



#WHITEPAPER. DER PATIENT - DEUTSCHE KLINIKEN & KRANKENHÄUSER UNTER DRUCK.

Effizienz & Kostensteuerung in Kliniken und Krankenhäusern.

INHALT.

#01	VOM KOSTENDRUCK ZUR STEUERUNGSFÄHIGKEIT.	03
#02	WIRTSCHAFTLICHER DRUCK MACHT STEUERUNG ZUR FÜHRUNGSAUFGABE	04
#03	KOSTEN WERDEN ERFASST — ABER NICHT STEUERUNGSFÄHIG GEMACHT	05
#04	VON KOSTENTREIBERN ZU MESSBARER WIRKUNG	06
#05	EFFIZIENZPOTENZIALE ERKENNEN — ENTSCHEIDUNGEN SCHÄRFEN	07
#06	ZIEL-BETRIEBSMODELL ZUKUNFTSFÄHIGES KRANKENHAUS	08
#07	TRANSPARENTES UND STEUERUNGSFÄHIGKEIT WIRD ZUM ERFOLGSFAKTOR.	09
#08	AUTOREN & EDITOREN.	10

01 | Vom Kostendruck zur Steuerungsfähigkeit

Kliniken und Krankenhäuser stehen unter erheblichem wirtschaftlichem Druck. Steigende Personal- und Sachkosten, Fachkräftemangel, begrenzte Liquidität, zunehmende Dokumentationsanforderungen, die Neuordnung der Krankenhauslandschaft und das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG), engen den Handlungsspielraum vieler Häuser spürbar ein. Gleichzeitig müssen Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag erfüllen, medizinische Qualität sichern und ihre Leistungsstrukturen an Ambulantisierung, Leistungsgruppen und veränderte Patientenströme anpassen (siehe Abb. 1).



Abb. 1: Zentrale strukturelle Herausforderungen für Krankenhäuser und deren Einfluss auf Wirtschaftlichkeit und Steuerungsfähigkeit

Unsere Leitfrage, mit der wir uns in diesem Beitrag beschäftigen, ist:

Was unterscheidet Häuser, die trotz schwieriger Rahmenbedingungen wirtschaftlich steuerungsfähig bleiben, von Häusern, die zunehmend in Ergebnis- und Liquiditätsdruck geraten?

Die Antwort liegt häufig nicht allein in Größe, Trägerschaft oder Versorgungsstufe. Ein wesentlicher Unterschied liegt darin, wie gut ein Krankenhaus seine operativen Kostentreiber versteht.

Welche Leistungen binden Kapazitäten ohne ausreichenden Ergebnisbeitrag? Wo passen Personaleinsatz, Bettenauslastung und Fallvolumen nicht zusammen? Welche Verweildauern, Prozessbrüche, Sachkosten, Kodier- oder Dokumentationslücken belasten Ergebnis und Liquidität?

Die dafür notwendigen Informationen sind in vielen Häusern vorhanden — in KIS, ERP, Medizincontrolling, Pflege- und Personalplanung, Kostenrechnung, MD-Management, OP-Planung und Berichtswesen. Häufig bleiben diese Daten jedoch in Bereichslogiken getrennt: medizinische Leistung hier, Kostenstelle dort, Personalplanung separat, Erlössicherung nachgelagert. Genau dadurch bleibt unklar, welche Ursache eine wirtschaftliche Abweichung tatsächlich treibt.

02 | Wirtschaftlicher Druck macht Steuerung zur Führungsaufgabe

Für Krankenhausgeschäftsführungen wird wirtschaftliche Stabilität immer stärker zu einer operativen Steuerungsaufgabe. Kosten müssen nicht nur dokumentiert, sondern verstanden, priorisiert und aktiv beeinflusst werden.

Der Reformdruck erhöht die Anforderungen an Transparenz und Steuerungsfähigkeit erheblich. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz verändern Leistungsgruppen, Qualitätskriterien und Vorhaltevergütung die Logik der Krankenhausfinanzierung und der strategischen Leistungsplanung. Parallel erhöht die geplante Reform der Notfallversorgung den Druck auf eine bessere Patientensteuerung, die Entlastung der Notaufnahmen und die sektorenübergreifende Koordination ambulanter und stationärer Versorgungsangebote. Damit werden Leistungsportfolio, Kapazitätsplanung, Personalvorhaltung, Fallsteuerung, Dokumentation und Prozessqualität zu zentralen Managementfeldern.

Gleichzeitig zeigt die Ergebnislage: Der wirtschaftliche Druck ist kein temporäres Phänomen. Ein wachsender Anteil der Krankenhäuser schreibt Verluste; insbesondere interne Personalkosten und besonders Mehraufwände durch Leiharbeiter als auch Sachkosten prägen die wirtschaftliche Belastung. (Abb. 2)

Besonders der Personalbereich bleibt ein wesentlicher Hebel, weil er unmittelbar mit Auslastung, Pflegepersonalbedarf, Dienstplanung, Produktivität und Versorgungsprozessen verbunden ist.

Der Teilorientierungswert für Personalkosten liegt für 2025 bei +4,07 % und unterstreicht damit die anhaltende Belastung des größten Kostenblocks.

Krankenhäuser mit Jahresfehlbetrag

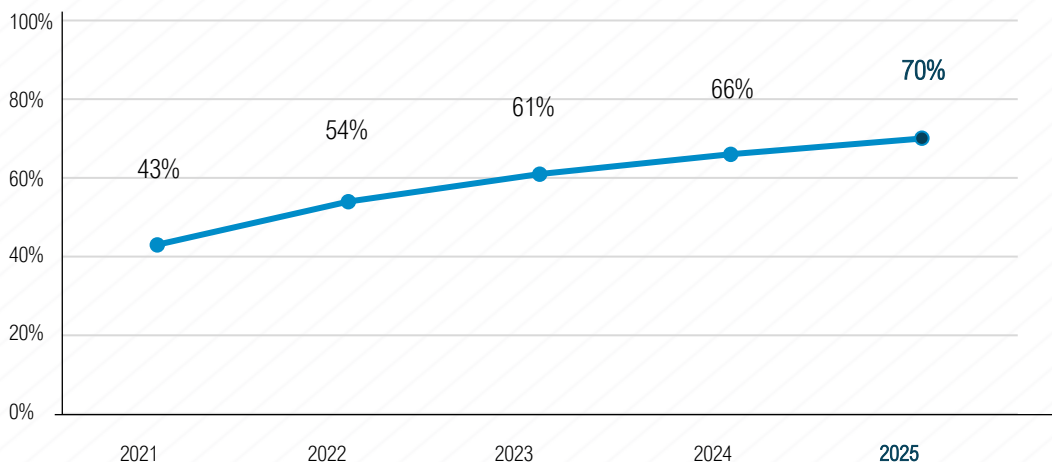


Abb. 2: Entwicklung des Anteils der Krankenhäuser mit Jahresfehlbetrag von 2021 bis 2025 und Einordnung zentraler Kostenblöcke 2024



Klassische Kostenberichterstattung reicht nicht mehr aus. Geschäftsführungen müssen erkennen, warum Kosten entstehen, welche operativen und regulatorischen Treiber dahinterliegen und welche Maßnahmen tatsächlich Ergebnis-, Liquiditäts- oder Ressourceneffekte erzielen.

Die Aufgabe besteht daher nicht in mehr Berichtskomplexität, sondern darin, vorhandene Kosten-, Leistungs-, Personal- und Prozessdaten steuerungsfähig zu verknüpfen.

03 | Kosten werden erfasst — aber nicht steuerungsfähig gemacht

Krankenhäuser verfügen heute über eine breite Datenbasis entlang des gesamten Behandlungspfads. Bereits bei Aufnahme, Diagnostik, OP-Planung, stationärer Behandlung, Pflege, Kodierung, Abrechnung und Entlassung entstehen steuerungsrelevante Informationen. Dazu zählen Fallzahlen, Case-Mix, Verweildauer, Bettenauslastung, Pflegepersonaleinsatz, Sachkosten, Diagnosen, Prozeduren, Erlöse, MD-Prüfungen, Dokumentationsqualität und Liquidität. Die wesentlichen Informationen für eine belastbare Kosten- und Leistungssteuerung sind damit in vielen Häusern grundsätzlich vorhanden.

Die Herausforderung liegt jedoch darin, dass diese Informationen häufig entlang organisatorischer Grenzen getrennt bleiben. Die Station sieht Belegung und Personalbedarf, das Medizincontrolling sieht Kodierung und Erlösriskien, das Controlling sieht Kostenstellen und Monatsabweichungen, die Pflegeplanung sieht Dienstpläne und Ausfälle, die Geschäftsführung sieht verdichtete Ergebnisberichte. Was oft fehlt, ist die gemeinsame Sicht auf die Frage:

Welche operative Ursache belastet Ergebnis und Liquidität tatsächlich?

Für Krankenhausentscheidungen reicht es deshalb nicht aus, Kostenarten, Kostenstellen oder Abweichungen zu berichten. Entscheidend ist, ob eine Kostenentwicklung durch zu geringe Auslastung, lange Verweildauern, nicht bedarfsgerechten Personaleinsatz, Leiharbeit, OP-Engpässe, Materialverbrauch, unvollständige Dokumentation, Kodierlücken, MD-Kürzungen oder Prozessbrüche im Entlassmanagement ausgelöst wird. Erst diese Verbindung zeigt, ob ein Problem medizinisch, prozessual, personell, erlösseitig oder strukturell verursacht ist.



Abb. 3: Von fragmentierten Krankenhausdaten zu steuerungsrelevanten Kostentreibern und Managementhandlungen

Gerade unter Ergebnis- und Liquiditätsdruck wird diese Unterscheidung zentral. Ein vermeidbarer Belegungstag bindet Bett, Pflegezeit, ärztliche Kapazität und Sachkosten. Eine unvollständige Dokumentation gefährdet Erlöse. Eine niedrige Auslastung bei unveränderter Vorhaltung belastet die Ergebnisrechnung. Ein hoher Leiharbeitsanteil kann kurzfristig Versorgung sichern, verschärft aber die Kostenposition. Solche Zusammenhänge werden erst steuerbar, wenn Leistungs-, Kosten-, Personal- und Prozessdaten gemeinsam betrachtet werden.

04 | Von Kostentreibern zu messbarer Wirkung

Um aus vorhandenen Krankenhausdaten wirksame Entscheidungen abzuleiten, braucht es ein klares Vorgehensmodell. Die Methode übersetzt bestehende Datenbestände schrittweise in Transparenz, Priorisierung, konkrete Maßnahmensteuerung und messbare Wirkung. Damit wird die Brücke geschlagen zwischen der Analyse von Kostentreibern und der operativen Umsetzung von Effizienzmaßnahmen.

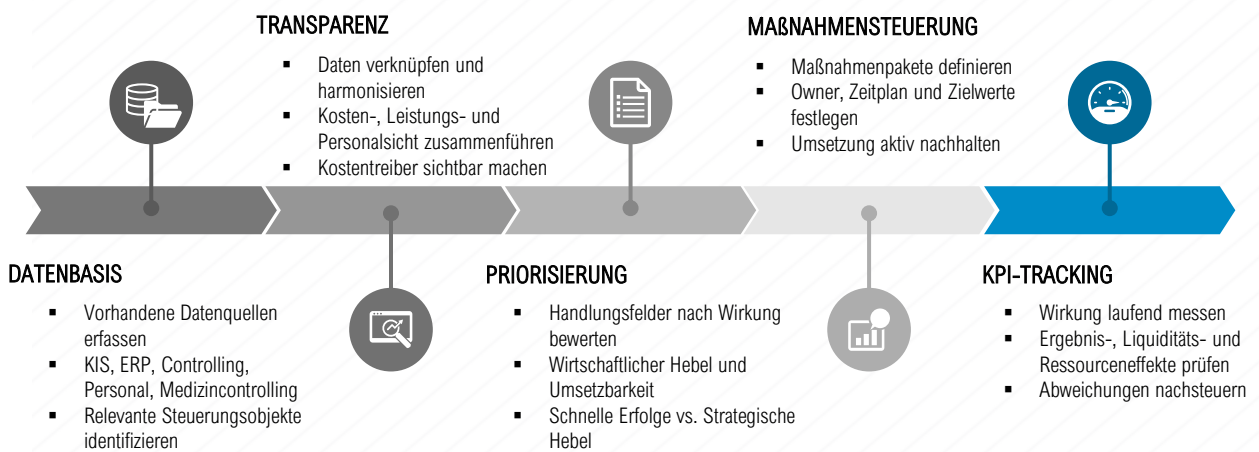


Abb. 4: Vorgehensmodell zur Übersetzung vorhandener Krankenhausdaten in messbare Effizienzwirkung

Die Management-Methode schafft eine klare Verbindung zwischen Datenanalyse und Umsetzung. Ausgangspunkt sind vorhandene Assets wie KIS-, ERP-, Controlling-, Personal- und Medizincontrollingdaten. Diese werden zunächst strukturiert erfasst und anschließend miteinander verknüpft, um Transparenz über relevante Kostentreiber zu schaffen.

Auf dieser Grundlage werden Handlungsfelder nicht isoliert, sondern nach wirtschaftlicher Wirkung, Umsetzbarkeit und Steuerbarkeit priorisiert. Erst daraus entstehen konkrete Maßnahmenpakete mit klaren Verantwortlichkeiten, Zielwerten und Zeitplan. Das abschließende KPI-Tracking stellt sicher, dass Ergebnis-, Liquiditäts- und Ressourceneffekte laufend gemessen und Abweichungen aktiv nachgesteuert werden.

So wird aus Effizienzpotenzialen ein steuerbarer Umsetzungsprozess — von der Datenbasis bis zur messbaren Wirkung.

05 | Effizienzpotenziale erkennen — Entscheidungen schärfen

Die wirtschaftliche Lage zwingt Krankenhäuser dazu, Effizienzpotenziale nicht nur zu identifizieren, sondern konsequent zu priorisieren. Entscheidend ist nicht die Anzahl möglicher Maßnahmen, sondern ihre Wirkung auf Ergebnis, Liquidität, Ressourceneinsatz und Versorgungsfähigkeit.

Ein zentraler Hebel liegt in der Steuerung von Kapazitäten und Verweildauer. Die stationären Fallzahlen liegen trotz leichter Erholung weiterhin deutlich unter dem Vor-Corona-Niveau: 2024 wurden rund 17,5 Mio. vollstationäre Behandlungsfälle gezählt — 9,6 % weniger als 2019. Gleichzeitig betrug die Bettenauslastung 72,0 %, die durchschnittliche Verweildauer 7,1 Tage.¹

Vor dem Hintergrund des Pflegekräftemangels wird die Verweildaueroptimierung zu einem zentralen Sanierungshebel. Jeder vermeidbare Belegungstag bindet Pflegekapazität, ärztliche Ressourcen, Betten und Sachkosten — und reduziert die Fähigkeit, wirtschaftlich relevante Leistungen auszuweiten.

Damit verschiebt sich der Fokus der Geschäftsführung: Nicht jede bekannte Maßnahme ist automatisch wirksam. Auslastung, Dienstplanung, Entlassmanagement, Materialverbrauch, Kodierung, Dokumentation und Leistungsportfolio müssen nach wirtschaftlichem Hebel, Umsetzbarkeit und Steuerbarkeit bewertet werden.

Entscheidend ist eine klare Priorisierung: Welche Maßnahme wirkt wo, warum — und mit welchem messbaren Effekt?



Priorisierungsmatrix



Abb. 5: Beispielhafte Kapazitäts- und Personalindikatoren zur Priorisierung wirksamer Effizienzmaßnahmen

06 | Ziel-Betriebsmodell zukunftsfähiges Krankenhaus

Ein zukunftsfähiges Krankenhaus verbindet medizinische Leistung, Ressourceneinsatz, Kostenstruktur und Erlöslogik in einem gemeinsamen Betriebsmodell. Ziel ist es, operative Kostentreiber frühzeitig sichtbar zu machen, Maßnahmen wirksam zu priorisieren und Ergebnis-, Liquiditäts- und Ressourceneffekte messbar nachzuhalten.



Kernidee

- Nicht mehr Daten, sondern bessere Verknüpfung schafft Steuerungsfähigkeit.
- Kosten-, Leistungs-, Personal-, Erlös- und Prozessdaten werden gemeinsam betrachtet.
- Wirtschaftliche Abweichungen werden bis auf operative Krankenhausursachen zurückgeführt.



Strategischer Nutzen

- Frühere Transparenz über Kostentreiber, Erlösrisiken und Liquiditätswirkung.
- Bessere Priorisierung von Maßnahmen nach Ergebnisbeitrag und Umsetzbarkeit.
- Klarere Verantwortlichkeiten zwischen Geschäftsführung, Controlling, Medizincontrolling, Pflege und Klinikbereichen.



Typische Implikation

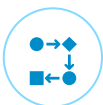
- Engere Verzahnung von Geschäftsführung, Controlling, Medizincontrolling, Pflege und ärztlicher Leitung.
- Aufbau einer durchgängigen KPI- und Maßnahmenlogik entlang des Behandlungspfads.
- Höhere Relevanz von Verweildauer-, Auslastungs-, Personaleinsatz- und Erlössteuerung.

Implikation für das Betriebsmodells



Strategie

Zielbild, Roadmap, Leistungsportfolio, Zielbilder und wirtschaftliche Leitplanken ausrichten



Prozesse & Kennzahlen

Behandlungspfad und KPI-Logik auf Kostentreiber ausrichten



Governance & Organisation

Rollen, Ownership und Eskalations- Kommunikationslogik verbindlich regeln



Ressourcen & Fähigkeiten

Steuerungskompetenz in Controlling und Klinikbereichen stärken



IT & Systeme

KIS, ERP, Controlling- und Personaldaten integriert nutzbar machen



Management-Implikation

Ein zukunftsfähiges Krankenhaus entsteht nicht durch mehr Reporting, sondern durch ein integriertes Betriebsmodell. Der Mehrwert entsteht dort, wo aus einem Zielbild, Daten, konkrete Entscheidungen, priorisierte Maßnahmen, messbare Wirkung werden.

07 | Transparentes und Steuerungsfähigkeit wird zum Erfolgsfaktor

Krankenhäuser stehen vor der Aufgabe, wirtschaftliche Stabilität, Versorgungsqualität und Transformationsfähigkeit gleichzeitig zu sichern. Der entscheidende Engpass liegt dabei nicht primär in fehlenden Daten, sondern in der fehlenden Verbindung von Kosten, Leistung, Personal, Prozessen und Erlösen zu einem gemeinsamen Steuerungsbild.

Wirtschaftlich handlungsfähige Häuser erkennen früher, welche operativen Kostentreiber Ergebnis und Liquidität belasten — und übersetzen diese Erkenntnisse konsequent in priorisierte Maßnahmen, klare Verantwortlichkeiten und messbares KPI-Tracking.

1 | Steuerungsreife ehrlich bewerten

Führen Sie einen strukturierten Steuerungsreife-Check durch: Welche Daten liegen vor, wo bleiben sie getrennt, welche Kostentreiber werden, heute bereits aktiv gesteuert — und welche nicht?

3 | Maßnahmen priorisieren

Bewerten Sie Effizienzmaßnahmen in einer Priorisierungsmatrix: wirtschaftlicher Effekt, Umsetzbarkeit, Verantwortlichkeit, Zielwert und erwartete Ergebnis- oder Liquiditätswirkung.

6 | IT & Daten gezielt integrieren

Verknüpfen Sie KIS-, ERP-, Personal-, Leistungs-, Kosten- und Medizincontrollingdaten in einer einheitlichen KPI-Logik und bauen Sie Management-Dashboards für zeitnahe Entscheidungen auf.

2 | Kostentreiber entlang des Behandlungspfads sichtbar machen

Definieren Sie ein fokussiertes KPI-Set entlang von Aufnahme, Diagnostik, OP, Station, Pflege, Kodierung, Abrechnung und Entlassung.

5 | Governance & Verantwortlichkeiten verankern

Legen Sie für jede Maßnahme einen Owner, einen Zielwert, einen Zeithorizont, ein Eskalationsformat und einen Reportingrhythmus fest.

Abb. 6: Fünf Handlungsfelder auf dem Weg zu aktiver Kosten- und Effizienzsteuerung

Startpunkt ist ein strukturierter Steuerungsreife-Check. Er zeigt, welche Daten bereits vorhanden sind, wo Steuerungslücken bestehen und welche Kostentreiber kurzfristig adressiert werden können. Daraus entsteht eine priorisierte Roadmap für Transparenz, Maßnahmensteuerung und Wirkungskontrolle.

Steuerungsfähigkeit entsteht, wenn vorhandene Krankenhausdaten konsequent in Entscheidungen, Verantwortlichkeiten und messbare Maßnahmen übersetzt werden.

// AUTOREN & EDITOREN



Tobias Bock

Head of Performance Improvement,
Restrukturierung & Transformation

Mobile: +49 152 25664930

Mail: tbock@consult-ing.ag



Jakob Emge

Performance Improvement, Restrukturierung &
Transformation

Mobile: +49 152 25664930

Mail: jemge@consult-ing.ag



// KONTAKT

CONSULT ING. Dietel Engineers AG
Landsberger Str. 259
D-12623 Berlin

MedialInterface GmbH
Schweriner Straße 1
D-01067 Dresden

CONSULT ING. AG ist eine spezialisierte Boutiqueberatung für Performance Improvement, Restrukturierung und Transformation. Das Unternehmen unterstützt seine Kunden bei der Stabilisierung kritischer Situationen, der Steigerung operativer Leistungsfähigkeit sowie der Umsetzung komplexer Veränderungsprogramme.

Der Fokus liegt auf der Verbindung von strategischer Zielsetzung, operativer Exzellenz und konsequenter Umsetzungsorientierung. Dabei kombiniert CONSULT ING. AG analytische Methoden, tiefes Branchenverständnis und praxiserprobte Managementansätze, um nachhaltige und messbare Ergebnisse zu erzielen.

MedialInterface ist ein spezialisierter Anbieter für medizinische Spracherkennung und digitale Dokumentationslösungen im Gesundheitswesen. Das Unternehmen unterstützt Kliniken, Praxen sowie Behörden bei der effizienten und DSGVO-konformen Erstellung medizinischer Dokumentation durch KI-gestützte Spracherkennung und digitales Diktat.

MEHR ERFAHREN >



// **Disclaimer:** Die Angaben im Text sind unverbindlich und dienen lediglich zu Informationszwecken. Ohne spezifische professionelle Beratungsleistung sollten keine Handlungen aufgrund der bereitgestellten Informationen erfolgen. Haftungsansprüche gegen CONSULT ING. Dietel Engineers AG, die durch die Nutzung der in der Publikation enthaltenen Informationen entstanden sind, sind grundsätzlich ausgeschlossen.