

Erlöszuweisung an die Intensivmedizin unter Berücksichtigung der Deckungsbeitrags- und innerbetrieblichen Leistungsverrechnung*

Transfer of earnings to the intensive care department, on the basis of the contribution coverage calculation and the internal hospital budgeting system

K. Steinmeyer-Bauer^{1,3}, J.-P. Braun², A. Schleppers³, C. Spies², M. Quintel⁵ und J. Martin^{3,4}

¹ CharitéCentrum 7 für Anästhesiologie, OP-Management und Intensivmedizin (Ärztliche Centrumsleitung: Prof. Dr. C. Spies)

² Klinik für Anästhesie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin, Charité Campus Mitte, Charité Campus Virchow Klinikum (Direktorin: Prof. Dr. C. Spies)

³ Forum Qualitätsmanagement und Ökonomie des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V., Nürnberg

⁴ Kliniken des Landkreises Göppingen GmbH, Klinikum am Eichert

⁵ Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Göttingen (Zentrumsleitung: Prof. Dr. M. Quintel)

► **Zusammenfassung:** Die Einführung einer Deckungsbeitragsrechnung als Instrument zur Messung der ökonomischen Effizienz setzt eine sachgerechte Verteilung von Erlösen an die verschiedenen, an der Behandlung des Patienten beteiligten Abteilungen eines Krankenhauses voraus.

Dabei kommt der Intensivmedizin eine besondere Bedeutung zu. Das Problem der eingeführten Systeme zur Erlösverteilung besteht zum einen in der Fokussierung auf die Primärkosten und damit in einer fehlenden Berücksichtigung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung und zum anderen in einem der schnellen Verlegung von der Intensivstation entgegenwirkenden Anreizsystems.

In der vorgestellten Systematik wird ein Konzept beschrieben, welches alle in der Kalkulationsmatrix ausgewiesenen Erlöse auf die Bereiche Intensivstation und Normalpflegestation aufteilt und so eine Gegenrechnung von Kosten aus dem Bereich der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung ermöglicht. Gleichzeitig wird durch die pauschalierte Zuweisung von Erlösen sichergestellt, dass eine verlängerte Verweildauer in einem Behandlungsbereich keinen Anreiz in Bezug auf Erlössteigerung darstellt.

► **Schlüsselwörter:** Intensivmedizin – Erlösverteilung – Kosten – Innerbetriebliche Leistungsverrechnung.

► **Summary:** The introduction of a contribution coverage calculation as an instrument for evaluating economic efficiency implies a correct distribution of earnings to the various hospital departments involved in the treatment of the patient. In this connection, special importance attaches to intensive care problems with the implemented systems for earnings distribution are, on the one hand the focus on primary costs resulting in neglect of the internal budgeting system, and on the other a system that rewards the rapid transfer of the patient from the intensive care department.

The system presented herein describes a concept that distributes all earnings recorded in the calculation matrix, and thus enables a setting off of costs from the internal budgeting system.

At the same time, the lump-sum allocation of earnings to the sections ICU and normal wards ensures that a prolongation of stay in a particular treatment sector offers no incentive in terms of increased earnings.

► **Keywords:** Intensive Care Medicine – Distribution of Earnings – Costs – Internal Budgeting.

Einleitung

Mit der Einführung des pauschalierten Entgeltsystems im Jahre 2003 hat der Gesetzgeber den ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser in Deutschland deutlich erhöht. Ziel war es, einen Behandlungsfall im Krankenhaus mit einem festen, vorher bekannten Vergütungssatz abzugelten und somit das Risiko u.a. für Mängel in der Qualität der Versorgung von den Kostenträgern auf die Einrichtungen zu verlagern. Dieses als „German Diagnosis-Related-Groups“-System (G-DRG) bekannte System ist seit seiner Einführung ständig verfeinert worden, besteht in seiner Grundstruktur weiterhin fort und bildet als „lernendes System“ die Basis der Vergütung der stationären Behandlungsfälle in Deutschland.

Das G-DRG-System kompensiert die ökonomischen Aufwendungen des Krankenhauses jedoch primär pauschal für die gesamte Einrichtung, auch wenn zur Kalkulation der Vergütungssätze Kostenerhebungen auf Basis von Kostenstellen und Kostenarten erhoben wurden [1]. Diese unter dem Namen Kalkulationsmatrix bekannte tabellarische Auflistung von Kostenar-

* Rechte vorbehalten

Kostenbereich	Personalkosten:			Sachkosten:					Zwischen- summe ohne Over- headkosten	Pers.-/Sachkosten:		Summe mit Over- headkosten
	ärztlicher Dienst	Pflege- dienst	med/techn. Dienst	Arzneimittel		Implant. / Transplant.	Übriger med. Bedarf			med. Infrastruk.	nicht-med. Infrastruk.	
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b		7	8	
01. Normalstation	168	357	27	39	7	0	36	4	638	79	367	1.084
02. Intensivstation	4	10	0	1	0	0	1	0	17	1	5	23
03. Dialyseabteilung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04. OP-Bereich	228	0	189	8	1	4	140	71	641	88	146	875
05. Anästhesie	166	0	113	12	1	0	34	1	327	18	50	395
06. Kreißsaal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
07. Kardiolog. Diagnostik/Therapie	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
08. Endoskop. Diagnostik/Therapie	14	0	14	1	0	0	7	1	36	5	10	51
09. Radiologie	8	0	13	0	0	0	3	5	30	4	9	42
10. Laboratorien	5	0	35	1	1	0	25	9	75	3	16	95
11. Übrige diag. u therap. Bereiche	15	0	22	1	0	0	3	2	43	3	13	59
12. Basiskostenstelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe	607	368	413	63	9	5	251	93	1.808	202	615	2.625

Abb. 1: Normkostenmatrix H08B – Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose – (BR 2930).

► ten und Kostenstellen liegt weiterhin jeder abgerechneten einzelnen DRG zu Grunde und ist in **Abbildung 1** am Beispiel der H08B (Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose) z.B. bei Cholelithiasis dargestellt. Für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einzelner Bereiche innerhalb einer Einrichtung ist diese Art der Erlöszuweisung jedoch nur bedingt geeignet. Darüber hinaus stellt die Kalkulationsmatrix lediglich die mittleren Fallkosten dar. So sind beispielsweise die Fallkosten von einigen wenigen Patienten, welche in die DRG H08B eingruppiert wurden und intensivmedizinisch behandelt werden mussten, in der Kalkulationsmatrix auf alle Fälle dieser DRG verrechnet worden. In der Konsequenz bekommt jeder abgerechnete Fall auch einen geringen Erlösanteil für „intensivmedizinische Behandlung“ zugewiesen. Ohne diesen „Versicherungsanteil“ wäre eine entsprechende Behandlung der wenigen intensivmedizinischen versorgten Fälle dieser DRG ökonomisch nicht gegenfinanziert.

Eine Erlösverteilung anhand der Kalkulationsmatrix wurde in der Vergangenheit bereits für die Funktionskostenstelle der Anästhesie realisiert [2]. Diese Kostenstelle ist auf Grund der guten Abgrenzbarkeit der Tätigkeit und der stabilen Personalbindung während der Narkose für eine solche Zuweisung besonders geeignet.

1. Kostenverteilung

In der Kostenstellen- und Kostenartenrechnung werden zunächst die direkt durch eine Kostenstelle (also

z.B. eine definierte Station) verursachten Kosten zugewiesen. Danach werden ebenfalls die Kosten verteilt, welche durch Leistungsbeauftragung (also „interne Verrechnung“) verursacht wurden. Mit dieser Zuweisung von indirekten Kosten auf die verursachende Kostenstelle wird der Notwendigkeit der transparenten Kostenverantwortung Rechnung getragen. Eines der großen Probleme bei der Zuweisung von Kosten zu den unterschiedlichen Kostenstellen ist die Trennung der Verantwortlichkeiten im Prozess. Aus diesem Grund wurde insbesondere im Hinblick auf eine Profit-Center-Rechnung für Dienstleistungsbereiche wie Labormedizin, Radiologie und Anästhesie die innerbetriebliche Leistungsverrechnung (ILV) als ein Instrument eingeführt, um die Effizienz der einzelnen Bereiche eines Krankenhauses beurteilen zu können. Die anfordernde Stelle (also in der Regel eine Station oder Fachabteilung) ist dabei für die Menge der abgeforderten Leistungseinheiten zuständig, die erbringende Kostenstelle (der Dienstleister) für die Tarifgestaltung. Beide Faktoren müssen sich dabei in einem realistischen Verhältnis zueinander bewegen, damit die Gesamtkosten die Erlöse, welche das InEK für die Behandlung eines stationären Falls vorgibt, nicht überschreiten. Für jeden dieser beiden Faktoren müssen in einem Vergleich mit den am Markt agierenden Wettbewerbern Vergleichsdaten gefunden werden, die eine Bewertung hinsichtlich einer Über- oder Unterschreitung der Tarife oder Mengen zu Benchmarkdaten erlauben. Dies ist im Bereich der Labormedizin, Radiologie oder Anästhesie z.B. der Preis für die Bestimmung eines Blutbildes, der Anfertigung einer Röntgenuntersuchung des Thorax oder die Er- ►

Kostenbereich	Personalkosten:			Sachkosten:						Zwischen- summe ohne Over- headkosten	Pers.-/Sachkosten:		Summe mit Over- headkosten
	ärztlicher Dienst	Pflege- dienst	med/techn. Dienst	Arzneimittel		Implant. / Transplant.	Übriger med. Bedarf		med. Infrastruk.		nicht-med. Infrastruk.		
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7		8		
01. Normalstation	168	357	27	39	7	0	36	4	638	79	367	1.084	
02. Intensivstation	4	10	0	1	0	0	1	0	17	1	5	23	
03. Dialyseabteilung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
04. OP-Bereich	228	0	189	8	1	4	140	71	641	88	146	875	
05. Anästhesie	166	0	113	12	1	0	34	1	327	18	50	395	
06. Kreißsaal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
07. Kardiolog. Diagnostik/Therapie	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
08. Endoskop. Diagnostik/Therapie	14	0	14	1	0	0	7	1	36	5	10	51	
09. Radiologie	6	0	13	0	0	0	3	5	30	4	9	42	
10. Laboratorien	5	0	35	1	1	0	25	9	75	3	16	95	
11. Übrige diag. u therap. Bereiche	15	0	22	1	0	0	3	2	43	3	13	59	
12. Basiskostenstelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Summe	607	368	413	63	9	5	251	93	1.808	202	615	2.625	

OP-Modul

**Dienstleistungskosten-
stellen**

**Direkte
Zuweisung**

**Zuweisung nach
Verhältnis KoSt. 1 und 2**

Abb. 2: Verteilung der Erlöse.

► bringung einer Anästhesie minute. Ist der Tarif in einem marktüblichen Bereich, so ist der Grund einer eventuellen Kostenüberschreitung auf eine zu hohe Abforderung von Leistungseinheiten zurückzuführen. Eine Reduktion dieser Mengenanforderung ist somit die notwendige Konsequenz zur Erreichung eines positiven Deckungsbeitrags in diesem Bereich.

2. Erlösverteilung

Wenn sich -wie oben beschrieben- die Verteilung der Kosten nach den Verantwortlichkeiten für die Kostenentstehung im Leistungsprozess gestaltet, so muss sich die Zuweisung der Erlöse am Anteil der Station an der Wertschöpfung orientieren. Ohne diese analoge Handhabung der Zuweisung von Kosten und Erlösen aus der DRG ist eine Beurteilung im Hinblick auf die Effizienz der einzelnen Kostenstellen bzgl. der Leistungserstellung im DRG-Kontext nicht möglich.

Zu unterscheiden ist bei einer Erlösverteilung im DRG-System zwischen den Primärerlösen für die beiden bettenführenden Bereiche Normal- und Intensivstation und die Erlöse der Funktionskostenstellen wie Labor oder Radiologie. Ziel ist eine möglichst genaue Verteilung der sich aus der Normkostenmatrix ableitenden Erlöse auf die verschiedenen Bereiche des Krankenhauses. Bei einem durchgängig eingeführten ILV-System dürfen die Erlöse der DRG nicht mehr ana-

log dieser Kalkulationsmatrix auf die einzelnen Funktionskostenstellen, sondern auf die anfordernden bettenführenden Bereiche umverteilt werden, damit diese bei den Dienstleistungsabteilungen dafür Leistungen „einkaufen“ können. Dabei kann wie oben erwähnt davon ausgegangen werden, dass im stationären Bereich lediglich zwei anfordernde Einheiten unterschieden werden können: Die Normalpflege- und die Intensivstation. Beide Einheiten stellen die Endkostenstellen dar, auf welche im Sinne eines ILV-Systems die Kosten verteilt werden und welche durch eine entsprechende Zuweisung der Erlöse in die Lage versetzt werden müssen, den erbringenden Einrichtungen diese ILV-Leistungen auch zu vergüten. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass die anfordernde Stelle auskömmliche Mittel erhalten muss, um die Leistungen, welche sie benötigt, intern anzufordern. Da die Normkostenmatrix des InEK auf der Grundlage der mittleren Kosten der Kalkulationshäuser entstanden ist, muss sich die Erlösverteilung trotz aller Diskussionspunkte auch daran orientieren. Im vorgeschlagenen Verfahren werden die kompletten Erlöse auf die anfordernden Bereiche verteilt. Die Zuweisung der Primärerlöse der genannten Bereiche ist einfach und erfolgt nach den Kostenstellengruppen 1 und 2. Bei der Aufteilung der übrigen Kostenstellen ist aus inhaltlichen Gründen das OP-Modul (Kostenstellengruppe 4 und 5) von den übrigen „Dienstleistungskostenstellen“ zu unterscheiden. Hier wird davon aus-

▶ gegangen, dass ein Patient in der Regel ein Mal operiert wird und aus diesem Grund es auch nur eine anfordernde Einheit gibt. Bei Patienten, welche mehrfach operiert werden, muss dann eine Korrektur erfolgen, wenn unterschiedliche Einheiten diese anfordern. Vorstellbar ist dies dann, wenn die Normalstation eine Operation anfordert und der Patient anschließend im Verlauf eines Aufenthaltes auf einer Intensivstation erneut operiert werden muss. Aus pragmatischen Gründen kann hier nach der Anzahl der anfordernden Einheiten der Erlös des OP-Moduls paritätisch verteilt werden. Somit ist die direkte Zuweisung des OP-Moduls (also der Kostenstellengruppe 4 und 5) an die anfordernde Einheit sicher die sinnvollste Lösung.

Die übrigen Funktionskostenstellen werden danach fallkonkret auf die beiden Bereiche Normal- und Intensivstation verteilt. Maßstab für diese Verteilung ist das Verhältnis zwischen den Erlösen im Primärkostenbereich der beiden Kostenstellengruppen. Sind also in einem DRG-Fall 95 % der Primärerlöse im Bereich der Normalstation und 5 % im Bereich der Intensivstation angefallen, so spiegelt dies auch die Verteilung des therapeutischen und pflegerischen Aufwands zwischen diesen beiden Einheiten wider. Es kann damit postuliert werden, dass auch die Beanspruchung von Dienstleistungen wie Labor und Radiologie auch dementsprechend verteilt ist. Somit kann eine Erlöszuweisung entsprechend dem beschriebenen Algorithmus erfolgen.

Abbildung 2 gibt diese Erlösverteilung noch einmal auf der Grundlage der eingangs gezeigten Normkostenmatrix der H08B wieder. Somit folgt die in Tabelle 1 dargestellte Herleitung der Verteilungsschlüssel für die Funktionskostenstellen zwischen Intensiv- und Normalstationsbereich.

Mit der Herleitung der Verteilungsschlüssel für die Dienstleistungskostenstellen kann die Erlöszuweisung an die Normal- und Intensivstationseinheiten erfolgen. Dies ist für die Kostenstellengruppe 10 (Labor) in Tabelle 2 exemplarisch dargestellt.

Mit der obigen Tabelle wird deutlich, dass für jeden abgerechneten Fall einer H08B die Intensivstation zur Kompensation der Anforderungen im Bereich der Labormedizin 1 Euro Personalerlöse, 0,83 Euro Sachko-

Tab. 1: Herleitung der Verteilungsschlüssel für die Dienstleistungskostenstellen.

Personalkosten:	ITS: 4 € + 10 € = 14 € (2,5 %)
	NS: 168 € + 357 € + 27 € = 552 € (97,5 %)
	Gesamt: 566 € (100 %)
Sachkosten:	ITS: 1 € + 1 € = 2 € (2,3 %)
	NS: 39 € + 7 € + 36 € + 4 € = 86 € (97,7 %)
	Gesamt: = 88 € (100 %)
Infrastruktur:	ITS: 1 € + 5 € = 6 € (1,3 %)
	NS: 79 € + 367 € = 446 € (98,7 %)
	Gesamt: 452 €

Primärkostenbereich Intensivstation (ITS), Normalstation (NS).

stenerlöse und 0,25 Euro Erlöse für die Infrastruktur zugewiesen bekommen muss, damit der mittlere Behandlungsaufwand auf der Intensivstation einer H08B in diesem Bereich abgebildet wird. Die Normalstation benötigt die entsprechenden Erlöse von 39 Euro für Personal, 35,17 Euro für Sachbedarf und 18,75 Euro für die Infrastruktur, um die durchschnittlichen Kosten für angeforderte Laborleistungen zu kompensieren. Analog werden die übrigen Dienstleistungskostenstellen behandelt. Im vorliegenden Konzept ist also der vom InEK auf der Grundlage der Kalkulationshäuser erhobene kostenseitige Aufwand ein zentraler Punkt für die Erlöszuweisung im Rahmen der Etablierung der ILV. Wichtig ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die Verteilung nach dem beschriebenen Konzept auf alle behandelten Fälle eines Krankenhauses anzuwenden ist und nicht nur für diejenigen, die z.B. einer intensivmedizinischen Therapie bedurften. Somit sind Vorhaltekosten für den entsprechend Bereich ebenfalls wie die für die Deckung der Kosten für die Behandlung von Fällen berücksichtigt, welche nicht regelhaft oder sogar nur in Ausnahmefällen auf einer Intensivstation behandelt werden.

3. Diskussion

Es wurden seit der Einführung des pauschalierten Entgeltsystems verschiedene Erlösverteilungssysteme mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen entwickelt [3,4]. Die Einführung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung im Krankenhaus führt zwangs-

Tab. 2: Erlöszuweisung an die Intensivstation.

Personalerlöse Kostenstellengruppe 10:	5 € + 35 € = 40 €
Zuweisung an die Intensivstation:	0,025 x 40 € = 1 €
Zuweisung an die Normalstation:	0,975 x 40 € = 39 €
Sachkostenerlöse der Kostenstellengruppe 10:	1 € + 1 € + 25 € + 9 € = 36 €
Zuweisung an die Intensivstation:	0,023 x 36 € = 0,83 €
Zuweisung an die Normalstation:	0,977 x 36 € = 35,17 €
Infrastrukturerelöse der Kostenstellengruppe 10:	3 € + 16 € = 19 €
Zuweisung an die Intensivstation:	0,013 x 19 € = 0,25 €
Zuweisung an die Normalstation:	0,987 x 19 € = 18,75 €

► häufig zur Notwendigkeit der Neukalkulation der Erlöszuweisung. Ohne eine sachgerechte Zuweisung der Erlöse an die anfordernden Endkostenstellen ist eine Beurteilung eines effizienten Ressourceneinsatzes nicht möglich. Im DRG-System ist trotz aller Kritikpunkte die Fallpauschale der Orientierungspunkt für diesen Ressourceneinsatz. Wenn die Endkostenstellen letztlich in der Kostenverantwortung stehen, so müssen auch neue Verteilungsmechanismen erarbeitet werden, welche die Erlösverteilung analog der Kostenverteilung garantieren. Wir betrachten die beiden Entitäten Normalpflegestation und Intensivstation als die Endkostenstellen im Krankenhaus. Von diesen werden alle weiteren Kostenstellen zur Leistung beauftragt. Die Verrechnung der Kosten erfolgt über die innerbetriebliche Leistungsverrechnung auf die beauftragende Kostenstelle. Die Erlöszuweisung gestaltet sich in zwei Schritten:

- 1) Zuweisung der direkten Erlöse aus der Kalkulationsmatrix
- 2) Zuweisung der Erlöse der Funktionskostenstellen an die Endkostenstellen.

Damit ist ein System geschaffen, welches die Beurteilung der Effizienz des Ressourceneinsatzes auf der Ebene der Endkostenstellen (-gruppe) „Normalpflegestation“ und „Intensivstation“ erlaubt. Eine Weiterverteilung auf einzelne definierte Stationen muss in

einem nächsten Schritt erfolgen. Hierzu gibt es unterschiedliche Vorschläge. So kann eine Verteilung von Erlösen in Zukunft entweder über die Zeit, den Behandlungsaufwand (gemessen am TISS), die Belegungstage oder eine Kopplung der genannten Parameter gesteuert werden. Auch ist zu klären, wie eine Erlösverteilung bei interdisziplinären Intensivstationen erfolgen soll. Hier besteht die Möglichkeit, eine Verrechnung anhand des Anteils der zuweisenden Fachabteilungen vorzunehmen.

Im Vergleich zu dem von Weißflog et al. [5] vorgestellten Verteilungsalgorithmus besteht eine Übereinstimmung im Umgang mit der Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation). In beiden Verfahren werden die in der Kalkulationsmatrix dort ausgewiesenen Erlöse bei Aufenthalt auf einer Intensivstation dieser zugeordnet. Wenn kein Aufenthalt auf einer Intensivstation dokumentiert ist, so werden die Erlöse trotzdem – als quasi „Versicherungsbeitrag“ - der Intensiveinheit zugewiesen. Ein Unterschied besteht jedoch in der Verteilung der auf den Funktionskostenstellen, insbesondere der bildgebenden Verfahren und der Labormedizin ausgewiesenen Erlöse. Diese werden von Weißflog zum Teil wiederum über eine Liegedauer-getriggerte Verteilung zugewiesen. Eine Verteilung der Erlöse über das im vorgestellten Verfahren berechnete Verhältnis zwischen den Primärkostenstellen erscheint aus Sicht der Autoren sinnvoller, da ein falscher Anreiz zur ►

Verlängerung der Liegedauer auf der eigenen Einheit damit wegfällt.

Weiss et al. [6] stellen heraus, dass eine fallbezogene Kostenträgerrechnung für die Beurteilung des Deckungsbeitrags notwendig ist. Ferner wird versucht, über eine Kalkulation des Personalbedarfs auf der Intensivstation diese Kosten mit den Erlösen des Falls abzugleichen. Beck und Becker [7] zeigen hier jedoch die Grenzen einer solchen Bedarfsberechnung auf. Das vorgestellte Erlösverteilungsverfahren geht im Gegensatz dazu von einer fallbezogenen Erlösverteilung aus, indem es auch die Patienten mit berücksichtigt, welche keine Intensivtherapie benötigen. Die Betrachtung dieses „Versicherungsbeitrags“ ist dann notwendig, wenn die Vorhaltekosten der Intensivtherapiestationen mit zum Ansatz gebracht werden sollen. Dies ist sinnvoll, wenn die Intensivtherapie im Kontext des Gesamtprozesses gesehen wird. So kann ein erhöhter Kostenaufwand im Bereich Anästhesie (z.B. Einführung eines strukturierten Wärmemanagements oder hochpreisiger, aber gut steuerbarer Narkotika) zu einer Reduktion von Kosten im Intensivbereich (durch Vermeidung von Intensivaufnahmen) führen. Der Vergleich zu den im nationalen Mittel kalkulierten Kosten führt somit nach Ansicht der Autoren zu einer Beurteilung der Effizienz der Intensivtherapie im Zusammenhang mit den vor- und nachgelagerten Prozessen. Bei einem Missverhältnis zwischen den Kosten und den nach der vorgestellten Methode zugewiesenen Erlösen muss durch tieferegehende Analysen der Grund hierfür ermittelt werden. Somit ist das System zunächst auf höherer Ebene dafür geeignet, eine Fehlsteuerung durch einen nicht sachgerechten Vergleich zwischen Kosten und Erlösen der Intensivmedizin zu vermeiden. Nicht betrachtet werden im genannten System die Zusatzentgelte, welche nur zum Teil direkt der erbringenden Station zugeordnet werden können [8]. Nachteilig ist ebenfalls, dass eine Verteilung auf definierte einzelne Stationen noch anhand von weiteren Verteilungsschlüsseln erfolgen muss. Ebenfalls kann das vorgestellte System nicht das Problem von nicht sachgerecht kalkulierten DRGs heilen. Ein Vorteil der vorgestellten Methode ist besonders bei den intensivmedizinischen Fällen gegeben, welche einen hohen Anteil an Kosten und Erlösen im Bereich der Anforderung radiologischer oder laborchemischer Untersuchungen aufweisen. Die Erlöse, welche hier den Kostenstellen der Dienstleister zugerechnet werden, stehen in den meisten Fällen bisher nicht den anfordernden Einheiten zur Verfügung. Für Einrichtungen, welche durchgängig eine innerbetriebliche Leistungsverrechnung eingeführt haben, ist das vorgestellte Verfahren nicht nur

besonders geeignet, sondern unbedingt erforderlich, da es die Leistungsbeziehungen der Abteilungen auch auf der Erlösseite sinnvoll abbildet.

Zusammenfassung

Das vorgestellte System zeigt eine Möglichkeit der Zuweisung von Erlösen auf, welche in Einrichtungen mit einem eingeführten ILV-System die ökonomische Fehlsteuerung von Behandlungsbereichen verhindern soll. So kann nur durch eine sachgerechte Abbildung von Kosten und Erlösen eine realistische Abbildung der Effizienz gewährleistet werden. Die Etablierung einer ILV erfordert zwar einen zusätzlichen Personal- und Administrationsaufwand, der berücksichtigt werden muss, jedoch bietet sie in Verbindung mit der Kalkulationsmatrix auch eine Möglichkeit, die Leistungsfähigkeit des eigenen Unternehmens und seiner Teilbereiche mit dem „Durchschnittshaus“ des InEK vergleichen zu können.

Literatur

1. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung. (2007). Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten. Version 3.0.
2. Martin J, Mende H, Geldner G, Assmann A, Schleppers A. Budgetkalkulationstool 2009 des BDA – Was ist neu? Anästh Intensivmed 2009; 50 Sonderdruck.
3. Focke A, Reinisch Ch, Wasem J. Abteilungs- und periodengerechte Verteilung von DRG-Erlösen mit Hilfe der DDMI-Methode; Das Krankenhaus 4/2006 Sonderdruck.
4. Thiex-Kreye M, Collas T. v, Blum M, Nicolai D. Ressourcen gerechte Verteilen. In: Krankenhaus Umschau (2004), Nr. 10, Seite 863-868.
5. Weißflog D, Kopf R, Erbert T, Rich S, Schlitter I. Die erlösorientierte Ergebnisrechnung – der neue Ansatz des Universitätsklinikums Freiburg zur internen Budgetierung. Das Krankenhaus 2006 (8); 669-673.
6. Weiss M, Martin J, Feser U, Schaffmayer C, Bauer M. Notwendigkeit und Probleme einer fallbezogenen Kostenträgerrechnung bei intensivtherapiepflichtigen Patienten. Anästhesist 2005 54:254-262.
7. Beck U, Becker A. Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus – orientiert an Leistungen oder Erlösen? Das Krankenhaus 9/2007; 850-855.
8. Sawatzki T, Bauer K, Stufler M, Spies C, Schuster M. Erlöszuordnung von Zusatzentgelten in der Intensivmedizin. Anästhesist 2009, in press.

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Kfm. (FH) Dr. med. Klaus Bauer
Charité - Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 7 für Anästhesiologie
OP-Management und Intensivmedizin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Deutschland
E-Mail: klaus.bauer@charite.de