



©Kiattisak - stock.adobe.com

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung

Wie Kliniken ambulant-klinische Leistungen erfolgreich planen

Von Prof. Dr. Michael Greiling und Maren Maria Greiling

Das deutsche Gesundheitswesen ist eines der teuersten Gesundheitssysteme weltweit! Ein Grund dafür ist die hohe Anzahl vollstationärer Fälle in Kliniken. Fachkräftemangel und die demografische Entwicklung zwingen dazu, stationäre Behandlungen auf komplexe Erkrankungen und Behandlungsformen zu fokussieren und gleichzeitig die ambulanten Strukturen für medizinisch weniger schwierige Fälle auszubauen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft spricht von „ambulant-klinischen Leistungen“. Dabei handelt es sich um komplexere Eingriffe, die, je nach Verlauf und ärztlicher Einschätzung, ambulant oder kurzstationär durchgeführt werden, aber grundsätzlich Krankenhausstrukturen benötigen. Solche Fälle, die zwischen rein ambulant und rein stationär angesiedelt sind, sollen vergütungstechnisch als sogenannte Hybrid-DRGs neu abgebildet werden.

Keywords: Ambulantisierung, Krankenhausplanung, Strategie

Ambulantisierungsmaßnahmen durch Einführung von Hybrid-DRGs werden die Abläufe im deutschen Gesundheitswesen erheblich verändern. Der gesamte Workflow ist neu zu gestalten. Kliniken müssen ihre Prozesse und deren Kosten darauf

ausrichten, da mit reduzierten Erlösen zu rechnen ist. Für jeden einer Hybrid-DRG zugeordneten Behandlungsfall erhält das Krankenhaus einen pauschalen Betrag. Daher ist es für Krankenhäuser von besonderer Bedeutung, ihre Kosten zu analysieren und zielgerichtet beeinflussen zu können. Zu diesem Zweck werden geeignete Kalkulationsmethoden benötigt. Kalkulationsverfahren, die lediglich zeigen, wo und in welcher Höhe Kosten angefallen sind, reichen hierfür nicht aus.

Im Krankenhaus werden mit den (Hybrid) DRGs Preise vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) extern vorgegeben. Im Vordergrund steht daher für die Krankenhäuser nicht die Frage, „was eine Dienstleistung kosten wird, sondern was sie kosten darf“ um keine Verluste zu machen bzw. einen gewünschten Deckungsbeitrag zu erzielen.

Die Herausforderung für Kliniken besteht folglich darin, die Kosten einer Behandlung geringer zu halten als die Höhe der Hybrid-DRG bzw. der Fallpauschale. Sind aktuelle Kosten unter Beibehaltung der Arbeitsabläufe

und Verfahrensweisen eines Krankenhauses höher als die Erlöse der Hybrid-DRG bzw. der Fallpauschale, sind zwingend Kosten zu senken, um einen positiven Deckungsbeitrag zu erzielen.

Die Anforderung für Krankenhäuser besteht darin, Kosten zu analysieren sowie frühzeitig und kontinuierlich Kosten zielgerichtet beeinflussen zu können.

Erfolgsfaktoren für die Ambulantisierung

Hierfür benötigen sie ein Verfahren, das die Kosten transparent aufzeigt und Informationen liefert, in welcher Höhe, wo und insbesondere wodurch Kosten verursacht wurden. Im Folgenden werden die Bezugsgrößenkalkulation und die Prozesskostenrechnung als Kostenkalkulationsverfahren für Krankenhäuser vorgestellt und verglichen. Es soll aufgezeigt werden, wie die beiden Kalkulationsverfahren Krankenhäuser dabei unterstützen, die Anforderung, die sich auch durch das neue Hybrid-DRG System ergibt, zu bewältigen.

Die Bezugsgrößenkalkulation wird vom InEK verwendet, um Erlöse der einzelnen DRGs zu berechnen. Diese werden auf Basis von Kostendaten je DRG aus sogenannte Kalkulationshäusern bestimmt. Daher kann die Bezugsgrößenkalkulation als herkömmliches Verfahren zur Berechnung von Behandlungskosten angesehen werden. Die Prozesskostenrechnung bietet als Kalkulationsverfahren für Krankenhäuser eine erweiterte Möglichkeit, Kosten zu analysieren und zielgerichtet beeinflussen zu können und soll daher im Hinblick auf die pauschale Vergütung des neuen Hybrid-DRG Systems vorgestellt werden.

Ziel beider Kalkulationsverfahren ist es, Kosten, die für eine Behandlung entstanden sind, auf einen Patienten oder eine DRG zu verteilen. Dieser wird auch als Kostenträger bezeichnet, da er einen Werteverzehr ausgelöst hat und Kosten tragen soll.

Sowohl bei der Bezugsgrößenkalkulation als auch bei der Prozesskostenrechnung werden Einzelkosten den jeweiligen Behandlungsfällen anhand der Verbrauchsdokumentation direkt und verursachungsgerecht zugeordnet. Einzelkosten beinhalten alle Aufwendungen, die einem Behandlungsfall direkt zurechenbar sind (z.B. Medikamente, Implantate).

Der Unterschied beider Verfahren ergibt sich aus der Gemeinkostenverrechnung, also denjenigen Kosten, die einem Patienten nicht direkt zurechenbar sind (z.B. Gehalt des Oberarztes). Bei der Bezugsgrößenkalkulation werden die Gemeinkosten über direkte Bezugsgrößen, beispielsweise „Pflegetage“ für den ärztlichen Dienst auf der Normalstation oder „Punkte laut Leistungskatalog“ für ein EKG, verrechnet. Für Krankenhäuser gelten verbindliche Vorgaben für Bezugsgrößen, die vom InEK vorgegeben werden. Ein Beispiel soll der Veranschaulichung dienen:

Ein Patient wurde vom ärztlichen Dienst auf der Normalstation behandelt. Ziel ist es, die Kosten für diesen Patienten, der neben vielen weiteren Patienten vom ärztlichen Dienst behandelt worden ist, zu ermitteln. Die Normalstation ist hierbei die Kostenstelle. Eine Kostenstelle ist der Ort, an dem die Kosten eines Patienten verursacht worden sind. Für die Berechnung sind Informationen über die gesamten kalkulationsrelevanten Kosten der Kostenstelle (Normalstation) eines Jahres, die Leistungsmenge der Kostenstelle

(Anzahl der Pflegetage eines Jahres) und der empfangenen Leistungen des Patienten während seines Krankenhausaufenthalts (Zahl der Bezugsgrößeneinheiten) notwendig. Die Bezugsgrößeneinheit sind in unserem Beispiel die Pflegetage des Patienten auf der Normalstation. Für die Berechnung der Gemeinkosten eines Patienten wird der Kalkulationssatz, der sich durch die Division aus den gesamten kalkulationsrelevanten Kosten der Normalstation und der gesamten Anzahl der Pflegetage auf der Normalstation ergibt, mit der Bezugsgrößeneinheit (Anzahl der Pflegetage des Patienten auf Normalstation) multipliziert. Angenommen es sind 10.000.000,00 GE kalkulationsrelevante Kosten auf der Normalstation an 69.589 Pflegetagen in einem Jahr verursacht worden. Der Patient wurde an zwei Pflegetagen vom ärztlichen Dienst auf der Normalstation behandelt. Es ergeben sich Gemeinkosten in Höhe von 287,40 GE für diesen Patienten.

An diesem Beispiel kann verdeutlicht werden, dass die Bezugsgrößenkalkulation eine Proportionalität voraussetzt. Steigt die Anzahl der Pflegetage für einen Patienten auf vier Tage an, verdoppeln sich seine zu tragenden

Struktur) dienen. So kann die einmalige Ausführung jedes Prozesses während des Behandlungsverlaufs mit Kosten bewertet werden.

Transparente Kostenstruktur

Im Krankenhaus wird die Prozesskostenrechnung als Time-Driven Activity Based Costing (TD ABC) angewandt. Hierbei werden die Kosten auf der Grundlage der Zeit berechnet, die für die Durchführung von Aktivitäten benötigt wird. Es werden zwei Hauptvariablen berücksichtigt: die Ressourcenkosten pro Zeiteinheit und die Zeit, die für die Durchführung einer Aktivität benötigt wird.

Um Prozesskosten für einen Prozess ermitteln zu können, findet zu Beginn eine Tätigkeitsanalyse auf Kostenstellenebene statt. Tätigkeiten werden als die kleinste betrachtete Leistung einer Kostenstelle definiert. Die „Entnahme von Biopsiematerial zur pathologischen Untersuchung“ kann als Tätigkeit definiert werden und fällt in den Aufgabenbereich einer bestimmten Kostenstelle (hier: „OP-Bereich“). Eine Kette aus homogenen Tätigkeiten kann als Teilprozess (z. B. „Operativen Ein-

„Bei der Prozesskostenrechnung werden die Gemeinkosten jeder Kostenstelle entsprechend der tatsächlichen Inanspruchnahme betrieblicher Tätigkeiten in sachlich zusammengehörige kostenstellenübergreifende Prozessketten überführt.“

Gemeinkosten. Es ist allerdings fragwürdig, ob eine solche Proportionalität einen realistischen Kostenverlauf abbilden kann. Sinken die Kosten, die ein Patient auf einer Station verbringt, nicht mit zunehmendem Therapieverlauf? Leistungen und Maßnahmen der Behandlung werden während des Patientenaufenthalts schließlich weniger. Eine gleichbleibende Kostenverursachung während des Aufenthalts ist daher nicht verursachungsgerecht.

Bei der Prozesskostenrechnung werden die Gemeinkosten jeder Kostenstelle entsprechend der tatsächlichen Inanspruchnahme betrieblicher Tätigkeiten in sachlich zusammengehörige kostenstellenübergreifende Prozessketten überführt. Als Orientierung kann der gesamte Behandlungsverlauf eines Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung (Geschäftsprozess-

griff vornehmen“) einer Kostenstelle zusammengefasst werden. Homogene Teilprozesse (z. B. „Operativen Eingriff vornehmen“, „Operativen Eingriff assistieren“, „Narkose vornehmen“, „Narkose assistieren“) wiederum bilden einen Hauptprozess (z. B. „Operativen Eingriff durchführen“). Mehrere Hauptprozesse („Operativen Eingriff vorbereiten“, „Operativen Eingriff durchführen“, „Operativen Eingriff nachbereiten“) lassen sich zu einem übergeordneten Geschäftsprozess („Operativer Eingriff“) zusammenfassen. Prozesskosten können daher sowohl auf Teilprozess- als auch durch Aggregation auf Haupt- und Geschäftsprozessebene ermittelt werden.

Um die Kosten für einzelne Teilprozesse berechnen zu können, müssen die Zeitbedarfe mit Geldeinheiten bewertet werden. Als Kostengröße wird der ▶

Teilprozess	Dienststart	Anzahl Personen	Zeitbedarf in (min/Fall)	Personalkostenfaktor (€/min)	% durchgeführt (W)	Prozesskosten (Kosten in €)
Operativen Eingriff vornehmen	Arzt Viszeralchirurgie	2	40,3	1,0698	100	86,23
Operativen Eingriff assistieren	Funktionsdienst (FD)/Medizinisch-/technischer Dienst (MTD) OP	2	40,3	0,3932	100	31,69
Narkose durchführen	Arzt Anästhesiologie	1	40,3	1,0025	100	40,40
Narkose assistieren	FD/MTD Anästhesiologie	1	40,3	0,3960	100	15,96

Tab.: Bestimmung der Teilprozesskosten

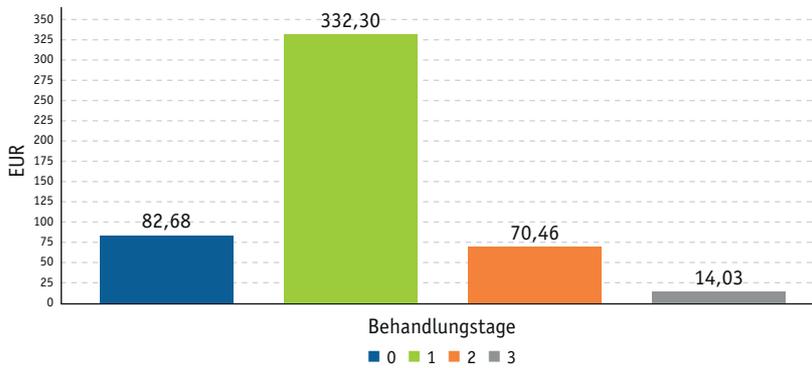


Abb. 1: Personalkosten der Behandlungstage

Personalkostenfaktor pro Minute verwendet. Die Berechnung erfolgt für das Personal jeder Qualifikation, das an der Behandlung des Patienten beteiligt ist. Es ergibt sich auf Basis des jährlichen Gehalts (Bruttovergütung) und der jährlichen Arbeitsminuten (tatsächlich erbrachte Arbeitszeit) oder, indem der Bruttostundensatz durch den Faktor 60 dividiert wird. Um die Prozesskosten je Teilprozess zu bestimmen, wird der Zeitbedarf für den Teilprozess mit dem Personalkostenfaktor, der Anzahl beteiligter Personen einer Dienststart/ Qualifikation und der Wahrscheinlichkeit der Durchführung (W) des Teilprozesses multipliziert. Es besteht die Möglichkeit, dass die Durchführungswahrscheinlichkeit beispielsweise nur bei 25 Prozent liegt, da der Teilprozess nur bei einem Viertel der Patientenfälle durchgeführt wird. In diesem Fall wird der Prozesskostensatz mit 25 Prozent multipliziert. Die Prozesskosten des Teilprozesses „Operativen Eingriff vornehmen“ ergeben sich wie in der ► Tabelle gezeigt.

Die Prozesskosten des Teilprozesses „Operativer Eingriff vornehmen“ betragen 86,23 Euro. Aus den Teilprozesskosten können nun Hauptprozess-

kosten ermittelt werden. Dazu werden die Teilprozesse zu Hauptprozessen aggregiert. Die in der Grafik erkennbaren Teilprozesse lassen sich zum Hauptprozess „Operativen Eingriff durchführen“ zusammenfassen. Die ermittelten Prozesskosten der einzelnen Teilprozesse werden aufaddiert. Die Summe der Kosten ergibt den Prozesskostensatz (Euro/Fall) für den Hauptprozess „Operativen Eingriff durchführen“. Der Hauptprozess „Operativen Eingriff durchführen“ verursacht Kosten in Höhe von 174,28 Euro je Patient. Durch Aggregation aller Hauptprozesskosten können Kosten für einen übergeordneten Geschäftsprozess (z. B. „Operativer Eingriff“) bestimmt werden.

Transparenz und Effizienz

Durch die differenzierte Auswertung von Kosten einzelner Aktivitäten und Prozesse ergeben sich neben der Ermittlung der Gesamtkosten für die Behandlung eines Patienten weitere Auswertungsmöglichkeiten.

Unterschieden werden können die **Gesamt-**, die **Prozess-**, die **Ressourcen-** und die **Tages-Sicht**. Diese kön-

nen jeweils im Hinblick auf die Personalzeit und die Personalkosten ausgewertet werden.

Die Ressourcen-Sicht beispielsweise ermöglicht es, Zeiten bzw. Kosten der Personalressourcen abzubilden und diese innerhalb der Organisationseinheiten (bspw. Anästhesie, OP-Bereich) nach Berufsgruppen (z.B. Ärztlicher Dienst, Pflegedienst) zu trennen. Dem Arzt der Viszeralchirurgie werden beispielsweise alle Teilprozesse zugeordnet, an denen er beteiligt ist. Diese können dann mit Zeitbedarfen angeben bzw. mit Kosten bewertet werden. Daher kann eine Aussage darüber getroffen werden, was der Arzt der Viszeralchirurgie für die Behandlung eines Patienten kostet und wie viel Zeit er benötigt.

Die Tages-Sicht ermöglicht, die Durchführungszeiten und Personalkosten der einzelnen Behandlungstage (z. B. „OP-Tag“, „Post-OP“ und „Entlassung“) während der stationären Behandlung eines Patienten abzubilden. So ist es möglich, Aussagen darüber zu treffen, wie viel beispielsweise der „OP-Tag“ kostet bzw. welche Tage besonders kostenintensiv sind.

Bei der Behandlung eines Patienten verursacht der Behandlungstag 1, an dem eine OP stattfindet, Kosten in Höhe von 332,30 Euro (► Abb. 1).

Soll die Kostenentstehung dieses Behandlungstages genauer betrachtet werden, können die einzelnen Hauptprozesse des Tages herangezogen werden (► Abb. 2). Es wird deutlich, dass mit einem Anteil von 52 Prozent der Hauptprozess „Durchführung operativer Eingriff“ die Kosten mit 174,28 Euro am stärksten beeinflusst. Sind weitere Analysen zur zielgerichteten Kostenbeeinflussung notwendig, besteht die Möglichkeit diese auf Teilprozessebene vorzunehmen. Auch diese Auswertungen lassen sich detailliert graphisch darstellen.

Für die Kostenermittlung von „ambulant-klinischen Leistungen“, die durch Hybrid-DGRs abgerechnet werden, ist das TD ABC eine optimale Unterstützung zur herkömmlichen Bezugsgrößenkalkulation. Die Versorgungsprozesse der „ambulant-klinischen Leistungen“ sind elektiv planbar und können gut erarbeitet werden. Sie eignen sich daher, um Prozesse während des Krankenhausaufenthalts mit dem TD ABC zu überprüfen und gegebenenfalls zu optimieren, damit die Kosten der Behandlung die zu erwartenden sinkenden Erlöse der Hybrid-DRGs nicht übersteigen.

Kosten steuern

Es zeigte sich, dass die Bezugsgrößenkalkulation die (Gemein-)kosten lediglich proportional verteilt. Sind die Gesamtkosten einer Behandlung im Vergleich zu dem Erlös der Fallpauschale zu hoch, kann nur eine pauschale Aussage getroffen werden wie „die Kosten sind zu hoch“. Die kostenverursachenden Faktoren werden jedoch nicht aufgezeigt, sodass das Krankenhaus keine Informationen darüber erhält, an welchen Stellen Kostensenkungsmaßnahmen durchgeführt werden können bzw. müssen. Die Anforderung, Kosten zu analysieren sowie frühzeitig, kontinuierlich und zielgerichtet zu beeinflussen, ist mithilfe einer Bezugsgrößenkalkulation allein nicht möglich.

Ein Vergleich der Ergebnisse von Prozesskostenrechnung und Bezugsgrößenkalkulation zeigt: Im Gegensatz zur Kostenermittlung mithilfe der Bezugsgrößenkalkulation erlaubt die Kalkulation der Prozesskosten nicht nur die Bestimmung der Kosten für einen Fall bzw. eine DRG, sondern liefert zusätzliche Informationen über die Kostenstruktur, unterteilt nach Behandlungstagen, Organisationseinheiten oder auch nach Teil-, Haupt- und Geschäftsprozessen. Sie kann beispielsweise die Fragen beantworten: Was kostet der Hauptprozess „Operativen Eingriff durchführen“? und „Wofür fallen die Kosten während des Operativen Eingriffs an“? Die Prozesskostenrechnung erweitert durch eine leistungsorientierte Kostenkalkulation von tatsächlich stattgefundenen Prozessen die Transparenz der (Gemein)Kosten um einige interessante Perspektiven. Welche spezifischen Aktivitäten und Ressourcen wurden für die Behandlung der Patienten benötigt? Welche Faktoren beeinflussen die tatsächlichen Kosten einer Behandlung? Was kostet die ärztliche Aufnahme? Wieviel Stunden-Aufwand hat der Pflegedienst? Was kostet der dritte Tag? Wie viele Visiten werden durchgeführt? Was kostet die Diagnostik? Welche Personen sind an dem Eingriff beteiligt und was kostet er? Was passiert, wenn ich die Ausprägungen verändere?

Durch die Erfassung kostenverursachender Faktoren können Einsparungspotenziale in den Prozessen identifiziert werden, wodurch sich die Steuerungsmöglichkeiten und auch die Planungssicherheit klinischer Abläufe deutlich verbessern.

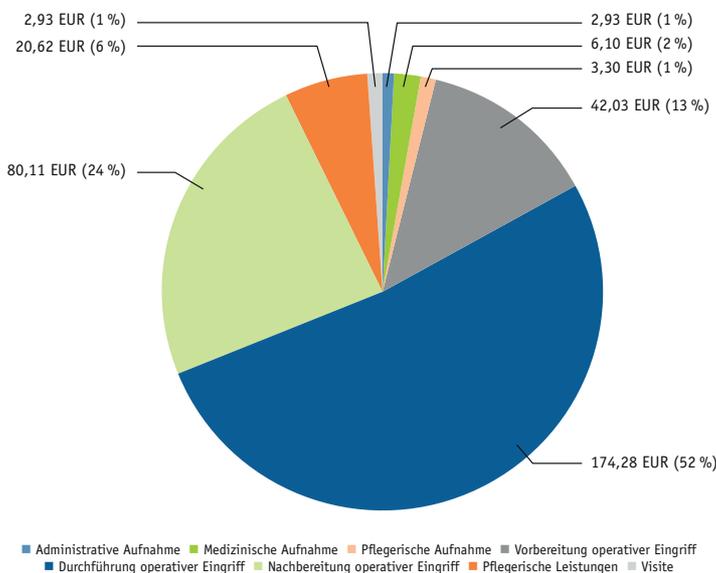


Abb.2: Personalkosten der Hauptprozesse des Behandlungstages 1 „OP-Tag“

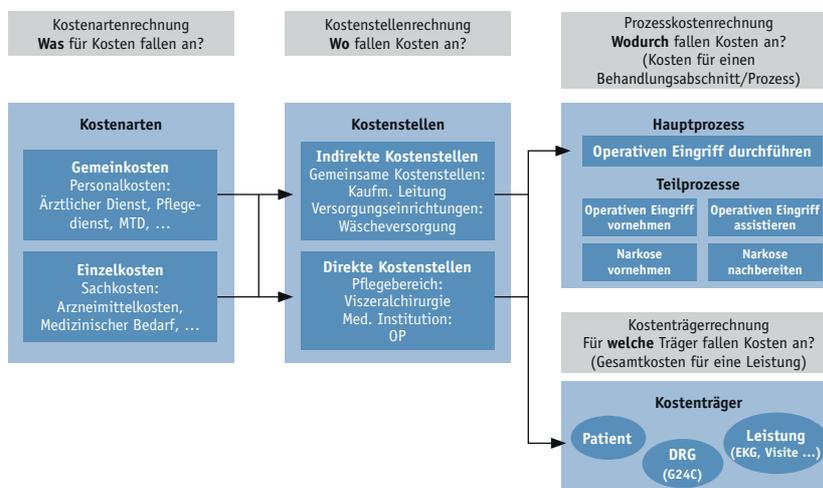


Abb. 3: Einordnung in die Kostenrechnung und Aufbau der Prozesskostenrechnung

Der Schlüssel zur Planungssicherheit

Die Prozesskostenrechnung ist für ausgewählte DRGs mit strukturierten und repetitiven Prozessen gut geeignet, etwa solche, die erlös-, bzw. fallschwer sind oder sich aus strategischen Gründen anbieten. Daher eignet sich die Prozesskostenrechnung für die neuen Hybrid-DRGs, da es sich hierbei um elektiv planbare und standardisierbare Abläufe bzw. Prozesse handelt.

Die Prozesskostenrechnung ist allerdings kein Ersatz der herkömmlichen Kostenrechnung, sondern ergänzt diese, um die Anforderung an Kliniken, ihre Kosten kontinuierlich zu analysieren, um diese frühzeitig und zielgerichtet beeinflussen zu können, bestmöglich zu erfüllen. Die Analyse der Prozesskosten bietet zudem optimale Voraussetzungen für eine anschließende Prozessoptimierung und für die

Gestaltung einheitlicher klinikübergreifender Qualitätsstandards. ■

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. rer. oec. Dipl. Soz.-Päd. Michael Greiling
 Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG)
 Professur für Workflow-Management
 Europäische Fachhochschule
 michael.greiling@iwig-institut.de

Maren Maria Greiling
 Bachelor of Science (B.Sc.)
 Wissenschaftliche Mitarbeiterin
 Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG)
 marenmaria.greiling@iwig-institut.de