

## ABSTRACT

Thema	Wo wird verdient ? – Warum zahle ich drauf ? Ertragsoptimierung durch fallbezogene Kostenträgerrechnung
Referenten	Stefan Bönsel (Controlling, Klinikum Fichtelgebirge) Helmut Reizammer (Projektleiter, GfS)
Vortrag	Expertenforum Strategische Steuerung im Krankenhaus Nürnberg, 22. Mai 2007

### 1. Zielsetzung

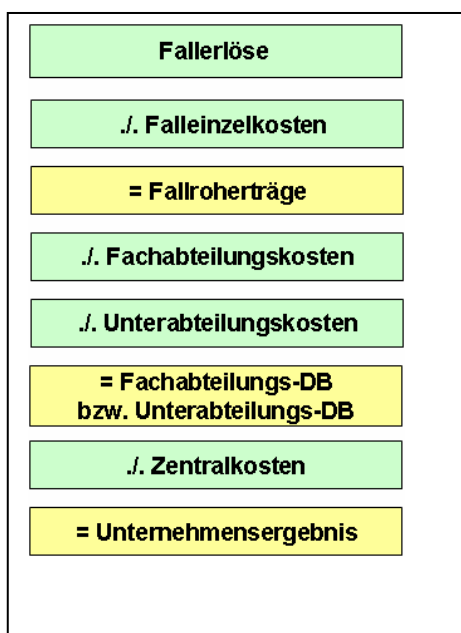
Mit der Einführung einer fallbezogenen Kostenträgerrechnung im Klinikum Fichtelgebirge gGmbH sollten folgende Ziele erreicht werden:

- Verbesserung der Ergebnistransparenz im Klinikum
- Effizienzerhöhung in den Controllingprozessen
- Steigerung des Kostenbewusstseins und der Ergebnisverantwortung
- Optimierte Bereitstellung von Steuerungsinformationen

### 2. Konzept

Im Industriebereich ist die Kostenträgerrechnung seit Jahrzehnten im Einsatz. Als Kostenträger werden hier meist die gefertigten Produkte definiert (z.B. Maschinen, Fernseher, usw.). Seit Einführung der DRGs und einer klar festgelegten Vergütung für den einzelnen stationären Krankenhausfall wurde die Voraussetzung und auch Notwendigkeit für die Einführung einer fallbezogenen Kostenträgerrechnung geschaffen. Grundprinzip des Konzeptes war es, dem einzelnen Fall nur die Erlöse und Kosten zuzuordnen, die durch ihn direkt und eindeutig verursacht werden. Auf die im Krankenhausbereich weit verbreitete Verwendung von Zuschlagssätzen und Umlagen wurde also bewusst verzichtet. So werden den Fällen zunächst die DRG-Erlöse, Wahlleistungen und sonstige fallbezogene Erlöse zugeordnet, die relativ problemlos aus dem §21-Datensatz gewonnen werden können. Schwieriger stellte sich die Situation bei der Analyse und Ermittlung der Falleinzelkosten dar. Hierzu zählen im wesentlichen die Stationskosten, die Operationskosten, die Sachkosten und die Kosten der Funktionsabteilungen (z.B. Labore, Radiologie, Physikalische Therapie, Funktionsdiagnostik, Endoskopien). Bei der Ermittlung der Stationskosten wurde zwischen Pflegekosten und sonstigen Stationskosten unterschieden. Die Pflegekosten pro Fall lassen sich mit Hilfe der zu dokumentierenden PPR-Minuten multipliziert mit einem festzulegenden Minutenkostensatz ermitteln. Bei der Festlegung des Minutenkostensatzes sind hausspezifische Gegebenheiten und auch die unterschiedlichen Pflegestufen zu berücksichtigen. Die sonstigen Stationskosten (z.B. Visite der Ärzte, allgemeine Stationskosten) werden

durch das Produkt aus Belegtagen und Tagessatz der Fachabteilung dem entsprechendem Fall zugeordnet. Die Ermittlung der Operationskosten erfolgt ebenfalls in zwei Stufen. Zum einen werden die dokumentierten OP-Minuten mit dem jeweiligen Kostensatz für eine Pflegekraft bzw. einen Arzt multipliziert. Die benötigten OP Materialien (z.B. Implantate, Medikamente) werden über das OP Protokoll dem jeweiligen Fall zugeordnet. Bei den Sachkosten muss unterschieden werden in interne (z.B. Medikamente, Katheder) und externe (z.B. Fremdlabor, Untersuchungen außerhalb der Klinik) Leistungen. Eine Einzelerfassung ist aber nur bei einem relevanten Betrag pro Sachmittel sinnvoll bzw. wenn eine automatische Erfassung über das System möglich ist. Ansonsten sollten die Sachkosten im Kostensatz berücksichtigt werden. Die Ermittlung der Kosten der einzelnen Funktionsabteilungen erfolgt über die Anzahl der sogenannten GOÄ-Punkte (und ggf. eines Hauskatalogs) multipliziert mit dem Kostensatz pro Punkt. Die Erfassung erfolgt entweder über das Krankenhausinformationssystem oder gesonderte Systeme mit passender Schnittstelle. Nach Abzug der gesamten Falleinzelkosten von den Fallerlösen ergeben sich die Fallroherträge.



In einem zweiten Schritt können nun auch bestimmte Deckungsbeiträge für einzelne Fachabteilungen berechnet werden, indem man die „nicht fallbezogenen“ Stations- und Funktionskosten (und ggf. Erlöse) pro Fach- bzw. Unterabteilung ermittelt und von der Summe der Fallroherträge abzieht. Hier sind allerdings Abgrenzungsprobleme zu beachten, wie beispielsweise die Bewertung der Überlieger zum Monatsende oder die Abweichung der Istkosten von den verrechneten Kosten. Nach Abzug der allgemeinen Erlöse und Kosten der Klinik und der zentralen Dienste erhält man letztendlich das Unternehmensergebnis, welches mit dem Buchhaltungsergebnis übereinstimmen muss.

### **3. Herausforderungen und Lösungsansätze**

Im Laufe des Projektes ergaben sich organisatorische Herausforderungen und Umsetzungsprobleme, die im Folgenden kurz angerissen werden sollen. Es wird aber vor allem erläutert, welche Voraussetzungen für eine reibungslose und effiziente Umsetzung des Projektes notwendig sind und welche Lösungsansätze für etwaige Problemfelder bestehen.

Bei der Bildung des Projektteams ist darauf zu achten, dass neben der Projektleitung (idealerweise der kaufmännische Leiter bzw. Controller) auch permanent ein EDV Spezialist für die operativen Systeme und Datenbanken im Prozeß involviert ist. Selektiv sind Mitarbeiter aus der Finanzbuchhaltung und dem Medizincontrolling hinzuzuziehen. Zudem ist eine enge Zusammenarbeit und Kommunikation mit einem externen Kostenrechnungsexperten und einem Spezialisten für DeltaMaster bzw. OLAP- und Datenbanksysteme unabdingbar.

Zentrales Problemfeld bei der Einführung einer fallbezogenen Kostenträgerrechnung ist die mangelhafte Datenverfügbarkeit aus den operativen Systemen bzw. Datenbanken. Hier sollte zusammen mit der EDV eine frühzeitige und sorgfältige Bestandsaufnahme der vorhandenen Datenbasis erfolgen. Allerdings sollte darauf geachtet werden, möglichst nur vorhandene Standard-Exporte zu verwenden, um den Eingriff in bestehende Datenbanken oder Programme zu minimieren. Im durchgeführten Projekt wurden nur die „OP Minuten“ als zusätzlicher Report erstellt. Zu beachten ist, dass die § 21 Daten nicht ausreichen, um Fälle einzelnen Stationen bzw. Unterabteilungen zuordnen zu können, da die Fälle nur auf Fachabteilungsebene aggregiert werden. Die notwendigen Daten mussten somit aus den Fall-Aufenthaltslisten (in Kombination mit dem § 21) exportiert werden. Voraussetzung ist aber eine Methodik zur klar definierten Zuordnung von Fällen zu Stationen bzw. Unterabteilungen.

Eine weitere Notwendigkeit für eine verwendbare Datenbasis ist eine qualitative und verlässliche Datenerfassung. So mussten die Leistungsdaten zum einen aus getrennten Systemen (z.B. Labor, Radiologiesysteme), zum anderen aus unterschiedlichen Datenstrukturen (oder Mengen) zusammengetragen werden. Hier ist bei Neuanschaffungen auf die Integrations- bzw. Exportfähigkeit der Systeme zu achten. DeltaMaster bietet hierbei flexible Möglichkeiten zur Datenübertragung. Um die Abhängigkeit von extern erbrachten Leistungsdaten (z.B. Rechnungseingang bei externen Untersuchungen erfolgte nur zum Quartalsende) zu verringern, sollte die Erfassung der Anforderung möglichst sofort auf der Station erfolgen, um die notwendigen Leistungs- und Kostendaten auch zeitnah berücksichtigen und Periodenüberschneidungen vermeiden zu können.

Bei der Bildung der Kostensätze ist darauf zu achten, ohne übermäßigen Aufwand eine ausreichende Genauigkeit zu erzielen. Deshalb wurden die Kostenstellen nach Falleinzelkosten und nach Abteilungs- bzw. Bereichskosten identifiziert und Kosten der Ambulanzen bzw. der A-Sachkosten herausgerechnet. Änderungen von Kostenstellen, Konten und Strukturen in der Finanzbuchhaltung sollten möglichst regelmäßig in die DeltaMaster Strukturen übertragen werden.