

Teil B: Anforderungen an DSS und BI-Lösungen aus Sicht des Krankenhauses

Nachdem die externen Rahmenbedingungen in Form der gesetzlichen Vorgaben und Möglichkeiten der IT analysiert wurden, geht es nunmehr darum, die internen Anforderungen der einzelnen Bereiche und Akteure im Krankenhaus an eine BI-Lösung zu entwickeln. Dazu werden die einzelnen Themen, beginnend bei Kostenrechnung und Controlling, über das Medizincontrolling mit einer erweiterten Darstellung der Rahmenbedingungen des DRG-Systems bis hin zu klassischen Verwaltungsbereichen wie Einkauf und Personal und neuen Anforderung des Marketings oder Qualitätsmanagements betrachtet und ihre Anforderungen in Bezug auf Datenaufbereitung und Berichtswesen hergeleitet.

4 Grundlagen der Kostenrechnung und des betriebswirtschaftlichen Controllings im Krankenhaus

Mit der Umstellung auf das DRG-System in Deutschland hat sich sowohl die Datenlage als auch die Anforderung an Kostenrechnung und Controlling und Reporting im Krankenhaus gravierend verändert¹⁹⁷. Krankenhäuser, die das Thema Wirtschaftlichkeit beherrschen, erlangen entscheidende Wettbewerbsvorteile. Der Marktanteil der privaten Klinikträger mit einem Fokus auf Wirtschaftlichkeit, Wachstum und betriebswirtschaftliche Kennzahlen, aber auch Qualität, steigt stetig durch Übernahme von in finanzielle Schwierigkeiten geratener öffentlicher und frei-gemeinnütziger Kliniken an¹⁹⁸. Auch im kirchlichen und öffentlichen Bereich wird dieser Tendenz durch die Gründung von Klinikverbünden oder durch Übernahmen von Krankenhäusern durch einzelne, potente öffentliche oder frei-gemeinnützige Träger Rechnung getragen.

Die jeweilige Entwicklung muss von der Informationstechnologie unterstützt werden. Wirtschaftlich kann nur der handeln, der Transparenz über seine Kostentreiber und Unternehmensdaten hat, weit über die Ergebnisse des Jahresabschlusses hinaus. Einfache, lineare Auswertungen auf Excel-Basis werden durch komplexere Fragestellungen abgelöst, die zu einer höheren

¹⁹⁷ Vgl. Raphael, Lux (2010), S. 16 ff.

¹⁹⁸ Vgl. Augurzyk, Beivers, Neubauer, Schwierz (2009)

Anforderungen an die Datenverfügbarkeit stellen, zum anderen aber auch die entsprechenden Reporting- und Analysefähigkeiten definieren.

Grundsätzliche, im Krankenhaus jedoch gerade beim medizinischen Personal nicht immer präsente und vielfach ignorierte Voraussetzung ist die, dass nur Daten für das Controlling und Reporting genutzt werden können, die auch in den Systemen vorhanden sind. Gerade dieser hierzu notwendige Dokumentationsaufwand im Krankenhaus für medizinisches Personal erscheint jetzt schon¹⁹⁹ zu hoch und wird häufig beklagt. Eine wesentliche Aufgabe ist es daher, dass schon bei der Datengewinnung durch informationstechnische Unterstützung der personelle Aufwand niedrig gehalten wird²⁰⁰.

Im Folgenden wird eine Analyse möglicher Anforderungen an BI-Lösungen im Krankenhaus anhand der Betrachtung des gesetzlich vorgegebenen Rahmens für die Kosten- und Leistungsrechnung im Krankenhaus sowie das interne Berichtswesen vorgenommen.

4.1 Gesetzliche Grundlagen der Kostenrechnung und für das Controlling im Krankenhaus

Um die Vergleichbarkeit der Krankenhäuser und deren Daten im Hinblick auf die Kalkulation von Entgelten, auf die Finanzierung von Investitionskosten oder den z.B. in der Bundespflegesatzverordnung geforderten Krankenhausbetriebsvergleich zu gewährleisten, ist eine einheitliche Grundlage für die Buchführung im Krankenhaus erforderlich.

Der §16 Punkt 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ermächtigt daher die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates²⁰¹, Rechnungs- und Buchführungsvorschriften für die Krankenhäuser zu erlassen. Dieses erfolgt entsprechend mit der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV).

Gleichmaßen Relevanz für die Krankenhäuser hat die Unterscheidung zwischen pflegesatzfähigen (Betriebs-) Kosten und Investitionskosten im Rahmen der dualen Finanzierung.

Die duale Finanzierung ist im Krankenhausfinanzierungsgesetz dem Grunde nach geregelt. §4 KHG besagt, dass die Krankenhäuser dadurch gesichert

¹⁹⁹ Vgl. Blum, Müller (2003)

²⁰⁰ Vgl. Raphael, Lux (2010), S. 40 ff.

²⁰¹ Die Krankenhausfinanzierung obliegt grundsätzlich den Bundesländern, vgl. §1 Abs. 2 KHG

werden, dass die Investitionskosten öffentlich gefördert werden sollen²⁰² sowie sie leistungsgerechte Entgelte aus Pflegesätzen und Vergütungen für vor- und nachstationäre Leistungen sowie das ambulante Operieren erhalten²⁰³. Während die Investitionskosten von den Bundesländern finanziert werden, obliegt die Vergütung der Betriebskosten den Krankenkassen als Kostenträgern²⁰⁴. Diese Leistungen müssen entsprechend im Krankenhaus nachvollziehbar in der Buchführung differenziert erfasst und zugeordnet werden.

Die gesetzliche Grundlage für diese Trennung in der Abgrenzungsverordnung bildet wiederum der §16 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere dort in Punkt 5.

4.1.1 Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV)

In der Krankenhausbuchführungsverordnung werden viele für die Erstellung des Jahresabschlusses, aber auch für die Buchführung wesentliche Regelungen getroffen. Die KHBV gilt dabei für alle Krankenhäuser, die nach Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert werden²⁰⁵. Sie bildet somit die Grundlage für die Kosten- und Leistungsrechnung im Krankenhaus.

Als Geschäftsjahr wird das Kalenderjahr vorgegeben²⁰⁶, ebenso wie die doppelte Buchführung und die Anwendung der einschlägigen Regelungen des HGB. In §3 KHBV wird auf den Kontenrahmen der Anlage 4 verwiesen, der die Grundlage für die Zuordnung der Kostenarten darstellt.

Die Inhalte und Aufstellungsvorschriften zum Jahresabschluss werden in §4 f. KHBV geregelt. So besteht der Jahresabschluss aus Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung sowie dem Anhang, ergänzt um Sondervorschriften, die insbesondere Investitionen und Fördermittel betreffen. Ebenso wird die Gliederung der Bilanz und der Gewinn- und Verlustrechnung vorgegeben. Diese Zusammenführung der zur Erstellung des Jahresabschlusses notwendigen Daten wird in aller Regel von der Buchhaltungssoftware des Krankenhauses geleistet, bietet jedoch auch einen wesentlichen Input und Ausgangspunkt für betriebswirtschaftliche Analysen durch BI-Systeme, gerade

²⁰² Vgl. §4 Punkt 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

²⁰³ Vgl. §4 Punkt 2 KHG

²⁰⁴ Nähere Erläuterungen zur Thematik vgl. Raphael, Lux (2010), S. 9 ff.

²⁰⁵ Gemäß §1 KHBV

²⁰⁶ Gemäß §2 KHBV

im Hinblick darauf, dass durch die gesetzlichen Vorschriften eine weitestgehende Konsistenz über Zeitreihen und im Vergleich zu anderen Krankenhäusern gegeben ist.

Die Vorschriften zur Kosten- und Leistungsrechnung finden sich letztlich in §8 KHBV. Das Krankenhaus hat eine Kosten und Leistungsrechnung zu führen, die eine betriebsinterne Steuerung sowie eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit erlaubt²⁰⁷.

Damit ist für das Krankenhaus der Aufbau eines geeigneten Berichtswesens implizit in der Krankenhausbuchführungsverordnung vorgegeben²⁰⁸. Die konkrete Ausführung obliegt jedoch dem einzelnen Krankenhaus, woraus sich Gestaltungsspielräume ergeben.

Ein entsprechender Kostenstellenplan wird in Anlage 5 der KHBV festgelegt, dem die Kosten und Leistungen entsprechend verursachungsgerecht zuzuordnen sind.

4.1.1.1 Kostenarten

Die Kostenarten (Konten) stellen die unterste Ebene der Kostenrechnung dar. Im Sinne der Managementinformationssysteme²⁰⁹ werden in der Kostenartenrechnung die Basisdaten anhand von Belegen (z.B. Rechnungen) erfasst und Gruppen (Konten) zugeordnet. So werden z.B. die Personalkosten gemäß KHBV auf die einzelnen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen entsprechend aufgeteilt.

Die in den Kostenarten gebuchten Kosten bilden somit das Rohmaterial für eine weitere Verdichtung und Analyse im Sinne der Business Intelligence. Sie sind entsprechend in ein Data Warehouse als Datengrundlage zu laden und mit weiteren Klinikdaten zu verknüpfen²¹⁰.

In der Anlage 4 zur Krankenhausbuchführungsverordnung ist dabei der Kontenplan samt Nummerierung und somit die zu buchenden Kostenarten für Krankenhäuser festgelegt. Entsprechende Zuordnungsvorschriften von Kostenarten zum Kontenrahmen sind vorgegeben²¹¹.

²⁰⁷ §8 Satz 1 KHBV

²⁰⁸ Vgl. KHBV §8 Satz 1, eine Steuerung ist nur dann möglich, wenn die erhobenen (gebuchten) Daten auch in Form von Berichten strukturiert aufbereitet werden.

²⁰⁹ Vgl. Gluchowski, Gabriel, Dittmar (2008), S. 56 ff.

²¹⁰ Vgl. Kemper, Finger (2010)

²¹¹ Vgl. Krankenhausbuchführungsverordnung, Anlage 4

4.1.1.2 Kostenstellen

Kostenstellen sind als Orte der Kostenentstehung funktionell geordnet, nach Verantwortungsbereichen, nach räumlichen Gesichtspunkten, nach Kostenträgergesichtspunkten sowie nach speziellen abrechnungs- oder leistungstechnischen Gesichtspunkten. Sie sind rechnungsmäßig abgegrenzte institutionelle Teile des Gesamtbetriebs, für die Kosten separat erfasst werden²¹².

KHBV §8 gibt vor, dass Krankenhäuser eine Kosten- und Leistungsrechnung zu führen haben, die eine betriebsinterne Steuerung sowie eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit erlaubt²¹³.

Das Krankenhaus hat dafür die auf Grund seiner Aufgaben und Struktur erforderlichen Kostenstellen zu bilden. Es sollen, sofern hierfür Kosten und Leistungen anfallen, mindestens die Kostenstellen gebildet werden, die sich aus dem Kostenstellenrahmen der Anlage 5 zur KHBV ergeben²¹⁴. Die Kosten und Leistungen sind verursachungsgerecht nach Kostenstellen zu erfassen; sie sind darüber hinaus den anfordernden Kostenstellen zuzuordnen²¹⁵.

4.1.1.3 Kostenträger

Zur Vervollständigung der Übersicht wird an dieser Stelle die Kostenträgerrechnung betrachtet, die in der KHBV dort nicht explizit erwähnt wird, jedoch implizit ebenfalls in §8 KHBV enthalten ist. Im Hinblick auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen und die entsprechenden pauschalierten Entgelte, in Zusammenhang mit den Anforderungen der Kostenkalkulation nach den Vorgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)²¹⁶, ist es für Krankenhäuser in Zukunft unerlässlich, eine aussagekräftige Kostenträgerrechnung zu etablieren, um dem Primat der Vorhaltung einer Kosten- und Leistungsrechnung, die eine betriebsinterne Steuerung sowie eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des Krankenhauses

²¹² Vgl. Weber (2010/1)

²¹³ Vgl. KHBV §8 Satz 1

²¹⁴ Vgl. KHBV §8 Punkt 1

²¹⁵ Vgl. KHBV §8 Punkt 3

²¹⁶ Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben am 10. Mai 2001 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) gegründet. Das Institut unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung und die von ihnen gebildeten Gremien bei der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Grundlage des KHG, § 17b. S. auch: www.g-drg.de

ermöglicht, gerecht zu werden. Systeme der Kostenträgerrechnung werden sukzessive in den Krankenhäusern etabliert.

Für die Erhebung und Zuordnung der Daten zum jeweiligen Kostenträger müssen diese zunächst aus den Vorsystemen in das Data Warehouse geladen und dort entsprechend kostenträgerbezogen ausgewertet werden²¹⁷.

Als Kostenträger werden dabei Güter oder Dienstleistungen bezeichnet, bei deren Erstellung Kosten verursacht werden. Im Krankenhaus bedeutet dieses in der Hauptsache die Behandlung und Therapie des Patienten, im Sinne von klinischen Pfaden²¹⁸.

Die Kostenträgerrechnung befasst sich mit der Zuordnung der Kosten, die auf einen Kostenträger in einer definierten Periode (Kostenträgerzeitrechnung), im Krankenhaus den gesamten Behandlungsfall bzw. der gesamten Verweildauer des Patienten im Krankenhaus, entfallen²¹⁹. Zum Teil können die Kosten direkt aus der Kostenrechnung als Einzelkosten dem Kostenträger zugerechnet werden. Alle Kosten, die als Gemeinkosten auf einer Kostenstelle erfasst werden und in die Betrachtung mit einbezogen werden sollen, müssen anhand von Verteilerschlüsseln anteilig dem Kostenträger zugerechnet werden. Bei der Ermittlung der Verteilungsschlüssel sollten entsprechende Kalkulationsverfahren und Konventionen zu Grunde gelegt werden, um einen Vergleich der Kostenermittlung im Zeitablauf zu ermöglichen²²⁰. Sollen die Kosten je Einheit eines Kostenträgers, im Krankenhaus beim Kostenträger „Patient“ z.B. der Behandlungstag, ausgewiesen werden, wird von einer Kostenträgerstückrechnung gesprochen²²¹.

Aufgrund des nichtlinearen Kostenverlaufs des Behandlungsfalls im Krankenhaus ergeben sich differenzierte Anforderungen an die Kostenkalkulation. Dieser entsteht dadurch, dass zu Beginn der Behandlung im Krankenhaus oftmals eine Operation (Prozedur) oder aufwendige diagnostische Verfahren stehen, der weitere Behandlungsverlauf dann von der Überwachung der Genesung bzw. Wirksamkeit der angewandten Therapie gekennzeichnet wird. Mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten sinken in aller Regel auch die Kosten je Behandlungstag.

²¹⁷ Vgl. Kemper, Finger (2010)

²¹⁸ Vgl. Hellmann (2002)

²¹⁹ Vgl. Weber (2010/3)

²²⁰ Dieses wäre bei einem stetigen Wechsel der Kalkulationsmethode nicht der Fall

²²¹ Vgl. Weber (2010/3)

Die Frage der Kosten ist für die Krankenhäuser u. a. dann relevant, wenn es z.B. darum geht, eine Entscheidung zu treffen, ob ein neues Behandlungsverfahren eingesetzt werden soll, das mit höheren Einzelkosten für Materialien verbunden ist, gleichzeitig aber zu einer Senkung der Verweildauer führt.

Besonderer Bedeutung kommt daher, auch im Hinblick auf die DRGs, der strukturierten Erfassung möglichst vieler Kostendaten der für die Behandlung und Therapie der Patienten benötigten Ressourcen auf Einzelkostenbasis²²² in Bezug auf den jeweiligen Kostenträger und der Ablage im Rahmen eines Data Warehouse zu.

Im Gegensatz zum Einzelhandel, wo nahezu jeder Artikel mit einem standardisierten Barcode versehen ist und daher mittels Scanner an der Kasse identifiziert und als „verkauft“ verbucht werden kann, fehlt es bei den Medikalprodukten an einer solchen Systematik. Die Produkte sind zum Teil mit unterschiedlichen Barcodes versehen oder werden gänzlich ohne Barcode ausgeliefert.

Bei den Medikamenten ist zumindest eine Systematik mit Barcode im Rahmen der Pharmazentralnummer vorgesehen, allerdings handelt es sich bei dieser Lösung um eine lokale deutsche Vorgehensweise.

Neben der Notwendigkeit zur Erfassung der Daten aufgrund betriebswirtschaftlicher Erfordernisse steigen die Anforderungen insbesondere gegenüber den sich an der DRG-Kostenkalkulation des InEK sich beteiligenden Häusern vor allem in Bezug auf die Einzelkostenzuordnung²²³.

Derzeit werden im Krankenhaus die Grenzen, wann ein Artikel einzeln erfasst werden sollte, diskutiert. Unstreitig dabei ist, dass teure Artikel erfasst werden sollen. Hierzu gibt es insbesondere Implantaten bereits gesetzliche Vorschriften zur Dokumentation.

4.1.2 Abgrenzungsverordnung

Die Abgrenzungsverordnung (AbgrV) teilt die Kosten des Krankenhauses in die nach § 17 Abs. 4 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) aufgrund des Primats der dualen Finanzierung²²⁴ in im Pflegesatz nicht zu berücksichtigenden Investitionskosten und die pflegesatzfähigen Kosten

²²² Vgl. Raphael, Lux (2010), S. 29

²²³ Vgl. http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch vom 18. Juli 2010

²²⁴ Vgl. Rürup (2008)

(Betriebskosten) verbindlich auf²²⁵. Der Anwendungsbereich der Abgrenzungsverordnung sind Krankenhäuser analog zur Krankenhausbuchführungsverordnung gemäß §2 Abs.2 AbgrV.

Es wird eine Aufteilung der Güter in Verbrauchsgüter (Betriebskosten) und Investitionen mit unterschiedlicher bilanzieller Behandlung im Hinblick auf die duale Finanzierung im Rahmen der Abgrenzungsverordnung vorgenommen.

Wirtschaftsgüter im Sinne der Abgrenzungsverordnung sind

1. Anlagegüter, als die Wirtschaftsgüter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens,
2. Gebrauchsgüter, mit einer betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer von bis zu 3 Jahren sowie
3. Verbrauchsgüter, die durch ihre bestimmungsgemäße Verwendung aufgezehrt oder unverwendbar werden oder die ausschließlich von einem Patienten genutzt werden und üblicherweise bei ihm verbleiben²²⁶.

Die entsprechenden Wirtschaftsgüter werden in den Anlagen (Verzeichnissen) zur Abgrenzungsverordnung beispielhaft näher definiert.

Die Definition ist notwendig für die Klassifizierung der Wirtschaftsgüter in pflegesatzfähige und nicht pflegesatzfähige Kosten²²⁷.

Diese Anforderungen müssen entsprechend abgebildet werden. Neben der Erfassung der Kosten ist insbesondere auch die Zuordnung der Kosten zu den Kostengruppen (Kostenarten) vorzunehmen. Hierbei ist zu prüfen, inwieweit eine automatisierte Zuordnung der Kosten bei entsprechender Kennzeichnung oder aufgrund von Lieferanten oder vergebenen Bestellnummern erfolgen kann.

Im Folgenden wird die Zuordnung der einzelnen Wirtschaftsgüter zu den pflegesatzfähigen Betriebskosten und den nicht pflegesatzfähigen Investitionskosten gemäß §3 der Abgrenzungsverordnung (Zuordnungs-grundsätze)

²²⁵ Vgl. §1 Abs. 1 AbgrV

²²⁶ §2 AbgrV

²²⁷ Bei Gültigkeit der Bundespflegesatzverordnung, die mittlerweile für somatische Krankenhäuser vom Krankenhausentgeltgesetz abgelöst wurde, wurden die Krankenhäuser aufgrund von tagesgleichen Pflegesätzen vergütet, die wiederum in Basispflegesätze für die Hotelkomponente Unterbringung und Beköstigung sowie Abteilungspflegesätze zur Abgeltung der Kosten der medizinischen Behandlung unterteilt waren. Entsprechend sind die pflegesatzfähigen Kosten die, die bei der Ermittlung der tagesgleichen Pflegesätze für das jeweilige Krankenhaus Berücksichtigung finden.

vorgenommen, die bei einer Abbildung der Kosten entsprechend berücksichtigt werden müssen.

4.1.2.1 Pflegesatzfähige Kosten (Betriebskosten eines Krankenhauses)

Zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören die Personalkosten, die in der Regel einen Anteil je nach Leistungsspektrum und Grad des Outsourcings von 50-70% der Gesamtkosten ausmachen. Des Weiteren kommen die Sachkosten in Form der Verbrauchsgüter, Wartung und Instandhaltung hinzu. Abgegrenzt werden weiterhin gemäß § 3 f. in Verbindung mit § 3 Abs. 1 der AbgrV die folgenden Wirtschaftsgüter, die zu den Betriebskosten eines Krankenhauses gezählt werden²²⁸.

1. Die Kosten der Wiederbeschaffung von Gebrauchsgütern (mit einer betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer von bis zu 3 Jahren) anteilig entsprechend ihrer Abschreibung,
2. Die Kosten der Anschaffung oder Herstellung von Verbrauchsgütern,
3. Die Kosten der Instandhaltung von Anlagegütern.

Diese werden im §4 der AbgrV näher definiert.

4.1.2.2 Investitionskosten

Investitionen sind qua Definition im KHG nicht pflegesatzfähig²²⁹, dafür aber in der Regel förderfähig im Sinne des Gesetzes, d.h. für diese Kosten erhält das Krankenhaus Fördermittel des jeweiligen Bundeslandes²³⁰, die jedoch in den letzten Jahren immer stärker gekürzt wurden und ein Nord- Südgefälle aufweisen²³¹.

Für die Investitionskosten ist quasi die inverse Definition der pflegesatzfähigen Kosten anzuwenden. Sie werden in § 3 Abs. 2 AbgrV näher bezeichnet.

Zu ihnen zählen im Wesentlichen die Kosten

1. der Errichtung und Erstausrüstung von Krankenhäusern,
2. der Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht,

²²⁸ Aus Relevanzgründen werden hier nur die wesentlichen Punkte kurz aufgezählt und erläutert

²²⁹ Vgl. KHG §17 Abs. 4

²³⁰ Vgl. Blum, Schilz (2006)

²³¹ Zur Unterfinanzierung der Krankenhäuser und dem Investitionsstau bei Investitionen vgl. Raphael/Lux (2010), S. 12

3. die Kosten der Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren sowie
4. die inverse Definition der Instandhaltungskosten des § 4 der AbgrV.

Hinzu kommen noch Festlegungen zur Ermittlung der betriebsgewöhnlichen Nutzungszeit sowie die Zurechnung von Leistungen zu einem Anlagegut.

Damit sind die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen für die Buchführung im Krankenhaus dargestellt. Diese bilden eine Grundlage für das Design eines Systems und von Reporten, die auf die Krankenhausanforderungen zugeschnitten sind.

4.2 Grundbegriffe der Kostenrechnung- und Leistungsrechnung im Krankenhaus

Die Kostenrechnung ist ein zentrales Teilgebiet des internen Rechnungswesens, in dem Kosten erfasst (Kostenerfassung), gespeichert, den verschiedensten Kostenverursachern (Unternehmenseinheiten) oder Bezugsgrößen (z.B. Produkten) zugeordnet und für spezielle Zwecke ausgewertet, d.h. selektiert, verknüpft und/oder verdichtet (Kostenauswertung) werden²³².

Insbesondere die Verknüpfung und Verdichtung der Kosten erfordert eine Unterstützung durch die Informationstechnologie und die Methoden der BI.

Die Zuordnung der Kostenarten (Konten) und Kostenstellen im Krankenhaus ist in der Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) weitestgehend vorgegeben.

Gegliedert wird die Kostenrechnung in die Kostenartenrechnung, Kostenstellenrechnung und die Kostenträgerrechnung die bereits im vorangehenden Abschnitt zur KHBV dargestellt wurden.

Weitere modernere Ansätze der Kostenrechnung, die im Zusammenhang mit einer Kostenrechnung und einem entsprechenden Controlling im Krankenhaus berücksichtigt werden sollten, insbesondere hier die prozessorientierten Ansätze der Prozesskostenrechnung und der Zielkostenrechnung (Target Costing) sowie der Deckungsbeitragsrechnung, werden in entsprechenden weiteren Abschnitten näher erläutert.

Für die weitere Analyse in den Folgeabschnitten ist die Klärung einiger weiterer Begriffspaare aus dem Zusammenhang der Kostenrechnung erforderlich.

²³² Vgl. Weber (2010/2)

Business Intelligence im Krankenhausmanagement

Herausforderungen an Kliniken im DRG-Zeitalter

Raphael, H.

2014, XXIII, 297 S. 32 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-03094-0