

Werner Barbe

Interne Budgetierung von Personal- und Sachkosten anhand der InEK-Kostendaten – Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens

Einleitung

Spätestens seit der Einführung eines leistungsbezogenen Entgeltsystems und der damit verbundenen Abkehr vom „Selbstkostendeckungsprinzip“ müssen Krankenhäuser darauf achten, dass Kosten und Erlöse in einem ausgewogenen Verhältnis stehen. Das Krankenhaus ist damit zum Wirtschaftsbetrieb geworden, der nur noch auf der Basis transparenter Kosten- und Leistungsstrukturen gesteuert werden kann.

Dieser Beitrag soll das Verfahren der internen Budgetierung von Personal- und Sachkosten anhand der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Verfügung gestellten Kostendaten erläutern, aber auch die Grenzen der Methode aufzeigen.

Die Geburt des leistungsbezogenen Entgeltsystems

Eine der wesentlichsten Konsequenzen der Gesundheitsreform im Jahre 2000 war die Einführung eines neuen Vergütungssystems für allgemeine Krankenhausleistungen. Erklärtes Ziel dieser Reform und der damit einhergehenden Umstellung der Krankenhausfinanzierung war die Begrenzung der Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Die wesentlichen Charakteristika des neuen Vergütungssystems wurden seinerzeit in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) festgelegt, demzufolge das System im Wesentlichen „leistungsorientiert und pauschalierend“ sein sollte. Anders als im Zeitalter der „tagesgleichen Pflegesätze“ sollten im neuen Vergütungssystem also definierte Krankenhausleistungen zum „Festpreis“ erbracht werden.

Als Grundlage für das neue Vergütungssystem wurde im Jahr 2003 das sogenannte G-DRG-System (German-Diagnosis Related Groups-System) eingeführt, eine Adaption des schon seit längerem existierenden australischen AR-DRG-Systems.

Mit Hilfe des G-DRG-Systems wird jedem stationären Behandlungsfall genau eine DRG zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt auf Grundlage der beim Patienten festgestellten Diagnosen sowie der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen („Prozeduren“) nach einem genau festgelegten, eindeutigen Algorithmus¹.

Wie nachfolgend noch ausführlicher beschrieben wird, ist für jede DRG eine „Bewertungsrelation“ festgelegt, die im Wesentlichen die Höhe der DRG-Fallpauschale determiniert, die dem Krankenhaus für die Behandlung vergütet wird. Die Bewertungsrelationen werden im Rahmen einer alljährlich stattfindenden, bundesweiten Kalkulation ermittelt und im Fallpauschalenkatalog² veröffentlicht. Schon an dieser Stelle sei jedoch erwähnt, dass es sich bei den im Fallpauschalenkatalog festgelegten Bewertungsrelationen um rechnerische *Durchschnittswerte* handelt, die von den realen Kosten für die Behandlung eines bestimmten Patienten *im Einzelfall* mehr oder weniger stark abweichen können.

Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen G-DRG-Systems haben die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen der InEK GmbH (InEK= Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) als deutsches DRG-Institut übertragen.

Weiterentwicklung des DRG-Systems durch das InEK

Eine der Kernaufgaben des InEK ist die sogenannte Fallgruppenpflege, also die permanente Weiterentwicklung der DRG-Definitionen, der Basisfallgruppen und des Schweregrad-Systems, auf die im Rahmen dieses Beitrages aber nicht näher eingegangen werden soll.

Daneben ist das InEK aber auch mit der Festlegung der „Bewertungsrelationen“ beauftragt, die im Wesentlichen die Höhe der DRG-Fallpauschalen determinieren, die dem Krankenhaus für die Behandlung vergütet werden, und die insofern ebenfalls eine gravierende Bedeutung haben.

Die Bewertungsrelationen werden alljährlich im Rahmen einer bundesweiten Kalkulation (der sogenannten „InEK-Kalkulation“) ermittelt. Hierzu wertet das InEK die Daten von derzeit etwa 220 Krankenhäusern aus (dies sind etwa 11 % aller deutschen Krankenhäuser), die im Rahmen einer betriebswirtschaftlichen Kostenträgerrechnung für sämtliche ihrer Behandlungsfälle ermittelt haben, welche Kosten für die jeweilige Behandlung entstanden sind.

Zusammen mit den Informationen zur Eingruppierung der Patienten in die einzelnen DRGs kann das InEK die bundesweiten Durchschnittskosten (in Euro) jeder DRG ermitteln. Die Ermittlung der Bewertungsrelation einer DRG erfolgt dann durch einfache Division der Kosten (in Euro) durch einen fiktiven „Bundesbasisfallwert“, der sogenannten Bezugsgröße des InEK.

An dieser Stelle sei bereits kurz ein kritischer Blick auf die Aussagekraft dieser bundesweiten Durchschnittswerte geworfen. Zum einen werden die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser nicht etwa nach statistischen Kriterien ausgewählt, um einen repräsentativen Querschnitt zu erhalten, sondern die Häuser können sich freiwillig an der Kalkulation beteiligen. Trotzdem scheinen die Ergebnisse das medizinische Leistungsgeschehen in Deutschland hinreichend gut widerzuspiegeln, wie der jährlich publizierte „Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“ nahelegt³.

Zum anderen sollte man wissen, dass die publizierten Werte eine hohe Streuung aufweisen können. Dies sei am Beispiel der DRG I04Z (Revision oder Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen) erläutert: Gemäß InEK-Daten (2007) sind mit der Erbringung dieser DRG durchschnittlich Kosten in Höhe von 9.552 Euro verbunden. Die Basis für diese Berechnung waren 342 ausgewertete Fälle, die ermittelte Standardabweichung (σ) ist mit

3.381 Euro angegeben. Ohne tiefer in mathematische Grundlagen einsteigen zu wollen, bedeuten diese Zahlen, dass immerhin 110 der insgesamt 342 zugrunde liegenden Fälle – also etwa ein Drittel aller Fälle – Kosten verursacht haben, die entweder *unter* 6.000 Euro oder *über* 13.000 Euro gelegen haben! Die Tabelle 1 zeigt diese Zusammenhänge nochmals anschaulich auf⁴.

Kostenbereich	Anzahl Fälle im Kostenbereich	
< 2.790 €	1	} Berechnete Durchschnittskosten: 9.552 €
2.790 € – 6.170 €	54	
6.171 € – 9.551 €	116	
9.552 € – 12.933 €	116	
12.934 € – 16.314 €	54	
> 16.315 €	1	
Anzahl ausgewerteter Fälle insgesamt	342	

Tabelle 1: Streuung der Kosten der DRG I04Z (Revision oder Ersatz des Kniegelenkes ...)

Bei der Verwendung der vom InEK publizierten *Durchschnittswerte* für die Überprüfung eines *Einzelfalles* ist daher Vorsicht geboten. Sinnvollerweise sollten die InEK-Kosten-daten auch nur mit Durchschnittswerten aus dem eigenen Haus verglichen werden.

Die InEK-Kostenmatrix

Wie bereits erwähnt, sind die im Rahmen der InEK-Kalkulation ermittelten Durchschnittskosten der verschiedenen DRGs die Grundlage für die Festlegung der Bewertungsrelationen und damit der Fallpauschalen, die dem Krankenhaus vergütet werden.

	Personalkosten ärztlicher Dienst	Personalkosten Pflegedienst	Personalkosten med.-techn. Dienst	Sachkosten Arzneimittel	Sachkosten med. Bedarf
01. Normalstation	„Personalkosten ärztlicher Dienst auf der Normalstation“				
02. Intensivstation			„Personalkosten med.-techn. Dienst Intensivstation“		
03. Dialyseabteilung					
04. OP-Bereich				„Sachkosten Arzneimittel im OP-Bereich“	
05. Anästhesie					
06. Kreißsaal					

Abbildung 1: Systematik zum Ausweis von Kosten im Rahmen einer Kostenträgerrechnung im Krankenhaus (Kostenmatrix)

Häufig nicht bekannt ist aber, dass das InEK zu jeder (bewerteten) DRG auch noch weitere detaillierte Kostendaten ermittelt und publiziert: Da bei der Kostenträgerrechnung im Krankenhaus, die ja der InEK-Kalkulation zugrunde liegt, die Gesamtkosten für einen Fall als Summe verschiedenster „Kostenblöcke“ ermittelt werden, können diese Informationen ebenfalls ausgewertet und als Durchschnittswerte dargestellt werden.

Die genannten „Kostenblöcke“ definieren sich dabei jeweils durch eine bestimmte Kostenart und eine Kostenstelle, also den Bereich des Krankenhauses, in dem die Kosten verursacht wurden. Die vorangehende Abbildung 1 zeigt diese Systematik in stark vereinfachter Form, wobei auch nur einige der Kostenblöcke beispielhaft benannt werden.

Neben den abrechnungsrelevanten Fallpauschalen veröffentlicht das InEK daher auch die zugrunde liegenden Kostendaten jeder DRG in Form einer solchen Matrix. Diese Daten werden auf der Website des InEK⁶ für jedermann zugänglich als sogenannter „DRG-Report-Browser“ zur Verfügung gestellt (vgl. Abb. 2).

Kostenstrukturen von DRGs

Die im DRG-Report-Browser dargestellten sehr detaillierten Informationen zur Kostenstruktur der DRG I04Z (Revision oder Ersatz des Kniegelenkes ..., vgl. Abb. 2) sind der Übersichtlichkeit halber in der Abbildung 3 nochmals nach Kostenarten zusammengefasst.

Kostenart	Kosten in €	Kosten in %
Personalkosten (med. Personal)	3.766,40 €	42 %
Sachkosten Implantate/Transplantate	1.606,00 €	18 %
Sachkosten Arzneimittel	469,20 €	5 %
Sonstige Sachkosten	674,40 €	7 %
Kosten der Infrastruktur	2.546,10 €	28 %
Summe	9.062,10 €	100 %

Abbildung 3: Kostenstruktur der DRG I04Z (Revision oder Ersatz des Kniegelenkes...) nach Kostenarten (DRG-System 2008)

G-DRG Browser - [G-DRG Browser HA Version 2008]

DRG: I04Z: Revision oder Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthroese

Anz. DRGs: 127 N: 276.336

Kostenbereich	Personalkosten:			Sachkosten:			Pers.- u. Sachkosten:		Summe		
	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med./techn. Dienst	Arzneimittel	Implantate / Transplant.	Übriger med. Bedarf	med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur			
01. Normalstation	463,9	1.414,2	82,5	149,2	32,9	0,0	108,4	7,3	278,5	1.369,5	3.906,5
02. Intensivstation	44,1	133,5	24,6	21,1	0,3	0,0	25,5	4,0	11,0	63,9	328,1
04. OP-Bereich	441,7	0,0	319,0	30,0	66,1	1.605,9	226,0	85,1	197,8	320,3	3.291,8
05. Anästhesie	275,0	0,0	171,8	24,2	0,7	0,0	77,4	0,8	28,2	87,3	665,3
07. Kardiologische Diagnostik / Ther	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,6	3,2
08. Endoskopische Diagnostik / Ther	0,9	0,0	1,3	0,1	0,0	0,0	0,7	0,0	0,4	1,1	4,4
09. Radiologie	13,8	0,0	30,3	0,5	0,2	0,0	9,3	9,0	9,5	24,9	97,6
10. Laboratorien	16,0	0,0	87,6	11,3	131,0	0,0	68,0	29,2	6,3	43,0	392,5
11. Übrige diagnostische und therape	20,7	0,6	222,6	1,6	0,1	0,0	20,6	3,0	9,0	94,7	372,9
Summe:	1.277,2	1.548,3	940,9	238,0	231,2	1.606,0	536,0	138,4	540,9	2.005,2	9.062,1

Abbildung 2: DRG-Report-Browser mit den Kostendaten für die DRG I04Z (Revision oder Ersatz des Kniegelenkes...)⁵

Die in Abb. 3 ausgewiesene Summe der Kosten in Höhe von 9.062,10 Euro entspricht dabei dem Betrag, den ein Krankenhaus mit einem Basisfallwert von 2.681 Euro (=Bezugsgröße des InEK 2008) für die Erbringung der DRG I04Z Erlösen würde.

Umgekehrt kann aus den Daten abgelesen werden, dass dem „durchschnittlichen“ Krankenhaus in Deutschland für die Behandlung eines „durchschnittlichen“ Patienten, der in die DRG I04Z (Revision oder Ersatz des Kniegelenkes...) eingruppiert wurde, Personalkosten in Höhe von 3.766,40 Euro entstehen und für das Implantat im Durchschnitt 1.606,00 Euro aufgewendet werden.

Eine andere Sicht auf die Kostenstruktur derselben DRG zeigt Abbildung 4, in der die Kostendaten des InEK nach *Kostenbereichen* zusammengefasst wurden, und aus denen beispielsweise abgelesen werden kann, dass im OP-Bereich insgesamt Kosten in Höhe von 3.291,80 Euro anfallen (die sich ihrerseits aus Personal-, Sach- und Verwaltungskosten zusammensetzen).

Kostenbereich	Kosten in €	Kosten in %
Normalstation	3.906,50 €	43 %
OP-Bereich	3.291,80 €	36 %
Anästhesie	665,30 €	7 %
Sonstige Kostenbereiche	1.198,50 €	13 %
Summe	9.062,10 €	100 %

Abbildung 4: Kostenstruktur der DRG I04Z (Revision oder Ersatz des Kniegelenkes...) nach Kostenbereichen (DRG-System 2008)

Wie oben beispielhaft beschrieben, können also Informationen, die sich aus den InEK-Kostendaten gewinnen lassen, als Vergleich („Benchmark“) für die Kosten im eigenen Haus dienen und ermöglichen damit eine interne Budgetierung der Personal- und Sachkosten.

Ermittlung des DRG-finanzierten Budgets für das Gesamthaus

Wie im vorherigen Abschnitt erläutert, sind zu jeder (bundeseinheitlich bewerteten) DRG Daten verfügbar, die eine für die jeweilige DRG „typische“ Kostenverteilung nach Kostenarten (z. B. Personalkosten ärztlicher Dienst) und Kostenbereichen (z. B. Normalstation) in Form einer Matrix darstellen.

Werden nun die Kostenmatrizen (genauer: die darin enthaltenen Kostenmodule) sämtlicher in einem bestimmten Zeitraum erbrachter DRGs zusammengezählt, ergibt sich wiederum eine Matrix, die das gesamte DRG-finanzierte Budget des Krankenhauses, gegliedert nach Kostenarten und Kostenbereichen, abbildet (vgl. Abb. 5).

An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei den in der Kostenmatrix ausgewiesenen Beträgen um „Sollkosten“ handelt. Sie spiegeln die Kosten wider, die ein idealtypisches Krankenhaus verursachen würde, wenn es genau das zugrunde liegende Fallspektrum erbracht hätte.

	Personal-kosten ärztlicher Dienst	Personal-kosten Pflegepersonal	Personal-kosten med.-techn. Dienst	Sachkosten Arzneimittel		Implantate/Transplantate	Sachkosten übriger med. Bedarf		Personal- und Sachkosten der med. und nichtmed. Infrastruktur		SUMME
01. Normalstation	3.012.004,38	7.139.647,43	762.800,10	883.899,60	206.504,49	151,57	657.720,64	109.203,94	1.193.152,91	4.303.402,56	18.268.498,46
02. Intensivstation	430.923,39	1.057.051,84	51.876,13	193.589,57	24.933,98	1.206,03	177.143,35	6.022,49	105.879,01	344.687,06	2.393.342,63
03. Dialyseabteilung	272,35	617,06	168,57	125,47	15,28	-	563,25	186,46	80,51	243,47	2.272,12
04. OP-Bereich	1.135.180,03	-	1.184.526,12	69.500,58	12.679,66	933.267,72	817.145,44	123.341,50	370.234,60	583.879,64	5.229.753,26
05. Anästhesie	862.033,13	-	637.344,88	75.045,04	1.236,75	-	211.109,97	5.187,26	88.281,69	186.435,52	2.066.690,21
06. Kreißsaal	240,44	-	320,08	19,31	0,20	-	34,02	-	25,13	103,90	741,80
07. Kardiologische Diagn./Ther.	26.995,33	-	29.621,71	1.690,21	100,09	12.918,77	17.363,37	6.760,28	6.582,97	13.379,93	115.402,00
08. Endoskopische Diagn./Ther.	166.016,13	-	174.168,09	9.056,39	170,76	6.305,98	77.903,37	8.818,42	59.632,40	74.951,19	577.008,20
09. Radiologie	314.798,21	-	467.876,60	8.762,19	773,28	8.902,29	210.678,82	66.549,09	179.091,57	216.526,94	1.473.961,94
10. Laboratorien	148.231,25	-	676.447,45	40.171,46	254.091,23	70,84	475.909,35	74.880,84	61.344,03	214.737,70	1.945.872,16
11. Übrige diagn. und ther. Ber.	438.221,26	22.057,49	907.674,35	15.702,01	4.069,39	2.375,02	150.010,99	39.732,00	150.246,13	377.806,51	2.107.877,84
12. Basiskostenstelle	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.720.965,36	3.720.965,36
Summen	6.534.915,90	8.219.373,82	4.892.824,08	1.297.561,83	504.575,11	965.198,22	2.795.582,57	440.682,28	2.214.550,95	10.037.119,78	37.902.385,98
% von Gesamt	17,2%	21,7%	12,9%	3,4%	1,3%	2,5%	7,4%	1,2%	5,8%	26,5%	100,0%
% von PK	33,3%	51,2%	32,1%								

Abbildung 5: Kostenmatrix (DRG-finanziertes Budget) eines Krankenhauses

Um diese Daten im Sinne einer internen Budgetierung verwenden zu können, müssen noch verschiedene Ergänzungen und Korrekturen erfolgen. So sind insbesondere noch

- Erlöse aus Zusatzentgelten, NUBs und individuell vereinbarten DRGs,
- Zu- und Abschläge für Kurz- und Langlieger,
- Besonderheiten bei Belegabteilungen,
- ggf. Erlöse aus ambulanten Leistungen sowie
- der hausindividuelle Basisfallwert bzw. der Landesbasisfallwert

zu berücksichtigen. Auf die Durchführung der oben genannten Ergänzungen und Korrekturen im Einzelnen soll im Rahmen dieses Artikels allerdings nicht weiter eingegangen werden.

Die ergänzte und korrigierte Kostenmatrix für das Gesamthaus kann bereits für erste, oft schon sehr aufschlussreiche Analysen verwendet werden. So bietet sich beispielsweise ein Vergleich der effektiv entstandenen Personalkosten (ggf. nach Berufsgruppen) mit den in der Matrix ausgewiesenen Sollkosten an. Auch die Gegenüberstellung der eigenen Ausgaben für Arzneimittel und der Kosten, die gemäß InEK-Daten durchschnittlich bei der Behandlung des zugrunde liegenden Patientenkollektivs entstehen, kann bereits erste Hinweise auf bestehende Problemfelder im eigenen Hause liefern.

Aufschlussreicher ist es allerdings, einen Soll-/Ist-Kostenvergleich auf der Ebene der Fach- und Funktionsabteilungen durchzuführen. Hierzu müssen die in der Kostenmatrix für das Gesamthaus ausgewiesenen Beträge sachgerecht auf die zu budgetierenden Einheiten verteilt werden.

Ermittlung von Kostenbudgets für einzelne Fach- und Funktionsabteilungen

In kleineren und mittelgroßen Krankenhäusern, in denen der Anteil interner Verlegungen relativ gering ist, kann die Verteilung des Gesamtbudgets auf einzelne Fach- und Funktionsabteilungen meist nach einem einfachen Verfahren durchgeführt werden.

Bei diesem vereinfachten Verfahren werden zunächst sämtliche Behandlungsfälle des Betrachtungszeitraumes jeweils einer bestimmten Fachabteilung zugeordnet. Üblicherweise wird hier die entlassende Fachabteilung gewählt, denkbar ist aber auch als „Hauptfachabteilung“ die aufnehmende Einheit oder die Abteilung mit der kumuliert längsten Verweildauer zu definieren. Wie sich in verschiedenen Projekten gezeigt hat, sind die Unterschiede im Ergebnis in Abhängigkeit von der Festlegung der Hauptfachabteilungen (unter der oben genannten Voraussetzung relativ geringer Verlegungshäufigkeit) erstaunlich gering.

In einem nächsten Schritt müssen sämtliche Kostenmodule der Matrix für das Gesamthaus leistungsgerecht auf die einzelnen Fachabteilungen verteilt werden. So werden die Kosten, die im Kostenbereich „Normalstation“ ausgewiesen sind, in der Regel direkt den jeweiligen Fachabteilungen zugeordnet. Bei den übrigen Bereichen (z. B. Intensivstation, OP-Bereich, Anästhesie, diagnostische und therapeutische Bereiche) muss sorgfältig geprüft werden, welche Abteilungen hier Leistungen erbringen und in welchem Umfang. Existiert beispielsweise ein zentrales Team für die Intensivstation (mit entsprechenden Kostenstellen), so werden dieser Organisationseinheit sämtliche in der Gesamtmatrix ausgewiesenen Kosten zugeordnet. Anderenfalls müssen diese Kosten nach einem festzulegenden Schlüssel auf die beteiligten Fachabteilungen sachgerecht verteilt werden.

	ACH	UCH	INN	URO	STR/NUK	GAS	ORT	HAE	HNO	INT/ANÄ
01. Normalstation	285.500,07	312.569,21	584.704,17	326.696,69	357.424,51	277.798,44	321.789,00	59.800,46	8.400,20	–
02. Intensivstation	–	–	–	–	–	–	–	–	–	362.633,63
03. Dialyseabteilung	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
04. OP-Bereich	304.750,65	233.688,67	–	206.242,56	–	–	204.669,26	–	5.926,04	–
05. Anästhesie	–	–	–	–	–	–	–	–	–	725.424,08
06. Kreißsaal	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
07. Kardiologische Diagnostik/Therapie	–	–	22.717,30	–	–	–	–	–	–	–
08. Endoskopische Diagnostik/Therapie	–	–	–	–	–	139.707,04	–	–	–	–
09. Radiologie	–	–	–	–	264.911,17	–	–	–	–	–
10. Laboratorien	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
11. Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche	42.738,56	47.885,51	79.899,00	56.131,41	46.618,98	44.624,87	39.343,18	9.808,85	1.724,63	–
12. Basiskostenstelle	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kostendeckung aus DRG-Erlösen	632.989,28	594.143,38	687.320,47	589.070,66	668.954,66	462.130,35	565.801,45	69.609,31	16.050,87	1.088.057,71
Kostendeckung aus ambul. Erlösen	8.229,89	41.052,86	537,45	5.745,79	170.597,47	15.112,89	17.212,74	38,97	–	5.388,19
Kostendeck. aus Zu- und Abschlägen	19.494,79	23.504,24	–24.190,78	5.282,61	72.703,45	13.838,26	–1.615,31	–10.235,61	–181,12	–
Summen	660.713,95	658.700,48	663.667,13	600.099,06	912.255,58	491.081,50	581.398,88	59.412,66	15.869,75	1.093.445,90

Abbildung 6: Ergebnis der Verteilung der gesamten Personalkosten des ärztlichen Dienstes auf die Fachabteilungen

Wichtig ist, dass alle Kostenmodule – also alle Kombinationen von Kostenbereichen und Kostenarten – separat betrachtet und behandelt werden. So ist es zum Beispiel denkbar, dass zwar die Personalkosten der Inneren Medizin auf entsprechenden Kostenstellen gebucht werden, die Kosten für Arzneimittel aber an einer zentralen Stelle auflaufen und dementsprechend auch dort zugeordnet werden müssen.

Die Ergebnisse einer solchen Kostenverteilung – hier nur für die Kostenart „Personalkosten ärztlicher Dienst“ dargestellt – zeigt die Abbildung 6. Wie in der Abbildung gut zu erkennen ist, setzen sich die Personalkostenbudgets der einzelnen Fachabteilungen meist aus mehreren „Komponenten“ (z. B. Normalstation, OP-Bereich) zusammen.

In gleicher Weise können die Personalkosten der anderen Berufsgruppen sowie die Sachkosten den Organisationseinheiten zugeordnet werden, die hierfür die Kostenverantwortung tragen.

In Häusern, in denen der Anteil interner Verlegungen relativ hoch ist, ist das eben beschriebene Verfahren nicht oder nur sehr eingeschränkt anwendbar. In diesem Fall müssen die DRG-Erlöse (bzw. die mit den Erlösen verbundenen Kosten) sachgerecht auf die leistungserbringenden Fachabteilungen aufgeteilt werden.

Anstatt wie im vereinfachten Verfahren davon auszugehen, dass ein Patient nur von einer Fachabteilung behandelt wird und diese auch die gesamten Erlöse hierfür erhält, müssen bei häufigen Verlegungen die Erlöse nach bestimmten Kriterien auf die beteiligten Fachabteilungen aufgeteilt werden („Erlös-Splitting“).

In der Vergangenheit wurden daher verschiedene Modelle entwickelt, die eine leistungsgerechte Erlösverteilung ermöglichen sollen und von denen nachfolgend nur eine kleine Auswahl genannt werden soll:

- Aufwandskorrigierte Verweildauer methode (AKVD)
- Erlösorientierte Budgetierung nach Thiex-Kreye et. al.
- DDMI-Methode („Dual Day Mix Index“)
- Individuelle Verfahren auf Basis der jeweiligen DRG-Kostenmatrix

Das am häufigsten angewendete Verfahren ist die „Aufwandskorrigierte Verweildauer methode“ (AKVD)⁸, bei der die Erlöse auf Basis der anteiligen Verweildauer und der abteilungsspezifischen Casemix-Indizes auf die beteiligten Fachabteilungen verteilt werden. Diese Methode ist relativ transparent, verhältnismäßig leicht zu handhaben und liefert in vielen Fällen gute Ergebnisse.

Methodisch vollständig korrekt ist letztlich aber nur eine *Erlös- bzw. Kostenverteilung auf Fallebene* anhand der korrespondierenden DRG-Kostenmatrix. Hierbei werden –

ähnlich wie beim weiter oben beschriebenen vereinfachten Verfahren – die Kostenanteile *jedes Behandlungsfalles* nach einem festgelegten Algorithmus auf die einzelnen Fach- und Funktionsabteilungen verteilt. Der Verteilungsalgorithmus wird dabei krankenhausesindividuell für jede DRG festgelegt und kann daher auch komplexe Leistungsverflechtungen zwischen den Fachabteilungen gut abbilden. Methoden dieser Art sind allerdings sehr aufwendig und lassen sich praktisch nur mit entsprechender EDV-Unterstützung implementieren.

Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens

Wie dieser Beitrag aufzeigen sollte, stellen die InEK-Kosten- und Leistungsdaten ein wichtiges Instrument für den Vergleich der eigenen Kosten mit externen Referenzdaten dar, um so möglicherweise bestehende Schwachstellen im eigenen Hause aufzudecken und beheben zu können. Darüber hinaus wird im Rahmen derartiger Projekte die Transparenz bezüglich der hausinternen Kosten- und Leistungsstrukturen verbessert.

Um aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können, ist es jedoch erforderlich, eine *für das eigene Haus adäquate Methode* anzuwenden. Außerdem muss – unabhängig vom gewählten Verfahren – bei der internen Budgetierung mit äußerster Sorgfalt und Umsicht vorgegangen werden, um systematische Fehler weitgehend zu vermeiden. Dies gilt insbesondere für zu treffende Annahmen und Schätzungen bezüglich der Aufteilung von erbrachten Leistungen.

Ein besonderes Augenmerk ist auch auf die Ermittlung der *Ist-Kosten* des eigenen Hauses zu legen. Sofern diese nicht mit den gleichen Methoden und in denselben Strukturen aufbereitet werden, wie sie auch im Rahmen der InEK-Kalkulation angewendet werden, sind Vergleiche nur eingeschränkt möglich.

Auch bei sorgfältigster Durchführung der internen Budgetierung sind bei der Interpretation der Ergebnisse noch die folgenden Aspekte zu beachten, um falsche Schlussfolgerungen und daraus resultierende Fehlentscheidungen zu vermeiden:

- Die vom InEK publizierten Kostendaten sind systembedingt zwei Jahre alt, so dass es denkbar ist, dass Leistungen Ihres Hauses zumindest in bestimmten Bereichen (noch) nicht richtig im DRG-System abgebildet sind.⁹
- Die organisatorische Aufstellung Ihres Hauses unterscheidet sich möglicherweise von der eines „durchschnittlichen Kalkulationshauses“, was aber als Folge strategischer Entscheidungen durchaus gewollt sein kann.
- Eine Kostenunterdeckung in einzelnen Fachabteilungen kann auch darauf hinweisen, dass die erbrachten Fallzahlen zu gering sind, um die erforderliche Mindestbesetzung der Abteilung zu finanzieren.

Trotz der genannten Einschränkungen und Vorbehalte ist die interne Budgetierung auf Basis der InEK-Kostendaten dazu geeignet, die Transparenz bezüglich der hausinternen Kosten- und Leistungsstrukturen zu erhöhen und darüber hinaus die eigenen Kosten mit bundesweit ermittelten Durchschnittswerten im Sinne eines „Benchmarkings“ zu vergleichen.

Unserer Erfahrung nach lösen derartige Projekte aber auch konstruktive Diskussionen im eigenen Hause aus, die auch die Bewusstseinsbildung bezüglich ökonomischer Aspekte im Krankenhaus fördern. Wichtig dabei ist, dass sämtliche Beteiligten in den Prozess der internen Budgetierung eingebunden sind und nicht nur mit den Ergebnissen konfrontiert werden. Systematische Fehler und „Ungerechtigkeiten“ beim Verteilungsalgorithmus können auf diese Weise auch leichter erkannt und im Konsens behoben werden.

Literatur

- 1 Definitionshandbuch 2009, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), www.g-drg.de
- 2 Fallpauschalenkatalog 2009, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), www.g-drg.de
- 3 Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), www.g-drg.de
- 4 DRG-Kostenbrowser 2005/2007, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), www.g-drg.de. Der Einfachheit halber wurde für die Streuung der Daten eine Gauß'sche Normalverteilung angenommen.
- 5 In der Terminologie der InEK-Kalkulation werden diese „Kostenblöcke“ auch als „Kostenmodule“ bezeichnet.
- 6 Webseite des InEK: www.g-drg.de
- 7 Eine gute Übersicht bietet Rapp, Boris: Vorbereitung zum Profitcenter, Vortrag bei der DGfM, Heidelberg, September 2007
- 8 Siehe z. B. Bracht, M., Steuerungsinstrumente anpassen – Berechnung von DRG-basierten Fachabteilungsbudgets, *ku spezial Controlling* 4/2002
- 9 Die für das DRG-System 2009 verwendeten Falldaten stammen beispielsweise aus dem Jahr 2007.

Anschrift des Verfassers

Dr. Werner Barbe
Vorstand
HC&S AG – Healthcare
Consulting & Services
Mecklenbecker Straße 229
48163 Münster