 der Kostenkontrolle – Ebene der Abweichungsanalyse von MEL – in Betracht gezogen werden.

Die Excel-Vorlage der einfach-flexiblen PKR für ausgewählte Kostenstellen der KAGes wird im Anhang angeführt. Zudem wird auch die beispielhaft durchgeführte Kostenkontrolle der Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ im Anhang dargestellt, um zu sehen, dass die Praktikabilität für die KAGes gegeben ist.¹³⁷

¹³⁷ Vgl. Anhang E, S. 127 ff.

7 Kostenkontrolle – Ebene der Kosten je medizinischer Einzelleistung

Die Kostenkontrolle auf der Ebene der Kosten einer medizinischen Einzelleistung hat den Zweck, die Abweichungsverursacher auf der tiefsten zu betrachtenden Kosten-Ebene einer Krankenanstalt zu eruieren. Durch die Betrachtung der Kosten einer typisch medizinischen Einzelleistung einer bestimmten Kostenstelle soll ein Kosten-Trend für die Gesamtkosten einer Kostenstelle abgeleitet werden. Wenn sich die Kostenänderung der medizinischen Einzelleistung nicht in den Gesamtkosten der Kostenstelle wiederfindet, besteht seitens des/der Kostenstellenverantwortlichen ein Erklärungsbedarf. Das bedeutet, dass bei unerklärlichen Kostensteigerungen in einer Kostenstelle geprüft werden muss, ob bei einer typischen MEL dieser Kostenstelle eine wesentliche Veränderung stattgefunden hat. Da die Kosten von medizinischen Einzelleistungen betrachtet werden, ist die Anwendung des Systems insbesondere für OP-Kostenstellen geeignet.

Ursachen für Abweichungen auf Kostenstellen-Ebene können daran liegen, dass sich die Behandlungsmethode in diesem Fachgebiet wesentlich verändert hat. Dies kann an einer kürzeren oder längeren Aufenthaltsdauer bei der gleichen Diagnose gegenüber dem Ausgangsjahr liegen, an der Verwendung von teureren oder billigeren medizinischen Ge- und Verbrauchsgütern (Nahtmaterial, Implantate, Blut, Medikamente etc.), einer Verlagerung des „Sortiments“ oder an der Anwendung völlig anderer Operations- bzw. Behandlungsmethoden. Diese vermutete Veränderung im Gesamten soll anhand der Analyse einer für diese Kostenstelle typischen medizinischen Einzelleistung verifiziert werden. Dazu werden die Kosten einer typischen und häufig vorkommenden MEL einer bestimmten Kostenstelle sowie deren Kennzahlen im Zeitablauf im Detail analysiert und es wird überprüft, ob sich dieser Trend auch in der gesamten Kostenstelle entsprechend niederschlägt.

Findet sich der Trend dieser einen ausgewählten MEL nicht in der Kostenstelle wieder, müssen andere Faktoren, wie z.B. Leerzeiten, Unwirtschaftlichkeiten etc., für die Kostenentwicklung verantwortlich sein. Wenn in dieser Kostenstelle wesentliche Abweichungen auftreten und erhebliche Veränderungen in den Behandlungsmethoden zu vermuten sind, wird empfohlen, dass häufig vorkommende sowie kostenintensive MEL dieser Kostenstelle im Detail analysiert werden sollen und auch geschätzt werden soll, wie viel Prozent der Kosten von dieser Veränderung betroffen sind, um künftige Hochrechnungen anstellen zu können.

Um den Anforderungen der OE FC, Zeit und Ressourcen zu sparen, entsprechen zu können, werden nachfolgend mögliche Evaluierungsansätze vorgestellt.

7.1 Ansätze für eine effiziente Kostenkontrolle – Ebene Kosten einer medizinischen Einzelleistung

Um sich einen raschen Überblick über die MEL-Situation verschaffen zu können, werden nachfolgend mögliche Ansätze dargelegt.

7.1.1 Kosten eines Pflgetages

Es wird im Rahmen der Masterarbeit empfohlen, jene Kosten zu betrachten, die nicht direkt einer MEL zuordenbar sind. Konkret handelt es sich dabei um die Analyse der Tageskomponente. Im Allgemeinen teilt sich die LKF-Finanzierung in eine Leistungs- sowie Tageskomponente auf. Die Leistungskomponente soll jene Kosten abdecken, welche direkt einer Leistung (z.B. operative Leistung) zugerechnet werden können. Sie berücksichtigt nicht die Kosten einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer einer Patientin oder eines Patienten. Hingegen soll die Tageskomponente jene Kosten abdecken, die täglich im Zuge der Versorgung eines Patienten oder einer Patientin anfallen. Die Erlöse der Leistungs- sowie Tageskomponente werden vom Gesundheitsfonds Steiermark an die KAGes überwiesen, da es seine Aufgabe ist, die zur Verfügung stehenden Mittel im Sinne des LKF-Finanzierungsmodells anhand der Leistungsdokumentation aller fondsfinanzierten Krankenanstalten zu verteilen.¹³⁸ Die Tageskomponente pro Patient/Patientin errechnet sich durch die Multiplikation der Anzahl der Pflgetage¹³⁹ mit den Pflegegebühren pro Pflgetag, welche jährlich von der Landesregierung Steiermark in einem Landesgesetzblatt festgehalten werden.¹⁴⁰

Obwohl die Betrachtung der Tageskomponente nicht exakt die tatsächlichen Kosten der KAGes widerspiegelt, hilft sie möglicherweise den Controllern/Controllerinnen, einen Überblick über die durchschnittlichen Kosten eines Pflgetages zu erlangen, um mögliche Abweichungsargumentationen eruieren zu können. Im Wesentlichen ist es das Ziel des LKF-Finanzierungsmodells, die gesamten Kosten, welche durch ärztliche und pflegerische Maßnahmen an den Patienten und Patientinnen entstehen, abzudecken. Anlässlich der

¹³⁸ Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2010), Onlinequelle [19.03.2018], S. 29 ff.

¹³⁹ Vgl. Kapitel 5, S. 46.

¹⁴⁰ S. LGBl. Nr. 8/2014; ebenso LGBl. Nr. 138/2015.

steigenden Kosten im Gesundheitswesen kann die Kostendeckung nicht immer gewährleistet werden. Dennoch eröffnet die Betrachtung der Tageskomponente eventuelle Analyseansätze, die für operative sowie auch strategische Entscheidungen einen Mehrwert generieren können.

Als erster Schritt dieses Ansatzes ist eine repräsentative (kostenintensiv und häufig durchgeführt) MEL einer Kostenstelle auszuwählen und deren durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Zeitablauf zu eruieren. Der medizinische und/oder medizintechnische Fortschritt ermöglicht es, die Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten zu reduzieren.¹⁴¹ Daraufhin gilt es, die Tageskomponenten für die erhobene durchschnittliche Aufenthaltsdauer zu berechnen. Danach müssen Gespräche mit dem Pflegepersonal geführt werden, um eine Schätzung hinsichtlich der prozentuellen Kostenzuordnung pro Pfl egetag eruieren zu können. Dabei wird sondiert, welche Tage der gesamten Pfl egetage die kostenintensiveren Tage darstellen und welche Tage weniger Aufmerksamkeit von ärztlichem sowie pflegerischem Personal erfordern und somit vermutlich weniger Kosten verursachen.

Nachfolgende Abbildung veranschaulicht die prozentuelle Kostenzuordnung und die Summe der Pflegegebühren bzw. Kosten für acht bzw. sechs Pfl egetage der MEL DE091 der Jahre 2014 und 2016.

Pfl egetage	Kostenzuordnung	Kosten 2014 (€ 884,- pro PT)	Kosten 2016 (€ 1000,10,- pro PT)
1	100%	€ 7 072,00	€ 6 000,60
2	90%	€ 6 364,80	€ 5 400,54
3	60%	€ 4 243,20	€ 3 600,36
4	50%	€ 3 536,00	€ 3 000,30
5	40%	€ 2 828,80	€ 2 400,24
6	30%	€ 2 121,60	€ 1 800,18
7	20%	€ 1 414,40	€ -
8	< 20%	€ 1 343,68	€ -

Tabelle 3: Tageskomponente - MEL DE091 (Jahr 2014 vs. 2016), Quelle: eigene Darstellung.

Die Kostenzuordnung pro Pfl egetag erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal des Landeskrankenhauses XY und wird ausschließlich aus deren Erfahrungswerten eruieren. Die Kosten pro Pfl egetag werden dem jeweils gültigen Landesgesetzblatt entnommen. Die Tabelle zeigt, dass die Pfl egetage eins und zwei die kosten- sowie pflegeintensiveren Tage im Jahr 2014 und 2016 sind. Ab dem dritten Pfl egetag kann lt. dem befragten Pflegepersonal von einer wesentlichen Arbeitserleichterung ausgegangen werden. Des Weiteren hat sich durch den medizinischen- sowie medizintechnischen Fortschritt in den Jahren 2014 bis 2016 die

¹⁴¹ Vgl. RAFFEL/CUPISTI/DOTZENRATH/KRÜGER/OHMANN/SCHULTE/GORETZKI/RÖHRER (2004), S. 702.

Belagsdauer der MEL DE091 um durchschnittlich zwei Pflgetage reduziert. Die Reduktion der Aufenthaltsdauer sowie die Arbeitserleichterung spiegelt sich in den Kosten wider. Nachfolgende Abbildung soll dies grafisch veranschaulichen:

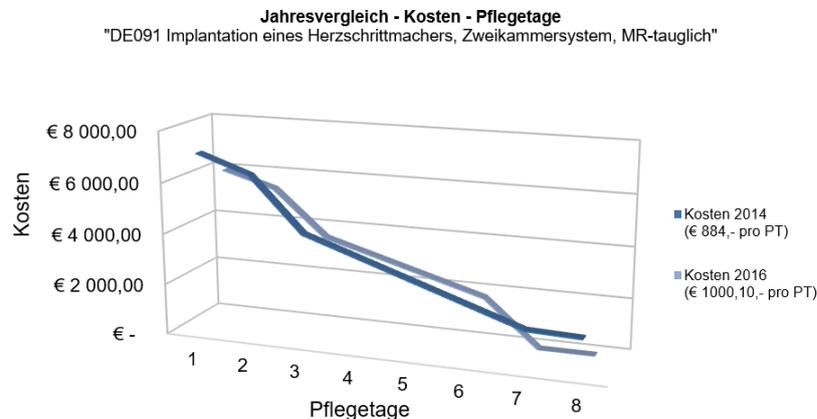


Abbildung 19: Jahresvergleich – Kosten der Pflgetage, Quelle: eigene Darstellung.

Die Grafik zeigt, dass eine Reduktion der Aufenthaltsdauer auch zu einer Kostenersparnis für die KAGes führt. Deutlich wird dies bei der Betrachtung der Durchschnittskosten pro Pflgetag. Nachfolgende Abbildung zeigt dies auf:

$$\begin{aligned} \text{Ø Kosten/PT 2014} &= \frac{\text{Gesamtkosten}_{1-8}}{8} = \frac{€ 7\,072,00}{8} = € 884,00 \\ \text{Ø Kosten/PT 2016} &= \frac{\text{Gesamtkosten}_{1-6}}{6} = \frac{€ 6\,000,60}{6} = € 1\,000,10 \end{aligned}$$

Abbildung 20: Durchschnittliche Kosten eines Pflgetages, Quelle: eigene Darstellung.

Der Jahresvergleich der „Kosten pro Pflgetag“ zeigt, dass die durchschnittlichen Kosten pro PT im Vergleichsjahr (Jahr 2016) aufgrund des Wegfalls der kostengünstigeren Tage angestiegen sind. Gesamt gesehen jedoch generiert die KAGes durch die Kürzung der Belagstage ein Einsparungspotenzial iHv. zwei Pflgetagen (7. und 8. Pflgetag). Daraus kann abgeleitet werden, dass die KAGes Reduktionen von Belagstagen bzw. Pflgetagen anstreben sollte, um Einsparungspotenziale generieren zu können. Durch den medizinischen und medizintechnischen Fortschritt ist es möglich, die Aufenthaltsdauer von stationären Patientinnen und Patienten zu reduzieren und trotzdem die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.¹⁴² Dieser Ansatz könnte daher zur Anwendung kommen, wenn man aufgrund des medizinischen sowie medizintechnischen Fortschritts Kürzungen bei den Belags- oder Pflgetagen vermutet.

¹⁴² Vgl. RAFFEL/CUPISTI/DOTZENRATH/KRÜGER/OHMANN/SCHULTE/GORETZKI/RÖHRER (2004), S. 704 f.

Dieser Ansatz sollte nicht zur Anwendung kommen, wenn zwischen dem Bezugs- und Routine- bzw. Evaluierungsjahr wesentliche Veränderungen des LKF-Systems stattgefunden haben. Denn bei einer wesentlichen Systemänderung könnte es zu einer anderen Gewichtung der Tageskomponente kommen. In diesem Fall wäre eine Vergleichbarkeit der Zahlen nicht mehr gewährleistet. Des Weiteren bildet die Tageskomponente nur die Kosten der Versorgung von stationären Patientinnen und Patienten ab. Die Kosten von ambulanten oder tagesklinischen Fällen werden hierbei nicht betrachtet.

7.1.2 Patientenstromanalyse

Die Patientenstromanalyse kann ein weiterer Ansatz für Argumentationen von Erlös/Kosten-Abweichungen sein. Dabei werden Patienten- und Patientinnenströme analysiert und es wird eruiert, woher die Patientinnen und Patienten kommen und welches Landeskrankenhaus sie in der Steiermark für einen stationären Aufenthalt in Anspruch nehmen.¹⁴⁴ Das Gesundheitswesen in der Steiermark befindet sich derzeit und vermutlich auch künftig im Umbruch. In Österreich sind Zusammenlegungen sowie Schließungen von peripheren Landeskrankenhäusern derzeit beobachtbare Trends, die voraussichtlich auch in Zukunft fortgeführt werden. Der Trend ist nicht nur in der Steiermark festzustellen, auch andere Bundesländer Österreichs sind dabei, die Strukturen der Krankenanstalten zu reformieren, um unter ökonomischen Aspekten langfristig die bestmögliche medizinische Versorgung für die österreichische Bevölkerung zu gewährleisten.¹⁴⁵

Durch die Zusammenlegungen einzelner Landeskrankenanstalten kommt es zur Konzentration von Spezialisierungen und medizinischem sowie medizintechnischem Know-How. Hierbei gilt es zu analysieren, ob es durch die Zusammenlegungen sowie Schließungen zu einer Verlagerung des „Sortiments“ gekommen ist. Denn durch die Spezialisierungen einzelner Landeskrankenanstalten könnte es sein, dass Patientinnen und Patienten eine gewisse Krankenanstalt, z.B. das LKH-Univ. Klinikum Graz, bevorzugen und diese somit schwerere Fälle zugewiesen bekommt, während die peripheren Krankenanstalten weniger schwerwiegende Fälle zu betreuen haben. Durch eine mögliche Verlagerung des „Sortiments“ würden die komplexeren Fälle mehr Kosten im LKH.-Univ. Klinikum Graz verursachen, da schwerwiegende Fälle meist personal- sowie materialintensiver als einfachere Fälle sind.

¹⁴⁴ Vgl. ÄRZTE STEIERMARK (2018), S. 40 ff.

¹⁴⁵ Vgl. GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK (2017), Onlinequelle [14.02.2018], S. 20.

Eine Analyse der Anzahl der medizinischen Einzelleistungen über mehrere Jahre von verschiedenen Landeskrankenanstalten der KAGes lässt möglicherweise auf eine Verlagerung des „Sortiments“ der KAGes schließen. Dazu kann mithilfe des Programmes SAP BW die Auswertung „MEL Hitliste“ betrachtet werden. Detailliertere Analysen von Patientenströmen sind seitens der OE FC in Zusammenarbeit mit der OE MPM möglich und können im Rahmen der Evaluierung zum Einsatz kommen, um wesentliche Kostenüberschreitungen erklären zu können.

Bei diesem Ansatz gilt es zu beachten, dass schwerwiegende Fälle/Diagnosen/MEL mehr LKF-Punkte zugewiesen bekommen und dies auf die Erlöse der Landeskrankenanstalten eine positive Auswirkung hat. Da die LKF-Erlöse aufgrund des jährlich gedeckelten Budgets der Gesundheitsausgaben des Landes Steiermark nicht immer kostendeckend sind und die Erlöse von der KAGes nicht unmittelbar beeinflussbar sind, kann von diesem Analyseansatz eine gewisse Tendenz der Kosten abgeleitet werden.¹⁴⁶

7.2 Kostenkontrolle – Ebene medizinische Einzelleistung

Dieses Kapitel beinhaltet eine beispielhafte Einzelkostenabweichungsanalyse einer MEL. Als MEL wird, wie schon im Kapitel 4, die „MEL DE091 Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, MR-tauglich (Leistung = je Sitzung)“ gewählt.

Im Rahmen der Arbeit wird analysiert und erhoben, welche durchschnittlichen Einzel- sowie auch Gemeinkosten die MEL DE091 der KAGes verursacht. Die KAGes hat keine Kostenträgerrechnung (IST und PLAN) im Einsatz, daher kann im Rahmen der Masterarbeit lediglich eine IST-/IST-Einzelkostenabweichungsanalyse durchgeführt werden. Hierbei werden die Kosten der MEL DE091 im Zeitablauf betrachtet, konkret werden die Kosten des Jahres 2014 den Kosten des Jahres 2016 gegenübergestellt. Der Zweck dieser Erhebung besteht darin, einen Kosten-Trend für die betroffene Kostenstelle ableiten zu können und der KAGes einen Ansatz zu bieten, wie man Kostenkontrollen auf dieser Ebene durchführen könnte.

Eine Erhebung der Kosten von medizinischen Einzelleistungen birgt auch weitere Vorteile, zum einen ist es möglich, sich mit anderen Trägern im Gesundheitswesen zu vergleichen, und zum anderen ermöglicht sie das LKF-System hinsichtlich einer Kostenunterdeckung bzw. Kostenüberdeckung der einzelnen Leistungen zu hinterfragen/kontrollieren. Ein weiterer positiver Aspekt einer Einzelkostenabweichungsanalyse ist, dass man anhand einer repräsentativen MEL

¹⁴⁶ Vgl. CZYPIONKA/KRAUS/RÖHRLING (2008), Onlinequelle [04.04.2018], S. 2.

eine Kosten-Tendenz für die betroffene Kostenstelle ableiten und somit mögliche Budgetanpassungen argumentieren kann. Dieser Aspekt dient nicht nur der Informationsbeschaffung für die Verwaltung einer Krankenanstalt. Auch die Kostenstellenverantwortlichen können davon profitieren, indem sie einen kostenmäßigen Überblick über die Leistungen ihrer Kostenstelle erhalten und somit die ökonomische Sichtweise kennenlernen. Die Kostenerhebungen von einzelnen Leistungen einer Kostenstelle führen möglicherweise dazu, dass die Kostenstellenverantwortlichen künftig die Steuerung von Kosten forcieren.

Die im Rahmen der Masterarbeit erhobenen durchschnittlichen OP-Minuten der MEL DE091 werden in der nachfolgenden Abbildung dargestellt.

Jahr	MEL	Schnitt-Naht-Zeit u. Rüstzeit (Minuten)				
		Arzt/Ärztin	DGKP	OP Assistent/in	MTD	sonstiges
2016	DE091	45	55	55	45	-
2014	DE091	47	57	57	47	-

Jahr	MEL	Anästhesie-Zeit (Minuten)				
		Arzt/Ärztin	DGKP	OP Assistent/in	MTD	sonstiges
2016	DE091	61	86	-	-	-
2014	DE091	63	93	-	-	-

Ø OP-Minutenbedarf 2016 pro MEL DE091				86
Ø OP-Minutenbedarf 2014 pro MEL DE091				93

Abbildung 21: Durchschnittliche OP-Minuten - MEL DE091 (Jahr 2014 und 2016), Quelle: eigene Darstellung.

Im Anhang wird die gesamte Herleitung der OP-Minuten inklusive der Besetzungen dargestellt.¹⁴⁷ Des Weiteren können der nachfolgenden Abbildung die für die MEL DE091 erhobenen Einzel- sowie Gemeinkosten entnommen werden.

Jahr	MEL	Personalkosten					Materialkosten					
		Arzt/Ärztin	DGKP	OP Assistent/in	MTD	sonstiges	Medikamente	Blut	Naht-material	Behandlungs-bedarf	Implantat	MLV 21 - 29 (Rest)
2016	DE091	€ 215,38	€ 96,71	€ 24,08	€ 22,70	€ -	€ 9,56	€ -	€ 55,57	€ 49,10	€ 3 750,00	€ 100,00
2014	DE091	€ 160,46	€ 98,70	€ 24,75	€ 22,67	€ -	€ 7,80	€ -	€ 51,40	€ 46,70	€ 5 190,00	€ 85,00

Jahr	MEL	Einzelkosten				Gemeinkosten		Gesamtkosten
		Personal-kosten	Material-kosten	Geräte-kosten	Summe	Gemeinkosten (<small>Ø OP-Min.-Bedarf Jahr 2016 = 86 Min; Ø OP-Min.-Bedarf Jahr 2014 = 93 Min</small>)	Gemeinkostenverrechnungssatz/Jahr (<small>€ pro Jahr /OP-Bedarfsminute</small>)	
2016	DE091	€ 358,87	€ 3 964,23	€ -	€ 4 323,10	€ 756,44	8,80	€ 5 079,54
2014	DE091	€ 306,58	€ 5 380,90	€ -	€ 5 687,48	€ 786,49	8,46	€ 6 473,97

Abbildung 22: Einzel- und Gemeinkosten der MEL DE091 (Jahr 2014 und 2016), Quelle: eigene Darstellung.

¹⁴⁷ Vgl. Anhang F, S. 137.

Die Einzelkosten der MEL DE091 werden, wie bereits im Kapitel 4 beschrieben, mittels einer Kalkulation (= Zuschlagskalkulation), Auswertungen und Befragungen erhoben. Konkret werden die Personaleinzelkosten anhand der Lohnsätze und OP-Minuten je Berufsgruppe errechnet.¹⁴⁸ Dabei wird im Rahmen der Masterarbeit pro Berufsgruppe der maximale Minutenbedarf herangezogen, da davon ausgegangen wird, dass eine Vor- sowie Nachbereitung (z.B.: Patientenaufklärung und -vorbereitung, Dokumentation etc.) für die ausgewählte MEL erforderlich ist. Würde der Fall eintreten, dass die jeweilige Berufsgruppe sich in der maximalen OP-Minutenbedarfszeit nicht auf die zu kalkulierende MEL vor- bzw. nachbereitet und in der Zeit Leistungen für eine andere MEL erbringt, dürfen diese Kosten nicht in der Kalkulation berücksichtigt werden. In diesem Fall sind die einzelnen Besetzungen pro Berufsgruppe mit dem tatsächlich zurechenbaren Minutenbedarf in die Kalkulation einzubeziehen. Im Falle der Masterarbeit wird aber davon ausgegangen, dass z.B. der Chirurg/die Chirurgin in dieser Zeit sich auf diese MEL vorbereitet bzw. mit der Dokumentation dieser MEL beschäftigt ist und in der restlichen Zeit keine andere Leistung erbringen kann. Daher werden in der Kalkulation beide Ärzte (Chirurg/Chirurgin und Anästhesist/Anästhesistin) mit der Zeit des am längsten mit der MEL beschäftigten Arztes berücksichtigt. Diese Berücksichtigung der Kosten und Minuten ist abhängig von der Betriebs- und Ablauforganisation eines Gesundheitsbetriebes. Es muss daher, abhängig von der Organisation, der maximale oder tatsächliche OP-Minutenbedarf je Berufsgruppe und/oder je Besetzung mit dem jeweiligen Personalkostenverrechnungssatz multipliziert werden, um die Summe der Personaleinzelkosten einer ausgewählten MEL zu erhalten. Dabei ist zu beachten, dass jene Kosten/Minuten in die Kalkulation einfließen sollen, welche auch tatsächlich für die zu kalkulierende MEL aufgebracht werden müssen. Im Zuge der Masterarbeit wird, wie zuvor bereits festgehalten, auf den maximalen OP-Minutenbedarf pro Berufsgruppe zurückgegriffen, da unterstellt wird, dass der maximale OP-Minutenbedarf pro Berufsgruppe für die ausgewählte MEL beansprucht wird.

Die Erhebung der Materialeinzelkosten erfolgt durch Befragungen sowie Auswertungen (Quelle: SAP). Die in der oben angeführten Abbildung errechneten Gemeinkosten werden mithilfe eines Gemeinkostenverrechnungssatzes für die Jahre 2014 und 2016 (= Mengenschlüssel) erhoben. Dazu werden die jährlichen Gemeinkosten der betroffenen OP-Kostenstelle durch den jährlichen OP-Minutenbedarf dividiert. Danach erfolgt eine Multiplikation mit dem Gemeinkostenverrechnungssatz und den benötigten Minuten der betroffenen MEL. Hier wird die Gemeinkostenzurechnung mittels eines Mengenschlüssels (€/OP-Minute) durchgeführt. Es werden die Methoden der Gemeinkostenzurechnungen mittels eines Werte- sowie Mengenschlüssels im Anhang dargestellt.¹⁴⁹

¹⁴⁸ Vgl. Anhang F, S. 137 ff.

¹⁴⁹ Vgl. Anhang F, S. 137 ff.

Die Kalkulation der Einzel- sowie Gemeinkosten erfordert Zeit- und Personalressourcen. Sie bietet jedoch die Möglichkeit, Abweichungsursachen auf der Ebene eines ausgewählten Kostenträgers zu identifizieren.

Nachfolgend wird die Materialeinzelkosten-Abweichungsanalyse im Zuge der Einzelkostenabweichungsanalyse dargelegt. Auf die Valorisierung der Werte wird auf dieser Ebene der Kostenkontrolle (Ebene 3) im Rahmen der Masterarbeit verzichtet, da ein Trend aus der Kostenentwicklung abgeleitet werden soll.

Materialeinzelkosten											
Kostenstelle: OP-Herzchirurgie inkl. Anästhesie DE091	MENGE 2014	MENGE 2016	€/Stk. 2014	€/Stk. 2016	Einzelkosten (€) 2014	Einzelkosten (€) 2016	Preis- abweichung	Mengen- abweichung	Abweichung 2. Grades	Gesamt- abweichung	
Medikamente	1	1	€ 7,8	€ 9,6	€ 7,8	€ 9,6	€ 1,8	€ -	€ -	€ 1,8	
Blut	-	-	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
Nahtmaterial	1	1	€ 51,4	€ 55,6	€ 51,4	€ 55,6	€ 4,2	€ -	€ -	€ 4,2	
Behandlungsbedarf	1	1	€ 46,7	€ 49,1	€ 46,7	€ 49,1	€ 2,4	€ -	€ -	€ 2,4	
Implantat	1	1	€ 5 190,0	€ 3 750,0	€ 5 190,0	€ 3 750,0	-€ 1 440,0	€ -	€ -	-€ 1 440,0	
Rest (MLV 21 - 29)	1	1	€ 85,0	€ 100,0	€ 85,0	€ 100,0	€ 15,0	€ -	€ -	€ 15,0	
Summe			€ 5 380,9	€ 3 964,3	€ 5 380,9	€ 3 964,3	-€ 1 416,6	€ -	€ -	-€ 1 416,6	

Abbildung 23: Materialeinzelkosten-Abweichungsanalyse, Quelle: eigene Darstellung.

Die Materialeinzelkosten-Abweichungsanalyse zeigt Preisabweichungen zwischen den Jahren 2014 und 2016. Ein besonderes Augenmerk kann hierbei auf die Implantate gelegt werden. Denn die Gegenüberstellung der Kosten der Implantate im Zeitablauf zeigt, dass es zu einer Preisreduktion zwischen den Jahren 2014 und 2016 gekommen ist. Im Vergleich zum Jahr 2014 konnte die KAGes das Implantat „Herzschrittmacher“ im Jahr 2016 um durchschnittlich € 1.440,- preiswerter einkaufen. Dabei kam es nach Rücksprache mit einem Einkäufer des ausgewählten Landeskrankenhauses (LKH XY) zu keiner Verminderung der Qualität des Herzschrittmachers. Das Gegenteil ist eingetreten, die Qualität des Herzschrittmachers hat sich im Zeitablauf verbessert und die Kosten sind rückläufig. Diese Preisreduktion kann anhand der Zunahme an Konkurrenzprodukten am Markt, des medizintechnischen Fortschritts sowie der verbesserten Vertragsposition der KAGes erklärt werden. Die restlichen Materialien sind mengen- sowie auch preismäßig als unwesentlich anzusehen und somit für weitere Analysen ungeeignet.

Die betroffene Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ spiegelt diesen Trend der MEL, der mittels der Materialeinzelkosten-Abweichungsanalyse eruiert wurde, wider. Daraus ergibt sich, dass die vermutete Kosteneinsparung der Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ iHv. € 2.710.365,- (s. Ebene 2 der Kostenkontrolle)¹⁵⁰ nicht nur auf ein wirtschaftliches Handeln zurückzuführen ist, sondern auf die Preisreduktion der Implantate. Wäre der umgekehrte Fall

¹⁵⁰ Vgl. Kapitel 6.2, S. 56.

eingetreten, d.h. hätte man eine Kostenüberschreitung bei den Implantaten bei der Kostenkontrolle einer Kostenstelle festgestellt, hätte man mithilfe der Einzelkostenabweichungsanalyse aufzeigen können, dass der/die Kostenstellenverantwortliche die Kostenüberschreitung nicht durch das unwirtschaftliche Handeln verursacht hat, sondern diese aufgrund der Preiserhöhungen bei den Implantaten entstanden ist.

Als Nächstes werden die Personaleinzelkosten näher betrachtet. Hierbei wird auf die Valorisierung der Personalkostenverrechnungssätze verzichtet, um einen Trend ableiten zu können.

Personaleinzelkosten Kostenstelle: OP-Herzchirurgie inkl. Anästhesie MEL: DE091	Minuten x Besetzung		Kosten/Minute							
	MENGE 2014	MENGE 2016	Lohn- satz 2014	Lohn- satz 2016	Personal- einzelkosten 2014	Personal- einzelkosten 2016	Lohnsatz- abweichung	Mengen- abweichung	Abweichung 2. Grades	Gesamt- abweichung
Arzt/Ärztin	126,00	122,00	€ 1,27	€ 1,77	€ 160,5	€ 215,4	€ 62,0	-€ 5,1	-€ 2,0	€ 54,9
DGKP	186,00	172,00	€ 0,53	€ 0,56	€ 98,7	€ 96,7	€ 5,9	-€ 7,4	-€ 0,4	-€ 2,0
OP Assistent/in	57,00	55,00	€ 0,43	€ 0,44	€ 24,7	€ 24,1	€ 0,2	-€ 0,9	-€ 0,0	-€ 0,7
MTD	47,00	45,00	€ 0,48	€ 0,50	€ 22,7	€ 22,7	€ 1,0	-€ 1,0	-€ 0,0	€ 0,0
Sonstiges Personal	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Summe					€ 306,6	€ 358,9	€ 69,1	-€ 14,4	-€ 2,5	€ 52,3

Abbildung 24: Personaleinzelkosten-Abweichungsanalyse, Quelle: eigene Darstellung.

Die Personaleinzelkosten zeigen bei der Berufsgruppe der Ärztinnen sowie Ärzte eine wesentliche Abweichung auf. Die Lohnsatzabweichung iHv. € 62,- (ca. 39% Steigerung zwischen dem Jahr 2014 und 2016) kann auf die Lohnerhöhungen sowie auf einen unterschiedlichen Mix von Ärzten/Ärztinnen, z.B. Primärärztinnen und Primärärzte, Assistenzärztinnen und Assistenzärzte etc., in der Kostenstelle zurückzuführen sein. Zudem wurde für das Jahr 2015 das Landes-Dienst- und Besoldungsrecht novelliert, was wiederum auch zu einer Erhöhung der Grundgehälter und somit Anpassung des Gehaltsschemas des ärztlichen Personals in der Steiermark führte. Bei den anderen Berufsgruppen können keine wesentlichen Abweichungen festgestellt werden. Dennoch bietet diese Form der Abweichungsanalyse die Möglichkeit, Unwirtschaftlichkeiten zu eruieren. Treten wesentliche und/oder sonderliche Abweichungen bei den Personaleinzelkosten auf, sollte mit dem Operationsbereichs-Management des jeweiligen LKH Kontakt aufgenommen werden. Auf die Einzelkostenabweichungsanalyse der Gerätekosten wird im Rahmen der Masterarbeit verzichtet, da die MEL DE091 keine Geräte für die Leistungserbringung vorsieht.

Die Einzelkostenabweichungsanalyse zeigt, dass es auf der Ebene eines ausgewählten Kostenträgers möglich ist, Kosten-Trends für betroffene Kostenstellen abzuleiten. Daher wird empfohlen, das Budget an die Erkenntnisse der Einzelkostenabweichungsanalyse anzupassen.

Die Analyse demonstriert auch, dass Unwirtschaftlichkeiten auf der Ebene eines Kostenträgers aufgedeckt werden und somit Kosteneinsparungspotenziale generiert werden können. Eine Implementierung einer Kostenträgerstückrechnung hätte bei der KAGes zur Folge, dass nicht nur eine repräsentative MEL betrachtet werden könnte, sondern mehrere. Dies würde für Abweichungsanalysen auf der Ebene einzelner Kostenstellen (Ebene 2 der Kostenkontrolle)¹⁵¹ erhebliche Vorteile mit sich bringen. Im nachfolgenden Kapitel werden die im Rahmen der Masterarbeit gewonnenen Erkenntnisse bzw. die Vor- und Nachteile der konzipierten Systeme der Kostenkontrolle zusammengefasst dargestellt, um sich einen Überblick über die einzelnen Ansätze verschaffen zu können. Dabei erfolgt auch eine theoretische Ausführung der möglichen Endphase des Kostenkontrollsystems bei der KAGes sowie ein Ausblick.

¹⁵¹ Vgl. Kapitel 6, S. 52.

8 Beschreibung der Vor- und Nachteile des konzipierten Systems und kritische Würdigung

In diesem Kapitel erfolgt die Beschreibung der Zusammenhänge sowie der Vor- und Nachteile der in den Kapiteln 5, 6 und 7 konzipierten Ebenen der Kostenkontrolle. Dabei wird besonders auf die Ebene 3 der Kostenkontrolle eingegangen.

8.1 Betrachtungsebenen der Kostenkontrolle – konzipiertes Einführungssystem

Die im Rahmen der Masterarbeit konzipierten möglichen Kostenkontrollansätze auf drei unterschiedlichen Ebenen der Kostenrechnung scheinen auf den ersten Blick plausible Ergebnisse zu liefern sowie auch sinnvoll, verständlich und verwaltungsökonomisch in der Anwendung zu sein. Zum einen erfolgt die Konzeption einer Kostenkontrolle für die Evaluierung von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen (Ebene 1 der Kostenkontrolle).¹⁵² Diese Betrachtungsebene dient der Identifizierung der näher zu betrachtenden Kostenstelle, da es auf dieser Ebene aufgrund der starren PKR zu einer Proportionalisierung der Fixkosten kommt. Die in der Masterarbeit ebenfalls konzipierte Ebene 2 der Kostenkontrolle – Ebene einzelner Kostenstellen – lässt Rückschlüsse auf Unwirtschaftlichkeiten zu.¹⁵³ Es gilt dabei jene Kostenstellen näher zu analysieren, die in der Ebene 1 der Kostenkontrolle eine Restabweichung > 10% der Gesamtkosten des Projektes aufweisen. Diese Ebene könnte bereits mit dem bestehenden System der Kostenrechnung bei der KAGes durchgeführt werden, wenngleich das bis dato nicht von der KAGes genutzt wird. Da sich bei der KAGes keine Kostenträgerrechnung im Einsatz befindet, kann die im Rahmen der Arbeit konzipierte Ebene 3 der Kostenkontrolle – Ebene einzelner Kostenträger – bis dato nicht angewendet werden.¹⁵⁴ Daher wurde im Zuge der Masterarbeit ein möglicher Kostenträger einer Kostenstelle ausgewählt und es wurden beispielhaft die Einzel- sowie Gemeinkosten dieses Kostenträgers erhoben und im Zeitablauf betrachtet. Die Anwendung der Kostenkontrollebene 3 wird empfohlen, wenn unerklärliche und/oder sonderliche Abweichungen auf der Kostenkontrollebene 2 auftreten.

Durch die Kostenkontrolle auf der Ebene eines Kostenträgers (Ebene 3 – MEL DE091) ist es möglich, Unwirtschaftlichkeiten aufzudecken, die bis dato aufgrund des bisherigen Systems

¹⁵² Vgl. Kapitel 5, S. 41.

¹⁵³ Vgl. Kapitel 6, S. 52.

¹⁵⁴ Vgl. Kapitel 7, S. 62.

der KAGes nicht aufgedeckt werden konnten. Durch die Erhebung der Einzel- sowie auch Gemeinkosten (Kostenträgerstückrechnung) der MEL DE091 für die Jahre 2014 und 2016 konnte ein Kosten-Trend für die betroffene Kostenstelle („Herz OP inkl. Anästhesie“) abgeleitet werden. Die Kostenkontrolle der Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ des ausgewählten Landeskrankenhauses (LKH XY), in der die MEL DE091 operativ durchgeführt wird, ergab, dass sich der Kosten-Trend der MEL DE091 im Zeitablauf in der Kostenstelle wiederfindet. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Budgetzuordnung aufgrund der Fortschreibung des Budgets in der KAGes zu unrichtigen Planungswerten führt und somit ein Handlungsspielraum für mögliche Unwirtschaftlichkeiten für die Kostenstellenverantwortlichen eröffnet wird. Des Weiteren kann die Erhebung der Folgekosten anhand der Erkenntnisse bzw. Trends der Kostenkontrollebene 3 verbessert und die Evaluierung der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen detaillierter durchgeführt werden.

Dieses Kapitel soll aufzeigen, dass die im Rahmen der Masterarbeit konzipierten Systeme der Kostenkontrolle neue Möglichkeiten zur Aufdeckung von Unwirtschaftlichkeiten für die KAGes schaffen. Nachfolgend wird das in der Masterarbeit dargelegte Beispiel in komprimierter Ausprägung nochmals dargestellt.

Es werden in der Kostenstelle „Herz OP inkl. Anästhesie“ XX Fälle im Jahr 2014 behandelt. Zudem wird davon ausgegangen, dass annähernd gleich viele Fälle in den nächsten Jahren in dieser Kostenstelle operativ versorgt werden, daher kommt es, wie es in der KAGes üblicherweise gehandhabt wird, zu einer Fortschreibung des Budgets dieser Kostenstelle. Es wird für dieses Beispiel festgehalten, dass die MEL DE091 mengen- sowie auch kostenmäßig als bedeutend und wesentlich für diese Kostenstelle zu charakterisieren ist. Nachfolgend werden drei Szenarien dargelegt, welche veranschaulichen sollen, wie sich die Kosten der gesamten betroffenen Kostenstelle verhalten könnten.

1. *Szenario* → Die Kosten der ausgewählten Kostenstelle sind im Jahr 2016 im Vergleich zum Jahr 2014 annähernd ident geblieben.
2. *Szenario* → Die Kosten der ausgewählten Kostenstelle sind im Jahr 2016 wesentlich höher als im Jahr 2014.
3. *Szenario* → Die Kosten der ausgewählten Kostenstelle sind im Jahr 2016 wesentlich geringer als im Jahr 2014.

Es kann mithilfe einer IST-/IST-Einzelkostenabweichungsanalyse auf der Basis der Einzel- und Gemeinkosten der MEL DE091 festgestellt werden, dass die Materialeinzelkosten im Jahr 2016 wesentlich preiswerter eingekauft werden konnten als noch im Jahr 2014. Leitet man

daraus einen Kosten-Trend für die gesamte Kostenstelle ab, würde dies bedeuten, dass Szenario eins sowie zwei einen Raum für mögliche Unwirtschaftlichkeiten für die Kostenstellenverantwortlichen bietet. Die Prämisse, die dabei angenommen werden muss, ist, dass eine einzige ausgewählte MEL tatsächlich die Gesamtkosten einer Kostenstelle beeinflussen kann. Denn da es aufgrund der fehlenden Kostenträgerstückrechnung bei der KAGes nicht möglich ist, mehrere medizinische Einzelleistungen kostenmäßig auszuwerten, muss diese Bedingung für die im Rahmen der Masterarbeit konzipierte Ebene 3 der Kostenkontrolle angenommen werden. Im Zuge der Masterarbeit wird daher empfohlen, eine kosten- sowie mengenmäßig wesentliche medizinische Einzelleistung einer Kostenstelle auszuwählen. Unter Berücksichtigung dieser Annahme kann anhand der Einzelkostenabweichungsanalyse festgehalten werden, dass sich die Kosten dieser Kostenstelle verringern hätten müssen (siehe: **Szenario 3**).

Das **erste Szenario** hätte ohne Berücksichtigung der Ebene 3 der Kostenkontrolle nachfolgende Auswirkungen auf das Ergebnis der Evaluierung einer Kostenstelle: Man würde ein gleichwertiges, wirtschaftliches Handeln wie im Jahr 2014 vermuten. Zudem könnte keine Kostenüberschreitung festgestellt und es könnten somit keine Unwirtschaftlichkeiten aufgedeckt werden. Auf die Anpassung des Budgets würde vermutlich verzichtet werden und somit würden Spielräume für mögliche Unwirtschaftlichkeiten geschaffen werden.

Dasselbe gilt für das **zweite Szenario**. In diesem Fall würde eine Kostenkontrolle auf der Ebene 2 noch deutlichere Spielräume für Unwirtschaftlichkeiten eröffnen. Die Ebene 2 der Kostenkontrolle würde die Mehrkosten im Vergleich zum PLAN erheben, dennoch würde man die Mehrkosten in der falschen Höhe ermitteln, da der PLAN (= fortgeschriebenes Budget) als Basis herangezogen werden würde.

Erst mit der Erhebung der Einzel- und Gemeinkosten einer repräsentativen MEL einer ausgewählten Kostenstelle kann eine aussagekräftige Kostenkontrolle durchgeführt werden und es können die Ergebnisse der Kostenkontrolle der Ebene 2 überprüft, bestätigt und/oder angepasst werden.

Findet sich der in der Ebene 3 der Kostenkontrolle eruierte Kosten-Trend in der betroffenen Kostenstelle wieder, kann daraus zum einen abgeleitet werden, dass keine Unwirtschaftlichkeiten in dieser Kostenstelle aufgetreten sind. Zum anderen bedeutet das, dass der erste Eindruck, nämlich dass die potenziell vermutete Einsparung nicht auf das wirtschaftliche Handeln der/des Kostenstellenverantwortlichen zurückzuführen ist, sondern auf die Preisreduktion der Implantate, nicht stimmt. Würden sich diese Kostenreduktionen in den Kosten

der ausgewählten Kostenstelle nicht wiederfinden, würde dies auf Unwirtschaftlichkeiten in der Kostenstelle hinweisen (s. Szenario 1 und 2).

Wären in der Kostenstelle die geplanten Kosten tatsächlich ausgegeben worden, hätte dies zur Folge, dass möglicherweise unwirtschaftlich gehandelt wurde. Dies kann nur bewiesen werden, indem einzelne repräsentative MEL der betroffenen Kostenstelle näher betrachtet werden. Eine reine Betrachtung der Kosten einer Kostenstelle hätte womöglich bei einem PLAN-/IST-Vergleich (einfach-flexible PKR) keinen Hinweis auf Unwirtschaftlichkeiten gezeigt, da die Kosten sich per se um die geplanten Kosten bewegen. Somit hätte man unberechtigterweise einen Raum für mögliche Unwirtschaftlichkeiten für die Kostenstellenverantwortlichen geschaffen. Mit den Einzelkostenabweichungsanalysen (Ebene 3 der Kostenkontrolle) kann solch ein Fall auf Unwirtschaftlichkeiten untersucht und möglicherweise der/die Kostenstellenverantwortliche zur Argumentationspflicht gezwungen werden. Es wird im Rahmen der Masterarbeit empfohlen, zumindest für jede OP-Kostenstelle eines LKH eine repräsentative MEL zu kalkulieren und deren Werte im Zeitablauf zu betrachten. Gegebenenfalls sollte das fortgeschriebene Budget der ausgewählten Kostenstelle an die erhobenen Erkenntnisse angepasst werden, um künftigen Unwirtschaftlichkeiten vorzubeugen bzw. diese zu vermeiden. Die Erhebung der Kosten einzelner medizinischer Einzelleistungen stellt zudem auch ein neuartiges Steuerungsinstrument für die Kosten einer Kostenstelle oder Abteilung dar. Dieses Steuerungsinstrument kann für die Verwaltung sowie die Personen, die die Kosten in einem Gesundheitsbetrieb steuern können (Ärzte und Ärztinnen, Pflegepersonal etc.), einen Vorteil bringen, da es Argumentationsgrundlagen schafft.

Es könnte beispielhaft der Fall eintreten, dass aufgrund des medizinischen und/oder medizintechnischen Fortschritts Materialien aufgrund von z.B. Qualitätsverbesserungen im Zeitablauf wesentlich kostenintensiver geworden sind, als es die Fortschreibung des Budgets bei der KAGes berücksichtigt. In diesem Fall wäre eine Budgeterhöhung zulässig, da die Erhöhung der Kosten anhand der gestiegenen Materialeinzelkosten erklärbar sowie vertretbar wäre. Dieses Erkenntnis kann festgestellt werden, wenn Einzelkosten einzelner MEL im Zeitablauf erhoben und Vergleiche angestellt werden (Kostenkontrolle – Ebene 3). Nachfolgende Abbildung soll die Vorgehensweise der Ebene 3 der Kostenkontrolle (Schritt 1 bis 4) nochmals grob veranschaulichen:

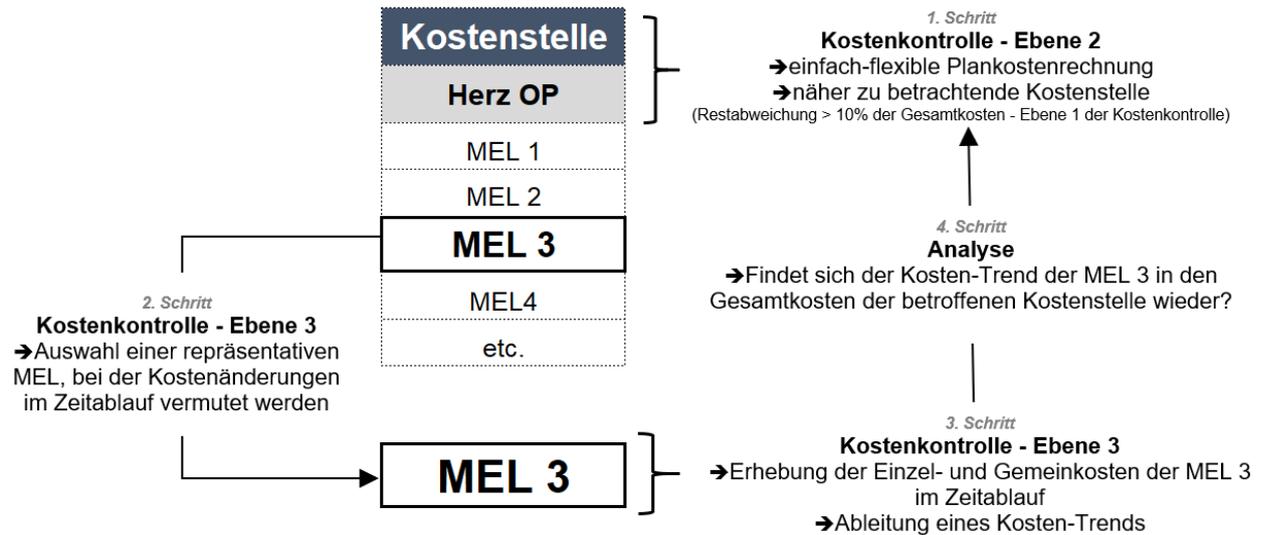


Abbildung 25: Ebene 3 der Kostenkontrolle - mögliche Vorgehensweise, Quelle: eigene Darstellung.

Das Ergebnis der Arbeit leitet sich aus den zuvor gewonnenen Erkenntnissen der einzelnen Kapitel sowie der oben angeführten Zusammenfassung ab. Aussagekräftige sowie detaillierte Argumentationen von Abweichungen sind möglich, wenn eine für eine Kostenstelle typische, kostenintensive sowie häufig vorkommende medizinische Einzelleistung (= repräsentative MEL dieser Kostenstelle) sowie deren Kostenentwicklung im Zeitablauf betrachtet werden. Unter Berücksichtigung des Kostenkontrollansatzes der Ebene 3 wird ein neuartiges System aufgezeigt, welches bislang bei der KAGes nicht zum Einsatz gekommen ist. Dieses System ermöglicht es, Unwirtschaftlichkeiten aufzudecken, die bei einer reinen Betrachtung einzelner Kostenstellen (Ebene 2 der Kostenkontrolle) möglicherweise nicht entdeckt worden wären. Im Falle der Masterarbeit haben sich die Kosten der betroffenen Kostenstelle in etwa im selben Verhältnis verhalten wie die Materialeinzelkosten der ausgewählten repräsentativen MEL.

Zusammenfassend kann angeführt werden, dass die Ebene 3 der Kostenkontrolle es ermöglicht, Unwirtschaftlichkeiten auf der detailliertesten Ebene der Kostenrechnung aufzudecken. De facto führt dieser Ansatz zu einem Mehraufwand für das vorhandene Personal, dennoch sollte dieses System aufgrund des immer komplexer sowie aufwendiger werdenden Gesundheitssystems in Betracht gezogen werden, um langfristig Einsparungspotenziale generieren zu können. Zudem bietet das EDV-System der KAGes Möglichkeiten, Ansätze einer Kostenträgerrechnung einzuführen, damit könnten Einzelkostenabweichungsanalysen in den laufenden Controlling-Prozess mit aufgenommen und Unwirtschaftlichkeiten aufgedeckt werden.

8.2 Betrachtungsebenen der Kostenkontrolle – System in der Endphase und Ausblick

Der medizinische Fortschritt und die geänderten Behandlungsmöglichkeiten bringen mit sich, dass eine MEL nach einigen Jahren wesentlich teurer oder wesentlich billiger sein kann als davor, bedingt durch deutlich teurere oder billigere Implantate, Materialien, Medikamente oder andere Behandlungs- bzw. Operationsmöglichkeiten. Wenn man nur bei jenen, die die Kosten auf der Betrachtungsebene 1 und 2 der Kostenkontrolle überschreiten, einzelne MEL kosten- sowie mengenmäßig näher analysiert, verliert man die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit bei all jenen Kostenstellen, die medizinische Einzelleistungen erbringen, welche aufgrund des medizinischen Fortschritts billiger werden. Gerade das Implantat „Herzschrittmacher“ zeigt diese Problematik. Unwirtschaftlichkeiten in enormer Höhe wären anhand der Kostenkontrollebene 1 und 2 nie erhoben und nie mit dem Kostenstellenverantwortlichen besprochen worden. Daher sind die in der Masterarbeit konzipierten Kostenkontrollansätze als Übergangslösung in einer Einführungsphase der Kostenkontrollsysteme anzusehen. Das Problem bei Kostenstellen im medizinischen Bereich ist, dass die Kosten und Behandlungsmethoden von medizinischen Einzelleistungen starken Schwankungen unterworfen sind. Eine Implementierung der drei Kostenkontrollebenen in den laufenden Controlling-Prozess der KAGes kann einen Lösungsansatz des oben angeführten Problems darstellen.

Es wird daher im Rahmen der Masterarbeit empfohlen, die konzipierten Kostenkontrollansätze unter Berücksichtigung der Wesentlichkeitsgrenzen als provisorischen Ansatz für eine gewisse Zeitspanne, möglicherweise für die Einführungsphase eines detaillierteren Kostenkontrollsystems, anzusehen. Nach der Einführungsphase sollten die Kostenkontrollansätze immer und laufend auf den drei Betrachtungsebenen angewendet und in den laufenden Controlling-Prozess der KAGes als Standard mit aufgenommen werden. Es wäre daher erforderlich, stets (monatlich und/oder quartalsweise) die Kosten sowie Mengen einzelner repräsentativen medizinischen Einzelleistungen zu betrachten und daraus einen Kosten-Trend für betroffene Kostenstellen abzuleiten, um somit Kostenabweichungen plausibel und nachvollziehbar argumentieren, Unwirtschaftlichkeiten aufdecken und eine Grundlage für die Hochrechnung der PLAN-Kosten schaffen zu können. Demnach wäre es auch sinnvoll, nicht nur eine repräsentative MEL einer Kostenstelle zu kalkulieren, sondern eine Auswahl an repr. medizinischen Einzelleistungen zu treffen, diese kosten- sowie mengenmäßig zu erheben und deren Entwicklung im Zeitablauf zu analysieren. Denn in dieser Form ist es möglich, Unwirtschaftlichkeiten bei Kostenstellen, bei denen hohe Schwankungen auftreten können, aufzudecken.

Eine Möglichkeit wäre, dass fünf bis zehn medizinische Einzelleistungen einer Kostenstelle ausgewählt, die Kosten für diese MEL kalkuliert und im Zeitablauf betrachtet werden. Dabei sollten jene medizinischen Einzelleistungen betrachtet werden, die einen gewichteten Durchschnitt (prozentueller Anteil der einzelnen medizinischen Einzelleistungen an den gesamten Kosten/Mengen einer Kostenstelle) für die ausgewählte Kostenstelle abbilden. Es gilt jene medizinischen Einzelleistungen auszuwählen, die die kosten- sowie mengenmäßige Beanspruchung der Kostenstellen abbilden. Dadurch entsteht ein repräsentativer Warenkorb an medizinischen Einzelleistungen für eine ausgewählte Kostenstelle. Es ist hier anzudenken, die prozentuelle Veränderung des ausgewählten Warenkorbs im Zeitablauf zu betrachten und daraus einen Kosten-Trend für die Kostenstelle abzuleiten. Eine Vergleichbarkeit des Warenkorbs im Zeitablauf ist gewährleistet, wenn sich die Zusammensetzung der medizinischen Einzelleistungen sowie die zugrundeliegenden Diagnosen/Behandlungen nicht verändern. Auf eine Valorisierung der Werte wird verzichtet, da die prozentuelle Veränderung den entscheidenden Aspekt darstellt. Wenn sich die Kostenentwicklung der gesamten Kosten der Kostenstelle nicht in etwa im selben Verhältnis verändert hat wie der repr. Warenkorb an medizinischen Einzelleistungen, ist ein Gespräch mit dem/der Kostenstellenverantwortlichen empfohlen.

Mithilfe einer Kostenträgerstückrechnung könnte diese Ebene der Kostenkontrolle (Ebene 3) in den laufenden Controlling-Prozess der KAGes mit eingebunden werden. Eine Implementierung einer Kostenträgerrechnung würde jedoch Personal- und Zeitressourcen in Anspruch nehmen. Derzeit sind bei der KAGes derartige Ressourcen um diesen Ansatz zu verwirklichen, nicht vorhanden. Dennoch würde eine Kostenträgerrechnung langfristig und somit nachhaltig Vorteile (z.B. Steuerungsmaßnahmen, Kosteneinsparungspotenziale etc.) für die KAGes bringen.

Möglicherweise führen knapper werdende Ressourcen sowie Strukturveränderungen im Gesundheitswesen zu einem Überdenken der derzeitigen Situation. Potenzielle Strukturveränderungen könnten aus medizinischen und/oder medizintechnischen Fortschritten resultieren und/oder sich aufgrund der gesetzlichen Vorgaben der bundes- und landesweiten Gesundheitspläne ergeben. Da zukünftig vermehrt Verlagerungen, Verschiebungen, Spezialisierungen, Konzentrationen sowie Schließungen einzelner Bereiche in einem Gesundheitsbetrieb erwartet werden, kann es möglicherweise sein, dass im zunehmenden Maß detailliertere Kostenanalysen erforderlich sein werden. Mögliche Empfänger dieser genaueren Kostenanalysen könnten der Eigentümer (= Land Steiermark) oder auch andere Interessensgruppen (z.B. Landesrechnungshof, Versicherungen, Gesundheitsfonds etc.) sein.

Ein erkennbarer Trend im steirischen Gesundheitswesen ist, dass Verlagerungen der Patientinnen und Patienten vom stationären Bereich in den ambulanten oder tagesklinischen Bereich angestrebt werden, um Kostensenkungspotenziale generieren zu können.¹⁵⁵ Dabei bekommt die Ambulanz bzw. Tagesklinik die für sie schwereren bzw. aufwendigeren Fälle zugewiesen und diese Instanzen werden damit zeitgleich mit höheren Kosten konfrontiert. Dadurch sind bei ambulanten bzw. tagesklinischen Fällen höhere durchschnittliche Kosten pro Fall zu erwarten. Eine Kostenträgerrechnung könnte die Kosten der ambulanten oder tagesklinischen Leistung abbilden und somit eine Argumentationsbasis für ein höheres Budget schaffen. Dem stationären Bereich hingegen fallen durch die Verlagerung in die Ambulanz oder Tagesklinik, die für ihn leichteren Fälle weg und es bleiben die schwereren bzw. aufwendigeren Fälle im stationären Bereich erhalten. Das führt wiederum zu einer durchschnittlichen Kostensteigerung je Belagstag eines stationären Falles, was wiederum durch die Verlagerung zu erklären ist. Diese Aspekte können als gültig angesehen werden, wenn davon ausgegangen werden kann, dass ein stationärer Fall höhere Kosten als ein ambulanter bzw. tagesklinischer Fall verursacht.

Die Verlagerung von Patientinnen und Patienten in andere Bereiche eines Gesundheitsbetriebes stellt ein Beispiel dar. Es werden zukünftig weitere Strukturveränderungen im Gesundheitswesen erwartet. Detailliertere Kostenerhebungen mittels der Kostenträgerstückrechnung würden möglicherweise bei solchen oder ähnlichen Konstellationen dazu führen, Argumentationen für Budgeterhöhungen /-kürzungen finden zu können und den Gesundheitsfonds zu überzeugen, mehr Erlöse für eine verlagerte ambulante bzw. tagesklinische und auch stationäre Leistung zu bekommen. Das zuvor beschriebene Beispiel soll als Denkanstoß und Ausblick angesehen werden. Es soll aufzeigen, dass künftige Situationen auftreten können, die detailliertere Analysen erfordern und auch voraussetzen, um ökonomische und nachhaltige Entscheidungen im steirischen Gesundheitswesen treffen zu können. Daher könnte die Kostenträgerstückrechnung für künftige Entscheidungsfindungen eine bedeutende Rolle einnehmen.

¹⁵⁵ Vgl. GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK (2017), Onlinequelle [14.02.2018], S. 40.

9 Kostenkontrollen und landesrechnungshopspflichtige Folgekostenberechnungen bei einem repräsentativen Krankenanstaltenträger eines österreichischen Bundeslandes

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wurden Interviews mit Personen eines ausgewählten sowie repräsentativen Krankenanstaltenträgers (repr. KT) eines österreichischen Bundeslandes geführt. Auf Wunsch der Interviewpartnerinnen wurde das Interview anonymisiert. Ein Zweck dieser Interviews besteht darin, einen Wissensaustausch bundeslandübergreifend zu generieren. Möglicherweise verhelfen Gespräche, die Qualität der Erhebung sowie Evaluierung von landesrechnungshopspflichtigen Folgekostenberechnungen bei der KAGes zu erhöhen und/oder neue Ansätze kennenzulernen. Der Wissensaustausch sowie die Lernfunktion stehen im Vordergrund dieser Interviews.

Es wurde ein gemeinsames Interview mit der für die Kostenrechnung zuständigen Verantwortlichen sowie auch mit der für das Investitionscontrolling zuständigen Verantwortlichen des ausgewählten Krankenanstaltenträgers geführt. Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen im Gesundheitswesen sowie beim repr. KT werden die Vertreterinnen als Expertinnen auf ihrem Gebiet angesehen. Daher wurde als Art des Interviews das leitfadengestützte Experteninterview gewählt. Es wurden vorab Interviewleitfäden an die Interviewpartnerinnen versendet. Die Interviewleitfäden dienten während des Experteninterviews als Orientierung. Zudem wurden auch weitere Themen während des Experteninterviews behandelt. Die übermittelten Leitfäden sowie das transkribierte Interview werden im Anhang dargestellt.¹⁵⁶

Nachfolgend werden die Erkenntnisse aus dem Interview dargelegt. Zuerst werden allgemeine Fakten über den ausgewählten Krankenanstaltenträger im Vergleich zur KAGes betrachtet und im Anschluss erfolgt die Darlegung und Vorstellung der einzelnen Themenbereiche, „Landesrechnungshopspflichtige Folgekostenberechnungen“ und „Kostenkontrollen“ beim repr. KT. Das Ziel dieses Kapitels ist es, Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede zwischen dem repr. KT und der KAGes auszuarbeiten und möglicherweise eine Lernfunktion daraus abzuleiten. Die Ausarbeitungen sollen einen Überblick über die Vorgehensweise bei unterschiedlichen Thematiken beim repr. KT liefern.

¹⁵⁶ Vgl. Anhang G, S. 140.

Der ausgewählte KT ist eine Anstalt öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit. Des Weiteren ist er, genauso wie die KAGes, nicht auf Gewinn ausgerichtet, die Gemeinnützigkeit steht somit im Vordergrund. Der repr. KT beschäftigt mehr als 7.000 Mitarbeiter und ist an vier bis sechs Standorten mit seinen Landeskrankenanstalten im betroffenen Bundesland vertreten. Die Aufgabe des KT ist es, seine Krankenanstalten zu führen und zu erhalten. Zudem können dem ausgewählten KT 80% des Marktanteils im betroffenen Bundesland zugerechnet werden. Vergleichsweise hat die KAGes 12 Landeskrankenhäuser an 22 Standorten und beschäftigt rund 17.500 Mitarbeiter in der Steiermark. Ein weiterer Unterschied zwischen der KAGes und dem ausgewählten Krankenanstaltenträger ist, dass die KAGes das LKH-Univ. Klinikum Graz als Universitätsklinik führt und somit zusätzlich Lehre und wissenschaftliche Forschung betreibt.

Nachfolgend werden die Erkenntnisse des Interviews über die **Erhebung sowie Evaluierung von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen** beim repr. KT vorgestellt. Der repr. KT ist genauso wie die KAGes verpflichtet, bei Bauprojekten, deren Investitionssumme größer als zwei Promille des Gesamtausgabenvolumens des letztgültigen Landesvoranschlags ist, dem Landesrechnungshof des betroffenen Bundeslandes SOLL-Kosten- bzw. Folgekostenberechnungen zur Prüfung vorzulegen. Im Unterschied zur KAGes werden beim ausgewählten KT für jedes Projekt Folgekosten errechnet. Hierfür gibt es beim repr. KT eine Projektmanagement-Richtlinie, die genau festlegt, ab welchem Moment ein Projekt einzurichten ist. Der Grund für die Erhebung von Folgekosten für jedes Projekt liegt laut Aussage der für das Investitionscontrolling zuständigen Verantwortlichen darin, dass man sehen möchte, wie sich das Projekt kostenmäßig auf den laufenden Betrieb auswirkt. Ein weiterer Unterschied, der zwischen dem repr. KT und der KAGes festgestellt werden kann, ist, dass die (landesrechnungshofpflichtigen) Folgekostenberechnungen dezentral, d.h. von Seiten der Controller/Controllerinnen der einzelnen Landeskrankenanstalten, in dem das Projekt umgesetzt wird, durchgeführt oder aber auch an externe Unternehmen fremd vergeben werden. In der KAGes erfolgt die Erhebung der Folgekostenberechnungen zentral, d.h. von der Organisationseinheit Finanzen und Controlling, die dem KAGes-Management angehört. Die Erhebung der SOLL- bzw. Folgekosten erfolgt beim repr. KT in der Form, dass überlegt wird, was mit dem Projekt bewirkt werden soll, welche Prämissen dem Projekt unterstellt werden und welche Themen dieses Projekt beinhaltet. Zusätzlich zu diesen Fragestellungen werden, abhängig vom Projekt, die Kosten pro Kostenart auf Abteilungsebene in der IST-Situation betrachtet und unter Berücksichtigung angenommener Prämissen sowie Leistungsdaten des Projektes auf eine PLAN-Situation hochgerechnet. Eine Abteilung des repr. KT kann mehrere Arten von Kostenstellen (z.B. Station, Ambulanz oder OP etc.) enthalten. Im Vergleich mit der KAGes kann somit festgehalten werden, dass beim repr. KT aufgrund der Kostenbetrachtung auf der Ebene einzelner Abteilungen eine detailliertere Erhebung der SOLL- bzw. Folgekosten

durchgeführt wird. Jedoch wird auf die Aufschlüsselung der Kosten in einzelne Kostenstellen, genauso wie bei der KAGes, bis dato verzichtet. Daraus kann abgeleitet werden, dass bei möglichen Kostenkontrollen beim repr. KT auch die Kostenkontrollmöglichkeiten der starren PKR (Ebene 1 der Kostenkontrolle)¹⁵⁷ zur Anwendung kommen können.

Im Laufe des Interviews kristallisierte sich heraus, dass der repr. KT detailliertere Möglichkeiten der Kostenkontrolle im Vergleich zur KAGes hat. Der Grund liegt zum einen darin, dass sich beim repr. KT die Kostenträgerrechnung im Einsatz befindet, und zum anderen spielen die Größe und die Dimensionen des repr. KT eine wesentliche Rolle.

Es werden im Vergleich zur KAGes beim repr. KT bereits **Evaluierungen** von Folgekostenberechnungen durchgeführt. Dabei wird lt. Aussagen der Interviewpartnerinnen die Evaluierung mit derselben Genauigkeit durchgeführt wie die zuvor erstellte Folgekostenberechnung. Beim repr. KT sind Folgekostenberechnungen zu evaluieren, wenn beispielsweise vom Aufsichtsrat ein Prüfauftrag an den Vorstand gestellt wird. Die Evaluierungen werden beim repr. KT in Zusammenarbeit mit den Controllern und Controllerinnen sowie den Kostenrechnern und Kostenrechnerinnen für den Vorstand aufbereitet. Das Ziel einer Evaluierung beim repr. KT ist es, dem Vorstand ein kommentiertes Ergebnis vorzulegen. Die Kommentare sollen Abweichungen bzw. Abweichungsverursacher zwischen der geplanten und der tatsächlich eingetretenen Situation beinhalten. Entsprechend der Aussage der Verantwortlichen für die Kostenrechnung beim repr. KT werden für unerklärliche Abweichungen auf Abteilungsebene detailliertere Analysen durchgeführt. In den nachfolgenden Absätzen wird näher auf die detaillierteren Analysen eingegangen.

Prinzipiell erfolgt beim repr. KT gem. den Erklärungen der Interviewpartnerinnen die **Planung der Kosten und Erlöse** auf Kostenstellen-Ebene. Es erfolgt per se kein Fortschreiben der Budgets, stattdessen wird ein Budgetvorschlag vom Management, den Controllern und Controllerinnen des jeweiligen Landeskrankenhauses übermittelt. Dies stellt eine Top-Down-Planung dar, was sich wiederum im Vergleich zur KAGes unterscheidet. Der Budgetvorschlag basiert auf Leistungsprognosen des jeweiligen Landeskrankenhauses und wird vom Controller bzw. von der Controllerin gemeinsam mit dem Krankenanstaltendirektorium und den Abteilungsvorständen auf die Abteilungen umgerechnet. Sind das Krankenanstaltendirektorium sowie die Abteilungsvorstände mit dem Budgetvorschlag einverstanden, wird das Budget auf die einzelnen Kostenstellen jeder Abteilung aufgeschlüsselt und dieser zugeordnet. Dadurch ist es möglich, im laufenden Betrieb PLAN-/IST-Abweichungen auf der Ebene einzelner Kostenstellen

¹⁵⁷ Vgl. Kapitel 5.2, S. 46.

durchzuführen. Aufgrund der Erkenntnisse kann festgehalten werden, dass sich die KAGes auch darin vom repr. KT unterscheidet. Der Unterschied besteht darin, dass beim repr. KT alle Leistungsbereiche in der Planung, mit Ausnahme der Sekundärkosten, berücksichtigt werden, wohingegen bei der KAGes der stationäre Bereich anhand der Leistungsprognosen geplant und der Rest fortgeschrieben wird.

Im Allgemeinen werden beim repr. KT lt. den Aussagen der Interviewpartnerinnen monatlich bzw. quartalsweise, die Häufigkeit ist abhängig von der Krankenanstalt, **Kostenkontrollen** im Rahmen von Controlling-Gesprächen mit Personen besprochen, welche die Kosten des Gesundheitsbetriebes beeinflussen bzw. steuern können. Zu diesen Personen gehören beispielsweise der/die Primararzt/Primarärztin, der/die Oberpfleger/Oberschwester, der/die Leiter/Leiterin der Apotheke, der/die Einkaufsleiter/Einkaufsleiterin, das Direktorium etc. Die Aufbereitung von Controlling-Berichten für die Controlling-Gespräche erfolgt durch die Controller und Controllerinnen des repr. KT. Die Inhalte dieser Berichte sind Personal-Kennzahlen, Leistungsdaten, Gesamtkosten, Kosten von unterschiedlichen Kostenträgern etc. Hierbei schaut man sich nicht nur die Kostenentwicklung bzw. PLAN-/IST-Kosten-/Erlös-Vergleiche auf der Ebene der Abteilung bzw. Kostenstelle an, sondern es werden auch kosten- und mengenmäßig die top zehn medizinischen Einzelleistungen der Abteilung betrachtet, welche einzelnen Kostenstellen zugeordnet werden können. Die mengen- und kostenmäßige Betrachtung der top zehn medizinischen Einzelleistungen einer Abteilung wird durch den Einsatz einer Kostenträgerstückrechnung beim repr. KT ermöglicht. Die KAGes hat bis dato, wie bereits in den vorherigen Kapiteln erwähnt, keine Kostenträgerrechnung bzw. Kostenträgerstückrechnung im Einsatz.

Die **Kostenträgerstückrechnung** ermöglicht es beim repr. KT, Kosten und Erlöse einzelner MEL im Zeitablauf zu betrachten. Es erfolgt für jede MEL des repr. KT eine Kalkulation. Die Kalkulation wird für den IST-Zustand durchgeführt, eine Planung erfolgt nicht. Dabei werden jeder MEL zehn verschiedene Leistungsarten zugerechnet. Die zehn Leistungsarten bestehen aus Arzt-, Pflege-, Geräte- und Material-Anästhesie, Pflege- und Geräte-OP, Arzt vom Fach sowie restliche Strukturkosten der OP und den Implantaten. Es werden nicht nur MEL kalkuliert, auch andere medizinische Leistungen, wie beispielsweise Pathologie-, Röntgenleistungen und Strahlentherapien, werden kosten- sowie mengenmäßig im IST-Zustand beim repr. KT erhoben. Es kann abermals ein wesentlicher Unterschied im Vergleich zur KAGes festgestellt werden. Der KAGes ist es nicht möglich, einzelne oder die Gesamtheit an MEL kostenmäßig auszuwerten und im Zeitablauf zu betrachten, was auf die fehlende Kostenträgerstückrechnung zurückzuführen ist. In den zuvor erwähnten Controlling-Gesprächen sind lt. den Interviewpartnerinnen die Kosten einzelner MEL/Leistungen einer Abteilung auch ein bedeutender Indikator, um

Unwirtschaftlichkeiten aufdecken und Abweichungen erklären zu können. Der einzelne Patient bzw. die einzelne Patientin im stationären Bereich wird beim repr. KT als Kostenträger angesehen. Im ambulanten Bereich werden die Kosten auf Sammelkostenträger der jeweiligen Versicherungen gebucht. Die Interviewpartnerinnen sehen den Vorteil einer Kostenträgerstückrechnung auch darin, die Erlöse einer Leistung den Kosten derselben Leistung gegenüberzustellen und somit zu erheben, ob die Erlöse kostendeckend sind oder eine Kostenunterdeckung vorliegt. Daraus ergibt sich ein weiteres Kontrollinstrument, mit dessen Hilfe eine Argumentationsbasis für eine kostendeckende Abgeltung der Leistungen geschaffen werden kann. Des Weiteren kann die Kostenträgerrechnung als Instrument für Benchmarkzwecke herangezogen werden, um bei speziellen Leistungen wettbewerbsfähig gegenüber anderen Anbietern im Gesundheitswesen zu sein.

Die **Kostenträgerrechnung/Kostenträgerstückrechnung** ermöglicht beim repr. KT eine Analyse der Kosten/Erlöse auf der tiefsten Ebene der Kostenrechnung. Folglich können Einzelkostenabweichungsanalysen bzw. Kostenkontrollen auf der Patienten-, Fall- sowie Leistungs-Ebene durchgeführt werden. Die Interviewpartnerinnen merkten an, dass bei außergewöhnlichen Abweichungen der/die Kostenstellenverantwortliche, im Falle des repr. KT der Abteilungsvorstand bzw. die Abteilungsvorständin, Rechenschaft ablegen muss. Faktisch tritt lt. Interviewpartnerinnen zumeist der Fall ein, dass die Verantwortlichen, die die Kosten steuern und beeinflussen können, die Kostenüber- bzw. -unterschreitung anhand der medizinischen Erforderlichkeit argumentieren. Den Controllern bzw. den Controllerinnen steht es nicht zu, über die medizinische Erforderlichkeit zu urteilen, denn schlussendlich obliegt die Endverantwortung am Patienten, auch unter Berücksichtigung ökonomischer Gesichtspunkte, dem medizinischen Personal. Dieser Aspekt trifft für die KAGes sowie auch den repr. KT zu. Daraus kann abgeleitet werden, dass das Gesundheitswesen ein komplexes Geflecht unterschiedlichster Meinungen, Sichtweisen sowie Regelungen darstellt. Vermutlich unabhängig davon, welcher Krankenanstaltenträger eines österreichischen Bundeslandes betrachtet wird. Die Kostenträgerrechnung ermöglicht dem repr. KT, ein kostenmäßig klareres Bild über das Leistungsgeschehen seiner Landeskrankenhäuser zu bekommen. Des Weiteren schafft eine Kostenträgerrechnung eine Basis für die Controlling-Gespräche, in denen unterschiedlichste Berufsgruppen aufeinandertreffen. Vor allem die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, die direkt am Patienten bzw. an der Patientin tätig sind, und jenen, die in der Verwaltung arbeiten, wird dadurch erleichtert, da man exakt feststellen kann, woraus die Preis- sowie Mengenabweichungen resultieren.

Die fehlende Kostenträgerrechnung bei der KAGes kann zum einen damit begründet werden, dass die Implementierung eine Inanspruchnahme von Personal- und Zeitressourcen erfordert, welche aktuell nicht vorhanden sind. Zum anderen sind die Dimensionen (Größe,

Strukturen, Universitätsklinik, Anzahl der Leistungen etc.) beim ausgewählten repr. KT im Vergleich zur KAGes überschaubarer und somit möglicherweise einfacher in der Umsetzung.

Ein weiterer Aspekt, der von Seiten der Interviewpartnerinnen im Interview behandelt wurde, ist die Zusammenarbeit zwischen den Personen, die die Kosten im Gesundheitsbetrieb steuern können, und jenen Personen beim repr. KT, die die Daten zur Verfügung stellen und sie aufbereiten. Die Interviewpartnerinnen bestätigten mehrmals die gute Zusammenarbeit der medizinischen und nicht-medizinischen Bereiche beim repr. KT. Ihrer Meinung nach hat das damit zu tun, dass die Datenbasis sowie -qualität verlässlich und nachvollziehbar ist und somit eine plausible Aufbereitung der Daten für unterschiedlichste Empfänger (z.B. Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonal, Verwaltungspersonal etc.) erfolgen kann. Zudem merkten sie an, dass die Implementierung des derzeit herrschenden Systems über Jahre gedauert hat und noch immer Potenzial für eine Weiterentwicklung gesehen wird. Die Kostenträgerrechnung und die Entwicklung dahingehend wurde beim repr. KT bei der Einführung des ERP-Systems SAP implementiert.

Zusammenfassend kann angeführt werden, dass Unterschiedliches, aber auch Vergleichbares zwischen dem ausgewählten repr. KT und der KAGes festgehalten werden kann. Vor allem die beim repr. KT implementierte Kostenträgerrechnung ist ein wesentlicher Ansatz, der sich bei der KAGes bis dato nicht durchgesetzt hat. Zudem hat der repr. KT bereits Erfahrungen im Bereich der Evaluierungen von Folgekostenberechnungen gesammelt. Das im Rahmen der Masterarbeit geführte Experteninterview mit Vertreterinnen des repr. KT führt zu dem Ergebnis, dass der in der Masterarbeit gewählte Ansatz – Kostenkontrolle der Ebene 3¹⁵⁸ – bestärkt wird und zum anderen, dass neue Ansätze eines mit der KAGes zum Teil vergleichbaren Gesundheitsbetriebes kennengelernt und vorgestellt werden können.

Möglicherweise liefern die Erkenntnisse aus dem Interview neue Ansätze, Ideen und/oder Betrachtungsweisen, die für die KAGes künftig von Bedeutung sein könnten. Denn der ständige Wandel im Gesundheitswesen bedarf einer kontinuierlichen Weiterentwicklung, die mithilfe bereits gesammelter Erfahrungen und neuer Ansätze gemeistert werden kann.

¹⁵⁸ Vgl. Kapitel 7.2, S. 67.

10 Resümee

Die Kostenkontrolle kann in unterschiedlichsten Ausprägungen zur Anwendung kommen. Diese Ausprägungen sind abhängig von den zugrundeliegenden Ausgangssituationen und dem vorhandenen Datenmaterial sowie dessen Qualität. Das Ziel dieser Masterarbeit ist es, mögliche Ansätze für Evaluierungen von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen bei der KAGes zu konzipieren. Dabei werden unterschiedlichste Ebenen der Kostenkontrolle betrachtet, um Argumentationen für Abweichungen liefern zu können. Im Allgemeinen setzt sich die Kostenkontrolle zum Ziel, Kostensenkungspotenziale zu erkennen und Unwirtschaftlichkeiten aufzudecken.

Die Konzeption von unterschiedlichsten Ansätzen von Kostenkontrollen baut primär auf der Grundlage der Erhebung sowie Darstellung der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen bei der KAGes auf. Dabei wird im Rahmen der Masterarbeit erhoben, dass die Kostenkontrolle auf der Ebene der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen - **Ebene 1** der Kostenkontrolle - kein zufriedenstellendes Ergebnis liefert, da lediglich eine Gesamtabweichung ermittelt werden kann. Demnach werden im Zuge der Masterarbeit Empfehlungen hinsichtlich der Erhebung und Darstellung der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen festgehalten. In diesem Zusammenhang wird empfohlen, die Kosten je Kostenart und Kostenstelle mittels kostenstellenabhängigen Leistungsdaten hochzurechnen. Dazu werden unterschiedlichste Kostenbestimmungsfaktoren für diverse Kostenstellen der KAGes eruiert und es wird das bestehende Excel-Folgekostenformularkonvolut für Evaluierungszwecke aufbereitet. Des Weiteren dient diese Ebene der Kostenkontrolle zur Identifizierung der näher zu betrachtenden Kostenstelle der in der Masterarbeit konzipierten Ebene 2 der Kostenkontrolle.

Die in der Masterarbeit konzipierte **Ebene 2** der Kostenkontrolle dient zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit einzelner Kostenstellen. Dazu ist es erforderlich, in der Ebene 1 der Kostenkontrolle jene Kostenstellen auszuwählen, die eine wesentliche Restabweichung aufweisen. Mithilfe der Ebene 2 der Kostenkontrolle ist es möglich, Unwirtschaftlichkeiten aufzudecken, die/den Kostenstellenverantwortliche/n damit zu konfrontieren und das Ergebnis der Kostenkontrolle zu thematisieren. Diese Ebene der Kostenkontrolle ermöglicht es, die Gesamtabweichung in eine Beschäftigungs- sowie Verbrauchsabweichung aufzusplitten. Die Voraussetzung dabei ist, dass die Kostenarten der KAGes einer Kostenauflösung unterzogen werden.

Als weiterer möglicher Ansatz wird die **Ebene 3** der Kostenkontrolle im Rahmen der Masterarbeit konzipiert. Hierbei gilt es, mithilfe einer Kalkulation (in Anlehnung an die Kostenträgerstückrechnung) die Einzel- sowie Gemeinkosten einer repräsentativen medizinischen Einzelleistung einer ausgewählten Kostenstelle zu erheben, die Kosten im Zeitablauf zu betrachten und einen Kosten-Trend für die betroffene Kostenstelle abzuleiten. Als repräsentative MEL wird jene MEL angesehen, die kosten- sowie mengenmäßig für die Kostenstelle von Bedeutung und typisch für diese ausgewählte Kostenstelle ist. Der Kosten-Trend leitet sich aus der Betrachtung der erhobenen IST-Einzel- sowie Gemeinkosten im Zeitablauf ab. Im Rahmen der Masterarbeit werden die Kosten der MEL DE091 für die Jahre 2014 und 2016 erhoben. Die Betrachtung im Zeitablauf ermöglicht eine Ableitung einer Kosten-Tendenz, welche auf die betroffene Kostenstelle umgelegt werden kann. Zum einen dient diese Ebene der Kostenkontrolle der Plausibilisierung und Überprüfung sowie Anpassung des Ergebnisses der Kostenkontrolle der Ebene 2 und zum anderen schafft sie eine Argumentationsgrundlage für unterschiedlichste Themen bei der KAGes. Einerseits dient der neuartige Ansatz als Argumentationsbasis für Budgetanpassungen. Andererseits bietet die Erhebung von Kosten auf der Ebene eines Kostenträgers die Möglichkeit, die Kosten auf der detailliertesten Ebene der Kostenrechnung zu steuern.

Es wird im Rahmen der Masterarbeit empfohlen, die konzipierten Kostenkontrollansätze als provisorische Lösung in einer Einführungsphase der detaillierteren Kostenkontrolle anzusehen. Nach der Einführungsphase wird empfohlen, alle drei Kostenkontrollansätze, vor allem die Ebene 3 der Kostenkontrolle, in den laufenden Controlling-Prozess der KAGes zu integrieren, damit eine aussagekräftige und nachhaltige Überprüfung der Wirtschaftlichkeit gewährleistet werden kann.

Ein weiteres Ziel dieser Masterarbeit ist es, die praktische Anwendbarkeit der konzipierten Kostenkontrollansätze sicherzustellen. Dazu wird bei den in der Masterarbeit angeführten Beispielen der Kostenkontrolle auf die bestehende Datenbasis der KAGes zurückgegriffen und somit versucht, die Praktikabilität zu gewährleisten.

Ein Interview mit einem repräsentativen Krankenanstaltenträger eines österreichischen Bundeslandes zählt auch zu den Zielsetzungen dieser vorliegenden Masterarbeit. Es handelt sich dabei um ein leitfadengestütztes Experteninterview mit zwei Vertreterinnen des repr. KT. Dabei stehen vor allem der bundeslandübergreifende Wissensaustausch sowie die Lernfunktion hinsichtlich Erhebungen und Evaluierungen von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen sowie Kostenkontrollen im Vordergrund. Die Erkenntnisse aus dem leitfadengestützten Experteninterview bestärken die im Rahmen der Masterarbeit konzipierten

Kostenkontrollansätze, da der repr. KT auch Kostenkontrollen auf den unterschiedlichsten Ebenen der Kostenrechnung in verschiedensten Ausprägungen in seinen Controlling-Prozess eingebunden hat.

Die im Rahmen der Masterarbeit konzipierten Kostenkontrollansätze sollen als Handlungsempfehlungen für die KAGes angesehen werden. Dabei soll stets das Wirtschaftlichkeitsprinzip gem. § 2 Z 7 GQG hinsichtlich des Kosten-/Nutzenverhältnisses berücksichtigt werden. Es soll dabei angedacht werden, ob die Vorteile des genaueren Controllings, d.h. der genaueren Analysemöglichkeiten der Abweichungen, nicht größer sind als die Nachteile des Verwaltungsaufwands, z.B. der Implementierung einer Kostenträgerstückrechnung. In einem weiteren Schritt, der in der Arbeit nicht mehr berücksichtigt wird, müssten darüber Überlegungen angestellt werden.

Die Kostenkontrolle wird vermutlich künftig aufgrund unterschiedlichster Faktoren im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Vor allem die in Zukunft zu erwartenden Strukturveränderungen im Gesundheitsbereich sowie das steigende Gesundheitsbewusstsein der Menschen führen dazu, dass vermutlich detailliertere Betrachtungen der Kosten seitens unterschiedlichster Interessensgruppen (z.B.: Eigentümer, Versicherungsanstalten, Gesundheitsfonds etc.) gefordert werden. Des Weiteren wird mit Strukturveränderungen angestrebt, Kosteneinsparungspotenziale im Gesundheitswesen zu generieren. Verlagerungen, Spezialisierungen oder Schließungen könnten mögliche Strukturveränderungen darstellen. Als Beispiele können angeführt werden, dass künftig angestrebt wird, stationäre Fälle in den ambulanten und/oder tagesklinischen Bereich zu verlagern und/oder die Aufenthaltsdauer von stationären Patientinnen und Patienten zu kürzen, um Einsparungspotenziale zu generieren. Die angestrebten Strukturen können dann als kostendämpfend angesehen werden, wenn sie im Nachhinein einer Kostenkontrolle/Evaluierung unterzogen werden. Durch den ständigen Wandel im Gesundheitswesen werden vermutlich künftig zunehmend Kostenkontrollen gefordert werden, um Argumentationsgrundlagen für unterschiedlichste Themenbereiche im Gesundheitswesen zu schaffen.

Kostenkontrollansätze auf verschiedensten Betrachtungsebenen der Kostenrechnung schaffen möglicherweise Anreize, um allgemein der Kostensituation im Gesundheitswesen kritischer gegenüberzustehen. Zudem ermöglichen Kostenkontrollen parallel eine Überprüfung, ob mit öffentlichen finanziellen Mitteln des Landes Steiermark effizient gewirtschaftet wurde. Denn die effiziente Mittelverwendung und die Transparenz zählen gem. § 2 (1) StLHG zu den Zielen und Grundsätzen der österreichischen Bundesländer.

Mehr Transparenz und eine Lernfunktion wird mit den in der Masterarbeit konzipierten Kostenkontrollansätzen geschaffen, was wiederum langfristig sowie nachhaltig zu einem Mehrwert für die KAGes und für das steirische Gesundheitssystem führt.

Literaturverzeichnis

- ANKLAM, P. [2008]: Analyse und Planung im Outfit-Einzelhandel, Frankfurt am Main: Deutscher Fachverlag GmbH, 2008.
- ÄRZTEKAMMER STEIERMARK [2018]: Patientenstromanalyse, in: AERZTE Steiermark (2018), 2, S. 40-44.
- BACHMANN, P. [2009]: Controlling für die öffentliche Verwaltung, 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler Verlag, 2009.
- BARTH, T./BARTH, D. [2008]: Controlling: Managementwissen für Studium und Praxis, 2., vollst. überarb. u. akt. Aufl., München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 2008.
- BAUMANN, B./REEHE, H./SCHMIED, D./ULLRICH, T. [2008]: Personaleinsatz und Personal- und Sachkosten im Krankenhaus, 2008, http://www.bkpv.de/ver/pdf/gb2008/baumann_reehe_schmied_ullrich.pdf, [12.03.2018].
- BUNDESANSTALT STATISTIK ÖSTERREICH [2017]: Verbraucherpreisindex, 16.11.2017, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/preise/verbraucherpreisindex_vpi_hvpi/index.html, [12.12.2017].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT [2010]: Das österreichische LKF-System, 01.06.2010, https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/4/8/CH1164/CMS1098272734729/lkf-broschuere_bmg_2010_nachdruck_2011.pdf, [19.03.2018].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN [2012]: Dokumentation im ambulanten Bereich – Glossar – Anhang 3, 31.12.2012, https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/3/0/CH1064/CMS1240821423857/anhang_3_-_glossar,_stand_31-12-2012_korr.pdf, [12.12.2017].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN [2016]: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – Systembeschreibung, 30.09.2016, https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/8/0/CH1241/CMS1287566025326/sytembeschreibung_2017.pdf, [12.12.2017].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN [2016]: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – Leistungskatalog, 30.09.2016, https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/1/2/CH1241/CMS1287572751172/leistungskatalog_bmgf_2017.pdf, [12.12.2017].
- COENENBERG, A./FISCHER, T./GÜNTHER, T. [2016]: Kostenrechnung und Kostenanalyse, 9., überarb. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag, 2016.
- CZYPIONKA, T./KRAUS, M./RÖHRLING, G. [2008]: Messung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen, 31.04.2008, <http://irihs.ihs.ac.at/1834/1/esd2008.pdf>, [04.04.2018].
- DÄUMLER, K./GRABE, J. [2013]: Kostenrechnung 1 – Grundlagen, 11., vollst. überarb. Aufl., Herne: Verlag Neue Wirtschafts-Briefe GmbH & Co. KG, 2013.
- DÄUMLER, K./GRABE, J. [2014]: Kostenrechnung 3 – Plankostenrechnung und Kostenmanagement, 9., vollst. überarb. Aufl., Herne: Verlag Neue Wirtschafts-Briefe GmbH & Co. KG, 2014.

- DEIMEL, K./HEUPEL, T./WILTINGER, K. [2013]: Controlling, München: Verlag Franz Vahlen GmbH, 2013.
- DRESING, T./PEHL, T. [2013]: Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende, 5. Aufl., Marburg: Eigenverlag, 2013, http://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf, [05.03.2018].
- EICHHORN, S./EVERSMEYER, H. [1999]: Evaluierung endoskopischer Operationsverfahren im Krankenhaus und in der Praxis aus Sicht der Medizin, des Patienten und der Ökonomie, Stuttgart: Thieme Verlag KG, 1999.
- ERNST, C./SCHENK, G./SCHUSTER, P. [2009]: Kostenrechnung – Schnell erfasst, Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, 2009.
- EWERT, R./WAGENHOFER, A. [2014]: Interne Unternehmensrechnung, 8., überarb. Aufl., Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, 2014.
- FRODL, A. [2011]: Kostenmanagement und Rechnungswesen im Gesundheitsbetrieb, Wiesbaden: Gabler Verlag, 2011.
- GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK [2017]: Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025 Version 1.0, 21.06. 2017, http://www.gesundheitsfonds-steiermark.at/Documents/RSG%20St_2025_Bericht%20gesamt_V1.0.pdf, [14.02.2018].
- GFRÖRER, R. [2008]: Das Operationsteam, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag, 2008.
- HABERSTOCK, L. [2008]: Kostenrechnung II: (Grenz-) Plankostenrechnung mit Fragen, Aufgaben und Lösungen, 10., neu bearb. Aufl., Berlin: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG, 2008.
- HANSEN, D./MOWEN, M. [2007]: Management Accounting, 8. Aufl., United States of America: Thomson South-Western, 2007.
- HAUKE, E. [1995]: Leistungsorientierte Planung im Krankenhaus: ein partizipativer Ansatz für die Praxis, Wien: Wissenschaftsverlag Ueberreuter, 1995.
- HORVATH, P. [2011]: Controlling, 12., vollst. neubearb. Aufl., München: Verlag Franz Vahlen GmbH, 2011.
- JACOB, D./STUHR, C./WINTER, C. [2011]: Kalkulieren im Ingenieurbau, 2., vollst. überarb. Aufl., Wiesbaden: Springer-Verlag GmbH, 2011.
- JOOS, T. [2014]: Controlling, Kostenrechnung und Kostenmanagement, 5. Aufl., Wiesbaden: Springer Gabler, 2014.
- JOOS-SACHSE, T. [2006]: Controlling, Kostenrechnung und Kostenmanagement: Grundlagen – Instrumente – Neue Ansätze, 4., akt. Aufl., Wiesbaden: Gabler Verlag, 2006.
- KAGes [2015]: Über uns – KAGes, 02.03.2015, <http://www.kages.at/cms/ziel/2283216/DE/>, [24.10.2017].
- KERN, B./WADLE, E./SCHROEDER, K./KATZENMEIER, C. [2006]: Humaniora: Medizin - Recht – Geschichte, Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, 2006.

- KEUN, F./PROTT, R. [2008]: Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung: Anpassung an neue Rahmenbedingungen, 7., überarb. Aufl., Wiesbaden: Gabler Verlag, 2008.
- KILGER, W./PAMPEL, J./VIKAS, K. [2012]: Flexible Plankostenrechnung und Deckungsbeitragsrechnung, 13. Aufl., Wiesbaden: Gabler Verlag, 2012.
- KLOSE, T./HERLEMANN, B./LEIDL, R. [1999]: Kostenmessung in der ökonomischen Evaluation von Gesundheitsleistungen: die Kosten stationärer Akutversorgung am Universitätsklinikum Ulm, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 7 (1999), 4, S. 351-372.
- KOCH, M. [2013]: Abweichungsanalysen, in: Controlling – Zeitschrift für erfolgsorientierte Unternehmenssteuerung 25 (2013), 8, S. 488-490.
- KOCHER, G. [2011]: Die Gründe der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, in: Schweizerische Ärztezeitung 38 (2011), 92, S. 1466-1469.
- LACHMANN, M. [2011]: Der Einsatz von Controllinginstrumenten in Krankenhäusern: Verbreitung, Kontextfaktoren und Erfolgspotenziale, Wiesbaden: Gabler Verlag, 2011.
- LEIMBÖCK, E./KLAUS, U./HÖLKERMANN, O. [2015]: Baukalkulation und Projektcontrolling, 13., überarb. u. aktualisierte Aufl., Wiesbaden: Springer-Verlag GmbH, 2015.
- MACARIO, A. [2010]: What does one minute of operating room time cost?, in: Journal of Clinical Anesthesia 22 (2010), S. 233-236.
- MARTIKAINEN, M./ KANGAS-SAARELA, T. [2000]: Cost-effective anaesthesia for outpatient arthroscopic knee surgery: spinal, desflurane, isoflurane or propofol anaesthesia?, in: Ambulatory Surgery 8 (2000), 2, S. 63-66.
- MUMM, M. [2015]: Kosten- und Leistungsrechnung, 2. Aufl., Wiesbaden: Gabler Verlag, 2015.
- OSSADNIK, W. [2008]: Kosten- und Leistungsrechnung, Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, 2008.
- PENTZEK, D. [1996]: Kostenplanung und Kostenkontrolle, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 1996.
- PLINKE, W./RESE, M./UTZIG, P. [2015]: Industrielle Kostenrechnung, 8. Aufl., Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, 2015.
- RAFFEL, A./CUPISTI, K./DOTZENRATH, B./KRÜGER, B./OHMANN, C./SCHULTE, K./GORETZKI, P./RÖHRER, H. [2004]: Ökonomische Zwänge führen zur Reduktion der stationären Verweildauer, in: Der Chirurg (2004), 7, S. 702-705.
- REICHMANN, T. [2011]: Controlling mit Kennzahlen, 8., überarb. und erw. Aufl., München: Verlag Franz Vahlen GmbH, 2011.
- RIEDEL, M./RÖHRLING, G. [2009]: Ursachen für Kostensteigerungen und zukünftige Herausforderungen im österreichischen Gesundheitssystem, in: WISO 32 (2009), 1, S. 94-112.
- RIEG, R. [2008]: Planung und Budgetierung: Was wirklich funktioniert, Wiesbaden: Gabler Verlag, 2008.

- SCHÄFFER, U. [2001]: Kontrolle als Lernprozess, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag, 2001.
- SCHERRER, G. [1991]: Kostenrechnung, 2., vollst. Neubearb. u. erw. Aufl., Stuttgart: Gustav Fischer Verlag, 1991.
- SCHUSTER, M./WICHA, L./FIEGE, M./GOETZ, A. [2007]: Auslastung und Wechselzeit als Kennzahlen der OP-Effizienz, in: Der Anästhesist 56 (2007), 10, S. 1058-1066.
- SCHWEITZER, M./KÜPPER, H.U. [2011]: Systeme der Kostenrechnung, 10., überarb. u. erw. Aufl., München: Verlag Franz Vahlen GmbH, 2011.
- SEICHT, G. [2001]: Moderne Kosten- und Leistungsrechnung: Grundlagen und praktische Gestaltung, 11., akt. Aufl., Wien: Linde Verlag GmbH, 2001.
- SIEBOLD, M. [2014]: Dienstleistungscontrolling in der Praxis: Methoden, Handlungsanleitungen und Fallbeispiele, Weinheim: Wiley-VCH, 2014.
- STAHL, H. [2002]: Analyse und Verrechnung von Abweichungen in Abhängigkeit der Fertigungsverfahren, in: KRP Kostenrechnungspraxis (2002), 1, S. 49-56.
- TAUBERGER, A. [2008]: Controlling für die öffentliche Verwaltung, München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, 2008.
- THOMUSCH, O./DRALLE, H. [1997]: Schilddrüsenchirurgie: Kostenanalyse und Qualitätssicherung, Heidelberg: Johann Ambrosius Barth, 1997.
- VORMBAUM, H. [1966]: Kalkulationsarten und Kalkulationsverfahren, Stuttgart: Poeschel Verlag GmbH, 1966.
- WALA, T./HASLEHNER, F./HIRSCH, M. [2016]: Kostenrechnung, Budgetierung und Kostenmanagement, 2., überarb. Aufl., Wien: Linde Verlag GmbH, 2016.

Anhang

Anhang A Einfach analytische Kostenauflösung

Anhang zu Kapitel 3.2 – Kostenauflösung

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
- 1000PERSONALKOSTEN	1 Personalkosten		
- 1000PEKO11	Summe PERSONALKOSTEN		
- 1000MLV111	111 Ärzte		
620111	Bezüge Beamte	100%	0%
621111	Sonderzahlungen	100%	0%
622111	Urlaubsentschädigung	100%	0%
623111	Fahrtkostenzuschuss	100%	0%
624111	Überstunden	0%	100%
625111	Fixe Zulagen	100%	0%
626111	Variable Zulagen	0%	100%
628111	Jubiläum	100%	0%
629111	Geldaushilfen ,Belohnungen	100%	0%
635111	Ärztendienstzeit leitender Arzt	100%	0%
636111	Ärztendienstz.ärzt.MA	100%	0%
650111	SV Ärzte	100%	0%
652111	FBH-Geb.beih. Ärzte	100%	0%
653111	FBH-AF Ärzte	100%	0%
670111	WZ Ärzte	100%	0%
671111	FF Ärzte	100%	0%
672111	Soz.auf. Ärzte	100%	0%
A621111	Abgrenzung SoZa.Ärzte Bea.	100%	0%
A640111	Abgrenzung Abf. Ärzt. Bea.	100%	0%
K620111	kalk. Bund Ärzte Bea.	100%	0%
- 1000MLV112	112 Apotheker, Chemiker		
620112	Bezüge Beamte	100%	0%
621112	Sonderzahlungen	100%	0%
622112	Urlaubsentschädigung	100%	0%
623112	Fahrtkostenzuschuss	100%	0%
624112	Überstunden	0%	100%
625112	Fixe Zulagen	100%	0%
626112	Variable Zulagen	0%	100%
628112	Jubiläum	100%	0%
629112	Geldaushilfen ,Belohnungen	100%	0%
650112	SV Apotheker	100%	0%
652112	FBH-Geb.beih.Apothek	100%	0%
653112	FBH-AF Apotheker,	100%	0%
670112	WZ Apotheker,Chem.,	100%	0%
671112	FF Apotheker,Chem.,	100%	0%
672112	Soz.auf. Apotheker,	100%	0%
A621112	Abgr.SoZa.Apoth.Bea.	100%	0%
A640112	Abgr.Abf.Apoth. Bea.	100%	0%
K620112	kalk.Bund Apoth.Bea.	100%	0%
- 1000MLV113	113 Hebammen		
620113	Bezüge Hebammen B	100%	0%
621113	Sonderz. Heb. B	100%	0%
622113	Url.Entsch.Heb. B	100%	0%
623113	Fahrtkosten Zuschuss Heb.B	100%	0%
624113	Überstunden Heb. B	0%	100%
625113	Fixe Zulagen Heb.B	100%	0%
626113	Variable Zul. Heb.B	0%	100%
628113	Jubiläum Hebammen B	100%	0%
629113	Geldaush.,Belohn.Heb	100%	0%

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
650113	Soz.Vers. Heb.B	100%	0%
652113	FBH-Geb.Beih. Heb. B	100%	0%
653113	FBH-AF Heb. B	100%	0%
670113	Weihn.Zuw. Heb. B	100%	0%
671113	Fam.Förd. Heb. B	100%	0%
672113	Soz.auf. Heb. B	100%	0%
K620113	kalk.Bund Hebam.Bea.	100%	0%
- 1000MLV114	114 Krankenpflegef		
620114	Bezüge Beamte	100%	0%
621114	Sonderzahlungen	100%	0%
622114	Urlabsentschädigung	100%	0%
623114	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624114	Überstunden	0%	100%
625114	Fixe Zulagen	100%	0%
626114	Variable Zulagen	0%	100%
628114	Jubiläum	100%	0%
629114	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650114	SV Krankenpfl.dienst	100%	0%
652114	FBH-Geb.beih.Krankpfl	100%	0%
653114	FBH-AF Krankpfl.dien	100%	0%
670114	WZ Krank.pfl.pers.	100%	0%
671114	FF Krank.pfl.pers.	100%	0%
672114	Soz.auf. Krankpfl.d.	100%	0%
A621114	Abgr.SoZa.PflegeBea.	100%	0%
A640114	Abgr.Abf.Pflege Bea.	100%	0%
K620114	kalk.Bund Pfleg.Bea.	100%	0%
- 1000MLV115	115 Medizin.-Techn		
620115	Bezüge Beamte	100%	0%
621115	Sonderzahlungen	100%	0%
622115	Urlabsentschädigung	100%	0%
623115	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624115	Überstunden	0%	100%
625115	Fixe Zulagen	100%	0%
626115	Variable Zulagen	0%	100%
628115	Jubiläum	100%	0%
629115	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650115	SV med.tech.Pers.	100%	0%
652115	FBH-Geb.beih.med.tec	100%	0%
653115	FBH-AF med.tech.Pers	100%	0%
670115	WZ med.tech.Personal	100%	0%
671115	FF med.tech.Personal	100%	0%
672115	Soz.auf. med.tech.P.	100%	0%
A621115	Abgr. SoZa. MTD Bea.	100%	0%
A640115	Abgr. Abf. MTD Bea.	100%	0%
K620115	kalk.Bund MTD Beamte	100%	0%
- 1000MLV116	116 Sanitätshilfsp		
620116	Bezüge Beamte	100%	0%
621116	Sonderzahlungen	100%	0%
622116	Urlabsentschädigung	100%	0%
623116	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624116	Überstunden	0%	100%
625116	Fixe Zulagen	100%	0%
626116	Variable Zulagen	0%	100%
628116	Jubiläum	100%	0%
629116	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650116	SV San.hilfspers.	100%	0%
652116	FBH-Geb.beih.Sanit.	100%	0%
653116	FBH-AF Sanitätsh.die	100%	0%
670116	WZ Sanitätsh.dienst	100%	0%
671116	FF Sanitätsh.dienst	100%	0%
672116	Soz.auf. Sanitätsh.	100%	0%
A621116	Abgr. SoZa. SHD Bea.	100%	0%

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
A640116	Abgr. Abf. SHD Bea.	100%	0%
K620116	kalk.Bund SHD Beamte	100%	0%
- 1000MLV117	117 Verwaltungs-u.		
620117	Bezüge Beamte	100%	0%
621117	Sonderzahlungen	100%	0%
622117	Urlaubsentschädigung	100%	0%
623117	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624117	Überstunden	0%	100%
625117	Fixe Zulagen	100%	0%
626117	Variable Zulagen	0%	100%
628117	Jubiläum	100%	0%
629117	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
646117	Pensionskassenbeitr.	100%	0%
650117	SV Verw.-u.Kanzl.per	100%	0%
652117	FBH-Geb.beih.Verwalt	100%	0%
653117	FBH-AF Verwalt.-Kanz	100%	0%
670117	WZ Verw.-Kanzl.pers.	100%	0%
671117	FF Verw.-Kanzl.pers.	100%	0%
672117	Soz.auf. Verwalt.per	100%	0%
A621117	Abgr.SoZa.Verw. Bea.	100%	0%
A640117	Abgr.Abf. Verw. Bea.	100%	0%
K620117	kalk.Bund Verw. Bea.	100%	0%
- 1000MLV118	118 Betriebsperson		
620118	Bezüge Betriebspers.	100%	0%
621118	Sonderz. Betr.Pers.	100%	0%
622118	Urlaubsentsch.BetrP	100%	0%
623118	Fahrtkostenz.BetrP	100%	0%
624118	Überstunden Betr.P	0%	100%
625118	Fixe Zulagen Betr.P	100%	0%
626118	Variable Zul. BetrP	0%	100%
628118	Jubiläum BetrP	100%	0%
629118	Geldaush.,Bel. BetrP	100%	0%
650118	SV Betr.Pers. B	100%	0%
652118	FBH-Geb.beih. BetrP	100%	0%
653118	FBH-AF BetrP B	100%	0%
670118	WZ BetrP B	100%	0%
671118	FF Betr.P B	100%	0%
672118	Soz.auf. BetrP B	100%	0%
A621118	Abgr.SoZa.Betrp.Bea.	100%	0%
K620118	kalk.Bund Betr. Bea.	100%	0%
- 1000MLV119	119 Personal-sonst		
620119	Bezüge SonstP B	100%	0%
621119	Sonderzahlungen SoP	100%	0%
622119	Urlaubsentsch. SoP	100%	0%
623119	Fahrtkostenz. SoP	100%	0%
624119	Überstunden SoP	0%	100%
625119	Fixe Zulagen SoP	100%	0%
626119	Variable Zulagen SoP	0%	100%
628119	Jubiläum SoP	100%	0%
629119	Geldaush.,Bel. SoP	100%	0%
650119	SV SoP B	100%	0%
652119	FBH-Geb.beih. SoP B	100%	0%
653119	FBH-AF SoP B	100%	0%
670119	WZ SoP B	100%	0%
671119	FF SoP B	100%	0%
672119	Soz.auf. SoP B	100%	0%
K620119	kalk.Bund sonst.Bea.	100%	0%
- 1000PEKO12	<i>Summe PERSONALKOSTEN</i>		
- 1000MLV121	121 Ärzte		
606121	Variable Zul.fremd	0%	100%
620121	Bezüge VB 1	100%	0%
621121	Sonderzahlungen	100%	0%

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
622121	Urlaubsentschädigung	100%	0%
623121	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624121	Überstunden	0%	100%
625121	Fixe Zulagen	100%	0%
626121	Variable Zulagen	0%	100%
628121	Jubiläum	100%	0%
629121	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
635121	Ärztendienstz.leit.Ä	100%	0%
636121	Ärztendienstz.ärzt.MA	100%	0%
646121	Pensionskassenbeitr.	100%	0%
650121	SV Ärzte	100%	0%
652121	FBH-Geb.beih. Ärzte	100%	0%
653121	FBH-AF Ärzte	100%	0%
654121	BMVG-DG Ärzte VB	100%	0%
670121	WZ Ärzte	100%	0%
671121	FF Ärzte	100%	0%
672121	Soz.auf. Ärzte	100%	0%
A621121	Abgr. SoZa. Ärzte VB	100%	0%
A640121	Abgr. Abf. Ärzte VB	100%	0%
K610121	sonst. kalk. Ärzte	100%	0%
K620121	kalk.Bund Ärzte VB	100%	0%
- 1000MLV122	122 Apotheker,Chem		
620122	Bezüge VB 1	100%	0%
621122	Sonderzahlungen	100%	0%
622122	Urlaubsentschädigung	100%	0%
623122	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624122	Überstunden	0%	100%
625122	Fixe Zulagen	100%	0%
626122	Variable Zulagen	0%	100%
628122	Jubiläum	100%	0%
629122	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
636122	Ärztendienstz. Mitarb	100%	0%
650122	SV Apotheker	100%	0%
652122	FBH-Geb.beih.Apothek	100%	0%
653122	FBH-AF Apotheker,	100%	0%
654122	BMVG-DG Apoth.VB	100%	0%
670122	WZ Apotheker,Chem.,	100%	0%
671122	FF Apotheker,Chem.,	100%	0%
672122	Soz.auf. Apotheker,	100%	0%
A621122	Abgr.SoZa. Apoth. VB	100%	0%
A640122	Abgr. Abf. Apoth. VB	100%	0%
K610122	sonst. kalk. Apoth.	100%	0%
K620122	kalk.Bund Apoth. VB	100%	0%
- 1000MLV123	123 Hebammen		
620123	Bezüge VB 1	100%	0%
621123	Sonderzahlungen	100%	0%
622123	Urlaubsentschädigung	100%	0%
623123	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624123	Überstunden	0%	100%
625123	Fixe Zulagen	100%	0%
626123	Variable Zulagen	0%	100%
628123	Jubiläum	100%	0%
629123	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
636123	Ärztendienstz. Mitarb	100%	0%
650123	SV Hebammen	100%	0%
652123	FBH-Geb.beih.Hebamme	100%	0%
653123	FBH-AF Hebammen	100%	0%
654123	BMVG-DG Hebammm.VB	100%	0%
670123	WZ Hebammen	100%	0%
671123	FF Hebammen	100%	0%
672123	Soz.auf. Hebammen	100%	0%
A621123	Abgr.SoZa.Hebamm. VB	100%	0%

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
A640123	Abgr.Abf. Hebamm. VB	100%	0%
K610123	sonst.kalk. Hebammen	100%	0%
K620123	kalk.Bund Hebamm. VB	100%	0%
- 1000MLV124	124 Krankenpflegef		
606124	Variable Zul.fremd	0%	100%
620124	Bezüge VB 1	100%	0%
621124	Sonderzahlungen	100%	0%
622124	Urlabsentschädigung	100%	0%
623124	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624124	Überstunden	0%	100%
625124	Fixe Zulagen	100%	0%
626124	Variable Zulagen	0%	100%
628124	Jubiläum	100%	0%
629124	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
636124	Ärztendienstz. Mitarb	100%	0%
646124	Pensionskassenbeitr.	100%	0%
650124	SV Krankenpfl.dienst	100%	0%
652124	FBH-Geb.beih.Krankpfl	100%	0%
653124	FBH-AF Krankpfl.dien	100%	0%
654124	BMVG-DG KpflFD VB	100%	0%
670124	WZ Krank.pfl.pers.	100%	0%
671124	FF Krank.pfl.pers.	100%	0%
672124	Soz.auf. Krankpfl.d.	100%	0%
A621124	Abgr.SoZa. Pflege VB	100%	0%
A640124	Abgr. Abf. Pflege VB	100%	0%
K610124	sonst. kalk. Pflege	100%	0%
K620124	kalk.Bund Pflege VB	100%	0%
- 1000MLV125	125 Medizin.-Techn		
620125	Bezüge VB 1	100%	0%
621125	Sonderzahlungen	100%	0%
622125	Urlabsentschädigung	100%	0%
623125	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624125	Überstunden	0%	100%
625125	Fixe Zulagen	100%	0%
626125	Variable Zulagen	0%	100%
628125	Jubiläum	100%	0%
629125	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650125	SV med.tech.Pers.	100%	0%
652125	FBH-Geb.beih.med.tec	100%	0%
653125	FBH-AF med.tech.Pers	100%	0%
654125	BMVG-DG Med.T.P VB	100%	0%
670125	WZ med.tech.Personal	100%	0%
671125	FF med.tech.Personal	100%	0%
672125	Soz.auf. med.tech.P.	100%	0%
A621125	Abgr. SoZa. MTD VB	100%	0%
A640125	Abgr. Abf. MTD VB	100%	0%
K610125	sonst. kalk. MTD	100%	0%
K620125	kalk.Bund MTD VB	100%	0%
- 1000MLV126	126 Sanitätshilfsdienst		
620126	Bezüge VB 1	100%	0%
621126	Sonderzahlungen	100%	0%
622126	Urlabsentschädigung	100%	0%
623126	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624126	Überstunden	0%	100%
625126	Fixe Zulagen	100%	0%
626126	Variable Zulagen	0%	100%
628126	Jubiläum	100%	0%
629126	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650126	SV San.hilfspers.	100%	0%
652126	FBH-Geb.beih.Sanit.	100%	0%
653126	FBH-AF Sanitätsh.die	100%	0%
654126	BMVG-DG San.HP VB	100%	0%

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
670126	WZ Sanitätsh.dienst	100%	0%
671126	FF Sanitätsh.dienst	100%	0%
672126	Soz.auf. Sanitätsh.	100%	0%
A621126	Abgr. SoZa. SHD VB	100%	0%
A640126	Abgr. Abf. SHD VB	100%	0%
K610126	sonst. kalk. SHD	100%	0%
K620126	kalk.Bund SHD VB	100%	0%
- 1000MLV127	127 Verwaltungs- u		
606127	Variabl.Zul.hausfr.D	0%	100%
620127	Bezüge VB 1	100%	0%
621127	Sonderzahlungen	100%	0%
622127	Urlaubsentschädigung	100%	0%
623127	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624127	Überstunden	0%	100%
625127	Fixe Zulagen	100%	0%
626127	Variable Zulagen	0%	100%
628127	Jubiläum	100%	0%
629127	Geldausch.,Belohn.	100%	0%
635127	Ärztendienstz.leit.DN	100%	0%
646127	Pensionskassenbeitr.	100%	0%
650127	SV Verw.-u.Kanzl.per	100%	0%
652127	FBH-Geb.beih.Verwalt	100%	0%
653127	FBH-AF Verwalt.-Kanz	100%	0%
654127	BMVG-DG Verw.P VB	100%	0%
670127	WZ Verw.-Kanzl.pers.	100%	0%
671127	FF Verw.-Kanzl.pers.	100%	0%
672127	Soz.auf. Verwalt.per	100%	0%
A621127	Abgr. SoZa. Verw. VB	100%	0%
A640127	Abgr. Abf. Verw. VB	100%	0%
K610127	sonst. kalk. Verw.	100%	0%
K620127	kalk.Bund Verw. VB	100%	0%
- 1000MLV128	128 Betriebsperson		
606128	Variabl.Zul.hausfr.D	0%	100%
620128	Bezüge Betriebsp. VB	100%	0%
621128	Sond.zahlungen	100%	0%
622128	Urlaubsentschädigung	100%	0%
623128	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624128	Überstunden	0%	100%
625128	Fixe Zulagen	100%	0%
626128	Variable Zulagen	0%	100%
627128	Fortz.Engelte BP VB	100%	0%
628128	Jubiläum	100%	0%
629128	Geldausch.,Belohn.	100%	0%
650128	SV Betriebspersonal	100%	0%
652128	FBH-Geb.beih.Betrieb	100%	0%
653128	FBH-AF Betriebspers.	100%	0%
654128	BMVG-DG Betr.P VB	100%	0%
670128	WZ Betriebspers.	100%	0%
671128	FF Betriebspers.	100%	0%
672128	Soz.auf. Betriebsp.	100%	0%
A621128	Abgr. SoZa. Betr. VB	100%	0%
A640128	Abgr. Abf. Betr. VB	100%	0%
K610128	sonst. kalk. Betrieb	100%	0%
K620128	kalk.Bund Betrieb VB	100%	0%
- 1000MLV129	129 Personal-sonst		
620129	Bezüge VB 1	100%	0%
621129	Sonderzahlungen	100%	0%
622129	Urlaubsentschädigung	100%	0%
623129	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
624129	Überstunden	0%	100%
625129	Fixe Zulagen	100%	0%
626129	Variable Zulagen	0%	100%

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
628129	Jubiläum	100%	0%
629129	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650129	SV so.Personal	100%	0%
652129	FBH-Geb.beih. so.Per	100%	0%
653129	FBH-AF so.Personal	100%	0%
654129	BMVG-DG Sonst.P VB	100%	0%
670129	WZ so.Personal	100%	0%
671129	FF so.Personal	100%	0%
672129	Soz.auf. so.Personal	100%	0%
A621129	Abgr.SoZa. sonst. VB	100%	0%
A640129	Abgr. Abf. sonst. VB	100%	0%
K610129	sonst. kalk. sonst.	100%	0%
K620129	kalk.Bund sonst. VB	100%	0%
- 1000PEKO13	Summe PERSONALKOSTEN		
- 1000MLV131	131 Ärzte		
606131	Variable Zul.fremd	0%	100%
610131	Gehälter	100%	0%
611131	Sonderzahlungen	100%	0%
612131	Urlaubsentschädigung	100%	0%
613131	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
614131	Überstunden	0%	100%
615131	Fixe Zulagen	100%	0%
616131	Variable Zulagen	0%	100%
617131	Fortzlg.Engelte	100%	0%
618131	Jubiläum	100%	0%
619131	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
635131	Ärztendienst.leit.Ä	100%	0%
636131	Ärztendienst.ärzt.MA	100%	0%
650131	SV Ärzte	100%	0%
652131	FBH-Geb.beih. Ärzte	100%	0%
653131	FBH-AF Ärzte	100%	0%
654131	BMVG-DG Ärzte KAGes	100%	0%
657131	Sozialv. freie DV Ä	100%	0%
670131	WZ Ärzte	100%	0%
671131	FF Ärzte	100%	0%
672131	Soz.auf. Ärzte	100%	0%
A611131	Abgr.SoZa.Ärzt. Ang.	100%	0%
A640131	Abgr.Abf. Ärzte Ang.	100%	0%
K620131	kalk.Bund Ärzte Ges	100%	0%
- 1000MLV132	132 Apotheker,Chem		
610132	Gehälter	100%	0%
611132	Sonderzahlungen	100%	0%
612132	Urlaubsentschädigung	100%	0%
613132	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
614132	Überstunden	0%	100%
615132	Fixe Zulagen	100%	0%
616132	Variable Zulagen	0%	100%
617132	Fortzlg.Engelte	100%	0%
618132	Jubiläum	100%	0%
619132	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650132	SV Apotheker	100%	0%
652132	FBH-Geb.beih.Apothek	100%	0%
653132	FBH-AF Apotheker,	100%	0%
654132	BMVG-DG Apoth.Ang.	100%	0%
670132	WZ Apotheker,Chem.,	100%	0%
671132	FF Apotheker,Chem.,	100%	0%
672132	Soz.auf. Apotheker,	100%	0%
A611132	Abgr.SoZa.Apoth.Ang.	100%	0%
A640132	Abgr.Abf.Apoth. Ang.	100%	0%
K620132	kalk.Bund Apoth. Ges	100%	0%
- 1000MLV133	133 Hebammen		
610133	Gehälter	100%	0%

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
611133	Sonderzahlungen	100%	0%
612133	Urlaubsentschädigung	100%	0%
613133	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
614133	Überstunden	0%	100%
615133	Fixe Zulagen	100%	0%
616133	Variable Zulagen	0%	100%
617133	Fortzlg.Engelte	100%	0%
618133	Jubiläum	100%	0%
619133	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650133	SV Hebammen	100%	0%
652133	FBH-Geb.beih.Hebamme	100%	0%
653133	FBH-AF Hebammen	100%	0%
670133	WZ Hebammen	100%	0%
671133	FF Hebammen	100%	0%
672133	Soz.auf. Hebammen	100%	0%
A611133	Abgr.SoZa.Hebam.Ang.	100%	0%
A640133	Abgr.Abf.Hebamm.Ang.	100%	0%
K620133	kalk.Bund Hebamm. G	100%	0%
- 1000MLV134	134 Krankenpflegef		
606134	Variable Zul.fremd	0%	100%
610134	Gehälter	100%	0%
611134	Sonderzahlungen	100%	0%
612134	Urlaubsentschädigung	100%	0%
613134	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
614134	Überstunden	0%	100%
615134	Fixe Zulagen	100%	0%
616134	Variable Zulagen	0%	100%
617134	Fortzlg.Engelte	100%	0%
618134	Jubiläum	100%	0%
619134	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650134	SV Krankpfl.dienst	100%	0%
652134	FBH-Geb.beih.Krankpfl	100%	0%
653134	FBH-AF Krankpfl.dien	100%	0%
654134	BMVG-DG K.pfl.FD Ang	100%	0%
670134	WZ Krank.pfl.pers.	100%	0%
671134	FF Krank.pfl.pers.	100%	0%
672134	Soz.auf. Krankpfl.d.	100%	0%
A611134	Abgr.SoZa.Pfleg.Ang.	100%	0%
A640134	Abgr.Abf.Pflege Ang.	100%	0%
K610134	Kalk. Kosten DGKS	100%	0%
K620134	kalk.Bund Pflege Ges	100%	0%
- 1000MLV135	135 Medizin.-Techn		
610135	Gehälter	100%	0%
611135	Sonderzahlungen	100%	0%
612135	Urlaubsentschädigung	100%	0%
613135	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
614135	Überstunden	0%	100%
615135	Fixe Zulagen	100%	0%
616135	Variable Zulagen	0%	100%
617135	Fortzlg.Engelte	100%	0%
618135	Jubiläum	100%	0%
619135	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650135	SV med.tech.Pers.	100%	0%
652135	FBH-Geb.beih.med.tec	100%	0%
653135	FBH-AF med.tech.Pers	100%	0%
654135	BMVG-DG med.t.P.Ang	100%	0%
670135	WZ med.tech.Personal	100%	0%
671135	FF med.tech.Personal	100%	0%
672135	Soz.auf. med.tech.P.	100%	0%
A611135	Abgr. SoZa. MTD Ang.	100%	0%
A640135	Abgr. Abf. MTD Ang.	100%	0%
K610135	Kalk. K. MTD Ang	100%	0%

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
K620135	kalk.Bund MTD Ges	100%	0%
- 1000MLV136	136 Sanitätshilfsd		
610136	Gehälter	100%	0%
611136	Sonderzahlungen	100%	0%
612136	Urlabsentschädigung	100%	0%
613136	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
614136	Überstunden	0%	100%
615136	Fixe Zulagen	100%	0%
616136	Variable Zulagen	0%	100%
617136	Fortzlg.Engelte	100%	0%
618136	Jubiläum	100%	0%
619136	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650136	SV San.hilfspers.	100%	0%
652136	FBH-Geb.beih.Sanit.	100%	0%
653136	FBH-AF Sanitätsh.die	100%	0%
654136	BMVG-DG SHD Pers.Ang	100%	0%
670136	WZ Sanitätsh.dienst	100%	0%
671136	FF Sanitätsh.dienst	100%	0%
672136	Soz.auf. Sanitätsh.	100%	0%
A611136	Abgr. SoZa. SHD Ang.	100%	0%
A640136	Abgr. Abf. SHD Ang.	100%	0%
K610136	sonst. kalk. SHD	100%	0%
K620136	kalk.Bund SHD Ges	100%	0%
- 1000MLV137	137 Verwaltungs-u.		
610137	Gehälter	100%	0%
611137	Sonderzahlungen	100%	0%
612137	Urlabsentschädigung	100%	0%
613137	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
614137	Überstunden	0%	100%
615137	Fixe Zulagen	100%	0%
616137	Variable Zulagen	0%	100%
617137	Fortzlg.Engelte	100%	0%
618137	Jubiläum	100%	0%
619137	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
646137	Pensionskassenbeitr.	100%	0%
650137	SV Verw.-u.Kanzl.per	100%	0%
652137	FBH-Geb.beih.Verwalt	100%	0%
653137	FBH-AF Verwalt.-Kanz	100%	0%
654137	BMVG-DG V/K-Pers.Ang	100%	0%
657137	Sozialvers. freie DV	100%	0%
670137	WZ Verw.-Kanzl.pers.	100%	0%
671137	FF Verw.-Kanzl.pers.	100%	0%
672137	Soz.auf. Verwalt.per	100%	0%
A611137	Abgr.SoZa.Verw. Ang.	100%	0%
A640137	Abgr.Abf. Verw. Ang.	100%	0%
K610137	sonst. kalk. Verw.P.	100%	0%
K620137	kalk.Bund Verw. Ges	100%	0%
- 1000MLV138	138 Betriebsperson		
600138	Löhne Betr.pers.	100%	0%
601138	Sond.zahlungen	100%	0%
602138	Urlabsentschädigung	100%	0%
603138	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
604138	Überstunden Arbeiter	0%	100%
605138	Fixe Zulagen Arbeit.	100%	0%
606138	Variable Zulagen	0%	100%
607138	Fortzahl.Entgelte	100%	0%
608138	Jubiläum Arbeiter	100%	0%
609138	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
610138	Gehälter Betr.P Ang.	100%	0%
611138	Sonderzahlungen	100%	0%
612138	Urlabsent. Bet.Ang.	100%	0%
613138	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
614138	Überstunden Betr.P A	0%	100%
615138	Fixe Zulagen Betr.P	100%	0%
616138	Variable Zulagen	0%	100%
617138	Fortzlg.Engelte	100%	0%
618138	Jubiläum Betr.Ang.	100%	0%
619138	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650138	SV Betriebspersonal	100%	0%
651138	EFZG Arbeiter	100%	0%
652138	FBH-Geb.beih.Betrieb	100%	0%
653138	FBH-AF Betriebspers.	100%	0%
654138	BMVG-DG Betr.p.Ang.	100%	0%
658138	Sozialvers. Hausbes.	100%	0%
670138	WZ Betriebspers.	100%	0%
671138	FF Betriebspers.	100%	0%
672138	Soz.auf. Betriebsp.	100%	0%
681138	Hausbesorger Entgel.	100%	0%
682138	Hausbesorger Sachbe.	100%	0%
752793	Aufw. f. beig.Pers.	100%	0%
752892	Aufw. f. beig.Pers.	100%	0%
A601138	Abgr.SoZa.Arbeiter	100%	0%
A640138	Abgr. Abf. Arbeiter	100%	0%
K610138	sonst. kalk. Betr.P.	100%	0%
K620138	kalk.Bund Betrieb G	100%	0%
- 1000MLV139	139 Personal-sonst		
600139	Löhne So.Personal	100%	0%
601139	Sond.zahlungen So	100%	0%
602139	Urlaubsentschäd. So	100%	0%
603139	Fahrtkostenzusch. So	100%	0%
604139	Überstunden So. Pers	0%	100%
605139	Fixe Zulagen So. Per	100%	0%
606139	Variable Zulagen So	0%	100%
607139	Fortzahl.Entgelte So	100%	0%
608139	Jubiläum Sonst. Pers	100%	0%
609139	Geldaush.,Belohn. So	100%	0%
610139	Gehälter	100%	0%
611139	Sonderzahlungen	100%	0%
612139	Urlaubsentschädigung	100%	0%
613139	Fahrtkostenzuschuß	100%	0%
614139	Überstunden	0%	100%
615139	Fixe Zulagen	100%	0%
616139	Variable Zulagen	0%	100%
617139	Fortzlg.Engelte	100%	0%
618139	Jubiläum	100%	0%
619139	Geldaush.,Belohn.	100%	0%
650139	SV so.Personal	100%	0%
652139	FBH-Geb.beih. so.Per	100%	0%
653139	FBH-AF so.Personal	100%	0%
654139	BMVG-DG so.Pers.Ang.	100%	0%
670139	WZ so.Personal	100%	0%
671139	FF so.Personal	100%	0%
672139	Soz.auf. so.Personal	100%	0%
A611139	Abgr.SoZa.sonst.Ang.	100%	0%
A640139	Abgr.Abf.sonst. Ang.	100%	0%
K610139	sonst. kalk. sonst.	100%	0%
K620139	kalk.Bund sonst. Ges	100%	0%
- 1000MEDGEBVERB	2 MED.GE- U. VERBRAUCHSG.		
- 1000MLV21	21 Pharmazeutisch	0%	100%
- 1000MLV22	22 Blut,Chemikali	0%	100%
- 1000MLV23	23 Sera,Impfstoff	0%	100%
- 1000MLV24	24 Nahrungsmittel, Di	0%	100%
- 1000MLV25	25 Desinfektionsmit	0%	100%
- 1000MLV26	26 Verbandstoffe,	0%	100%

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
- 1000MLV27	27 Behandlungsbedarf	0%	100%
- 1000MLV28	28 Laborbedarf	0%	100%
- 1000MLV29	29 Filme, Registriermaterial	0%	100%
- 1000MLV31	31 Geräte f. Prüfung		
550310	Verbrauch .v. Behandl.HM	0%	100%
702310	AfA GWG Behan.-u. Untersuchungsg.	100%	0%
- 1000MLV32	32 Narkose- u. Absauggeräte		
550320	Verbr.v. Narkose-HM	0%	100%
702320	AfA GWG Narkose- u. Abs.	100%	0%
- 1000MLV33	33 Diagnose ,Therap.m		
550330	Verbr.v. Diagnose HM	0%	100%
702330	AfA GWG Diagn.,Therap.	100%	0%
- 1000MLV34	34 Ger.f.Sterilisa		
550340	Verbr.v. Sterilis.HM	0%	100%
702340	AfA GWG Steril.,Desinf	100%	0%
- 1000MLV35	35 Geräte f.Apothe		
550350	Verbr.v. Apo-Lab.HM	0%	100%
702350	AfA GWG Apo.u.Labor	100%	0%
- 1000MLV36	36 Spez. Apparate		
550360	Verbr.v. Speziell.HM	0%	100%
702360	A.GWG spez.Apparate	100%	0%
- 1000MLV37	37 Instrumente, me		
550370	Verbr.v. Instrum.HM	0%	100%
702370	AfA GWG Med. Instr.	100%	0%
- 1000MLV38	38 med. Einrichtungen		
550380	Verbr.v. med.Einr.HM	100%	0%
702380	AfA GWG med.Einrichtg.	100%	0%
- 1000MLV39	39 Güter, medizini		
550390	Verbr.v. sonst.med.H	0%	100%
702390	AfA GWG so. med. Güter	100%	0%
- 1000NMEDGEVER	3 NICHTMED.GE- U. VERBRAUCHSG.		
- 1000MLV41	41 Lebensmittel	0%	100%
- 1000MLV42	42 Brennstoffe	0%	100%
- 1000MLV43	43 Treibstoffe	0%	100%
- 1000MLV44	44 Werkstoffe	0%	100%
- 1000MLV45	45 Reinigungsmittel		
530450	Waschmittel ,Reinigungsmaterialien	50%	50%
A588450	Abgr. Reinigungsmittel	100%	0%
- 1000MLV46	46 Büromaterial,	50%	50%
- 1000MLV47	47 Einweg-Artikel	0%	100%
- 1000MLV48	48 Futtermittel	0%	100%
- 1000MLV49	49 Geringwertige Ersatzteile	100%	0%
- 1000MLV51	51 Einrichtungsgegenstände	100%	0%
- 1000MLV52	52 Transportmittel		
550520	Verbr.v. Transp. HM	0%	100%
702521	AfA GWG Transportm.	100%	0%
- 1000MLV53	53 so.Maschinen u. masch. Anl		
550530	Verbr.v. masch. HM	0%	100%
702530	A.GWG so.Masch.u.	100%	0%
- 1000MLV54	54 Apparate (Geräte), Instrum.	100%	0%
- 1000MLV55	55 Werkzeuge		
550550	Verbr.v. Werkzeugen	0%	100%
702550	A.GWG so.Werkzeuge	100%	0%
- 1000MLV56	56 Bekleidung,Wäsche		
550560	Verbr.v. Bekleidung Wäsche	0%	100%
702560	A.GWG Bekl.,Wäsche,	100%	0%
- 1000MLV57	57 Küchen-,Haushalt	100%	0%
- 1000MLV58	58 EDV - Software	100%	0%
- 1000MLV59	59 Güter, nichtme	100%	0%
- 1000MFREMD	4 MED. FREMDLEISTUNG		
- 1000MLV61	61 Laboruntersuch		
580611	Laboruntersuchungen	0%	100%

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
580612	Laborunters. Patho	0%	100%
580613	Chemische Unters.FL	0%	100%
580615	Patholog. Unters-FL	0%	100%
580616	Serolog. Unters-FL	0%	100%
580618	DNA -Unters.FL	0%	100%
580619	Laborunters.-FL-So	0%	100%
581611	Bakterielle Untersuchung	0%	100%
581612	Blutuntersuchung	0%	100%
790611	IA Laboruntersuchung	0%	100%
I IKM	ZLV: IKM	100%	0%
I IKM A	ZLV: IKM (A)	100%	0%
I LAB	ZLV: Laboruntersuch.	100%	0%
I LAB A	ZLV: Lab.unters. (A)	100%	0%
- 1000MLV62	62 Therapie-Fremd		
580621	Therapie	0%	100%
790621	IA Therapie	0%	100%
790632	IA Augenärztliche . Untersuchung	0%	100%
I THE	ZLV: Therapie	100%	0%
I THE A	ZLV: Therapie (A)	100%	0%
- 1000MLV63	63 Diagnosen-Fremdleistung		
580631	Diagnose	0%	100%
580632	Magnetresonanz FL	0%	100%
580633	Sonst. Röntgend. FL	0%	100%
580639	Sonst. Diagnosen FL	0%	100%
581631	Computer-Tomographie	0%	100%
790631	IA Diagnose	0%	100%
I AUU	ZLV: Augenärztl. U.	100%	0%
I AUU A	ZLV: Augenä. U. (A)	100%	0%
I DIA	ZLV: Diagnose	100%	0%
I DIA A	ZLV: Diagnose (A)	100%	0%
- 1000MLV64	64 Autopsien-Fremd		
580641	Autopsie	0%	100%
580642	Autopsien Patho	0%	100%
581641	Autopsien	0%	100%
790641	IA Autopsie	0%	100%
I AUT	ZLV: Autopsie	100%	0%
I AUT A	ZLV: Autopsie (A)	100%	0%
- 1000MLV69	69 Fremdleistungen		
580691	Dentalarbeiten	0%	100%
580692	Betr.ärztl. Betreuung	100%	0%
580695	Sonst.med. Fremdleist	100%	0%
580698	Theresienhof	100%	0%
581691	FL mediz. Sonst.	100%	0%
751896	Betr.ärztl.Betreuung	100%	0%
790695	IA Sonst.med.Fremdl.	100%	0%
I MFL	ZLV: Med. Fremdl.	100%	0%
I MFL A	ZLV: Med. Fremd. (A)	100%	0%
I PEKA	ZLV: Pers.k. Ärzte	100%	0%
I PEKA A	ZLV: Pe.k. Ärzte (A)	100%	0%
I PEKP	ZLV: Pers.k. Pflege	100%	0%
I PEKP A	ZLV: P.k. Pflege (A)	100%	0%
K700690	kalk.K. med. Fremdl.	100%	0%
- 1000NMFREMD	5 NICHTMED. FREMDLEIST.		
- 1000MLV72	72 Instandhaltung		
720721	IH Gebäude,Grunst.	100%	0%
790721	IA Instandhaltung	100%	0%
791721	IH Gebäude,Grundst.B	100%	0%
792721	IH Gebäude,Grundst.S	100%	0%
793721	IH Gebäude,Grdst.TOS	100%	0%
720722	IH techn.Anl.,nmed.	100%	0%
720723	IH Fahrzeuge,Transp.	100%	0%
720724	IH Betr.ausst. n.med	100%	0%

Kostenarten		Kostenauflösung (%-Anteil)	
		Fixkosten	variable Kosten
790724	IH nmed BetrA EuE	100%	0%
791724	IH nmed BetrA TOS	100%	0%
792724	IH nmed BetrA BAUT	100%	0%
720726	IH Betr.ausst. med.	100%	0%
790726	IH mediz. BetrA HT	100%	0%
793726	IH B.ausst. Med.TOS	100%	0%
720727	IH techn. Anlagen. med.	50%	50%
721722	Wart. techn. Anlagen. nm.	100%	0%
721725	Wartung EDV Rechner	100%	0%
721727	Wart. techn. Anlagen med.	50%	50%
721728	Wartung EDV Datenk.	100%	0%
721729	Wartung EDV Software	100%	0%
I INS	ZLV: Instandhaltung	100%	0%
I INS_A	ZLV: Instandhaltung (A)	100%	0%
I ZLV	ZLV: Allgemeine LV	100%	0%
I ZLV_A	ZLV: Allgem. LV (A)	100%	0%
K700700	kalk.K.nmed. Fremdl.	100%	0%
- 1000MLV73	73 Wäschereinig.,		
722732	IH Wäsche	100%	0%
723731	Reinigungskosten Wäsche	0%	100%
740734	Mietwäsche	0%	100%
740735	Miete OP-Wäsche steril	0%	100%
740736	Miete OP-Wäsche unsteril	0%	100%
790731	IA Wäschereinigung	100%	0%
I WAS	ZLV: Wäschereinigung	100%	0%
I WAS_A	ZLV: Wäscherein. (A)	100%	0%
- 1000MLV74	74 Transportleist		
730741	Krankentransporte	0%	100%
730743	Flugrettung	0%	100%
730744	So. Personentransport	50%	50%
731744	Ausgangsfrachten u. Zollspesen	100%	0%
731749	Transportleistungen Sonstige	100%	0%
731774	Ausgangsfrachten, Zollspesen	100%	0%
790747	IA Transporte	100%	0%
I TRA	ZLV: Transporte	100%	0%
I TRA_A	ZLV: Transporte (A)	100%	0%
- 1000MLV75	75 Leistungen der Telewerkstatt	100%	0%
- 1000MLV76	76 Rechts- und Be	100%	0%
- 1000MLV77	77 Verwaltungskosten	100%	0%
- 1000MLV78	78 Fremdreinigung	0%	100%
- 1000MLV79	79 Fremdleistungen	100%	0%
- 1000ENERGIE	6 ENERGIEKOSTEN		
- 1000MLV71	71 Energiekosten		
570420	Brennstoffe	0%	100%
570430	Treibstoffe	0%	100%
570711	Strom	0%	100%
570712	Ferngas	0%	100%
570713	Wasser	0%	100%
570714	Fernwärme	0%	100%
570715	Brennstoffe	0%	100%
570716	Treibstoffe	0%	100%
K700710	kalk. Energiekosten	100%	0%
- 1000ABGABEN	7 ABGABEN, GEBÜHREN	100%	0%
- 1000KALKZUSK	8 KALKULATORISCHE ANLAGEKK.	100%	0%

Anhang B Gerätekosten – beispielhafte Berechnung

Anhang zu **Kapitel 4.2.3** - Gerätekosten

Gerätebezeichnung:	CT 64 Schichten
Anschaffungskosten (in €):	€ 700 000,00
Nutzungsdauer (Jahre):	7
Betriebszeit pro Jahr (Stunden):	2 000
Wartungskosten pro Jahr (% von AK):	10%
Kalkulatorische Zinsen (% v. jährlich val. AK):	3%

Gerätekosten - CT 64 Schichten	Abschreibung	Wartungskosten	Kalk. Zinsen	Summe
Gerätekosten pro Jahr	€ 100 000,00	€ 70 000,00	€ 21 000,00	€ 191 000,00
Gerätekosten pro Betriebsstunde	€ 50,00	€ 35,00	€ 10,50	€ 95,50
Gerätekosten pro Minute	€ 0,83	€ 0,58	€ 0,18	€ 1,59

Gerätezeit - MEL XX (Minuten)	10,00
-------------------------------	-------

Gerätekosten - MEL XX	€ 8,33	€ 5,83	€ 1,75	€ 15,92
------------------------------	---------------	---------------	---------------	----------------

Anhang C Gemeinkostenzuschlagssatz bzw. -verrechnungssatz

Anhang zu **Kapitel 4.3** – Kalkulation - Gemeinkosten einer medizinischen Einzelleistung

Anhang C (1) - Kategorisierung der Einzel- und Gemeinkosten

Primärkosten			
		Einzelkosten	Gemeinkosten
1	Personalkosten		
MLV 111-139	Ärzte	X	
	Apotheker, Chemiker u.ä. Übrige		X
	Hebammen	X	
	Krankenpflegefachdienstpersonal	X	
	Medizinisch-technisches Dienstpersonal	X	
	Sanitätsdiensthilfspersonal	X	
	Verwaltungs- und Kanzleipersonal		X
	Betriebspersonal		X
	Personal-sonstiges		X
2	Kosten für med. Ge- und Verbrauchsgüter		
MLV 21-29	Pharmazeutische Spezialitäten	X	
	Blut, Chemikalien, Reagenzien	X	
	Sera, Impfstoffe, Vakzine	X	
	Nährmittel, Diätetika	X	
	Desinfektionsmittel, medizinische Gase	X	
	Verbandsstoffe, chirurgisches Nahtmaterial	X	
	Behandlungsbedarf und Einmalbehandlungsbedarf	X	
	Laborbedarf und Einmallabor	X	
	Filme, Registriermaterial	X	
MLV 31-39	Geräte für Prüfung u. Behandlungshilfsmittel		X
	Narkose- und Absauggeräte		X
	Diagnosehilfsmittel, Therapie mit Strahlen		X
	Gerät für Sterilisation, Desinfektion		X
	Geräte für Apotheke und Labor		X
	Spezifische Apparate		X
	medizinische Instrumente		X
	medizinische Einrichtungsgegenstände		X
	medizinische-sonstige Güter		X
3	Kosten für nicht-medizinische Ge- und Verbrauchsgüter		X
4	Kosten für medizinische Fremdleistungen		X
5	Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen		X
6	Energiekosten		X
7	Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten		X
8	Kalkulatorische Kosten		X

	Kalk. Afa u. Kalk. Zinsen - Geräte direkt für die Leistungserbringung im OP	X	
	andere		X
Sekundärkosten			
11	Kosten der überwiegend medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung		X
12	Kosten der überwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung		X
13	Kosten der Verwaltung		X
14	Kosten für andere innerbetrieblich abgerechnete Leistungen		X

Anhang C (2) - Gemeinkostenzuschlagssatz – Werteschlüssel (%) – Jahr 2014

Berechnung - Gemeinkostenzuschlagssatz - Herz OP inkl. Anästhesie				Kosten 2014 (HERZ OP inkl. Anästhesie)		
Primärkosten						
		Einzelkosten	Gemeinkosten	Gesamtkosten	Einzelkosten	Gemeinkosten
1	Personalkosten			€ 1 199 926,08	€ 1 099 790,69	€ 100 135,39
MLV 111 -139	Ärzte	X		€ 573 779,17	€ 573 779,17	€ -
	Apotheker, Chemiker u.ä. Übrige		X		€ -	€ -
	Hebammen	X			€ -	€ -
	Krankenpflegefachdienstpersonal	X		€ 362 928,56	€ 362 928,56	€ -
	Medizinisch-technisches Dienstpersonal	X			€ -	€ -
	Sanitätsdiensthilfspersonal	X		€ 163 082,96	€ 163 082,96	€ -
	Verwaltungs- und Kanzleipersonal		X		€ -	€ -
	Betriebspersonal		X	€ 100 135,39	€ -	€ 100 135,39
	Personal-sonstiges		X		€ -	€ -
2	Kosten für med. Ge- und Verbrauchsgüter			€ 8 893 978,72	€ 8 779 862,33	€ 114 116,39
MLV 21-29	Pharmazeutische Spezialitäten	X		€ 523 274,78	€ 523 274,78	
	Blut, Chemikalien, Reagenzien	X		€ 627 623,33	€ 627 623,33	
	Sera, Impfstoffe, Vakzine	X			€ -	
	Nährmittel, Diätetika	X			€ -	
	Desinfektionsmittel, Medizinische Gase	X		€ 10 944,42	€ 10 944,42	
	Verbandsstoffe, Chirurgisches Nahtmaterial	X		€ 737 646,61	€ 737 646,61	
	Behandlungsbedarf und Einmalbehandlungsbedarf	X		€ 6 878 218,93	€ 6 878 218,93	
	Laborbedarf und Einmallabor	X		€ 2 044,16	€ 2 044,16	
	Filme, Reistriermaterial	X		€ 110,10	€ 110,10	
MLV 31-39	Geräte für Prüfung u. Behandlungshilfsmittel		X	€ 1 840,31		€ 1 840,31
	Narkose- und Absauggeräte		X			€ -
	Diagnosehilfsmittel, Therapie mit Strahlen		X			€ -
	Gerät für Sterilisation, Desinfektion		X	€ 10 107,04		€ 10 107,04
	Geräte für Apotheke und Labor		X			€ -
	Spezifische Apparate		X			€ -
	medizinische Instrumente		X	€ 100 047,50		€ 100 047,50
medizinische Einrichtungsgegenstände		X	€ 1 013,33		€ 1 013,33	
	medizinische-sonstige Güter		X	€ 1 108,21		€ 1 108,21
3	Kosten für nicht-medizinische Ge- und Verbrauchsgüter		X	€ 102 078,57		€ 102 078,57
4	Kosten für medizinische Fremdleistungen		X			€ -
5	Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen		X	€ 302 817,12		€ 302 817,12
6	Energiekosten		X	€ -		€ -
7	Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten		X	€ 4 163,86		€ 4 163,86
8	Kalkulatorische Kosten		X	€ 558 177,12		€ 558 177,12
	Kalk. Afa u. Kalk. Zinsen - Geräte direkt für die Leistungserbringung im OP	X				
Sekundärkosten						
11	Kosten der überwiegend medizinische bedingten Ver- und Entsorgung		X	€ 266 630,67		€ 266 630,67
12	Kosten der überwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung		X	€ 364 714,83		€ 364 714,83
13	Kosten der Verwaltung		X	€ 830 791,07		€ 830 791,07
14	Kosten für andere innerbetrieblich abgerechnete Leistungen		X	-€ 12 503 131,17		
Summe (Personaleinzelkosten = Basis für d. Gemeinkostenzuschlagssatz)					€ 1 099 790,69	€ 2 643 625,02
Gemeinkostenzuschlagssatz - Herz OP inkl. Anästhesie (Jahr 2014)					240,38%	

Anhang C (3) – Gemeinkostenzuschlagssatz – Werteschlüssel (%) – Jahr 2016

Berechnung - Gemeinkostenzuschlagssatz - Herz OP inkl. Anästhesie				Kosten 2016 (Herz OP inkl. Anästhesie)		
Primärkosten						
		Einzelkosten	Gemeinkosten	Gesamtkosten	Einzelkosten	Gemeinkosten
1	Personalkosten			€ 1 592 417,04	€ 1 486 650,50	€ 105 766,54
MLV 111 -139	Ärzte	X		€ 713 549,20	€ 713 549,20	€ -
	Apotheker, Chemiker u.ä. Übrige		X		€ -	€ -
	Hebammen	X			€ -	€ -
	Krankenpflegefachdienstpersonal	X		€ 556 904,00	€ 556 904,00	€ -
	Medizinisch-technisches Dienstpersonal	X			€ -	€ -
	Sanitätsdiensthilfspersonal	X		€ 216 197,30	€ 216 197,30	€ -
	Verwaltungs- und Kanzleipersonal		X		€ -	€ -
	Betriebspersonal		X	€ 105 766,54	€ -	€ 105 766,54
Personal-sonstiges		X		€ -	€ -	
2	Kosten für med. Ge- und Verbrauchsgüter			€ 6 052 744,81	€ 5 869 920,72	€ 182 824,09
MLV 21-29	Pharmazeutische Spezialitäten	X		€ 460 656,83	€ 460 656,83	
	Blut, Chemikalien, Reagenzien	X		€ 584 493,40	€ 584 493,40	
	Sera, Impfstoffe, Vakzine	X			€ -	
	Nährmittel, Diätetika	X			€ -	
	Desinfektionsmittel, Medizinische Gase	X		€ 13 774,78	€ 13 774,78	
	Verbandsstoffe, Chirurgisches Nahtmaterial	X		€ 614 678,45	€ 614 678,45	
	Behandlungsbedarf und Einmalbehandlungsbedarf	X		€ 4 195 482,01	€ 4 195 482,01	
	Laborbedarf und Einmallabor	X		€ 824,58	€ 824,58	
Filme, Reistriermaterial	X		€ 10,67	€ 10,67		
MLV 31-39	Geräte für Prüfung u. Behandlungshilfsmittel		X	€ 6 267,06		€ 6 267,06
	Narkose- und Absauggeräte		X			€ -
	Diagnosehilfsmittel, Therapie mit Strahlen		X			€ -
	Gerät für Sterilisation, Desinfektion		X	€ 29 804,27		€ 29 804,27
	Geräte für Apotheke und Labor		X			€ -
	Spezifische Apparate		X			€ -
	medizinische Instrumente		X	€ 143 266,05		€ 143 266,05
	medizinische Einrichtungsgegenstände		X	€ 1 377,30		€ 1 377,30
medizinische-sonstige Güter		X	€ 2 109,41		€ 2 109,41	
3	Kosten für nicht-medizinische Ge- und Verbrauchsgüter		X	€ 125 665,77		€ 125 665,77
4	Kosten für medizinische Fremdleistungen		X			€ -
5	Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen		X	€ 333 332,12		€ 333 332,12
6	Energiekosten		X	€ 3 190,01		€ 3 190,01
7	Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten		X	€ 25 183,57		€ 25 183,57
8	Kalkulatorische Kosten		X	€ 516 158,73		€ 516 158,73
	Kalk. Afa u. Kalk. Zinsen - Geräte direkt für die Leistungserbringung im OP	X				
Sekundärkosten						
11	Kosten der überwiegend medizinische bedingten Ver- und Entsorgung		X	€ 294 432,73		€ 294 432,73
12	Kosten der überwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung		X	€ 314 087,54		€ 314 087,54
13	Kosten der Verwaltung		X	€ 796 170,69		€ 796 170,69
14	Kosten für andere innerbetrieblich abgerechnete Leistungen		X	€ 10 053 383,01		
Summe (Personaleinzelkosten = Basis für d. Gemeinkostenzuschlagssatz)					€ 1 486 650,50	€ 2 696 811,79
Gemeinkostenzuschlagssatz - Herz OP inkl. Anästhesie (Jahr 2016)						181,40%

Anhang C (4) - Gemeinkostenverrechnungssatz – Mengenschlüssel (€) – Jahr 2014

durchschnittlicher OP - Minutenbedarf für das Jahr 2014 (Herz OP, LKH XY, Jahr 2014)				312600		
Berechnung - Gemeinkostenverrechnungssatz - Herz OP inkl. Anästhesie				Kosten 2014 (HERZ OP inkl. Anästhesie)		
Primärkosten						
		Einzelkosten	Gemeinkosten	Gesamtkosten	Einzelkosten	Gemeinkosten
1	Personalkosten			€ 1 199 926,08	€ 1 099 790,69	€ 100 135,39
MLV 111-139	Ärzte	X		€ 573 779,17	€ 573 779,17	€ -
	Apotheker, Chemiker u.ä. Übrige		X		€ -	€ -
	Hebammen	X			€ -	€ -
	Krankenpflegefachdienstpersonal	X		€ 362 928,56	€ 362 928,56	€ -
	Medizinisch-technisches Dienstpersonal	X			€ -	€ -
	Sanitätsdiensthilfspersonal	X		€ 163 082,96	€ 163 082,96	€ -
	Verwaltungs- und Kanzleipersonal		X		€ -	€ -
	Betriebspersonal		X	€ 100 135,39	€ -	€ 100 135,39
	Personal-sonstiges		X		€ -	€ -
2	Kosten für med. Ge- und Verbrauchsgüter			€ 8 893 978,72	€ 8 779 862,33	€ 114 116,39
MLV 21-29	Pharmazeutische Spezialitäten	X		€ 523 274,78	€ 523 274,78	
	Blut, Chemikalien, Reagenzien	X		€ 627 623,33	€ 627 623,33	
	Sera, Impfstoffe, Vakzine	X			€ -	
	Nährmittel, Diätetika	X			€ -	
	Desinfektionsmittel, Medizinische Gase	X		€ 10 944,42	€ 10 944,42	
	Verbandsstoffe, Chirurgisches Nahtmaterial	X		€ 737 646,61	€ 737 646,61	
	Behandlungsbedarf und Einmalbehandlungsbedarf	X		€ 6 878 218,93	€ 6 878 218,93	
	Laborbedarf und Einmallaabor	X		€ 2 044,16	€ 2 044,16	
	Filme, Reistriematerial	X		€ 110,10	€ 110,10	
MLV 31-39	Geräte für Prüfung u. Behandlungshilfsmittel		X	€ 1 840,31		€ 1 840,31
	Narkose- und Absauggeräte		X			€ -
	Diagnosehilfsmittel, Therapie mit Strahlen		X			€ -
	Gerät für Sterilisation, Desinfektion		X	€ 10 107,04		€ 10 107,04
	Geräte für Apotheke und Labor		X			€ -
	Spezifische Apparate		X			€ -
	medizinische Instrumente		X	€ 100 047,50		€ 100 047,50
	medizinische Einrichtungsgegenstände		X	€ 1 013,33		€ 1 013,33
	medizinische-sonstige Güter		X	€ 1 108,21		€ 1 108,21
3	Kosten für nicht-medizinische Ge- und Verbrauchsgüter		X	€ 102 078,57		€ 102 078,57
4	Kosten für medizinische Fremdleistungen		X			€ -
5	Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen		X	€ 302 817,12		€ 302 817,12
6	Energiekosten		X	€ -		€ -
7	Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten		X	€ 4 163,86		€ 4 163,86
8	Kalkulatorische Kosten		X	€ 558 177,12		€ 558 177,12
	Kalk. Afa u. Kalk. Zinsen - Geräte direkt für die Leistungserbringung im OP	X				
Sekundärkosten						
11	Kosten der überwiegend medizinische bedingten Ver- und Entsorgung		X	€ 266 630,67		€ 266 630,67
12	Kosten der überwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung		X	€ 364 714,83		€ 364 714,83
13	Kosten der Verwaltung		X	€ 830 791,07		€ 830 791,07
14	Kosten für andere innerbetrieblich abgerechnete		X	€ 12 503 131,17		
Summe					€ 9 879 653,02	€ 2 643 625,02
Zuschlagsbasis / Mengenschlüssel					312600	
Gemeinkostenverrechnungssatz Herz OP inkl. Anästhesie pro OP-Minute (Jahr 2014)					€ 8,46	

Anhang C (5) - Gemeinkostenverrechnungssatz – Mengenschlüssel (€) – Jahr 2016

durchschnittlicher OP - Minutenbedarf für das Jahr 2016 (Herz OP, LKH XY, Jahr 2016)				306600		
Berechnung - Gemeinkostenverrechnungssatz - Herz OP und Herz OP Anästhesie				Kosten 2016 (HERZ OP inkl. Anästhesie)		
Primärkosten						
		Einzelkosten	Gemeinkosten	Gesamtkosten	Einzelkosten	Gemeinkosten
1	Personalkosten			€ 1 592 417,04	€ 1 486 650,50	€ 105 766,54
MLV 111-139	Ärzte	X		€ 713 549,20	€ 713 549,20	€ -
	Apotheker, Chemiker u.ä. Übrige		X		€ -	€ -
	Hebammen	X			€ -	€ -
	Krankenpflegefachdienstpersonal	X		€ 556 904,00	€ 556 904,00	€ -
	Medizinisch-technisches Dienstpersonal	X			€ -	€ -
	Sanitätsdiensthilfspersonal	X		€ 216 197,30	€ 216 197,30	€ -
	Verwaltungs- und Kanzleipersonal		X		€ -	€ -
	Betriebspersonal		X	€ 105 766,54	€ -	€ 105 766,54
	Personal-sonstiges		X		€ -	€ -
2	Kosten für med. Ge- und Verbrauchsgüter			€ 6 052 744,81	€ 5 869 920,72	€ 182 824,09
MLV 21-29	Pharmazeutische Spezialitäten	X		€ 460 656,83	€ 460 656,83	
	Blut, Chemikalien, Reagenzien	X		€ 584 493,40	€ 584 493,40	
	Sera, Impfstoffe, Vakzine	X			€ -	
	Nährmittel, Diätetika	X			€ -	
	Desinfektionsmittel, Medizinische Gase	X		€ 13 774,78	€ 13 774,78	
	Verbandsstoffe, Chirurgisches Nahtmaterial	X		€ 614 678,45	€ 614 678,45	
	Behandlungsbedarf und Einmalbehandlungsbedarf	X		€ 4 195 482,01	€ 4 195 482,01	
	Laborbedarf und Einnallabor	X		€ 824,58	€ 824,58	
	Filme, Reistriermaterial	X		€ 10,67	€ 10,67	
MLV 31-39	Geräte für Prüfung u. Behandlungshilfsmittel		X	€ 6 267,06		€ 6 267,06
	Narkose- und Absauggeräte		X			€ -
	Diagnosehilfsmittel, Therapie mit Strahlen		X			€ -
	Gerät für Sterilisation, Desinfektion		X	€ 29 804,27		€ 29 804,27
	Geräte für Apotheke und Labor		X			€ -
	Spezifische Apparate		X			€ -
	medizinische Instrumente		X	€ 143 266,05		€ 143 266,05
	medizinische Einrichtungsgegenstände		X	€ 1 377,30		€ 1 377,30
medizinische-sonstige Güter		X	€ 2 109,41		€ 2 109,41	
3	Kosten für nicht-medizinische Ge- und Verbrauchsgüter		X	€ 125 665,77		€ 125 665,77
4	Kosten für medizinische Fremdleistungen		X	€ -		€ -
5	Kosten für nicht-medizinische Fremdleistungen		X	€ 333 332,12		€ 333 332,12
6	Energiekosten		X	€ 3 190,01		€ 3 190,01
7	Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten		X	€ 25 183,57		€ 25 183,57
8	Kalkulatorische Kosten		X	€ 516 158,73		€ 516 158,73
	Kalk. Afa u. Kalk. Zinsen - Geräte direkt für die Leistungserbringung im OP	X				
Sekundärkosten						
11	Kosten der überwiegend medizinische bedingten Ver- und Entsorgung		X	€ 294 432,73		€ 294 432,73
12	Kosten der überwiegend nicht-medizinisch bedingten Ver- und Entsorgung		X	€ 314 087,54		€ 314 087,54
13	Kosten der Verwaltung		X	€ 796 170,69		€ 796 170,69
14	Kosten für andere innerbetrieblich abgerechnete		X	€ 10 053 383,01		€ -
	Summe				€ 7 356 571,22	€ 2 696 811,79
Zuschlagsbasis / Mengenschlüssel					306600	
Gemeinkostenverrechnungssatz Herz OP inkl. Anästhesie pro OP-Minute (Jahr 2016)					€ 8,80	

Anhang D Ebene 1 der Kostenkontrolle

Anhang zu **Kapitel 5** – Kostenkontrolle - Ebene LRH-pflichtige Folgekostenberechnungen

Anhang D (1) - Fixkostenarten (Erfahrungswerte – KAGes)

Kostenarten-Nr.	Kostenartenbezeichnung	Fixkostenart
706310	RBW Geräte f. Behandlung u. Untersuchung	X
707310	Kalk. Zinsen Geräte f. Behandlung u. Untersuchung	X
708310	Kalk. Abschr. Geräte f. Behandlung u. Untersuchung	X
709310	Kalk. A/ND Geräte f. Behandlung u. Untersuchung	X
706320	RBW Narkose- und Absaugapparat	X
707320	Kalk. Zinsen Narkose- und Absaugapparate	X
708320	Kalk. Abschr. Narkose- und Absaugapparat	X
709320	Kalk. A/ND Narkose- und Absaugapparat	X
706330	RBW Ger. f. Diagnose, Therapie	X
707330	Kalk. Zinsen Ger. f. Diagnose, Therapie	X
708330	Kalk. Abschr. Ger. f. Diagnose, Therapie	X
709330	Kalk. A/ND Ger. f. Diagnose, Therapie	X
707340	Kalk. Zinsen Sterilisation, Desinfektion	X
708340	Kalk. Abschr. Sterilisation, Desinfektion	X
709340	Kalk. A/ND Sterilisation, Desinfektion	X
707350	Kalk. Zinsen Geräte für Apotheke und Lab	X
708350	Kalk. Abschr. Geräte f. Apotheke und Lab	X
709350	Kalk. A/ND Geräte f. Apotheke und Lab	X
706360	RBW spezielle Apparate	X
707360	Kalk. Zinsen spezielle Apparate	X
708360	Kalk. Abschr. spezielle Apparate	X
709360	Kalk. A/ND spezielle Apparate	X
706370	RBW Medizinische Instrumente	X
707370	Kalk. Zinsen Medizinische Instrumente	X
708370	Kalk. Abschr. medizinische Instrumente	X
709370	Kalk. A/ND medizinische Instrumente	X
706380	RBW med. Einrichtungsgegen	X
707380	Kalk. Zinsen med. Einrichtungsgegenstände	X
708380	Kalk. Abschr. spezielle med. Einrichtung	X
709380	Kalk. A/ND spezielle med. Einrichtung	X
707390	Kalk. Zinsen Sonstige medizinische Güter	X
708390	Kalk. Abschr. sonstige medizinische Güte	X
709390	Kalk. A/ND sonstige medizinische Güte	X
706510	RBW Einrichtungsgegenstände	X
707510	Kalk. Zinsen Einrichtungsgegenstände	X
708510	Kalk. Abschr. Einrichtungsgegenstände	X
709510	Kalk. A/ND Einrichtungsgegenstände	X
707521	Kalk. Zinsen Transportmittel	X
708521	Kalk. Abschr. Transportmittel	X
709521	Kalk. A/ND Transportmittel	X
707530	Kalk. Zinsen Sonstige Maschinen	X
708530	Kalk. Abschr. sonstige Maschinen	X

Kostenarten-Nr.	Kostenartenbezeichnung	Fixkostenart
709530	Kalk. A/ND sonstige Maschinen	X
707540	Kalk. Zinsen Büromaschinen, Apparate, Ge	X
707541	Kalk. Zinsen EDV Rechner-Hardware	X
707542	Kalk. Zinsen EDV Ein- und Ausgabe-HW	X
708540	Kalk. Abschr. Büromaschinen, Apparate, G	X
708541	Kalk. Abschr. EDV Rechner-Hardware	X
708542	Kalk. Abschr. EDV Ein- und Ausgabe-HW	X
709540	Kalk. A/ND Büromaschinen, Apparate, G	X
709541	Kalk. A/ND EDV Rechner-Hardware	X
709542	Kalk. A/ND EDV Ein- und Ausgabe-HW	X
709543	Kalk. A/ND EDV Datenkommunikations-Ha	X
707550	Kalk. Zinsen Sonstige Werkzeuge und Geräte	X
708550	Kalk. Abschr. sonstige Werkzeuge und Ger	X
709550	Kalk. A/ND sonstige Werkzeuge und Ger	X
707560	Kalk. Zinsen Bekleidung, Wäsche, Bettzeug	X
708560	Kalk. Abschr. Bekleidung, Wäsche, Bettzeug	X
709560	Kalk. A/ND Bekleidung, Wäsche, Bettzeug	X
707570	Kalk. Zinsen Küchen- und Haushaltsgeräte	X
708570	Kalk. Abschr. Küchen- und Haushaltsgerät	X
709570	Kalk. A/ND Küchen- und Haushaltsgerät	X
707581	Kalk. Zinsen Anwendungs-Software	X
708581	Kalk. Abschr. Anwendungs-Software	X
709581	Kalk. A/ND Anwendungs-Software	X
709582	Kalk. Abschr./ND System Software	X
709594	Kalk. A/ND Anwendungssoftware, Lizenz	X
709595	Kalk. A/ND Systemsoftware	X
707920	Kalk. Zinsen Straßenbauten auf eigenem	X
708920	Kalk. Abschr. Straßenbauten	X
707950	Kalk. Zinsen Gebäude auf eigenem Grund	X
708950	Kalk. Abschr. Gebäude auf eigenem Grund	X
707960	Kalk. Zinsen Gebäude auf fremdem Grund	X
708960	Kalk. Abschr. Gebäude auf fremdem Grund	X

**Anhang D (2) – Excel-Vorlage - Ebene 1 der Kostenkontrolle - starre
Plankostenrechnung**

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Folgekostenberechnung

für technische Investitionsprojekte

Deckblatt

Projektbezeichnung : **Masterarbeit - Stefanie Pieber**

Betroffene Anstalt/OE:

Projektleiter/in:

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Folgekosten für Investitionsprojekte

Projektstammblatt
Formular 1

Projektbezeichnung	Masterarbeit - Stefanie Pieber		
Projektziel (Auszug)			
Projektnummer		Aktueller Stand	
Bezugsjahr (tB) ^{1.)}		Routinejahr (tR) ^{1.)}	
Preisbasis (IST- und SOLL-Zustand)			
Vorjahre (t-1, t-2, t-3 etc.)			
vereinbarte Zeitreihe bei Einreichung			
Jahr der Inbetriebnahme			
Zehntes Jahr nach der Inbetriebnahme (t10) ^{1.)}			
Zeitliche Ebene			
Projektkontrolle - Vorbesprechungstermin LRH - KAGes			
Projektstart		vorrauss. Inbetriebnahme	
Datum und Form der LRH Einreichung			
Gesamteinreichung			
Teileinreichung			
Teileinreichung Bedarf			
Teileinreichung KOSTEN			
Einreichung in Etappen (Baubabschnitte)			
Kalkulatorische Anlagekapitalkosten			
Organisatorische Ebene			
Antragsteller			
Projektleitung			
betroffene Anstalt/OE			
Hauptansprechpartner für LRH			
E-Mail Adresse			
Telefonnummer			
Formular Nr. - Fachbereich			
Formular Nr. - Fachbereich		Verantwortliches Projektteammitglied	Anstalt/OE
Formular 1 - Projektstammblatt			
Formular 2 - Projektbegrenzung			
Formular 3 - Kennzahlen			
Formular 4 - Erlöse			
Formular 5 - Personalkosten			
Formular 6 - Med. Ge- und Verbrauchsgüter			
Formular 7 - Nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter			
Formular 8 - Med. Fremdleistungen			
Formular 9 - Nicht-med. Fremdleistungen			
Formular 10 - Energiekosten und Abgaben, Gebühren u. s. Kosten			
Formular 11 - Kalkulatorische Anlagekapitalkosten			
Formular 12 - Ergebnis			

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Folgekosten für Investitionsprojekte

Kennzahlen
Formular 3

Projektbezeichnung	Masterarbeit - Stefanie Pieber	
Projektnummer	0	0
Bezugsjahr (tB)	0	0
Preisbasis (IST- und SOLL-Zustand)	0	

A) Leistungsparameter je Kostenstelle

Mengenkomponente/Station-Kostenstellen	Station 1		Station 2		Station 3	
	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN
Belagstage stationär						
Anzahl der stationären Fälle						
Betten:						
systemisiert (allg. Klasse)						
systemisiert (Sonderklasse)						
tatsächlich (allg. Klasse)						
tatsächlich (Sonderklasse)						
Pflegetage						
Anzahl der stationären Patienten						
Mengenkomponente/Ambulanz-Kostenstellen	Ambulanz 1		Ambulanz 2		Ambulanz 3	
	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN
ambulante Frequenzen						
ambulante Fälle						
Mengenkomponente/OP-Kostenstellen	OP 1		OP 2		OP 3	
	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN
OP-Minuten						
LKF-Punkte/MEL						
OP-Gruppen						
Mengenkomponente/Sonstige-Kostenstellen	Labor		Verwaltung		...	
	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN
m ²						
Anzahl der Patienten						
Anzahl der Laborproben						

B) Raumparameter

Flächen:	IST	PLAN
Nutzfläche		
Verkehrsfläche		
Sanitärfläche		
Bruttogrundfläche		

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Folgekostenberechnung für Investitionsprojekte

Erlöse
Formular 4

Berechnung

Kostenarten/Kostenstellen	Kostenauflösung (%-Anteil)		Station - Summe		Ambulanz - Summe		OP - Summe		Sonstige - Summe		IST- GESAMTSUMME	PLAN- GESAMTSUMME
	Fixkosten	variable Kosten	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN		
Leistungsparameter												
- Erlöse	Erlöse		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Stationäre Erlöse	Stationäre Erlöse		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Ambulante Erlöse	Ambulante Erlöse		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Sonstige Erlöse	Sonstige Erlöse		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Folgekosten für Investitionsprojekte

Kostenartengruppe 1

Personal
Formular 5

Kostenarten/Kostenstellen	Kostenauflösung (%-Anteil)		Station - Summe		Ambulanz - Summe		OP - Summe		Sonstige - Summe		IST- GESAMTSUMME	PLAN- GESAMTSUMME
	Fixkosten	variable Kosten	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN		
Leistungsparameter												
- 1000PERSONALKO	1 Personalkosten		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000PEKO11	Summe PERSONALKOSTEN		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000PEKO12	Summe PERSONALKOSTEN		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000PEKO13	Summe PERSONALKOSTEN		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Folgekosten für Investitionsprojekte

Kostenartengruppe 2

Medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter
Formular 6

Kostenarten/Kostenstellen	Kostenauflösung (%-Anteil)		Station - Summe		Ambulanz - Summe		OP - Summe		Sonstige - Summe		IST- GESAMTSUMME	PLAN- GESAMTSUMME
	Fixkosten	variable Kosten	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN		
Leistungsparameter												
- 1000MEDGEBVERB	2 MED.GE. u. VERBRAUCHSGÜTER		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV21	21 Pharmazeutische Spezialitäten		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV22	22 Blut,Chemikalien		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV23	23 Sera,Impfstoffe		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV24	24 Nahrungsmittel		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV25	25 Desinfektionsmittel		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV26	26 Verbandstoffe		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV27	27 Behandlungsbedarf		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV28	28 Laborbedarf		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV29	29 Filme, Registriermaterial		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV31	31 Geräte f. Prüfungung		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV32	32 Narkose- u.Absaugg.		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV33	33 Diagnose,Therapie		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV34	34 Geräte f. Sterilisation		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV35	35 Geräte f.Apotheke		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV36	36 Spez. Apparate		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV37	37 Instrumente medizinisch		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV38	38 med. Einrichtung		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV39	39 Güter, medizinisch		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Folgekosten für Investitionsprojekte

Kostenartengruppe 3

Nicht-medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter

Formular 7

Kostenarten/Kostenstellen	Kostenauflösung (%Anteil)		Station - Summe		Ambulanz - Summe		OP - Summe		Sonstige - Summe		IST- GESAMTSUMME	PLAN- GESAMTSUMME
	Fixkosten	variable Kosten	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN		
Leistungsparameter												
- 1000NMEGEBVER	3	NICHTMED. GE- U. VERBRAUCHSGÜTER	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV41	41	Lebensmittel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV42	42	Brennstoffe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV43	43	Treibstoffe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV44	44	Werkstoffe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV45	45	Reinigungsmittel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV46	46	Büromaterial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV47	47	Einweg-Artikel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV48	48	Futtermittel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV49	49	GWG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV51	51	Einrichtungsgegenstände	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV52	52	Transportmittel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV53	53	sonstige Maschinen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV54	54	Apparate (Geräte)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV55	55	Werkzeuge	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV56	56	Bekleidung, Wäsche	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV57	57	Küchen- u. Haushaltsgeräte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV58	58	EDV - Software	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV59	59	Güter, nichtmed	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Folgekosten für Investitionsprojekte

Kostenartengruppe 4

Medizinische Fremdleistungen

Formular 8

Kostenarten/Kostenstellen	Kostenauflösung (%Anteil)		Station - Summe		Ambulanz - Summe		OP - Summe		Sonstige - Summe		IST- GESAMTSUMME	PLAN- GESAMTSUMME
	Fixkosten	variable Kosten	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN		
Leistungsparameter												
- 1000MFREMD	4	MED. FREMDLEISTUNG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV61	61	Laboruntersuchungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV62	62	Therapie-FL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV63	63	Diagnosen-FL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV64	64	Autopsien-FL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV69	69	sonstige Fremdleistungen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Folgekosten für Investitionsprojekte

Kostenartengruppe 5

Nicht-medizinische Fremdleistungen

Formular 9

Kostenarten/Kostenstellen	Kostenauflösung (%Anteil)		Station - Summe		Ambulanz - Summe		OP - Summe		Sonstige - Summe		IST- GESAMTSUMME	PLAN- GESAMTSUMME
	Fixkosten	variable Kosten	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN		
Leistungsparameter												
- 1000NMEFREMD	5	NICHTMED. FREMDLEI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV72	72	Instandhaltung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV73	73	Wäschereinigung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV74	74	Transportleistung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV75	75	Leistungen sonstiges	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV76	76	Rechts- und Beratungsaufwand	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV77	77	Verwaltungskosten	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV78	78	Fremdreinigung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV79	79	Fremdleistung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Folgekosten für Investitionsprojekte

Kostenartengruppe 6 und 7

Energiekosten und Abgaben, Gebühren u. Sonstige Kosten

Formular 10

Kostenarten/Kostenstellen	Leistungparameter	Kostenauflösung (%-Anteil)		Station - Summe		Ambulanz - Summe		OP - Summe		Sonstige - Summe		IST-GESAMTSUMME	PLAN-GESAMTSUMME
		Fixkosten	variable Kosten	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN		
- 1000ENERGIE	6 ENERGIEKOSTEN			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV71	71 Energiekosten			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000ABGABEN	7 ABGABEN, GEBÜHREN			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV81	81 Öffentliche Abgaben			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV82	82 Miet- u. Pacht			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV83	83 Versicherungsprämie			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV84	84 Geldverkehrsspesen			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV85	85 Beiträge			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV86	86 Pensionen			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV87	87 Vorsteuer			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV88	88 Schadensfälle			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLV89	89 Sonstige Kosten			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Formular 11

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Folgekosten für Investitionsprojekte

Kostenartengruppe 8

Kalkulatorische Anlagekapitalkosten

Formular 11

Kostenarten/Kostenstellen	Leistungparameter	Kostenauflösung (%-Anteil)		Station - Summe		Ambulanz - Summe		OP - Summe		Sonstige - Summe		IST-GESAMTSUMME	PLAN-GESAMTSUMME
		Fixkosten	variable Kosten	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN		
- 1000KALKZUSK	8 KALK. ANLAGEKAPITALKOSTEN			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLVKMG	Med. Gebrauchsgüter			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLVKNMG	nicht med. Gebrauchsgüter			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MLVGEB	Gebäude			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Formular 12

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Folgekosten für Investitionsprojekte

Kostenartengruppe 1 - 8

Primärkosten - Ergebnis

Formular 12

Kostenarten/Kostenstellen	Leistungparameter	Kostenauflösung (%-Anteil)		Station - Summe		Ambulanz - Summe		OP - Summe		Sonstige - Summe		IST-GESAMTSUMME	PLAN-GESAMTSUMME	Abweichung (€) (= Folgekosten)	Abweichung (%)
		Fixkosten	variable Kosten	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN				
- Erlöse	Erlöse			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000PERSONALKO	1 Personalkosten			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000MEDGEBVERB	2 MED.GE-U. VERBRAUCHSGÜTER			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000NMEDGEBVER	3 NICHTMED.GE-U. VERBRAUCHSGÜTER			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000NFREMD	4 MED. FREMDLEISTUNG			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000NMFREMD	5 NICHTMED. FREMDLEISTUNG			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000ENERGIE	6 ENERGIEKOSTEN			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000ABGABEN	7 ABGABEN, GEBÜHREN			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 1000KALKZUSK	8 KALKULATORISCHE ANLAGEKAPITALKOSTEN			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ergebnis	Erlöse - Kosten			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Evaluierung Folgekostenberechnung

für technische Investitionsprojekte

Deckblatt

Projektbezeichnung : **Masterarbeit - Stefanie Pieber**

Betroffene Anstalt/OE:

Projektleiter/in:

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Folgekosten für Investitionsprojekte

Kennzahlen - Evaluierung

Projektbezeichnung	Masterarbeit - Stefanie Pieber	
Projektnummer	0	0
Routinejahr (tR)	0	0
Preisbasis (IST- und SOLL-Zustand)	0	

A) Leistungsparameter je Kostenstelle

Mengenkomponente/Station-Kostenstellen	Station 1		Station 2		Station 3	
	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST
Belagstage stationär						
Anzahl der stationären Fälle						
Betten:						
systemisiert (allg. Klasse)						
systemisiert (Sonderklasse)						
tatsächlich (allg. Klasse)						
tatsächlich (Sonderklasse)						
Pflegetage						
Anzahl der stationären Patienten						
Mengenkomponente/Ambulanz-Kostenstellen	Ambulanz 1		Ambulanz 2		Ambulanz 3	
	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST
ambulante Frequenzen						
ambulante Fälle						
Mengenkomponente/OP-Kostenstellen	OP 1		OP 2		OP 3	
	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST
OP-Minuten						
LKF-Punkte/MEL						
OP-Gruppen						
Mengenkomponente/Sonstige-Kostenstellen	Labor		Verwaltung		...	
	PLAN	IST	PLAN	IST	PLAN	IST
m ²						
Anzahl der Patienten						
Anzahl der Laborproben						

B) Raumparameter

Flächen:	PLAN	IST
Nutzfläche		
Verkehrsfläche		
Sanitärfläche		
Bruttogrundfläche		

C) Valorisierungsfaktoren

Jahre	Personalkosten	Sachkosten
2013		
2014		
2015		
2016		
2017		
2018		

Anhang E Excel-Vorlage - Ebene 2 der Kostenkontrolle – einfach-flexible Plankostenrechnung

Anhang zu Kapitel 6 – Kostenkontrolle – Ebene einzelner Kostenstellen

Anhang E (1) – Excel-Vorlage – komprimierte Darstellung

Vorlage - Kostenkontrolle - Ebene 2 - einfach-flexible Plankostenrechnung

* weiß hinterlegte Felder = Eingabefelder
* blau hinterlegte Felder = Berechnungsfelder (berechnen sich automatisch)

Buchungskreis	
Kostenstelle	
Bezugsjahr	
Routinejahr	

Leistungsdaten (kostenstellenabhängig)	IST (Bezugsjahr)		Evaluierung	
	Abweichung	%- Abweichung	PLAN (Routinejahr)	IST (Routinejahr)
stationäre Fälle	-			
Belagstage	-			
OP-Minuten Bedarf	-			
ambulante Fälle	-			
ambulante Frequenzen	-			

Valorisierungsfaktoren - KAGes		
Jahre	Personalkosten	Sachkosten

Kostenstelle:	-	Kostenauflösung (%-Anteil)		Hochrechnung		Evaluierung						
		Fixkosten	variable Kosten	IST (Bezugsjahr)	PLAN (Routinejahr, Preis- basis = Bezugsjahr)	PLAN valorisiert	verrechnete PLAN-Kosten bei IST-Beschäftigung	SOLL-Kosten (Routinejahr)	IST (Routinejahr)	Beschäftigungs- abweichung	Verbrauchs- abweichung	Gesamt- abweichung
- 1000PERSONALKO	1 Personalkosten				€ -	€ -			€ -			
- 1000MEDGEBVERB	2 MED.GE- U. VERBRAUCHSG.				€ -	€ -			€ -			
- 1000NMEDGEBVER	3 NICHTMED.GE- U. VERBRAUCHSG.				€ -	€ -			€ -			
- 1000MFREMD	4 MED. FREMDLEISTUNG				€ -	€ -			€ -			
- 1000NMEDFREMD	5 NICHTMED. FREMDLEIST.				€ -	€ -			€ -			
- 1000ENERGIE	6 ENERGIEKOSTEN				€ -	€ -			€ -			
- 1000ABGABEN	7 ABGABEN, GEBÜHREN				€ -	€ -			€ -			
- 1000KALKZUSK	8 KALKULATORISCHE ANLAGEKK.				€ -	€ -			€ -			

Anhang E (2) - Excel-Vorlage - Ebene 2 der Kostenkontrolle - Beispiel

Kostenkontrolle - Ebene 2 - einfach-flexible Plankostenrechnung

* weiß hinterlegte Felder = Eingabefelder
 * blau hinterlegte Felder = Berechnungsfelder (berechnen sich automatisch)

Buchungskreis	LKH XY
Kostenstelle	Herz OP inkl. Anästhesie
Bezugsjahr	2014
Routinejahr	2016

Leistungsdaten (Kostenstellenabhängig)	Evaluierung		
	IST (Bezugsjahr)	Abweichung	%- Abweichung
OP-Minutenbedarf	312 600	- 6 000,00	-1,92%

Valorisierungsfaktoren - KAGes		
Jahre	Personalkosten	Sachkosten
2014	2,50%	1,80%
2015	3,00%	1,50%
2016	2,30%	1,50%

Kostenstelle:	Herz OP inkl. Anästhesie	Kostenauflösung (%-Anteil)		Hochrechnung				Evaluierung				
		Fixkosten	variable Kosten	IST (Bezugsjahr)	PLAN (Routinejahr, Preis- basis = Bezugsjahr)	PLAN valorisiert 2016	verrechnete PLAN-Kosten bei IST- Beschäftigung	SOLL-Kosten (Routinejahr)	IST (Routinejahr)	Beschäftigungs- abweichung	Verbrauchs- abweichung	Gesamt- abweichung
- SUMME PRIMÄRKOSTEN (01 - 08)	SUMME PRIMÄRKOSTEN (01 - 08)			€ 11 061 141,47	€ 10 882 737,82	€ 11 239 749,99	€ 11 162 765,40	€ 11 175 390,40	€ 8 648 692,05	€ 12 625,00	€ 2 526 698,35	€ 2 514 073,35
- 1 PERSONALKOSTEN	1 PERSONALKOSTEN			€ 1 199 926,08	€ 1 196 736,31	€ 1 260 989,08	€ 1 252 352,17	€ 1 259 812,72	€ 1 592 417,04	€ 7 460,55	€ 332 604,32	€ 340 064,87
- Summe PERSONALKOSTEN 11	Summe PERSONALKOSTEN 11			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 117 Verwaltungs-u.Kanzleip. P	117 Verwaltungs-u.Kanzleip. P			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- Summe PERSONALKOSTEN 12	Summe PERSONALKOSTEN 12			€ 1 199 926,08	€ 1 196 736,31	€ 1 260 989,08	€ 1 252 352,17	€ 1 259 812,72	€ 1 592 417,04	€ 7 460,55	€ 332 604,32	€ 340 064,87
- 121 Ärzte V	121 Ärzte V			€ 573 779,17	€ 571 395,87	€ 602 074,11	€ 597 950,32	€ 601 195,17	€ 713 549,20	€ 3 244,85	€ 112 354,03	€ 115 598,88
606121	Variable Zulagen fremd Ärzte VB	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
620121	Bezüge Ärzte VB	100%	0%	€ 236 784,40	€ 236 784,40	€ 249 497,35	€ 247 788,47	€ 249 497,35	€ 345 731,98	€ 1 708,89	€ 96 234,63	€ 97 943,51
621121	Sonderzahlungen Ärzte VB	100%	0%	€ 40 065,48	€ 40 065,48	€ 42 216,60	€ 41 927,44	€ 42 216,60	€ 57 256,18	€ 289,15	€ 15 039,58	€ 15 328,74
622121	Urlaubsentschädigung Ärzte VB	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
623121	Fahrtkostenzuschuß Ärzte VB	100%	0%	€ 575,56	€ 575,56	€ 606,46	€ 602,31	€ 606,46	€ 832,39	€ 4,15	€ 225,93	€ 230,08
624121	Überstunden Ärzte VB	0%	100%	€ 11 980,75	€ 11 731,18	€ 12 361,02	€ 12 276,36	€ 12 276,36	€ 13 722,18	€ -	€ 1 445,80	€ 1 445,80
625121	Fixe Zulagen Ärzte VB	100%	0%	€ 38 688,79	€ 38 688,79	€ 40 765,99	€ 40 486,77	€ 40 765,99	€ 12 952,08	€ 279,22	€ 27 813,93	€ 27 534,71
626121	Variable Zulagen Ärzte VB	0%	100%	€ 112 209,33	€ 110 055,60	€ 115 964,49	€ 115 170,21	€ 115 170,21	€ 130 433,27	€ -	€ 15 263,06	€ 15 263,06
628121	Jubiläum Ärzte VB	100%	0%	€ 4 330,88	€ 4 330,88	€ 4 563,40	€ 4 532,15	€ 4 563,40	€ 17 857,20	€ 31,26	€ 13 293,80	€ 13 325,05
629121	Geldaushilfen, Belohnungen Ärzte VB	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
636121	Arztdienstzulage ärztliche Mitarb. VB	100%	0%	€ 31 867,33	€ 31 867,33	€ 33 578,29	€ 33 348,30	€ 33 578,29	€ 38 182,98	€ 229,99	€ 4 604,69	€ 4 834,68
650121	Sozialversicherung Ärzte VB	100%	0%	€ 62 287,86	€ 62 287,86	€ 65 632,10	€ 65 182,56	€ 65 632,10	€ 80 139,43	€ 449,53	€ 5 492,67	€ 5 043,13
653121	Familienb.-Ausgleichsfonds Ärzte VB	100%	0%	€ 23 456,18	€ 23 456,18	€ 24 715,54	€ 24 546,26	€ 24 715,54	€ 24 548,22	€ 169,28	€ 167,32	€ 1,96
654121	Betr. Mitarbeitervorsorge-DG Ärzte VB	100%	0%	€ 2 197,43	€ 2 197,43	€ 2 315,41	€ 2 299,55	€ 2 315,41	€ 3 598,00	€ 15,86	€ 1 282,59	€ 1 298,45
670121	Weihnachtszuwendung Ärzte VB	100%	0%	€ 648,95	€ 648,95	€ 683,79	€ 679,11	€ 683,79	€ 510,00	€ 4,68	€ 173,79	€ 169,11
672121	Sonst. Freiw. Sozialaufw. Ärzte VB	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
A640121	Abgrenz. Abfertigung Ärzte VB	100%	0%	€ 8 706,23	€ 8 706,23	€ 9 173,67	€ 9 110,83	€ 9 173,67	€ 7 785,33	€ 62,83	€ 1 388,34	€ 1 325,50
- 122 Apotheker,Chem.,Phys. V	122 Apotheker,Chem.,Phys. V			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 124 Krankenpflegefachdienst V	124 Krankenpflegefachdienst V			€ 362 928,56	€ 362 299,34	€ 381 751,19	€ 379 136,46	€ 381 519,14	€ 556 904,00	€ 2 382,68	€ 175 384,86	€ 177 767,54
620124	Bezüge Krankenpflegefachdienst VB	100%	0%	€ 183 354,01	€ 183 354,01	€ 193 198,29	€ 191 875,01	€ 193 198,29	€ 277 285,93	€ 1 323,28	€ 84 087,64	€ 85 410,92
621124	Sonderzahlungen Krankenpflegefachdienst	100%	0%	€ 30 323,44	€ 30 323,44	€ 31 951,51	€ 31 732,66	€ 31 951,51	€ 45 483,53	€ 218,85	€ 13 532,02	€ 13 750,87
622124	Urlaubsentschädigung Krankenpflegefachdi	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 234,32	€ -	€ 234,32	€ 234,32
623124	Fahrtkostenzuschuß Krankenpflegefachdien	100%	0%	€ 3 463,91	€ 3 463,91	€ 3 649,89	€ 3 624,89	€ 3 649,89	€ 8 835,01	€ 25,00	€ 4 985,12	€ 5 010,12

Kostenstelle:	Herz OP inkl. Anästhesie	Kostenaufteilung (%-Anteil)		Hochrechnung				Evaluierung				
				IST (Bezugsjahr)	PLAN (Routinejahr, Preis- basis = Bezugsjahr)	PLAN valorisiert 2016	verrechnete PLAN-Kosten bei IST-Beschäftigung	SOLL-Kosten (Routinejahr)	IST (Routinejahr)	Beschäftigungs- abweichung	Verbrauchs- abweichung	Gesamt- abweichung
624124	Überstunden Krankenpflegefachdienst VB	0%	100%	€ 1 099,09	€ 1 077,99	€ 1 135,87	€ 1 128,09	€ 1 128,09	€ 3 240,35	€ -	€ 2 112,26	€ 2 112,26
625124	Fixe Zulagen Krankenpflegefachdienst VB	100%	0%	€ 34 295,40	€ 34 295,40	€ 36 136,72	€ 35 889,21	€ 36 136,72	€ 52 110,79	€ 247,51	€ 15 974,07	€ 16 221,58
626124	Variable Zulagen Krankenpflegefachdienst	0%	100%	€ 31 683,24	€ 31 075,12	€ 32 743,54	€ 32 519,27	€ 32 519,27	€ 53 508,95	€ -	€ 20 989,68	€ 20 989,68
628124	Jubiläum Krankenpflegefachdienst VB	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
650124	Sozialversicher. Krankenpf.fachdienstpe	100%	0%	€ 56 482,76	€ 56 482,76	€ 59 515,32	€ 59 107,88	€ 59 515,32	€ 85 992,71	€ 407,64	€ 26 477,39	€ 26 885,03
653124	Familienb.-Ausgleichsfonds Krankenpf.di	100%	0%	€ 12 802,25	€ 12 802,25	€ 13 489,80	€ 13 397,21	€ 13 489,80	€ 19 757,35	€ 92,39	€ 6 267,75	€ 6 360,14
654124	Betr.Mitarbeitervorsorge-DG Krankenpf.F	100%	0%	€ 2 198,51	€ 2 198,51	€ 2 316,55	€ 2 300,88	€ 2 316,55	€ 3 274,42	€ 15,87	€ 957,87	€ 973,74
670124	Weihnachtszuwendung Krankenpflegefachdie	100%	0%	€ 1 667,00	€ 1 667,00	€ 1 756,50	€ 1 744,47	€ 1 756,50	€ 1 381,00	€ 12,03	€ 375,50	€ 363,47
672124	Sonst.Freiw.Sozialaufw. Krankenpf.diens	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
A640124	Abgrenz. Abfertigung Pflege VB	100%	0%	€ 5 558,95	€ 5 558,95	€ 5 857,41	€ 5 817,29	€ 5 857,41	€ 5 999,64	€ 40,12	€ 142,23	€ 182,35
K610124	sonstige kalkul.Zusatzkosten Pflege	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 125 Medizin.-Technischer Dienst V	125 Medizin.-Technischer Dienst V			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 126 Sanitätshilfspersonal V	126 Sanitätshilfspersonal V			€ 163 082,96	€ 162 906,34	€ 171 652,78	€ 170 477,08	€ 171 587,65	€ 216 197,30	€ 1 110,57	€ 44 609,65	€ 45 720,22
620126	Bezüge Sanitätshilfspersonal VB	100%	0%	€ 94 144,54	€ 94 144,54	€ 99 199,16	€ 98 519,71	€ 99 199,16	€ 121 895,28	€ 679,45	€ 22 696,12	€ 23 375,57
621126	Sonderzahlungen Sanitätshilfspersonal VB	100%	0%	€ 16 055,39	€ 16 055,39	€ 16 917,40	€ 16 801,53	€ 16 917,40	€ 20 308,23	€ 115,87	€ 3 360,83	€ 3 506,70
622126	Urlaubsentschädigung Sanitätshilfsperson	100%	0%	€ 3 091,13	€ 3 091,13	€ 3 257,09	€ 3 234,78	€ 3 257,09	€ 371,54	€ 22,31	€ 2 885,55	€ 2 863,24
623126	Fahrtkostenzuschuß Sanitätshilfspersonal	100%	0%	€ 1 821,34	€ 1 821,34	€ 1 919,13	€ 1 905,98	€ 1 919,13	€ 1 952,38	€ 13,14	€ 33,25	€ 46,40
624126	Überstunden Sanitätshilfspersonal VB	0%	100%	€ 168,02	€ 164,80	€ 173,64	€ 172,45	€ 172,45	€ 688,75	€ -	€ 516,30	€ 516,30
625126	Fixe Zulagen Sanitätshilfspersonal VB	100%	0%	€ 6 472,86	€ 6 472,86	€ 6 820,39	€ 6 773,67	€ 6 820,39	€ 8 883,88	€ 46,71	€ 2 063,49	€ 2 110,21
626126	Variable Zulagen Sanitätshilfspersonal V	0%	100%	€ 9 033,81	€ 8 860,42	€ 9 336,13	€ 9 272,19	€ 9 272,19	€ 17 585,80	€ -	€ 8 313,61	€ 8 313,61
628126	Jubiläum Sanitätshilfspersonal VB	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
650126	Sozialversicherung Sanitätshilfspersonal	100%	0%	€ 26 683,87	€ 26 683,87	€ 28 116,53	€ 27 923,95	€ 28 116,53	€ 34 643,00	€ 192,58	€ 6 526,47	€ 6 719,05
653126	Familienb.-Ausgleichsfonds San.hilfssdien	100%	0%	€ 2 579,19	€ 2 579,19	€ 2 717,67	€ 2 699,05	€ 2 717,67	€ 6 580,28	€ 18,61	€ 3 862,61	€ 3 881,23
654126	Betr.Mitarbeitervorsorge-DG San.Hilfssper	100%	0%	€ 392,49	€ 392,49	€ 413,56	€ 410,73	€ 413,56	€ 749,02	€ 2,83	€ 335,46	€ 338,29
670126	Weihnachtszuwendung Sanitätshilfspersonal	100%	0%	€ 148,00	€ 148,00	€ 155,95	€ 154,88	€ 155,95	€ 185,00	€ 1,07	€ 29,05	€ 30,12
672126	Sonst.Freiw.Sozialaufw. San.hilfssdienstp	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
A640126	Abgrenz. Abfertigung SHD VB	100%	0%	€ 2 492,32	€ 2 492,32	€ 2 626,13	€ 2 608,15	€ 2 626,13	€ 2 354,14	€ 17,99	€ 271,99	€ 254,01
- 127 Verwaltungs- u. Kanzleipersonal V	127 Verwaltungs- u. Kanzleipersonal V			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 128 Betriebspersonal V	128 Betriebspersonal V			€ 100 135,39	€ 100 134,76	€ 105 511,00	€ 104 788,32	€ 105 510,77	€ 104 811,23	€ 722,45	€ 699,54	€ 22,91
620128	Bezüge Betriebspersonal VB	100%	0%	€ 64 806,30	€ 64 806,30	€ 68 285,75	€ 67 818,04	€ 68 285,75	€ 67 942,30	€ 467,71	€ 343,45	€ 124,26
621128	Sonderzahlungen Betriebspersonal VB	100%	0%	€ 10 766,32	€ 10 766,32	€ 11 344,36	€ 11 266,66	€ 11 344,36	€ 11 257,11	€ 77,70	€ 87,25	€ 9,55
622128	Urlaubsentschädigung Betriebspersonal VB	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 163,16	€ -	€ 163,16	€ 163,16
623128	Fahrtkostenzuschuß Betriebspersonal VB	100%	0%	€ 1 981,17	€ 1 981,17	€ 2 087,54	€ 2 073,24	€ 2 087,54	€ 1 979,96	€ 14,30	€ 107,58	€ 93,28
624128	Überstunden Betriebspersonal VB	0%	100%	€ 29,91	€ 29,34	€ 30,91	€ 30,70	€ 30,70	€ 181,87	€ -	€ 151,17	€ 151,17
625128	Fixe Zulagen Betriebspersonal VB	100%	0%	€ 1 960,50	€ 1 960,50	€ 2 065,76	€ 2 051,61	€ 2 065,76	€ 1 978,97	€ 14,15	€ 86,79	€ 72,64
626128	Variable Zulagen Betriebspersonal VB	0%	100%	€ 2,83	€ 2,78	€ 2,92	€ 2,90	€ 2,90	€ -	€ -	€ 2,90	€ 2,90
628128	Jubiläum Betriebspersonal VB	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -

Kostenstelle:	Herz OP inkl. Anästhesie	Kostenaufösung (%-Anteil)		Hochrechnung				Evaluierung				
				IST (Bezugsjahr)	PLAN (Routinejahr, Preisbasis = Bezugsjahr)	PLAN valorisiert 2016	verrechnete PLAN-Kosten bei IST-Beschäftigung	SOLL-Kosten (Routinejahr)	IST (Routinejahr)	Beschäftigungsabweichung	Verbrauchsabweichung	Gesamtabweichung
Kostenart												
650128	Sozialversicherung Betriebspersonal VB	100%	0%	€ 15 624,10	€ 15 624,10	€ 16 462,96	€ 16 350,20	€ 16 462,96	€ 16 414,40	€ 112,76	€ 48,58	€ 64,20
653128	Familienb.-Ausgleichsfonds Betriebsperso	100%	0%	€ 2 483,97	€ 2 483,97	€ 2 617,33	€ 2 599,41	€ 2 617,33	€ 2 905,52	€ 17,93	€ 288,19	€ 306,11
654128	Betr.Mitarbeilvorsorge-DG Betriebspers	100%	0%	€ 624,49	€ 624,49	€ 658,02	€ 653,51	€ 658,02	€ 632,04	€ 4,51	€ 25,98	€ 21,47
670128	Weihnachtszuwendung Betriebspersonal VB	100%	0%	€ 320,00	€ 320,00	€ 337,18	€ 334,87	€ 337,18	€ 225,00	€ 2,31	€ 112,18	€ 109,87
A640128	Abgrenz. Abfertigung Betr. VB	100%	0%	€ 1 535,80	€ 1 535,80	€ 1 618,26	€ 1 607,17	€ 1 618,26	€ 1 130,90	€ 11,08	€ 487,36	€ 476,27
- 129 Personal-sonstiges V	129 Personal-sonstiges V			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- Summe PERSONALKOSTEN 13	Summe PERSONALKOSTEN 13			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 131 Ärzte G	131 Ärzte G			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 132 Apotheker,Chem.,Phys. G	132 Apotheker,Chem.,Phys. G			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 134 Krankenpflegefachdienst G	134 Krankenpflegefachdienst G			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 135 Medizin.-Technischer Dienst G	135 Medizin.-Technischer Dienst G			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 136 Sanitätshilfsdienstpersonal G	136 Sanitätshilfsdienstpersonal G			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 137 Verwaltungs- u.Kanzleipersonal G	137 Verwaltungs- u.Kanzleipersonal G			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 138 Betriebspersonal G	138 Betriebspersonal G			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 955,31	€ -	€ 955,31	€ 955,31
600138	Löhne Betriebspersonal	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
602138	Urlaubsentschädigung Arbeiter	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 750,00	€ -	€ 750,00	€ 750,00
650138	Sozialversicherung Betriebspersonal Ange	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
653138	Familienb.-Ausgleichsfonds Betriebsperso	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 161,12	€ -	€ 161,12	€ 161,12
A640138	Abgrenz. Abfertigung Arbeiter	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 33,76	€ -	€ 33,76	€ 33,76
- 139 Personal-sonstiges G	139 Personal-sonstiges G			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 10,43	€ -	€ 10,43	€ 10,43
602139	Urlaubsentschädigung Arbeiter Sonstiges	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
612139	Urlaubsentschädigung sonst. Personal Ang	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
654139	Betr.Mitarbeilvorsorge-DG so.Pers.Ang.	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
K620139	kalkul.Zusatzkosten Bund sonst.Pers.Ges	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 2 MED.GEBRAUCHS- UND VERBRAUCHSGÜTER	2 MED.GEBRAUCHS- UND VERBRAUCHSGÜTER			€ 8 893 978,72	€ 8 723 321,44	€ 8 986 983,83	€ 8 925 429,15	€ 8 925 448,44	€ 6 052 744,81	€ 19,29	€ 2 872 703,63	€ 2 872 684,34
- 21 Pharmazeutische Spezialität	21 Pharmazeutische Spezialität			€ 523 274,78	€ 513 231,12	€ 528 743,53	€ 525 122,00	€ 525 122,00	€ 460 656,83	€ -	€ 64 465,17	€ 64 465,17
520211	Medikamente	0%	100%	€ 520 388,41	€ 510 380,53	€ 525 806,78	€ 522 205,37	€ 522 205,37	€ 458 202,04	€ -	€ 64 003,33	€ 64 003,33
520212	Kontrastmittel	0%	100%	€ 2 886,37	€ 2 811,35	€ 2 896,33	€ 2 876,49	€ 2 876,49	€ 2 391,92	€ -	€ 484,57	€ 484,57
520218	Medizinische Bezugsspesen	0%	100%	€ 40,00	€ 39,23	€ 40,42	€ 40,14	€ 40,14	€ 62,87	€ -	€ 22,73	€ 22,73
- 22 Blut,Chemikalien,Reagenzie	22 Blut,Chemikalien,Reagenzie			€ 627 623,33	€ 615 576,82	€ 634 182,63	€ 629 838,91	€ 629 838,91	€ 584 493,40	€ -	€ 45 345,51	€ 45 345,51
520221	Blut und Blutersatz	0%	100%	€ 590 040,80	€ 578 715,44	€ 596 207,12	€ 592 123,51	€ 592 123,51	€ 538 842,74	€ -	€ 53 480,77	€ 53 480,77
520222	Chemikalien	0%	100%	€ 373,19	€ 366,03	€ 377,09	€ 374,51	€ 374,51	€ 2 205,01	€ -	€ 1 830,50	€ 1 830,50
520223	Reagenzien	0%	100%	€ 37 209,54	€ 36 495,35	€ 37 598,42	€ 37 340,89	€ 37 340,89	€ 43 645,65	€ -	€ 6 304,76	€ 6 304,76
520226	Blut Fertigprodukte Zukauf	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
520228	Blut Fertigprodukte	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 23 Sera,Impfstoffe,Vakzine	23 Sera,Impfstoffe,Vakzine			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
520231	Sera, Impfstoffe, Vakzine	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 24 Nahrungsmittel, Diätetika	24 Nahrungsmittel, Diätetika			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
520241	Nahrungsmittel, Diätetika	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 25 Desinfektionsmittel, Med.G	25 Desinfektionsmittel, Med.G			€ 10 944,42	€ 10 734,35	€ 11 058,80	€ 10 983,06	€ 10 983,06	€ 13 774,78	€ -	€ 2 791,72	€ 2 791,72
520251	Desinfektionsmittel	0%	100%	€ 9 351,91	€ 9 172,41	€ 9 449,65	€ 9 384,92	€ 9 384,92	€ 12 514,03	€ -	€ 3 129,11	€ 3 129,11

Kostenstelle:	Herz OP inkl. Anästhesie	Kostenauflösung (%-Anteil)		Hochrechnung				Evaluierung				
				IST (Bezugsjahr)	PLAN (Routinejahr, Preis- basis = Bezugsjahr)	PLAN valorisiert 2016	verrechnete PLAN-Kosten bei IST-Beschäftigung	SOLL-Kosten (Routinejahr)	IST (Routinejahr)	Beschäftigungs- abweichung	Verbrauchs- abweichung	Gesamt- abweichung
520252	Medizinische Gase	0%	100%	€ 1 592,51	€ 1 561,04	€ 1 809,15	€ 1 598,13	€ 1 598,13	€ 1 260,75	€ -	-€ 337,38	€ 337,38
- 26 Verbandstoffe, Chir. Nahtm	26 Verbandstoffe, Chir. Nahtm			€ 737 646,61	€ 723 488,33	€ 745 355,76	€ 740 250,58	€ 740 250,58	€ 614 678,45	€ -	-€ 125 572,13	€ 125 572,13
520261	Verbandstoffe	0%	100%	€ 92 082,62	€ 90 295,58	€ 93 024,77	€ 92 387,61	€ 92 387,61	€ 61 387,81	€ -	-€ 30 999,80	€ 30 999,80
520262	Einweg OP-Wäsche steril	0%	100%	€ 8 788,12	€ 8 619,44	€ 8 879,96	€ 8 819,14	€ 8 819,14	€ 10 093,34	€ -	-€ 1 274,20	€ 1 274,20
520268	Chir. Nahtmateriale	0%	100%	€ 636 795,87	€ 624 573,30	€ 643 451,03	€ 639 043,83	€ 639 043,83	€ 543 197,30	€ -	-€ 95 846,53	€ 95 846,53
- 27 Behandlungsbedarf u. Einma	27 Behandlungsbedarf u. Einma			€ 6 878 218,93	€ 6 746 199,37	€ 6 950 103,25	€ 6 902 499,80	€ 6 902 499,80	€ 4 195 482,01	€ -	-€ 2 707 017,79	€ 2 707 017,79
520271	Behandlungs- und Einmalbehandlungsbedarf	0%	100%	€ 1 005 364,99	€ 986 088,16	€ 1 015 872,07	€ 1 008 914,04	€ 1 008 914,04	€ 1 012 260,81	€ -	-€ 3 346,77	€ 3 346,77
520273	Implantate und Endoprothesen	0%	100%	€ 5 872 853,94	€ 5 760 131,22	€ 5 934 231,18	€ 5 893 585,76	€ 5 893 585,76	€ 3 183 221,20	€ -	-€ 2 710 364,56	€ 2 710 364,56
- 28 Laborbedarf u. Einmallelabor	28 Laborbedarf u. Einmallelabor			€ 2 044,16	€ 2 004,92	€ 2 065,52	€ 2 051,38	€ 2 051,38	€ 824,58	€ -	-€ 1 226,80	€ 1 226,80
520281	Laborbedarf	0%	100%	€ 2 044,16	€ 2 004,92	€ 2 065,52	€ 2 051,38	€ 2 051,38	€ 824,58	€ -	-€ 1 226,80	€ 1 226,80
- 29 Filme, Registriermaterial	29 Filme, Registriermaterial			€ 110,10	€ 107,99	€ 111,25	€ 110,49	€ 110,49	€ 10,67	€ -	-€ 99,82	€ 99,82
520291	Filme	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
520294	Registriermaterial	0%	100%	€ 110,10	€ 107,99	€ 111,25	€ 110,49	€ 110,49	€ 10,67	€ -	-€ 99,82	€ 99,82
- 31 Geräte f.Prüfung u.Behand	31 Geräte f.Prüfung u.Behand			€ 1 840,31	€ 1 804,99	€ 1 859,54	€ 1 846,81	€ 1 846,81	€ 6 267,06	€ -	-€ 4 420,25	€ 4 420,25
560310	Verbr. v. Behandlungshilfsmittel	0%	100%	€ 1 840,31	€ 1 804,99	€ 1 859,54	€ 1 846,81	€ 1 846,81	€ 6 267,06	€ -	-€ 4 420,25	€ 4 420,25
702310	Abschr. GWG Geräte f. Behandl. u. Untersuc	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 32 Narkose- u. Absauggeräte	32 Narkose- u. Absauggeräte			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 33 Diagn., Therap. m. Strahlen	33 Diagn., Therap. m. Strahlen			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
560330	Verbr. v. Diagnosehilfsmittel	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 34 Ger.f.Sterilisat., Desinf.	34 Ger.f.Sterilisat., Desinf.			€ 10 107,04	€ 9 913,05	€ 10 212,67	€ 10 142,72	€ 10 142,72	€ 29 804,27	€ -	-€ 19 661,55	€ 19 661,55
560340	Verbr. v. Sterilisationshilfsmittel	0%	100%	€ 10 107,04	€ 9 913,05	€ 10 212,67	€ 10 142,72	€ 10 142,72	€ 29 804,27	€ -	-€ 19 661,55	€ 19 661,55
702340	Abschr. GWG Sterilisation, Desinfek., De	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3 446,73	€ -	-€ 3 446,73	€ 3 446,73
- 35 Geräte f.Apotheke u.Labor	35 Geräte f.Apotheke u.Labor			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 36 Spez. Apparate	36 Spez. Apparate			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 37 Instrumente, med.	37 Instrumente, med.			€ 100 047,50	€ 98 179,69	€ 101 147,17	€ 100 454,38	€ 100 473,67	€ 143 266,05	€ 19,29	-€ 42 792,38	€ 42 811,67
560370	Verbr. v. Instrumentenhilfsmittel	0%	100%	€ 97 313,14	€ 95 445,33	€ 98 330,16	€ 97 656,67	€ 97 656,67	€ 137 521,71	€ -	-€ 39 865,04	€ 39 865,04
702370	Abschr. GWG Medizinische Instrumente	100%	0%	€ 2 734,36	€ 2 734,36	€ 2 817,01	€ 2 797,71	€ 2 817,01	€ 5 744,34	€ 19,29	-€ 2 927,33	€ 2 946,63
- 38 med. Einrichtungsgegenstände	38 med. Einrichtungsgegenstände			€ 1 013,33	€ 993,88	€ 1 023,92	€ 1 016,91	€ 1 016,91	€ 1 377,30	€ -	-€ 360,39	€ 360,39
560380	Verbr. v. med. Einrichtungshilfsmittel	0%	100%	€ 1 013,33	€ 993,88	€ 1 023,92	€ 1 016,91	€ 1 016,91	€ 605,18	€ -	-€ 411,73	€ 411,73
702380	Abschr. GWG medizinische Einrichtungsgeg	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 772,12	€ -	-€ 772,12	€ 772,12
- 39 Güter, medizinische - sonstige	39 Güter, medizinische -sonstige			€ 1 108,21	€ 1 086,94	€ 1 119,79	€ 1 112,12	€ 1 112,12	€ 2 109,41	€ -	-€ 997,29	€ 997,29
560390	Verbr. v. sonst. mediz. Hilfsmittel	0%	100%	€ 1 108,21	€ 1 086,94	€ 1 119,79	€ 1 112,12	€ 1 112,12	€ 2 109,41	€ -	-€ 997,29	€ 997,29
702390	Abschr. GWG sonstige medizinische Güter	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 3 NICHTMED.GEBRAUCHS- UND VERBR.GÜTER	3 NICHTMED.GEBRAUCHS- UND VERBR.GÜTER			€ 102 078,57	€ 101 800,09	€ 104 876,99	€ 104 158,66	€ 104 776,45	€ 125 665,77	€ 617,79	-€ 20 889,32	€ 21 507,11
- 41 Lebensmittel	41 Lebensmittel	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
530410	Lebensmittel	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 44 Werkstoffe	44 Werkstoffe			€ 1 781,38	€ 1 747,19	€ 1 800,00	€ 1 787,67	€ 1 787,67	€ 1 013,49	€ -	-€ 774,18	€ 774,18
540441	Pflanzliche Rohstoffe, Saatgut	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
540442	Werkstoffe für Leistungen	0%	100%	€ 1 788,98	€ 1 735,03	€ 1 787,47	€ 1 775,22	€ 1 775,22	€ 1 013,49	€ -	-€ 761,73	€ 761,73
540445	Textilien zur Weiterverarbeitung	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
540448	Nichtmedizinische Gebinde	0%	100%	€ 12,40	€ 12,16	€ 12,53	€ 12,44	€ 12,44	€ -	€ -	-€ 12,44	€ 12,44
- 45 Reinigungsmittel	45 Reinigungsmittel			€ 668,75	€ 662,33	€ 682,35	€ 677,68	€ 680,01	€ 643,69	€ 2,34	-€ 36,32	€ 33,99
530450	Waschmittel, Reinigungsmittel	50%	50%	€ 668,75	€ 662,33	€ 682,35	€ 677,68	€ 680,01	€ 643,69	€ 2,34	-€ 36,32	€ 33,99
- 46 Büromaterial, Druckwerke	46 Büromaterial, Druckwerke			€ 3 815,88	€ 3 785,96	€ 3 900,39	€ 3 873,68	€ 3 889,50	€ 2 861,32	€ 15,82	-€ 1 028,18	€ 1 012,36
760461	Büromaterial	50%	50%	€ 3 117,37	€ 3 087,45	€ 3 180,77	€ 3 158,98	€ 3 169,88	€ 2 209,99	€ 10,89	-€ 959,89	€ 949,99
760465	EDV-Material	100%	0%	€ 698,51	€ 698,51	€ 719,62	€ 714,69	€ 719,62	€ 651,33	€ 4,93	-€ 68,29	€ 63,36

Kostenstelle:	Herz OP inkl. Anästhesie	Kostenauflösung (%-Anteil)		Hochrechnung				Evaluierung				
				IST (Bezugsjahr)	PLAN (Routinejahr, Preis- basis = Bezugsjahr)	PLAN valorisiert 2016	verrechnete PLAN-Kosten bei IST-Beschäftigung	SOLL-Kosten (Routinejahr)	IST (Routinejahr)	Beschäftigungs- abweichung	Verbrauchs- abweichung	Gesamt- abweichung
Kostenart												
- 47 Einweg-Artikel,nichtmediz.	47 Einweg-Artikel,nichtmediz.	0%	100%	€ 7 231,84	€ 7 093,03	€ 7 307,42	€ 7 257,37	€ 7 257,37	€ 3 771,05	€ -	€ 3 486,32	€ 3 486,32
540470	Nichtmedizinische Einwegartikel	0%	100%	€ 7 231,84	€ 7 093,03	€ 7 307,42	€ 7 257,37	€ 7 257,37	€ 3 771,05	€ -	€ 3 486,32	€ 3 486,32
- 49 Geringwertige Ersatzteile	49 Geringwertige Ersatzteile			€ 81 599,71	€ 81 599,71	€ 84 066,06	€ 83 490,27	€ 84 066,06	€ 109 269,33	€ 575,79	€ 25 203,27	€ 25 779,06
540498	Nichtmedizinische Bezugsspesen (bis2013)	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
540499	Nichtmedizinische Bezugsspesen	100%	0%	€ 204,00	€ 204,00	€ 210,17	€ 208,73	€ 210,17	€ -	€ 1,44	€ 210,17	€ 208,73
550491	Ersatzteile Einrichtung	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
550494	Ersatzteile Betriebsausstatt. nichtmed.	100%	0%	€ 3 838,20	€ 3 838,20	€ 3 954,21	€ 3 927,13	€ 3 954,21	€ 17 723,40	€ 27,08	€ 13 709,19	€ 13 796,27
550496	Ersatzteile Betriebsausstattung med.	100%	0%	€ 77 557,51	€ 77 557,51	€ 79 901,89	€ 79 354,41	€ 79 901,89	€ 91 545,93	€ 547,27	€ 11 844,24	€ 12 191,52
550498	Ersatzteile EDV-Anlagen	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 51 Einrichtungsgegenstände	51 Einrichtungsgegenstände			€ 924,39	€ 924,39	€ 952,33	€ 945,81	€ 952,33	€ 3 019,93	€ 6,52	€ 2 067,60	€ 2 074,12
550510	Verbr. v. Einrichtungshilfsmittel	100%	0%	€ 924,39	€ 924,39	€ 952,33	€ 945,81	€ 952,33	€ 441,93	€ 6,52	€ 510,40	€ 503,88
702510	Abschr. GWG Einrichtungsgenstände	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2 578,00	€ -	€ 2 578,00	€ 2 578,00
- 52 Transportmittel	52 Transportmittel			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 843,41	€ -	€ 843,41	€ 843,41
- 53 so.Maschinen u.masch.Anl.	53 so.Maschinen u.masch.Anl.			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
550530	Verbr. v. Maschinenhilfsmittel	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 54 Apparate (Geräte), Instrumente	54 Apparate (Geräte), Instrumente			€ 1 264,13	€ 1 264,13	€ 1 302,34	€ 1 293,42	€ 1 302,34	€ 1 537,14	€ 8,92	€ 234,80	€ 243,72
550540	Verbr. v. Büromaschinenhilfsmittel	100%	0%	€ 1 264,13	€ 1 264,13	€ 1 302,34	€ 1 293,42	€ 1 302,34	€ 1 537,14	€ 8,92	€ 234,80	€ 243,72
550541	Verbrauch von EDV-Rechner, Hilfsmittel	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
702540	Abschr. GWG Büromaschinen, Apparate, Ger	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 55 Werkzeuge	55 Werkzeuge			€ 13,65	€ 13,39	€ 13,79	€ 13,70	€ 13,70	€ 361,66	€ -	€ 347,96	€ 347,96
550550	Verbr. v. Werkzeugen	0%	100%	€ 13,65	€ 13,39	€ 13,79	€ 13,70	€ 13,70	€ 361,66	€ -	€ 347,96	€ 347,96
702550	Abschr. GWG sonstige Werkzeuge und Gerät	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 56 Bekleidung,Wäsche,Bettzeu	56 Bekleidung,Wäsche,Bettzeu			€ 3 589,07	€ 3 520,18	€ 3 626,58	€ 3 601,74	€ 3 601,74	€ 2 247,94	€ -	€ 1 353,80	€ 1 353,80
550560	Verbr. v. Bekleidung, Wäsche, Bettzeug	0%	100%	€ 3 589,07	€ 3 520,18	€ 3 626,58	€ 3 601,74	€ 3 601,74	€ 2 247,94	€ -	€ 1 353,80	€ 1 353,80
- 57 Küchen-,Haushaltsgeräte	57 Küchen-,Haushaltsgeräte			€ 1 189,77	€ 1 189,77	€ 1 225,73	€ 1 217,34	€ 1 225,73	€ 96,81	€ 8,40	€ 1 128,92	€ 1 120,53
550570	Verbr. v. Küchen- und Haushaltshilfsmitt	100%	0%	€ 988,07	€ 988,07	€ 1 015,87	€ 1 008,92	€ 1 015,87	€ -	€ 8,98	€ 1 015,87	€ 1 008,92
702570	Abschr. GWG Küchen- und Haushaltsgeräte	100%	0%	€ 203,70	€ 203,70	€ 209,86	€ 208,42	€ 209,86	€ 1,44	€ -	€ 209,86	€ 208,42
- 59 Güter, nichtmed. sonstige	59 Güter, nichtmed. sonstige	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
550590	Verbr. v. sonst. nichtmed. Hilfsmittel	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 98,81	€ -	€ 98,81	€ 98,81
762592	Fachliteratur	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 4 MED. FREMDLEISTUNGEN	4 MED. FREMDLEISTUNGEN			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 5 NICHTMED. FREMDLEISTUNGEN	5 NICHTMED. FREMDLEISTUNGEN			€ 302 817,12	€ 298 539,00	€ 307 562,34	€ 305 455,75	€ 306 015,05	€ 333 332,12	€ 559,30	€ 27 317,07	€ 27 876,37
- 72 Instandhaltung	72 Instandhaltung			€ 118 300,95	€ 117 301,63	€ 120 847,07	€ 120 019,35	€ 120 483,22	€ 96 005,51	€ 463,86	€ 24 477,71	€ 24 013,84
720721	Instandhaltung Gebäude, Grundstücke	100%	0%	€ 3 402,80	€ 3 402,80	€ 3 505,44	€ 3 481,43	€ 3 505,44	€ 3 275,75	€ 24,01	€ 229,69	€ 205,68
791721	IH Gebäude, Grundstücke BAUT	100%	0%	€ 1 027,19	€ 1 027,19	€ 1 058,24	€ 1 050,99	€ 1 058,24	€ -	€ 7,25	€ 1 058,24	€ 1 050,99
720722	Instandhaltung technische Anlagen, nicht. Medizinisch	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 123,68	€ -	€ 123,68	€ 123,68
720724	Instandhaltung nichtmedizinische Betrieb	100%	0%	€ 278,00	€ 278,00	€ 284,34	€ 282,39	€ 284,34	€ 625,49	€ 1,95	€ 341,15	€ 343,10
790724	IH nichtmed. Betriebsausstatt. EuE	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
720726	Instandhaltung medizinische Betriebsauss	50%	50%	€ 45 907,95	€ 45 467,37	€ 46 841,83	€ 46 520,79	€ 46 681,21	€ 61 890,24	€ 180,42	€ 15 209,03	€ 15 389,45
790726	IH mediz. Betriebsausst. HAUST	100%	0%	€ 9 468,21	€ 9 468,21	€ 9 752,33	€ 9 685,53	€ 9 752,33	€ 16 494,62	€ 68,80	€ 8 742,29	€ 8 809,09
720727	Instandhaltung medizinisch technische An	50%	50%	€ 25 318,42	€ 25 075,44	€ 26 833,35	€ 26 656,41	€ 26 744,88	€ 850,78	€ 88,47	€ 24 804,10	€ 24 805,63

Kostenstelle:	Herz OP inkl. Anästhesie	Kostenaufteilung (%-Anteil)		Hochrechnung				Evaluierung				
				IST (Bezugsjahr)	PLAN (Routinejahr, Preis- basis = Bezugsjahr)	PLAN valorisiert 2016	verrechnete PLAN-Kosten bei IST-Beschäftigung	SOLL-Kosten (Routinejahr)	IST (Routinejahr)	Beschäftigungs- abweichung	Verbrauchs- abweichung	Gesamt- abweichung
721727	Wartung medizinisch technische Anlagen	50%	50%	€ 32 902,58	€ 32 588,82	€ 33 571,75	€ 33 341,81	€ 33 456,78	€ 10 887,71	€ 114,97	€ 22 789,07	€ 22 654,10
721729	Wartung EDV Software	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2 057,24	€ -	€ 2 057,24	€ 2 057,24
- 73 Wäschereinig.,Rep.,-Desin	73 Wäschereinig.,Rep.,-Desin			€ 181 637,79	€ 178 358,99	€ 183 749,89	€ 182 491,33	€ 182 566,45	€ 214 557,19	€ 75,12	€ 31 990,74	€ 32 065,86
740734	Mietwäsche	0%	100%	€ 40 996,46	€ 40 209,58	€ 41 424,91	€ 41 141,18	€ 41 141,18	€ 36 207,32	€ -	€ 4 933,88	€ 4 933,88
740735	Miete OP-Wäsche steril	0%	100%	€ 86 570,73	€ 84 917,93	€ 87 484,58	€ 86 895,37	€ 86 895,37	€ 118 514,44	€ -	€ 31 629,07	€ 31 629,07
740736	Miete OP-Wäsche unsteril	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
I_WAS_A	ZLV: Wäschereinigung (A)	20%	80%	€ 54 061,60	€ 53 231,48	€ 54 840,40	€ 54 464,78	€ 54 539,91	€ 59 835,43	€ 75,12	€ 5 295,52	€ 5 370,65
- 74 Transportleistungen	74 Transportleistungen			€ 2 878,38	€ 2 878,38	€ 2 965,38	€ 2 945,07	€ 2 965,38	€ 2 782,42	€ 20,31	€ 182,98	€ 182,98
730741	Krankentransporte	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
730743	Flugrettung	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
731744	Ausgangsfrachten und Zollespen	100%	0%	€ 2 878,38	€ 2 878,38	€ 2 965,38	€ 2 945,07	€ 2 965,38	€ 2 782,42	€ 20,31	€ 182,98	€ 182,98
731749	Transportleistungen Sonstige	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
I_TRA_A	ZLV: Transporte (A)	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 76 Rechts- und Beratungsleistungen	76 Rechts- und Beratungsleistungen			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 77 Verwaltungskostenbeiträge	77 Verwaltungskostenbeiträge	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 78 Fremdreinigung Gebäude	78 Fremdreinigung Gebäude			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 14 947,10	€ -	€ 14 947,10	€ 14 947,10
723781	Fremdreinigung Gebäude	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 14 947,10	€ -	€ 14 947,10	€ 14 947,10
- 79 Fremdleistungen n.med.	79 Fremdleistungen n.med.			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5 039,90	€ -	€ 5 039,90	€ 5 039,90
752783	Aufwendungen für beigestelltes Personal	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
784792	Sonstige Betriebskosten Grundstücke, Geb	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
784798	Sonst.Aufw.patientennahe Leistungen	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
784799	Fremdleistungen nichtmediz. Sonstige	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5 039,90	€ -	€ 5 039,90	€ 5 039,90
791792	Sonst. Betr.Kost. Grundst.Geb. WIRT	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 6 ENERGIE	6 ENERGIEKOSTEN			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3 190,01	€ -	€ 3 190,01	€ 3 190,01
- 1000MLV71	71 Energiekosten			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3 190,01	€ -	€ 3 190,01	€ 3 190,01
570713	Wasser	0%	100%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3 190,01	€ -	€ 3 190,01	€ 3 190,01
- 7 ABGABEN, GEBÜHREN U. SONSTIGE KOSTEN	7 ABGABEN, GEBÜHREN U. SONSTIGE KOSTEN			€ 4 163,86	€ 4 163,86	€ 4 289,71	€ 4 260,33	€ 4 289,71	€ 25 183,57	€ 29,38	€ 20 893,86	€ 20 923,24
- 81 Öffentliche Abgaben	81 Öffentliche Abgaben	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
710818	Öffentliche Abgaben	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 82 Miet- u. Pachtzinse	82 Miet- u. Pachtzinse			€ 3 220,12	€ 3 220,12	€ 3 317,45	€ 3 294,73	€ 3 317,45	€ 6 318,98	€ 22,72	€ 3 001,53	€ 3 024,25
740822	Miete medizinische Betriebsausst.	100%	0%	€ 3 220,12	€ 3 220,12	€ 3 317,45	€ 3 294,73	€ 3 317,45	€ 6 318,98	€ 22,72	€ 3 001,53	€ 3 024,25
740823	Miete nichtmedizinische Betriebsausstatt	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 84 Geldverkehrsspesen	84 Geldverkehrsspesen			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
779842	Geldverkehrsspesen	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 86 Pensionen	86 Pensionen			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
646121	Pensionskassenbeitrag Ärzte VB	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 88 Schadensfälle	88 Schadensfälle			€ 354,82	€ 354,82	€ 365,54	€ 363,04	€ 365,54	€ -	€ 2,50	€ 365,54	€ 363,04
780882	Rezepturbefugnis, Ersatzpflicht	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
780883	Vorratsabwertung, Schwund	100%	0%	€ 351,47	€ 351,47	€ 362,09	€ 359,81	€ 362,09	€ -	€ 2,48	€ 362,09	€ 359,81
780884	Forderungsverluste 10 %	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
780886	Forderungsverluste 0 %	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
780887	Forderungsverluste GSB-Kürz.	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
780889	Schadensfälle nichtversichert	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
781883	Vorratsabwertung, Schwund nicht mediz.	100%	0%	€ 3,35	€ 3,35	€ 3,45	€ 3,43	€ 3,45	€ -	€ 0,02	€ 3,45	€ 3,43
- 89 Sonstige Kosten	89 Sonstige Kosten			€ 588,92	€ 588,92	€ 606,72	€ 602,56	€ 606,72	€ 18 864,59	€ 4,16	€ 18 257,87	€ 18 262,03
733895	Reisegebühren - Reiseabrechnung	100%	0%	€ 16,80	€ 16,80	€ 17,31	€ 17,19	€ 17,31	€ -	€ 0,12	€ 17,31	€ 17,19
733896	Reisespesen	100%	0%	€ 20,00	€ 20,00	€ 20,80	€ 20,46	€ 20,60	€ 400,14	€ 0,14	€ 379,54	€ 379,68
777893	Aus- und Fortbildung, Supervision	100%	0%	€ 552,12	€ 552,12	€ 588,81	€ 584,91	€ 588,81	€ 1 014,45	€ 3,90	€ 445,64	€ 449,54
784899	Sonstiger Aufwand	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
I_PES_A	ZLV: PE-Services (A)	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 17 450,00	€ -	€ 17 450,00	€ 17 450,00

Kostenstelle:	Herz OP inkl. Anästhesie	Kostenauflösung (%-Anteil)		Hochrechnung				Evaluierung				
				IST (Bezugsjahr)	PLAN (Routinejahr, Preis- basis = Bezugsjahr)	PLAN valorisiert 2016	verrechnete PLAN-Kosten bei IST-Beschäftigung	SOLL-Kosten (Routinejahr)	IST (Routinejahr)	Beschäftigungs- abweichung	Verbrauchs- abweichung	Gesamt- abweichung
Kostenart												
- 8 KALKULATORISCHE ANLAGEKAPITALKOSTEN	8 KALKULATORISCHE ANLAGEKAPITALKOSTEN			€ 558 177,12	€ 558 177,12	€ 575 048,02	€ 571 109,34	€ 575 048,02	€ 516 158,73	€ 3 938,69	€ 58 889,29	€ 54 950,61
- Medizinische Gebrauchsgüter	Medizinische Gebrauchsgüter			€ 553 764,12	€ 553 764,12	€ 570 501,64	€ 566 594,10	€ 570 501,64	€ 511 519,78	€ 3 907,55	€ 58 981,86	€ 55 074,32
- 31 Geräte für Prüfung u. Behandlung	31 Geräte für Prüfung u. Behandlung			€ 150 010,34	€ 150 010,34	€ 154 544,40	€ 153 485,88	€ 154 544,40	€ 84 078,33	€ 1 058,52	€ 70 466,07	€ 69 407,55
708310	RBW Geräte f. Behandl.u. Unters.	100%	0%	€ 117,00	€ 117,00	€ 120,54	€ 119,71	€ 120,54	€ -	€ 0,83	€ 120,54	€ 119,71
707310	Kalk. Zinsen Geräte f. Behandlung u. Unt	100%	0%	€ 8 623,00	€ 8 623,00	€ 8 883,63	€ 8 822,78	€ 8 883,63	€ 2 084,00	€ 60,85	€ 6 799,63	€ 6 738,78
708310	Kalk. Abschr. Geräte f. Behandl.u.Unters	100%	0%	€ 93 312,34	€ 93 312,34	€ 96 132,71	€ 95 474,26	€ 96 132,71	€ 47 584,33	€ 658,44	€ 48 548,38	€ 47 889,93
709310	Kalk. A/ND Geräte f. Behandl.u.Unters	100%	0%	€ 47 958,00	€ 47 958,00	€ 49 407,53	€ 49 069,12	€ 49 407,53	€ 34 410,00	€ 338,41	€ 14 997,53	€ 14 659,12
- 32 Narkose- und Absaugapparate	32 Narkose- und Absaugapparate			€ 30 355,36	€ 30 355,36	€ 31 272,85	€ 31 058,65	€ 31 272,85	€ 18 376,00	€ 214,20	€ 12 896,85	€ 12 682,65
708320	RBW Narkose- und Absaugapp	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
707320	Kalk. Zinsen Narkose- und Absaugapparate	100%	0%	€ 2 560,00	€ 2 560,00	€ 2 637,38	€ 2 619,31	€ 2 637,38	€ 453,00	€ 18,06	€ 2 184,38	€ 2 166,31
708320	Kalk. Abschr. Narkose- und Absaugapparat	100%	0%	€ 21 268,36	€ 21 268,36	€ 21 911,20	€ 21 781,12	€ 21 911,20	€ 6 766,00	€ 150,08	€ 15 145,20	€ 14 995,12
709320	Kalk. A/ND Narkose- und Absaugapparat	100%	0%	€ 6 527,00	€ 6 527,00	€ 6 724,28	€ 6 678,22	€ 6 724,28	€ 11 157,00	€ 48,06	€ 4 432,72	€ 4 478,78
- 33 Ger.f.Diagn.,Ther.m.Strahlen	33 Ger.f.Diagn.,Ther.m.Strahlen			€ 205 668,00	€ 205 668,00	€ 211 884,32	€ 210 433,05	€ 211 884,32	€ 234 811,92	€ 1 451,26	€ 22 927,60	€ 24 378,87
708330	RBW Ger. f. Diagn., Ther.	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
707330	Kalk. Zinsen Ger. f. Diagnose, Ther. mit	100%	0%	€ 14 859,00	€ 14 859,00	€ 15 308,11	€ 15 203,26	€ 15 308,11	€ 11 578,00	€ 104,85	€ 3 730,11	€ 3 625,26
708330	Kalk. Abschr. Ger. f. Diagnose, Ther. mi	100%	0%	€ 181 229,00	€ 181 229,00	€ 186 102,15	€ 184 084,46	€ 186 102,15	€ 187 247,92	€ 1 137,89	€ 21 145,77	€ 22 283,46
709330	Kalk. A/ND Ger. f. Diagnose, Ther. mi	100%	0%	€ 29 580,00	€ 29 580,00	€ 30 474,06	€ 30 265,33	€ 30 474,06	€ 35 986,00	€ 208,73	€ 5 511,94	€ 5 720,67
- 34 Ger.f.Sterilisat.,Desinfekt.	34 Ger.f.Sterilisat.,Desinfekt.			€ 188,00	€ 188,00	€ 193,68	€ 192,36	€ 193,68	€ 1 804,59	€ 1,33	€ 1 610,91	€ 1 612,23
707340	Kalk. Zinsen Sterilisation, Desinfektion	100%	0%	€ 11,00	€ 11,00	€ 11,33	€ 11,25	€ 11,33	€ 52,00	€ 0,08	€ 40,67	€ 40,75
708340	Kalk. Abschr. Sterilisation, Desinfek.,	100%	0%	€ 177,00	€ 177,00	€ 182,35	€ 181,10	€ 182,35	€ 1 752,59	€ 1,25	€ 1 570,24	€ 1 571,49
709340	Kalk. A/ND Sterilisation, Desinfek.,	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 35 Geräte f. Apotheke u. Labor	35 Geräte f. Apotheke u. Labor			€ 9 432,00	€ 9 432,00	€ 9 717,08	€ 9 650,53	€ 9 717,08	€ 3 343,00	€ 66,56	€ 6 374,08	€ 6 307,53
707350	Kalk. Zinsen Geräte für Apotheke und Lab	100%	0%	€ 408,00	€ 408,00	€ 420,33	€ 417,45	€ 420,33	€ 69,00	€ 2,88	€ 351,33	€ 348,45
708350	Kalk. Abschr. Geräte f. Apotheke und Lab	100%	0%	€ 5 378,00	€ 5 378,00	€ 5 540,55	€ 5 502,60	€ 5 540,55	€ 1 221,00	€ 37,95	€ 4 319,55	€ 4 281,60
709350	Kalk. A/ND Geräte f. Apotheke und Lab	100%	0%	€ 3 646,00	€ 3 646,00	€ 3 756,20	€ 3 730,47	€ 3 756,20	€ 2 053,00	€ 25,73	€ 1 703,20	€ 1 677,47
- 36 Spezielle Apparate	36 Spezielle Apparate			€ 7 738,24	€ 7 738,24	€ 7 972,13	€ 7 917,52	€ 7 972,13	€ 10 146,00	€ 54,60	€ 2 173,87	€ 2 228,48
708360	RBW spezielle Apparate	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
707360	Kalk. Zinsen spezielle Apparate	100%	0%	€ 372,00	€ 372,00	€ 383,24	€ 380,62	€ 383,24	€ 215,00	€ 2,62	€ 168,24	€ 165,62
708360	Kalk. Abschr. spezielle Apparate	100%	0%	€ 5 759,24	€ 5 759,24	€ 5 933,31	€ 5 892,67	€ 5 933,31	€ 4 227,00	€ 40,64	€ 1 706,31	€ 1 685,67
709360	Kalk. A/ND spezielle Apparate	100%	0%	€ 1 607,00	€ 1 607,00	€ 1 655,57	€ 1 644,23	€ 1 655,57	€ 5 704,00	€ 11,34	€ 4 048,43	€ 4 059,77
- 37 Instrumente, medizinische	37 Instrumente, medizinische			€ 50 955,68	€ 50 955,68	€ 52 495,82	€ 52 136,26	€ 52 495,82	€ 62 364,41	€ 359,56	€ 9 868,59	€ 10 228,15
708370	RBW Medizinische Instrumen	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
707370	Kalk. Zinsen Medizinische Instrumente	100%	0%	€ 940,00	€ 940,00	€ 968,41	€ 961,78	€ 968,41	€ 831,00	€ 6,63	€ 137,41	€ 130,78
708370	Kalk. Abschr. medizinische Instrumente	100%	0%	€ 23 832,68	€ 23 832,68	€ 24 553,02	€ 24 384,85	€ 24 553,02	€ 35 092,41	€ 168,17	€ 10 539,39	€ 10 707,56
709370	Kalk. A/ND medizinische Instrumente	100%	0%	€ 26 183,00	€ 26 183,00	€ 26 974,38	€ 26 789,63	€ 26 974,38	€ 26 441,00	€ 184,76	€ 533,38	€ 348,63
- 38 Med. Einrichtungsgegenstände	38 Med. Einrichtungsgegenstände			€ 60 810,50	€ 60 810,50	€ 62 648,50	€ 62 219,40	€ 62 648,50	€ 72 822,53	€ 429,10	€ 10 174,03	€ 10 603,13
708380	RBW med. Einrichtungsgegen	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
707380	Kalk. Zinsen med. Einrichtungsgegenständ	100%	0%	€ 3 830,00	€ 3 830,00	€ 3 945,76	€ 3 918,74	€ 3 945,76	€ 3 315,00	€ 27,03	€ 630,76	€ 603,74
708380	Kalk. Abschr. spezielle med. Einrichtung	100%	0%	€ 41 277,50	€ 41 277,50	€ 42 525,11	€ 42 233,84	€ 42 525,11	€ 49 842,53	€ 291,27	€ 7 317,42	€ 7 608,69

Kostenstelle:	Herz OP inkl. Anästhesie	Kostenaufteilung (%-Anteil)		Hochrechnung				Evaluierung				
				IST (Bezugsjahr)	PLAN (Routinejahr, Preis- basis = Bezugsjahr)	PLAN valorisiert 2016	verrechnete PLAN-Kosten bei IST-Beschäftigung	SOLL-Kosten (Routinejahr)	IST (Routinejahr)	Beschäftigungs- abweichung	Verbrauchs- abweichung	Gesamt- abweichung
Kostenart												
709380	Kalk. A/ND spezielle med. Einrichtung	100%	0%	€ 15 703,00	€ 15 703,00	€ 16 177,82	€ 16 088,82	€ 16 177,82	€ 19 865,00	€ 110,81	€ 3 487,38	€ 3 598,18
- 39 Güter, medizinische - sonstige	39 Güter, medizinische - sonstige			€ 38 606,00	€ 38 606,00	€ 39 772,87	€ 39 500,45	€ 39 772,87	€ 23 773,00	€ 272,42	-€ 15 999,87	-€ 15 727,45
707390	Kalk. Zinsen Sonstige medizinische Güter	100%	0%	€ 98,00	€ 98,00	€ 98,90	€ 98,22	€ 98,90	€ 104,00	€ 0,88	€ 5,10	€ 5,78
708390	Kalk. Abschr. sonstige medizinische Güter	100%	0%	€ 1 808,00	€ 1 808,00	€ 1 854,54	€ 1 843,21	€ 1 854,54	€ 2 805,00	€ 11,33	€ 1 150,48	€ 1 181,79
709390	Kalk. A/ND sonstige medizinische Güter	100%	0%	€ 38 904,00	€ 38 904,00	€ 38 019,42	€ 37 759,02	€ 38 019,42	€ 20 884,00	€ 280,41	-€ 17 155,42	-€ 16 895,02
- nicht med. Gebrauchsgüter	nicht med. Gebrauchsgüter			€ 4 413,00	€ 4 413,00	€ 4 546,38	€ 4 515,24	€ 4 546,38	€ 4 638,95	€ 31,14	€ 92,57	€ 123,71
- 51 Einrichtungsgegenstände	51 Einrichtungsgegenstände			€ 1 347,00	€ 1 347,00	€ 1 387,71	€ 1 378,21	€ 1 387,71	€ 2 209,20	€ 9,50	€ 821,49	€ 830,99
708510	RBW Einrichtungsgegenstände	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
707510	Kalk. Zinsen Einrichtungsgegenstände	100%	0%	€ 109,00	€ 109,00	€ 112,29	€ 111,53	€ 112,29	€ 115,00	€ 0,77	€ 2,71	€ 3,47
708510	Kalk. Abschr. Einrichtungsgegenstände	100%	0%	€ 919,00	€ 919,00	€ 946,78	€ 940,29	€ 946,78	€ 1 402,20	€ 8,48	€ 455,42	€ 461,91
709510	Kalk. A/ND Einrichtungsgegenstände	100%	0%	€ 319,00	€ 319,00	€ 328,84	€ 328,39	€ 328,84	€ 692,00	€ 2,25	€ 383,38	€ 385,61
- 52 Fahrzeuge	52 Fahrzeuge			€ 1 177,00	€ 1 177,00	€ 1 212,57	€ 1 204,27	€ 1 212,57	€ 155,00	€ 8,31	-€ 1 057,57	-€ 1 049,27
707521	Kalk. Zinsen Transportmittel	100%	0%	€ 112,00	€ 112,00	€ 115,39	€ 114,59	€ 115,39	€ 10,00	€ 0,79	-€ 105,39	-€ 104,59
708521	Kalk. Abschr. Transportmittel	100%	0%	€ 987,00	€ 987,00	€ 998,23	€ 989,40	€ 998,23	€ 145,00	€ 8,82	-€ 851,23	-€ 844,40
709521	Kalk. A/ND Transportmittel	100%	0%	€ 98,00	€ 98,00	€ 100,96	€ 100,27	€ 100,96	€ -	€ 0,89	-€ 100,96	-€ 100,27
- 53 Maschinen u. maschinelle Anlagen	53 Maschinen u. maschinelle Anlagen			€ 250,00	€ 250,00	€ 257,56	€ 255,79	€ 257,56	€ 239,00	€ 1,76	-€ 18,56	-€ 16,79
707530	Kalk. Zinsen Sonstige Maschinen u. masch	100%	0%	€ 38,00	€ 38,00	€ 39,15	€ 38,88	€ 39,15	€ 27,00	€ 0,27	-€ 12,15	-€ 11,88
708530	Kalk. Abschr. sonstige Maschinen u. masc	100%	0%	€ 212,00	€ 212,00	€ 218,41	€ 216,91	€ 218,41	€ 212,00	€ 1,50	-€ 8,41	-€ 4,91
709530	Kalk. A/ND sonstige Maschinen u. masc	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 54 Apparate (Geräte), Instrumente	54 Apparate (Geräte), Instrumente			€ 498,00	€ 498,00	€ 513,05	€ 509,54	€ 513,05	€ 1 067,75	€ 3,51	€ 554,70	€ 558,21
707540	Kalk. Zinsen Büromaschinen, Apparate, Ge	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 17,00	€ -	€ 17,00	€ 17,00
707541	Kalk. Zinsen EDV Rechner-Hardware	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
707542	Kalk. Zinsen EDV Ein- und Ausgabe-HW	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
708540	Kalk. Abschr. Büromaschinen, Apparate, G	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 302,75	€ -	€ 302,75	€ 302,75
708541	Kalk. Abschr. EDV Rechner-Hardware	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
708542	Kalk. Abschr. EDV Ein- und Ausgabe-HW	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
709540	Kalk. A/ND Büromaschinen, Apparate, G	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
709541	Kalk. A/ND EDV Rechner-Hardware	100%	0%	€ 330,00	€ 330,00	€ 339,97	€ 337,85	€ 339,97	€ 624,00	€ 2,33	€ 284,03	€ 286,35
709542	Kalk. A/ND EDV Ein- und Ausgabe-HW	100%	0%	€ 168,00	€ 168,00	€ 173,08	€ 171,89	€ 173,08	€ 124,00	€ 1,19	-€ 49,08	-€ 47,89
709543	Kalk. A/ND EDV Datenkommunikations-Ha	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 55 Werkzeuge	55 Werkzeuge	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 56 Bekleidung, Wäsche, Bettzeug	56 Bekleidung, Wäsche, Bettzeug	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
- 57 Küchen-, Haushaltsgeräte	57 Küchen-, Haushaltsgeräte			€ 150,00	€ 150,00	€ 154,53	€ 153,48	€ 154,53	€ -	€ 1,06	-€ 154,53	-€ 153,48
707570	Kalk. Zinsen Küchen- und Haushaltsgeräte	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
708570	Kalk. Abschr. Küchen- und Haushaltsgerät	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
709570	Kalk. A/ND Küchen- und Haushaltsgerät	100%	0%	€ 150,00	€ 150,00	€ 154,53	€ 153,48	€ 154,53	€ -	€ 1,06	-€ 154,53	-€ 153,48

Kostenstelle:	Herz OP inkl. Anästhesie	Kostenaufösung (%-Anteil)		Hochrechnung				Evaluierung				
		Fixkosten	variable Kosten	IST (Bezugsjahr)	PLAN (Routinejahr, Preis- basis = Bezugsjahr)	PLAN valorisiert 2016	verrechnete PLAN-Kosten bei IST-Beschäftigung	SOLL-Kosten (Routinejahr)	IST (Routinejahr)	Beschäftigungs- abweichung	Verbrauchs- abweichung	Gesamt- abweichung
Kostenart												
- 58 EDV-Software	58 EDV-Software	100%	0%	€ 991,00	€ 991,00	€ 1 020,95	€ 1 013,96	€ 1 020,95	€ 968,00	€ 6,99	-€ 52,95	-€ 45,96
707581	Kalk. Zinsen Anwendungs-Software	100%	0%	€ 23,00	€ 23,00	€ 23,70	€ 23,53	€ 23,70		€ 0,16	-€ 23,70	-€ 23,53
708581	Kalk. Abschr. Anwendungs-Software	100%	0%	€ 484,00	€ 484,00	€ 498,83	€ 495,21	€ 498,83		€ 3,42	-€ 498,83	-€ 495,21
709581	Kalk. A/ND Anwendungs-Software	100%	0%	€ 484,00	€ 484,00	€ 498,83	€ 495,21	€ 498,83	€ 968,00	€ 3,42	€ 499,37	€ 472,79
709582	Kalk. Abschr./ND System Software	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 59 Güter, nichtmed. sonst.	59 Güter, nichtmed. sonst.	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 92 Straßenbauten	92 Straßenbauten	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 95 Massivbauten	95 Massivbauten	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -
- 96 Gebäude auf fremden Grund	96 Gebäude auf fremden Grund	100%	0%	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -

Anhang F Ebene 3 der Kostenkontrolle – Kalkulation

Anhang zu Kapitel 7 – Kostenkontrolle – Ebene der Kosten je medizinischer Einzelleistung

Anhang F (1) - OP-Minuten und Besetzungen der MEL DE091

Jahr	MEL	OP ZEIT (SNZ u. U/B) (Minuten)					Rüstzeit OP u. U/B in (Minuten)				
		Arzt/ Ärztin	DGKP	OP Assistent/in	MTD	sonstiges	Arzt/ Ärztin	DGKP	OP Assistent/in	MTD	sonstiges
2016	DE091	35	35	35	35		10	20	20	10	
2014	DE091	37	37	37	37		10	20	20	10	
Jahr	MEL	Besetzung OP (SNZ)					Besetzung OP RÜSTZEIT				
		Arzt/ Ärztin	DGKP	OP Assistent/in	MTD	sonstiges	Arzt/ Ärztin	DGKP	OP Assistent/in	MTD	sonstiges
2016	DE091	1	1	1	1		1	1	1	1	
2014	DE091	1	1	1	1		1	1	1	1	
Jahr	MEL	SUMME (OP SNZ u. Rüstzeit (Minuten))									
		Arzt/		DGKP		OP Assistent/in ^{1.)}		MTD ^{1.)}		sonstiges	
2016	DE091	45		55		55		45		-	
2014	DE091	47		57		57		47		-	
Jahr	MEL	Anästhesie-Zeit (Minuten)		Rüstzeit Anästhesie (Minuten)		Besetzung Anäst.-Zeit (Anzahl der Personen)		Besetzung Anäst.-Rüstzeit (Anzahl der Personen)		Gesamtzeit Anäst. (Minuten)	
		Arzt/ Ärztin	DGKP	Arzt/ Ärztin	DGKP	Arzt/ Ärztin	DGKP	Arzt/ Ärztin	DGKP	Arzt/ Ärztin ^{1.)}	DGKP ^{1.)}
2016	DE091	56	56	5	30	1	1	1	1	61	86
2014	DE091	58	58	5	35	1	1	1	1	63	93
ø OP-Minuten Bedarf 2016 (MEL DE091)										86	
ø OP-Minuten Bedarf 2014 (MEL DE091)										93	

^{1.)} Die grau hinterlegten Felder (= ø max. Minuten/MEL DE091/Berufsgruppe) wurden als Basis für die Berechnung der Personaleinzelkosten pro Berufsgruppe herangezogen.

Anhang F (2) - Personalkostenverrechnungssätze/Berufsgruppe und Personaleinzelkosten der MEL DE091

Kostenstelle	XY11303 Herz OP inkl. Anästh.
--------------	-------------------------------

Personalkostenverrechnungssätze - Jahr 2016								Personaleinzelkosten - MEL DE091 - Jahr 2016 -		
MLV-Nr.	Berufsgruppe	IST-Kosten (Jahr 2016)	korr. Beschäftigte	SOLL- Jahresleistungs- stunden je korr. Beschäftigte	Soll- Jahresleistungs- stunden der Kostenstelle	Kosten einer Leistungs- stunde	Kosten einer Leistungs- minute	OP-Minuten- bedarf (max. Min.)	Besetzung	Personal- einzelkosten
MLV 111, 121, 131	Ärzte	€ 713 549,20	4,40	1531	6 736,40	€ 105,92	€ 1,77	61	2	€ 215,38
MLV 112, 122, 132	Apotheker, Chemiker, Physiker	€ -			-	€ -	€ -	-	-	€ -
MLV 113, 123, 133	Hebammen	€ -			-	€ -	€ -	-	-	€ -
MLV 114, 124, 134	Krankenpflegefachdienst	€ 556 904,00	10,35	1595	16 508,25	€ 33,73	€ 0,56	86	2	€ 96,71
MLV 115, 125, 135	Medizin-Technischer Dienst ¹⁾	€ 386 550,65	7,76	1595	12 369,23	€ 30,27	€ 0,50	45	1	€ 22,70
MLV 116, 126, 136	Sanitätshilfsdienstpersonal	€ 216 197,30	5,16	1595	8 230,20	€ 26,27	€ 0,44	55	1	€ 24,08
MLV 117, 127, 137	Verwaltungspersonal	€ -			-	€ -	€ -	-	-	€ -
MLV 118, 128, 138	Betriebspersonal	€ 105 766,54	3,16	1595	5 040,20	€ 20,98	€ 0,35	-	-	€ -
MLV 119, 129, 139	Sonstiges Personal	€ -			-	€ -	€ -	-	-	€ -
Summe		€ 1 592 417,04								€ 358,87

Personalkostenverrechnungssätze - Jahr 2014								Personaleinzelkosten - MEL DE091 - Jahr 2014 -		
MLV-Nr.	Berufsgruppe	IST-Kosten (Jahr 2014)	korr. Beschäftigte	SOLL- Jahresleistungs- stunden je korr. Beschäftigte	Soll- Jahresleistungs- stunden der Kostenstelle	Kosten einer Leistungs- stunde	Kosten einer Leistungs- minute	OP-Minuten- bedarf (max. Min.)	Besetzung	Personal- einzelkosten
MLV 111, 121, 131	Ärzte	€ 573 779,17	4,95	1517	7 509,15	€ 76,41	€ 1,27	63	2	€ 160,46
MLV 112, 122, 132	Apotheker, Chemiker, Physiker	€ -			-	€ -	€ -	-	-	€ -
MLV 113, 123, 133	Hebammen	€ -			-	€ -	€ -	-	-	€ -
MLV 114, 124, 134	Krankenpflegefachdienst	€ 362 928,56	7,21	1581	11 399,01	€ 31,84	€ 0,53	93	2	€ 98,70
MLV 115, 125, 135	Medizin-Technischer Dienst ¹⁾	€ 263 005,76	5,59	1581	8 829,89	€ 28,94	€ 0,48	47	1	€ 22,67
MLV 116, 126, 136	Sanitätshilfsdienstpersonal	€ 163 082,96	3,96	1581	6 260,76	€ 26,05	€ 0,43	57	1	€ 24,75
MLV 117, 127, 137	Verwaltungspersonal	€ -			-	€ -	€ -	-	-	€ -
MLV 118, 128, 138	Betriebspersonal	€ 100 135,39	3,06	1581	4 837,86	€ 20,70	€ 0,34	-	-	€ -
MLV 119, 129, 139	Sonstiges Personal	€ -			-	€ -	€ -	-	-	€ -
Summe		€ 1 199 926,08								€ 306,58

¹⁾ Die Personalkosten des medizinisch-technischen Dienstes werden nicht direkt auf der ausgewählten Kostenstelle verbucht. (Datenquelle = Sammelkostenstelle MTD des LKH XY)

Anhang F (3) - Einzel- und Gemeinkosten – Variante 1 – Mengenschlüssel (€)

Jahr	MEL	Personalkosten					Materialkosten					
		Arzt/Ärztin	DGKP	OP Assistent/in	MTD	sonstiges	Medikamente	Blut	Nahtmaterial	Behandlungsbedarf	Implantat	MLV 21 - 29 (Rest)
2016	DE091	€ 215,38	€ 96,71	€ 24,08	€ 22,70	€ -	€ 9,56	€ -	€ 55,57	€ 49,10	€ 3 750,00	€ 100,00
2014	DE091	€ 160,46	€ 98,70	€ 24,75	€ 22,67	€ -	€ 7,80	€ -	€ 51,40	€ 46,70	€ 5 190,00	€ 85,00

Jahr	MEL	Einzelkosten				Gemeinkosten		Gesamtkosten
		Personal-kosten	Material-kosten	Geräte-kosten	Summe	Gemeinkosten <small>(Ø OP-Min.-Bedarf Jahr 2016 = 86 Min; Ø OP-Min.-Bedarf Jahr 2014 = 93 Min)</small>	Gemeinkostenverrechnungssatz/Jahr <small>(€ pro Jahr /OP-Bedarfsminute)</small>	
2016	DE091	€ 358,87	€ 3 964,23	€ -	€ 4 323,10	€ 756,44	8,80	€ 5 079,54
2014	DE091	€ 306,58	€ 5 380,90	€ -	€ 5 687,48	€ 786,49	8,46	€ 6 473,97

Anhang F (4) - Einzel- und Gemeinkosten – Variante 2 – Werteschlüssel (%)

Jahr	MEL	Personalkosten					Materialkosten					
		Arzt/Ärztin	DGKP	OP Assistent/in	MTD	sonstiges	Medikamente	Blut	Nahtmaterial	Behandlungsbedarf	Implantat	MLV 21 - 29 (Rest)
2016	DE091	€ 215,38	€ 96,71	€ 24,08	€ 22,70	€ -	€ 9,56	€ -	€ 55,57	€ 49,10	€ 3 750,00	€ 100,00
2014	DE091	€ 160,46	€ 98,70	€ 24,75	€ 22,67	€ -	€ 7,80	€ -	€ 51,40	€ 46,70	€ 5 190,00	€ 85,00

Jahr	MEL	Einzelkosten				Gemeinkosten		Gesamtkosten
		Personal-kosten	Material-kosten	Geräte-kosten	Summe	Gemeinkosten	Gemeinkostenzuschlagssatz/Jahr <small>(% von d. Personaleinzelkosten)</small>	
2016	DE091	€ 358,87	€ 3 964,23	€ -	€ 4 323,10	€ 650,99	181,40%	€ 4 974,09
2014	DE091	€ 306,58	€ 5 380,90	€ -	€ 5 687,48	€ 736,94	240,38%	€ 6 424,42

Anhang G Leitfadengestütztes Experteninterview – repräsentativer Krankenanstaltenträger eines österreichischen Bundeslandes

Anhang zu Kapitel 9 – Kostenkontrollen und landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen bei einem repräsentativen Krankenanstaltenträger eines österreichischen Bundeslandes

Anhang G (1) - Leitfaden für das leitfadengestützte Experteninterview – Kostenrechnung

Einleitende Worte

- Erklärung – Ablauf des Gesprächs
- Einverständnis zur Tonaufzeichnung einholen
- Personelle Anonymisierung erwünscht JA NEIN
- Anonymisierung des Unternehmens erwünscht JA NEIN
- Verarbeitung der Aufgaben und Tätigkeitsgebiet JA NEIN
- des Interviewpartners
- Begrüßung
- Vorstellung meiner Person und Titel der Masterarbeit

Start der Tonbandaufzeichnung

Start des Interviews

- Können Sie sich und Ihre Organisation, in der Sie tätig sind, kurz vorstellen und Ihr berufliches Aufgabengebiet erläutern?

Allgemeine Fragen – Kostenkontrolle

- Welche Prämissen verfolgen Sie bei der Planung von Erlösen und Kosten in Ihrer Organisation? (z.B. Fortschreibung des Budgets, Planung der stationären Erlöse/Kosten anhand der stationären Fälle, OP-Kosten nach OP-Minuten etc.)
- Auf welcher Ebene der Kostenrechnung wird die Planung durchgeführt? (Kostenstelle, Kostenträger etc.)
- Führen Sie Kostenkontrollen in Ihrer Organisation durch?
(Unter dem Begriff „Kostenkontrolle“ wird die Gegenüberstellung von PLAN und IST Werten verstanden – Abweichungsanalysen bzw. Nachkalkulationen)

Wenn ja:

- In welchem Umfang werden diese durchgeführt? Auf welcher Ebene der Kostenrechnung betrachten Sie Abweichungen zwischen IST- und PLAN-Werten?
 - Ebene des Wirtschaftsplans (Ebene LKH – gesamte Kostenstellen eines LKH – PLAN vs. IST)
 - Ebene einzelner Kostenstellen (starre, einfach- oder mehrfach-flexible Plankostenrechnung)
 - Ebene eines Kostenträgers (Patienten, medizinische Einzelleistungen etc.)
- Welche Ebene (s.o.) ist Ihrer Meinung nach die sinnvollste Ebene der Kostenkontrolle?
- Wie gehen Sie bei Kostenkontrollen in Ihrer Organisation vor?
- Wer ist der Empfänger der Ergebnisse der Kostenkontrolle? Für wen werden Kostenkontrollen aufbereitet? (*Informationsgewinnung für den Vorstand, Aufsichtsrat, Kostenstellenverantwortlichen etc.*)
- Erfolgen Kostenkontrollen in Ihrer Organisation täglich, monatlich, quartalsweise oder jährlich?
- Welchen Aufwand (Personal- und Zeitressourcen) verursachen Kostenkontrollen in Ihrer Organisation?
- Welches IT-Programm unterstützt Sie bei Abweichungsanalysen?
- Wie gehen Sie vor, wenn wesentliche Abweichungen festgestellt werden? Gibt es dafür einen gewissen Prozess?
- Konfrontieren Sie Kostenstellenverantwortliche mit dem Ergebnis der Kostenkontrolle, vor allem bei wesentlichen Kostenüberschreitungen?
- Welche Daten bzw. Unterlagen müssen Kostenstellenverantwortliche vorlegen, wenn es zu wesentlichen Kostenüberschreitungen bzw. -unterschreitungen in der betroffenen Kostenstelle kommt?
- Welchen Mehrwert generieren Sie aus Kostenkontrollen? Welchen Zweck und Nutzen sehen Sie in Kostenkontrollen? Welche Vor- und Nachteile ergeben sich Ihrer Meinung nach durch Kostenkontrollen?

Wenn nein:

- Denken Sie, dass es sinnvoll wäre Kostenkontrollen in Ihrer Organisation durchzuführen?
- Welche Gründe können Sie Ihrer Meinung nach nennen, warum Kostenkontrollen in Ihrer Organisation nicht durchgeführt werden?

Anhang G (2) - Leitfaden für das leitfadengestützte Experteninterview - Investitionscontrolling

Start des Interviews

- Können Sie sich und Ihre Organisation, in der Sie tätig sind, kurz vorstellen und Ihr berufliches Aufgabengebiet erläutern?

Allgemeine Fragen – landesrechnungshofpflichtige Folgekosten-berechnungen

- Werden in Ihrer Organisation landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen erstellt?

Wenn ja:

- Sind Sie gesetzlich dazu verpflichtet landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen zu erheben (gesetzliche Grundlage?) oder erstellen Sie diese freiwillig?
- Ab wann müssen Sie landesrechnungshofpflichtige Folgekosten-berechnungen erheben? (z.B. ab einer bestimmten Investitionshöhe; immer etc.)
- Gibt es außer dem Landesrechnungshof weitere Empfänger der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen?
- Erstellen Sie diese im Rahmen eines Projektes oder für jede Investitionsentscheidung Ihrer Organisation?
- Welches IT-Programm unterstützt Sie bei der Erstellung von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen?
- Schildern Sie bitte grob die Vorgehensweise bei der Erstellung der landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen bzw. bei der Erhebung der PLAN- bzw. Folgekosten?
- Welchen Aufwand (Personal- und Zeitressourcen) verursachen landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen in Ihrer Organisation?
- Welchen Mehrwert können Sie aus landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen generieren? Welchen Zweck und Nutzen sehen Sie in landesrechnungshofpflichtigen Folgekosten-berechnungen? Welche Vor- und Nachteile ergeben sich Ihrer Meinung nach durch prüfungspflichtige Folgekostenberechnungen?
- Welche Einflussfaktoren (*speziell im Gesundheitswesen*) wirken Ihrer Meinung nach auf landesrechnungshofpflichtigen Folgekosten-berechnungen?

Wenn nein:

- Welche Form der Investitionsentscheidung kommt in Ihrer Organisation zum Einsatz?

Spezifische Fragen – Evaluierung von landesrechnungshopflichten Folgekostenberechnungen

- Führen Sie Evaluierungen/Kostenkontrollen von landesrechnungshopflichten Folgekostenberechnungen durch? Werden die PLAN- bzw. Folgekosten nach dem Jahr der Inbetriebnahme des Projekts evaluiert?

(Unter dem Begriff „Evaluierung“ bzw. „Kostenkontrolle“ wird die Gegenüberstellung von PLAN und IST Werten verstanden – Abweichungsanalysen bzw. Nachkalkulationen)

Wenn ja:

- In welchem Umfang und mit welcher Genauigkeit werden diese Evaluierungen durchgeführt?
- Wie gehen Sie bei der Evaluierung vor? *(grobe Beschreibung)*
- Welchen Mehrwert können Sie aus einer Evaluierung für Ihre Organisation generieren?

Wenn nein:

- Warum denken Sie, werden Evaluierungen von landesrechnungshopflichten Folgekostenberechnungen in Ihrer Organisation nicht durchgeführt? Glauben Sie, es wäre sinnvoll landesrechnungshopflichtige Folgekostenberechnungen im Nachhinein zu evaluieren?
- Wie würden Sie eine effiziente Kostenkontrolle von landesrechnungshopflichten Folgekostenberechnungen durchführen?
- Was könnten die Herausforderungen von Evaluierungen von landesrechnungshopflichten Folgekostenberechnungen *(speziell im Gesundheitswesen)* sein? Woran könnte eine Evaluierung Ihrer Meinung nach scheitern?

Anhang G (3) - Leitfadengestütztes Experteninterview - Transkript

Datum:	28. Februar 2018
Start:	09:00 Uhr
Ende:	10:00 Uhr
Dauer d. Interviews:	55:41 Minuten
Interviewpartner:	Interviewpartnerin 1 (IP1) → Verantwortliche – Kostenrechnung Interviewpartnerin 2 (IP2) → Verantwortliche – Investitionscontrolling
Unternehmen:	repräsentativer Krankenanstaltenträger eines österreichischen Bundeslandes
Ort:	Zentrale/Management des repräsentativen Krankenanstaltenträgers
Interviewer:	Stefanie Pieber, BA (I)
Transkript (Verfasser):	Stefanie Pieber, BA (I)
Transkriptionsregeln: ¹⁵⁹	Es wird wörtlich transkribiert. Es werden Dialekte möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt, wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten. Wort- und Satzabbrüche werden geglättet. Abkürzungen zur besseren Darstellung: IP1 → Verantwortliche für die Kostenrechnung IP2 → Verantwortliche für das Investitionscontrolling I → Stefanie Pieber, BA Leichte Sprachglättung: Fehlerhafte Ausdrücke und grammatikalisch inkorrekt gebauter Satzbau werden teilweise beibehalten und teilweise geglättet dargestellt. Füllwörter wie „ähm“ und Pausen werden ausgespart.
Interview-Inhalte:	Kostenkontrollen und landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen

Transkript:

IP1: Wollen Sie noch kurz etwas von unserem Unternehmen, so generell, hören?

I: Ja, wäre gut, wenn Sie mir etwas darüber erzählen könnten.

IP 1: Wir befinden uns hier im Management des repräsentativen Krankenanstaltenträgers, das kann man als „ Holding“ der einzelnen zugeordneten Krankenhäuser ansehen, wir haben 4-6 Standorte¹⁶⁰ mit mehr als 7000 Mitarbeiter¹⁶¹. Des Weiteren haben wir ein Schwerpunktkrankenhaus, in dem annähernd jede Fachabteilung vertreten ist z.B. Strahlentherapie, HNO und Mund- und Kieferchirurgie etc. Im Schwerpunktkrankenhaus nicht vertreten ist die Transplantationschirurgie. Insgesamt haben wir ca. 800.000 Belagstage und ca. 850.000 ambulante Frequenzen. Unser Marktanteil im Vergleich zu den anderen fondsfinanzierten Krankenanstaltenträger unseres Bundeslandes beträgt 80%. Das größte Leistungsgeschehen findet im Schwerpunktkrankenhaus statt, diesem werden die schwereren Fälle von unseren Landeskrankenanstalten oder anderen Krankenanstalten zugewiesen.

IP2: Entsprechend der Versorgungsstufe haben wir eben eine Schwerpunktkrankenanstalt, zwei Standardkrankenanstalten und die restlichen sind kleinere Anstalten.

¹⁵⁹ Vgl. DRESING/PEHL (2013), S. 20 ff.

¹⁶⁰ Anonymisiert durch die Verfasserin.

¹⁶¹ Anonymisiert durch die Verfasserin.

- IP1: Vielleicht noch zu unserer Organisation, die Abteilung „Finanz und Rechnungswesen“, stellt eine Hauptabteilung des repräsentativen Krankenanstaltenträger-Managements dar, und in jedem Krankenhaus gibt es eine entsprechende Abteilung dazu. Das Krankenanstaltenträger-Management definiert Regeln, Vorgaben, Richtlinien und in den Häusern (= Landeskrankenhäusern) wird dies umgesetzt. Somit haben wir sehr viele Richtlinien und dergleichen. Die Kostenrechnung ist beispielsweise wie folgt aufgestellt: In jedem Haus gibt es Kostenrechner und da wir an die Kostenrechnungsverordnung gebunden sind, werden die Vorgaben zentral dafür vorgegeben und die Häuser müssen bzw. müssten sich an diese Vorgaben halten. Beispielsweise wird der Kostenrechnungsabschluss zentral koordiniert und von uns zentral weiter an die Landesregierung übermittelt. Es macht nicht jedes Haus separat irgendetwas, sondern es wird versucht die Daten vergleichbar zu halten.
- I: Die Vorgehensweise ist bei der KAGes ident.
Nur kurz zu Ihrer Person, wie lange sind Sie bereits im Unternehmen?
- IP1: Ich bin mittlerweile 9 Jahre im Unternehmen. Ich habe im Jahr 2009 im Schwerpunkt-Krankenhaus als Leiterin der Kostenrechnung angefangen und wir haben im Zeitablauf einige organisatorische Umstrukturierungen erfahren. Irgendwann einmal war das Controlling zentral und da waren alle Mitarbeiter zentral, damit bin ich in das Krankenanstaltenträger-Management gewechselt und dann gab es wieder eine organisatorische Änderung, die Mitarbeiter wurden wieder dezentralisiert und ich bin jetzt hier verblieben und bei mir liegt eigentlich die Kosten- und Leistungsrechnung also so quasi diese zentralen Vorgaben und dergleichen.
- I: Starten wir mit der zweiten Frage. Welche Prämissen verfolgen Sie bei der Planung von Erlösen und Kosten in Ihrer Organisation?
- IP1: Ich lese hier „Fortschreibung des Budgets“ und dergleichen. Im Prinzip ist es so aufgebaut, dass unsere Planung kein Fortschreiben der Budgets per se ist, sondern die Planung wird von den einzelnen Häusern respektive von den Controllern der Häuser mit den einzelnen Abteilungsvorständen erarbeitet und dabei konzentriert man sich auf Leistungsdaten und deren Auswirkungen, d.h. man schreibt nicht das Budget fort sondern man schaut sich an, was hat die Abteilung im letzten Jahr als Budget gehabt, wie ist die Leistungsprognose von den Belagstagen her, von den ambulanten Frequenzen her, gibt es da eine Leistungsausweitung- und/oder -verschiebung. Diese Erhebungen werden bewertet und im Budget berücksichtigt. Das heißt, mein Budget bezieht sich sehr wohl auf die Leistungen die die Abteilungen anbietet.
- I: Bei uns ist die Situation jene, dass wir lediglich den Stations-Bereich anhand der Fälle planen und Ambulanzen, OP und die restlichen Kostenstellen werden fortgeschrieben, hier kristallisiert sich ein Unterschied heraus.
- IP1: Beispielhaft kann ich anführen, dass wenn es eine neue Operation gibt, die z.B. der neue Primarius der Unfallchirurgie hier etablieren möchte, dann wird das bewertet. Bei uns wird jede OP-Leistung kalkuliert und natürlich der Bedarf an Mehr-Material und an zusätzlichen personellen Ressourcen usw. wird hier berücksichtigt und diese schlagen sich dann eben in den Kosten des Abteilungs-OP's nieder. Im Prinzip ist es so, dass die Häuser ein Budget vorgegeben bekommen. Also eigentlich gibt es bei uns eine Top-Down Planung. Das heißt, die Häuser bekommen vom Management einen Budgetvorschlag und diesen rechnen die Häuser respektive die Controller mit den Abteilungsvorständen auf die einzelnen Abteilungen um. Danach werden die Leistungsdaten erhoben und geschaut, wohin man sich bewegt. Entweder die Häuser sind mit dem Budgetvorschlag einverstanden oder es muss eine Korrektur angemeldet werden. Wenn die dann als ok empfunden wird, gibt es Verhandlungen mit dem Management. Es wird geschaut ob die

Vorschläge in die Rahmenbedingungen reinpassen und wenn das dann in Ordnung ist, wird es runtergebrochen auf die einzelnen Kostenstellen. Also auf die Funktionscode-Kostenstellen also auf den OP, Tagesklinik, verschiedenen Ambulanzen, auf die stationären Kostenstellen.

IP2: Jetzt möchte ich mich hier noch einklinken. Wenn wir ein Investitionsprojekt machen erheben wir die Folgekosten sofort mit. Das heißt, es kommt von mir die Rückkoppelung zu den Planern, passt auf, dass ist das Projekt, da kommen die und die Folgekosten, berücksichtigt das bitte in der Planung und das im Moment, wo das Projekt eingereicht wird.

I: Ein Projekt ist in diesem Fall immer etwas, wo eine Investition notwendig ist?

IP2: Im Prinzip haben wir eine Projektmanagement-Richtlinie die genau sagt, ab welchen Moment ein Projekt einzurichten ist und ab welcher Investitionshöhe und sonstigen Aufwendungen die hier noch hineinfallen wie z.B. Personalbedarf etc. ein Projekt entstehen muss. Dabei wird dann bei uns ziemlich klar erhoben, wenn z.B. ein relativ monetär-geringes Investitionsprojekt durchgeführt wird und dieses Projekt aber relativ hohen Folgekosten mit sich bringt, dann weiß das bei uns der Budgetierter schon im Vorfeld. Damit ist automatisch diese Rückkoppelung und diese Schleife da.

I: Könnten Sie (IP2) sich auch bitte kurz vorstellen und kurz Ihr Aufgabengebiet erläutern?

IP2: Ich bin seit 1993 im Krankenhausbereich tätig, ich habe auch im Schwerpunktkrankenhaus zu arbeiten angefangen, noch zurzeit bevor die Organisation gegründet wurde, und habe hier einige Stationen durchlaufen und ich bin jetzt gerade im Investitionscontrolling und im Multiprojektmanagement tätig.

I: Ok, vielen Dank! Dann würde ich sagen, können wir mit der Frage 3 weitermachen. Auf welcher Ebene der Kostenrechnung wird die Planung durchgeführt?

IP1: Wir haben eine Kostenträgerrechnung, aber nicht in der vollen Ausbaustufe aber geplant wird auf den Kostenstellen.

I: Ok aber sie könnten theoretisch, je nachdem welches IT-Programm Sie verwenden, eine medizinische Einzelleistung auswerten und hätten die Kosten dazu?

IP1: Ja das könnte man machen!

I: Aber nur im IST?

IP1: Ja nur im IST! Wenn ich vielleicht ein wenig ausholen darf, und zwar bislang wurden nur die Primärkosten der einzelnen Fachabteilungen geplant. Sekundärleistungen wie z.B. medizinische Leistungen: OP oder Angiographie, Röntgen und dergleichen wurden bislang, bis vor 2 Jahren, nicht geplant. Das heißt, der Abteilung hat man im Controlling-Gespräch, das quartalsweise oder monatlich je nach Haus, stattfindet, eigentlich nur die Primärkosten, PLAN-IST-Vergleiche gezogen und analysiert. Mittlerweile planen wir auch die Sekundärkosten aber da schreiben wir eigentlich das Vorjahr fort und wenn es wesentliche Leistungsabweichungen gegeben hat, werden diese berücksichtigt. Also neue Leistungen oder es werden Leistungen abgebaut, verschoben oder die Kosten erhöhen sich bei einer Leistung, warum auch immer, dann wird das nur pauschal berücksichtigt. Was wir schon vorhaben, das ist das man wirklich Leistungsaufnahmen plant. Das heißt, dass ich sage, ich bin jetzt der Primarius der Unfallchirurgie und ich plane so und so viel Röntgenleistungen aufzunehmen so und so viel, Laborleistungen, was auch immer, so, damit sich das automatisch errechnet. Unser IT-System ist das SAP, wo wir

das Ganze abgebildet haben und dieses Programm würde das auch ermöglichen. Wir hatten das schon mal im Einsatz, aber es wurde dann doch wieder nach hintenangestellt, da ja eigentlich diese Leistungsplanung sehr komplex ist, wenn man bedenkt wie viele medizinische Leistungen wir haben. Wir bewegen uns hier bei ein paar 1000 Leistungen, die aber für jede Abteilung dann durchgehen muss. Also mangels Kosten/Nutzen-Effekt hat man das hintenangestellt. Somit planen wir die Sekundärkosten eigentlich nur pauschal.

I: OK, danke sehr! Nun zur vierten Frage, Führen Sie Kostenkontrollen in Ihrer Organisation durch?

IP1: Ja, wir führen Kostenkontrollen in unserer Organisation durch.

I: In welchem Umfang werden diese durchgeführt? Auf welcher Ebene der Kostenrechnung betrachten Sie Abweichungen zwischen IST- und PLAN-Werten?

IP1: Prinzipiell gibt es hier verschiedene Bereiche, die solche Kostenkontrollen durchführen. Prinzipiell und laufend, standardmäßig erfolgt das eigentlich in den Controlling-Gesprächen, das bedeutet, dass in jedem Haus das Controlling diese Gespräche durchführt. Wir haben da eigene Abteilungsberichte, die auch zentral für die Häuser definiert sind und diese werden dann mit den Abteilungs- oder Institutsvorständen eben besprochen. Da sind die Kosten (Primär- und Sekundärkosten), da sind die Leistungsdaten enthalten, da sind Personal-Kennzahlen drinnen. Das heißt es wird wirklich auf der Ebene, wo die verursacht werden, analysiert.

I: Das bedeutet, es werden auf Kostenstellenebene Kostenkontrollen durchgeführt?

IP1: Es wird auf Abteilungsebene die Analyse durchgeführt und nicht das gesamte Haus dargestellt.

I: Überblicksmäßig werden wahrscheinlich auch die gesamten Kosten des Hauses betrachtet?

IP1: Natürlich, dabei schaut man, welchen Effekt hat die einzelne Abteilung auf das Gesamthaus.

I: Werden diese Controlling-Gespräche monatlich oder quartalsweise durchgeführt?

IP1: Im Schwerpunktkrankenhaus werden diese Gespräche quartalsweise durchgeführt, wir waren schon auf monatlich, aber aufgrund der personellen Engpässe, die wir derzeit haben, wird es derzeit quartalsweise durchgeführt. In einem anderen Haus erfolgen die Controlling-Gespräche monatlich. Das heißt, da werden mit dem Primarius, der Oberschwester die einzelnen Kostenpositionen besprochen. Wenn es eben groben Ausreißer gibt, worauf die zurück zu führen sind, werden Leistungen analysiert. Zudem werden Leistungseinbrüche oder Leistungsausweitungen oder dergleichen auch analysiert. Ich habe Ihnen als Beispiel einen Controlling-Bericht mitgebracht, damit Sie sich das auch vorstellen können. Ich habe jetzt einfach beliebige Seiten herausgenommen. Das wäre z.B. ein Kosten-Bericht, dann Leistungskennzahlen der Abteilung, dann wieder Leistungskennzahlen anders dargestellt und dann die TOP-medizinischen Einzelleistungen.

I: Solch ein Bericht wird für jede einzelne Abteilung aufbereitet?

IP1: Ja.

- I: Wir machen das je Haus und wir gehen dabei nicht so sehr in die Tiefe.
- IP1: Dargestellt werden auch die Personal-Kennzahlen und hier gibt es nochmal eine detailliertere Aufstellung der einzelnen medizinischen Einzelleistungen, Sachbedarf und dann haben wir noch die einzelnen Mengen. Also in den Controlling-Gesprächen sitzt die Leiterin der Apotheke, der Einkaufsleiter, das Direktorium, der Primarius, die Oberschwester, eigentlich alle, die für die Zahlen, im engeren Sinne, verantwortlich sind. Wenn es z.B. Abweichungen im MES (Medizinischer Sachbedarf) Bereich gibt, kann es natürlich sein, dass entweder eine Mengen- oder Preisabweichung entstanden ist. Bei der Preisabweichung kann ja eigentlich der Abteilungsvorstand nichts dafür, wenn der Einkauf andere Preise verhandelt hat. Dann wird das so analysiert. Eigentlich immer auf der untersten Ebene der Kostenrechnung, sodass man eigentlich sagen kann, ok, wo befinden wir uns. Weil es werden auch, quartalsweise Hochrechnungen angestellt.
- IP2: Es finden schon monatlich Hochrechnungen statt.
- IP1: Monatlich. Das ist jetzt nicht so mein Bereich. Es werden monatliche Hochrechnungen von den Häusern abgegeben, dass man eigentlich sieht, wo bewegt man sich eigentlich, wie wird der Plan bzw. das Budget gehalten. Nicht das man erst am Ende des Jahres drauf kommt, dass man eigentlich das Budget nicht halten wird können und dadurch ist es auch für die Abteilungsvorstände möglich zu sagen, ich fühle mich dafür auch verantwortlich, wenn sie das so präsentiert bekommen.
- I: Genau das haben wir bei uns nicht.
- IP1: OK, das war auch bei uns ein sehr langer Prozess. Dies ist über die Jahre erst entstanden und was es braucht ist eine gute Basis zwischen dem Controlling, zwischen dem Direktorium und den Abteilungsvorständen, sodass wenn Zahlen präsentiert werden, diese nicht mehr angezweifelt werden. Sodass der Controller als Partner angesehen wird, also bei uns kann man schon sagen, dass die Controller direkt von den Abteilungsvorständen angerufen und zu wichtigen Besprechungen dazu geholt, einfach weil sie sehen, ok, der liefert mir die Zahlen, der bereitet mir die Zahlen so auf, sodass ich meine Abteilung steuern kann.
- IP2: Dazu war ein extrem langer Prozess notwendig und auch, man muss dazu sagen, ein sehr gutes Rechnungswesen und auch eine sehr gute Leistungsdokumentation. Sonst geht das nicht, weil ich kann mich noch an Zeiten erinnern, wo das nicht so war, damals war es wirklich so, dass die Primärärzte ihre eigenen Aufzeichnungen hatten und die Verwaltung ihre eigenen Aufzeichnungen hatte und da dann es wirklich hinzubekommen, dass die Primärärzte das wirklich akzeptieren, was im System drinnen ist, ist das korrekte Datenmaterial, das ist ein sehr weiter Weg gewesen, da haben wir sehr sehr viele engagierte Mitarbeiter gehabt.
- IP1: Das ist auch eine Sache des Vertrauens.
- IP2: Natürlich.
- IP1: Wir wollen ja alle nur das Beste für das gesamte Unternehmen und dementsprechend muss man auch der Datenbasis hier vertrauen können und mit SAP, muss man sagen, und unser klinisches System ist das XY-System in 4 Häusern und in einem Haus ist das XX1-System. Da passt die Datenbasis, da kann eig. jeder sagen, dass die Zahlen die auf den Tisch kommen, dass die Datenqualität eigentlich passt. Also das liegt ganz oben...
- IP2: Ist uns allen wichtig. Die Datenbasis muss plausibel und nachvollziehbar sein.

- IP1: Die Datenbasis muss stimmen, das ist uns allen sehr wichtig im Unternehmen.
- I: Super! So, dann, eigentlich haben wir jetzt schon sehr viel von unseren Fragen abgedeckt.
- IP1: Ach so, ich habe bis dato nur von den Controlling-Gesprächen gesprochen. Dort werden die PLAN/IST-Vergleiche durchgeführt. Wenn wir irgendwelche Wirtschaftlichkeitsberechnungen durchführen, das geht eigentlich in die Richtung der Folgekosten, dann bewerten wir diese nach. Also das heißt, wenn ich z.B. für irgendeine Fragestellung etwas evaluiert wurde bzw. berechnet wurde, dann wird die Entscheidung getroffen, ok, so wird es umgesetzt und nach ein bis zwei Jahren schaut man es sich das dann an und hat das wirklich den Effekt gebracht, den wir damals eben angenommen haben und wie schaut das aus. Das mache ich z.B. dann, oder wo wir auch Nachkontrollen, wenn man es so nennen möchte, durchführen, es gibt immer diese LKF-Nachkalkulationen wo wir mit dem Schwerpunktkrankenhaus eigentlich immer dabei, wo man einfach die Leistungen nachkalkulieren und die dann zur Verfügung stellen.
- I: OK, super!
- IP1: Da muss man sagen, da war ich noch gar nicht da, also das war unser Hauptabteilungsleiter, der Herr Mag. XX war eigentlich mit seinem Team, damals schon im Krankenanstaltenträger-Management bei der SAP Einführung, da hat das ganze eigentlich in diese Richtung angefangen. Weil vorher war das so, dass es in den Häusern schon Kostenrechnungsberichte gegeben hat aber das war so eine alte Host-Applikation, das war eigentlich nur einmal im Jahr wo wirklich diese Daten berücksichtigt wurden.
- IP2: Das Schwerpunktkrankenhaus hat da schon „MEL-Gespräche“ geführt.
- IP1: Die „MES-Gespräche“ schon aber, dass die Kostenrechnung herangezogen wird, hat es noch nicht solange gegeben.
- IP2: Ja damals war es schwer verfügbar.
- IP1: D.h. mit der SAP Einführung da hat man z.B. die Kostenträgerrechnung miteingeführt. Man hat ein Berichtswesen aufgebaut, ja das hat sich alles laufend entwickelt.
- I: Ok, sehr gut! Bei diesen Kostenkontrollen, über die wir vorher gesprochen haben, sind Sie dafür zuständig oder jemand anderes?
- IP1: Ich eigentlich gar nicht. Bei uns ist es eigentlich so, die Kostenrechnung ist bei uns dafür zuständig, dass die internen Leistungen, diese Leistungsverflechtungen, kosten- und leistungsmäßig im SAP dargestellt werden. Wir sind zum einen dafür zuständig, dass die Primärkosten richtig kontiert werden, wir geben Kontierungsvorgaben, viele Kontierungen folgen automatisch durch Vorgaben im SAP, da schauen wir immer, dass die Kosten auf den richtigen Kostenstellen landen, wir schauen bei den Leistungsverrechnungen im medizinischen und/oder nicht-medizinischen Bereich, dass es immer auf der richtigen Kostenstelle und auf den richtigen Kostenträger, je nachdem, landet. Wir haben bei uns zwei Kostenrechnungsabschlüsse, wir haben zum einen die betriebliche Kostenrechnung, hier haben wir einen eigenen monatlichen Abschluss und einen Jahresabschluss. Des Weiteren haben wir den Jahresabschluss nach der Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten. Wir machen deswegen zwei, weil wir sagen, dass die Kostenrechnungsverordnung, das ist für das Bundesministerium ein Tool um zu sagen, ich vergleiche alle Krankenanstalten miteinander, steuern kann ich damit nicht wirklich und deswegen tun wir gewisse Verrechnungslogiken die eben die Kostenrechnungsverordnung vorsieht in unseren betrieblichen Kostenrechnung nicht so abbilden, und müssten das quasi dann so aufbereiten, sodass es dann für unseren

offiziellen Abschluss dann passt. D.h. dafür ist die Kostenrechnung zuständig und eben für die ganzen Auswertungen der statistischen Daten, wie z.B. ambulante Frequenzen, Belagstage, Betten und dergleichen, diese Daten werden von uns zur Verfügung gestellt. Diese laufende Kostenkontrolle, diese Controlling-Gespräche von denen ich zuvor gesprochen habe, das machen bei uns die Controller.

I: Die Controller im Haus?

IP1: Im Haus und auch hier, wir unterscheiden zwischen medizinischen Controllern, die sich rein mit den medizinischen Abteilungen beschäftigen und nicht-medizinische Controller, die eben Küche, Wäsche und dergleichen im Fokus haben und da die Kosten-Abweichungen analysieren.

I: Klingt plausiblen, zum einen erfolgt also die laufende Kostenkontrolle in der Zentrale und zum anderen dezentral in den Häusern.

IP2: Genau!

I: Danke! Die nächste Frage lt. Leitfaden wäre damit auch beantwortet worden. Können die Leistungsdaten über das SAP ausgewertet werden oder haben Sie dafür ein eigenes Programm, wie sie zu den Leistungen kommen?

IP1: Sie meinen nun MEL-Leistungen beispielsweise?

I: Ja, genau oder nur z.B. die Anzahl der Fälle oder ambulanten Frequenzen.

IP1: Prinzipiell sind Leistungsdaten im XXX-System drinnen, also entweder im XY- oder XX1-System, dort werden die Leistungen dokumentiert. Von diesen XXX-System haben wir eine Schnittstelle in das SAP hinein. Einerseits in die Patientenabrechnung, was quasi die abrechenbaren Leistungen betrifft und für diese Statistiken, also wie viele ambulante Frequenzen wir haben oder wie viele Belagstagen, werden Daten auch aus dem XXX-System gezogen und einerseits in SAP R3 als Kennzahl gespeichert und andererseits in unserem Berichtstool von SAP übermittelt, wo wir dann alle stationären und ambulanten Berichte abrufen können. Direkt im XXX-System wird wenig ausgewertet, dafür haben wir unser Berichtswesen, dass einfach mit diesen Daten gespeist wird. Da wird auch von hier zentral die Vorgabe erteilt, welche Daten werden in dieses Berichtstool übernommen. Wenn es irgendwelche Rechengrößen gibt wie z.B. Anzahl der stationären Fälle, wird das von uns definiert und nach dieser Logik für alle Häuser gleich dargestellt.

I: Danke sehr! Dann wären wir schon bei der nächsten Frage. Konfrontieren Sie Kostenstellenverantwortliche mit dem Ergebnis der Kostenkontrolle? Ja, das ist laut Ihren Aussagen eindeutig der Fall bei Ihnen.

IP1: Der Kostenstellenverantwortliche ist bei uns immer der Abteilungsvorstand, also der Primarius und der wird laufend damit konfrontiert.

I: Diese Unterlagen werden dann nicht vom Abteilungsvorstand aufbereitet, sondern vom Controller des jeweiligen Hauses bzw. der Zentrale?

IP1: Ja, genau. Also im Zuge der Controlling-Gespräche werden Berichte erstellt. Diese Berichte werden nicht komplett manuell erstellt, sondern es gibt ein Berichtstool, das eben genau die Berichte, so wie sie verlangt werden, generiert. Die Kommentierung der einzelnen Punkte des Berichts wird vom Controller manuell durchgeführt. Sie schauen sich an, welche Abweichungen gibt es und versuchen dies zu erläutern.

- I: Wenn da wirklich so unplausible Abweichungen auftreten, treten die Controller in Kontakt mit dem Abteilungsleiter?
- IP1: Entweder vor dem Controlling-Gespräch oder während des Controlling-Gesprächs. Wenn es irgendwelche Abweichungen gibt, die nicht jetzt in diesem Rahmen geklärt werden können, dann werden auch noch weitergehende Analysen durchgeführt. Da werden dann z.B. Analysen auf Patienten-Ebene durchgeführt, z.B.: großes Thema ist immer der Verbrauch der antineoplastischen Mittel, wo man sich dann anschaut, wie schauen die Zyklen aus, wie hoch ist die Sterblichkeit in diesem Bereich, was sagt die Pharma-Firma. Da wird das dann wirklich auf Fall-Ebene angeschaut.
- I: Wenn es tatsächlich zu hohe Kostenüberschreitungen gibt, muss der Kostenstellenverantwortliche/Abteilungsleiter schon Rechenschaft dafür ablegen?
- IP1: Auf alle Fälle! Natürlich sagt man dann immer, dass die Kostenüberschreitung medizinisch induziert ist, das ist natürlich ein sehr schwieriges Thema. Denn schlussendlich hat der Mediziner quasi die Endverantwortung für das gesamte. Wenn das medizinisch erforderlich ist, dann ja dann ist es so. Man kann damit nur eine Basis zur Verfügung stellen, um zu sagen ok, wenn es Spielraum gibt, dann werde ich schauen, möglichst für das Unternehmen einen positiven Effekt zu erzielen. Aber wenn es medizinisch nicht möglich ist, dann...
- I: Und die Ärzte sehen das auch ein? Ich konnte die Erfahrung sammeln, dass die Kommunikation zwischen Verwaltung, Controlling und dem Personal welches direkt mit dem Patienten arbeitet, schwierig sein kann.
- IP1: Ich sag einmal, dass die Basis eine sehr gute ist und was dann halt im Raum steht ist einfach die Erforderlichkeit. Ein Controller wird nie irgendwie gegen eine medizinische Erforderlichkeit sprechen können, das steht ihm nicht zu.
- IP2: Ich möchte nun ein wenig die Unterschiede herausarbeiten. Ihr habt das LKH-Univ. Klinikum Graz und die hat ganz andere Vorgaben und andere Prämissen, als z.B. bei uns das Scherpenklinikum, auch wenn wir da ein Zentralkrankenhaus inklusive aller Abteilungen haben, haben wir keine universitäre Forschung in dem Sinne, wie eine an eine Universität angegliederte Abteilungen zwangsweise haben müssen. Das darf man nie vergessen.
- I: Jetzt würde ich gerne abschließend von Ihnen wissen, was Sie von Kostenkontrollen halten und ob Sie diese sinnvoll finden? Und welche Vor- und Nachteile ergeben sich Ihrer Meinung nach für Ihre Organisation?
- IP1: Also natürlich halte ich das für sehr sinnvoll. Vor allem bei einem Unternehmen in dieser Größenordnung muss man jederzeit wissen, wo man steht. Also die Denkweise die noch vor sehr vielen Jahren gehabt hat, dass das Budget irgendwie gehalten werden muss und meistens kommt man erst im Dezember drauf, wo man steht, das kann es heutzutage nicht mehr sein, deswegen sind wir auch im Controlling noch einen Schritt weiter gegangen, wir haben uns noch ein neues Berichtswesen überlegt, wir haben es „XX Forward“ benannt, das ist ein Berichtswesen, welches als Pilot-Projekt im LKH II produktiv gegangen ist. In diesem Berichtswesen wird auch das „Wird“ fortgeschrieben, sodass man wirklich monatlich sagen können, wo landen wir am Jahresende. Wir haben da auch nicht nur die Primärkosten im Fokus, sondern die Gesamtkosten einer Abteilung, auch Sekundärkosten, sodass wir ein wirkliches Abteilungsergebnis darstellen können und sodass der Abteilungsverantwortliche auch sieht, welchen Gesamtbeitrag liefert er zum jeweiligen Standort. Es zeigt wirklich positive Effekte, weil es ein „WIR“ gibt, d.h. jeder sieht sich in seiner Verantwortung, da Ihren Beitrag zu leisten. Ich sehen da immer jeden

Abteilungsvorstand als eigenen Unternehmer an, er hat sein eigenes kleines Unternehmen hier herinnen und muss einen Beitrag zum gesamten Unternehmen leisten. Die Basis kann nur solche Berichte darstellen, denn er muss wissen wo er steht. Also es wäre überhaupt nicht wegzudenken.

I: Vielen Dank! So jetzt würde ich gerne mit Ihnen, Frau Mag. IP2, fortführen. Und zwar würde ich mich mit Ihnen gerne über das Themengebiet „Landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen“ unterhalten.

IP2: Wir reden nun von landesrechnungshofpflichtige Folgekostenberechnungen für Bauprojekte?

I: Ja genau.

IP2: Ja, da haben wir die ganz gleiche Regelung wie ihr, nämlich, mit die zwei Promille vom Landesvoranschlag.

I: Die gesetzliche Grundlage dazu?

IP2: Landesrechnungshofgesetz, also ganz normal, das ist sicher in den Grundlagen vorhanden.

I: Ok, super. Sie meinten, dass Sie bei allen Projekten eine Folgekostenberechnung erheben, ist das korrekt?

IP2: Ja, wir verlangen bei jedem Projekt eine Folgekostenberechnung dazu, dass man einfach bei jedem Projekt schaut, welche Auswirkungen auf den laufenden Betrieb, welche Auswirkungen auf die Instandhaltungskosten etc. hat das Projekt. Das schauen wir uns ganz genau im Vorfeld an.

I: Wer sind die Empfänger dieser Berechnungen?

IP2: Ganz normal, der Projektauftraggeber und diejenigen die mit dem ganzen Projekt befasst sind und natürlich ganz zentral unsere steuerungsrelevanten Mitarbeiter im Bereich des Controllings und der Kostenrechnung usw.

I: Werden auch dem Haus die Unterlagen zur Verfügung gestellt?

IP2: Dem Haus logischerweise dann auch.

I: Weil, klar die müssen, dass dann ja auch vertreten können! Weil das was sie hier zentral berechnen...

IP2: Nein, wir berechnen nicht zentral. Ich mache überhaupt keine Folgekostenberechnung im Sinne einer Folgekostenberechnung. Sondern ich bekomme vom Projektleiter die Folgekostenberechnung als Beilage zum Projektantrag.

I: Der Projektleiter hat seinen Sitz im Haus selbst? Und Sie Prüfen die vom Haus durchgeführte Berechnung auf Plausibilität?

IP2: Ja, dezentral wird dies organisiert. Ich schaue die Folgekostenberechnung auf Plausibilität durch bzw. hole ich mir die Fachleute.

- I: Ok, passt. Dann haben wir die Fragen „im Rahmen eines Projektes“, „mithilfe des SAP-Programms werden wahrscheinlich die Kosten ausgewertet, das machen die Häuser bei Ihnen“...
- IP2: Das machen die Häuser, das kann ich Ihnen so nicht beantworten.
- I: Können Sie mir schildern wie Sie die PLAN- bzw. Folgekosten errechnen?
- IP2: Man muss sich ganz klar überlegen, was steckt in diesem Projekt drinnen. Was soll mit diesem Projekt bewirkt werden, welche Prämissen hat man z.B.: Ändert sich die Kubatur von Räumen, ändert sich der Wärmebedarf oder in welche Richtung auch immer.
- I: Sie rechnen also die einzelnen Kostenarten, welche vom Projekt betroffen sind mithilfe der zuvor erwähnten Prämissen auf den PLAN-Zustand hoch?
- IP2: Nein, es wird auf die Differenz, die dieses Projekt verursacht gerechnet. Wenn man sagt, dass durch dieses Projekt alles gleichbleibt und es ändert sich beispielsweise nur der Wartungsvertrag, dann ist in den Folgekosten der Wartungsvertrag drinnen und nicht die gesamten Kosten der Abteilung.
- I: Wenn sich aber bauliche Veränderungen aufgrund des Projekts ergeben, dann sind schon mehrere Kostenarten betroffen, die es im IST schon gibt?
- IP1: Das kommt darauf an was für eine Folgekostenberechnung das ist, denn z.B. beim neuen Krankenhaus, da haben wir die Gesamtkosten der Abteilungen herangezogen und diese als Basis für den Plan gewählt. Wenn es aber lediglich eine kleine Maßnahme ist, dann wird das nicht auf alle Kostenstellen runtergebrochen.
- IP2: Bei einem landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungsprojekt werden die betroffenen Kostenarten natürlich angeschaut. Und neune Krankenhaus waren ja fast alle Bereiche betroffen, das war ja ganz groß.
- IP1: Da waren fast alle medizinischen Abteilungen betroffen. Vier oder fünf waren nicht betroffen.
- IP2: Warte..., betroffen plus Zusammenlegungen aus Pavillon-Systemen und und und...
- I: Da wurden die einzelnen Kostenstellen extra betrachtet oder die Summe an Kostenstellen herangezogen?
- IP2: Da war ich jetzt nicht involviert, tut mir leid.
- IP1: Damals wurden die Kosten auf Abteilungsebene betrachtet. Die einzelnen Kostenstellen die ergeben die Ausgangsbasis der Abteilungskosten aber es wurde die Abteilung in Summe betrachtet, es wurde nicht heruntergebrochen auf die einzelnen Kostenstellen. Die betroffene Abteilung war im Fokus und was ändert sich auf Abteilungs-Ebene.
- I: Es waren also mehrere Abteilungen von diesem großen Projekt betroffen und abteilungsweise wurde dies betrachtet und in einer Abteilung können natürlich unterschiedliche Arten von Kostenstellen z.B. Station, Ambulanz, OP usw. sein. Dann wenn Sie sagen, dass die Berechnung von den Häusern durchgeführt wird, wird das wahrscheinlich vom Controller im Haus gemacht oder?
- IP2: Es könnte der Controller im Haus sein oder aber auch von einer externen Firma zugekauft werden, abhängig vom Projekt und wie weit es betroffen ist. Jedenfalls machen wir uns

für landesrechnungshofpflichtige Projekte einen extremen Aufwand. Das ist sehr aufwendig, extrem aufwendig.

I: Bei uns sieht das genauso aus, der Landesrechnungshof ist dementsprechend sehr genau. Welchen Mehrwert sehen Sie in landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen?

IP2: Da tu ich mich sehr schwer das zu bewerten, weil dadurch das wir immer auf die Folgekosten achten, ist jetzt die Frage, um wie viel genauer die Kalkulation dahingehend ist, absolut schwierig zu beurteilen.

I: Dadurch das Sie diese Berechnungen immer durchführen, können Sie dadurch schon...

IP2: Damit schauen wir uns das immer an, damit habe ich nicht den unendlichen Mehrwert. Ich habe sicher durch die Genauigkeit einen Mehrwert aber zu einer normalen Folgekostenberechnung, aber diesen Qualitätssprung, dass man dann sagt, gegen nichts, habe ich dann auf einmal etwas, das haben wir hier nicht.

I: Sie habe es ja schon laufend, das ist ja dann eigentlich Ihr Mehrwert den Sie schaffen.

IP2: Ja genau, das ist unser Mehrwert.

I: Wahrscheinlich wird es für Sie schwierig sein, etwas über die Einflussfaktoren auf Folgekostenberechnungen zu berichten, da Sie die fertigen Berechnungen ja auf Plausibilität prüfen. Schauen Sie dabei auf beispielsweise gesetzliche Veränderungen, Änderungen des LKF-Systems etc.

IP2: Selbstverständlich, das wird bei uns ganz genau beachtet. Es ist oft nur sehr schwierig, dass wenn man z.B. den Landeskrankenanstalten-Plan anschaut, im Zeitverlauf, die Sprünge die der unterstellt und die Anforderungen die ein Landeskrankenanstalten-Plan an die Landeskrankenanstalten stellt und diese jedes Mal in einer Folgekostenberechnung nachzuvollziehen, ist interessant. Ein interessanter Ansatz.

I: Danke. Nun kommen wir zu den Evaluierungen von landesrechnungshofpflichtigen Folgekostenberechnungen. Je nachdem wie Sie das gerne wollen, können Sie mir das beantworten oder aber auch nicht. Wie schaut es bei Ihnen mit Evaluierungen aus? Führen Sie diese durch?

IP2: Da hast du (IP1) mehr Erfahrung, wenn du gesagt hast, dass du (IP1) das neue Krankenhaus nachkalkuliert hast. Das weißt du (IP1) bestimmt genauer.

IP1: Ach so, ja die Evaluierung wurde mit der gleichen Genauigkeit durchgeführt wie die damals erstellte Folgekostenberechnung. Weil hier es ja meistens darum geht, dass ein hochoffizieller Prüfauftrag von z.B. Aufsichtsrat an den Vorstand gestellt wird, dass er eben belegen möge, dass das und das eingehalten wurde. Die Genauigkeit ist gleich wie die Folgekostenberechnung für ein Projekt das ich zuvor schon abgegeben habe. Und „Wie gehen Sie bei der Evaluierung vor?“ *[lesen der Frage]* Im Prinzip werden, wie bei der Erstellung der Folgekostenberechnung, alle Kostenbereiche angeschaut, es werden die Leistungsdaten die dahinterstehen bewertet, wie hat sich das verändert. Das ist eine Zusammenarbeit der Controller, der Kostenrechner, weil viele Daten können dann nur mehr Kostenrechner liefern, wo eben Nachkalkulationen im Zuge dessen durchgeführt werden, sodass eben ein Gesamtergebnis rauskommt, kommentiert rauskommt.

I: Das bedeutet eigentlich, dass Sie schon das durchführen, was wir erst im Jahr 2022 geplant haben.

- IP1: Diese Nachkalkulation?
- I: Ja genau!
- IP1: Bei diesem Neubau war ich involviert, da hat es genau eine Nachkalkulation d.h. eine Evaluierung des Projekts gegeben.
- I: Das macht ja auch Sinn, deswegen haben wir auch den Auftrag vom Vorstand bekommen, das große Projekt im Nachhinein zu evaluieren.
- IP2: Bei uns ist das ein wenig anders, es gibt dann noch eine zweite Schiene dazu. Das ist die budgetäre Schiene, das geht bei uns nicht über die Kostenrechnung, sondern das ist ein anderer Abstimmkreis. Über diese budgetäre Schiene, über die wir auch unsere Zuschüsse bekommen, da bilden wir die Ergebnisse der Projekte sofort ab. Wenn wir eine Folgekostenberechnung haben, deren Ergebnis aussagt, dass z.B. mehr Personal benötigt wird oder wir haben mehr Einnahmen geplant im Jahr XY, dann wird das dort bereits eingearbeitet. Das wird über unsere Abstimmkreise sichergestellt. Dadurch dass wir sehr eng zusammenarbeiten, gehen wir schon ganz anders damit um. Da ist beispielsweise ein Projekt, welches dann und dann in Betrieb geht, habt ihr das so und so berücksichtigt, das steht in meiner Folgekostenberechnung.
- IP1: Ok, das wird bei Ihnen gemacht. D.h. die Folgekostenberechnung muss sich auch in den Budgets widerspiegeln.
- IP2: Natürlich müssen diese Nachkalkulationen in die Budgets eingearbeitet werden. Z.B. in dem und dem Bereich ist weniger Budget zu verbrauchen, dann bekommen bei uns die Verantwortlichen den Auftrag dort weniger Geld zu verbrauchen. Sollte sich was Besonderes ergeben, natürlich, argumentieren ist immer möglich. Eine Erklärung ist kein Thema. Wir haben von der Seite auch faktisch einen Kontrollschritt eingebaut und damit kann eine Nachkalkulation für meine Warte aus, in der Kostenrechnung dann nur noch ergeben, wo sind die Kosten zugerechnet.
- IP1: Das ist die Basis, wurde das eingehalten oder nicht und wenn nicht, warum wurde es nicht eingehalten. Dann muss ich eben zum Analysieren anfangen.
- I: Ok, danke. Wie lange sind bei Ihnen die durchschnittlichen Zeitabstände zwischen Projektbeginn und -ende? Beim KAGes-Projekt „XX“ war es z.B. so, dass als Basisjahr der IST-Kosten das Jahr 2014 herangezogen wurde und hochgerechnet wurden die Kosten für das Jahr 2020. Das ist doch ein riesiger Zeitsprung. Wie ist das bei Ihnen? Ist die Zeit zwischen Projektbeginn und -ende eine kürzere Zeit oder ähnlich wie bei uns? Sie führen ja für jedes Investitionsprojekt eine Folgekostenberechnung durch, auch für kleinere Projekte, das bedeutet doch, dass bei kürzerer Projektlaufzeit die Ergebnisse der Folgekostenberechnungen besser berücksichtigt werden können? Wie sehen Sie das?
- IP2: Es wird dadurch nachvollziehbarer gemacht.
- I: Bei uns, bei relativ großen Projekten, ist das natürlich dann relativ schwer, dass Ergebnis der Folgekostenberechnung erst in 6 Jahren im Budget zu berücksichtigen. Dadurch dass bei Ihnen auch Folgekostenberechnungen für kleinere Projekte durchgeführt werden, macht das Sinn.
- IP2: Das macht Sinn!
- I: Sie (IP2) haben mir am Telefon gesagt, dass Sie Evaluierung von Folgekostenberechnungen nicht durchführen.

- IP2: Ich hätte das so empfunden, weil wenn ich nicht so einen großartigen Bericht mache, wo man sagt, das ist es dann. Wir machen keinen großen Bericht, der darlegt, das ist die und die Abweichung.
- I: Für den Rechnungshof schon?
- IP2: Das weiß ich nicht, ich habe das noch nicht gesehen, ich kann das jetzt nicht beantworten.
- I: OK, aber grundsätzlich, was denken Sie über Evaluierungen? Glauben Sie aber grundsätzlich, dass Evaluierungen sinnvoll sind bei großen Projekten?
- IP2: Ganz ehrlich? Nein, aus dem einfachen Grund, weil dadurch, dass bei uns schon von außen her alle Maßnahmen, die als Einsparungen oder als Mehrkosten definiert sind berücksichtigt werden, in den budgetären Vorgaben. Dann kann ich ja nur noch auf Kostenstellen-Ebene die Umsetzung der Vorgaben sehen. Somit steuere und überwache ich Sie auf Haus-Ebene und das jedes Monat. Wofür sollte ich mich jetzt mit einer Arbeit, die ein halbes Jahr braucht, beschäftigen, um festzustellen, dass das was vorgegeben wird, was ich jeden Monat kontrolliere, auf Kostenstelle-Ebene so abgebildet ist, wofür bitte?
- I: Ja verstehe ich! Wenn aber jetzt ein Projekt länger als z.B. 6 Jahre dauert und ich jetzt versuche die IST-Kosten auf einen PLAN-Zustand hochzurechnen, wie können Sie dies beurteilen ob die damalige Folgekostenberechnung den PLAN-Zustand einigermaßen richtig erhoben hat?
- IP2: Bei uns würden Sie das Geld nicht bekommen oder sie würden das Geld bekommen.
- I: Ich kann ja nicht im Jahr 2014 sagen, welche Kosten auf mich im Jahr 2020 zukommen.
- IP2: Wir machen eine 5-Jahres-Planung. Wir haben grundsätzlich einen 5-Jahres-Plan zu machen und damit berücksichtige ich 2014 bis 2019 immer fortlaufend und das haben wir immer am Schirm. Wir sind hier unglaublich vernetzt und schauen uns das laufend an.
- IP1: Wir haben eine rollierende Planung. Das laufende Jahr wird immer hochgerechnet und dann noch zusätzlich die nächsten 5 Jahr angepasst. Ich glaube auch nicht, dass wir bei der Nachkalkulation vom neuen Krankenhaus, dort war es ein Zeitabstand von drei bis vier Jahr, was genau noch in die rollierende 5-Jahres-Planung reinfällt.
- IP2: Es ist sogar so, dass die Einsparungen die für die einzelnen Jahre geplant waren, mussten von den Häusern nachgewiesen werden. Da gab es eine ganz klare Vorgabe.
- I: Weil das in der Folgekostenberechnung herausgekommen ist?
- IP2: Ja genau, weil es auch grundsätzlich so eine Prämisse für dieses Projekt war und umgekehrt wird auch bei uns in die andere Richtung, es wird z.B. mehr Personal für irgendetwas benötigt für die Umsetzung einer besonderen Maßnahme, wird bei uns auch geschaut, ab wann sind die Personen in den Plänen drinnen, wie sind sie bedeckt und eingestellt, das wird ganz genau überwacht. Das gehört bei uns in das Standard-Controlling dazu. Damit fühlt sich eine Evaluierung, im Sinne einer echten Evaluierung auf Kostenstellen-Ebene, um die Planung davor nochmal nachzubilden, für unnötig. Wofür?
- I: Wenn Sie das sowieso laufend mitmachen und das im Budget laufend berücksichtigen und kontrollieren, macht das Sinn, dass das bei Ihnen nicht notwendig ist.

- IP2: Es gibt immer Bereiche, die nicht ganz einfließen, das sind dann die Bereiche die marginal sind. Die großen Sachen, wie wir wissen, Krankenhauskosten bestehen aus 80% aus Personalkosten, sind im Fokus. Kosten von Medikamente bei einem Bauprojekt zu beeinflussen ist, ganz ehrlich, interessant, würde ich so formulieren. Was ist der Nutzen Ihrer Folgekostenberechnung?
- I: Es ist zum einen eine gesetzliche Vorgabe und damit wir wissen welche laufenden Kosten in z.B. sechs Jahren aufgrund des Projekts auf uns zukommen. Es wird aber bis dato nicht betrachtet, ob es auch tatsächlich so eingetroffen ist, wie es in der Folgekostenberechnung errechnet wurde. Einfach sich selbst zu reflektieren, was haben wir da damals berechnet, kann man was verbessern, kann man was besser darstellen usw.
- IP2: Ja wenn man das so sieht, ja nur die Frage, ob jetzt die Aufwendungen für so einen großen Bau sind ja wahnsinnig, das ist ja fast ein halbes Jahr mindestens, ein halbes Mannjahr mindestens zum Berechnen.
- IP1: Ich versteh's schon aus der Sicht, ok, ich habe gewisse Annahmen getroffen z.B. durch das automatische Belieferungssystem, dadurch erspare ich mir X Vollzeitkräfte ein, trifft das ein oder ist das eingetroffen? Ich möchte feststellen, ob sich die Annahmen die man sich im Plan gesetzt hat, auch bewahrheitet hat oder was auch immer.
- I: Man möchte auch schauen, hat diese Anstaltsleitung, der Verantwortliche für dieses Haus, dass dann auch tatsächlich umgesetzt, was wir in der Folgekostenberechnung angenommen haben, die gesamten Prämissen. Jetzt möchte der Vorstand wissen, im Jahr, wenn es in Betrieb ist, hat er/sie das umgesetzt oder nicht.
- IP2: Das ist dann was anderes, so versteh auch ich den Zweck einer Evaluierung. Wenn man sagt es gibt Widerstände und diese möchte man dann auch dokumentiert haben. Das ist dann ganz klar.
- I: Das sind alles so Sachen wo dann ganz viele Kriterien einfließen, die bei einer Evaluierung berücksichtigt werden müssen und dort dann auch zusammenfallen. Das ist jetzt auch meine Aufgabe, das im Rahmen der Masterarbeit zu erheben. Was dann tatsächlich davon umgesetzt wird, es ist einmal ein Ansatz den ich vorschlage. Und auch was die Kostenträgerrechnung betrifft, diese gibt es bei uns nicht. Bei uns ist die Kostenstellen-Ebene die tiefste Ebene. Deswegen können wir auch nicht viele medizinische Einzelleistungen betrachten und deswegen mein Ansatz in der Masterarbeit, eine einzelne repräsentative medizinische Einzelleistungen zu betrachten und davon eine Kosten-Trend im Zeitablauf für eine Kostenstelle festzustellen um somit die Kostenentwicklung einer Kostenstelle besser analysieren und erklären zu können.
- IP1: Es war ja auch hier so. In den Controlling-Berichten werden für gewisse Abteilungen die TOP Leistungen angeschaut, weil meistens es eh 10 Leistungen sind und diese machen das Abteilungsgeschehen dann auch wirklich aus.
- I: D.h. mein gewählter Ansatz ist somit kein schlechter Zugang, nur bis dato gibt es in der KAGes nicht die Möglichkeit einzelne Leistungen kostenmäßig auszuwerten, wir wissen schon wie viele Leistungen in der OP-Kostenstellen durchgeführt werden, nur können wir das kostenmäßig nicht erheben.
- IP1: Ja das macht Sinn. Aber haben Sie nicht die einzelnen Leistungen, die OP-Leistungen kalkuliert?
- I: Wir haben keine Kostenträgerrechnung im Einsatz.

- IP1: Bei uns hat eine OP-Leistung 10 verschiedene Leistungsarten, die verrechnet werden. Wir haben Arzt- und Pflege-, Geräte- und Material-Anästhesie und Pflege-OP, Arzt vom Fach, Geräte vom OP, restliche Strukturkosten vom OP und dann fehlen mir noch die Implantate. Also so wird bei uns eine Leistung kalkuliert. Es werden auch sehr viele andere medizinische Leistungen kalkuliert wie z.B. alle Laboranalysen, jede Pathologieleistung, jede radiologische Leistung (Angiographie, MR, normale Röntgenleistung, Ultraschall), jede Strahlentherapie, Nuklearmedizin kalkuliert. Diese Kalkulation führen unsere Kostenrechner durch und wir benötigen Sie für unsere Leistungsverrechnung. Durch die Kostenträgerrechnung werden genau die zuvor erwähnten Leistungen auf den Kostenträger verrechnet.
- I: Wer/Was ist bei Ihnen der Kostenträger?
- IP1: Der Patient im stationären Bereich wird als Kostenträger angesehen. Im ambulanten Bereich haben wir Sammelkostenträger der jeweiligen Versicherungen. Also z.B. die XY Gebietskrankenkassa ist ein Kostenträger, wo alle Leistungen von allen ambulanten Patienten der GKK hin gebucht werden. Wir versuchen alle teuren Materialien auf die Kostenträger zu buchen und alle medizinischen Leistungen. Was noch in Angriff genommen wird, ist, dass die gesamten Medikation auf den Kostenträger verrechnet werden soll. Das wollen wir mit der Fieberkurve lösen. Am Ende soll das so ausgebaut werden, sodass wirklich alles auf den Kostenträger landet. Bei Nachkalkulationen tun wir uns dann leichter, wir werten und dann die Fälle aus und können uns dann, so viele Erlöse, Kosten usw. haben wir je Fall.
- I: Sie können somit Ihre Erlöse den Kosten gegenüberstellen und somit erheben ob der Erlös kostendeckend ist oder nicht.
- IP1: Wir können dann auch sagen, schauen's her, uns kosten die Leistungen € XY,- und so viele Erlöse bekommen wir vom Gesundheitsfonds, vielleicht passt die Leistungskalkulation dahinter nicht, was für uns dann eigentlich die Erlösbasis ist.
- I: Super, somit kann man auch die Erlöse hinterfragen.
- IP2: Umgekehrt haben wir die Möglichkeit dem Gesundheitsfonds zu erklären, dass die Leistung XX unterbewertet ist.
- I: Das können wir nicht, möglicherweise aufgrund der Größe, wir sind um einiges größer aber trotzdem wäre es langfristig gesehen sinnvoll.
- IP1: Bei uns wurde das alles im Zuge der SAP Einführung implementiert. Dabei wurden zentrale Kontierungsvorgaben festgelegt. Es läuft sehr viel über Schnittstellen, da sitzt ja keiner und bucht das alles, sondern das sind Schnittstellen. Beispielsweise das Essen kommt über eine Schnittstelle in das SAP gebucht. Das Verpflegsmanagement, was ein eigenes SAP-Tool ist, bucht die Kosten gleich direkt auf den Patienten, den Kostenträger und gleichzeitig auch auf die Station. Bei der Wäsche gilt dasselbe. Die Medikamente die separat angefallen sind, sowieso. Alle antineoplastischen Mittel kommen auch über eine Schnittstelle und da wird der Patient auch immer mitgegeben. Es wird versucht, die Verrechnung auf den Kostenträger möglichst automatisiert durchzuführen.
- IP2: Hierfür sind immer zwei Buchungen notwendig.
- I: D.h. es werden die Kosten zum einen auf den Patienten gebucht und zum anderen wird auch die Stations-Kostenstelle damit belastet.

IP1: Ja genau, zum Beispiel: Patient aus der Neurologie, Station A hat die Kostenstelle der Neurologie und der Patient XY mit der Fallzahl XY stellt den Kostenträger dar, darauf werden möglichst automatisiert die Kosten gebucht.

I: Das hört sich alles sehr gut an.

IP1: Wir schauen halt damit wir uns stetig weiterentwickeln.

I: Super, echt gut! So jetzt, vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Zeit.