

GEFMA Arbeitskreis Facility Management im Krankenhaus

Hintergrund

Die meisten Krankenhäuser wissen heute genau, welche Erlöse in den einzelnen Bereichen erzielt werden. Auch die Kosten für medizinische Leistungen sind bestens bekannt. Einzig die Kosten für das Facility Management (FM) sind häufig noch eine Black-Box. Dabei sind die FM-Kosten mit einem durchschnittlichen Anteil von ca. 30% eine nicht zu vernachlässigende Größe. Gleichzeitig wird auch durch die Einführung der DRGs nach immer professionelleren Vorgehensweisen und Optimierungspotentialen gesucht.

Mit der Entwicklung von Richtlinien, wie z.B. die GEFMA Richtlinie 812 „Gliederungsstruktur für FM-Kosten im Gesundheitswesen“, werden Wege aufgezeigt, die zu mehr Transparenz und damit zu fundierteren Entscheidung für Führungskräfte beitragen.

Die Durchführung von Benchmark-Vergleichen verhilft den Krankenhäusern zur besseren Positionierung im Wettbewerb.

Ziel Benchmarking

Der GEFMA Arbeitskreis FM im Krankenhaus arbeitet seit 2005 unter aktiver Mitwirkung von Krankenhäusern aus ganz Deutschland an einer aufwandsgerechten Zuordnung von FM-Kosten zu so genannten Raum-Clustern. Diese Vollkostenzuordnung zu Raum-Clustern ermöglicht es im ersten Schritt, Raumnutzungen aber auch Leerstände den Funktionsbereichen in Kliniken zuzuordnen. Im zweiten Schritt wird damit ein FM-Vollkosten-Vergleich der Krankenhäuser ermöglicht, der den Gegebenheiten und machbaren Datenerhebungen im Alltag entspricht. Im dritten Schritt werden damit Werte für eine Nutzung der Raum-Cluster-Aufwendungen in die Fallpauschalen-Kalkulationen der Krankenhäuser erzeugt. Mit dem Eingang der FM-Kosten in die Kalkulation der medizinischen Fälle werden FM-Leistungen zum direkten Wertbeitrag in der Erlös- und Aufwandsplanung von Krankenhäusern.

17 Krankenhäuser haben an einem konkreten Datenvergleich bereits teilgenommen. Weitere sind in den stattfindenden Benchmarkrunden der Datenerfassung beteiligt. Die Vergleichsdaten können von allen beteiligten Krankenhäusern genutzt werden und stehen ihnen anonymisiert zur Verfügung.

Die Einsatzmöglichkeiten der Kostenzuordnungen nach GEFMA 812 liegen u.a. im Flächenmanagement, im internen Benchmark-Vergleich und im Vergleich mit anderen Krankenhäusern sowie in der Ermittlung von spezifischen Raumkosten. Es ist ein elementarer Hebel um Einsparpotentiale zu entdecken. Ferner ist die Nutzung der Daten für die verursachungsgerechte Zuordnung von FM-Kosten in den Fallpauschalen-Kalkulationen des medizinischen Kerngeschäfts nicht zu unterschätzen. In den Arbeitskreistreffen werden u.a. konkrete Ergebnisse der Datenvergleiche und der Herleitung der Raum-Cluster sowie die Kostenzuordnungen und -gewichtungen diskutiert.

Die Teilnahme an den Benchmarkrunden ist gegenwärtig kostenfrei und verpflichtet auch nicht an der Teilnahme der Arbeitskreistreffen. Allerdings sind gerade diese den Erfahrungen nach sehr entwicklungsfördernd. Der Arbeitskreis trifft sich ca. zwei Mal im Jahr. Darüber hinaus läuft der Austausch überwiegend elektronisch.

Grundlagen Benchmarking – Wettbewerbsvergleich

Benchmarking im Sinne eines Wettbewerbsvergleichs bedeutet die Leistung einer Organisation (z.B. Produkt, Dienstleistung, Prozessen, und Methoden) im systematischen Vergleich mit der Organisation, die diese Leistung am besten erbringt. Man könnte dann vom Vergleich mit dem „Klassenbesten“ sprechen. Benchmark ist nicht gleich Benchmark. Daher ist u.a. zu bestimmen welche Schwerpunkte gelegt werden:

Art des geplanten Benchmarking:

- Strategisches Benchmarking
- Prozessbenchmarking
- Kennzahlenbenchmarking (hier: Kostenbenchmarking)

Sicherlich, die Ziele und einzelnen Schritte sind in der Regel identisch. Die möglichen Vergleichspartner werden aber gerne vorher besprochen:

Allgemeines Ziel:

- welche Unterschiede bestehen
- warum bestehen diese Unterschiede und
- welche Verbesserungsmöglichkeiten gibt es

Schrittfolge beim Benchmarking:

- Bestimmung des Objektes (hier: FM-Leistungen bezogen auf die Arbeitsstätte)
- Einigung auf Mitwirkende und Vergleichspartner (hier: Krankenhäuser)
- Festlegen welche Ähnlichkeit zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit gegeben sein muss (hier: Definition der Bestandteile der FM-Teil-Leistungen und Bestimmung der Zuordnungen und Gewichtungsfaktoren)
- Datenerhebung
- Feststellung der Ergebnisse und Leistungslücken
- Festlegung und Durchführung der Verbesserungsschritte
- Wiederkehrende Erhebung zur Sicherung der Nachhaltigkeit

Mögliche Vergleichspartner:

- aus dem eigenen Betrieb i.S. internes Benchmarking (hier: interner Vergleich über die Jahre)
- aus der gleichen Branche i.S. wettbewerbsorientiertes Benchmarking (hier: Vergleich mit anderen Krankenhäusern)
- aus einer fremden Branche i.S. funktionales Benchmarking

Anmerkung: Die in den vergangenen Jahren immer wieder gesuchte Differenzierung von Krankenhäusern nach z.B. Alter, Bauweise, Bettenzahl, Pflagetage wird bewusst nicht gesucht und vorgenommen. (Es stehen alle Krankenhäuser im Wettbewerb.) Vielmehr wird über alle Krankenhäuser hinweg auf der Ebene der Arbeitsstätten / -plätze verglichen. Ein Benchmarking muss die Spezialisierung der Branche und der entsprechenden Arbeitsplätzen genügen.

Dr. Sigrud Odin, Sprecher AK Krankenhaus